

TEXTOS NEPO 13

ASSISTÊNCIA MÉDICA E À SAÚDE E REPRODUÇÃO HUMANA

Ana Maria Canesqui

O PARLAMENTO E A QUESTÃO DEMOGRÁFICA: UM ESTUDO DO DEBATE  
SOBRE CONTROLE DA NATALIDADE E PLANEJAMENTO FAMILIAR

NO CONGRESSO NACIONAL

Maria Isabel Baltar da Rocha

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO - NEPO  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP  
CAMPINAS (SP) BRASIL  
DEZEMBRO 1987



NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO - NEPO  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP  
CAIXA POSTAL 6166 - CAMPINAS - SP - BRASIL

**REITOR**

Paulo Renato Costa Souza

**PRÓ-REITORIA DE 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

Canesqui, Ana Maria

C221a Assistência médica e à saúde e reprodução humana. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987  
259 p. tab. (textos NEPO, 13)

Conteúdo: pt.2. O parlamento e a questão demográfica: um estudo do debate sobre o controle de natalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional. por Maria Isabel Baltar da Rocha.

1. Controle da fecundidade-1960 a 1985. 2. Planejamento familiar. 3. Saúde pública. I. Baltar da Rocha, Maria Isabel. II. Título. III. Serie

CDD. 301.321

ASSISTÊNCIA MÉDICA E À SAÚDE E REPRODUÇÃO HUMANA

*ANA MARIA CANESQUI*

O PARLAMENTO E A QUESTÃO DEMOGRÁFICA: UM ESTUDO DO DEBATE  
SOBRE CONTROLE DE NATALIDADE E PLANEJAMENTO FAMILIAR  
NO CONGRESSO NACIONAL

*MARIA ISABEL BALTAR DA ROCHA*

## SUMÁRIO

Apresentação.....	09
-------------------	----

### ASSISTÊNCIA MÉDICA E À SAÚDE E REPRODUÇÃO HUMANA

autora: Ana Maria Canesqui

Resumo/Abstract.....	15
----------------------	----

Introdução.....	17
-----------------	----

#### I PARTE

PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA NO PRÉ-64.....	21
----------------------------------------------------	----

1. Atenção à Saúde no Brasil: O Pré-64.....	23
---------------------------------------------	----

2. Proteção à Maternidade e à Infância.....	25
---------------------------------------------	----

#### II PARTE

##### MEDICINA PREVIDENCIÁRIA E ASSISTÊNCIA MÉDICA

À REPRODUÇÃO HUMANA.....	39
--------------------------	----

1. Política de Saúde e Medicina Previdenciária Pós-64.	41
--------------------------------------------------------	----

2. Assistência Médica à Reprodução Humana no Complexo Previdenciário.....	53
------------------------------------------------------------------------------	----

#### III PARTE

##### SAÚDE MATERNO-INFANTIL E REPRODUÇÃO HUMANA

NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	71
-----------------------------	----

1. As Preocupações Neomalthusianas.....	75
2. Deixar Crescer a População.....	77
3. O "Milagre" e a Família.....	80
4. Reprodução e Distribuição de Anticoncepcionais.....	85
5. A Queda da Fecundidade.....	88
6. A Liberdade de Opção (?).....	89
7. A Política Nacional de Saúde Materno-Infantil.....	92
8. O Uso de Anticoncepcionais.....	102
9. A Saúde da Mulher.....	104
10. A Conferência de População no México: Posição do Governo Brasileiro.....	110

#### IV PARTE

SAÚDE DA MULHER E REPRODUÇÃO HUMANA.....	121
1. Nova República: População, Questão Social.....	123
2. Ações Integradas de Saúde e a Saúde da Mulher.....	126
3. Reprodução Humana: Questão de Direito.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
NOTAS.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

**O PARLAMENTO E A QUESTÃO DEMOGRÁFICA: UM ESTUDO DO DEBATE  
SOBRE CONTROLE DE NATALIDADE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO  
CONGRESSO NACIONAL**

autora: Maria Isabel Baltar da Rocha

Resumo/Abstract.....	167
1. Introdução.....	169
2. As Comissões Parlamentares de Inquérito.....	187
. A CPI da Câmara e do Senado.....	188
. Duas CPIs , Dois Momentos.....	216
3. Os Projetos de Lei.....	221
. As Proposições da Câmara dos Deputados.....	224
. As Proposições do Senado Federal.....	244
4. Resumo e Indagações.....	255
ANEXOS	
I - Relação do Material Analisado.....	265
II- Os Eventos nas Comissões Permanentes.....	269
Notas.....	275
Referências Bibliográficas.....	281
Outras Publicações "NEPO".....	287

## APRESENTAÇÃO

Os dois trabalhos que constam deste caderno são parte constitutiva do Relatório de Pesquisa **O Estado e o Planejamento Familiar no Brasil: debates no Parlamento, planos e intervenções governamentais**. O primeiro deles, de autoria de Ana Maria Canesqui<sup>(\*)</sup> trata da formulação e implementação de um conjunto de ações médico-individuais e coletivas afeitas à reprodução humana, e o segundo que tem por autora Maria Isabel Baltar da Rocha<sup>(\*\*)</sup> focaliza a discussão no Parlamento sobre a questão da política populacional, particularmente aquela referente à fecundidade.

A pesquisa detém-se, sobretudo, no período compreendido entre 1960 e 1985. A escolha de tal período deve-se a emergência da questão do controle da natalidade e do planejamento familiar, no País, a partir dos anos 60: nesta etapa surgem as primeiras instituições de caráter privado na área, como também, entra em pauta a discussão impulsionada pela corrente neomalthusiana, acerca da conveniência ou não

---

(\*) - *Docente da Faculdade de Ciências Médicas e Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas, NEPP/UNICAMP*

(\*\*) - *Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População, NEPO/UNICAMP.*

do rápido crescimento demográfico para o desenvolvimento econômico.

O primeiro trabalho parte do interesse de analisar a atuação de parcela do poder executivo no trato com a reprodução humana. Vai ao encontro da reconstituição das ações governamentais e suas intenções consolidadas em planos e documentos, bem como das instâncias organizadas no aparelho estatal dirigido à saúde pública e ao cuidado médico individual, referente às mulheres e crianças. Enfatiza a criação e o desdobramento das intervenções médicas de orientação à concepção e à anticoncepção, contribuindo para a análise que estabelece a relação entre política de saúde e alguns componentes demográficos que se tornam seus objetos (mortalidade, natalidade, fecundidade).

Dentre os objetivos específicos deste texto, a pesquisa acabou ampliando o tempo histórico a ser recoberto, de maneira a compreender no espaço do executivo, as transformações mais recentes da política de saúde que abarca a reprodução humana. Assim, incorporou-se, no âmbito do Ministério da Saúde, a partir dos anos 30, o elenco de ações dirigidas à maternidade e à infância, que trazem subjacentes preocupações com a mortalidade e a natalidade. Disto resultou uma ampliação no horizonte da pesquisa, convidando a maior aprofundamento posterior.



O segundo trabalho investiga a atuação parlamentar, examinando um conjunto de documentos, da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, de modo a explicitar seu conteúdo e posição sobre a referida problemática populacional. Analisam-se, sobretudo, Comissões Parlamentares de Inquérito e Projetos de Lei - veículos através dos quais determinadas forças sociais ou, mesmo, segmentos do próprio poder executivo poderiam influir na formulação de uma política governamental, no campo do planejamento familiar.

A reconstituição deste debate na área dos estudos populacionais, embora de caráter exploratório nesta etapa da pesquisa, desperta interesse para aspectos ainda pouco analisados, no País, nessa área, bem como no campo do estudo das políticas públicas: a conexão entre a discussão populacional realizada no Parlamento e o processo político a ela relacionado; como também a questão do papel desempenhado pelo Congresso Nacional na definição de políticas sociais, inclusive àquela concernente à dinâmica demográfica.

Esta pesquisa teve apoio financeiro da Organização Panamericana de Saúde e a acolhida institucional do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas e do Núcleo de Estudos de População, da UNICAMP. Recebeu ainda, de membros das equipes destes dois centros de estudos, valiosas sugestões para o seu andamento. Participaram também da coleta, organização e classificação dos dados: Ana Maria Fonseca, Eillen Walquíria Sha-

woski, Marcelo Aguiar e Marta Rovey José. Grande parte do material referente ao Congresso Nacional foi recolhido graças a boa vontade das funcionárias da Câmara dos Deputados.

Aos que colaboraram no desenvolvimento da Pesquisa e às instituições acima mencionadas - os nossos agradecimentos.

**ASSISTÊNCIA MÉDICA E À SAÚDE E REPRODUÇÃO HUMANA**

Ana Maria Canesqui

## ASSISTÊNCIA MÉDICA E À SAÚDE E REPRODUÇÃO HUMANA

### RESUMO

Este trabalho discute no pré e pós 64 a intervenção estatal a nível federal na política de saúde e, particularmente no seu interior, o modo como organizaram-se no aparelho estatal de saúde as medidas sanitárias e de cuidado médico individual dirigidos à maternidade e à infância. Articula este elenco de ações e suas variações ao longo do período aos descobrimentos e direções da política de saúde, bem como ao significado que elas detiveram, ao nível das preocupações governamentais, com os processos demográficos. Destaca daquele elenco de ações as referidas à orientação à concepção e anticoncepção.

### ABSTRACT

This work analyses the state intervention at a federal level, in brazilian health policy before and after 1964. It gives special attention to the organization inside the state health system to sanitation and medical care towards motherhood and childhood. The state intervention is studied in relation to both the changes occurring in health policy and the importance of this policy for the government concern towards demographic process, giving particular emphasis to the action concerned to conception and contraception.

# ASSISTÊNCIA MÉDICA E À SAÚDE E REPRODUÇÃO HUMANA

ANA MARIA CANESQUI

## INTRODUÇÃO

Objetiva este estudo reconstituir, a nível federal, a formação e direção de um conjunto de medidas sanitárias e de caráter individual referentes à maternidade e à infância. Esta reconstituição vai de encontro ao entendimento das transformações das práticas sanitárias e do cuidado médico com referência à concepção e anticoncepção (planejamento da prole) na política estatal de saúde.

Circunscrito inicialmente este estudo ao período pós 64 até o momento, fez-se necessário recuperar, ainda que de forma parcial, a emergência no âmbito da saúde pública das preocupações governamentais com a proteção à maternidade e a infância. Isto resultou no recuo da pesquisa aos anos 30 de

maneira a explorar a montagem de organizações centralizadas a nível do aparelho estatal de saúde pública, o tipo de intervenção médica incorporada às mesmas e as preocupações explicitadas com referência à proteção à maternidade e à infância relativa aos processos demográficos (natalidade e mortalidade).

Com isto abriu-se um maior leque à pesquisa, relativamente pouco explorado no que se refere à saúde pública, recolocando um novo desafio a ser ainda completado posteriormente. Isto porque, ainda que exploradas algumas fontes do registro da memória desta área naquele período, depara-se com uma precariedade de documentos que registrassem, para além da legislação e de alguns poucos relatórios disponíveis, a efetividade da prioridade governamental à proteção à maternidade e à infância. Resta ainda por fazer, uma pesquisa mais completa que abarque o período 30-64, na perspectiva do objeto em pauta, mesmo porque, os estudos são ainda escassos e preocuparam-se muito mais em entender o desenvolvimento da medicina previdenciária do que o da saúde pública. Com isto reproduz-se na pesquisa a minoridade desta última na intervenção governamental na política de saúde.

O período 1930-1964 já suscita interrogação e o desvendamento no interior da saúde pública da intervenção estatal na proteção à maternidade e à infância, resultando na produção de serviços de saúde direcionados ao consumo de tra-

balhadores urbanos, enquanto meios coletivos de saúde. Ao mesmo tempo, proteção à maternidade e à infância diz respeito aos processos relativos à formação e reprodução da força de trabalho abarcando a fecundidade e mortalidade enquanto componentes da reprodução que encontram no Estado mecanismos que procuram regulá-los.

Os desdobramentos da intervenção estatal diante do objeto em estudo enfatizam o cuidado médico individual, em detrimento das medidas sanitárias de caráter coletivo cuja perda progressiva de importância consolida-se no pós-64, pelo domínio da medicina previdenciária que abarca a assistência médica curativa e de base hospitalar e ambulatorial dirigida à força de trabalho engajada no processo produtivo. O cuidado médico à maternidade e à infância no âmbito da medicina previdenciária que se consolida segue as características do perfil de intervenção estatal constituído na política de saúde. Cabe então desvendar suas especificidades.

Ainda no pós-64 cabe retomar a questão da maternidade e infância no âmbito da saúde pública, configurando-se sob novas estruturas organizacionais redefinidas a nível do Ministério da Saúde, sob novos enunciados - planos e programas -, antes inexistentes. Suas metas, conteúdos e objetos a que se destinam pretendem ser elucidados ao longo do texto. Tem-se presente a articulação necessária daqueles planos e programas no âmbito da saúde com os desdobramentos da

intervenção estatal na política de saúde e o constante debate ou preocupação que se fazem presentes neste novo período as temáticas referentes à natalidade, fecundidade e mortalidade infantil.

Resta neste trabalho o caráter de relatório de pesquisa e de sistematização dos dados coletados. Enquanto tal ainda é limitado quanto ao aprofundamento teórico que o tema impõe.



## I PARTE

PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA NO PRÉ 64

## 1. ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: O PRÉ-64

Os diversos estudos sobre política de saúde no Brasil<sup>(1)</sup> privilegiaram a análise da medicina previdenciária, contudo deles pode-se extrair as linhas gerais que demarcaram a intervenção estatal na questão da saúde, de maneira a explicitar as referências mais gerais onde se inscrevem as ações específicas referentes à saúde materno-infantil e nelas, a incorporação ou não das ações referentes à fecundidade, objeto de nosso estudo.

Recuperar as linhas mais gerais da política de saúde no pré-64 direciona-se à explicitação da intervenção estatal no campo da saúde pública e no seu interior, a proteção à maternidade e à infância, onde se ausenta a questão específica da fecundidade, não significando contudo despreocupações governamentais com a questão da natalidade e mortalidade, inscritas no âmbito da saúde pública. Além disto, no período pré-64 estabeleceu-se na legislação trabalhista preocupações do Estado na regulação dos benefícios sociais, neles incluídos o trabalho da mulher e da criança e outras medidas protetoras do Estado. Apesar da importância desta dimensão, este trabalho restringe-se a abordar as medidas de caráter coletivo e individual referentes à atenção à saúde. Daí enfatizar-se a política de saúde pública.

Em síntese o período pré-64, a partir dos anos 30, com particularidades específicas e marcantes de sub-períodos (1930-1945; 1945-1960) delineam-se os grandes traços da política de atenção à saúde, conforme apontaram os estudos já realizados:

- o caráter nacional da política de saúde, enquanto questão social como problemática do poder estatal, organizada centralmente em dois sub-setores: a medicina previdenciária e a saúde pública;

- a montagem do aparelho estatal (previdenciário e de saúde pública), o primeiro acoplado à política sindical como mecanismo de controle das camadas subalternas urbanas organizadas, contemplando suas reivindicações. Organizou-se no período 1930-1945, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões para categorias diversas de trabalhadores, ganhando importância na concessão de benefícios sociais e na prestação do cuidado médico em caráter facultativo no interior dos IAPs. O segundo, com um conjunto de instituições que se organiza, abarcando medidas sanitárias, campanhas de saneamento, educação, assistência social e higiene, relacionando-se com os processos de migração, urbanização e industrialização;

- o predomínio da saúde pública sobre a previdência social, organizada de forma centralizada<sup>(1)</sup>, cuja extensão se interioriza aos estados e municípios. As ações de saúde pública, utilizadas amplamente (no período 1930-1945), dentro

de limites de uma base restrita do Estado, configuraram-se paulatinamente secundárias nos anos 50, com perda gradativa de sua importância.

## 2. PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA

Os estudos sobre política de saúde no Brasil deram pouca atenção à saúde pública e suas contribuições à análise da assistência materno-infantil foram escassas. Exceção merece ser feita neste sentido à pesquisa de Novaes (1979)<sup>(2)</sup> que se dedicou à reconstituição da emergência e das propostas da puericultura no contexto histórico brasileiro, percorrendo desde a República até os anos 70, com ênfase na organização da saúde pública no Estado de São Paulo.

Interessa ao nosso estudo retomar a formulação e organização da política estatal a nível federal em relação à proteção à maternidade e à infância no âmbito do aparelho estatal da Saúde Pública, ainda que não fosse o único locus de viabilização das intervenções estatais dirigidas àquelas questões. Os limites deste estudo não permitem abarcar a totalidade dos aparelhos estatais montados com referência à proteção à maternidade e à infância no pré-64.

Contudo, esta reconstituição permitirá apreender as modificações das intervenções estatais naquela área, até abarcar nos anos mais recentes a questão da anticoncepção.

O período 1930-1956 resultou no interior do aparelho estatal centralizado, na criação de unidades referentes à proteção à maternidade e à infância, expandindo-se a sua institucionalização, iniciada nos anos 20 quando a saúde pública estava sob as atribuições do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, nos anos 20<sup>(II)</sup>, destacaram-se iniciativas governamentais relacionadas à higiene infantil, à assistência social e hospitalar, dirigidas à maternidade e à infância, cujo caráter autoritário da legislação foi assinalado por Singer et alii<sup>(3)</sup>, incorporando a puericultura e a higiene na regulação da vida e da saúde das primeiras idades, sob uma concepção moral e policial.

Na montagem do aparelho estatal em saúde pública, a partir dos anos 30, fez-se presente a promoção da maternidade e infância, mediante a organização de serviços federais e estaduais de saúde pública e de assistência social, juizados de menores, serviços educacionais e de registro civil. Já se instalava no interior do Ministério de Educação e Saúde (1930), a Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância, que substituiu a Inspetoria de Higiene Infantil, vindo de encontro a maior abrangência da assistência à mãe e à criança, concedendo aquela Diretoria, auxílios e subvenções a um con-

junto de instituições privadas existentes no País no âmbito da proteção da maternidade e infância. Em 1937 reestruturou-se o Ministério de Educação e Saúde, tendo sido criada a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, com maior expansão das atividades nos estados e municípios, mediante a criação da Caixa de Fundos para os serviços de assistência e saúde pública nos municípios (contribuição de 5% de toda a receita arrecadada). Entre 1930-37 efetiva-se uma uniformização na estrutura dos departamentos estaduais de saúde, com um formato organizacional único constituído por Diretorias, organização de órgãos centralizados e coordenação de órgãos descentralizados (postos de higiene na área rural e centros de saúde nas grandes cidades), permitindo um avanço no cuidado à saúde.<sup>(4)</sup>

Vale lembrar que a Constituição de 1934 atribuiu competência à União e aos Estados para cuidarem da saúde e da assistência pública. Referiu no seu artigo 121 à assistência médica ao trabalhador e à gestante. Determinou a participação dos municípios nos problemas sanitários e sua autonomia para exercer suas atividades. No artigo 138, a Constituição incumbiu à União, aos Estados e Municípios, dentre um conjunto de atribuições, o estímulo à educação eugênica; o amparo à maternidade e à infância; a adoção de medidas legislativas e administrativas visando restringir a mortalidade e morbidade infantis e de higiene social, visando impedir a propagação das doenças<sup>(5)</sup>. As demais Constituições subsequentes (1937 e 1946) foram bastante restritas no que se refere à saúde pública. Da

mesma forma inexistiram planos de saúde, a não ser em 1948 - O Plano Salte - cuja ênfase foi saúde e saneamento, sem ter sido executado.

O processo da montagem das estruturas administrativas centralizadas pelo Estado continuou nas décadas dos anos 40 e 50, completando-se em 1956. No que se refere à maternidade, à infância e à adolescência foi criado o departamento Nacional da Criança (1940), com funções coordenadoras normativas e supletivas no âmbito nacional. Incorporou-se ao Ministério da Saúde em 1953 o DNCR, constituindo-se no órgão mais importante a nível federal de coordenação da proteção à maternidade e à infância. Manteve uma estrutura com os seguintes serviços: auxílio a obras sociais, divisão de proteção social, seção de orientação social, Instituto Fernandes Figueira, serviço de educação e divulgação; Divisão de Organização e Cooperação, Seção de Higiene da Maternidade e Infância, Seção de Auxílio e Fiscalização e Seção de Cadastro. Dispunha de 7 delegacias federais da criança<sup>(6)</sup>.

Estavam contempladas nas diretrizes de trabalho do novo órgão a integração dos planos e atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência - públicos e privados - com os programas de saúde pública geral, a orientação técnica e auxílio financeiro às instituições privadas e públicas na área de saúde materno-infantil, a realização de programas especiais (alimentares, educativos, de proteção ao pré-

escolar e recreativos); educação sanitária no campo da puericultura, fortalecimento da família, realização de estudos e pesquisas na área e treinamento de pessoal.

A proteção à maternidade e à criança, no que se refere aos cuidados à saúde, orientava-se pela puericultura, que na definição de Clovis Correa da Costa, obstetra ligado ao Instituto Fernandes Figueira do DNCR, é ciência e arte que tratam da procriação e criação da espécie humana<sup>(7)</sup>. Na visão deste autor, "os órgãos da reprodução não pertencem propriamente ao seu portador, pertencem mais à espécie, cuja existência e propagação são destinados a assegurar. A função daqueles órgãos interessa ao indivíduo; interessa porém, muito mais ainda, à coletividade social, que absolutamente não pode abandonar ou menosprezar, a fonte donde promanam as gerações futuras. Por isso todos os governos, instituições científicas, sociedades filantrópicas e estadistas têm a atenção voltada para as questões relativas à maternidade e à infância... Desgraçadamente muito pouco temos feito em benefício da criança brasileira somente há pouco, a consciência nacional começou a ser despertada para estes problemas de transcendental importância... Enquanto no orçamento da República, a verba para o Departamento Nacional da Criança, para o ano de 1946, foi de 7.510.560 cruzeiros, excluindo verba para pessoal permanente; a destinada à defesa animal foi de 25.151.400 cruzeiros, excluindo a verba destinada ao pessoal permanente e ao extraordinário".



A defesa da criança e da mãe colocava-se em função de assegurar uma prole sadia, diante das altas taxas de mortalidade infantil, dos requerimentos de mão-de-obra para as atividades econômicas emergentes - a industrialização - e para preencher os espaços vazios. Esta maneira de ver a puericultura e a reprodução conduzia ao nacionalismo conservador, de cunho facista, que se manifestava contrário às correntes imigratórias de "raça inferior", colocando-se ao lado daquelas capazes de apurarem a raça. Preferia, contudo, a construção da nação com o crescimento vegetativo, colocando-se contrária às práticas anticoncepcionais (esterilizações já praticadas pelas camadas de altas rendas) e ao aborto provocado.

Contrapunham-se a estas idéias a puericultura defendida por Moncorvo Filho, puericultor renomado, embuído das práticas da higiene em defesa da conservação da vida. Vale lembrar que a puericultura dos anos 20 preocupava-se com os vícios da alimentação, a sífilis e o alcoolismo, como causas da mortalidade infantil, idéias estas que perduraram na puericultura dos anos 30. (Novaes, 1979).

Nos anos 40, a vida e saúde das mães e crianças deveriam ser preservadas e a puericultura, juntamente com um elenco de atividades de cuidado médico e assistência social, passaram a desenvolver-se junto aos centros de saúde e postos de puericultura pertencentes às Delegacias Federais e Estaduais da Criança. Detendo um caráter mais educativo, como as-

sinela Novaes, a puericultura assegurava o direito à informação, auxílio e proteção das camadas subalternas.

Ao assumir o recém criado Ministério da Saúde em 1953, o discurso de Miguel Couto Filho, Ministro da Saúde, traçou as diretrizes daquele Ministério. Apelava à medicina e à puericultura a contribuírem na "formação do homem hígido de amanhã, pronto para todos os labores, apto às maiores conquistas para a nacionalidade. Não é mais admissível, ante os progressos da ciência que a mulher perca a vida ao dar a vida ao filho, permitir a alta mortalidade infantil, assustadora no Nordeste, quando a prática da puericultura, simples cuidados higiênicos, leite suficiente e o administrar vacinas contra a coqueluche, enterites, tifo, difteria, B.C.G. e outras imunizações que surgem, como a paralisia infantil, evitam as principais causas do morticínio das crianças... É um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade ainda o melhor elemento a salvaguardar o futuro da nacionalidade; melhor e mais seguro que o mais eficiente imigrante" (8) .

Aqui a puericultura associada ainda à construção da nação e à formação do brasileiro hígido para o trabalho colocava-se duplamente em defesa da vida e da nação. Já incorporava a puericultura, além da educação, meios tecnológicos: as vacinas contra as doenças e o leite artificial dentre as medidas de saúde pública.

O desenvolvimento das idéias e saberes sobre a puericultura interferiram na política estatal nos cuidados à maternidade e à infância. Estes estenderam-se à adolescência também, mais no sentido de cuidar dos seus desajustes e de proteger o jovem de amanhã. Eram os homens de ciência - os médicos (puericultores e obstetras) - quem interferiram nesta área, traçando as diretrizes de política estatal, ainda que elas não se expressassem ainda sob a forma de planos de saúde pelos menos até a década dos anos 70. O DNCR foi o locus de incorporação do saber médico e sua aplicação no âmbito da política estatal. A incorporação daquele saber suscita ainda investigação mais precisa, que esta pesquisa não chegou a abarcar.

O DNCR apoiou, mediante auxílios e subsídios governamentais, a expansão da infra-estrutura de serviços materno-infantis (públicos e privados), postos de puericultura, maternidades, hospitais infantis e de ortopedia, escolas maternais e jardins da infância. O resultado, expresso na tabela abaixo, foi a expansão da rede de atendimento à maternidade e à infância.

**TABELA I - Distribuição das instituições materno-infantis entre Regiões  
1 9 6 6**

Regiões	Total de Instituições
Norte	432
Nordeste	1.364
Leste	2.939
Sul	4.481
Centro-Oeste	331
<b>TOTAL</b>	<b>9.547</b>

**FONTE:** Ministério da Saúde, DNCR. Álbum do Jubileu de Prata do DNCR. 1940-1965:11.

Do total das instituições (9.547), cujos dados não indicam seus proprietários, 1.418 eram maternidades; 1.251 eram postos de puericultura e 6.878 constituíam noutras obras (hospitais infantis e de ortopedia, escolas maternais e jardins da infância). Aos subsídios e auxílios estatais de apoio financeiro à expansão de infra-estrutura, desde os anos 40, na década dos anos 50 agregaram-se recursos internacionais, procedentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância, conveniado com o governo brasileiro. Dentre outras atividades, este Fundo forneceu apoio ao reequipamento das instituições materno-infantis, ou seja, a 458 postos de puericultura, a serviços de higiene infantis dos postos de saúde oficiais a 152 maternidades hospitalares e aos serviços de pediatria.

O projeto educativo do DNCR, associado à puericultura incorporou a divulgação das normas de higiene, através da distribuição de material educativo (folhetos, cartazes, panfletos), promoção anual da Semana da Criança e dos conceitos de higiene infantil. Estes últimos distribuíram prêmios às mães que cuidassem bem de seus filhos, divulgando com isto as normas de puericultura entre as camadas subalternas. Na determinação da criança hígida eram apreciados os seguintes elementos: curvas de peso e altura, pele e mucosas, turgor e tonus muscular,

desenvolvimento psicomotor, imunidade (incidência de infecções) vacinação, alimentação e assiduidade aos serviços.

Este projeto educativo abarcava também as mães, a serem esclarecidas quanto às noções de higiene, da gravidez, a amamentação ao peito, a alimentação da criança e sua educação, incorporando o serviço social no auxílio ao médico e na defesa da saúde, combatendo a nati-mortalidade e a mortalidade infantil. Mais do que isto, a puericultura trazia sua colaboração à normatização das condutas sociais das camadas desprovidas no que toca à reprodução e à educação dos filhos. Ainda que restritas as ações referentes ao exame pré-nupcial, ao que Clovis Correa Costa lamentava, na sua perspectiva a puericultura brasileira deveria incorporar a eugénésia no estilo alemão, vetando definitivamente ou temporariamente a reprodução aos indivíduos portadores de doenças mentais, taras e moléstias infecciosas, mediante o emprego de esterilizações.

O DNCr na década dos anos 50 foi o executor do convênio assinado pelo governo brasileiro com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (FISI), convênio que durou entre 1950-1962, concentrando suas atividades no Nordeste. Os projetos aí desenvolvidos incluíram o combate à desnutrição infantil, a distribuição de leite em pó importado, naqueles estados através das Secretarias Estaduais de Saúde e obras sociais, indicadas pelas Delegacias Federais de Criança, cujos beneficiários eram nutrízes, gestantes, lactantes e pré-escolares. No período 1950-1962

foram distribuídos 50.000.000 quilos de leite desnatado em pó, equivalente a 4.200.000 quilos ao ano<sup>(9)</sup>. No período de 1963 - 1965, mediante convênio assinado entre a Campanha Nacional de Alimentação e o governo americano (Alimentos para a Paz), o DNCr distribuiu 18.000.000 quilos de leite em pó, ou seja, 5.000.000 quilos ao ano e cápsulas de vitaminas A-D (5.500.000 unidades).

Através do convênio com o FISFI, o DNCr desenvolveu ainda propostas educativas, mediante a criação de clubes de mães, funcionando junto às instituições de proteção à maternidade e à infância, empregando modelos de formação de grupos, imprimindo a "participação da comunidade" no planejamento e organização de suas atividades. Aqui, já se introduzia um novo modelo de prestação de serviços de saúde e de educação, fomentado, no âmbito da Saúde Pública, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fundado em 1948 e incorporado ao Ministério da Saúde, como fundação em 1960 (Lei nº 3750).

O modelo sanitário americano que se introduzia na Saúde Pública baseava-se na expansão de uma infra-estrutura de saúde pública onerosa, repleta de tecnologia reproduzindo os caminhos percorridos pelos países desenvolvidos. Do ponto de vista educativo criticava o paternalismo estatal e a centralização imprimindo as responsabilidades dos sujeitos na construção de iniciativas locais, pressupondo a melhoria das condições de vida pelo despertar da consciência e cooperação<sup>(10)</sup>.

Os Clubes de Mães valorizavam o trabalho da mulher no lar, apoiando o desenvolvimento de atividades de economia doméstica (cultura de hortas, criação de animais, corte e e costura e pequeno artesanato); práticas educativas (educação de adultos e educação cívica e moral), práticas higiênicas (primeiros socorros, alimentação, amamentação materna, vacinações, cuidados com recém-nascidos e básicos de higiene corporal) e práticas sociais, reforçando a solidariedade familiar. No período 1952-1965 havia 950 clubes de mães, com uma média de 30 mulheres por clube<sup>(11)</sup>. Nos seus propósitos educativos os clubes veiculavam novas tecnologias: os leites artificiais e as vacinas no trato com a saúde materno-infantil.

Pode-se concluir para o período analisado que a estrutura centralizada montada, referente à saúde materno-infantil no aparelho estatal federal, desde os anos 30, teve no DNCR a sua maior expressão. Nas décadas dos anos 40, 50 até meados dos anos 60, articulou-se às unidades federadas. Em 1966, apenas 2 estados (Acre e Mato Grosso) não possuíam serviços públicos centrais de proteção materno-infantil. A nível federal, estas ações pulverizavam-se em outras instituições, a exemplo a Legião Brasileira de Assistência, o Serviço Especial de Saúde Pública e outros Departamentos Nacionais, que mereceriam análise mais detalhada no que toca à assistência à maternidade e à infância. Consolidou-se, contudo, um padrão fragmentado e centralizado referente à saúde materno-infantil.

Quanto à questão administrativa o debate colocava a centralização versus descentralização da estrutura sanitária sob comando dos estados e municípios e sem interferência do governo central. Este debate extrapolava a saúde pública indo de encontro às transformações ocorridas no Estado Novo. Apesar de terem se estabelecido, no âmbito da saúde pública idéias contrárias à centralização na década de 50-60, esta permaneceu e acentuou-se, conforme os rumos imprimidos pelo Estado, no pós-64.

A assistência à maternidade e à infância, no âmbito da saúde pública, obedeceu ao modelo centralizado, tendo na puericultura institucionalizada o seu instrumento básico, dirigido às camadas pobres urbanas, a ela incorporando-se a higiene e as campanhas nacionais educativas, valorizando-se a maternidade e a infância na garantia de braços fortes para a nação. O centro de preocupações foi a redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e não a taxa de natalidade, abarcando um elenco de serviços sociais, educativos e de higiene. Aos poucos transformou-se a puericultura, com a perda do seu caráter higienista e pedagógico, passando a incorporar, já na década dos anos 50, alguns meios tecnológicos de combate às doenças infecto-contagiosas e desnutrição, esboçando-se aí a pediatria preventiva, que veio implantar-se posteriormente.

A proteção à maternidade e à infância inscrita no



aparelho estatal, cuja montagem acelerou-se a partir dos anos 30, mereceu certa prioridade na sua efetivação, inscrita na política nacional de saúde emergente, dentro de um caráter restrito do Estado, ou seja, nos seus requisitos técnicos, financeiros e organizacionais e quanto a cobertura populacional que abarcava. Apesar de certo dinamismo e de prioridade que mereceu a proteção à maternidade e à infância, especialmente dos anos 30 a 64, gradativamente perdeu importância, esvaziando-se o DNCR, com transferência de suas atribuições a outros órgãos federais, para finalmente em 1969 (Decreto 64.061) ser extinto definitivamente.

Ademais, os autores que estudaram o comportamento dos gastos públicos federais em saúde pública (Braga e Paula, 1981), no período 1956-1969, mostraram, no âmbito da Saúde Pública, prioridade ao combate às moléstias endêmicas rurais sobre a assistência à maternidade e à infância, cuja instabilidade de gastos e seu declínio, em relação aos níveis mantidos em 1957, mostram a perda gradativa de sua importância.

Igualmente, a contração da saúde pública na sua totalidade, no conjunto da intervenção estatal em saúde será a tônica que se consolidará no pós-64, com o crescimento e expansão da medicina previdenciária, de caráter curativo e individualizado.

## II PARTE

### MEDICINA PREVIDENCIÁRIA E ASSISTÊNCIA MÉDICA À REPRODUÇÃO HUMANA

## 1. POLÍTICA DE SAÚDE E MEDICINA PREVIDENCIÁRIA NO PÓS-64

Os estudos já mencionados sobre o padrão de intervenção do Estado na política de saúde e o processo de capitalização da medicina, já demonstraram a consolidação nos últimos 20 anos, do domínio da medicina previdenciária, calcada no cuidado médico individualizado de base hospitalar e ambulatorial; a sua articulação com a produção privada em detrimento da produção de serviços estatais; o predomínio dos interesses privatistas, cujas vozes foram mais ouvidas do que a dos usuários e o padrão de financiamento baseado, principalmente, nas contribuições dos assalariados.

O saldo deste processo em termos da assistência médica em síntese resultou, nos pós-64, na extensão da cobertura previdenciária, abarcando a quase totalidade da população urbana e parcela da rural; a consolidação do domínio do cuidado médico individual, em detrimento das práticas sanitárias de caráter coletivo, marcando a dicotomia entre saúde pública e medicina curativa; a ampliação das modalidades assistenciais privadas pelo sistema de compra de serviços de terceiros, ao invés de produção própria estatal dos serviços médicos, propiciando a expansão do complexo médico-industrial, com elevadas taxas de acumulação e lucratividade; a diferenciação do consumo de bens e serviços de saúde entre as cate-

gorias de trabalhadores e seus dependentes, inscritos em modalidades diferenciais de produção do cuidado médico; a expansão considerável dos gastos com assistência médica e o privilegiamento do capital privado investido no setor e finalmente em anos mais recentes, a crise da previdência, impondo-se a reconversão da política de saúde.

Os estudos tem apontado no pós-64 três sub-períodos importantes: 1968/1973; 1974/1978 e 1979/1986.

#### O período 1968-1973

Este período comporta alguns traços gerais, cujos determinantes são a formulação da política econômica e social governamental, com predomínio da primeira, à qual submetem-se às ações governamentais resultando em resumo: <sup>(12)</sup>

- na crescente dicotomia entre ações médico-sanitárias e médico-hospitalar curativa;

- na expansão e abrangência em termos de cobertura, expressão política, organizacional e financeira do completo médico previdenciário;

- no repasse de recursos ao setor privado, mediante compra de serviços, através do INPS, propiciando a expansão da medicina empresarial e do setor contratado em detrimento do setor próprio;

- num conjunto de reformas administrativas, no âm-

bito da previdência social e Ministério da Saúde, de cunho modernizador e centralizador;

- as reformas resultaram na criação do INPS, a partir dos antigos IAPs e no âmbito do Ministério da Saúde na sua atribuição em coordenar e formular a Política Nacional de Saúde (Decreto Lei 200/1967) e na extinção e fusão de um conjunto de serviços, montados desde a década dos anos 40 (Decreto Lei 66.623 de 1970 e Decreto 74.891 de 1974);

- contração de recursos destinados à Saúde Pública, reduzindo a participação do Ministério da Saúde no orçamento global da União. Em 1968 esta participação foi de 2,21%, em 1972, 1,19% e em 1974, 0,94;<sup>(2)</sup>

- fracionamento e ausência de unidade e integração entre os diferentes setores das políticas sociais, obedecendo por vezes lógicas contraditórias.

### O período 1974-1978

Neste período, não ocorre uma ruptura com o modelo de intervenção estatal adotado na política de saúde no pós-64, contudo os autores são unânimes em admitir certas diferenças em relação ao período anterior, mesmo porque alteram-se a política econômica e social governamental, merecendo ênfase a primeira em face das adversas condições de vida e de saúde, da eminente crise econômica que se anunciava e do projeto de distensão política. A política social passa a mere-

cer destaque na normalização institucional no Governo Geisel, pelo menos no seu primeiro momento e nela - a política de saúde -, especialmente a previdência social e algumas medidas médico-sanitárias, colocando-se o questionamento da dicotomia destes setores.

Características mais importantes no período no que se refere à política de saúde:

- extensão dos benefícios previdenciários, incluindo, salário-maternidade e a assistência médica à população, abarcando a população rural;

- Lei 6118/1974 criando o Conselho de Desenvolvimento Social, junto à Presidência da República, com atribuições de assessoramento na formulação da política social e coordenação dos Ministérios envolvidos. Fica reafirmada a competência do Ministério da Saúde na definição da política de saúde. Outras medidas legais administrativas elevaram à categoria de Ministéria a Previdência e Assistência Social - lei 6025/1974, visando fortalecê-lo. Persistem a dicotomia das ações de caráter coletivo e curativo e as bases do financiamento do setor;

- criação de mecanismos de maior controle do setor privado prestador de serviços, mediante a instalação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência (DATAPREV/1974), sistema este que foi ineficaz aos propósitos manifestos;

- Lei 6168/1974 criando o Fundo de Apoio ao Desen-

volvimento Social (FAS) cuja resultante foi a transferência de 1/3 de seus recursos ao financiamento de hospitais privados;

- implantação do Plano de Pronto Ação (PPA), de modo a abarcar e tornar acessível a demanda por assistência médica, possibilitando maior expansão do setor conveniado e um conjunto de distorções;

- extensão dos convênios empresas, dos convênios entre Ministério da Educação e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e com sindicatos e governos estaduais prefeituras e outras entidades;

- criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS/1977) subordinado ao MPAS com finalidades de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial, resultando na separação do INPS, IAPAS e INAMPS. A criação deste sistema não resultou na reversão do modelo privatista, foi apenas uma reforma administrativa;

- reativação da saúde pública mediante a criação de novos programas dentre os quais se destacam: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976) e o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (1976); Programa de Saúde Materno-Infantil (1974 e 1976); Programa de Controle da Esquistossomose (1976); Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (1976); entre outros;

- nova reforma administrativa do Ministério da Saúde pelo decreto 79056/1976, cuja competência estabeleceu-se na execução de atividades e medidas de caráter coletivo. Objetivou aumentar a sua capacidade gerencial, o uso de tecnologia mais adequada na solução dos problemas de saúde, a descentralização da execução das atividades mediante apoio às Secretarias Estaduais de Saúde e aos municípios na expansão da cobertura dos serviços. Manutenção das delegacias federais de saúde e as coordenadorias de saúde (Amazonas, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Principais atividades programáticas do Ministério da Saúde: programa nacional de vigilância epidemiológica; programa nacional de controle das doenças transmissíveis; programa de controle das endemias e tuberculose; alimentação e nutrição; prestação de serviços médicos; pesquisa científica e tecnológica; aperfeiçoamento dos recursos humanos e saneamento básico.

#### **O período 1979-1985**

A crise da previdência, gerada desde suas origens, a despeito das reformas que procuraram contorná-la, agudizou no período 1979-1983, dando ensejo a que propostas alternativas viessem à tona, com maior expressão, no bojo do processo de redemocratização da sociedade e de intensa politização da questão da saúde. O Prev-Saúde (1980) formulado



por técnicos do setor de saúde, propôs a reformulação da política de saúde, contemplando a extensão da cobertura nas áreas carentes. Balizou-se na hierarquização, integração e regionalização dos serviços de saúde, de maneira que a atenção primária constituísse a porta de entrada do sistema. Nas idas e vindas das gavetas ministeriais, acabou sendo arquivado, sofrendo reformulações e resistências de diferentes setores, especialmente da área privada empresarial da medicina e do próprio INAMPS. A reconstituição deste debate já foi objeto de análise de vários autores, dispensando retomá-lo em toda a sua riqueza e contradições. No cerne das questões suscitadas em torno do Prev-Saúde estavam as discussões sobre centralização/regionalização; participação/manipulação e estatização/privatização e o alinhamento dos diferentes grupos.

Contudo, a crise financeira da previdência social acentuava-se e seus analistas apontavam as suas bases na política econômica recessiva, na queda dos salários, na redução do emprego, afetando a receita de contribuições<sup>(13)</sup>. Outros autores, porém, explicavam a crise financeira pelas contradições estruturais da expansão do sistema, que não se acompanhou, por determinações políticas e alteração na sua base financeira. Apontam, nesta linha as características do modelo previdenciário montado ao longo da sua história e que se revela corrupto, incontrolável, sofisticado, atendendo prioritariamente às necessidades de reprodução do capital e não as reais necessidades de saúde da população, o que o torna inviável e oneroso diante das crescentes demandas<sup>(14)</sup>.

Outras medidas, da parte do Ministério da Previdência e Assistência Social vieram de encontro, em 1982, à reorientação da política de assistência médica previdenciária - O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social - elaborado pelo Conselho Nacional da Administração Pública (CONASP). Este plano recuperou as diretrizes contidas no Prev-Saúde no sentido de priorizar a atenção primária de saúde, integrar, hierarquizar e regionalizar o cuidado médico, ampliar a cobertura, incluindo a população rural, dinamizar e modernizar o setor público, administrar descentralizadamente os recursos, racionalizar a prestação dos serviços de saúde dos setores público e privados, entre outras.

Pautou-se aquele plano na redução dos gastos do complexo previdenciário, na maior utilização da rede pública e na modificação do sistema de pagamento de compra de serviços do setor privado hospitalar. Basicamente, o novo plano pautou-se na orientação da política econômica governamental de corte recessivo, tendo funcionado, no âmbito do complexo previdenciário, no sentido de priorizar o aproveitamento da capacidade ociosa do setor público e na redefinição da política de compras ao setor privado, restringindo os gastos com internações. Seu resultado foi a contenção de gastos e não a reconversão do padrão de intervenção estatal já consolidado na política de saúde.

De fato, no período 1981-1983 decresceu a participação percentual do INAMPS na despesa global da previdência social, aumentando em 1984. As despesas de saúde por habitante decresceram em termos reais entre 1980 e 1983, em quase 30%, elevando-se um pouco em 1984<sup>(15)</sup>. Vale ainda destacar, no período 1980-1984 a redução de arrecadação da previdência social, ocasionada pela contração da massa salarial, com impacto na diminuição do montante de recolhimento das contribuições compulsórias da Previdência Social.

Apesar dos limites contidos no Plano de Reorientação, no seu interior gestou-se outra estratégia de intervenção - as ações integradas de saúde - que buscavam a reconversão do perfil da intervenção estatal na política de saúde. Elas propuseram a integração entre as organizações de saúde a nível federal, estadual e municipal, não excluindo o setor privado. Objetivam: estruturar e dotar de resolutividade os sistemas estaduais de saúde, desenvolver a capacidade gerencial dos serviços, valorizar os recursos humanos, planejamento das intervenções dentro de parâmetros técnicos e financeiros viáveis; orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino, conforme as necessidades de saúde de cada região.

Os princípios que norteiam as AIS assentam-se na importância e responsabilidade do setor público no controle do sistema de saúde e pela saúde da população; na integração

interinstitucional, valorização das atividades básicas de saúde, regionalização e hierarquização dos serviços, ampliação da utilização da rede pública e descentralização administrativa.

A maior fonte de recursos das AIS é o INAMPS, que garante a manutenção da rede própria (ambulatorial e hospitalar), a remuneração dos serviços contratados, a co-participação orçamentária nos hospitais de ensino, serviços públicos das redes municipais e estaduais. Cabe ao Ministério da Saúde financiar os seus serviços próprios, estabelecer convênios com Secretarias Estaduais de Saúde e convênios de co-participação com o Ministério de Previdência e Assistência Social na manutenção dos seus hospitais próprios. Ao Ministério de Educação cabe a co-participação nas despesas dos seus hospitais próprios e de ensino não pertencentes à rede federal própria e no financiamento de projetos de adequação de instalações ou compra de equipamentos para serviços beneficiários de saúde nos municípios onde não existem hospitais federais próprios. Além disto participará no apoio a pesquisas que auxiliem as AIS no desenvolvimento dos recursos humanos. Aos estados e municípios cabe a realização de investimentos nos serviços próprios, nos serviços de apoio diagnóstico e nos necessários à implantação das AIS (NEPP e IE. op.cit. 1985 pg. 146).

As AIS propuseram áreas prioritárias de interven-

ção: a assistência médico-hospitalar e farmacêutica e o desenvolvimento institucional nos setores de controle das doenças transmissíveis, promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento.

O saldo das AIS, no processo de sua implantação mostra a transferência de recursos federais aos estados e municípios, o estímulo à produtividade das secretarias estaduais e municipais de saúde, o seu reequipamento, a ampliação dos níveis de equidade e universalização, o esforço de redução da duplicação e paralelismo das programações de saúde e o aumento de recursos do INAMPS à disposição da rede pública, o que antes não ocorria e a adoção de mecanismos de gestão colegiada.

Um balanço das AIS em 1985 mostra a instalação das comissões estaduais regionais e locais de saúde respectivamente em 25 unidades da federação e 272 regiões de saúde. Dos 4107 municípios brasileiros, 690 já possuíam a sua comissão e mais 727 já haviam assinado o termo de adesão. Em 1986, chegaram a 2.000 municípios.

Os recursos foram destinados especialmente ao reequipamento e organização de rede de atendimento público através da construção de 212 unidades de serviço, reforma de 71 e instalação de equipamentos em 1974. Cerca de 9% dos recursos destinados à assistência médica do INAMPS foram aplicados nas

AIS e Cr\$ 120 bilhões pertencentes ao orçamento do Ministério da Saúde, com maior concentração nos Estados Nordesteiros<sup>(16)</sup>.

Dificuldades tem sido apontadas no desempenho das AIS, entre elas:

- a descentralização de alguns serviços - ex.: o controle de endemias;
- o financiamento não regressivo do sistema;
- compatibilização dos quadros de pessoal, seu regime de trabalho e carreira profissional;
- a garantia do nível de produtividade, conforme as práticas institucionais dos serviços;
- dificuldades de promover a integração interinstitucional;
- a retração dos recursos destinados à saúde das esferas estaduais e municipais;
- excessiva hegemonia do INAMPS;
- baixa representatividade e agilidade das comissões de planejamento e gestão dos serviços que não conseguem estruturar-se como locus decisórios a nível local e regional.

## 2. ASSISTÊNCIA MÉDICA À REPRODUÇÃO HUMANA NO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

No que se refere à reprodução humana, a assistência médica no complexo previdenciário tem privilegiado basicamente o cuidado ao parto (normal e cirúrgico), as intercorrências obstétricas e a assistência clínica ginecológica. Esta assistência médica, de tipo individualizada e curativa, concentra-se no hospital e na rede ambulatorial própria e privada (contratada e conveniada), cuja extensão dos serviços deu-se através da compra de terceiros, preferencialmente.

A expansão da assistência médica curativa de base hospitalar e ambulatorial articulada aos serviços de apoio diagnóstico, de propriedade privada, deu-se em detrimento da produção de serviços próprios do INAMPS, favorecendo a lucratividade e a acumulação no setor privado contratado e conveniado, processo este que se cristalizou no pós unificação numa dinâmica do setor de atenção à saúde onde se associam o Estado, os empresários nacionais e a indústria estrangeira produtora de medicamentos, matérias-primas e equipamentos. Cabe assinalar no pós 1974 o favorecimento do Estado na construção de hospitais privados, que consumiam 1% dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), oriundo das rendas líquidas das loterias esportiva e federal, de dotações da Caixa Econômica Federal, de recursos orçamentários da

União e de outras fontes externas ou internas.

Os recursos do FAS distribuiu-se desigualmente entre as regiões: o Nordeste, que concentra 30% da população foi contemplado com 23% do valor dos pagamentos, ao Sul, com 18% da população, coube 26% das aplicações. Das aplicações realizadas nas regiões Sul e Sudeste, 85% a 90% canalizaram-se para hospitais particulares e no Nordeste apenas 5,8%, revelando preferência do setor privado pelas localidades de maior renda, independentemente das necessidades e déficit de infraestrutura de serviços de saúde, da qual o Nordeste é detentor. Entre 1975 e 1985 (agosto) o FAS financiou 42 hospitais com 40.944 leitos. Mais de 40% destas unidades e 47% dos leitos são de finalidade lucrativa<sup>(17)</sup>.

Os dados a respeito da expansão da rede privada elucidam o que apontamos. Já no período pré-unificação, dominavam os produtores privados de leitos hospitalares, ao invés do setor público (Tabela I), concentrando-se o cuidado médico no hospital e imprimindo-se as tendências à compra de serviços de terceiros. De 1960a 1980 os leitos hospitalares experimentaram um acréscimo de 135,5%, ampliando consideravelmente a participação do setor privado de cunho lucrativo, em detrimento da rede pública. Em 1960, 64,5% dos leitos hospitalares já eram de propriedade privada, em 1984, 71%, dos quais 39% são lucrativos.



Persistem padrões desiguais da distribuição dos leitos por habitante entre as regiões, com vantagens significativas para o Sul e Sudeste, onde há um coeficiente de 3 leitos/1000 hab. No Nordeste, apenas dois estados apresentam esta proporção. Há déficit de leitos em toda a região (Ministério da Saúde, 1985).

Como não poderiam deixar de ser na oferta de leitos hospitalares de gineco-obstetrícia e salas de parto (Tabela II) predomina o setor privado. Já em 1960 o setor privado detinha maior participação na oferta de leitos de gineco-obstetrícia (72,0%) em relação ao número total daqueles leitos, cabendo ao setor público 28,0%. É progressiva a redução da participação deste último no total dos leitos, com ampliação do setor privado. Em 1982, o setor público detinha 21,7% dos leitos e o setor privado 78,3%. Quanto às salas de parto em 1982 20,3% eram públicas e 79,6% eram privadas.

Quanto à produção de consultas médicas ambulatoriais referentes à população urbana previdenciária (Tabela III) a tendência que se apresentou, no início da década dos anos 70 até 1975 foi o maior peso dos serviços próprios do INAMPS, equilibrando-se com o maior volume produzido pelo setor contratado e conveniado a partir de 1976. Instalou-se uma progressiva contração do setor próprio a partir de 1977, equilibrando-se com os demais setores.

O Plano de Pronta Ação (1974) favoreceu o crescimento da produção de serviços privados, ampliando-se a cobertura e os gastos do INPS com a assistência médica. Braga e Paula (1981) apontaram para 1975 e 1976 um crescimento dos gastos de 32,1% e 36,2% respectivamente, comparados aos primeiros anos da década dos anos 70. É desta época que os gastos com a assistência ambulatorial suplantaram as despesas hospitalares. Este tipo de assistência, em face do processo de capitalização da medicina, assume cada vez mais o caráter lucrativo e dinâmico, acoplando-se à rede de apoio diagnóstico, ampliando-se através da rede não própria, ainda que seja considerável a participação da rede não própria nas consultas ambulatoriais.

Em todo o período 1970-1983 (Tabela III) as internações nos serviços próprios foram minoritárias em relação ao setor contratado cujo leve declínio a partir de 1975, deve-se à ampliação do setor contratado e conveniado, especialmente as empresas médicas. O setor contratado beneficiou-se muito da modalidade de pagamento por unidade de serviço, constituindo-se em sistema que facilitou os expedientes da multiplicação dos atos médicos, internações e intervenções desnecessárias, enfatizando os atos cirúrgicos. Este sistema alterou-se a partir de 1981 e foi substituído pela modalidade de cotas de internações, resultando no maior controle dos gastos hospitalares, imprimido pelo Plano de Reorientação de Assistência Médica do CONASP.

Silva (op.cit., 1984), citando a programação da assistência médica do INAMPS para 1981 no que diz respeito aos convênios urbanos mostrou a seguinte distribuição na participação de consultas médicas e internações: órgãos governamentais: 9% consultas e 2,2% internações; setor contratado: 29,4% consultas e 87,6% internações; medicina de grupo: 18,8% consultas e 5,6% internações; unidades próprias do INAMPS: 40% de consultas e 2,8% de internações.

Segundo dados do INAMPS (1985) para a população rural e urbana as consultas e internações realizadas distribuíram-se da seguinte forma: setor conveniado 47,9% consultas e 63,1% internações; setor contratado 29,1% consultas e 34,9% internações e unidades próprias do INAMPS: 23% consultas e 2,0% de internações.

Ainda que estes últimos dados abarquem conjuntamente a população urbana e rural, dificultando comparação com os dados de 1981 apresentados acima, em 1985, revela-se tendência ao aumento no número de consultas pelos órgãos conveniados (secretarias estaduais e municipais de saúde e universidade) e redução de participação dos serviços próprios do INAMPS, o que traduz o impacto das Ações Integradas de Saúde. No que se refere ao atendimento hospitalar em 1985, produziu-se 10,8 milhões de internações detendo os hospitais particulares 63,1% desse total.

A produção de serviços na área de reprodução humana, destacando-se as internações em ginecologia e obstetrícia no complexo médico previdenciário, no período 1975-1984 (Tabela V) mostra a perda de importância do setor próprio em relação aos demais setores contratados e conveniados. Mesmo com o ganho de importância do setor conveniado, o setor contratado dominou a produção destes serviços, com pequena contração a partir de 1983. Da mesma forma do ocorrido na produção das demais internações, houve a expansão do setor conveniado, que a despeito do incremento de convênios com hospitais universitários e órgãos governamentais que dão vazão à parcela de demanda por cuidado médico, persistiu a importância do setor contratado.

A multiplicação de partos cirúrgicos tem exemplificado as distorções do complexo médico previdenciário no sentido de imprimir atos médicos desnecessários. Até 1982, o parto cirúrgico era melhor remunerado do que o parto normal. A unificação deste valor teve por objetivo reduzir o número de partos cirúrgicos. Contudo, não se pode aquilatar a eficácia desta medida, pois diferentes motivações dos pontos de vista dos profissionais (redução do tempo de espera e remuneração extra do médico pela cliente para realizar laqueadura por ocasião da cesária) e de parte da clientela (parto mais confortável e expectativa de laqueadura) podem ter tido interferências na ampliação daqueles atos.

Alguns dados mostram a incidência de cesárias no complexo previdenciário. Em 1974, chegaram a 60% de acordo com Mello (1981)<sup>(18)</sup>. Em 1978, conforme Rodrigues (1980)<sup>(19)</sup> o parto cirúrgico foi mais frequente nos hospitais contratados (27,45%) do que nos conveniados (27,27%) e nos hospitais próprios (17,28%).

Dados do INAMPS<sup>(20)</sup> mostram que a porcentagem de cesarianas sobre o total de partos no Brasil em 1979, era mais elevada no setor contratado (30,0%) do que no setor próprio do INAMPS (17,5%). Consideradas as diferentes regiões do País, aquela porcentagem comportava-se da seguinte forma: Norte 35,4%; Nordeste 22,8%; Sudeste 32,7%; Sul 27,8% e Centro-Oeste 31,9%. São elevadas estas porcentagens, considerando-se recomendações da OMS que estima que o número de partos por cesariana de 10 a 15 no máximo.

Contudo, não se pode descartar o peso da totalidade do setor privado não contratado na incidência de partos cirúrgicos. Um levantamento realizado em 1981, mostrou que em São Paulo a sua incidência atingiu 70% nas camadas de altas rendas e de bom nível de instrução (Merrick, 1984)<sup>(21)</sup>. No hospital Santa Lucinda da Universidade Católica de São Paulo, a metade dos partos pagos pelas pacientes eram cesárias (Mello, 1981, op.cit.). Desta feita as desnecessárias intervenções explicam-se não apenas pelo modo de organização do cuidado médico e sua lucratividade, interferindo aí a orientação mé-

dica e as expectativas das consumidoras, interiorizando os progressos da tecnologia médica.

Outras distorções específicas relacionam-se à anticoncepção e particularmente à esterilização feminina, cujos dados são ainda restritos para o Brasil. Estudos<sup>(22)</sup> já mostraram, em alguns Estados nordestinos, a popularização deste método: em Pernambuco e Rio Grande do Norte, em 1980, 19% e 17%, respectivamente, das mulheres casadas entre 15 e 44 anos já estavam esterilizadas. Em São Paulo, outros autores<sup>(23)</sup> apontaram, em 1978 que das mulheres casadas, na idade de 15 a 49 anos, 16% já estavam esterilizadas.

As fontes de obtenção destas esterilizações eram os hospitais municipais, estaduais e o INAMPS, recaindo sobre eles a responsabilidade por 93% das esterilizações realizadas no Piauí; 77,5% em Pernambuco; 86% no Rio Grande do Norte e 60% em São Paulo.

O envolvimento da parcela da rede pública de hospitais na oferta das esterilizações femininas revelou-se também no Distrito Federal, na cidade satélite de Ceilândia, onde 15,44% das mulheres na faixa de 20 a 29 anos e 51,6% entre 30 a 49 anos estão esterilizadas<sup>(24)</sup>, através do convênio realizado entre Secretaria da Saúde e o Centro de Pesquisas e Assistência Integrada Materno-Infantil (CEPAIMC), instituição sediada no Rio de Janeiro que fornece treinamento e

apoio técnico para realização de esterilizações.

A expansão das esterilizações no complexo da medicina previdenciário e nos hospitais públicos requer maiores pesquisas. Apesar do Código de Ética Médica condená-las, a não ser em casos excepcionais, mediante indicação explícita e referendada por uma conferência médica (Capítulo VI - Da Responsabilidade Médica - Artigo 52), esta prática difundiu-se tanto no setor público como no privado, sem maior controle e fiscalização da parte dos órgãos competentes. Portanto, as distorções nas práticas anticonceptivas e no cuidado médico, acabam sendo estimuladas pelo modo de operação do complexo previdenciário, associadas à própria responsabilidade médica, cujo grau de liberdade e de poder sobre a clientela tendem a exacerbar-se para além das regras éticas e institucionais, em algumas situações.

Argumenta-se ainda sobre o crescimento da demanda por esterilizações, da parte das mulheres de baixa renda, o que faz supor dificuldades de acesso a outros métodos reversíveis e a interiorização ideológica do consumo de métodos irreversíveis entre aquelas camadas, como forma de encerrar definitivamente a reprodução em função da ampliação das expectativas de redução do número de filhos, cujos obstáculos são estruturais e não conjunturais. Não resta dúvida de que as aspirações pelo consumo de atos médicos não surge espontaneamente, atrela-se ao modo como estruturou-se o modelo de

produção dos serviços de saúde e a ele são incorporadas as tecnologias, que permeiam a eficácia e produtividade dos atos médicos, ademais de responderem à acumulação dos setores industriais de produção de medicamentos e equipamentos médicos. As esterilizações particularmente são fontes de remuneração dos médicos da parte dos consumidores previdenciários, que raramente recorrem à medicina liberal, mas que no complexo médico privatista conseguem obtê-la, pagando por este procedimento.

Ainda que as avaliações a respeito das prescrições de medicamentos por segmentos dos profissionais de saúde ligados às modalidades da prática médica do complexo previdenciário não estejam suficientemente desenvolvidos para obtenção de um quadro mais preciso, não se pode descartar a sua importância na difusão da orientação a outros métodos anticoncepcionais não definitivos - exemplo os anovulatórios.

Cordeiro (1977)<sup>(25)</sup>, tendo pesquisado as práticas de consumo de medicamentos em Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, numa amostra de 5.775 indivíduos, mostrou a ampla utilização das pílulas anticoncepcionais nas mulheres em idade reprodutiva. Considerada a frequência de uso por prescrição e sem prescrição médica, concluiu que 32,81% das pílulas anticoncepcionais foram consumidas com prescrição médica e 67,19% sem prescrição. Embora não tenha o autor apresentado as fontes das prescrições médicas, conforme modalidades da produção de serviços



de saúde, não se pode descartar a possível participação do complexo médico previdenciário nestas prescrições, uma vez que o momento em que a coleta de dados daquela pesquisa foi realizada (1974-1975) coincidiu com a expansão da cobertura dos serviços previdenciários.

Por outro lado, o autor apontou o prolongado uso de anticoncepcionais entre as mulheres, indicando distorções nestas práticas de consumo, o que se agrava do ponto de vista da saúde feminina, diante do elevado contingente de consumidoras que o fazem sem prescrição médica.

Podemos concluir, pelos dados apresentados a consolidação no complexo previdenciário no período pós unificação, o incremento dos serviços produzidos, expandindo-se a assistência médica, sem a ampliação da rede física própria; o privilégio da iniciativa privada com diferentes modalidades de pagamento e contratos, a partir de 1975. Houve o reduzido crescimento e decréscimo dos serviços próprios com sua baixa utilização.

A produção de serviços afeita à reprodução humana esteve circunscrita oficialmente à assistência médica do complexo previdenciário, no período analisado, ao atendimento ao parto (cirúrgico e normal), às intercorrências obstétricas e à assistência ginecológica, procedendo-se dentro das mesmas tendências e características da produção dos serviços, não se

isentando de distorções afeitas à multiplicação dos atos médicos desnecessários, no caso das prescrições excessivas de cesárias e da esterilização. Esta última realiza-se sem o controle do INAMPS e de maneira não oficial, possivelmente embutida noutros atos cirúrgicos e financiados pelas próprias consumidoras. Ademais, apesar da escassez de estudos, não deve ter sido desprezível a orientação à anticoncepção por anovulatórios nas prescrições dos médicos neste complexo médico-assistencial, por ocasião das consultas médicas, em face do crescimento da demanda, de incorporação de procedimentos tecnológicos do ato médico que garantem a sua eficácia, respondendo à produção e ao consumo de outros setores produtivos - os medicamentos. Vale acrescentar, no período, a não inclusão dos meios anticoncepcionais não cirúrgicos na lista de remédios distribuídos pela Central de Medicamentos (CEME), desde sua criação em 1971 até 1985, dificultando o acesso às camadas urbanas previdenciárias.

TABELA 1  
 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES POR ENTIDADE MANTENEDORA  
 BRASIL: 1933-1980

Anos	Total	Particulares		Públicos	
		Abs.	%	Abs.	%
1933	61.877	39.171	63,3	22.700	36,69
1960	216.378	139.579	64,51	76.799	35,49
1967	290.836	182.662	62,81	108.174	37,19
1971	367.522	242.921	66,10	124.601	33,90
1975	425.413	305.380	71,78	120.033	28,22
1978*	477.591	352.785	73,87	124.806	26,13
1980	509.104	...	...	...	...

FONTES: BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. - Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. S.P. Cebras Mucitec 1983  
 FIBGE. Anuários Estatísticos do Brasil, 1946, 1962, 1969, 1978, 1980, 1983.

\* Dados preliminares

... Dados não disponíveis

TABELA II

NÚMERO DE LEITOS EM GINECO-OBSTETRÍCIA E SALAS DE PARTO E SUA PROPRIEDADE  
BRASIL, EM ANOS SELECIONADOS

Anos	Leitos						Salas de Parto					
	Públicos		Privados		Total		Públicas		Privadas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Total	Nº	%	Nº	%	Total	Nº	%
1960	1.930	28,0	4.934	72,0	6.864	-	-	-	-	-	-	-
1976	10.160	20,0	39.111	80,0	49.271	912	18,2	4.097	81,7	5.009	81,7	5.009
1977	10.560	27,0	39.898	79,0	50.458	881	17,4	4.172	82,5	5.053	82,5	5.053
1978	11.495	27,0	42.885	77,0	54.380	974	17,8	4.496	82,1	5.470	82,1	5.470
1979	11.429	22,0	40.549	78,0	51.977	1.032	18,1	4.661	81,8	5.693	81,8	5.693
1980	11.858	21,0	44.204	79,0	56.062	1.089	18,3	4.935	81,6	5.924	81,6	5.924
1981	12.698	21,4	46.581	78,6	59.279	1.318	21,2	4.989	78,7	6.207	78,7	6.207
1982	13.291	21,7	47.843	78,3	61.134	1.230	20,3	4.784	79,6	6.004	79,6	6.004

FONTES: 1960- IBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1962.

IBGE. Estatísticas de Saúde. Assistência Médico Sanitária, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983.

TABELA III

INAMPS: CONSULTAS MÉDICAS REFERENTES À POPULAÇÃO URBANA EM UNIDADES PRÓPRIAS,  
CONTRATADAS E CONVENIADAS  
1971/1983 (em 1.000)

Anos	Públicos		Contratados		Convênios		Total
	Nº	§	Nº	§	Nº	§	
1971	37.328	83,5	7.361	16,5	-	-	44.692
1972	38.573	80,7	9.223	19,3	-	-	47.796
1973	39.262	80,7	9.371	19,3	-	-	48.633
1974	41.575	79,7	10.568	20,3	-	-	52.144
1975	49.110	59,6	15.104	18,3	18.155	22,1	82.369
1976	52.703	50,0	27.759	26,3	25.015	23,7	105.477
1977	57.152	42,5	39.633	29,5	37.632	28,0	134.417
1978	53.720	41,0	41.487	31,9	34.805	26,7	130.012
1979	52.077	37,9	46.812	34,1	36.245	27,8	137.134
1980	59.063	36,9	52.093	32,5	49.050	30,6	160.208
1981	57.680	31,6	60.528	33,7	63.801	35,0	182.010
1982	55.877	30,2	63.725	34,5	65.359	35,3	185.001
1983	53.429	28,0	71.168	38,0	73.049	39,0	197.646

FONTE: 1971-1977 INPS Extraído de OLIVEIRA, J.A. e FLEURY, S.M.T. (In) Previdência Social 60 anos de história da Previdência Social. Vozes, 1986:220.

1978-1984 MPAS/INAMPS. INAMPS em Dados. 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983.

TABELA IV

INAMPS: INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PRÓPRIOS, CONTRATADOS E CONVÊNFIADOS,  
REFERENTES À POPULAÇÃO URBANA  
BRASIL, 1970/1983 (em 1000)

ANOS	Próprios		Contratados		Convênios		Total
	Nº	§	Nº	§	Nº	§	
1970	117	4,2	2.698	95,8	-	-	2.815
1971	136	4,6	2.796	95,4	-	-	2.932
1972	132	3,9	3.274	96,1	-	-	3.406
1973	139	3,7	3.569	96,2	-	-	3.709
1974	176	4,3	3.906	95,7	-	-	4.082
1975	183	3,4	4.928	91,5	275	5,1	5.385
1976	178	2,6	6.179	91,7	287	5,7	6.744
1977	216	3,1	6.223	90,3	454	6,6	6.803
1978	264	3,3	6.976	89,6	541	6,9	7.781
1979	238	2,8	7.655	89,7	640	7,5	8.533
1980	218	2,2	8.427	88,1	916	9,5	9.562
1981	214	1,9	9.201	85,3	1.361	12,6	10.778
1982	236	2,2	8.775	83,5	1.496	14,2	10.508
1983	247	2,5	7.777	80,3	1.652	17,0	9.677

FONTES: 1971 a 1977. INAMPS, citado por OLIVEIRA, J.A.A. e TEIXEIRA, S.F. (In) Previdência Social 60 anos de

História da Previdência Social no Brasil. Vozes. 1986:219.

MPAS/INAMPS, INAMPS em Dados, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984.

1978-1984 - MPAS/INAMPS. INAMPS em Dados. 1978, 1979, 1980.

TABELA V

INAMPS: INTERNAÇÕES EM OBSTETRÍCIA REALIZADAS NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS,  
CONTRATADOS E CONVENIADOS, REFERENTES À POPULAÇÃO URBANA

BRASIL 1970/1984 (em 1.000)

Ano	Total Geral de Internações nas Clínicas e Especialidades	Total de Int. em Obsterícia	T.O. <sup>(1)</sup>	Próprios		Contratados		Conveniados	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
1975	5.365	1.390	25,8	108	7,8	1.191	85,7	464	6,5
1976	6.744	1.651	24,2	57	3,5	1.484	89,9	108	6,6
1977	6.803	1.856	23,7	61	3,3	1.642	88,7	167	9,0
1978	7.781	2.054	23,8	84	4,1	1.797	87,5	172	8,4
1979	8.535	2.236	22,5	82	3,7	1.954	87,4	199	8,9
1980	9.562	2.276	23,8	66	2,8	1.957	86,0	253	11,2
1981	10.778	2.638	24,4	70	2,6	2.138	81,0	430	16,3
1982	10.508	2.622	24,2	74	2,8	2.091	79,7	457	17,5
1983	9.677	2.478	25,6	79	3,2	1.890	76,3	509	20,5

FONTES: 1978-1983 - MPAS/INAMPS, INAMPS em dados, 1980.

1975-1977 - MPAS/INPS. Mensário Estatístico. Números especiais, 1975, 1976, 1977

(1) T.O. Total de internações em obstetrícia

T.G. Total geral de internações nas clínicas e especialidades

### III PARTE

## SAÚDE MATERNO INFANTIL E REPRODUÇÃO HUMANA NO MINISTÉRIO DA SAÚDE<sup>(\*)</sup>

(\*) - Este texto é versão ampliada e atualizada, em função deste relatório, do artigo já publicado de Canesqui, A.M. 1985. O Planejamento Familiar nos Planos governamentais. *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 2 nº 2 julho/dezembro:1-20.



## SAÚDE MATERNO INFANTIL E REPRODUÇÃO HUMANA NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Enquanto a medicina previdenciária abarcou o cuidado médico individual hospitalar e ambulatorial no que se refere à assistência ao parto e à ginecologia, com as distorções apontadas no referente à anticoncepção, no pós 64 até 1985, o Ministério da Saúde paulatinamente passou a incorporar nos seus planos de assistência materno-infantil preocupações com a orientação à anticoncepção, inscrita naqueles programas, especialmente a partir da década dos anos 70.

Não se pode entender aquelas preocupações sem articulá-la com a política demográfica governamental dos governos pós 64, com as orientações imprimidas à política de saúde, especificamente no que se refere à saúde materno-infantil, com incorporação de tecnologias, com os protagonistas e interesses que se estabeleceram em torno da questão demográfica, com a crescente demanda por meios anticoncepcionais, produto de um conjunto de determinantes (econômicos, ideológicos e culturais). Concomitantemente, enquanto se fizeram reticentes no âmbito das instituições públicas, a orientação à anticoncepção, expandiu-se no setor privado de produção de serviços de planejamento familiar e de cuidados materno-infantis orientado à anticoncepção. Estes serviços não se incorporavam aos mecanismos das relações de compra entre INAMPS e setor privado, porém tangenciaram a saúde pública.

Como vimos, no âmbito da saúde pública no pré-64 a proteção à maternidade e à infância atrelou-se à construção da nação e de homens hígidos e sadios no discurso dos governos pré-64, resultando num conjunto de medidas estatais de saúde materno-infantil e na ampliação da infraestrutura destes serviços, que detiveram certa prioridade enquanto política estatal de saúde. Estas medidas e a estrutura que a abarcava (o DNCr) persistiram até 1970, a despeito dos seus gastos terem oscilado bastante e terem sido suplantados por outras prioridades no âmbito da saúde pública - o controle de molestias endêmicas.

Ademais, já nos anos 50 no interior da saúde pública um debate já se instalava entre diferentes correntes na maneira como intervir no quadro nosológico agudo da população. De um lado, questionava-se o modelo sanitarista implantado de inspiração internacional excessivamente oneroso, cuja capacidade poderia "romper o círculo da pobreza", de outro os desenvolvimentista que colocavam a relação pobreza e doença, admitindo equivocadamente que o desenvolvimento econômico traria consigo melhoria das condições de vida.

No bojo deste debate, que não se tratava apenas no âmbito da saúde pública, já comparecia a questão da natalidade. Enquanto nacionalistas desenvolvimentistas queriam mais braços para a nação, não admitindo qualquer intervenção contrária à contenção dos nascimentos, nacionalistas direitistas

mantinham as mesmas posturas, porém, propondo ressalvas: a seleção da raça. Antinatalistas por sua vez propunham o controle da natalidade, ainda que suas vozes não estavam presentes no interior da Saúde Pública.

## 1. AS PREOCUPAÇÕES NEOMALTHUSIANAS

No início da década dos anos 60 emergiram preocupações com a "explosão demográfica" na América Latina e no Brasil. Estas originaram-se de interpretações conservadoras neomalthusianas, presentes nas teorias acadêmicas, nas posições de escalões governamentais das frações dominantes da sociedade brasileira e de instituições, que interpretaram as dificuldades enfrentadas pela economia brasileira, face ao esgotamento do processo de substituição de importação baseado na industrialização, iniciado a partir da metade dos anos 50.

Os neomalthusianos<sup>(III)</sup> atribuíram estas dificuldades a um conjunto de causas, dentre elas o excessivo crescimento demográfico, cujo efeito consistia em obstáculo ao progresso e ao desenvolvimento. Além disso, eram temidas as tensões sociais e as consequências políticas daquele excessivo crescimento demográfico. Estas posições foram contestadas por diferentes setores da sociedade brasileira: a Igreja, correntes nacionalistas, desenvolvimentistas e progressistas.

As transformações da economia, em direção à industrialização, ocasionaram a expansão das cidades, intensificação dos contingentes migratórios, do campo às áreas urbanas, aumentando sensivelmente a concentração populacional naquelas áreas.

Quanto ao crescimento médio anual da população brasileira, o Censo de 1970 apontou, para a década dos anos 60, uma taxa anual de 2,7%, devido à queda do coeficiente de natalidade e à redução da mortalidade. Comparada à década houve ligeiro declínio naquele crescimento anual, que atingiu, na ocasião, 2,9%. Os controlistas da natalidade, por sua vez, insistiram em apontar que a taxa de crescimento populacional atingia 3% ao ano. Este exagero vinha de encontro às suas aspirações em estimular mecanismos de controle da "explosão demográfica".

Da parte do governo pré-64, a posição oficial foi de recusar qualquer preocupação quanto à política demográfica. Ao invés disto, o Plano Trienal do Governo Goulart enfatizou: melhorias das condições de vida, elevação da renda nacional, distribuição da riqueza, pesquisa educacional, ações de saúde pública, infraestrutura básica e a pesquisa tecnológica.

Neste período não apareceu nenhuma proposta institucional referente ao planejamento familiar. Entretanto, pe-

quenos grupos médicos e religiosos, apoiados por verbas estrangeiras, de forma bastante restrita, exerceram "missões" junto às camadas de baixas rendas, iniciando junto a elas a divulgação da tecnologia moderna da contracepção (DIU, pílulas e esterilização). As iniciativas desses grupos religiosos e médicos privados foram de caráter filantrópico-assistencial.

A controvérsia sobre a tecnologia moderna anti-conceptiva entre a categoria médica começou a ser gerada desde então, encontrando sérios obstáculos ao seu uso, no código de ética médica. Esta controvérsia, existente até os dias atuais, prolongou-se na década dos anos 60, associando-se aos julgamentos éticos-religiosos, quanto ao uso do DIU. Por outro lado, as resistências quanto a implantação dos programas de planejamento familiar foram intensas, na época.

## 2. DEIXAR CRESCER A POPULAÇÃO

A partir de 1964, com o golpe militar, transformações políticas significativas ocorreram na estrutura do poder estatal, acompanhadas de mudanças na orientação da política econômica, cuja ortodoxia é bastante conhecida. No plano econômico o modelo tendeu à concentração de rendas e à monopolização, readquirindo um dinamismo no período 1967-1974, conhe-

cido por "milagre econômico", liderado pela produção industrial de bens de consumo durável, de bens de capital e da construção civil.

Entretanto, as condições de vida da população foram duramente sacrificadas, com a queda do salário mínimo, que jamais chegou a atingir os níveis do período expansivo da economia, desde a metade dos anos 50, até os primórdios dos anos 60.

A doutrina da Segurança Nacional, adotada pelo regime militar no período 1964-1970, assegurou a posição natalista, incluindo expectativas quanto ao crescimento demográfico e o preenchimento dos espaços vazios de regiões a serem colonizadas (Amazonas e Planalto Central).

Esta preocupação ficou bastante clara no Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970) do governo Costa e Silva. Este mesmo governo reafirmou suas convicções natalistas face ao desenvolvimento e à segurança, em mensagem dirigida ao Papa Paulo VI, por ocasião da publicação da Encíclica *Humanae Vitae* (1968) de forma a não contrariar a posição oficial da Igreja Católica, diante da política controlista da natalidade.

Apesar da postura natalista do governo, no período 1964-1970, alguns Ministros e militares apontaram os efeitos

negativos do crescimento demográfico de "3% ao ano". Estes efeitos incidiam, naquela versão, sobre a segurança nacional, as taxas de emprego, renda per capita e a oferta da infraestrutura social. Novamente o neomalthusianismo fazia-se presente nas posições de escalões governamentais.

Contraditoriamente às posições natalistas oficiais, foi naquele período que ocorreu a implantação e a expansão de instituições privadas relacionadas ao planejamento familiar, assumindo maior vulto e abrangência a BEMFAM (Sociedade Civil para o Bem Estar da Família). Esta instituição, afeita à área médico-assistencial, desempenhou importante papel na divulgação das idéias neomalthusianas, não resta a dúvida, de que contou com o apoio oficioso governamental no seu empreendimento, junto à camadas de baixas rendas. Sua atuação incorporou um projeto pedagógico que divulgava as vantagens da família reduzida e o uso de anticoncepcionais mais modernos (DIU e pílulas). Por outro lado, desenvolveu um papel político junto aos escalões governamentais e a opinião pública, através de meios de comunicação de massa, no sentido de romper resistências e convencê-los da importância da disseminação das idéias a respeito da paternidade responsável.

Se contradições podem ser percebidas no plano ideológico entre as propostas natalistas oficiais e as idéias neomalthusianas propagadas, no que toca ao padrão de intervenção estatal na política de saúde, a expansão da BEMFAM e

de outras instituições menores, afeitas ao planejamento familiar, foram de encontro ao reforço à iniciativas privadas.

### 3. O "MILAGRE E A FAMÍLIA

A década dos anos 70 iniciou-se dando continuidade ao ciclo expansivo da economia que perdurou até 1974. Não obstante o crescimento de alguns setores da economia, persistiu a concentração da renda, com os estratos de baixas rendas sofrendo perdas consideráveis, agravando a qualidade de suas condições de vida e de saúde.

O governo Médici, no início da década dos anos 70, enquanto preparava o I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974) lançou as Metas e Bases para ação do Governo (1970 - 1972), que deram continuidade às diretrizes do PED (1968-1970), de manter a elevação do crescimento econômico da etapa milagrosa<sup>(26)</sup>.

No que se refere à política demográfica persistiram nas Metas e Bases, preocupações natalistas com o povoamento e ocupação dos espaços vazios, associados às expectativas do melhor aproveitamento do crescimento populacional em benefício do desenvolvimento. Por outro lado, o plano destacou a política de colonização da Amazônia, de forma a estimular as



migrações internas em direção àquela região.

O governo dava mostras de admitir o "controle demográfico" como responsabilidade familiar, eximindo-se de qualquer intervenção estatal neste núcleo de decisões, abrindo possibilidades a que esta intervenção fosse realizada através de meios educativos junto às famílias. Esta postura, a despeito da posição natalista, abriu brechas para a maior tolerância governamental às iniciativas privadas relacionadas ao planejamento familiar.

De fato, saúde e saneamento foram prioridades das Metas e Bases. A retórica do governo demonstrou preocupações com a deteriorização das condições de vida e principalmente com a elevação dos índices de mortalidade infantil, que contrariavam o desempenho do "milagre".

No âmbito da Saúde Pública as Metas e Bases enfatizaram uma intensificada ação sobre um conjunto de doenças epidêmicas e transmissíveis, além de proporem a integração, descentralização e modernização daquele setor. Passariam a ser estimuladas, através da descentralização, as ações dos governos estaduais e municipais que se responsabilizariam pela prestação de serviços de saúde.

Na produção de serviços de planejamento familiar continuava o predomínio da BEMFAM, que experimentou no perío-

do considerado, o apoio dos governos estaduais e municipais em alguns Estados Nordestinos, de forma a implementar a prática de convênios, alcançando com isto maior raio de influência e de cobertura da população desprovida do acesso aos meios anticonceptivos. Neste particular, ocorreu a descentralização, conforme as Metas governamentais propuseram.

De forma restrita, neste período foram empreendidos projetos experimentais junto a universidades em convênios com Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, com ênfase na saúde materno-infantil, sem contudo, necessariamente incorporarem ações de planejamento familiar.

O I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972/1974) manteve as expectativas de crescimento econômico e a manutenção da taxa de expansão da economia. Em face do crescimento demográfico, as expectativas foram as mais otimistas diante do índice do PIB, que atingiu a cifra de 9% ao ano. A ocupação do território e a reorientação dos fluxos migratórios, em direção às regiões a serem colonizadas, continuaram sendo a tônica da política demográfica governamental.

Ministros de Estado tais como Delfim Neto e Reis Veloso muitas vezes manifestam-se contrários aos programas controlistas da natalidade, argumentando frente ao crescimento do PIB, a desnecessária intervenção do governo, de tipo controlista. Passou a ter importância neste período, a retó-

rica da redistribuição do bolo, resultando num conjunto de medidas, de participação do trabalhador, que arrecadaram recursos financeiros às empresas.

No âmbito do Ministério da Saúde, as declarações do Ministro Mario Machado Lemos, em 1973, já admitiam o planejamento familiar como medida "racionalizadora", da parte dos casais "ignorantes e pobres, que procriavam filhos acima de suas possibilidades". Entretanto, a redução da taxa de mortalidade infantil, expressão da deteriorização das condições de vida, foi preocupação do governo e daquele Ministério, passando a merecer considerações na área de saúde materno-infantil.

Nas Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil (1971), produzidas pelo Ministério da Saúde, o planejamento familiar apareceu sob a rubrica de orientação no período intergestacional, ao lado de programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle de crianças de 0-4 anos, de estímulo ao aleitamento natural e do programa nutricional<sup>(27)</sup>.

Visava aquela orientação proporcionar o espaçamento dos filhos, por razões de saúde. A expressão planejamento familiar foi evitada nas Diretrizes, indo de encontro ao aconselhamento genético (pré-concepcional) e ao espaçamento das gestações. Inexistiu nas Diretrizes qualquer menção aos méto-

dos anticoncepcionais e sobre o tipo de orientação a ser prestada à clientela, e nem o montante de recursos orçamentários a ser destinado. Além do aconselhamento genético, restava uma genérica orientação para a vida familiar cujos conteúdos não estavam expressos.

Em 1973, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde Materno-Infantil, voltando-se para a preservação da saúde daquele grupo, em face do volume que representava na população total e a sua vulnerabilidade à doença e a morte.<sup>(28)</sup>

A proteção e assistência pré-concepcional, dirigidas às mulheres, juntamente com a educação em "paternidade consciente" ligada à puericultura, constituíram o elenco das medidas afeitas ao planejamento da prole.

Pela primeira vez o programa ministerial contemplou possibilidades de oferecer meios anticoncepcionais, sem contudo ter efetivamente levado a termo estas intenções. Por outro lado, "paternidade consciente", como medida educativa, trazia uma inquietação com a responsabilidade dos pais na procriação dos filhos, no caso, por razões de preservação da saúde. Nada foi realizado, efetivamente, a despeito das preocupações do governo com a elevação da taxa de mortalidade infantil e com a crescente concentração de renda. No I PND, a saúde não foi prioritária.

Nas Diretrizes a tônica foi a educação familiar, embora nada tenha sido implementado neste sentido. No que toca aos programas Materno-Infantil, os recursos orçamentários continuaram minguados.

Quanto a estes recursos, Braga e Paula (1981) já apontaram a participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento da União. Em 1968 correspondia a 2,21%; em 1972 a 1,4%<sup>(29)</sup>. Estes dados revelam a falta de prioridade atribuída à Saúde Pública no conjunto da política de saúde, apesar das condições adversas de saúde, cujo agravamento no período do "milagre" já foi suficientemente apontado por vários autores.

#### 4. PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ANTICONCEPCIONAIS

No que toca à indústria farmacêutica as Metas e Bases propuseram o estímulo de sua integração com os laboratórios públicos, de forma a integrar e expandir o mercado de medicamentos, com vistas ao fornecimento de remédios a baixo custo à população de menor renda. A criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971 resultou desta proposta de integração. Os objetivos de maior intervenção estatal na produção, pesquisa e comercialização de medicamentos não tiveram êxito,

por pressões da indústria farmacêutica. Estes objetivos foram logo transformados, passando a CEME a acentuar o seu papel de distribuidora de medicamentos, adquirindo-os junto aos laboratórios oficiais e ao setor privado.

A criação da CEME e sua relevância na distribuição de medicamentos, colocou para os interesses relacionados à indústria farmacêutica em geral e, especificamente, para as que produzem anticoncepcionais, maiores incentivos para que o governo definisse uma política oficial de planejamento familiar. Evidentemente este não é o único grupo de interesse consolidado em torno daquela política. Paulatinamente, as demandas reprimidas por assistência médica de parte da população foram ganhando expressões políticas no pós-74, dentre elas as referentes à contracepção, cujas maiores expressões acentuaram-se nos anos subsequentes.

Para a BEMFAM, que continuava ativa na prestação de serviços de planejamento familiar e nas pressões junto aos governos estaduais e federais na implementação da política oficial de planejamento familiar, o período do governo Médici constituiu-se profícuo à sua expansão e ao seu reconhecimento oficial, enquanto instituição de utilidade pública.

A despeito das posições natalistas oficiais, este governo, como foi visto, não deixou de admitir a intervenção

educativa junto às famílias. E neste sentido a BEMFAM associou-se aos programas de distribuição de anticoncepcionais, em convênios com governos estaduais e municipais de saúde, cujo alvo foram as camadas de baixa renda. Ao que parece, neste empreendimento a BEMFAM consolidou-se como distribuidora de anticoncepcionais.

Dados da BEMFAM mostram a ampliação do consumo de anticoncepcionais por ela implementado: em 1967 atingiu 35,8 mil consumidores; em 1970, 71,1 mil e em 1971, 129,6 mil<sup>(30)</sup>. Este número cresceu, nos anos subseqüentes à medida em que os convênios com os governos estaduais nordestinos expandiram.

Estimativas sobre a absorção do mercado de anticoncepcionais no Brasil, de acordo com Richers e Almeida (1975)<sup>(31)</sup> mostraram o aumento de 11% para 41% de consumidores "plenos" de ciclos anovulatórios (13 ciclos por ano), no período de 1966-1974. Isto indica o crescimento da demanda por anticoncepcionais. Dados do Plano Diretor da Central de Medicamentos (1972)<sup>(32)</sup> mostraram que 50% da produção de anticoncepcionais encontra-se nas mãos de grandes empresas; 29,6% nas médias e 17,6% nas pequenas empresas.

Na ausência de uma política oficial de planejamento familiar, que caracterizou o período analisado, a distribuição de anticoncepcionais não ocorreu através da Central de Medicamentos.

A CEME, porém, não deixou de ser cobijada pelas indústrias farmacêuticas produtoras de anticoncepcionais para incluí-los entre os medicamentos a serem distribuídos por aquele setor governamental. Entretanto, parcela desta distribuição foi de responsabilidade dos convênios entre BEMFAM e os Estados Nordestinos, abrangendo as camadas de baixa renda. Evidentemente, não coube apenas à BEMFAM proporcionar aquele acesso no país, respondendo apenas por 9% da distribuição. Concorrem neste sentido as farmácias e drogarias, hospitais e clínicas e outros agentes distribuidores.

Foram os Estados das regiões Sudeste e Centro-Oeste (São Paulo, Guanabara, Rio de Janeiro e outros) de acordo com Richers e Almeida (po.cit., 1975), que concentraram em 1972, 56% das vendas de anticoncepcionais cabendo ao Norte/Nordeste, apenas 18%. Ressalte-se que nas regiões Sudeste e Centro-Oeste é bastante restrita a atuação da BEMFAM, ao que parece, o maior peso na distribuição de meios anticoncepcionais coube às farmácias e drogarias e, indiretamente através das prescrições, aos médicos privados, hospitais, clínicas e outras instituições de saúde.

## 5. A QUEDA DA FECUNDIDADE

Ocorreu na década 1970-1980 o declínio da taxa total de fecundidade no Brasil da ordem de 14% em relação à



década anterior. Entretanto, foi na etapa do "milagre", especialmente no período 1970-1976, de acordo com Merrick e Berquó (1983), que esta queda foi mais acelerada, atingindo 24% para o Brasil e nas diferentes regiões: 17% para o Nordeste; 22% para a região Sul e 28% para a Sudeste. Um complexo de fatores explica esta queda e a sua análise não é objeto deste texto.

Cabe ressaltar, de acordo com os autores citados, que o declínio da taxa total de fecundidade em 1970-76 indica, entre outras variáveis, a importância do uso de anticoncepcionais combinados com o aborto, coincidindo ambas com o conjunto de mudanças sócio-econômicas que tiveram possíveis impactos sobre as modificações para controlar a fecundidade.

## 6. A LIBERDADE DE OPÇÃO (?)

O esgotamento do "milagre" ocorreu a partir de 1974 até 1980, ameaçando a economia brasileira à desaceleração que começou a acentuar-se a partir de 1976, com repercussões sobre os diferentes setores econômicos e particularmente sobre as condições de vida e trabalho da maioria da população, afetando-lhe as condições de saúde.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)

do governo Geisel, reviu as metas otimistas anteriores quanto ao crescimento econômico, não descartando a necessidade de fazer crescer a economia, exercer o controle da inflação, equilibrar o balanço de pagamentos, preservar a estabilidade política e melhorar a qualidade de vida da população e os padrões de distribuição de renda.

No plano, o governo definiu a política demográfica, integrando-a ao planejamento geral. Se por um lado, o II PND reconheceu a existência no país dos espaços vazios, de outro, admitiu que a taxa de crescimento da população comprometia o aumento da renda per capita, manifestando preocupações com o equilíbrio da taxa de emprego e do crescimento demográfico. Não deixa de ser ambígua esta posição.

Neste contexto o governo proclamou o respeito à decisão do casal na fixação do número de filhos e a oportunidade de obter informação, como sendo a orientação da política demográfica, deixando subjacente nesta postura uma versão sobre a importância das decisões individuais no comportamento reprodutivo e do direito do cidadão de obter informações.

A prestação de informações às camadas de baixa renda quanto aos meios anticoncepcionais, juntamente com a garantia do bem-estar social, expressaram intenções do Governo intervir, através do setor público de saúde, promovendo serviços e meios de planejamento da prole, associados a precau-

pações com o comportamento da taxa de fecundidade e face das oportunidades de emprego e renda.

A posição oficial da representação brasileira na Conferência Mundial de População, ocorrida em Bucarest, em 1974 explicitou os princípios de política demográfica, ou sejam: a soberania nacional; a decisão da família quanto ao número de filhos; a responsabilidade do Estado em fornecer informações e meios às famílias de baixa renda; esforços no sentido de redução da mortalidade infantil; a promoção da integração de grupos "marginais"; o equilíbrio do crescimento regional; incorporação dos espaços vazios e promoção do crescimento harmônico dos setores urbanos e rural.

As diretrizes para área da saúde no II PND anunciaram modificações institucionais que resultaram na criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, encarregado do cuidado médico individual dos previdenciários e na redefinição da competência do Ministério da Saúde face à normatização da política de saúde, afeita à área de saúde pública.

Sem ferir o padrão de intervenção estatal na política de saúde de bases privatizantes, que dicotomiza a saúde pública e medicina previdenciária, as diretrizes do governo resultaram na extensão do cuidado médico. A Saúde Pública reativou-se, penetrando também na área da assistência médica infantil, antes atribuída à medicina privada e previdenciária.

## 7. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A orientação da política de saúde do governo Geisel, como vimos, colocou como eixo central a extensão da cobertura dos serviços de saúde, especialmente da medicina previdenciária e os benefícios sociais. Contudo, a Saúde Pública também reativou-se neste período, estendendo a cobertura dos serviços, mediante descentralização de alguns programas, dos quais se destacam - o PIASS, com extensão dos serviços básicos e de saneamento ao Nordeste, mediante integração dos Ministérios afeitos a área social e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, dirigindo-se as populações de baixa renda com participação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

No período 1974-1978 O Ministério da Saúde definiu a política nacional de saúde materno-infantil<sup>(34)</sup> de forma mais precisa e incisiva do que nas definições programáticas anteriores, com previsão de recursos orçamentários a serem repassados às unidades federadas e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ao Ministério da Saúde cabiam funções coordenadoras e normatizadoras, com descentralização da execução daquelas atividades, visando a extensão da cobertura em função da crescente demanda e melhoria do padrão dos serviços dirigidos àquele grupo.

No período mencionado foram apresentados dois pro-

gramas de saúde materno-infantil (1974 e 1975)<sup>(35)</sup> bastante semelhantes quanto aos seus propósitos de reduzir a mortalidade e morbidade materno-infantil e a população a atingir: gestantes, parturientes, puérperas, mulheres em idade fértil, crianças menores de 5 anos e adolescentes. Os dois programas tratavam esta população, mantendo a unicidade do grupo materno-infantil, com ênfase no ciclo reprodutivo da mulher, a maternidade e as crianças menores de 5 anos.

Os eixos centrais de preocupações dos programas mencionados, no que se refere à saúde, eram a nutrição do grupo infantil de modo a propiciar-lhe condições de crescimento e desenvolvimento "normais" respondendo de um lado à deteriorização das condições de vida e ao aumento das taxas de mortalidade infantil em algumas regiões, conseqüências dos efeitos concentradores do "milagre econômico". De outro lado, colocavam-se as condições de nutrição do grupo materno-infantil especialmente das crianças em idade escolar, como propiciadoras do maior rendimento escolar e aprendizagem.

À mulher, contemplada no período de gestação e aleitamento, as ações dirigiam-se, no discurso, a "contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e mais hí-gidas gerações na força de trabalho", colocando-se a saúde, como meio a atingir desenvolvimento econômico e social, conforme as metas da política social contidas no II Plano Nacional de Desenvolvimento.

O elenco de sub-programas dirigidos às mulheres incluíam a assistência materna, à gestante, aos problemas ginecológicos, inclusive câncer e venéreas, a prevenção da doença mental. Às crianças menores de cinco anos eram dirigidas ações referentes ao controle do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, imunizações e saneamento do meio. Ao grupo etário de 5-19 anos, dirigiam-se ações referentes ao seu controle. Em 1974 a suplementação alimentar às gestantes e puérperas detinham o caráter de atividades paralelas. Em 1975, perderam este caráter para incluir-se nas atividades do PRONAN, através do Programa Nacional de Suplementação Alimentar, incluídas na programação materno-infantil.

Destaque-se nos programas mencionados a inclusão do planejamento familiar a ser desenvolvido, dentre as ações, pela detecção dos riscos durante o pré-natal, peri-natal e pós-natal, como medida compatibilizadora das gestações com as condições do organismo materno, visando uma prole saudável e a garantia da integralização do núcleo familiar.

O respeito à decisão do casal sobre o tamanho de sua prole, o papel do médico em alertar aos cônjuges os efeitos da gestação de risco, a orientação e o fornecimento pelos serviços oficiais de meios à prevenção da gravidez de risco já estavam contemplados nos programas materno-infantis de 1974 e 1975. Ainda aqui, não se explicitavam quais os meios, contudo estavam implícitos os meios anticoncepcionais, a se-

rem ofertados pela rede oficial governamental.

Maior explicitação a este respeito ficou a encargo das Normas para Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivos, Obstétricos e da Infertilidade do Programa Materno-Infantil, produzidas pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde (1978)<sup>(36)</sup>. Elas foram elaboradas a partir da Comissão de Perinatologia (portarias 47/77 Bsd, 126/77 Bsd e 75/78 Bsd), constituída em 1977 no Ministério da Saúde e assessorada por membros da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Sociedade Brasileira de Pediatria, Organização Panamericana da Saúde da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, de oito universidades brasileiras, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, da Associação Brasileira de Reprodução e Nutrição em Saúde (RENUMI) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Consolidaram a integração das atividades de planejamento familiar nos programas de saúde materno-infantis, tendência que se apresentava tímida no início dos anos 70 e que agora tende a explicitar-se em relação aos meios anticoncepcionais (naturais e mecânicos).

O conceito de risco gestacional definia-se mediante fatores permanentes e transitórios, com peso das patologias severas e/ou não graves e dos riscos estatísticos referentes à idade da mulher, paridade, história de cesárias, abortos, partos prematuros, neonatos de baixo peso e mortes perinatais,

cuja combinação com as patologias resultava na classificação de pacientes portadores de risco permanente e transitório. Daí prescreviam-se tratamentos específicos e a orientação à anticoncepção. A identificação dos riscos far-se-ia nos períodos gravídico puerperal e pré-concepcional. A inclusão do risco estatístico, especialmente da paridade, acima de 5, deixava implícita certa preocupação com o controle da fertilidade, a critério do médico, com interferência sobre a decisão do casal.

Inúmeras críticas dirigiam-se a estas normas e as correntes desfavoráveis ao controle da natalidade (movimento feministas, sanitaristas e Igreja) opuseram-se com veemência a este programa, criticando as preocupações governamentais com o controle da fertilidade. A aplicação daquelas normas ao invés de tecnicamente procederem a identificação dos riscos poderiam colocar em prática uma política controlista da natalidade, à qual aqueles grupos eram contrários.

Na verdade, a tendência governamental em face da definição de uma política demográfica era ambígua, conforme demonstrou-se nas propostas do II PND, contudo, pautou-se por posturas mais liberais na oferta de meios e informação referentes à anticoncepção, incluídas nas ações dirigidas ao grupo materno-infantil. Dominou nesta área o discurso preventista em relação à gravidez de alto risco, combinando intenções de reduzir a mortalidade infantil e materna, com a aplicação



do atendimento à demanda, garantindo a legitimidade política do governo. Contudo, evitava-se qualquer identificação destas ações com o controle demográfico e com a redução da natalidade, relegando-se a decisão do casal.

No que se refere às ações de "planejamento familiar", cuja conotação era a de orientação e informação aos casais sobre a natureza dos riscos e consequentes orientações e informações quanto aos meios anticoncepcionais, as normas colocavam-se contrárias às agências especializadas promotoras destes programas, recomendando a sua oferta pelos serviços sanitários oficiais. Apesar disso, nenhum controle e fiscalização da parte do Ministério da Saúde fez-se em relação às instituições privadas. Ademais estas ações a nível do Ministério da Saúde não foram implementadas, pelas resistências e controvérsias suscitadas e por razões orçamentárias.

Avaliação, empreendida pelo Ministério da Saúde sobre o programa materno-infantil no período 1974-1978<sup>(37)</sup> mostrou que o maior volume dos recursos financeiros (49%), destinaram-se ao Nordeste. Estes recursos sofreram incrementos anuais em termos absolutos no período, alcançando maior volume em 1975. Contudo, deve-se aceitar com ressalvas esta avaliação, conforme bem assinalou Silva (1981)<sup>(38)</sup>, que ao considerar os valores alocados ao programa o resultado foi a

contração dos recursos no período, chegando em 1978 com valores reais correspondentes à metade, do montante disponível em 1974.

Apesar disto, considera-se ter ocorrido, no período, a ampliação da cobertura territorial, em termos de municípios abrangidos pelo programa, um incremento de consultas pré-natais da ordem de 52%; da cobertura de assistência ao parto, atingindo para o país 6% (1977) e 12,7% (1978), mas muito aquém das metas previstas. Houve incremento oscilante da assistência ao puerpério e da assistência pré-natal, chegando a 14,5% na região Sul e 14,4% na região Centro-Oeste. Apesar das falhas dos dados registrados em função da não obtenção das informações em todas as regiões, conforme apontou o relatório, pode-se concluir pela ativação ainda que reduzida das atividades materno-infantis.

Vale ainda notar que as definições governamentais quanto ao planejamento familiar na política materno-infantil, embora não fossem efetivamente implantadas através do Ministério da Saúde, abriram maiores brechas às instituições privadas, referentes à produção daqueles serviços, cuja ampliação ocorreu no pós 75. Muitas delas valeram-se da sigla da assistência materno-infantil circunscrevendo suas atividades à mulher em idade fértil apenas.

No período 1974-1979 foram criados outros grupos e

instituições privadas de prestação de cuidado materno-infantil, integrando ações de planejamento familiar. Destacam-se o Centro de Pesquisa e Atenção Integrada em Saúde Materno - Infantil (CEPAIMC), a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, ambas localizadas no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Reprodução e Nutrição em Saúde Materno-Infantil (RENUMI), entre outras.

Não são estes grupos unânimes nas suas posturas frente à política demográfica, à forma de produção de serviços de planejamento familiar e ao papel do Estado neste setor. As divergências quanto à política demográfica situam-se em torno do debate pró e contra do controle da natalidade; dos objetivos do planejamento familiar e da produção própria de serviços de parte do Estado ou sua delegação a instituições privadas.

No conjunto esperam maiores comprometimentos do Estado na produção desses serviços e na ampliação das oportunidades de acesso à anticoncepção. Proclamam em conjunto o direito à opção quanto ao número de filhos e não deixam de pressionar o Estado para incorporar, seja no setor de saúde, seja fora deste, informações e orientações à contracepção.

Não resta dúvida de que, nas décadas dos anos 60 e 70, comprometeu-se com a expansão dos programas de planejamento familiar, principalmente o setor privado, associando-

se ou não aos programas materno-infantis. Na verdade, a proteção à saúde do grupo materno-infantil, na versão de instituições privadas promotoras do planejamento familiar, permanece mais no discurso a integração de diferentes ações de saúde dirigidas ao grupo, do que nas práticas institucionais que acabam restringindo-se às mulheres em idade fértil. Exemplificam estas posturas as intervenções da BEMFAM, do CEPAIMC e de um conjunto de outras instituições privadas que carregam consigo siglas relacionadas à prestação de serviços materno-infantil.

Nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, em 32 instituições produtoras de serviços materno-infantil e de contracepção, Canesqui (1982)<sup>(39)</sup> verificou, através do ano de sua criação, que 45% delas surgiu na década dos anos 60; 26% na década dos anos 70 e 29% no período 1981-1982. Dividem-se em partes iguais entre os setores público e privado, contrariando no caso as tendências do maior peso daquele último setor por incorporar-se os serviços universitários públicos naqueles Estados.

As instituições pesquisadas por ocasião de sua implantação, declararam 46% a manutenção de vínculos com instituições internacionais 42,5% com outras nacionais privadas; 7,5% com nacionais públicas estaduais e 4% com nacionais públicas municipais. Os vínculos, mantidos com instituições in-

ternacionais, declarados foram ou são mantidos com a Pathfinder Fund; John Hopkins International Program of Education in Gynecology and Obstetric; Development Associated Inc. Also Corporation. No caso dos vínculos com outras instituições nacionais privadas, encontramos referências à BEMFAM, ao Centro de Pesquisas e Assistência Integrada à Mulher e Criança, ambas sediadas no Estado do Rio de Janeiro e à Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Nos três principais motivos mencionados daquela vinculação encontramos principalmente a divulgação de meios anticoncepcionais e uso de equipamentos médicos em 40% das respostas; treinamento de pessoal (19%) e os médico-assistenciais para ampliação da prestação de serviços (11%). Os primeiros motivos mostram a importância da expansão da tecnologia anticonceptiva, através da expansão do uso dos métodos anticoncepcionais (anovulatórios, DIU e a esterilização). Esta última ganha terrenos especialmente a partir da metade da década dos anos 70 em alguns serviços universitários pesquisados, estimulados principalmente pelo CEPAIMC, nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Esta instituição vem desenvolvendo programa de treinamento de pessoal no método de esterilização, seja na sua sede central, seja através de convênios com clínicas e serviços materno-infantis e de planejamento familiar.

---

Foram consideradas 24 instituições que responderam ao questionário, sendo 14 delas prestadoras de serviços de contracepção, 10 serviços pertencentes às universidades, que foram computadas como instituições. Foram excluídas as clínicas da BEMFAM, que se recusaram a fornecer respostas ao questionário.

## B. O USO DE ANTICONCEPCIONAIS

A expansão quantitativa dos serviços não avalia a qualidade dos mesmos e o seu impacto na ampliação do uso de anticoncepcionais. Entretanto, pesquisas realizadas no Estado de São Paulo por Nakamura, M. et al (op.cit,1979) e por Rodrigues, W. et al nos Estados do Piauí (1979)<sup>(40)</sup>, Rio Grande do Norte (1980)<sup>(41)</sup>, Pernambuco (1980)<sup>(42)</sup>, apontaram o crescente uso de anticoncepcionais entre mulheres casadas de 15-49 anos. Estes dados podem indicar o impacto de alguns programas e os seus objetivos.

No Estado de São Paulo, onde inexitem programas oficiais de planejamento familiar, o uso de pílulas superou a esterilização e outros métodos. São as maiores fontes do abastecimento das pílulas: os médicos, clínicas privadas e farmácias (97,5%); das esterilizações, o INAMPS, seguido dos hospitais e clínicas privadas (34,8%), Estado e hospitais municipais (23,4%) e outros (5,8%).

No Estado do Rio Grande do Norte, o uso de pílulas superou o de esterilização, embora em menores proporções do que no Estado de São Paulo. No Piauí e Pernambuco a esterilização superou o uso de pílulas e outros métodos.

As fontes de abastecimento das pílulas nestes Es-

tados Nordestinos permanecem 60% a encargo dos convênios entre Secretarias de Saúde e BEMFAM, o restante cabe aos hospitais, às clínicas privadas e às farmácias. No que se refere à esterilização o maior peso está na participação do Estado e dos hospitais municipais, seguido pelo INAMPS, hospitais e clínica privadas.

Estes dados apontam principalmente para os Estados Nordestinos a direção imprimida pelos programas verticais de planejamento familiar, centrados na distribuição de anticoncepcionais, descartando-se a qualidade da atenção à saúde feminina na sua totalidade, de forma a abrangê-la, para além da ótica do seu ciclo reprodutivo e da anticoncepção.

Se o governo Geisel proporcionou maior aceitação oficial à expansão das atividades afeitas à anticoncepção, no âmbito das instituições públicas de saúde, exceto no Nordeste, efetivamente nada foi implantado a nível dos serviços públicos. Razões orçamentárias, com a queda de recursos destinados ao programa materno-infantil, aliadas às controvérsias suscitadas em torno da prevenção da gravidez de alto risco, impediram qualquer avanço nas ações públicas referentes ao planejamento familiar. Ademais, as oposições da igreja e de outras correntes continuavam fortes.

A partir de 1976 a crise econômica já se anunciava definitivamente, a política de saúde veio ressentir-se da

erosão das receitas no momento recessivo, com forte comprometimento dos investimentos públicos na área de saúde pública e Previdência Social, impondo-se novas reconversões na política de saúde, cujas propostas concretizaram-se principalmente a partir dos anos 80.

## 9. A SAÚDE DA MULHER

O governo João Batista Figueiredo implantou-se na etapa do esgotamento do "milagre" e na deflagrada crise recessiva da economia brasileira. No que toca à política demográfica deu continuidade nas Diretrizes Gerais do Governo, à posição assumida pelo Governo anterior em Bucarest, enfatizando medidas para melhoria da qualidade de vida, os programas especiais de assistência e de conscientização da população quanto à "paternidade responsável".

Na área da saúde, propostas foram efetuadas quanto à extensão da rede básica de serviços, enfatizando a cobertura dos serviços, sua integração, regionalização e melhoria da qualidade que resultaram no Prev-Saúde (1980)<sup>(43)</sup>.

Os debates foram intensos sobre este programa que coincidiram com a intensa politização da sociedade brasilei-



ra onde as críticas à organização do cuidado médico e as demandas por assistência médica manifestaram-se com intensidade, impondo modificações na política de saúde.

O Prev-Saúde tratou das ações referentes ao intervalo entre os nascimentos dos filhos, à "educação para a paternidade responsável", à informação seletiva e amplas dos métodos anticoncepcionais e à revisão da legislação sobre a fecundidade, associando este conjunto de atividades médico-assistenciais a um abrangente programa materno-infantil.

Como os demais planos, o Prev-Saúde circunscreveu a atenção à saúde da mulher ao período reprodutivo, subordinou os serviços de regulação da fecundidade aos serviços de saúde, sob a prescrição e acompanhamento médicos, prestados de forma individualizada. Preocupou-se ainda como tratamento da infertilidade.

Inúmeras pressões, advindas de diferentes setores médicos, incidiram sobre o Prev-Saúde. Na verdade ele não chegou a sair das gavetas ministeriais. NO entanto, introduziu preocupação com a saúde da mulher, embora atrelada à saúde do grupo materno-infantil. Ficou descartada no Prev-Saúde a abordagem do risco reprodutivo, com ênfase nas medidas preventivas da gravidez.

O Presidente Figueiredo, por sua vez, em sua mensagem ao Congresso Nacional (1983) manifestou-se preocupado com a "explosão populacional", embora a taxa de fecundidade continue em declínio. Em face das incertezas dos caminhos da política econômica do final daquele governo, não faltaram soluções de cunho neomalthusiano no combate à pobreza, repetindo os clássicos argumentos, cujas propostas acabam por requerer do governo a implantação da política de planejamento familiar no país, independentemente do setor saúde, cuja produção de serviços permanece, de preferência sob a responsabilidade da iniciativa privada.

Contrapondo-se aos argumentos neomalthusianos em face do controle demográfico, outras posturas mais liberais não descartam a necessidade do Estado prover informação, serviços de anticoncepção e de tratamento da infertilidade na área da saúde, de forma a atender às demandas por aqueles serviços e prover a melhoria da qualidade dos serviços públicos, capazes de contemplar os conjuntos das ações de saúde.

Situa-se nesta direção a proposta recente do Ministério da Saúde, referente ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1983)<sup>(44)</sup>. Trata o programa de enfatizar as razões de saúde, o direito à opção quanto ao ter ou não filhos, a equidade social, a necessidade de informação e meios referentes ao controle da fecundidade, reforçando a

postura oficial do governo brasileiro na Conferência de Bucarest (1974).

No discurso, este programa assume uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas e antinatalistas, apontando a queda da fecundidade no país. Enfatiza no seu diagnóstico as causas da morbi-mortalidade feminina, as distorções na produção de serviços de saúde à mulher, incluindo o atendimento ao parto, pré-natal, assistência ginecológica, à concepção e anticoncepção e o reconhecimento de que cabe ao Estado oferecer um conjunto de serviços básicos, simplificados e regionalizados, destinados ao atendimento à população feminina, inseridos na rede pública de saúde.

O programa especifica um conjunto de atividades básicas e simplificadas de prevenção, diagnóstico e terapêutica, referentes ao pré-natal, ao parto, pós-parto, à ginecologia preventiva e patológica, à regulação da fecundidade, tratamento da esterilidade, controle do câncer ginecológico e de mama e das doenças sexualmente transmitidas.

Bastante necessário que a rede de serviços pública de saúde amplie qualitativamente um conjunto de ações de saúde capazes de contemplar a mulher na sua totalidade, as ações médico-educativas propostas pelo programa descartam a ideologia neomalthusiana, incorporando uma prática educativa que visa assegurar a apropriação, pela clientela, do maior

controle sobre a sua saúde.

Não descarta as repercussões bio-psico-sociais da gravidez não desejada, do abortamento, dos efeitos do uso não orientado dos métodos anticoncepcionais, admitindo a regulação da fecundidade como uma das medidas eficazes no trato das condições de saúde da mulher e, à vezes, da criança também. A medida que exclui o homem, reforça a ideologia de que cabe apenas à mulher a responsabilidade para com a maternidade, contracepção e concepção.

Transparece no programa a identificação da regulação da fecundidade com o planejamento familiar, colocando-se porém contrário aos programas verticais e isolados de prestação de serviços apenas relacionados à anticoncepção e à mulher no ciclo reprodutivo. Neste sentido, o programa do Ministério da Saúde em nada se assemelha aos modelos de distribuição comunitária de anticoncepcionais promovidos pela BEMFAM. Sobre estas formas de prestar serviços, o programa ministerial quer estabelecer controle e corrigir abusos.

No que se refere aos métodos anticoncepcionais (naturais e artificiais) o programa não descarta a possibilidade das instituições públicas de saúde virem a ofertá-los, mediante a prescrição médica de normas capazes de contemplar o seu uso adequado com avaliações das condições de saúde do grupo feminino.

Se bem que a Saúde Pública tem enfrentado sérios obstáculos financeiros para levar adiante as suas propostas, o Programa Integral de Saúde à Mulher vem mobilizando recursos orçamentários do FINSOCIAL e do Fundo das Nações Unidas para Atividades de População. Vale acrescentar o interesse deste último recurso na promoção de atividades de população, dentre elas o planejamento familiar nos países do "Terceiro Mundo".

Restam ainda, entre as intenções do programa a sua penetração no INAMPS, nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais de saúde e o maior comprometimento da Central de Medicamentos, o que significa a projeção de uma expansão da assistência médica ginecológica e obstétrica nas ações de saúde pública e previdenciária, não descartando a orientação à concepção e à anticoncepção.

No que se refere às Secretarias Estaduais de Saúde, o programa tomou como meta de sua implantação 11 Estados do país, especialmente aqueles onde o Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS) tem encontrado possibilidades de execução.

A definição, pelo Ministério da saúde, do Programa de Assistência à Saúde da Mulher, vem consolidar de forma mais explícita a incorporação das ações afeitas às informações e meios referentes à anticoncepção integradas ao conjun-

to da assistência médico-educativa relacionada às condições de saúde da população feminina. Reforça, desta feita, a responsabilidade da saúde pública de proporcionar cuidado médico obstétrico e ginecológico, subordinando o acesso aos programas de saúde que incluam ações anticonceptivas, ao controle do setor público de saúde. Descarta contudo no discurso qualquer comprometimento com as posições neomalthusianas no que toca à fixação de metas demográficas, reconhecendo o planejamento familiar como decisão dos sujeitos e o papel do Estado em oferecer meios de informações.

#### 10. A CONFERÊNCIA DA POPULAÇÃO NO MÉXICO: POSIÇÃO DO GOVERNO BRASILEIRO

Sob os auspícios da Organização das Nações Unidas (ONU) reuniram-se no México em agosto de 1984, 3 mil delegados de 158 países para avaliar os progressos do plano mundial de população, desde a Conferência de Bucarest. A delegação brasileira esteve sob a presidência do Ministro da Saúde, Waldyr Mendes Arcoverde, que apresentou documento<sup>(45)</sup> a respeito da posição oficial do governo brasileiro sobre a política demográfica, contendo os seguintes princípios:

1. soberania total do país na definição e implementação das políticas de população;

2. recusa às posições neomalthusianas, demonstrando não ser o crescimento demográfico a causa dos males dos países em desenvolvimento e muito menos aceitar o controle demográfico como solução à miséria;

3. a política populacional brasileira não deve contemplar metas pré-fixadas para o crescimento demográfico, mas preocupar-se com a morbidade, mortalidade e problemas decorrentes das migrações internas;

4. o planejamento da prole é direito de todo ser humano e decorre de ações livres e informadas dos indivíduos e casais;

5. o planejamento da prole deve ser integrante do atendimento público à saúde e a proteção dos usuários deve ser proporcionada pelo setor público, através de órgãos competentes;

6. a atuação do governo brasileiro quanto ao planejamento da prole está assegurada dentro de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher.

O discurso oficial do representante do governo reafirmou os princípios do enunciado na conferência de Bucarest (1974), enfatizando o tratamento adequado do Brasil no tratamento dos problemas demográficos. Estes fundamentam-se em dois aspectos: "O respeito à soberania dos estados na definição e implementação das políticas nacionais de população e o reconhecimento de que o desenvolvimento econômico e social é o fato central para a solução dos problemas demográficos".

Estes enunciados foram importantes contrapontos à ótica malthusiana no trato com as questões demográficas, presentes nas propostas de alguns países capitalistas avançados que chegaram a prescrever o "crescimento zero" aos países dependentes, como meio de prevenir a exaustão dos recursos naturais ou, responsabilizando o crescimento demográfico como fonte dos males sociais.

Ao contrário, o discurso ministerial apontou, a situação crítica pela qual atravessam os países dependentes, cujas origens derivam da "estrutura da ordem internacional" agravando o crescimento da dívida externa com efeitos sobre o nível de vida da população. A solução, lembrou o Ministro, a posição assumida pelo governo Figueiredo perante a 37ª Sessão da Assembléia das Nações Unidas (1982) "era o da cooperação isenta de interesses paroquiais e capaz de refletir com equidade a interdependência da conjunta internacional contemporânea".

Foi neste pano de fundo da crise econômica, da desigualdade entre países ricos e pobres, que o discurso do Ministro situou a relação população e desenvolvimento, recusando implicitamente as recomendações do Fundo Monetário Internacional, que prescreve medidas de controle populacional no combate à miséria e fome. Nas suas palavras "as políticas de população não podem representar um substituto para as políticas de desenvolvimento, nem devem consituir uma forma



de escapismo para as responsabilidades de cooperação internacional".

O documento reconhece o comportamento decrescente da fecundidade no país, afetando o ritmo de crescimento demográfico, também declinante. Não considera alarmante a taxa de mortalidade geral, contudo, aponta as desigualdades regionais nos diferenciais de mortalidade, especialmente na infantil. Mostra ainda a reorganização espacial da população, com a concentração e crescimento da população urbana, representando nos anos 80, 60%.

Descarta a visão conjuntural da política demográfica, como resposta à crise econômica, que comprime emprego e o consumo da população, reafirmando a soberania do Estado brasileiro naquela questão. Assim, a dinâmica demográfica - crescimento e distribuição da população - atrela-se ao processo de desenvolvimento econômico.

Contudo, contemplada a demanda crescente por conhecimentos e meios para planejar a reprodução, a posição governamental reconhece o direito do ser humano, como fundamento ético, de planejar sua prole. Descolando-se para a ótica dos indivíduos e da família reafirma os princípios declarados pelo governo em Bucarest, do Estado não interferir na decisão do grupo familiar quanto a ter ou não ter filhos, contudo, proporcionando meios e informações para o exercício da-

quela decisão.

As diretrizes propostas no que toca à oferta de informações e meios, definidos como atividades de planejamento familiar ficaram atreladas à área da saúde, devendo incorporar-se aos serviços públicos de saúde, nos níveis federais, estaduais e municipais, abrindo espaço para que estes serviços venham a ofertar atividades de planejamento familiar, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde.

As diretrizes propostas embora não tocassem nas relações do setor público e privado na oferta daqueles serviços, deixam abertas possibilidades de supervisão pelo poder público de todas as atividades afeitas ao planejamento familiar em função da proteção dos usuários.

A posição assumida no México pelo governo brasileiro descartou qualquer compromisso com as políticas de cunho controlista de natalidade, substituindo as metas de contenção demográfica pelas metas das ações livres e informadas dos casais e indivíduos no planejamento de sua vida reprodutiva.

As diretrizes propostas pelo Governo brasileiro na Conferência do México responderam aos anseios do conjunto dos protagonistas empenhados na discussão sobre a saúde da mulher ou do grupo materno-infantil, do Estado proporcionar oportu-

nidades de acesso às informações e aos meios para regulação da fertilidade dentro de um conjunto integrado de ações de saúde, exercendo o direito à livre escolha dos padrões reprodutivos.

Contudo, as relações entre população e desenvolvimento, os conteúdos da política demográfica e a maneira de intervenção estatal não se fazem consensuais entre os protagonistas deste debate. Da parte da Igreja Católica persistem controvérsias em torno do emprego de métodos anticoncepcionais artificiais e permanente resistência a qualquer intervenção estatal na área reprodutiva. Da parte de setores mais conservadores a posição oficial foi tímida, pressionando a que uma política oficial de planejamento familiar imprima-se no país. Da parte de parcela de grupos da esquerda, permanece a suspeita da ingerência internacional e do Fundo Monetário Internacional, conduzindo à recusa a qualquer ação na reprodução. Da parte do movimento de mulheres, com matizes liberais e progressistas, há maior aceitação daqueles princípios e diretrizes enunciados.

Expressão de pressões de grupos conservadores, aliados ou não a interesses de organizações internacionais afeitos ao controle demográfico nos países dependentes periféricos, são as posições assumidas, no final do governo João Batista de Figueiredo, pelo ministro chefe do Estado Maior das Forças Armadas (EMFA), propondo a criação de uma Comissão Na-

cional para Assuntos Demográficos. Esta Comissão assessoraria o Conselho de Desenvolvimento Social na formulação e implantação de uma política demográfica.

Chegou a circular uma minuta desta proposta, que não veio a público oficialmente, mas que a imprensa fez conhecer nos pronunciamentos do próprio Ministro, as preocupações com o elevado crescimento demográfico, ressuscitando as versões neomalthusianas, que incansavelmente associam miséria e pobreza ao crescimento demográfico.

Caminham no mesmo sentido, da criação de um Programa Nacional de Planejamento familiar, autônomo do setor saúde e subordinado a órgãos governamentais especificamente criados para tal, junto à Presidência da República propostas formuladas pelo Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD)<sup>(46)</sup>. Este grupo, criado em 1981 e presente atualmente no Congresso Nacional e nas Assembleias Legislativas Estaduais, com assessoramento da BEMFAM, colocou desde então em sua agenda a discussão sobre a problemática gerada pelo crescimento populacional desordenado, propondo uma política nacional de planejamento familiar, como fator ordenador da sociedade e compatibilidade do binômio população e desenvolvimento.

A interpretação sobre a relação população e desenvolvimento encontra suas bases na versão de que o crescimento

populacional apresenta graves pressões sobre os recursos biológicos, alimentares e infra-estruturais, aliados à ameaça à estabilidade política e social especialmente dos países dependentes, com base na tão criticada teoria malthusiana. Esta posição, endossada pelo grupo de Parlamentares referendou a Declaração formulada na Conferência Internacional de Parlamentares, realizada em 28 de agosto de 1979 em Sri-Lanka, com o apoio de organizações internacionais, especialmente a International Planned Parenthood Federation (IPPF).

O Grupo de Parlamentares apresenta-se ainda signatário dos princípios contidos na Declaração de Washington, reunião realizada em abril de 1981 sob os auspícios da IPPF que retoma a relação população e desenvolvimento como integrantes entre si, num processo de mudança social e econômica. Ambos pressupõem políticas cujos objetivos incidem sobre a melhoria da qualidade de vida, a saúde, educação, elevação do status da mulher, distribuição mais justa dos recursos e crescimento do produto nacional. Aqui a versão sobre a relação população e desenvolvimento acaba enfatizando a redução das taxas de crescimento populacional como coadjuvante no alcance das metas sociais propostas, mascarando-se o discurso controlista sob posturas liberais de autonomia dos países na adoção das políticas.

Contudo, a partir dos princípios enunciados o Grupo de Parlamentares, signatário do documento da Declaração de

Gramado (1981), constituído por 37 parlamentares na sua maioria pertencentes ao extinto PDS estabeleceu suas linhas de ação, coincidentes com as diretrizes das reuniões anteriormente mencionadas:

- constituir-se enquanto grupo de estudos de população e desenvolvimento;
- consolidar e divulgar pesquisas científicas e de opinião pública relacionadas ao assunto;
- gestionar junto aos escalões decisórios do governo federal, objetivando a formulação de legislação pertinente;
- criar o Conselho de Coordenação de atividades de Planejamento Familiar e População na Presidência da República;
- repudiar métodos de caráter abortivo e a adoção de esterilizações, por ferir a moral, direito e ética.

Não resta dúvida que se instalou, ao lado de outras forças, pressões desta natureza junto ao Governo brasileiro no período que antecedeu a Conferência de População, realizada no México, sem contudo que as propostas controlistas de natalidade tivessem sucesso na oposição oficial assumida, apesar de que o oferecimento de meios e informações ao planejamento da prole consistir um aspecto consensual dos diferentes protagonistas interessados na questão. Porém, persistem adentrando a Nova República a presença das forças controlis-

tas da natalidade como protagonistas que avaliam a insuficiência do Estado garantir meios e informações e de assegurar o direito à concepção e contracepção, cujos impactos não respondem aos anseios de adoção de uma política agressiva de controle da natalidade.

## **IV PARTE**

### **SAÚDE DA MULHER E REPRODUÇÃO HUMANA**



## 1. NOVA REPÚBLICA: POPULAÇÃO, QUESTÃO SOCIAL

O governo da Nova República apresentou seus propósitos de política econômica e social balizando-se em dois aspectos fundamentais: a retomada do desenvolvimento e não à recessão, evitando-se a piora das condições de vida e desemprego juntamente com uma intervenção social capaz de combater a pobreza e miséria.

Recoloca-se desta feita a importância das diretrizes de política social e suas relações com a política econômica, de modo que as condições de vida da população passam a merecer prioridades a partir de um diagnóstico social que aponta a perversidade do modelo econômico adotado durante as décadas anteriores. Este agravou o quadro da concentração de rendas no país e a situação das camadas de baixas rendas, mais ainda ameaçada com a crise e a política econômica recessiva.

Desde o início do governo da Nova República até o final de 1985, tendências recessivas persistiram na orientação da política econômica governamental, revertendo-se efetivamente esta diretriz a partir do I PND da Nova República (1986-1989)<sup>(47)</sup>.

Contudo, a ação do governo no combate à pobreza,

definiu-se no Programa de Prioridades Sociais (1985) reafirmando-se e ampliando-se as prioridades sociais do I PND-NR. Estas referem-se aos seguintes aspectos: combate à fome, à miséria e desemprego, através de um conjunto de metas de distribuição gratuita de alimentos destinados a cerca de quinze milhões de crianças (0-35 meses), gestantes e nutrizes; a merenda escolar a cobrir 29 milhões de crianças de 7 a 14 anos; o abastecimento, através da rede de varejo de gêneros básicos a preços reduzidos;

- metas de saúde que buscam assegurar o direito do cidadão, universalizando equânimemente os serviços, democratizando o acesso e reduzindo as disparidades do atendimento à clientela (entre regiões e grupos sociais). Priorizam a cobertura assistencial (ambulatorial e hospitalar); o combate às doenças endêmicas e infecciosas; a universalização de assistência farmacêutica na rede pública; a produção nacional de vacinas e soros essenciais; a universalização do atendimento pré-natal, ginecológico e o controle das doenças transmissíveis, das infecciosas respiratórias agudas e diarreicas.

- metas referentes ao saneamento básico nas áreas urbanas pobres;

- metas de habitação popular às camadas de baixas rendas, a educação fundamental, segurança e desenvolvimento rural para o Nordeste.

Os recursos previstos para o desenvolvimento social

no governo Figueiredo eram de Cr\$ 6 trilhões; o atual governo previu Cr\$ 24 trilhões a preços de 1985, sendo que Cr\$ 12 trilhões serão aplicados em 1986. Contudo, análises conjunturais (Draibe, 1986)<sup>(48)</sup> apontam algumas dificuldades na consolidação destas metas, entre elas: o nível da produção e oferta dos bens e serviços; a capacidade de utilização da máquina administrativa e burocrática e a descoordenação das ações governamentais. Além disso, um aspecto estrutural a ser revisto é o perfil da proteção social no Brasil.

Em nenhum momento o I PND-NR mencionou qualquer preocupação com a questão demográfica enquanto variável independente, ao contrário de algumas ambigüidades reveladas por planos da década dos anos 70, como vimos. Dentre os componentes da dinâmica demográfica destacados está a mortalidade, especialmente a infantil, como indicador da pobreza a ser reduzida através das metas sociais (saneamento básico, acesso a serviços de saúde e programas de distribuição alimentar a gestantes, nutrizes e crianças).

Além disto reconhece que o aumento populacional atingiu atualmente 2,2% ao ano, com aumento da oferta da força de trabalho, cuja demanda requer uma expansão econômica de pelo menos 6% ao ano, de modo a garantir emprego à população. Emprego e salários comparecem também na agenda governamental como metas sociais de garantia do consumo e renda.

Porém, as prioridades governamentais referentes à saúde, não descartam o atendimento à mulher no que se refere aos cuidados pré-natal, ginecológico e alimentar (gestantes e nutrizes), não transparecendo qualquer preocupação com o comportamento da fecundidade. A tônica que se mantém, na política do governo é a subordinação das intervenções referentes à saúde da mulher e da criança ao setor de saúde como prioridades que contemplam o acesso e direito aos serviços básicos de saúde. Insto conduz a que examinemos no interior do setor saúde, os planos e diretrizes propostos.

## 2. AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE E A SAÚDE DA MULHER

As orientações do CONASP em direção à reversão do perfil da intervenção estatal<sup>(IV)</sup> na política de saúde foi retomado pela CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação) em 1984, através da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas significam a reorganização e integração dos serviços de saúde a nível federal, estadual e municipal e a relação com os prestadores privados dentro de prioridades estabelecidas. Os objetivos propostos incidiam sobre o pressuposto básico da responsabilidade do setor público pelo controle e comando da política de saúde, a integração interinstitucional, a ampliação do grau de resolutividade e da capacidade gerencial dos serviços públicos; a re-

gionalização e hierarquização dos serviços; valorização das ações básicas, integração e alocação de recursos financeiros procedentes de diferentes fontes, entre outros.

Reorientam-se desta feita possibilidades de integração, fortalecimento do setor público nas ações de saúde e a introdução de mecanismos de controle do setor privado, abrindo perspectivas descentralizadoras, integradoras e de equidade social.

As áreas de intervenção das AIS elegeram a assistência médico-hospitalar e farmacêutica e o desenvolvimento institucional. As áreas específicas e prioritárias definidas são: o controle das doenças transmissíveis, a promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento.

Na definição do Plano Setorial do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (1985) dá continuidade às propostas das Ações Integradas de Saúde, adequando-a às diretrizes políticas da Nova República.

As bases e diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, proposto no âmbito do Ministério da Saúde pelo Grupo de Trabalho de Saúde da Mulher (1983) persistem como definições básicas programáticas para o perío-

do 1984-1985.

Adequando-se às estratégias de integração interinstitucional traçado pelas AIS, o Ministério da Saúde, na apresentação dos documentos de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas (1984-1985)<sup>(49)</sup>, enfatiza a desatenção aos aspectos integrais de saúde da mulher, adotando uma política nesta área como instrumento de expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde, a partir de diagnósticos epidemiológicos indicadores de sua necessidade e impacto sobre o grupo materno-infantil.

Desta feita as atividades assistenciais referentes à saúde da mulher, imersa no elenco de ações dirigidas ao grupo materno-infantil, contemplam a assistência clínico-ginecológica e educativa, controle pré-natal, parto e puerpério, incentivo ao aleitamento materno e evitar o aborto provocado; abordagem aos problemas presentes desde à adolescência até a velhice; o controle das doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência à concepção e contracepção.

Um balanço das realizações alcançadas pelo programa no período 1983-1985 aponta o cumprimento de uma etapa de divulgação, seleção de áreas de implantação, elaboração de normas de operacionalização, criação de Centros de Referência

Nacionais junto à UNICAMP e Instituto Materno-Infantil de Recife para treinamento de pessoal e assessoria aos Estados (Portarias MS-110 de 10.04.84 - DO. 12.4.84; 111 de 10.05.84 - DO. 12.05.84).

Ademais, mostra tentativas de implantação de 10 unidades federadas: Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Minas Gerais, onde se desenvolvem as Ações Integradas de Saúde. Não resta dúvida de que esta implantação tem-se deparado em alguns Estados com obstáculos localizados na precariedade da rede de saúde pública, nos padrões administrativos e burocráticos inadequados à absorção dos recursos e à implementação do programa e nas resistências às normas federais.

Ademais, persistem controvérsias no setor de saúde pública em torno da questão do planejamento da prole, a despeito do programa insistir no descompromisso com a política controlista da natalidade e das demandas femininas requererem acesso a serviços e meios e informação para o planejamento da prole.

Na sua implantação em alguns Estados Nordestinos e Norte do Paraná o programa governamental conduziu ao rompimento de convênios estabelecidos entre Secretaria de Saúde e BEMFAM, de modo a comprimir a oferta de serviços nos moldes

por ela desenvolvidos. Contudo, especificamente no Estado do Ceará, a BEMFAM continua expandindo suas ações no interior , através do programa de distribuição de anticoncepcionais, embora tivesse sua ação comprimida na capital, mediante o rompimento do convênio com a Secretaria Estadual de Saúde. Vale mencionar não ter sido apenas o convênio estabelecido entre BEMFAM e aquela Secretaria que garantia o programa naquele Estado, mas o seu envolvimento com um conjunto de outras instituições e associações privadas, juntamente com empresas locais.

No confronto entre o programa federal do governo e os convênios da BEMFAM, a ruptura veio ocasionar no Norte do Estado do Paraná, manifestações de mulheres reivindicando o acesso aos meios anticoncepcionais. Isto recoloca ao poder público a importância de garantir o acesso e informação às camadas deles desprovidas, juntamente com um conjunto de ações básicas de saúde.

Do ponto de vista da administração do programa federal de saúde da mulher instalou-se no interior do Ministério da Saúde do governo passado, a vinculação das suas ações referentes à estrutura do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde, de modo a garantir sua maior autonomia em relação às demais ações de saúde pública, a despeito do programa deter um conjunto de ações integradas de atenção à reprodução feminina na sua to-



talidade.

Esta tendência reverteu-se no governo da Nova República, subordinando-se o programa à estrutura organizacional do Ministério da Saúde - A Secretaria Nacional de Programas Especiais -, que acolhe, desde a reforma administrativa daquele Ministério, na década dos anos 70, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), tornando-se o programa mais compatível à proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS). Prevê-se assim a sua progressiva implantação nos Estados, a priorização de medidas que resultam na melhor qualidade dos serviços e na subordinação objetiva das ações referentes à concepção e à contracepção às demais ações programáticas não sendo encaradas de forma insolada e nem aceitas num serviço que não responda a outras necessidades de saúde.

As bases de sustentação financeira do Programa Integral de Saúde da Mulher apresenta ambiguidades, de um lado está garantido parcialmente com recursos orçamentários do Fundo das Nações Unidas para Atividades de População (FNUAP), instituição multilateral das Nações Unidas, cuja estratégia tem sido a de subsidiar a implantação de programas de planejamento familiar nos países dependentes, mantendo uma orientação de cunho controlista da natalidade. De outro lado, o programa mantém-se, com recursos orçamentários governamentais procedentes do FINSOCIAL, subordinado ao BNDES, cuja estratégia garante as propostas das ações integradas de saúde, com

prioridades para a atenção pré-natal, ampliação da cobertura, infraestrutura e capacitação de pessoal. Complementam os recursos orçamentários da União e os fundos regulares bi-anuais da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), referentes a consultorias, cursos, compra de equipamentos e apoio técnico.

O orçamento destinado ao Programa de Saúde da Mulher aumentou no período 1983-1985 nos seguintes termos: 1983 (zero); 1984 - Cr\$ 67,4 milhões; 1985 - Cr\$ 42,1 bilhões (incluindo recursos internacionais)<sup>(50)</sup>. Grande parte destes recursos foram repassados aos Estados. Além disto o orçamento destinado à capacitação de recursos humanos, em 1984 foi de Cr\$ 115,4 milhões, dos quais parcela destinou-se ao treinamento de pessoal para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que foram repassados aos Centros Nacionais de Referência, localizados em Campinas e Recife.

Procederam da OPAS os recursos bi-anuais, conforme acordo de cooperação técnica do projeto materno-infantil estabelecido pelo governo brasileiro em 1954. Os recursos alocados nos últimos anos foram os seguintes: 1984/1985 - US\$ 3.437.318; 1986-1987 - US\$ 7.313.400; 1988-1989 US\$ 6.006.400. Do FNUAP, os recursos empenhados no período 1983/1988, foram de 2 milhões de dólares<sup>(v)</sup>. Porém, o FNUAP previa o destino de 15 milhões de dólares, garantindo em troca a consecução de metas demográficas, o que foi recusado pelo Ministério da Saúde.

A estratégia do Ministério da Saúde é garantir recursos a serem aplicados nos programas de saúde da mulher e da criança, conforme as diretrizes da DINSAMI, repassando-os aos Estados, através das Ações Integradas de Saúde. Se esta estratégia garante ao setor público a implantação do conjunto de ações referentes à saúde da mulher, cujos resultados ainda são restritos em alguns Estados, há ainda a superar inúmeras dificuldades, já apontadas no percurso de integrar, dinamizar e reforçar o setor público na prestação de serviços de saúde de boa qualidade, capazes de assegurar o acesso e equidade, conforme parâmetros da Nova República.

### 3. REPRODUÇÃO HUMANA: QUESTÃO DE DIREITO

Reativando o debate, na sociedade brasileira, em face da constituinte, sobre os direitos do cidadão, a questão da reprodução humana é retomada nos seus aspectos éticos, sociais e jurídicos, suscitando medidas estatais que tendem, neste particular, ao exercício da maior fiscalização e normatização das intervenções no campo da reprodução humana. Se por um lado é consensual que o Estado garanta informações e meios ao planejamento da prole, havendo inclusive iniciativas governamentais e privadas neste sentido, de outro reconhece-se distorções na expansão destas ações no país através de inúmeras instituições privadas, sem qualquer fiscalização

da parte do Estado, deixando os usuários dos serviços à mercê de uma oferta que nem sempre resguarda o seu direito de cidadão.

No período 1985/1986 instala-se no Ministério da Saúde preocupação neste sentido, resultando na criação da Comissão de Estudos sobre os Direitos da Reprodução, criada pela portaria nº 636 de 05.09.1985, cujo regimento interno foi aprovado pela portaria nº 59 de 05.01.1986.

A esta comissão cabe diagnosticar a situação da reprodução humana no Brasil, enfocando seus aspectos econômicos, sociais, políticos e éticos; propor normas, instrumentos legais e princípios legais e princípios filosóficos à luz das necessidades diagnosticadas; acompanhar o processo de articulação do Ministério da Saúde com os setores sociais envolvidos na reprodução humana e oferecer subsídios para uma proposta política para o setor saúde na área de reprodução humana.

Constituiu-se esta comissão de representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação, Relação Exteriores, juntamente com personalidades de notório saber no campo da reprodução humana, apresentando uma secretaria executiva com representantes dos setores jurídicos, de programas e divulgação afeitos ao Ministério da Saúde. Deste modo, subordinam-se as intervenções na área de saú-

de materno-infantil, onde se inscrevem ações referentes à reprodução humana, à vigilância e controle de segmentos da sociedade civil e das esferas executivas governamentais, representados naquela comissão.

Instala-se assim no Ministério da Saúde ações que tratam de assegurar a prática da contracepção dentro de parâmetros éticos, cujos desdobramentos recentes apontam o controle e fiscalização no emprego de métodos anticonceptivos, como modo de proteção do usuário. Nesta direção estão as intervenções no sentido de proibir o uso do Norplant e a campanha de indenizações às mulheres que usaram o DIU Dalton Shiels, juntamente com a criação de um Grupo de Trabalho para estudo das questões relativas ao DIU (portaria 58 de 04.02.1986).

Se ainda é precoce a elaboração de um balanço mais apurado das últimas medidas empreendidas pelo Ministério da Saúde há contudo tendências do Estado de assegurar o direito do cidadão nas questões afeitas à reprodução, instalando mecanismos legais e jurídicos capazes de reverterem o laissez-faire instalado nesta área no país, durante os últimos vinte anos.

**CONSIDERAÇÕES  
FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomada suscinta dos resultados a que chegou esta pesquisa impõe-se neste momento.

A central preocupação deste trabalho foi explicitar a intervenção estatal a nível federal referente à política de saúde e particularmente no seu interior a questão materno-infantil. Previligiou-se a medicina previdenciária e a saúde pública, ainda que não sejam os únicos "loci" responsáveis pela execução da política de saúde materno-infantil, mesmo porque a consolidação e organização do cuidado médico comportam em nossa sociedade a divisão de responsabilidades entre setor público e privado. Com isto há limites no que se abarcou nesta pesquisa, ou seja, tanto no que se refere ao âmbito dos próprios aparelhos estatais que incorporaram o cuidado médico individual e coletivo referente a maternidade e à infância, como da totalidade do setor privado a ele referente.

Porque recuperar à questão materno-infantil se o objeto deste estudo partiu do planejamento familiar? Esta trajetória percorrida neste trabalho, que abordou desde os anos 30 até 1985, intenções e intervenções dirigidas ao grupo materno-infantil, foi de encontro às tendências que se construíram no âmbito da saúde pública, a partir da década dos

anos 70 e particularmente, nos anos 80, de introduzir as ações de orientação à anticoncepção e à concepção.

Da análise que se procedeu, vamos de encontro à consolidação dos aparelhos de saúde pública, ainda que, circunscritos a uma base restrita (administrativa, financeira e em termos de cobertura) do Estado brasileiro, a partir dos anos 30 até 1956. Caracteriza esse por uma autonomia relativa diante das classes e frações sociais, respondendo contudo à questão social, através de um conjunto de medidas trabalhistas, sindicais e de saúde.

No âmbito da saúde já se dicotomizam saúde pública e medicina previdenciária. A primeira abarcando medidas sanitárias, campanhistas, educativas, assistência social e higiene, relacionadas aos processos de migração, urbanização e industrialização, concentradas em algumas áreas urbanas e mais pontualmente no campo. As segundas basicamente dirigidas à força de trabalho produtiva engajada no processo industrial emergente, demandante por cuidado médico individual.

Maternidade e Infância enquanto objetos da política estatal, desde a segunda década do século XX marcaram-se pelo caráter moral e policial. Ampliaram-se em termos das estruturas organizacionais federais e estaduais de saúde pública, particularmente durante as décadas dos anos 30 e 40, mantendo a mesma estrutura até 1967, sob a coordenação do De-



partamento Nacional da Criança (1940), inscrito no Ministério da Saúde, criado em 1953. Sob forma centralizada articulada às unidades federadas expandiram-se os serviços públicos federais de proteção materno-infantil, comportando ainda outras instituições a nível federal também afeitas à maternidade e à infância, fora do âmbito da saúde pública - a exemplo a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Portanto apesar da centralização que marca a constituição da saúde pública, pulverizaram-se ações de saúde materno-infantil entre outras agências federais, que não foram objetos deste estudo.

A assistência à maternidade e à infância incorporou, através do Departamento Nacional da Criança, o subsídio público à criação e expansão da infra-estrutura (hospitais infantis, maternidades, postos de puericultura, hospitais de ortopedia, escolas maternais e jardins de infância) e o seu reequipamento, abarcando as redes pública e privada. Disto resultou para a saúde pública a propriedades de alguns hospitais infantis e postos de puericultura e para o setor privado a ampliação da rede de maternidades e hospitais infantis subsidiadas pelo setor público. Abarcava, assim não apenas ações referida ao cuidado médico individual e coletivo, mas afeitas à área de educação pré-escolar constituídas no momento em que saúde e educação formavam uma única unidade administrativa a nível federal, até 1953, quando se separaram em dois ministérios.

O centro de preocupação com a maternidade e a infância, no âmbito da saúde pública correspondia à valorização da maternidade e à garantia de braços fortes e sadios para a nação, respondendo portanto aos requerimentos das atividades industriais em expansão, ao direito do cidadão e à preocupações em reduzir a mortalidade infantil e não a natalidade, garantindo um maior saldo de crescimento vegetativo da população, ameaçado pelas adversas condições de saúde. Assim mesmo, dentro de um Estado "restrito", que marcou o período 1930-1956, as medidas sanitárias não poderiam deter um amplo alcance, apesar da prioridade que mereceram, sobre a medicina curativa sem deixarem-se ultrapassar, nas ações que abarcavam a maternidade e a infância coordenadas pelo Departamento Nacional da Criança, pelas campanhas de combate às endemias.

A assistência à maternidade e à infância que também passaram a incorporar a adolescência (prevenção dos desajustes) sob coordenação do DNCr centraram-se na puericultura (pedagógica) ao lado da educação e assistência social, cujos efeitos respondem mais à divulgação de normas de comportamento do que à eficácia das técnicas terapêuticas. Estas são incorporadas às medidas sanitárias dirigidas às crianças (vacinas e cápsulas vitaminadas A e D) nos anos 50, mediante convênio estabelecido entre o DNCr e o governo americano. A partir de então, o DNCr vai preocupar-se com a desnutrição infantil dirigindo programas de suplementação alimentar a nu-

trizes, gestantes, lactantes e pré-escolares, incluindo o leite em pó importado.

Persistem no interior da saúde pública estas maneiras de intervir na maternidade infância e adolescência até final da década dos 50. Verifica-se um crescente processo de contração das receitas federais no período 1961-1964, ao contrário das campanhas referentes à endemias. Trata-se ainda este último de um período de crise de hegemonia em que são questionados os modelos imprimidos pela saúde pública, que a colocam em questão diante do quadro, ainda precário, das condições sanitárias. Isto advinha especialmente da parte de correntes desenvolvimentistas que associavam de modo equivocado saúde e desenvolvimento, agora enfatizando que do desenvolvimento emergiria a solução aos problemas sanitários.

Na configuração dos acontecimentos políticos de 1964 e de um redirecionamento do capitalismo no Brasil, passa a dominar a racionalidade técnica e a modernização ganhando novas dimensões as políticas sociais e particularmente a da saúde, cujo modelo centralizado e privatizante vai privilegiar a medicina previdenciária no interior do qual desenvolveu-se o cuidado médico individual referente à reprodução humana, centrado na assistência ginecológica, ao parto e à intercorrências obstétricas e ao cuidado pediátrico, de cunho curativo. Neste modelo o setor público de produção de serviços é minimizado em favor do setor privado (contratado e con-

veniado), crescendo o processo de capitalização deste setor com repercussões sobre suas bases técnicas e o próprio trabalho médico.

A saúde pública, por sua vez torna-se absolutamente secundária, desmontando-se e redefinindo-se a sua estrutura organizacional montada no pré-64, num processo de crescente esvaziamento. Particularmente no que se refere à maternidade e à infância a nível federal de saúde pública é restringida a sua abrangência, seja ponto de vista orçamentário e das estruturas organizacionais montadas (DNCr), que se redefiniram, extinguindo-se serviços, restando ao Ministério da Saúde a coordenação e normatização de instituições públicas e privadas. Este processo iniciado nos anos 60, consolidou-se entre 1964-1978, abarcando a proteção à maternidade, à infância e a adolescência preocupações com o bem estar físico, mental e social de crianças e adolescentes de modo a superar o pauperismo, a ignorância e os desajustes psico-emocionais. Ao mesmo tempo pretendia fortalecer a família. Passam a dominar as práticas preventivas (vacinação, exames periódicos e medidas sanitárias de combate a algumas moléstias infantis), juntamente com a assistência médico-hospitalar ainda sob a propriedade pública federal: alguns hospitais infantis e postos de puericultura, esses últimos extintos paulatinamente.

A despeito das preocupações antinatalistas que se introduziam no discurso de alguns escalões governamentais e de

instituições filantrópicas emergentes destinadas ao cuidado médico e educativo referente à anticoncepção (BEMFAM-1985) os planos governamentais pós-64 foram, impregnados da doutrina de Segurança Nacional (1964-1974) marcando-se por expectativas natalistas, de modo a assegurarem o crescimento demográfico e preencher os espaços vazios. Contudo a nível federal a expansão de infra-estrutura de serviços médicos-assistenciais de natureza filantrópica dirigida à anticoncepção encontrava espaço legal para expandir-se. Neste particular deu início na área de reprodução humana um processo de expansão de serviços e clínicas relacionadas ao planejamento familiar, com intenções explícitas de controlar a natalidade. Trata-se da BEMFAM (1965) que expandiu suas clínicas, incorporando convênios com o Estado (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), na década dos anos 70 com predomínio no Nordeste. Este processo, envolvendo posteriormente outras instituições privadas congêneres (CEPAIMC e ABEF) acentua-se a nível nacional, pela incorporação de discurso sobre a assistência materno-infantil no pós 74, detendo contudo o caráter de programas verticais e restritos à orientação à anticoncepção.

As condições sanitárias e de vida agravadas no período do "milagre econômico", a despeito da expansão econômica, no período 1970-1974, manifestando-se através de surtos epidêmicos, atingindo crianças fazem recolocar nos planos governamentais preocupações com a mortalidade infantil. Persiste contudo do ponto de vista dos planos governamentais a posição

natalista e o estímulo às migrações internas à colonização do Amazonas. Contudo, no interior da saúde pública, através do Ministério da Saúde as diretrizes, planos e programas materno-infantis, (1971-1973) inscritos em nova estrutura organizacional incorporaram prioridades em relação às mulheres em idade fértil e a crianças (0-4 anos), incluindo cuidados médico-assistenciais, medidas preventivas, aconselhamento genético e ao espaçamento das gestações e tratamento da esterilidade.

Enquanto grupo vulnerável à morte e à doença e sua expressão na população total o materno-infantil passou a ser prioritário na política estatal, consolidando-se amplo programa no período 1974-1978, com ênfase à mulher no ciclo gravídico-puerperal, ao controle do desenvolvimento e crescimento infantil, aleitamento materno, imunizações, saneamento e suplementação alimentar. Planejamento familiar incluiu-se nos planos de saúde materno-infantis atrelado ao conceito de risco, também relacionado à prevenção da mortalidade materna e infantil, explicitando-se agora a incorporação de meios anticoncepcionais (naturais e mecânicos).

Neste mesmo período reativa-se a saúde pública, pelo menos em alguns setores que procuram integrar às ações coletivas o cuidado médico individual na perspectiva de articulação inter-setorial, melhoria gerencial e descentralização. Materno-infantil enquanto "subsistema" no interior da saúde

pública deveria integrar-se, reconhecendo-se a sua pulverização entre agências governamentais e mesmo no interior da saúde pública. No bojo do conjunto de reformas do período, redefine-se novamente a estrutura organizacional do Ministério da Saúde (entre 1974-1978) ficando a atenção materno infantil na Secretaria de Programas Especiais, marcado pela concepção de programa dirigido a um grupo populacional definido. Não conseguiam os programas abarcarem a cobertura que propunham, mesmo porque os recursos orçamentários à saúde pública continuavam restritos. A política materno-infantil definida pelo IIPND (1974) ficou muito aquém das metas propostas, expandido-se contudo a suplementação alimentar.

É no II PND do governo Geisel que se encontra maiores comprometimentos governamentais com a política demográfica, definida com ambigüidades porém incorporando posturas liberais quanto ao planejamento familiar, tido como orientação e informação aos casais sobre os meios de decidir sobre o tamanho da prole, relegado à decisão dos sujeitos. Enfim, a concepção dominante governamental era não comprometer-se explicitamente com uma política controlista da natalidade e muito menos intervir sobre a fecundidade, postura esta reafirmada em fóruns internacionais e mantida pelos governos sucessores até o momento.

É contudo no momento de crise da economia brasileira, gestada a partir de 1976, mas agravada no período 1979-

-1982 que reaparecem com maior veemência posições antinatalista da parte de alguns escalões governamentais, das forças armadas, do próprio presidente (Figueiredo) e de grupos de pressão junto ao parlamento. Contudo não se torna hegemônico este projeto antinatalista ainda que presente na sociedade brasileira. Resistências persistem da parte da Igreja, força de pressão contrária a esta política, desde a metade dos anos 60, quando emergiram estas discussões no país. Conjugam-se outras forças contrárias ao debate antinatalista (grupos feministas, progressistas e liberais) enfatizando o direito dos indivíduos de decidirem sobre o tamanho da prole.

Esta última postura incorpora-se nos planos de saúde da mulher dos anos 80, persistindo no discurso o descompromisso com o controle da fecundidade e com a fixação de metas demográficas recusando-se contudo a intervenção do Estado numa política demográfica que assuma a fecundidade enquanto variável a ser controlada por si. Apesar da queda mais intensa da fecundidade a partir de 1976, que tem entre os seus determinantes a ampliação do uso de anticoncepcionais, ocorreu no interior da saúde pública a incorporação da orientação à anticoncepção e à concepção ao lado de um conjunto de cuidados médicos individuais e preventivos dirigidos às mulheres, atendendo as demandas.

Criança e mulher separam-se enquanto objeto dos programas no âmbito da saúde materno-infantil do Ministério



da Saúde, tendendo à integração daqueles cuidados na rede de saúde pública (das secretarias estaduais e municipais) e do próprio INAMPS. Este último decidiu, ao término desta pesquisa, incorporar em sua rede própria o programa integral à saúde da mulher, dentro dos parâmetros das Ações Integradas de Saúde (AIS), numa perspectiva de integração das atividades do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social. Ao mesmo tempo a Central de Medicamentos (CEME) incorporou o fornecimento de meios anticoncepcionais em sua lista de medicamentos, comprometendo-se o governo com aquela oferta às camadas de baixa renda. Consolidada-se assim na política estatal de saúde a orientação à anticoncepção, resguardada no discurso da interferência sobre a fecundidade. Consequências e novos desdobramentos ficam por ser pesquisados futuramente.

**NOTAS**

## NOTAS

- (I) - No período 1930-1956 foram criados os seguintes órgãos: Ministério de Educação e Saúde (1930) com dois Departamentos: Educação e Saúde; Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (1934), com várias diretorias: Diretoria de Assistência Hospitalar; Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância; Diretoria Sanitária Internacional e de Capital da República; Serviço Nacional de Febre Amarela (1937); Serviços de Malária do Nordeste (1939); Serviços de Malária da Baixada Fluminense (1940); Departamento Nacional de Saúde (1940) incorporando os serviços nacionais de tuberculose, peste e malária, de lepra, câncer e doenças mentais; Serviço Nacional de Febre Amarela (1937); Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941); serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Biometria Médica. Fundação SESP (1942), Ministério da Saúde (1953) que incorporou a estrutura montada anteriormente. Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956).

- (II) - 1923 decreto lei 16.300 aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública que inclui a Inspetoria de Higiene Infantil; 1924, decreto lei 4.867 institui 12 de outubro o dia da criança; 1925 decreto lei 4.893 estabelece medidas complementares de assistência e proteção aos menores abandonados e delinqüentes.
- (III) - O debate neomalthusiano no Brasil foi estudado por Rodrigues, Maria Isabel Baltar 1979. Um estudo sobre o neomalthusianismo no Brasil (1965-1970). Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais. USP (mimeo), não cabendo desenvolver as nuances dos argumentos.
- (IV) - Silva, Pedro Luiz Barros (op.cit., 1984) define o perfil de intervenção estatal na Saúde nos anos 70 de acordo com as seguintes características: centralização de decisões e auto sustentação financiamento; privatização das políticas públicas; maximização dos interesses e dicotomização das redes de atendimento.
- (V) - Informações procedentes de entrevistas realizadas com técnicos do Ministério da Saúde por ocasião do levantamento de dados desta pesquisa no mês de outubro de 1985.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) - Braga, José Carlos Souza e Paula, Sergio Goes de 1981, Saúde e Previdência, Estudos de política social. Rio de Janeiro. CEBES/HUCITEC; Possas, Cristina, 1981. Saúde e Trabalho a crise da previdência social. Rio de Janeiro. Graal; Cordeiro, Mésio. 1984. As empresas médicas. Rio de Janeiro. Graal; Cohn, Amélia. 1980. A Previdência Social e processo político no Brasil. São Paulo, Ed. Moderna. Luz, Madel Therezinha, 1979. As Instituições Médicas no Brasil, Estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro; Oliveira, Jaime Araújo e Fleury, Sonia Maria Teixeira 1986. (In) Previdência Social, 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Vozes; Silva, Pedro Luiz Barros. 1984 Atenção à Saúde como política governamental. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas (mimeo).
- (2) - Novaes, Helegonda Maria Dutilh. 1979. A Puericultura em questão. Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (mimeo).
- (3) - Singer, Paul et alii. 1978. Prevenir e Curar. o Controle Social através dos Serviços de Saúde. Rio Janeiro. Editora Forense Universitária.
- (4) - Braga, José Carlos; Paula, Sérgio Goes (op.cit., 1981)

- (5) - Rodrigues, Bichar. 1977. Evolução Institucional da Saúde Pública. Brasília. Ministério da Saúde.
- (6) - Brasil. Ministério da Saúde. 1967. O Departamento Nacional da Criança 1940-1965. Rio de Janeiro.
- (7) - Costa, Clovis Correa. 1955. Puericultura. Rio de Janeiro. Departamento Nacional da Criança. Ministério da Saúde.
- (8) - Couto, Miguel Filho. 1953. (Discurso de posse do cargo de Ministro da Saúde). Rio de Janeiro.
- (9) - Brasil. Ministério da Saúde (1967)
- (10) - Canesqui, Ana Maria. 1984. A trajetória da educação popular nas instituições estatais de saúde. In: Paiva, Vanilda (org.) 1984. Perspectivas e Dilemas da Educação Popular. Rio de Janeiro. Graal. pg. 315-324.
- (11) - Brasil. Ministério da Saúde (1967)
- (12) - Silva, Pedro Luiz Barros (1981); Oliveira, Jaime Araújo e Fleury, Sônia Maria Teixeira (1986).
- (13) - Braga, José Carlos e Silva, Pedro Luiz Barros. 1985 A crise previdenciária: sinais de impasse na política social. In: Anais do Encontro Nacional de Economia. Brasília. vol. 2, pg. 120-130
- (14) - Oliveira, Jaime Araújo e Fleury, Sonia Maria Teixeira (1986).
- (15) - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Institu-

- to de Economia. 1985. Brasil 1985. Relatório sobre a situação social do país. Campinas, vol.1:143
- (16) - Ministério da Saúde. 1985. Saúde direito de Todos. Brasília. Centro de Documentação.
- (17) - McGreevery, Paul William et alii. 1986. Saúde e Assistência Médica no Brasil a partir dos anos 40. In: Bacha, Edmar et al (org.). 1986. A Transição Incompleta. Brasil desde 1945. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, pg. 186.
- (18) - Mello, Carlos Gentile. 1981. O Sistema de Saúde em Crise. Rio de Janeiro. CEBES/HUCITEC.
- (19) - Rodrigues, Walter. 1980. O INAMPS e a assistência obstétrica. Números para meditar. BEMFAM.
- (20) - Ministério da Previdência e Assistência Social 1980 INAMPS em Dados 2(79):38
- (21) - Merrick, Thomas W. 1984. Financial implications of Brazil's high rate of caesarian section deliveries. Washington. Banco Mundial (mimeo).
- (22) - Rodrigues, Walter et alii. 1981. Apresentação geral das pesquisas de saúde materno-infantil e planejamento familiar. IUSSP. São Paulo. Reunião sobre tipos de família e fecundidade. Citado por Berquó, Elza 1982. Os corpos silenciados. Revista Novos Estudos CEBRAP. 1(3) julho:48-49.
- (23) - Nakamura, Milton et alii. 1978. São Paulo State contraceptive prevalence survey. Campinas. Pontifícia Universidade Católica (mimeo)



- (24) - Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar. 1986. Planejamento Agora. Ano II nº 65. junho:6
- (25) - Cordeiro, Hésio. 1980. A indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Graal:186-187.
- (26) - Brasil. Ministério do Planejamento e Coordenação Geral 1967. Programa Estratégico de Desenvolvimento Diretrizes do Governo. Brasília. Julho; Brasil. 1972 I Plano Nacional de Desenvolvimento - I PND. São Paulo. Sugestões literárias; Brasil 1971. Metas e Bases para ação do governo. Brasília.
- (27) - Brasil Ministério da Saúde 1971. Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília (mimeo).
- (28) - Brasil Ministério da Saúde. 1973. Programa de Saúde de Materno-Infantil. Brasília. (mimeo).
- (29) - Braga, José Carlos; Paula, Sérgio Goes (1981)
- (30) - Rodrigues, Walter 1973. Reflexions on Brazil Action During the 1960-1972 period. BEMFAM.
- (31) - Richers, Robert et all 1975. O Planejamento Familiar e o mercado de anticoncepcionais no Brasil. Revista de Administração de Empresas. julho/agosto.
- (32) - Brasil. Presidência da República. 1973. Plano Diretor de Medicamentos 1ª fase. 1973-1978. Análise Diagnóstica vol.1. Brasília.

- (33) - Merrick, Thomas W. e Berquó, Elza 1983. The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility. Committee on Population and Demography. Report nº 23. Washington, National Academy Press.
- (34) - Brasil. Ministério da Saúde. 1975. Política Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília (mimeo)
- (35) - Brasil Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Materno-Infantil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de saúde. 1974. Programa de Saúde Materno-Infantil. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Materno Infantil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. 1975. Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília (mimeo)
- (36) - Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. 1978. Normas para identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade do Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília.
- (37) - Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. 1978. Relatório de Atividades. Brasília. (mimeo).
- (38) - Silva, Letícia Klauss. 1981. Planejamento Familiar: Objetivos e Perspectivas de sua implantação oficial no Brasil. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública (mimeo).
- (39) - Canesqui, Ana Maria 1982. O planejamento familiar: sua penetração e expansão na área da saúde: 1965/

/1980. Relatório de Pesquisa apresentado à Associação Brasileira de Estudos Populacionais (mimeo).

- (40) - Rodrigues, Walter et alii. 1979. Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento: Piauí. Rio de Janeiro. BEMFAM e Secretaria de saúde do Estado do Piauí.
- (41) - Rodrigues, Walter et alii. 1980. Pesquisa sobre Saúde de materno-infantil e planejamento familiar. Rio Grande do Norte. Rio de Janeiro. BEMFAM
- (42) - Rodrigues, Walter et alii. Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Rio Grande do Norte. Rio de Janeiro. BEMFAM
- (43) - Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Secretaria de Planejamento da Presidência da República. 1980. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. 1ª versão. Brasília (documento de circulação restrita).
- (44) - Brasil. Ministério da Saúde. 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília (mimeo).
- (45) - Arcoverde, Waldyr Mendes. 1984. Conferência Internacional sobre População. (Discurso proferido como representante da delegação brasileira). Cidade do México, 6-13 agosto.
- (46) - Grupo de Parlamentares para Estudo da População e Desenvolvimento. 1981. Declaração de Gramado. Seminário de Estudos de População e Desenvolvimento.

Rio Grande do Sul. 9 de maio (mimeo).

- (47) - Brasil. Presidência da República. 1985. I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República. 1986-1989. Brasília.
- (48) - Draibe, Sonia Maria 1986. O Padrão Brasileiro de Proteção Social: desafios à democratização. Revista Análise Conjuntural. 2(2) fev.:13-19.
- (49) - Brasil. Ministério da Saúde. 1985. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Centro de Documentação. Brasília.
- (50) - Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. 1984 e 1985. Balanço Geral de Prestação de Contas. Brasília. vol.1

O PARLAMENTO E A QUESTÃO DEMOGRÁFICA: UM ESTUDO DO DEBATE  
SOBRE CONTROLE DE NATALIDADE E PLANEJAMENTO FAMILIAR  
NO CONGRESSO NACIONAL

Maria Isabel Baltar da Rocha

# O PARLAMENTO E A QUESTÃO DEMOGRÁFICA: UM ESTUDO DO DEBATE SOBRE CONTROLE DE NATALIDADE E PLANJAMENTO FAMILIAR NO CONGRESSO NACIONAL

## RESUMO

Objetiva-se, através do presente Relatório de Pesquisa, realizar um exame exploratório da atuação da Câmara dos Deputados e do Senado Federal relacionado às questões da política populacional, do controle da natalidade e do planejamento familiar, no Brasil. Este exame estende-se dos anos 1960 até 1985, focalizando a realização das Comissões Parlamentares de Inquérito, bem como apreciando os Projetos de Lei dedicados ao assunto. Procura-se, deste modo, mapear parte da discussão a respeito do tema no Congresso, e apreender o conteúdo e a opinião dos parlamentares sobre a questão.

## ABSTRACT

The aim of this Research Report is to conduct an exploratory analysis of the handling, by the Chamber of Deputies and Federal Senate, of population policy, birth control and family planning in Brazil. This analysis focuses on the Parliamentary Inquiry Commission and Legislative Bill devoted to this subject, during the period from 1960 to 1985. The study seeks to describe part of the debate about the theme in the National Congress, and to understand the content and opinion of members of Parliament about the question.

# O PARLAMENTO E A QUESTÃO DEMOGRÁFICA: UM ESTUDO DO DEBATE SOBRE CONTROLE DA NATALIDADE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONGRESSO NACIONAL

MARIA ISABEL BALTAR DA ROCHA

## 1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre a questão demográfica no Brasil, particularmente acerca do rápido crescimento populacional, emergiu em meados dos anos 60. Essa polêmica acontecia em um cenário constituído por transformações econômicas, sociais e políticas, além das próprias mudanças demográficas que ocorriam no País.

Pode-se afirmar, antes de outras considerações, que o começo dessa polêmica esteve associado às diversas formas de pressões exercidas pelos países capitalistas adiantados, em direção ao controle da natalidade nos países do Terceiro Mundo. Este movimento, fundamentado em idéias neomalthusianas e financiado basicamente com recursos originários daqueles

países, teve seu início, sobretudo, nos anos 50 e ancorou na América Latina na década seguinte. Encontrava, nesta época, no Brasil, um ambiente favorável para a sua disseminação, face às dificuldades aqui atravessadas no processo de desenvolvimento econômico, bem como devido ao intenso aumento demográfico - que alguns setores acreditavam estar se acentuando. Os segmentos que defendiam uma política demográfica argumentavam que o crescimento populacional era um dos principais, se não o principal responsável, pelos problemas nacionais (Rocha, 1979).

Vale recordar, que o cenário mais amplo, acima mencionado, estava passando por sérias mudanças relacionadas às transformações decorrentes da feição que assumia a consolidação do capitalismo industrial no País. Alteravam-se a estrutura do emprego, o sistema urbano, o padrão de consumo, os meios de comunicação de massa, bem como a distribuição de renda (Faria e Silva, 1983). Este contexto, sem dúvida, vai exercer forte influência sobre a dinâmica populacional, e, o que interessa aqui, sobre os níveis de fecundidade. De fato, as taxas de fecundidade para o período estudado passavam, também, por importantes modificações. Se para os Censos de 40 e 50 apontavam valores de 6,2 filhos tidos, em média, por mulher e valor praticamente igual para os resultados de 60 (6,3), nesta última década, entretanto, este número diminuía para 5,6 e, na de 1970, para 4,2 - representando uma queda percentual



em relação ao período precedente de 12 e 24%, respectivamente (Berquó e Merrick, 1983)<sup>(1)</sup>.

Grande parte destes processos, assim como da discussão sobre a questão do crescimento demográfico, acontecia, por outro lado, em uma sociedade fortemente marcada pela presença de um regime político autoritário. Tal regime, instaurado com o golpe de 64 e que perdurou com diferentes graus de rigor até início de 1985, passou a interferir em vários aspectos da vida política do País, inclusive restringindo a ação do Parlamento e alterando o sistema político partidário. Nesta direção, houve situações em que este regime suspendeu mandatos eletivos e direitos políticos de cidadãos, bem como extinguiu partidos políticos e decretou recesso parlamentar.

Neste contexto, a possibilidade de se debater de modo abrangente sobre os problemas nacionais era muito reduzida, e mais restrita, ainda, a perspectiva da população influenciar nas decisões governamentais, na área de política pública. Recorde-se que os governos militares promoveram no País, de meados dos anos 60 ao final da década de 70, um conjunto de políticas sociais caracterizadas, entre outros aspectos, por um conteúdo participativo grandemente limitado (Faria e Silva, 1983).

O debate sobre política populacional acontecia neste ambiente, e, talvez, porque mais do que outras políticas

de corte social representasse uma temática controvertida, no seio do Estado e da Sociedade - as resoluções do Governo Federal, neste campo, se davam de maneira bastante cautelosa. De fato, de uma postura considerada natalista, sob alguns aspectos, a posição do Governo Federal foi-se modificando gradativamente, a partir da década de 70. Ao lado de uma atitude permissiva, que já adotava anteriormente, em relação às atividades de grupos responsáveis por programas de planejamento familiar para populações pobres - atividades estas muitas vezes com financiamento externo e objetivos controlistas - podem-se ressaltar algumas medidas mais diretamente relacionadas a uma política governamental na área.

Muito já se escreveu a respeito do teor do documento brasileiro apresentado à Conferência Mundial de População, de Bucarest, da seção de Demografia do II PND, ambos de 1974, bem como do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, de 1977, que fazia parte do Plano Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde<sup>(2)</sup>. No mencionado documento, no bojo de uma declaração referindo-se a importância do crescimento populacional para o desenvolvimento do País, abria-se espaço para a implantação de uma política de planejamento familiar. Ali, se afirmava a necessidade do Estado colocar à disposição das populações de baixa renda informações e meios referentes à regulação da fecundidade, quando solicitados. No II PND, se reafirmava este último aspecto, no seio de uma declaração natalista mais moderada. Ao passo que, no Programa

de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, buscava-se dar concretude a essa política, mas tal Programa acabou não sendo implantado.

Em 1980, o assunto voltava à agenda daquele Ministério. O tema regulação da fecundidade aparecia, desta vez, no item Atenção à Saúde Materno-Infantil do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (Brasil, Ministério da Saúde et alii, 1980). O PREV-SAÚDE, a propósito, tinha por objetivo realizar uma profunda reestruturação no setor saúde, no Brasil, e embora não houvesse tido condições, principalmente políticas, de ser implantado naquela ocasião, muitas das suas proposições estão voltando recentemente à pauta. Alguns pontos presentes no referido item da saúde materno-infantil, revistos e complementados, passaram a fazer parte do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), constituído no Ministério da Saúde em 1983. Relembre-se que tanto o PREV-SAÚDE, como o PAISM foram formulados em fases distintas, porém de um mesmo processo de abertura política, onde esta e outras questões sociais passavam a ser debatidas de modo mais democrático, no País.

A criação do PAISM, neste contexto, representou uma mudança na política do Ministério - não somente no que se refere a retórica ali utilizada, mas principalmente no que diz respeito ao fato deste discurso tomar uma forma concreta de política pública. O Programa se propunha basicamente a

a atender a saúde integral da mulher em todas as etapas de sua vida, incluindo o planejamento familiar, sem objetivo demográfico, como atividade complementar (Brasil, Ministério da Saúde, 1985). Tal plano, além disso, assumia o formato de uma política social - com objetivos programáticos definidos, com espaços institucionais delimitados e com recursos orçados para a sua execução<sup>(3)</sup>.

É no seio desse mesmo processo de abertura política, aliás, que representante do Governo Brasileiro se posicionava na Conferência Mundial de População, realizada na cidade do México, em 1984<sup>(4)</sup>. Deste modo, embora como na Conferência de Bucarest, se situasse numa linha de defesa da soberania nacional e percebesse o planejamento da prole como um direito humano - na realidade, o pronunciamento na Conferência do México deixava mais clara a definição do Governo sobre a questão de uma política demográfica para o Brasil. Aí, rejeitava-se a perspectiva neomalthusiana, como também uma política que estabelecesse metas pré-fixadas para a taxa de aumento populacional, e, por fim, se concebia o planejamento familiar entre as atividades de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher.

É importante assinalar, que a posição assumida pelo Governo na Conferência de Bucarest tinha representado um marco no itinerário da política populacional referente à fecundidade, no País. Abria-se uma porta para o enfrentamento da

questão da regulação dos nascimentos - mas esta passagem, de fato, podia-se voltar para vários caminhos alternativos. Já se afirmou, anteriormente, que o Governo Brasileiro adotara, nos anos 70, um caminho cauteloso em relação a esta questão, provavelmente face ao dissenso que o tema representava. Esta cautela, entretanto, se localizava basicamente no setor público e no campo de uma política governamental explícita. O Programa da Gravidez de Alto Risco, única iniciativa na área de uma política de planejamento familiar, acabara não se realizando. Ainda no nível do Ministério da Saúde, apenas se liberalizara, através de uma Portaria, a retenção da receita de anovulatórios por ocasião da sua compra.

A mencionada cautela do Governo Federal, entretanto, não se manifestava em direção às entidades privadas (a maioria sem fins lucrativos), que atuavam na área do planejamento familiar e do controle da natalidade. Aí, havia um campo aberto e vasto, cuja ocupação se iniciara na década de 60, se ampliara no decênio seguinte, bem como nos primeiros anos de 80, em alguns casos em convênio com organismos do Governo. Assim, a permissividade do Estado em relação a esta atuação, os recursos provenientes do exterior financiando grande parte destas ações, o envolvimento dos interesses da indústria farmacêutica, bem como a crescente demanda por anticoncepção associada aos processos de mudança social vivenciados pela Nação - acabaram por estimular, grandemente, a disseminação de tais entidades, em quase todo o País.

Este desenrolar do assunto sugere, do ponto de vista desta reflexão, que o Governo Brasileiro agia em duas frentes, durante quase toda a década de 70: de um lado, com uma posição cautelosa em direção a uma política social que envolvesse a fecundidade; de outro, com uma posição permissiva face às entidades particulares que atuavam no setor. Considera-se, como já foi mencionado, que aquela moderação estava relacionada às objeções a uma política controlista, colocadas por parte de vários segmentos do Estado e da Sociedade Civil. De fato, apesar da perspectiva neomalthusiana haver tido uma relativa aceitação em certos momentos, nunca se tornara consenso nas esferas governamentais e muito menos no seio da Sociedade. Considera-se, deste modo, que uma política claramente controlista dos nascimentos poderia aumentar o desgaste político de governos já tão debilitados, no que dizem respeito às suas bases de apoio social. O assunto, sempre polêmico, mobilizara numa perspectiva crítica vários grupos sociais: em um primeiro momento, ainda nos anos 60, envolvia políticos, intelectuais, médicos, militares, imprensa e Igreja Católica; em uma segunda etapa, nos anos 70, além destes, os profissionais da área de saúde pública e, principalmente, as mulheres organizadas em entidades femininas e feministas (Camargo, 1982 e Rocha, 1985).

Torna-se pertinente esclarecer que os vários grupos acima mencionados não constituem um conjunto homogêneo em relação à temática. Seria necessário um exame detalhado para se

perceber os diferentes pontos de vista que se distribuem no seio da visão crítica ao neomalthusianismo, como também as diferentes possibilidades desses grupos de influenciarem sobre os processos decisórios do Governo. Por ora, entretanto, pode-se reter que a postura contestatória a qualquer preocupação com o assunto, a nível de uma política social na área, foi particularmente amenizada a partir do final da década de 1970. Esta mudança sofreu uma forte influência do movimento de mulheres, constituído em meados da década, que passava a discutir e buscar saídas para o enfrentamento de várias questões, entre estas para o problema da contracepção, sem objetivos demográficos. Para melhor se compreender esta mutação, entretanto, adicione-se àquele fato o momento político que a Nação estava atravessando. Vivia-se, nessa etapa, o início de um processo de abertura democrática: começavam a se realizar, de maneira mais ampla, discussões acerca dos problemas nacionais; começavam, também, a se vislumbrar possibilidades de se influir nos destinos das políticas sociais, inclusive na questão da reprodução humana<sup>(5)</sup>.

O evolver deste debate direcionou o problema de uma política populacional referente à fecundidade, no Brasil, nos anos 80, para o âmbito da atenção à saúde da mulher e da preocupação com os direitos reprodutivos. Como já foi visto antes, o Ministério da Saúde assumiu concretamente uma política sobre reprodução humana, como parte integrante de uma política social de saúde; e o Governo Brasileiro, na Confe-

rência de População do México, não abandonando os princípios defendidos em Bucarest definiu, porém, com mais clareza o caminho que o País estava disposto a seguir. Mais recentemente, em um quadro político de democratização do País, estas diretrizes são reiteradas através do discurso do I Plano Nacional de Desenvolvimento - Nova República (1986-1989), e ganham, principalmente, um novo espaço para implantação, desta vez no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social.

No I PND-NR este assunto é tratado em seu capítulo referente à Saúde, bem como no referente à População, Emprego e Força de Trabalho (Brasil, SEPLAN, 1984). No primeiro deles prioriza-se, entre outros aspectos, a atenção à saúde da mulher, conforme a concepção de integralidade acima mencionada. No segundo, considera-se necessária uma política efetiva de criação de empregos, face as características da sociedade, da economia e da dinâmica populacional brasileira. O tema planejamento familiar é abordado, nestas duas situações, sem a preocupação com o controle demográfico, mas com a finalidade de garantir a opção das pessoas em relação ao número desejado de filhos.

Quanto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, este tema é definido através da Resolução 123 de 27 de maio de 1986, do Instituto Nacional de Assistência e Previdência social (INAMPS). Esta Resolução determina o desenvolvimento de "ações de saúde que atendam às especificidades



da mulher, em todas as fases de sua vida, em todos os níveis institucionais, dos serviços próprios da Instituição, até os contratados e conveniados com terceiros" (Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986). Tal decisão dá-se, entretanto, no seio de uma concepção acerca da dinâmica demográfica do País, mediante a qual se discorda de uma política populacional controlista, bem como se considera que o planejamento familiar não vem "substituir as medidas e reformas que deverão redistribuir a renda e melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro" (Cordeiro, 1986).

Apesar desse novo direcionamento do Poder Público em relação ao assunto, definido a partir do PAISM, as forças sociais interessadas em uma política de planejamento familiar - controle da natalidade continuaram atuando no País, neste último período. Isto vem se dando não somente através dos diversos programas privados orientados para as populações pobres, como também por intermédio de outros espaços criados. Exemplo disto é o Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD), cujos membros vêm atuando no Congresso Nacional, desde 1981.

E mesmo, mais diretamente, no seio do próprio Governo Federal, a questão do crescimento populacional e do controle da natalidade parece ser assunto, as vezes, não totalmente resolvido. Prova disto é a constituição, em janeiro de 1987, de uma Comissão Interministerial para opinar sobre

esta temática, mesmo após a criação do PAISM, bem como da incorporação de novas ações de saúde da mulher, ao INAMPS.

Tal Comissão originou-se de reunião do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), através do qual alguns Ministros manifestaram-se preocupados com o crescimento demográfico do País, face aos sérios problemas que este vem atravessando. Apesar dessa Comissão ter possuído vida curta, o próprio ressurgimento, no âmbito do executivo, de idéia de que o aumento demográfico representa um problema, além da premência da criação de uma comissão interministerial para analisá-lo, e, mesmo, as divergências nas discussões realizadas no seio da referida Comissão - sugerem que não existe unanimidade no atual governo quanto este tema (Folha de São Paulo, 1987).

Por fim, com este conjunto de informações pode-se aventar que a decisão do Governo Brasileiro de estabelecer uma política de reprodução humana, inserida numa política social de saúde, não se encontra tão fortemente consolidada, mesmo nesta etapa da chamada transição política.

Foi exatamente com o intuito de entender melhor não somente a posição do Poder Público no Brasil, em relação à fecundidade, como também aspectos do processo político envolvidos nesta questão - que se concebeu a pesquisa "O Estado e o Planejamento Familiar no Brasil: debates no Parlamento, planos e intervenções governamentais". Através dessa investigação procurou-se, por um lado, examinar a atuação do executivo em relação ao assunto, num esforço de ampliar e aprofundar estudos já existentes, e buscou-se, por outro lado, uma primeira aproximação com documentos da Câmara dos Deputados e do Senado Federal sobre a temática - esta última dimensão objeto de análise do presente Relatório.

Os trabalhos que têm examinado a questão da política de população referente à fecundidade no País, alguns deles já citados aqui, mesmo quando focalizam a questão do ponto de vista de uma política pública não têm se detido na análise do Parlamento - como uma das esferas do sistema decisório.<sup>(6)</sup> Este Relatório, ao observar algumas atividades do Parlamento sobre o tema, abre um leque de informações que poderá contribuir, posteriormente, para o entendimento do processo político, inclusive das decisões do Governo Brasileiro, a respeito do assunto. Representa, pois, um passo inicial e necessário de um caminho que se pretende percorrer em etapa futura do estudo desta questão<sup>(7)</sup>.

Objetiva-se, portanto, através do presente Relató-

rio de Pesquisa, realizar um exame exploratório da atuação da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, relacionado às questões da política populacional, do controle da natalidade e do planejamento familiar, no Brasil. Este exame estende-se do ano 60 até 1985, focalizando a realização das Comissões Parlamentares de Inquérito, bem como apreciando os Projetos de Lei dedicados ao assunto. Procura-se, deste modo, mapear parte da discussão a respeito do tema no Congresso, e apreender o conteúdo e a opinião dos parlamentares sobre a questão, a medida que o material consultado torne possível.

Para o levantamento do material empírico utilizaram-se diversos procedimentos. Os documentos referentes às Comissões Parlamentares de Inquérito, da Câmara e do Senado foram encontrados através das respectivas coordenações de Comissões Temporárias e localizados no Diário do Congresso Nacional - Seção I e II. Aquelas concernentes a palestras, mesas-redondas, simpósios e encontros (Anexo II), foram levantados e coletados por intermédio das próprias secretarias das Comissões de Saúde. Já os Projetos de Lei da Câmara e do Senado foram localizados através do banco de dados do Processamento de Dados do Senado (PRODASEN), mediante levantamento efetuado pela Secretaria de Análise dessa Casa. Como o banco de dados do PRODASEN, relativo a Projetos de Lei, detinha, até a ocasião do levantamento, uma cobertura restrita do ponto de vista retrospectivo - tornou-se necessário somar outros procedimentos, a este levantamento. Face a isto, consultou-se,

também, os arquivos da seção Sinopse, na Câmara dos Deputados, bem como o da seção Protocolo Legislativo, no Senado Federal. A grande maioria dessas Proposições foi analisada por intermédio da publicação denominada "Avulso", e em alguns casos, através da consulta do Diário do Congresso Nacional. A relação do material consultado acha-se anexada a este Relatório.

O estudo encontra-se dividido em quatro capítulos, incluindo esta Introdução. O segundo e o terceiro capítulo representam a parte substancial da pesquisa: ali se examinam respectivamente as Comissões Parlamentares de Inquérito, e os Projetos de Lei veiculados nas duas Casas. O Relatório é encerrado com um resumo dos principais achados, seguido de algumas indagações.

## 2. AS COMISSÕES PARLAMENTARES DE INQUÉRITO

## 2. AS COMISSÕES PARLAMENTARES DE INQUÉRITO

A questão do crescimento populacional e do controle da natalidade, no País, foi objeto de interesse de duas Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI), realizadas no período examinado neste estudo. A primeira delas efetuou-se na Câmara dos Deputados em 1967 e 1968, e a segunda no Senado Federal, em 1983 e 1984. Uma terceira CPI sobre o tema, criada em 1980 na Câmara dos Deputados por meio da Resolução 36/80 de autoria do Deputado Gioia Júnior, não foi entretanto instalada.

A observação dessas duas CPI's, aqui relatadas, detem-se em aspectos referentes à sua constituição, composição, objetivos, participantes, como também concernentes aos seus resultados. Antes de iniciar seu exame, convém adiantar que tais Comissões tiveram desenvolvimentos distintos. A da Câmara apesar de cumprir várias fases não teve sua etapa final concluída, ao passo que a do Senado encerrou suas atividades apresentando relatório final e parecer, bem como adicionando, a este, ainda, anteprojeto de lei sobre o assunto. Esta diferença no andamento das duas Comissões vai repercutir na exposição que se segue de cada situação.

Alguns comentários sobre os distintos momentos em que tais Comissões se realizaram encerram este capítulo.

## A CPI da Câmara

A "Comissão Parlamentar de Inquérito para Estudar a Conveniência ou não de um Plano de Limitação da Natalidade em nosso País" foi constituída pela Câmara dos Deputados, realizando-se no período de junho 1967 a agosto de 1968 (Brasil, Câmara dos Deputados, 1970).

Desta faziam parte os Deputados Paulo Freire, Tourinho Dantas, Albino Zeni, Bezerra de Melo, Benedito Ferreira, Leão Sampaio e Nunes Freire - pela ARENA; e José Maria Magalhães, Hermano Alves, David Lerer e José Freire - pelo MDB. A Comissão tinha como suplentes Nazir Miguel, depois substituído por Brito Velho pela ARENA, e Levy Tavares pelo MDB. Tourinho Dantas e Albino Zeni foram eleitos Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, sendo designado para Relator José Freire e para Relator Substituto David Lerer. Posteriormente, já em 1968, foi indicado novo Relator - José Maria Magalhães, face à impedimento por motivo de doença dos Deputados Relator e Substituto.

Criada face à requerimento encabeçado pelo Deputado Mário Covas, líder do MDB, através da Resolução nº 17 de 1967, essa CPI vinha discutir a questão da política de população referente à fecundidade, no País, em um momento em que esse tema assumia uma relativa importância na agenda da sociedade. Tal assunto despontava, praticamente naquela ocasião, como um



tema que chegava a ocupar um espaço de caráter público - a imprensa se manifestava, os religiosos expressavam suas opiniões, os médicos davam seus pareceres.

Um dos elementos detonadores do surgimento da Comissão foi a denúncia, veiculada pela imprensa, a respeito da aplicação de dispositivos intra-uterinos em mulheres da região Amazônica, por membros de organizações estrangeiras. Este e outros fatos acabaram por estimular o debate não somente sobre vários aspectos referentes a questão demográfica mais ampla, como também sobre a problemática médica da contracepção e do abortamento.

A Comissão tinha, então, por finalidade focalizar os seguintes aspectos:

1. estudar a conveniência ou não de um plano de limitação da natalidade em nosso País;

2. verificar a veracidade das denúncias de interferência alienígena na dinâmica populacional do País, através da aplicação de processos anticoncepcionais;

3. verificar a interferência de Entidades, Organizações, grupos nacionais ou estrangeiros, na motivação e execução de processos de limitação da natalidade;

4. constatar a aplicação sistemática ou intensiva do DIU (dispositivo intra-uterino) ou "Asa de Lipps", vulgarmente denominado "espiral", "serpentina" ou "cobrinha esterilizante" em diversas regiões do País;

5. estudar os fundamentos médico-científicos dos processos de limitação da natalidade e suas consequências;

6. conceituar o problema frente ao Código Penal Brasileiro;

7. verificar os aspectos: moral, social, religioso, económico e político do problema;

8. examinar os estudos feitos durante o Governo Castello Branco e divulgados sob o título: "Dinâmica Populacional no Brasil";

9. constatar a ação da entidade BEMFAM (Bem-Estar da Família) na execução de processos de limitação da natalidade;

10. verificar as consequências psicossomáticas e orgânicas nas pacientes submetidas aos processos anticoncepcionais e abortivos;

11. constatar as implicações sob os aspectos da soberania e da segurança nacional;

12. indagar a posição e as providências adotadas pelo Ministério da Saúde em relação ao problema" (Brasil, Câmara dos Deputados, 1970, p.1).

Para tão vasto temário, foram convocados vinte e quatro depoentes de diversas especialidades e diferentes opiniões - deputados, jornalistas, médicos, professores, juristas, religiosos, economistas, sociólogo e demógrafo.

Entre os parlamentares, além do Deputado Federal Mário Covas, primeiro signatário do requerimento de constituição da CPI, participaram os Deputados Estaduais da Assembléia Legislativa do Maranhão, José Assunção Brandão e Orlando Lopes Medeiros, bem como o Deputado Alberto Rojão Reis, da Assembléia Legislativa do Estado da Guanabara. Os parlamentares maranhenses prestaram depoimento acerca da CPI que investigou a esterilização que estaria havendo na região Tocantins, ao passo que o Deputado da Guanabara testemunhou a respeito da CPI sobre anticoncepcionais, em andamento em seu Estado.

Os jornalistas estiveram presentes através dos profissionais Waldemar Pacheco de Oliveira, do jornal Última Hora, Jorge Gurgel do Amaral, da Folha de São Paulo e Calazans Fernandes. Os dois primeiros depuseram a partir de informações contidas nas reportagens de sua autoria sobre a temática limitação da natalidade no Brasil. A questão da utili-

zação do DIU na Amazônia Legal foi abordada por Waldemar de Oliveira, ao passo que a pressão de organismos internacionais financiadores do controle da natalidade, bem como os primórdios da atuação da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM) foram focalizados pelo segundo. Já Calazans Fernandes deteve-se, entre outros aspectos, em relato de "pesquisa de campo" sobre controle da natalidade, realizada na Zona da Mata de Pernambuco.

A Comissão convocou para depor dez médicos, a maioria da área de Ginecologia e Obstetrícia e vinculada à Universidade. A discussão com esses profissionais enfocou basicamente a questão do emprego do anovulatório e do DIU, particularmente deste último como método de caráter abortivo ou não. Grande parte dos depoimentos se voltavam, ou para denunciar a disseminação de ações contraceptivas e de controle de natalidade no País, ou ao contrário, para relatar experiências com aqueles métodos e salientar a importância do planejamento familiar.

Deste modo, prestaram depoimento Samyr Hellou, professor na Faculdade de Medicina de Goiânia, responsável por levantamento de informações e elaboração de relatório acerca do emprego do DIU na Região Amazônica. Rogério Rocco, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília, apresentando relatório sobre o emprego do DIU, quando de sua permanência em 1966 na Maternidade do Hospital Ro-

cha Lagoa, no Estado da Guanabara. Mário Vitor de Assis Pacheco, representando a Associação Médica do Estado da Guanabara (AMEG). Manifestava opiniões bastante críticas a uma política controlista no Brasil, à intervenção estrangeira na área, e à ação de médicos, geralmente professores universitários, que empregam os anovulatórios e os DIUs em detrimento da saúde das mulheres.

Prestaram, ainda, depoimento Eduardo Lane, filiado à BEMFAM. Ginecologista, residente em Campinas que vinha desenvolvendo, periodicamente, atividades médicas em Estreito (Maranhão), envolvendo aplicação do DIU em mulheres da Região. Walter Rodrigues, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Secretário Executivo da BEMFAM. Discorreu sobre a criação da entidade, metas e vinculação desta com a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPFF). Mário Kamitzer, também membro da diretoria daquela entidade. Apresentou um documento de professores universitários brasileiros de Obstetrícia e Ginecologia a respeito de "A realidade sobre o controle da natalidade no Brasil". E. Clóvis Salgado, Secretário da Saúde de Minas Gerais. Publicara alguns artigos sobre o assunto no jornal "Estado de Minas" e participara de pesquisa a respeito do DIU, patrocinada por instituição norte-americana.

Entre os médicos, prestaram também depoimento, Nilo José Pereira da Luz, professor da Faculdade de Medicina da

Universidade do Rio Grande do Sul que, em sua exposição, se deteve em aspectos médico-científicos referentes ao emprego do DIU e, por outro lado, relata sua aproximação e desentendimento com a BEMFAM, no Rio Grande do Sul. Walter Leser, Secretário de Estado da Saúde de São Paulo e professor da Escola Paulista de Medicina. Referiu-se a programa de integração do ensino de Medicina Preventiva, Puericultura e Pediatría, nessa Faculdade, que suscitou indagações sobre a questão do número de filhos e condições de vida, acabando por estimular o desenvolvimento de um conjunto de seminários sobre a temática população. E, por fim, José Leme Lopes, professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que embora não tenha feito exposição inicial, interrogado explanou sobre diversos assuntos, inclusive acerca dos aspectos psicológicos da anticoncepção e do abortamento.

Da área jurídica foi convocado Raul Affonso Nogueira Chaves, professor de Direito Penal da Universidade Federal da Bahia, que abordou a temática contracepção segundo a perspectiva do Direito Penal Brasileiro, e inclusive da Lei das Contravenções Penais.

Como autoridade da Igreja Católica participaram dessa CPI, D. Fernando Gomes dos Santos e D. Jerônimo de Sá Cavalcanti. O primeiro era Arcebispo de Goiás, na ocasião, e teve conhecimento do uso do DIU no Norte do Estado. Levou a

discussão dessa problemática à Reunião de Bispos da Província, à Comissão Central da CNBB, bem como à Reunião Plenária da Assembléia Geral desta entidade. O segundo era Prior do Mosteiro de São Bento, na Bahia, e se deteve, em sua exposição, na discussão da moral da Igreja em relação ao tema: na evolução de seu pensamento, na nova concepção de matrimônio e no conceito de paternidade responsável, abordado no Concílio Vaticano II, bem como na expectativa da tomada de posição do Papa Paulo VI sobre o assunto.

Os economistas convocados foram Rubens Vaz da Costa e Glycon de Paiva, este último, inclusive, participou de duas reuniões da CPI. Afirma ter-se voltado para o assunto desde 1945, era membro da diretoria da BEMFAM no momento da realização da Comissão, e em seu depoimento privilegiou o item 7 da relação de metas da Comissão, onde se encontra expressa a preocupação com o aspecto econômico. Leu o artigo de sua autoria intitulado "População como obstáculo ao desenvolvimento". Rubens Vaz da Costa, presidente do Banco do Nordeste, na ocasião, em sua fala defende a tese de que "o crescimento demográfico é condição essencial e necessária ao desenvolvimento econômico", porém que o rápido aumento populacional "retarda e até impede o desenvolvimento".

Já Pedro Calderan Beltrão, professor de Demografia e Sociologia da Família, aborda em seu depoimento a questão populacional do ponto de vista micro-social da família, como

também sob a perspectiva social mais abrangente. E, finalmente, Manoel Augusto da Costa, demógrafo, detem-se em sua exposição na problemática populacional mundial e brasileira, e no estágio atual do pensamento a respeito do assunto, bem como focaliza o que denomina de micro-demografia - que se refere à análise da questão no seio da família.

Para expor nesta CPI foi convocado, ainda, Ary Burger, Chefe da Delegação Brasileira na Comissão de Técnicos da Reunião do Conselho Interamericano da Aliança para o Progresso (CIAP). Este depoente não tinha declarações a fazer sobre o assunto em discussão, uma vez que não participara da Reunião Extraordinária de Representantes do Conselho, uma subdivisão da Reunião do CIAP que teria tratado do tema.

Após ouvir estes depoimentos, que se concentraram de junho a novembro de 1967, e de reunir uma vasta documentação sobre o tema, organizada em vinte volumes, a "Comissão Parlamentar de Inquérito para Estudar a Conveniência ou não de um Plano de Limitação da Natalidade em nosso País" terminou por não concluir os seus trabalhos. Apesar da prorrogação, de maio a agosto de 1968, para a apresentação de seu parecer, face ao impedimento dos Relatores - este parecer não foi confeccionado, sendo apenas publicado, no Diário do Congresso Nacional, um relatório das atividades desenvolvidas,



baseado no qual se extraíram as presentes informações (Brasil, Câmara dos Deputados, 1970).

O fato desta CPI não ter apresentado conclusões e, sobretudo, um parecer sobre o assunto reduz grandemente a sua importância, do ponto de vista dos próprios objetivos da sua realização. Afinal, os resultados deste inquérito não foram organizados de modo mais elaborado, e na realidade a Comissão acabou por não se pronunciar sobre o problema. Estes aspectos, acima mencionados, sugerem a necessidade de investigar com mais vagar as suas causas, num trabalho posterior de aprofundamento do tema. Numa primeira apreciação, porém, pode-se aventar que este fato deve estar relacionado ao conturbado clima político que o Brasil atravessava, particularmente no ano de 1968. Recorde-se que no final deste mesmo ano houve um enrijecimento do regime, com a decretação do AI5, provocando profundas consequências na vida política do País, inclusive do Congresso.

A realização dessa Comissão Especial, apesar de sua inconclusão, deixa registrada a presença do Parlamento na discussão de uma problemática que emergia no País, praticamente naquela ocasião. E mesmo não tendo oferecido resultados concretos, mostra elementos de um processo político presente na relação Parlamento x Sociedade, acerca do assunto, a ser explorado em outro momento do estudo desta temática.

## A CPI do Senado

A "Comissão Parlamentar de Inquérito Criada com o Objetivo de Investigar Problemas Vinculados ao Aumento Populacional Brasileiro" organizado pelo Senado Federal, desenvolveu-se principalmente durante o ano de 1983, apresentando suas conclusões em novembro de 1984 (Brasil, Senado Federal, 1984).

Tinha como Presidente Mário Maria do PMDB do Acre, como Vice-Presidente Claudinor Roriz do PDS de Roraima, e como Relator Almir Pinto, do PDS do Ceará. Seu quadro de membros efetivos era constituído pelos Senadores João Lobo, Marcondes Gadelha, Aderbal Jurema e Eunice Michilles pelo PDS, bem como Hélio Gueiros e Jaison Barreto pelo PMDB. Enquanto seus membros suplentes era os seguintes Senadores: Lourival Batista, Lomanto Junior, Passos Porto e Jutahy Magalhães pelo PDS, como também José Inácio e Gastão Müller pelo PMDB.

Ao contrário da CPI da Câmara, referida páginas atrás, esta Comissão finalizou seus trabalhos expondo um documento denominado "Relatório e Síntese dos Depoimentos", documento este encerrado com a elaboração de um parecer a respeito da temática. E mais importante, ainda, face aos objetivos da presente análise, junto a este parecer foi anexado um anteprojeto de lei, dispondo sobre a necessidade da execução de uma política populacional para o Brasil.

A CPI do Senado, não tinha publicada, até a ocasião da elaboração deste Relatório, no Diário do Congresso, todo o material referente às suas atividades, motivo pelo qual restam algumas lacunas de informação, nesta etapa da pesquisa. Na verdade, o fato dos trabalhos dessa Comissão, por um lado, terem sido concluídos, e, por outro lado, não terem sido publicados na sua totalidade, faz com que a atual exposição se concentre, principalmente, nos documentos acima referidos. Estes, de responsabilidade do Relator, foram elaborados após a Comissão ouvir o depoimento de dezoito convidados, que serão aqui nomeados, juntamente com a informação sobre a função principal ocupada naquele momento:

- Prof. Walter Rodrigues, Secretário Executivo da BEMFAM;

- Dr. Jessé de Souza Montello, Presidente do IBGE;

- Senhora Vera Santana, Presidente da Associação das Donas-de-Casa de Brasília;

- Profa. Ana Maria Mendonça, Diretora-Presidente da Sociedade Brasileira de Proteção à Infância e Proteção à Família;

- Dept. Oscar Alves, ex-Secretário da Saúde do Estado do Paraná;

- Dra. Carmem Barroso, Pesquisadora da Fundação Carlos Chagas;

- Dr. Mário Barreto, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB);

- Ministro Danilo Venturini, Ministro Extraordiná-

rio para Assuntos Fundiários e Secretário Geral do Conselho de Segurança Nacional;

- Dr. Murilo Belchior, Presidente do Conselho Federal de Medicina;

- Ministro Waldir Arcoverde, Ministro de Estado da Saúde;

- Profa. Marta Suplicy, Sexóloga;

- Ministra Esther de Figueiredo Ferraz, Ministra da Educação e Cultura;

- Prof. José Aristodemo Pinotti, Reitor da UNICAMP;

- Dr. Hélio Aguinaga, Presidente do Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CEPAIMC);

- Ministro Waldir de Vasconcelos, Ministro-Chefe do EMFA;

- Senhora Léa Leal, Presidente da LBA;

- Ministro Hélio Beltrão, Ministro da Previdência e Assistência Social; e

- D. Luciano Mendes de Almeida, Secretário Geral da CNBB.

O "Relatório e Síntese dos Depoimentos" é um documento que consta de informações sobre a composição da CPI, sobre a relação dos depoentes, e contém os seguintes sub-itens: considerações, terminologia, aspectos demográficos, aspectos econômicos, aspectos sociais, aspectos médicos, aspectos éticos, aspectos jurídicos, aspectos religiosos e outros aspectos. O Relatório é concluído

com um parecer sobre o assunto.

Inicia-se o documento constatando-se a gravidade da crise que a Nação vivencia. Esta crise que possui várias dimensões - sociais, jurídicas, econômicas, políticas e institucionais - transparece, sobretudo, nos problemas econômicos e financeiros e nos "indícios de convulsão social surgidos, não faz muito tempo em diversas partes do País" (Brasil, Senado Federal, 1984, p.2). Apontam-se, a respeito, dificuldades de natureza conjuntural e estrutural, que requerem o enfrentamento por parte do Poder Público, e se considera que entre os problemas estruturais encontra-se a questão demográfica.

"Uma dessas questões de longo prazo, para a qual, até agora, o Governo Federal não se dispôs a encaminhar qualquer alternativa de solucionamento, refere-se ao ímpeto do nosso crescimento populacional, das suas consequências para o desenvolvimento sócio-econômico da Nação, e, também, da necessidade de se implantar no País, um Programa Nacional de Planejamento Familiar, que inclua o fornecimento de informação e educação, além da necessária prestação de serviços. Conforme ficou demonstrado pelos depoimentos prestados a esta Comissão", continua o documento, "a ausência de um efetivo Programa de Planejamento Familiar compromete os nossos esforços visando o desenvolvimento. Esta ausência, ademais, poderá fazer com que, dentro em pouco, sejamos confrontados com a

necessidade de implantar uma política autoritária de restrição da natalidade, em nenhum ponto condizente com o atual momento político brasileiro e que, certamente, chocaria a consciência do nosso povo, por abstrair-lhe o sagrado direito de decidir, de maneira livre e consciente, o número de seus filhos e o espaçamento entre eles" (Brasil, Senado Federal, 1984, p.2).

Estas considerações iniciais já fornecem uma idéia do teor do Relatório. Este após conceituar a terminologia "controle da natalidade", "planejamento familiar" e "paternidade responsável" se desenvolve utilizando um conjunto de argumentos, que apontam as dificuldades que representa o crescimento populacional acelerado, bem como o volumoso tamanho das famílias, e indicam para a necessidade da realização de uma política de planejamento familiar. A orientação de tal política vai ser reiterada, posteriormente, no parecer do Relator da CPI, como também no anteprojeto de lei, a este anexado.

Segundo a perspectiva apresentada no Relatório, "controle da natalidade" representa um mecanismo compulsório do governo com metas demográficas definidas, e "planejamento familiar" é um instrumento da área da assistência materno-infantil e da Medicina Preventiva objetivando fornecer condições para que os casais escolham livremente o número e o espaçamento de seus filhos. Já a "paternidade responsável" sig-

nifica uma atitude da alçada do casal, portanto do âmbito da família, e diz respeito à opção sobre o tamanho da prole e sobre o intervalo dos nascimentos, a partir das condições de criar e educar condignamente os filhos.

É se posicionando do lado do planejamento familiar e da paternidade responsável, que parte do discurso do Relatório se coloca. Diz-se parte do discurso propositadamente, porque uma análise que persiga a linha de argumentação desse Relatório, do início ao fim, vai detectar, de fato, uma intensa preocupação com o crescimento demográfico, bem como com uma política de planejamento familiar, com objetivos controlistas. Tal argumentação situa-se numa região fronteiriça, entre o planejamento e o controle da natalidade, que tem sido na realidade o espaço através do qual se realiza grande parte das políticas restritivas dos nascimentos, pelo Terceiro Mundo afora.

Agora - aos argumentos! Como ponto de partida, na apreciação do panorama demográfico alega-se, que apesar da diminuição que vem se dando na taxa de crescimento populacional do Brasil, esta ainda é muito elevada em 1980, como também é muito intenso o incremento da população urbana. Neste momento do Relatório compara-se duas projeções da população brasileira: uma tendo como hipótese o declínio da fecundidade que vem ocorrendo de fato - denominada de gradual; e, outra, trabalhando com uma queda mais acentuada dessa variável. No

primeiro caso, sem a realização de um programa nacional de planejamento familiar, e no segundo com a execução de um programa dessa natureza. Chega-se, assim, no ano 2.030, isto é, em um espaço de cinquenta anos, a uma população de 350 milhões de habitantes, na primeira hipótese, e 236 milhões na última. Em outros momentos do Relatório, estas projeções são mencionadas para demonstrar as vantagens decorrentes da diminuição acelerada da fecundidade, que seria resultante do referido programa nacional de planejamento familiar.

Quanto a argumentação sobre os aspectos econômicos, apontam-se as dificuldades que representam nossa elevada razão de dependência bem como os problemas de desemprego, que seriam acarretados pelo elevado crescimento populacional. Discutem-se, também, a questão do crescimento da população e do mercado interno, refutando-se a idéia de que o aumento demográfico fortalece o mercado.

Na seção de aspectos sociais, discute-se um conjunto de problemas de distintas naturezas: a rápida urbanização e as dificuldades do governo atender às demandas por emprego, habitação e serviços públicos básicos; o problema do menor como consequência da falta de planejamento familiar; a economia que representa para a Previdência Social um programa nacional com esse objetivo, a medida que reduziria gastos com benefícios e assistência médica referentes à reprodução. E ainda, as consequências do rápido aumento da população e do



elevado tamanho da família para a educação em nosso país, bem como as suas consequências para as dificuldades concernentes à nutrição.

Nessa mesma seção, ainda, são discutidas algumas questões referentes ao aborto, aos métodos anticoncepcionais (inclusive o DIU), e às práticas desenvolvidas na área do planejamento familiar. A ausência de contracepção resulta no abortamento - este em si legitimaria um programa nacional de planejamento familiar, segundo Relatório. Os métodos anticoncepcionais - anovulatórios, DIU, diafragma, condon e esterilização - são analisados apresentando-se suas vantagens e desvantagens, do ponto de vista da saúde. O DIU não é considerado abortivo. Quanto à prática do Planejamento Familiar são fornecidos alguns dados à respeito do uso de meios anticoncepcionais, bem como são tecidas algumas considerações sobre o significado e a disseminação da esterilização feminina.

Em relação ao aspecto ético, este diz respeito basicamente a questão do planejamento familiar ser um direito humano, reconhecido na Conferência Internacional de Direitos Humanos da ONU, em 1968. A posição oficial do Governo Brasileiro contempla este direito, afirmado em documento apresentado à Conferência Mundial de População de Bucarest, em 1974, e reafirmado a partir daí em outras ocasiões.

No que diz respeito aos aspectos jurídicos, salienta-se que o Direito Brasileiro, nos seus Códigos Civil e Penal, sempre defendeu a vida humana. O aborto é considerado crime, a não ser quando realizado com o intuito de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez é resultado de estupro. Considera-se, no documento, que a "generalização da prática anticoncepcional" (Brasil, Senado Federal, 1984, p.17), reduzirá o aborto e que a Lei não pode representar um obstáculo para a prestação de serviços de planejamento familiar. Cita, a este respeito, a reformulação do artigo 20 da Lei das Contravenções Penais, que permite o anúncio de meios anticoncepcionais, a Portaria do Ministério da Saúde, que determina a validade por um ano da receita das pílulas anticoncepcionais, bem como a Constituição do Estado do Rio de Janeiro, onde o planejamento familiar é considerado um benefício social a nível da Saúde Pública.

Quanto aos aspectos religiosos, relembra-se no documento o conceito de paternidade responsável, defendido e estimulado pela Igreja Católica, bem como mencionam-se vários documentos do Vaticano que tratam não só desse conceito, como também da questão do crescimento populacional e do papel do Estado face a esta problemática. O impasse para a Igreja situa-se no problema dos meios, particularmente na proibição dos chamados métodos artificiais. O documento discorda, de um lado, de setores da CNBB que tentam negar às camadas da população de baixa renda os benefícios do planejamento fami-

liar" (Brasil, Senado Federal, 1984, p.18), e, de outro, cita sacerdotes e teólogos que buscam promover uma abertura nesta área, abertura exequível, segundo a visão expressa no Relatório.

Este conjunto de argumentos é finalizado com um item denominado "outros aspectos", que privilegia, sobretudo, a temática política, no debate sobre o crescimento populacional. Focaliza, assim, os seguintes sub-itens: segurança nacional, consecução dos objetivos nacionais, ocupação territorial, população e capital, interesse estrangeiro e a posição do Governo Federal.

O assunto da segurança nacional é encarado sob o ponto de vista da segurança interna - a imensa dívida social acumulada no País exige medidas imediatas no campo demográfico. A consecução dos objetivos nacionais - democracia, integração nacional, integridade do patrimônio da Nação, paz social, progresso e soberania - tende a ser comprometida pelo crescimento populacional observado. O tema ocupação do território é visualizado como a necessidade de exploração econômica com vultosos investimentos, e não de sua ocupação por um contingente populacional crescente. Considera-se a dificuldade de se equilibrar o investimento em setores diretamente produtivos e, por outro lado, em serviços de assistência social, como por exemplo, educação e saúde. Diante do argumento daqueles que criticam o planejamento familiar as-

sociando-o ao interesse estrangeiro aliado ao das elites nacionais em reduzir a taxa de incremento populacional, afirma-se que raramente hoje o planejamento familiar é visto como uma panacéia capaz de resolver todos os problemas nacionais. E, ao término, refere-se a posição do Governo Federal - não somente à declaração de seus representantes em Bucarest, mas também ao pronunciamento do ex-Presidente João Figueiredo.

O interesse governamental no assunto, alude-se nesta parte do Relatório, "tornou-se mais patente, neste ano de 1983, com a Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional, onde claramente se afirma que, em países como o Brasil, com acentuado aumento populacional, a explosão demográfica devora o crescimento econômico, gera instabilidade e acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais e políticos. E é o próprio governo quem reclama, sobre o assunto, profunda meditação, detido exame da sociedade e amplo debate, sobretudo por parte do Congresso Nacional, para que, finalmente, se encontrem e se fixem diretrizes fundamentais e objetivos em relação ao tema" (Brasil, Senado Federal, 1984, p. 22).

O resumo da argumentação do Relatório, ora exposto, apresenta uma lógica que corresponde, na realidade, a sua linha central, isto é: a preocupação com o crescimento demográfico, bem como o interesse em reduzi-lo. Tal Relatório é uma síntese, construída a base de vários depoimentos, cujos trechos são, as vezes, simplesmente transcritos do depoimento original como se fosse uma colcha de retalhos... Os depoentes, entretanto, não têm sempre a mesma visão da temática população: nem no seu aspecto mais abrangente, que envolve a relação população-sociedade; nem no seu aspecto mais íntimo, que passa pela relação homem-mulher; nem mesmo, no seu aspecto mais concreto, que se refere a forma de lidar com a problemática da concepção e da contracepção - quais instituições, como proceder, que meios utilizar? No entanto, na construção do Relatório as diferenças e as vezes até divergências não afetam a sua linha mais geral, aqui examinada - que é a linha aceita pelos membros da Comissão. Mas de fato, as diferenças e divergências estão presentes, e podem ser percebidas através de uma leitura cuidadosa do Relatório: é como se a colcha de retalhos, mencionada acima, detivesse alguns pedaços costurados do lado do avesso....

Ao final do documento de síntese dos depoimentos, o Relator da Comissão apresenta parecer contendo as principais conclusões da CPI. Entre estas encontra-se a sugestão de se

criar um Conselho Nacional de População e Planejamento Familiar - e, ainda mais, define-se a necessidade de uma Secretaria Executiva junto a este Conselho, responsável pelas atividades no campo da população e do planejamento familiar, cujas diretrizes já são adiantadas no parecer.

Antes, porém, de estabelecer as conclusões e diretrizes, o Relator retoma algumas considerações a respeito das características e consequências do crescimento populacional, no Brasil, bem como da necessidade de reduzir os riscos reprodutivos, através de medidas de planejamento familiar. Deste modo, é associado ao incremento demográfico a quantidade de mães com filhos indesejados e de pais ausentes e irresponsáveis, ao elevado número de abortamentos e aos custos que este fato representa para a Previdência Social. É relacionado, ainda, a esse crescimento a problemática do menor, bem como a mortalidade e morbidade materno-infantil.

Inspirando-se em depoimentos prestados à esta CPI por profissionais do setor da saúde, principalmente ginecologistas e obstetras, o Relator refere-se que a saúde em geral e sobretudo a do segmento materno-infantil experimentaria melhorias acentuadas, através da adoção de medidas de planejamento familiar, e que estas fossem mais amplamente utilizadas para "reduzir as gravidezes precoces e tardias, colocar um limite razoável no tamanho das famílias e guardar um intervalo adequado entre os nascimentos" (Brasil, Senado Fede-

ral, 1984, p.22).

Assim, segundo este ponto de vista, "os riscos relacionados à reprodução seriam minimizados se:

1. as mulheres não tivessem filhos antes de atingirem 20 anos;
2. os partos fossem espaçados em, pelo menos, dois anos;
3. nenhuma mulher tivesse mais de quatro filhos;
4. as mulheres não tivessem filhos depois de atingirem a idade de 35 anos" (Brasil, Senado Federal, 1984, p.22).

O parecer é encerrado com algumas conclusões e diretrizes:

"1. Há necessidade de formação, no Brasil, de uma atitude consciente coletiva, frente ao fenômeno da reprodução humana. A nível do casal, esta atitude deve se traduzir na paternidade responsável;

2. O planejamento da prole é um direito humano básico e a decisão cabe ao casal, que deve estar amplamente esclarecido com relações às obrigações decorrentes da paternidade responsável, da fisiologia da reprodução e dos métodos de controle da fertilidade, e das implicações da natalidade no âmbito da família e da sociedade;

3. Cabe ao Estado proporcionar ampla informação no

sentido da formação de mentalidade da reprodução responsável, da paternidade responsável, do controle da fertilidade e das implicações da natalidade no âmbito da família e da sociedade, assim, como proporcionar os meios que possam ser solicitados por casais de recursos reduzidos, para controle da fertilidade.

4. Uma ação nesse sentido transcende o âmbito do Ministério da Saúde. Há necessidade de um órgão que coordene os esforços conjuntos dos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura, Interior, Justiça, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Ministério de Assuntos Fundiários, além da Secretaria de Planejamento.

Por sugestão, lembramos a criação de um Conselho Nacional de População e Planejamento Familiar, que contará com uma Secretaria Executiva encarregada das ações nas áreas de População e Planejamento Familiar norteando-se pelas seguintes diretrizes:

- O Planejamento Familiar é uma atividade fundamental no elenco de ações de saúde materno-infantil;
- As implicações de caráter ético, religioso e sanitária, afetas à questão do Planejamento Familiar, são indicativas da necessidade de um controle objetivo, que assegure a obediência às diretrizes do Governo Federal;
- A oferta de meios e orientações para o Planejamento Familiar deve desvincular-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham utilizá-las. É indispensá-



vel assegurar a liberdade de opção às famílias quanto ao número de filhos que desejam ter;

- Todas as atividades atinentes à questão do Planejamento Familiar devem ser desenvolvidas através da assistência materno-infantil, complementando outros serviços que estes proporcionam;

- Na escolha do método anticoncepcional deve estar incluída a possibilidade de utilização de preservativo masculino e da vasectomia, pouco enfatizado atualmente;

- A integridade da saúde da mulher é fundamental para o desenvolvimento do nosso País e o acesso à informações objetivas e à possibilidade de livre escolha dos métodos anticoncepcionais é um dos aspectos de um todo maior;

- É necessário incentivar a criação de cursos sobre a sexualidade humana nas escolas de medicina e programas de educação sexual nas escolas de 1º e 2º graus;

- É preciso incentivar, também, a promoção de pesquisas sobre métodos anticoncepcionais, tanto para homens e mulheres, a fim de que a contracepção seja assumida como uma responsabilidade de ambos os sexos, E ainda, a fabricação de métodos já aprovados como o diafragma, capa cervical e o DIU, todos atualmente importados;

- A execução dos programas deve ser feita por paramédicos treinados, capazes de referir os casos necessários a atendimento mais complexo (médico);

- É necessário o envolvimento de toda a estrutura de saúde e educação disponível, seja ela oficial ou privada,

federal, estadual ou municipal;

- Deve-se promover a extensão dos serviços a postos comunitários, periféricos à rede de saúde, capazes de multiplicar a cobertura do programa;

- Todos os esforços a serem empreendidos e a captação de recursos para a operacionalização de atividades devem guardar coerência com estas diretrizes."(Brasil, Senado Federal, 1984, pp. 22 e 23).

As colocações iniciais presentes neste parecer, suas conclusões e, sobretudo, suas diretrizes sugerem a necessidade de uma verdadeira campanha de planejamento familiar no País, com o objetivo de reduzir a fecundidade. Relaciona-se, ali, ao crescimento da população um conjunto de problemas, e a um "disciplinamento da reprodução" a sua melhoria. Parte-se, então, desses pressupostos para se advogar, entre outros aspectos, a "formação de uma consciência coletiva face ao fenômeno da reprodução humana", a "formação de uma mentalidade sobre o controle dos nascimentos", além da criação do já referido Conselho. Voltados para estes objetivos propõe-se acionar uma abrangente infra-estrutura, envolvendo a rede escolar e de saúde dos setores público e privado, postos periféricos à rede de saúde, a participação de paramédicos treinados para este fim, a fabricação de anticoncepcionais, etc..

Existe aí expressa, de fato, uma vontade política de intervir nesta área. Visualizando a sociedade pelo foco populacional, o parecer amplia as determinações da dinâmica da população sobre a problemática social, outorgando a esta dinâmica um papel que seria equivalente ao de mudanças políticas: "É certo que se tornando viável os Serviços de Planejamento Familiar, não se há de esperar de pronto, soluções para o grande problema de qualidade de vida para a gente pobre, mesmo que não se torne em realidade cremos que nenhuma outra combinação política trará, também, qualquer solução" (Brasil, Senado Federal, 1984, pp.22).

A CPI anexou a este parecer um anteprojeto de lei, dando concretude ao ponto de vista acima apresentado. Tal Projeto, que será examinado no próximo capítulo, foi arquivado em setembro de 1985. No entanto, as conclusões da CPI voltaram a ser objeto de interesse, posteriormente, no encontro Nacional de População e Reprodução Humana, realizado pelo Senado, em outubro do mesmo ano (Ver Anexo II).

### Duas CPIs , Dois Momentos

As Comissões Parlamentares de Inquérito da Câmara e do Senado Federal foram realizadas em dois momentos distintos da discussão populacional no País e, mesmo, no Congresso. A da Câmara Federal organizou-se, praticamente, nos primórdios do debate sobre a questão no Brasil - quando estavam começando a emergir atividades de controle da natalidade e/ou planejamento familiar com populações de baixa renda. Estas atividades, no ano de 1967, embora bastante incipientes, geravam estranheza e causavam acirrada polêmica. Os objetivos da Comissão e a composição de seus depoentes, vistos anteriormente, traduzem o clima reinante na ocasião, clima este canalizado para o Parlamento.

Desse ambiente faziam parte Comissões Estaduais de Inquérito, reportagens da grande imprensa sobre o assunto, e mobilizações de diferentes segmentos da categoria médica. E ainda mais: a Igreja Católica se pronunciava em época de vésperas da promulgação da Encíclica *Humanae Vitae*, sobre a regulação da fecundidade; os economistas neomalthusianos se manifestavam, face ao incremento populacional que se acreditava estar aumentando; e, finalmente, criava-se e, logo em seguida, fomentava-se o desenvolvimento da BEMFAM, através de sua vinculação com a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF).

As atividades internas da Câmara Federal sobre o assunto controle da natalidade-planejamento familiar, por outro lado, eram quase inexistentes até aquela ocasião. Através do levantamento realizado para esta pesquisa localizaram-se, apenas, um discurso e dois Projetos de Lei - por sinal de maio e junho do ano de 1967. No Senado, por sua vez, tinham sido proferidos alguns poucos discursos, até então.

A Comissão do Senado foi realizada dezesseis anos depois. Neste ínterim consolidaram-se diversas mudanças econômicas e sociais, que vinham ocorrendo, no País, desde o final da década de 50, e que acabaram por repercutir em vários aspectos da temática populacional. No âmbito da dinâmica demográfica, com o declínio da fecundidade e com o aumento do ritmo da urbanização. No âmbito das entidades de controle da natalidade-planejamento familiar, com sua proliferação e atuação através de clínicas particulares (a maioria sem fins lucrativos) e postos comunitários, muitas vezes conveniados com Secretarias Estaduais de Saúde. E, no âmbito da utilização dos métodos de limitação da natalidade, com uma elevação de sua incidência, bem como de sua diversidade. Salienta-se, neste caso, o grande número de esterilizações femininas, bem como de abortamentos provocados.

Por outro lado, do ponto de vista da política governamental referente à fecundidade, conforme foi mencionado na Introdução deste Relatório, alterou-se a posição do Estado

a partir do Congresso Mundial de População, de Bucarest, e do II PND, ambos de 1974, bem como elaborou-se o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, no Ministério da Saúde, em 1983.

Aos antigos atores da polêmica populacional - políticos, jornalistas, médicos, religiosos, economistas, intelectuais, etc - somaram-se profissionais da área de saúde pública, bem como o movimento de mulheres. Este organizou-se, desde meados dos anos 70, em torno da defesa de seus direitos, inclusive da questão do controle de seu próprio corpo - onde se situa o assunto planejamento familiar. Esses personagens e aquele cenário vão estar presentes de algum modo na CPI do Senado. Esta Comissão apresenta, ainda, uma participação maciça de Ministros de Estado, o que sugere a ampliação dessa polêmica no espaço do poder executivo.

Do ponto de vista do interesse do Congresso pelo tema, este se ampliou muito nos anos 70 e início dos 80. Os discursos multiplicaram-se, principalmente na Câmara sendo apresentados diversos Projetos de Lei. No entanto, somente foi aprovado inicialmente pelo Senado e depois pela Câmara, o concernente a alteração de artigo da Lei das Contravenções Penais, referente ao anúncio de meios para evitar gravidez. As Comissões Permanentes de ambas as Casas dedicaram, também, algumas atividades ao tema, neste período. Tais aspectos serão abordados com mais detalhes no capítulo que se segue,

bem como no Anexo II.

Foram, portanto, duas CPI's e dois momentos. Cotejando-os pode-se observar que a discussão populacional assumiu características diferentes, polarizando-se de modo diverso. Se na primeira ocasião a grande polêmica situava-se entre a visão natalista e/ou crítica ao controlismo, em confronto com a visão controlista que utilizava, muitas vezes, a vestimenta de planejamento familiar. Mais recentemente, a divergência dominante encontra-se entre a defesa de atividades planejamento familiar, no sentido vertical, com objetivos de reduzir a fecundidade, em confronto com a preocupação com os direitos reprodutivos, a saúde da mulher, incluindo a atenção à concepção e à contracepção. A tendência predominante, no Governo, na época da CPI do Senado, era esta última, e, talvez exatamente por causa disto, o anteprojeto que se originou dessa Comissão, já referido anteriormente, não teve espaço político para tornar-se Lei.

### **3. OS PROJETOS DE LEI**



### 3. OS PROJETOS DE LEI

A Câmara dos Deputados e o Senado Federal dedicaram um conjunto de Projetos de Lei à temática do crescimento populacional e do controle da natalidade no Brasil, a partir do final dos anos 60. Embora estes Projetos, em quase sua totalidade não tivessem sido aprovados, o fato de serem apresentados e discutidos naquelas Casas mostra, ao lado das CPI's ali realizadas, a preocupação dos parlamentares em influir nas decisões do Poder Público em relação ao assunto.

As primeiras destas Proposições surgiram na Câmara, no ano de 1967, quando emergia, no País, o mencionado debate sobre a questão demográfica, e quando se iniciava, nesta mesma Casa, Comissão Parlamentar de Inquérito a este respeito. A Câmara teve uma participação bastante ativa na discussão do problema se comparada com o desempenho do Senado, apesar deste haver apresentado Projetos de Lei de importância para o presente estudo, como aquele que resultou da CPI ali ocorrida.

O exame das Proposições, aqui desenvolvido, busca compreender a opinião dos parlamentares a respeito do assunto. Prende-se, sobretudo, ao teor de seus Artigos, e, de modo complementar, ao conteúdo de suas Justificações - elementos constitutivos desses documentos.

### As Proposições da Câmara dos Deputados

Foram localizados, no período em estudo, vinte e oito Projetos de Lei diretamente relacionados ao tema - política populacional, controle da natalidade, planejamento familiar. Os primeiros deles apresentados para discussão em 1967 e os últimos em 1985, até quando se coletou o material referente ao assunto, nesta fase da investigação. Entre os Projetos mencionados, entretanto, somente um de origem do Senado foi aprovado em ambas as Casas, transformando-se em norma jurídica. As demais proposições foram arquivadas ou, ainda, se encontram em tramitação nas Comissões Permanentes (8).

O Quadro I, que se mostra em seguida, contém um resumo de algumas informações desses Projetos - uma espécie de qualificação, a partir da qual estes serão examinados mais detalhadamente. Esclarece-se, por seu intermédio, o número, mes e ano de cada Projeto de Lei, o Deputado que o enviou ao Plenário, o Partido ao qual este pertence, a ementa na forma como ela é divulgada na apresentação do Projeto, e, por fim, a situação em que este se encontra em relação à sua última ação. Esse conjunto de informações sobre cada Projeto é precedido de um número-referência, o que possibilita se localizar facilmente uma a uma das Proposições, no decorrer do Relatório.

Conforme se pode observar, através do exame do Qua-

QUADRO I - PROJETOS DE LEI DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, SOBRE CONTROLE DA NATALIDADE/PLANEJAMENTO FAMILIAR - 1960/1985

Nº REFERÊNCIA	Nº DO PROJETO/DATA	DEPUTADO	PARTIDO/ESTADO	EMENTA	ÚLTIMA AÇÃO
01	241 Maio 67	Jacouhy Carneiro	MOB/PA	Estabelece normas médicas disciplinadoras do planejamento familiar e dá outras providências.	Arquivado
02	370/Junho 67	Erasmio Pedro	MOB/RJ	Altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais sobre anúncio de meios, substâncias ou processos para provocar aborto ou evitar gravidez.	Arquivado
03	764/ - 72	Orensy Rodrigues	ARENA/SP	Altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais.	Arquivado
04	1336/ - 73	Ferreira do Amaral	ARENA/PR	Autoriza práticas médicas anticoncepcionais e dá outras providências (e altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais).	Arquivado
05	1700/Novembro 73	Siqueira Campos	ARENA/GO	Altera Decreto-Lei 161 de fevereiro de 67, para o fim de definir a FIGGE competência para elaborar política demográfica nacional.	Arquivado
06	434 /Maio 75	Siqueira Campos	ARENA/GO	Altera Decreto-Lei 161 de fevereiro de 67	Arquivado
07	1341/Outubro 75	Inocência de Oliveira	ARENA/PE	Autoriza o uso de práticas e meio anti-concepcionais e dá outras providências.	Arquivado
08	1829/Março 76	Nina Ribeiro	ARENA/RJ	Altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais.	Arquivado

## QUADRO I - (continuação) - PROJETOS DE LEI DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Nº REFERÊNCIA	Nº DO PROJETO/DATA	DEPUTADO	PARTIDO/ESTADO	EMENTA	ÚLTIMA AÇÃO
09	3177 Novembro 76	João Meneses	MDB/PA	Dispõe sobre a criação de serviços de planejamento familiar no Ministério da Saúde	Arquivado
10	3189/Novembro 76	Inocêncio de Oliveira	ARENA/PE	Autoriza a distribuição gratuita de anovulatórios e altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais.	Arquivado
11	4474/Novembro 77	Erasmo Pedro	MDB/RJ	Altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais.	Arquivado
12	2279/Novembro 79	Senado	--	Altera art. 20 da Lei das Contravenções Penais.	Transformado em Norma Jurídica, Lei nº 006734
13	2866 Abril 80	Carneiro Annaud	PP/PA	Estabelece normas disciplinadoras do planejamento familiar e dá outras providências.	Arquivado
14	2605/Maio 80	João Meneses	PMDB/PA	Estabelece normas para a execução de um Programa de Planejamento Familiar	Arquivado
15	3309/Junho 80	Inocêncio de Oliveira	PDS/PE	Autoriza atividades de práticas e meios anticoncepcionais e dá outras providências.	Arquivado
16	4277/Novembro 80	Divaldo Seruagy	PDS/AL	Estabelece a família reduzida (Previdência Social).	Arquivado
17	244/Maio 83	Inocêncio de Oliveira	PDS/PE	Autoriza atividades de práticas e meios anticoncepcionais e dá outras providências.	Arquivado

QUADRO I - (continuação) - PROJETOS DE LEI DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Nº REFERÊNCIA	Nº DO PROJETO/DATA	DEPUTADO	PARTIDO/ESTADO	EMENTA	ÚLTIMA AÇÃO
18	357/ - 83	Cristina Javares	PMDB/PE	Dispõe sobre a orientação sexual nos postos de assistência e saúde e dá outras providências.	Arquivado
19	416/Abril 83	Netson do Carmo	PTB/SP	Altera a redação dos artigos 2º e 7º da Lei que institui o Salário-Família do Trabalhador, concedendo incentivos para a paternidade responsável.	Arquivado
20	567/Abril 83	Inocêncio de Oliveira	PPS/PE	Autoriza a distribuição gratuita de anu- vulatórios. Altera art. 2º da Lei das Contrações Penais.	Em tramitação
21	896/ - 83	Francisco Erse	PFL/RO	Dispõe sobre a instituição de progra- ma de distribuição de pílulas anticon- cepcionais às mulheres de baixa renda e dá outras providências.	Em tramitação
22	2149/Setembro 83	Celso Sabbia	PMDB/PR	Determina que sejam custeados pela Pre- vidência Social os procedimentos médi- cos necessários ao planejamento familiar e determina outras providências.	Em tramitação
23	2199/ - 83	Onísio Ludovico	PMDB/GO	Altera dispositivo da Lei nº 4266 de 3 de outubro de 1963, que institui o sa- lário família e dá outras providências.	Em tramitação
24	3063/ - 84	Figueirado Filho	PPS/PJ	Autoriza a esterilização voluntária através da vasectomia e da laqueadura tubária (Altera Código Penal).	Em tramitação
25	3069/ - 84	Denisar Arneiro	PMDB/RJ	Torna lícito a esterilização voluntária nas condições que especifica e dá outras providências (Altera Código Penal).	Em tramitação

## QUADRO I - (continuação) - PROJETOS DE LEI DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Nº REFERÊNCIA	Nº DO PROJETO/DATA	DEPUTADO	PARTIDO/ESTADO	EMENTA	ÚLTIMA AÇÃO
26	4753/Novembro 84	Celso Sabóia	PMDB/PR	Permite a laqueadura de trompas e a vasectomia, desde que haja consentimento do paciente (Altera o Código Penal).	Retirado pelo autor
27	5911/Junho 85	Celso Sabóia	PMDB/PR	Permite a laqueadura de trompas e a vasectomia, desde que haja consentimento do paciente (Altera o Código Penal).	Anexo ao PL 3063/84
28	6311/Setembro 85	Jorge Arbage	PO3/PA	Veda a percepção de doações originárias do exterior para iniciativas do controle da natalidade.	Em tramitação

FONTE: Banco de Dados sobre Projetos de Lei do Processamento de Dados do Senado (PRODASEN), 1986

dro I, são apresentados dois Projetos de Lei sobre o assunto nos anos 60, particularmente em 1967, nos primórdios da discussão sobre o tema no País. Naquela ocasião, como já foi citado, se iniciava em tal Casa uma Comissão Parlamentar de Inquérito sobre controle da natalidade, que foi objeto de análise no capítulo anterior. Durante a década de 70, são colocados em discussão dez Projetos, entre os quais o 2279/79, transformado em norma jurídica, enquanto que nos primeiros anos de 80 aparecem na Câmara dezesseis novas Proposições, denotando um aquecimento da questão.

Quanto aos autores dos Projetos, estes foram em número de dezenove Deputados para as vinte e oito Proposições, uma vez que cinco parlamentares apresentaram Proposições sobre aquele tema mais de uma vez. Salienta-se, neste caso, a participação do Deputado Inocêncio de Oliveira (ARENA/PDS-PE) com cinco Proposições, bem como do Deputado Celso Sabóia (PMDB-PR), o qual apresentou três Proposições. Já os Deputados Erasmo Pedro (MDB-RJ), Siqueira Campos (ARENA-GO) e João Meneses (MDB/PMDB-PA) foram responsáveis por dois Projetos de Lei cada um. Estas últimas informações remetem o exame desse material à localização partidária. Assim, entre estes Deputados oito eram da ARENA/PDS, sete do MDB/PMDB, ao passo que tanto o PP, como o PFL e o PTB possuíam um Deputado interessado na temática (9).

Em relação aos objetivos desses Projetos de Lei,

cabe delinear um perfil mais detalhado a respeito, construído a partir do exame do conteúdo dos seus Artigos. Assim, oito das Proposições (2, 3, 4, 8, 10, 11, 12 e 20) dispõem sobre a alteração do artigo 20 da Lei das Contravenções Penais. Esta Lei (Decreto-Lei nº 3688 de 03 de outubro de 1941) determinava uma penalidade em forma de multa para o anúncio de "processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez". Os Projetos enviados propunham que se excluísse do texto a parte referente a "evitar a gravidez", e, alguns destes sugeriam a modificação da multa, desta vez dirigida somente à prática do abortamento. Depois de várias tentativas, que se iniciaram desde o ano de 1967, como pode ser observado através do Quadro I, foi finalmente aprovado um Projeto almejando aquela meta, originário do Senado Federal. As demais proposições referentes ao assunto tinham sido arquivadas até aquela data, restando em tramitação apenas uma proposta (20) da presente legislatura, que detém outras metas, além da já especificada.

O objetivo que concentra um maior número de Projetos, entretanto, encontra-se dividido entre as ementas que autorizam práticas médicas anticoncepcionais, que se referem à distribuição gratuita de anovulatórios, bem como que buscam a normalização das atividades de planejamento familiar. Esta preocupação, muito claramente vinculada à questão de uma política ou de um programa de controle da natalidade e/ou planejamento familiar, é apresentada em doze proposições da Câ-



mara, que serão examinadas em seguida.

O primeiro grupo de ementas, anteriormente mencionado, consta de quatro Proposições (4, 7, 15 e 17), e trata da autorização do uso de práticas médicas anticoncepcionais em todo território nacional, seja por métodos clínicos, seja por métodos cirúrgicos. O primeiro dos Projetos referidos estabelece condições "motivos justos" para a utilização de práticas contraceptivas. Aí, o autor inclui doenças graves e transmissíveis, além de moléstias psíquicas, risco de vida associado à gravidez, bem como a própria quantidade de filhos. Neste caso, considera "motivo justo", para contracepção, famílias de baixo poder aquisitivo, com mais de três filhos. Este Projeto supõe, ainda, a participação de médicos na sua execução e propõe, também, a mencionada alteração da Lei das Contravenções Penais. As outras três Proposições deste grupo ressaltam que a utilização das práticas médicas anticoncepcionais dar-se-ia mediante a vontade livre e espontânea do casal ou da mulher maior de idade. Estas mesmas Proposições, apresentadas pelo Deputado Inocêncio de Oliveira, indicam, por outro lado, "a liberação da venda de anovulatórios, sem necessidade de receituário médico, propiciando maior acesso a todas as camadas da população", como também, "a liberação de campanhas de educação da população, pelos meios de comunicação de massa", acerca dos métodos anticoncepcionais. Prevê, ainda, o papel regulamentador do Ministério da Saúde, na utilização dos produtos anticoncepcionais; e, principalmente, que seus

órgãos, bem como os da Previdência Social, distribuam meios anticoncepcionais para pacientes pobres, através de programas de saúde pública. Os Projetos de Lei deste primeiro grupo foram todos arquivados, com exceção do mais recente deles, que se encontra tramitando nas Comissões Permanentes.

O segundo grupo engloba três Projetos de Lei (10, 20 e 21), que incumbem o poder executivo da tarefa de promover a distribuição gratuita de pílulas anticoncepcionais às populações de baixa renda, desta vez com receituário ou orientação médica. Dois desses Projetos incluem em seu texto a já mencionada modificação da Lei das Contravenções Penais. No que concerne à sua última ação, o primeiro destes Projetos encontra-se arquivado, ao passo que os outros dois estão sendo apreciados pelas mencionadas Comissões da Câmara.

O terceiro conjunto, classificado sob o título de normatização dos serviços de planejamento familiar, compõem-se de cinco Proposições (1, 9, 13, 14 e 22). A primeira destas representa, na realidade, o primeiro Projeto apresentado no Congresso Nacional sobre o assunto. Dispõe sobre a permissão "da providência médica do planejamento familiar", desde que a mulher ou o casal assim o deseje, e que seja indicado, bem como praticado por médico ou parteira diplomados e registrados no Ministério da Saúde. Excluem-se, nesta Proposição, os métodos cirúrgicos e alterta-se para a expulsão dos estrangeiros que apliquem anticoncepcionais e colaborem para

esta finalidade, sem os requisitos já apontados. O Projeto incumbe, ainda, o Ministério da Saúde de desenvolver pesquisas sobre métodos anticoncepcionais, divulgando seus achados, além de "promover a orientação e a educação popular sobre problemas de natalidade". Treze anos mais tarde, em 1980, é apresentado um Projeto (13) com Artigos quase semelhantes a este, porém de outro parlamentar e contendo alguns dispositivos mais ousados na direção do controle da natalidade. Neste último, não se exclui os métodos cirúrgicos para a limitação dos nascimentos, bem como através de um parágrafo único, correspondente às atribuições do Ministério da Saúde, se amplia o espécuo da ação deste, acerca da anticoncepção: "o Ministério da Saúde poderá delegar competência às Universidades e às Secretarias de Saúde dos Estados ou a entidades privadas nacionais para a promoção de campanhas de orientação e sobre a matéria, bem como a promoção de campanhas de orientação e educação popular, fiscalizando as atividades das entidades oficiais ou privadas que se dediquem ao planejamento familiar, de acordo com a legislação em vigor". Prevê, por fim, a importação de matéria-prima para a produção de pílulas anticoncepcionais, com o objetivo de colocá-las à disposição das populações de baixa renda.

Dois outros Projetos (9 e 14), deste mesmo grupo referente à normatização, propõe que o Ministério da Saúde ofereça serviços de informações e meios para o exercício de planejamento familiar. O último destes prevê, ainda, que o

Ministério de Educação e Cultura insira a disciplina Educação Sexual nos currículos escolares, incluindo em seu programa a discussão sobre crescimento populacional e sobre política demográfica. Por fim, a última proposição deste terceiro grupo (22), por sinal a mais recente e a única em tramitação, dispõe sobre o custeio pela Previdência Social das intervenções cirúrgicas, visando o planejamento familiar. Através deste Projeto, se prevê que tal intervenção dar-se-ia pela livre vontade das pessoas, sendo requisito necessário ter-se pelo menos dois filhos, e haver decorrido, pelo menos, um ano do nascimento do segundo filho.

A preocupação com a orientação sexual vai estar presente, também, em Proposição formulada pela Deputada Cristina Tavares (18), questão esta associada ao tema planejamento familiar. Tal Proposição, por seus objetivos e por sua Justificativa, que será abordada em outra parte deste capítulo, não se enquadrava em nenhum dos grupos anteriormente delineados. Este Projeto, que acabou por ser arquivado, prevê o atendimento à referida questão, nos postos do INAMPS e nos hospitais vinculados ao Ministério da Saúde. A autora entende por orientação sexual "o comportamento a ser observado por mulheres e homens na prevenção contra doenças venéreas e no esclarecimento quanto aos métodos de anticoncepção".

Quatro Projetos de Lei da Câmara dos Deputados, que

•

poderiam ser classificados, a grosso modo, como as demais Proposições examinadas até agora, na linha de assistência à contracepção - se detêm no assunto esterilização cirúrgica. Estes Projetos (24, 25, 26 e 27) foram apresentados durante os anos de 1984 e 1985, e procuram autorizar o processo de esterilização voluntária, tanto feminina, como masculina. Estas Proposições visam transformar o Código Penal (Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1980) que estabelece no artigo 129, Capítulo II - Das Lesões Corporais, pena com reclusão para ofensa "a integridade corporal ou a saúde de outrem", dispositivo no qual estaria incluída a esterilização cirúrgica. Estas Proposições apresentam algumas variações no que dizem respeito à situação em que a mencionada intervenção seria autorizada. Assim, em três casos (24, 25 e 26) se considera necessária a permissão do cônjuge se a pessoa for casada; em três Proposições (26, 27 e 29), se estabelece idade mínima (maior de idade ou maior de 30 anos); e, em uma situação, a esterilização seria permitida para pessoas que tem dois ou mais filhos (27). Quanto a última ação destes Projetos, os dois primeiros encontram-se em tramitação, o terceiro foi retirado pelo autor e, por fim, o quarto Projeto foi anexado à primeira Proposição.

Entre os Projetos examinados três deles (16, 19 e 23) buscam influir na temática planejamento familiar - controle da natalidade pelo caminho da Previdência Social. Isto é, através da substituição ou da alteração da legislação con-

cernente ao salário família, com vistas a estimular que as famílias possuam tamanhos reduzidos. O primeiro deles propõe que a lei referente ao mencionado salário seja substituída por uma legislação que prevê a criação do Sistema de Compensações Diferenciais e da Alocação Familiar. "A Alocação Familiar é uma quota pecuniária adicionada ao salário, aos honorários e/ou a outra qualquer forma de remuneração continuada, bem como aos pacientes de aposentadoria e pensão da Previdência Social, referente a cada dependente econômico e será paga até cessar essa condição perante o Instituto Nacional de Previdência Social". A quota é definida por uma tabela anexa ao Projeto, que determina auxílios para o primeiro, segundo e terceiro filho, de valor decrescente e somente até o terceiro filho. Esta cota seria gerida pelo Fundo de Compensações Diferenciais, constituído por contribuições compulsórias sobre o fundo salarial das empresas e administrado pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). O Projeto, em seu primeiro Artigo, esclarece que se trata de um estímulo à "família nuclear", sem coerção do Estado, ficando ao mesmo tempo proibido ao Poder Público a realização de programa ou propaganda sobre anticoncepção. Dois outros Projetos objetivam, desta vez, alterar, não substituir, a legislação que dispõe sobre o salário-família; levando também em consideração o número de filhos: seja concedendo benefícios no valor de 15% do salário mínimo, para famílias que possuam até três filhos, e 5% para cada filho subsequente ao terceiro (menores de 14 anos); seja mantendo só 5% para os filhos me-

nores que a referida idade, já estabelecidos pela lei, somente até o terceiro filho. Entre estas Proposições, apenas a última encontra-se tramitando nas Comissões da Câmara.

Antes de finalizar este exame dos objetivos dos Projetos de Lei sobre política populacional, controle da natalidade e planejamento da família cabe remeter às três últimas Proposições acerca da temática. Estas não se enquadram na classificação realizada acima, como a da Deputada Cristina Tavares, isto é, seja na área da assistência à contracepção, seja na área da Assistência Social. Por tal razão encontram-se tratadas em separado. Duas delas (5 e 6), provenientes de um mesmo autor, propõe a ampliação das funções da Fundação Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (FIBGE), no sentido desta contribuir na formulação de uma política demográfica para o Brasil. A primeira considera que é necessário tal Fundação promover estudos e pesquisas, com a finalidade de elaborar a mencionada política, cuja extensão dar-se-ia por meio de um organismo de planejamento do poder executivo. A segunda detém a mesma preocupação anterior, sendo portadora, entretanto, de metas mais limitadas: neste caso os referidos estudos e pesquisas seriam destinados, não a elaborar, mas sim a orientar a política de população brasileira. Ambos os Projetos foram arquivados. Por fim, a última Proposição (28) mencionada objetiva vedar às instituições públicas e privadas a recebimento de recursos originários do exterior, que busquem o desenvolvimento de medidas de controle da natalidade.

Tal Projeto acha-se tramitando nas Comissões Permanentes.

Como se pode observar, através do exame dos Artigos dos Projetos de Lei dedicados ao assunto, grande parte destes busca, sem dúvida, abrir um espaço para o desenvolvimento de atividades de planejamento familiar - controle da natalidade, no País. As Proposições aumentam o seu número de uma década para outra; originam-se em sua quase totalidade, e de maneira equilibrada, de parlamentares da ARENA/PDS e do MDB/PMDB; bem como vêm avançando, no tempo, em sua preocupação com a redução da fecundidade.

Podem ser classificados, em sua maior parte, em Projetos no campo da Previdência Social - através do estímulo à família reduzida ou mesmo punição à família numerosa - mas, sobretudo, na área de assistência à contracepção. Naquele caso, são poucas as Proposições, porém são muito claros os seus interesses, ao passo que, neste último, avolumam-se os Projetos de Lei. Aí, se multiplica um conjunto de Projetos, cada vez mais definidos acerca de seus propósitos. Projetos que acabam por alterar o dispositivo da Lei das Contravenções Penais sobre anúncio referente à métodos de evitar a gravidez; que buscam autorizar o uso de práticas médicas anticoncepcionais; que procuram aprovar a distribuição gratuita de anovulatórios; que pretendem normatizar os serviços de plane-



jamento familiar; e, que por fim, e mais recentemente, objetivam permitir o processo de esterilização voluntária, através de modificação no Código Penal.

Estas atividades propostas na área são quase sempre verticais - na direção específica da contracepção e orientadas em geral para as populações pobres. Quando se referem à participação do Poder Público esta seria, sobretudo, pontual, no campo do controle da natalidade - planejamento familiar, e envolveria principalmente o Ministério da Saúde, além do Ministério da Previdência e Assistência Social e, em algumas situações, o Ministério da Educação. Em poucos casos mencionam-se a atuação de entidades privadas de planejamento familiar. A assistência à contracepção englobaria, ainda, programas de educação, não somente quanto aos métodos de limitação da natalidade, mas também ao esclarecimento acerca dos problemas demográficos. Tal preocupação envolveria, segundo certos Projetos, mudanças nos currículos escolares, campanhas de educação popular, e utilização dos meios de comunicação de massa para esta finalidade.

As medidas apresentadas em grande parte destes Projetos não fazem parte de um planejamento de saúde mais amplo, seja da população, seja do homem, seja da mulher. Além disso, chega-se, em alguns casos, a se propor atividades desaconselháveis do ponto de vista sanitário, como a recomendação de distribuição gratuita de pílulas anticoncepcionais sem re-

ceita médica, ou mesmo, discutíveis sob esse ponto de vista, como o estabelecimento de normas bastante flexíveis para a esterilização feminina e masculina - apesar de sua reversibilidade ser, de fato, pouco flexível.

Este último aspecto remete a questão do respeito aos direitos individuais. Já algumas Proposições voltadas para o controle da natalidade - planejamento familiar apresentam opiniões aparentemente incoerentes. Assim, fala-se, por um lado do livre direito de escolha quanto ao número de filhos, e da não coação do Estado, nesta área, mas se prevê, por outro lado, o desenvolvimento de campanhas educativas sobre planejamento/controlado, e, principalmente, prêmios e punições relacionados ao tamanho da família, conforme se pode observar nos Projetos referentes à Previdência.

Após todas estas observações pode-se, então, reiterar que grande parte dos Projetos, sobre o assunto, apresentados à Câmara estariam voltados para abrir um espaço para a execução de uma política de controle da natalidade e/ou planejamento familiar, seja mediante a assistência à contracepção, seja mediante o estímulo previdenciário. A partir do exame dos seus Artigos é possível classificar nesta posição, a grosso modo, vinte e quatro dos vinte e oito Projetos de Lei. Uma leitura mais minuciosa destes Projetos mostra, ainda, que quatorze destes expressam claramente, desta vez na apresentação de suas Justificações, preocupação com o problema demográfico.

Em graus distintos, estes Projetos explicitam o seu receio das conseqüências do crescimento populacional e/ou seu interesse em reduzi-lo, através das medidas apontadas. E, por outro lado, uma leitura mais curiosa daqueles vinte e quatro Projetos mostra, também, que cinco deles, embora não exteriorizem em suas Justificações a referida preocupação, deixam transparecê-las em outros contextos, como será visto mais adiante.

A preocupação com o problema demográfico aparece, assim, de modo transparente, nas Justificações das Proposições referentes à autorização de práticas médicas anticoncepcionais, distribuição gratuita de anovulatórios e normatização dos serviços de planejamento familiar, bem como, no grupo que diz respeito à Previdência Social. Aparece, também, em alguns Projetos que propõe a alteração na Lei das Contravenções Penais, não surgindo somente nas Justificações do grupo de Projetos concernentes à esterilização.

Estas duas últimas situações, isto é, que se referem à parcela dos Projetos sobre a alteração da Lei das Contravenções Penais, bem como àquelas concernentes à mudança no Código Penal - vão resgatar as cinco Proposições mencionadas anteriormente, objeto de uma leitura curiosa. Duas destas, acerca do primeiro tema, são de autoria do Deputado Erasmo Pedro, que integra à suscinta Justificação de um dos Projetos - discurso com preocupação demográfica, proferido em Plenário, naquela ocasião. A outra Proposição, também sobre o primeiro

tema, é exatamente aquela originária do Senado que acaba se transformando em norma jurídica. Tal Projeto não contém o item Justificação em sua tramitação na Câmara, no entanto na sua forma original elaborada e aprovada no Senado - expressa receio pelo crescimento da população e interesse pelo controle da natalidade. Finalmente, os dois últimos Projetos, estes sobre o segundo tema, de autoria do Deputado Celso Sabóia, não se referem à questão demográfica em suas Justificações. No entanto, este mesmo parlamentar tinha encaminhado, anteriormente à Câmara, Projeto de Lei sobre a realização de esterilização cirúrgica pela Previdência Social, onde as metas neomalthusianas se encontram transparentes em sua argumentação.

Os exemplos acima citados ajudam a revelar que mesmo quando a preocupação controlista não está expressa nas Justificações dos Projetos, ela é sugerida pelo próprio exame dos Artigos das Proposições, como foi ressaltado páginas atrás, e pode ser confirmada pela análise do desempenho dos parlamentares em outro contexto, no próprio Congresso.

Antes de encerrar, uma leve referência aos quatro Projetos de Lei que não se enquadraram na classificação acima construída - nem na maneira de focalizarem o assunto, nem nas suas opiniões. Dois deles tocam na discussão populacional, mas não expressam uma posição referente às vantagens ou desvantagens do crescimento populacional ou do controle da natalidade. O interesse em envolver a Fundação IBGE na formu-

lação de uma política demográfica é defendido nos dois mencionados Projetos, de autoria do Deputado Siqueira Campos, no sentido de "orientar e localizar" o crescimento populacional brasileiro. Já no projeto da Deputada Cristina Tavares sobre educação sexual, insere-se o planejamento familiar naquela atividade, contudo sem deter propósitos demográficos. Existe nesta Proposição, inclusive, uma crítica explícita em se atribuir ao crescimento da população as dificuldades econômicas e sociais do País. Para finalizar, o Projeto do Deputado Jorge Arbage, que veda o recebimento de doações do exterior para atividades de controle da natalidade. Esta representa, de fato, a única Proposição que pode ser considerada de teor natalista: em sua Justificação, ao lado da discordância da participação estrangeira no assunto, o parlamentar expressa que o País pode "abrigar o dobro de sua atual população", bem como que "precisa de mais gente para povoá-lo".

## As Proposições do Senado Federal

Encontraram-se, no período analisado, unicamente três Projetos de Lei que apresentam uma relação direta com o assunto. Tais Projetos entraram na pauta do Senado somente em final dos anos 70 e o início dos anos 80, sendo entretanto um deles aprovado, transformando-se em norma jurídica, como já foi mencionado. As outras duas Proposições acham-se arquivadas.

O Quadro II, através do qual será iniciado o exame destas Proposições, detém os mesmos dados daquele construído para a análise do material empírico correspondente à Câmara dos Deputados. Contém, assim, informações sobre o Projeto - número, ementa e última ação - sobre o Senador que o encaminhou, bem como sobre o partido ao qual este é filiado, sendo estes dados precedidos de um número-referência.

Como pode ser observado, os Projetos de Lei apresentados se distribuem nos anos de 1978, 1979 e 1984, quando a discussão sobre o crescimento demográfico e o controle da natalidade já se encontrava bastante aquecida, se se compara com os dados, sobre o assunto, referentes à Câmara dos Deputados. De fato, quando surgem no Senado os dois Projetos do final dos anos 70, o debate na Câmara estava em pleno desenvolvimento: já se desenrolava desde o final dos anos 60 e já se apresenta-

QUADRO II - PROJETOS DE LEI DO SENADO FEDERAL, SOBRE CONTROLE DA NATALIDADE/  
 PLANEJAMENTO FAMILIAR - 1960/1985

Nº REFERÊNCIA	Nº DO PROJETO/DATA	SENADOR	PARTIDO/ESTADO	EMENTA	ÚLTIMA AÇÃO
01	347/Novembro 78	Gilvan Rocha	MDB/Sergipe	Veda a fabricação, comercialização e utilização do Dispositivo Uterino (DUB)	Arquivado definitivamente
02	287/Setembro 79	Aloysio Chaves	ARENA/Pará	Altera o artigo 20 da Lei das Contravenções Penais	Transformado em Norma Jurídica em Dezembro de 79
03	267/Dezembro 84	CPI do aumento populacional: Mário Maia - Presidente Almir Pinto - Relator	PMDB/Acre POS/Ceará	Dispõe sobre a Política Nacional e Planejamento familiar, seus fins e mecanismos de formação e aplicação, e dá outras providências	Arquivado definitivamente

FONTE: Banco de Dados sobre Projetos de Lei do Processamento de Dados do Senado (PROBASEN), 1986

vam, inclusive, desde aquela ocasião, Proposições não aceitas objetivando alterar o artigo 20 da Lei das Contravenções Penais. O Projeto de Lei de 1984, por sua vez, proveniente da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o aumento populacional brasileiro, é parte de uma conjuntura de intenso debate acerca do tema, não somente no Congresso, bem como em esferas do poder executivo e da sociedade civil.

As Proposições apresentadas sobre o tema política populacional, controle da natalidade e planejamento familiar em número de três, são de autoria de quatro parlamentares, dois da ARENA/PDS e dois MDB/PMDB. Recorde-se, entretanto, que a última destas originou-se da CPI dessa Casa, embora tenha como signatários os senadores Mário Maia e Almir Pinto - respectivamente Presidente e Relator dessa Comissão.

Quanto aos objetivos desses Projetos, o exame dos seus Artigos já fornece alguns elementos para compreendê-los. Assim, a primeira das Proposições, de autoria do senador Gilvan Rocha, procura impedir a produção, comercialização, bem como utilização do DIU, como recurso de prática médica. Prevê-se, nesta Proposição, punição a este respeito, seja para os estabelecimentos comerciais ou industriais, seja para os profissionais da área de saúde responsáveis pelas mencionadas atividades. Já o segundo Projeto tem como signatário o Senador Aloysio Chaves e busca, ao contrário da proposição anterior, abrir um espaço para a anticoncepção no País. Trata-se da al-



teração da Lei das Contravenções Penais, tantas vezes já referida e, por fim, aprovada - inicialmente no Senado e depois na Câmara dos Deputados. Relembre-se que a modificação sugerida e aceita envolvia a permissão do anúncio de meios anticoncepcionais e mantinha a proibição referente ao anúncio de "processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto". Finalmente, o terceiro Projeto, que dispõe sobre uma Política Nacional de População e Planejamento Familiar - merece uma análise em separado, seja pela dimensão dos seus Artigos, seja pela complexidade do seu conteúdo.

Antes, porém, de se deter neste mais recente Projeto de Lei, cabe complementar a apreciação das duas primeiras Proposições, examinando desta vez suas Justificações. Estas vêm confirmar e avançar, em alguns aspectos, o que já é sugerido mediante a observação dos seus Artigos, isto é: uma postura crítica em relação à anticoncepção, particularmente através do DIU - no Projeto do Senador Gilvan Rocha; e uma posição favorável a anticoncepção, mediante a permissão do seu anúncio - no Projeto do Senador Aloysio Chaves.

Na Justificação de sua Proposição, o primeiro Senador condena a utilização do DIU, por seus aspectos sanitários e mesmo jurídicos - uma vez que o considera abortivo - adotando também uma posição de crítica face aos recursos estrangeiros recebidos por entidades privadas brasileiras, devotados ao controle da natalidade, bem como à visão alarmista do

crescimento populacional. Por outro lado, o segundo parlamentar detem uma argumentação de teor controlista, através da qual considera "o controle da reprodução humana uma das maiores preocupações dos estadistas e homens públicos contemporâneos, seja para limitá-lo em índices razoáveis, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento, seja para prevenir a chamada gravidez de alto risco". A mudança proposta na Lei das Contravenções Penais buscaria viabilizar a política demográfica do Governo Brasileiro, definida na Conferência Mundial de População de Bucarest, incorporada ao Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, do Ministério da Saúde e presente em declaração do Presidente Figueiredo. Trata-se, assim de "levar adiante os seus programas e métodos de controle da natalidade, que os interesses do País estão a exigir".

Em relação ao Projeto de Lei proveniente da CPI, uma das peças de maior interesse na análise aqui desenvolvida, cabe inicialmente reproduzi-lo para depois tecer alguns comentários.

*"Artigo 1º - Esta Lei, com fundamento no art. 81, itens III e IV da Constituição Federal, estabelece a Política Nacional de População e Planejamento Familiar, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, institui o Programa Nacional de Planejamento Familiar e cria o Conselho Nacional de População e Planejamento Familiar.*

#### **DA POLÍTICA NACIONAL DE POPULAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**Artigo 2º - A Política Nacional de População e Planejamento Familiar tem**

por objetivo permitir que todos os brasileiros, sem qualquer espécie de discriminação, possam decidir, livre e responsabilmente, sobre o número de seus filhos e o espaçamento entre eles, e que possam dar consequência prática à decisão conscientemente tomada, atendidos os seguintes princípios:

*I - A política demográfica brasileira é de domínio soberano do Governo do Brasil. O Governo não aceitará interferências externas, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica;*

*II - O Planejamento Familiar é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental;*

*III - A capacidade de recorrer ao Planejamento Familiar 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.*

**Artigo 3º** - Para os fins previstos nesta Lei, entende-se por:

*I - Paternidade Responsável, a atitude consciente e voluntária do casal, frente ao fenômeno da reprodução humana, refletindo a preocupação de ter apenas o número de filhos que possam ser criados e educados com dignidade, obedecendo ao espaçamento considerado ideal pelo casal e pela ciência;*

*II - Planejamento Familiar, o exercício da Paternidade Responsável, a utilização, voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento necessário à planificação do número de filhos e espaçamento entre uma gestação e outra. O Planejamento Familiar pressupõe o uso dos métodos anticoncepcionais produzidos pela moderna ciência médica;*

*III - Política Populacional, uma política de governo, inserida dentro de uma política geral de desenvolvimento, para o qual se fixam taxas de aumento ou diminuição da população, de acordo com as projeções para o futuro e o número de habitantes considerado ideal para o País, em função da sua realidade sócio-econômica.*

#### **DOS OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE POPULAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**Artigo 4º** - A Política Nacional de População e Planejamento Familiar visa-

rá:

*I - a compatibilização do crescimento populacional brasileiro ao processo de desenvolvimento sócio-econômico do País, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida de sua população;*

*II - o fortalecimento, a todos os indivíduos, das informações e dos meios anticoncepcionais necessários ao exercício do direito humano básico de planejar a família, sem discriminação de qualquer espécie, privilegiando porém as classes menos favorecidas;*

*III - a diminuição da morbi-mortalidade no País, especialmente a morbi-mortalidade materno-infantil;*

*IV - a integração dos grupos sociais ainda marginalizados ao processo de desenvolvimento sócio-econômico;*

*V - o equilíbrio entre os processos de desenvolvimento das diversas regiões do País;*

*VI - a incorporação ao processo de desenvolvimento sócio-econômico dos grandes espaços vazios do País;*

*VII - a promoção do harmônico crescimento dos setores urbano e rural, com reorientação dos grandes fluxos migratórios que, a cada ano, chegam às capitais do Sul/Sudeste.*

#### **DO CONSELHO NACIONAL DE POPULAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**Artigo 5º** - É criado o Conselho Nacional de População, cuja composição, organização e funcionamento serão estabelecidos, em regulamentos, pelo Poder Executivo.

**Artigo 6º** - O objetivo do Conselho Nacional de População é contribuir para o desenvolvimento econômico e social do País, buscando soluções através do equacionamento dos problemas relacionados ao binômio população e desenvolvimento.

**Artigo 7º** - Para o cumprimento dos seus fins, o Conselho Nacional de População formulará planos e programas demográficos populacionais, vincu-

lando-se aos programas de desenvolvimento social e econômico, de acordo com as variações observadas na dinâmica populacional.

**Artigo 8º** - O Conselho Nacional de População será supervisionado diretamente pela Presidência da República e composto por representantes de Instituições Públicas Federais e Entidades Privadas de atuação nacionais e comprovada experiência no campo.

#### **DO PROGRAMA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**Artigo 9º** - Fica instituído, no Brasil, o Planejamento Familiar a ser executado através de um Programa em escala nacional.

**Artigo 10º** - Programa de Planejamento Familiar será supervisionado diretamente pela Presidência da República e coordenado pelo Conselho Nacional de População e Planejamento Familiar.

**Artigo 11º** - O Programa ora instituído terá um componente educacional e um componente assistencial, com vistas a desenvolver e ampliar a consciência da paternidade responsável e atender a população necessitada.

§ 1º - O componente educativo procurará transmitir à população informações científicas, que permitam a tomada de uma decisão consciente e responsável no âmbito da paternidade e o exercício pleno do direito de planejar a família.

§ 2º - O componente assistencial colocará à disposição da população todos os métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados. É facultado ao casal eleger o método anticoncepcional que melhor lhe convier, garantindo-se a livre escolha por motivos de ordem médica, ética ou religiosa.

**Artigo 12º** - Os recursos para a execução do programa de Planejamento Familiar serão assegurados pela União, que poderá complementá-los, recorrendo a organismos de ajuda internacional.

§ 1º - A União poderá repassar parcialmente recursos a insti-

tuições privadas que se encarreguem da execução de parte do Programa Nacional de Planejamento Familiar.

§ 2º - As instituições privadas, que participarem do Programa Nacional de Planejamento Familiar, poderão também buscar recursos em entidades internacionais, desde que tal ajuda não signifique de nenhum modo interferências diretas ou indiretas na política populacional brasileira.

Artigo 13º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

#### JUSTIFICAÇÃO

Conclusões e recomendações da CPI criada pela Resolução nº 1/83 apresentadas, em plenário, em 5 de Dezembro de 1984".

O Projeto dispõe, assim, sobre a criação de uma Política Nacional de População e Planejamento Familiar, estabelecendo princípios referentes à soberania nacional, à liberdade de opção das famílias, e ao oferecimento, por parte do Estado, de condições das famílias pobres planejarem seus filhos. Articula o exercício da paternidade responsável à prática de planejamento familiar, e, tudo isso, a uma política de população, inserida em uma política geral de desenvolvimento. Estas são as diretrizes mais gerais.

Tal política de população e planejamento familiar buscaria ajustar o aumento demográfico brasileiro ao nosso processo de desenvolvimento sócio-econômico, privilegiaria as

populações pobres em relação ao provimento de informações e meios para a contracepção, bem como teria, ainda, objetivos sanitários, sociais e demográficos. Face a todos estes propósitos, o Projeto propõe a constituição de um Conselho Nacional de População para gerir a mencionada política. Este Conselho seria vinculado ao Poder Executivo, supervisionado pela Presidência da República e teria como membros "representantes de instituições públicas e entidades privadas de atuação nacional e comprovada experiência no campo". A Proposição do Senado busca, por fim, estabelecer um Programa Nacional de Planejamento Familiar, que seria coordenado pelo referido Conselho e apresentaria componentes educativos e assistenciais. O primeiro deles, refere-se a educação para a paternidade responsável e para o planejamento familiar, ao passo que o componente assistencial limita-se a colocar à disposição da população métodos anticoncepcionais aprovados cientificamente. Em relação aos recursos para o desenvolvimento de tal Programa, estes seriam originários da União, podendo ser complementados, entretanto, por apoio financeiro de instituições internacionais. O Governo da União poderia, também, repassar recursos para entidades particulares que se inserissem neste Programa, e estas entidades, por sua vez, poderiam ainda carrear recursos estrangeiros para esta finalidade.

Como pode ser observado, o Projeto de Lei do Senado nº 267, de 1984 se inicia apresentando princípios de ordem geral, para seguir se afunilando, gradativamente, na direção de

uma política que tem se chamado, neste trabalho, de planejamento familiar - controle da natalidade. Este afinilamento vai se delineando, ao se definir os objetivos de tal política, a criação do Conselho para administrá-la, bem como o privilegiamento do Programa de Planejamento Familiar. Isto é, fala-se de política de população, mas na realidade, o Projeto é direcionado para o Programa de Planejamento Familiar. Fala-se de compatibilidade entre aumento populacional e desenvolvimento sócio-econômico do País, mas, de fato, se providencia medidas para reduzir o crescimento demográfico. Fala-se de paternidade responsável e de planejamento familiar, mas busca-se, isto sim, a ampliação da contracepção. Procura-se, também, criar um órgão específico para atender as finalidades aí expressar - órgão de natureza vertical e com participação de entidades privadas "de atuação nacional e comprovada experiência no campo". Admite-se, por fim, a entrada de recursos estrangeiros para o Programa de Planejamento Familiar.

Por fim, os objetivos controlistas da natalidade, que aparecem através do exame dos Artigos deste Projeto de Lei, fundamentam-se nos resultados da CPI do Senado, analisados no capítulo anterior.



#### 4. RESUMO E INDAGAÇÕES

#### 4. RESUMO E INDAGAÇÕES

Objetivou-se, através deste primeiro contato com as discussões realizadas no Congresso sobre política de população, controle de natalidade e planejamento familiar, mapear parte da discussão a respeito do tema, bem como apreender o conteúdo e a opinião dos parlamentares sobre a questão.

O mapeamento realizado, nesta etapa da pesquisa, mostrou que houve um relativo interesse, por parte dos Deputados e Senadores, a respeito dessa temática populacional. De fato, foram dedicados a este assunto, no período em estudo, duas Comissões Parlamentares de Inquérito, uma em cada Casa, além de vários eventos organizados pelas Comissões Permanentes, particularmente as de Saúde - palestras, mesas redondas, simpósio e encontro. A preocupação com a referida temática foi responsável, principalmente, pela apresentação, em Plenário, de trinta e um Projetos de Lei (os primeiros deles em 1967), buscando alterar Artigos da Lei das Contravenções Penais e do Código Penal, ou, mesmo incorporar à legislação brasileira alguns dispositivos concernentes à questão.

Em relação ao desenho da atuação parlamentar, ainda, deve-se salientar a participação diferenciada da Câmara e do Senado. Na Câmara se desenvolveu grande parte dos debates na

área, como também se originaram quase todos os Projetos de Lei voltados para o problema. O Senado teve uma atuação diminuta, porém qualitativa - ao se considerar que de lá proveio o Projeto de Lei que acabou por ser aprovado, referente a alteração na Lei das Contravenções Penais, bem como nesta mesma Casa se realizou a mais recente CPI sobre o crescimento populacional, mediante a qual se apresentou conclusões com propósitos bastante definidos.

Quanto a opinião dos Senadores e, sobretudo, dos Deputados que se interessaram pela questão, pode-se afirmar que foi dispendido pela grande maioria destes um certo esforço, durante todos estes anos, no sentido de abrir um espaço para a ampliação das atividades de controle da natalidade-planejamento familiar, no País, ou mesmo da implementação de uma política governamental nesta direção. Tal esforço que se caracteriza, entre os principais aspectos, pela preocupação com a redução da taxa de crescimento populacional, transparece através do relatório final da CPI do Senado e da proposição dela resultante - documentos dos mais elaborados a respeito do assunto - bem como mediante a maior parte dos Projetos de Lei que dizem respeito à assistência à contracepção e aqueles concernentes ao estímulo previdenciário à família com poucos filhos.

Estas tentativas de mudanças na legislação e de incorporação de novos dispositivos legais referentes ao tema obtiveram, até o momento, resultados modestos. Conseguiu-se so-

mente alterar em 1979, após doze anos que entrou em pauta pela primeira vez, o já referido Artigo da Lei das Contravenções Penais concernente ao anúncio de meios para evitar a gravidez. Outros Projetos de teor mais caracteristicamente controlista, entretanto, foram avançando ou, melhor, ousando gradativamente em seus propósitos, como foi visto no capítulo anterior, e alguns deles, inclusive, ainda se encontram em tramitação durante o ano de 1986.

Por fim, no que diz respeito à vinculação partidária dos parlamentares e sua opinião acerca do assunto, percebeu-se através das Proposições analisadas, que tal vinculação não divide posições. Isto é, o conjunto de Projetos de Lei - controlistas e mesmo os poucos não controlistas - provêm de modo mais ou menos equilibrado, principalmente, da ARENA/PDS e MDB/PMDB.

A apreciação destes resultados sugere, nesta etapa da investigação, mais do que respostas, um conjunto de indagações a serem elucidadas em outro momento do estudo da temática. Trata-se não somente de avançar na exploração do material empírico, bem como de se voltar para a compreensão de processo político relacionado a estes acontecimentos. Por ora, ficam as seguintes indagações:

1 - A CPI da Câmara dos Deputados encerrou seus trabalhos em meados de 1968, porém de maneira inconclusiva. É possível que

a instável conjuntura política do País, em vésperas do Ato Institucional nº 5, tenha restringido de algum modo o desenvolvimento dessa Comissão? Ou tal inconclusão foi fruto de pressões de grupos envolvidos com atividades de planejamento - controle de natalidade, face ao conjunto de denúncias ali apresentadas?

2 - Em 1987 constituiu-se a CPI do Senado sobre o crescimento da população. Nesta mesma ocasião se formulou o PAISM, no Ministério de Saúde, definindo uma postura de assistência à saúde da mulher e a reprodução humana - sem metas demográficas. Ao lado do estímulo propiciado pelo pronunciamento do ex-Presidente Figueiredo a respeito, quais arranjos políticos provocaram a criação desta CPI, naquele momento, e quais articulações foram responsáveis por seus resultados? Resultados estes diversos da política que estava sendo delineada naquele Ministério;

3 - Vários Projetos de Lei foram apresentados, principalmente a Câmara dos Deputados, após o PAISM, com objetivos distintos dos estabelecidos nesse Programa. Apesar destas Proposições não terem sido aprovadas, indaga-se em que medida existem grupos de pressão buscando interferir, através do Parlamento, na decisão do Governo Federal, a respeito do tema. Como se situa neste contexto, por exemplo, o grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento?

4 - Aliás, os Projetos de Lei, aqui chamados de favoráveis ao planejamento-controle da natalidade, foram todos arquivados, exceto um deles. A apresentação e, as vezes, reapresentação dessas Proposições em vários momentos do período estudado - desperta o interesse para se investigar não somente a presença de grupos de pressão interessados em aprová-los, como também em grupos interessados em recusá-los.

5 - As Proposições apresentadas à Câmara e ao Senado, sobretudo aquelas que detem uma postura favorável a uma política de planejamento-controle de natalidade, estão distribuídas de modo equilibrado entre parlamentares do MDB/PMDB e ARENA/PDS. Será que este debate não se encontra perpassado pelo corte político-partidário? Será que este tema não se acha, então, presente na agenda dos partidos políticos, e surge, como iniciativa supra-partidária, ou individual?

6 - É necessário esclarecer qual a importância desta discussão na agenda do Congresso em relação a outros problemas de natureza social, bem como porque o assunto foi objeto de maior interesse na Câmara do que no Senado;

7 - É importante perceber se os Deputados e Senadores têm influido no processo decisório, deste tema. Como foi visto no decorrer deste trabalho, entre as iniciativas tomadas no espaço do Congresso, somente uma delas tornou-se norma jurídica. No entanto, é necessário indagar se além do próprio espaço do

Congresso existem outros canais através dos quais os parlamentares podem interferir nas decisões governamentais a este respeito;

8 - Grande parte dos documentos analisados neste trabalho, mesmo aqueles que surgiram nos anos 80, tem utilizado uma argumentação preocupada e, as vezes, até alarmista em relação as taxas de crescimento da população brasileira. Tal argumentação, geralmente, não considera o forte declínio da fecundidade que se vem dando no País, desde meados de 60. Tudo se passa como se os parlamentares não estivessem atualizados quanto a estas informações. Trata-se, então, de uma dificuldade de acesso dos políticos a um determinado saber técnico ou é o caráter ideologizado deste debate que acaba por obscurecer este dado da realidade demográfica?<sup>(11)</sup>

**ANEXOS**



**ANEXO I**  
**RELAÇÃO DO MATERIAL ANALISADO**

**Comissões Parlamentares de Inquérito**

- "Comissão Parlamentar de Inquérito para Estudar a Conveniência ou não de um Plano de Limitação da Natalidade em nosso País" Relatório dos trabalhos realizados. Câmara dos Deputados, 1967/1968.
  
- "Comissão Parlamentar de Inquérito Criada com o Objetivo de Investigar Problemas Vinculados ao Aumento Populacional Brasileiro". Relatório e síntese dos depoimentos. Senado Federal, 1983/1984.

**Palestras, Mesas Redondas, Simpósio e Encontro**

- "Controle da Natalidade e Planejamento Familiar". Palestra de Walter Rodrigues na Comissão de Saúde da Câmara, 1970.
  
- "Problemas Demográficos no Brasil". Palestra de José Thomaz Nabuco na Comissão de Saúde da Câmara, 1972.

- "População e Desenvolvimento". Palestra de Glycon de Paiva na Comissão Saúde da Câmara, 1972.
- "Consequências Médicas Sociais do Aborto e a sua relação com o Planejamento Familiar". Palestra de Walter Rodrigues na Comissão de Saúde da Câmara, 1972.
- "Política Populacional". Mesa Redonda na Comissão de Saúde da Câmara, 1980.
- "Planejamento Familiar e Programa de Assistência à Mulher. Mesa Redonda na Comissão de Saúde da Câmara, 1984.
- "Problemas Demográficos Brasileiros". Simpósio na Comissão de Saúde do Senado, 1979.
- "Encontro Nacional de População e Reprodução Humana". Senado Federal, 1985.

#### Projetos de Lei (PL)

PL da Câmara	nº 241	de 1967.
PL da Câmara	nº 370	de 1967.
PL da Câmara	nº 764	de 1972.
PL da Câmara	nº 1336	de 1973.

PL da Câmara	nº 1700	de 1973.
PL da Câmara	nº 434	de 1975.
PL da Câmara	nº 1341	de 1975.
PL da Câmara	nº 1829	de 1976.
PL da Câmara	nº 3177	de 1976.
PL da Câmara	nº 3189	de 1976.
PL da Câmara	nº 4474	de 1977.
PL da Câmara	nº 2275	de 1979.
PL da Câmara	nº 2866	de 1980.
PL da Câmara	nº 2605	de 1980.
PL da Câmara	nº 3309	de 1980.
PL da Câmara	nº 4227	de 1980.
PL da Câmara	nº 244	de 1983.
PL da Câmara	nº 367	de 1983.
PL da Câmara	nº 416	de 1983.
PL da Câmara	nº 567	de 1983.
PL da Câmara	nº 896	de 1983.
PL da Câmara	nº 2149	de 1983.
PL da Câmara	nº 2199	de 1983.
PL da Câmara	nº 3063	de 1984.
PL da Câmara	nº 3069	de 1984.
PL da Câmara	nº 4763	de 1984.
PL da Câmara	nº 5911	de 1985.
PL da Câmara	nº 6311	de 1985.
PL do Senado	nº 341	de 1978.
PL do Senado	nº 287	de 1979.
PL do Senado	nº 267	de 1984.

## ANEXO II

### OS EVENTOS NAS COMISSÕES PERMANENTES

A Câmara dos Deputados e o Senado Federal desenvolveram algumas reuniões a respeito da temática populacional, sobretudo em suas respectivas Comissões de Saúde. Nestas reuniões, que assumiram formas diversas, convidaram-se especialistas na área e convocaram-se membros do poder executivo responsáveis por programas sobre o assunto, para informar os parlamentares acerca da matéria - política demográfica e planejamento familiar.

Sob este último aspecto, vale a pena salientar que os últimos eventos, já nos anos 80, foram preparados principalmente em resposta às iniciativas do poder executivo, particularmente do Ministério da Saúde, no sentido de propor programas sanitários, que incluíam o atendimento ao planejamento familiar. Acrescente-se a isto, o interesse manifestado a respeito da criação da Comissão de Estudos sobre Direitos Reprodutivos, nesse Ministério, no Encontro sobre População e Reprodução Humana, organizado no Senado. Tratava-se, assim, das referidas Comissões Permanentes ouvirem representantes do poder executivo e escutarem especialistas do assunto, cumprindo deste modo o seu papel regimental de acompanhar as ações do

Governo da União.

Anote-se, por outro lado, em relação ao referido Encontro que houve uma tentativa de abrir espaço no poder executivo, por uma iniciativa, desta vez, da esfera do Legislativo - a proposta de uma política de população e de planejamento familiar originária das conclusões da CPI.

Estas reuniões concentraram-se em dois momentos, como poderá ser observado mais adiante: no início da década de 70, bem como no final desta e no primeiro quinquênio dos anos 80. Nesta parte do trabalho será feito um mapeamento preliminar de tais eventos.

#### **A Discussão na Câmara**

Localizou-se a promoção de seis reuniões, sobre a temática em estudo, na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. A primeira delas foi organizada em junho de 1970 e constou de uma palestra do Professor Walter Rodrigues, Secretário Executivo da BEMFAM, sobre "Controle da Natalidade e Planejamento Familiar". O presidente da Comissão de Saúde, na ocasião, era o Deputado Anapolino Faria e o encontro contou com a presença de assessores do conferencista e de alguns médicos, além da participação de Deputados.

Entre agosto e setembro de 1972, sob a presidência do Deputado Jandúhy Carneiro, a referida Comissão organizou três palestras sobre o tema. O Dr. José Thomaz Nabuco falou a respeito de "Problemas Demográficos no Brasil", questão que abordara em conferência realizada na Escola Superior de Guerra. Estiveram presentes alguns parlamentares, bem como representantes da Secretaria da Saúde do Distrito Federal. O Professor Glycon de Paiva proferiu palestra sobre "População e Desenvolvimento" e sua fala teve audiência de vários Deputados. Glycon de Paiva foi um dos primeiros estudiosos do Brasil a escrever sobre este assunto. Finalmente, o Dr. Walter Rodrigues dissertou sobre as consequências médicas sociais do aborto e a sua relação com o planejamento familiar. Assistiram a sua palestra Deputados, médicos e membros da equipe da BEMFAM.

Em junho de 1980, o Deputado Max Mauro, Presidente da Comissão naquele momento, organizou uma mesa redonda sobre política populacional, face ao anúncio de um programa de planejamento familiar de origem do Ministério da Saúde. Na realidade não se tratava propriamente de um programa de planejamento familiar e sim algumas ações referentes ao assunto, que constava do item "Atenção à Saúde Materno-Infantil", do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, desse Ministério. O Ministério da Saúde expos sua posição através do seu Secretário Geral, Dr. Mozart de Abreu e Lima, e a questão foi discutida em duas reuniões, por debatedores de diversificada contribuição: Dr. Mário Victor de Assis Pacheco, médico, Se-

cretário Geral da Associação Médica do Rio de Janeiro (AMRJ); Dr. Walter Rodrigues; Dr. Elisimar Coutinho, médico professor de Reprodução Humana, da Faculdade de Medicina da UFBA; Manoel Augusto Costa, demógrafo, pesquisador do IBGE; José Alberto Magno de Carvalho, demógrafo, Coordenador do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), da UFMG; D. Luciano Mendes de Almeida, Secretário Geral da CNBB; Cândido Procópio Ferreira de Camargo, Presidente da Associação de Sociólogos do Estado de São Paulo (ASESP) e Diretor do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); Paulo Israel Singer, economista e pesquisador do CEBRAP; Senadora Eunice Michelles, professora; e, Senador Jaison Barreto, médico. A reunião teve, ainda, a participação de médicos, religiosos, membro da BEMFAM, além de alguns Deputados.

Finalmente, a Comissão de Saúde da Câmara Federal realizou, em maio de 1984, a mesa redonda intitulada "Planejamento Familiar e Programa de Assistência à Mulher". Buscava-se, através desta reunião, retomar a temática do planejamento familiar tantas vezes já debatido naquela Casa, como também focalizar especificamente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que iniciava sua implantação, naquele momento. Sob a presidência do Deputado Carlos Mosconi, esta mesa redonda reuniu: o Dr. Mário Schiavo, representante da BEMFAM; o Padre Dagoberto Boin, representante da CNBB; a Deputada Cristina Tavares, do PMDB; além da Dra. Eliana Tadei, Coordenadora do PAISM e do Dr. Mozart de Abreu e Lima, do Ministério da

Saúde. Participaram do debate diversos Deputados.

### **A Discussão no Senado**

No Senado Federal encontrou-se material correspondente a duas atividades na área de política populacional - planejamento familiar: o Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros, bem como o Encontro Nacional de População e Reprodução Humana.

O Simpósio aconteceu nos dias 3, 4 e 5 de outubro de 1979, sendo coordenado pelo Presidente da Comissão de Saúde, o Senador Gilvan Rocha. Este evento que teve uma participação significativa de dirigentes de organismos de planejamento familiar e de representantes de entidades da categoria médica, foi assistido por um amplo auditório e seus anais publicados por essa Casa. Segue-se, abaixo, a listagem dos expositores: Dr. Hélio Aguinaga, médico e Diretor Presidente do Centro de Pesquisas de Assistência Integrado à Mulher e a Criança (CEPA-IMC); Dr. Milton Nakamura, médico e Diretor do Centro Materno Infantil de São Paulo; Dr. Roberto Martins Alcântara, médico, Consultor da BEMFAM; Dra. Flórida Acioli Rodrigues, socióloga, Coordenadora dos Projetos Especiais da BEMFAM; Dr. Márcio Ruiz Schiavo, Comunicador Social, Coordenador do Departamento de Informação e Educação de Base da BEMFAM; Dr. Pedro Kassab, médico, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB); Dr.



Carlos Gentille de Mello, médico-sanitarista, Vice-Presidente da AMB; Dr. Mário Victor de Assis Pacheco, médico, Secretário Geal da AMB; Dr. João Carlos Serra, médico, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro; Dr. Rubens Vaz da Costa, economista, Secretário de Estado do Planejamento de São Paulo; Padre David Regan, representante da CNBB; e Senadora Eunice Michilles.

O Encontro Nacional sobre População e Reprodução Humana foi realizado sob a presidência do Senador Mário Maia, em outubro de 1985. Inicialmente, sua finalidade era ouvir o Ministro da Saúde, Carlos Sant'Anna, sobre o PAISM e sobre a Comissão de Estudos sobre Direitos Reprodutivos, que tinha sido recentemente criada nesse Ministério. A reunião objetivava, também, entregar ao dirigente dessa Pasta as conclusões da CPI destinada a investigar o aumento populacional brasileiro, já focalizada neste Relatório. Embora o Ministro Carlos Sant'anna não tivesse podido comparecer ao evento, as conclusões dessa Comissão Especial tornaram-se públicas mediante a leitura de seu parecer, que a propósito acabou por canalizar grande parte do debate nesta reunião. O Encontro teve a professora Ana Maria Mendonça em sua coordenação, e como debatedores o Dr. José Lailson de Barros Leal, Presidente da Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, bem como o Dr. Elsimar Coutinho, Presidente da Associação Brasileira de entidades de Planejamento Familiar (ABEPF). Recebeu, ainda, uma participação ativa de um diversificado auditório.

## NOTAS

- (1) - Os dados da PNAD-84 mostram que a fecundidade continuou declinando, nestes primeiros anos de 1980. A taxa de fecundidade total para aquele ano era da ordem de 3,5 filhos por mulher.
- (2) - Entre os autores que focalizam a posição do Governo Brasileiro face ao tema política populacional - planejamento familiar encontram-se: Berquó, 1986; Camargo, 1982; Canesqui, 1985; Martine e Faria, 1986; McDonough e Souza, 1984; Rocha, 1979; Rossato, 1981.
- (3) - É nesta mesma linha de preocupação com a reprodução humana, com a saúde da mulher e com o planejamento familiar que é constituído nesse mesmo Ministério, em 1985, a Comissão de Estudos sobre Direitos Reprodutivos. Ver BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985a.
- (4) - Muitos aspectos dessa Conferência Mundial de População, bem como da participação da delegação brasileira são relatados nos trabalhos de Berquó, 1986 e Castro et alii, 1984.
- (5) - Algumas destas questões são abordadas, também por Bar-

roso, 1984; Cardoso, 1983; Hakkert e Gondim, 1984; Marti  
ne e Faria, 1986.

- (6) - Ver a respeito de "sistema decisório" em MARTINS. Segundo este autor "é a arena política onde as reivindicações são convertidas em iniciativas, e onde estas últimas recebem a sanção política que as transformam em decisões".
- (7) - Através da pesquisa "Política Demográfica e Reprodução Humana: um estudo sobre o debate parlamentar", em fase inicial de desenvolvimento, busca-se exatamente ampliar e aprofundar alguns aspectos apontados no presente trabalho. Interessada em analisar o mesmo tema, no mesmo espaço e no mesmo período, objetiva-se desta vez seguir mais adiante na compreensão do problema, visando entender, basicamente, como se realizam as decisões ou não decisões nesta instância do sistema decisório. Busca-se apreender, deste modo, não somente como o tema se processa no interior do próprio Congresso, bem como na relação entre o Parlamento e a Sociedade Civil e o Parlamento e o Poder Executivo. As características de todos estes processos vão estar relacionadas, de fato, a conjunturas políticas mais abrangentes, que serão delineadas através de um procedimento teórico-metodológico que compreende o objeto de estudo em seu contexto histórico e social.

- (8) - Levantamento realizado após a conclusão deste Relatório mostrou que os Projetos de Lei em tramitação foram arquivados em fevereiro de 1987. Apareceram ainda no ano de 1986 duas Proposições referentes ao assunto: o PL 8073, de autoria do Deputado Nilson Gibson (PMDB/PE), cuja ementa propõe "Dá nova redação ao artigo 128 do código Penal (estabelecendo nova figura penal, em relação ao aborto, na forma de induzir, instigar ou oferecer meios para a gestante consentir ou provocar aborto e punindo também os que publicam artigos, pesquisas ou livro que ensinem a prática do aborto e difundam o uso de anticoncepcionais)"; e o PL 8175, de autoria do deputado João Marques (PMDB/PA), cuja ementa propõe "obrigar ao INAMPS, quando solicitado, atender as pacientes que desejam se submeter a operação cirúrgica de salpingectomia". Ambos os Projetos foram arquivados, também, naquela ocasião.
- (9) - Devido a reformulação partidária de 1980 - em meio ao período estudado nesta pesquisa - que transformou a ARENA em PDS e o MDB em PMDB, além de tornar possível a criação de novos partidos políticos, este Relatório se refere aos parlamentares como pertencentes ora a ARENA ora ao PDS, bem como ora ao MDB ora ao PMDB.
- (10)- No levantamento realizado após a conclusão deste Relatório, já referido anteriormente, localizou-se em dezem-

bro de 1986 o Projeto de Lei 269 de autoria do Senador Cid Sampaio (PMDB-PE), cuja ementa propõe "instituir a anticoncepção cirúrgica voluntária e determina outras providências".

- (11)- Esta colocação se beneficiou de discussão travada no Grupo de Trabalho "População e Sociedade no Brasil", no XI Encontro Anual da ANPOCS. Águas de São Pedro, 1987.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROSO, Carmen. 1984. "Esterilização feminina: liberdade e opressão". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 18:170-80
- BERQUÓ, Elza e MERRICK, Thomas. 1983. *The determinants of Brazil's recent decline in fertility*. Washington D.C., National Academy Press.
- BERQUÓ, Elza. 1986. "Alguns esclarecimentos sobre o planejamento familiar no Brasil". In: Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo. Campinas, TEXTOS NEPO 6, p.8-17.
- BRASIL CÂMARA DOS DEPUTADOS. 1970. Relatório dos Trabalhos Realizados da Comissão Parlamentar de Inquérito para Estudar a Conveniência ou não de um Plano de Limitação da Natalidade em nosso País. Diário do Congresso Nacional, Seção I, Suplemento nº 117, 23 de setembro, 1970.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. 1986. Resolução nº 123/INAMPS, de 27 de maio.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1985a. Portaria nº 636, de 05 de setembro.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1985b. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de uma ação programática*. Brasília Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE et alii. 1980. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE (Anteprojeto). Brasília, agosto.

BRASIL SENADO FEDERAL. 1984. Relatório e Síntese dos Depoimentos da Comissão Parlamentar de Inquérito Criada com o Objetivo de Investigar Problemas Vinculados ao Aumento Populacional Brasileiro. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal.

BRASIL SEPLAN. 1984. *1º PND da Nova República 1986-1989*. (Projeto). Brasília, novembro.

CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira. 1982. "Política Populacional". São Paulo, Anais do Terceiro Encontro Nacional da ABEP, p. 85-99.

CANESQUI, Ana Maria. 1985. "Planejamento familiar nos planos governamentais". *Rev. Brasil. Est. Pop.*, Campinas, v2 nº2, Jul/Dez, p. 1-20.

CARDOSO, Ruth. 1983. "Planejamento Familiar: novos tempos". *Novos Estudos*, São Paulo 2(3):2-7.

CORDEIRO, Hésio. 1986. Entrevista concedida à Revista Isto É São Paulo, 25 de junho.

CASTRO, Cláudio de Moura; MARTINE, George; CAMARGO, Liscio. 1984. O planejamento familiar no Brasil após a Conferência do México. mimeo.

FARIA, Vilmar e SILVA, Pedro Luiz Barros. 1983. Transformaciones Estructurales, Políticas Sociales y Dinámica Demográfica: discusión de un caso. Brasil 1950/1980. In: Memórias del Congresso Latinoamericano de Población y Desarrollo. México, p. 1009-1060.

FOLHA DE SÃO PAULO. 1987. 27 de janeiro, p. A-16.

HAKKERT, Ralph e GONDIM, Linda. 1984. "A esquerda brasileira e a questão populacional: uma abordagem crítica". *Dados*, Rio de Janeiro, 27(2):145-173.

MARTINS, Luciano. Prelo. *Poder e desenvolvimento econômico - estrutura de poder e sistemas de decisões no Brasil*.

MARTINE, George e FARIA, Vilmar. 1986. "Contexto social da política e da pesquisa em população no Brasil". *Rev. Bras. Est. Pop.*, Campinas, v3 nº 1, Jan/Jun, p. 1-24.



McDONOUGH, Peter e SOUZA, Amaury. 1984. *A política de população no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. 1979. Um estudo sobre o neomalthusianismo no Brasil (1965-1970). Dissertação de mestrado apresentada à FFLCH/USP. mimeo.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. 1985. "A questão do planejamento familiar". Rio de Janeiro, Seminário sobre Direitos da Re produção Humana-ALERJ/OAB-RJ, p. 54-60.

ROSSATO, Ricardo. 1981. *O governo brasileiro e o crescimento demográfico*. São Paulo, Loyola.

## PUBLICAÇÕES NEPO

- TEXTOS NEPO 1** - *Questões Demográficas no Período Cafeeiro em São Paulo.*  
**autora:** Maria Coleta F.A.Oliveira
- TEXTOS NEPO 2** - *Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro (Relatório de Pesquisa)*  
**autores:** John Marion Sydenstricker  
 Maria Isabel Baltar da Rocha  
 Ralph Hakkert
- TEXTOS NEPO 3** - *Alguns Problemas Teórico-Methodológicos dos Estudos de População na América Latina*  
**autores:** João Carlos Duarte  
 Lilia T. Montali  
 Maria Coleta F.A. Oliveira  
 Neide Lopes Patarra
- TEXTOS NEPO 4** - *Malthus x Marx: falso encanto e dificuldade radical*  
**autor:** Francisco de Oliveira
- TEXTOS NEPO 5** - *Café, Ferrovia e População: Processo de Urbanização em Rio Claro*  
**autores:** Daniel J. Hogan  
 Maria Coleta F.A. Oliveira  
 John Marion Sydenstricker
- TEXTOS NEPO 6** - *Sobre o Declínio da Fecundidade e a Anti-concepção em São Paulo: Análise Preliminar*  
**autora:** Elza S. Berquó



- TEXTOS NEPO 7** - *A Fecundidade no Colonato de São Paulo no início do Século XX: Uma Aplicação do Método dos Filhos Próprios*  
**autor:** Ralph Hakkert
- TEXTOS NEPO 8** - *Família e Força de Trabalho no Colonato. Subsídios para Compreensão da Dinâmica Demográfica no Período Cafeeiro.*  
**autora:** Maria Silvia C.B. Bassanezi
- TEXTOS NEPO 9** - *Estudo da dinâmica Demográfica da População Negra no Brasil*  
**autoras:** Elza S. Berquó  
Alícia M. Bercovich  
Estela Maria Garcia
- TEXTOS NEPO 10** - *Repensando a Transição Demográfica: Formulações, Críticas e Perspectivas de Análise*  
**autores:** Neide Lopes Patarra  
Carlos Eugênio C. Ferreira
- TEXTOS NEPO 11** - *Nupcialidade da População Negra no Brasil*  
**autora:** Elza Berquó
- Fecundidade da Mulher Negra: Constatações e Questões*  
**autora:** Alícia M. Bercovich
- Mortalidade Infantil da População Negra Brasileira*  
**autora:** Estela Maria Garcia Tamburo

**TEXTOS NEPO 12 - *Dinâmica Demográfica e Poluição Ambiental***  
**organizador:** Daniel J. Hogan

**TEXTOS NEPO 14 - *Mercantilização e Urbanização em São Paulo***  
(no prelo) **autora:** Maria Coleta F.A. Oliveira

***Anais do Seminário Latino-Americano de População e Saúde, vol***  
***I e II.***

**organizadoras:** Elza Berquó  
Neide Patarra