

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**  
Escola Nacional de Ciências Estatísticas

**Textos para discussão**  
**Escola Nacional de Ciências Estatísticas**  
**número 21**

# **AS POLÍTICAS POPULACIONAIS E O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL**

**JOSÉ EUSTÁQUIO DINIZ ALVES**

Rio de Janeiro

2006

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**

Av. Franklin Roosevelt, 166 - Centro - 20021-120 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ISSN 1677-7093

**Divulga estudos e outros trabalhos técnicos desenvolvidos pelo IBGE ou em conjunto com outras instituições, bem como resultantes de consultorias técnicas e traduções consideradas relevantes para disseminação pelo Instituto. A série está subdividida por unidade organizacional e os textos são de responsabilidade de cada área específica.**

*ISBN 85-240-3895-0*

© IBGE. 2006

**Impressão**

Gráfica Digital/Centro de Documentação e Disseminação de Informações – CDDI/IBGE, em 2004.

**Capa**

Gerência de Criação/CDDI

---

**Alves, José Eustáquio Diniz**

As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil / José Eustáquio Diniz Alves. - Rio de Janeiro : Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

52p. - (Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ISSN 1677-7093 ; n. 21)

Inclui bibliografia.

*ISBN 85-240-3895-0*

1. Planejamento familiar – Brasil. 2. Planejamento familiar – América Latina. 3. Brasil – Política populacional. 4. América Latina – Política populacional. 5. Direitos das mulheres – Brasil. 7. Direitos das mulheres – América Latina I. Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Brasil). II. Título. III. Série.

Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais CDU 314.336(81)  
RJ/2006-20 DEM

---

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. AS POLÍTICAS POPULACIONAIS: DEFINIÇÕES .....	7
2.1. Políticas que afetam os três componentes da dinâmica demográfica e a nupcialidade: .....	10
2.2. Políticas que buscam alterar o ritmo do crescimento demográfico:.....	12
2.3. Níveis de aplicação das políticas populacionais:.....	13
2.4. O caráter público ou privado das políticas populacionais:.....	13
2.5. Políticas populacionais explícitas e implícitas:.....	14
2.6. Políticas populacionais intencionais e não-intencionais: .....	14
2.7. Políticas populacionais proativas ou reativas: .....	15
2.8. O “modelo sueco” versus o “modelo chinês”: .....	15
3. AS POLÍTICAS POPULACIONAIS NA AMÉRICA LATINA .....	16
4. AS POLÍTICAS POPULACIONAIS NO BRASIL.....	19
5. O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: 1964-1979 .....	24
6. O MOVIMENTO FEMINISTA E A SAÚDE INTEGRAL E REPRODUTIVA.....	27
7. O PLANEJAMENTO FAMILIAR: DO PAISM À LEI 9.263/96 .....	29
8. DIREITOS REPRODUTIVOS E A CONFERÊNCIA DO CAIRO .....	33
9. O DEBATE SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR E DIREITOS REPRODUTIVOS NO GOVERNO LULA: 2003 e 2004 .....	36
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
ANEXO .....	50

# RESUMO

Este texto apresenta um panorama das políticas populacionais e do planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Inicialmente apresentam-se algumas definições sobre as políticas populacionais e um quadro sintético sobre as finalidades e as abrangências destas políticas. O panorama geral da América Latina serve para contextualizar o quadro regional em que o Brasil está inserido. A maior parte do texto dedica-se a acompanhar as políticas populacionais no Brasil, com ênfase para o século XX, especialmente as quatro últimas décadas. Foi dado destaque para a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e para a questão dos direitos reprodutivos. Finalmente, apresenta-se um panorama do debate recente sobre o planejamento familiar no Brasil durante os três anos e três meses do governo Lula.

# ABSTRACT

This paper presents a scenario of population policies and family planning in Latin America and Brazil. Initially, it presents some definitions of population policies and a synthetic table concerning the purposes and the scopes of these policies. The general panorama in Latin America serves to contextualize the regional picture in which Brazil is inserted. Greater part of the text is devoted to follow the population policies in Brazil, with emphasis in the XX Century, especially the last four decades. It was given prominence to the International Conference of Population and Development, carried out in Cairo in 1994 and to the issues of reproductive rights. Finally, it presents a scenario of the recent debate on family planning in Brazil during the first two years of Lula's government.

# 1. INTRODUÇÃO

*“Com a expressão **vita activa**, pretendo designar três atividades humanas fundamentais: labor, trabalho e ação (...) As três atividades e suas respectivas condições têm íntima relação com as condições mais gerais da existência humana: o nascimento e a morte, a natalidade e a mortalidade (...) O labor e o trabalho, bem como a ação, têm também raízes na natalidade, na medida em que sua tarefa é produzir e preservar o mundo para o constante influxo de recém-chegados que vêm a este mundo na qualidade de estranhos, além de prevê-los e levá-los em conta. Não obstante, das três atividades, a ação é a mais intimamente relacionada com a condição humana da natalidade; o novo começo inerente a cada nascimento pode fazer-se sentir no mundo somente porque o recém-chegado possui a capacidade de iniciar algo novo, isto é, de agir”<sup>1</sup>*

O objetivo deste texto é abordar o controverso tema das políticas populacionais, não de maneira exaustiva, mas sim como uma revisão da bibliografia e do debate recente sobre o assunto. Pretende-se discutir três questões: 1) o que é uma política populacional, especificamente na área da natalidade; 2) quais as diferenças entre política populacional, planejamento familiar, controle da natalidade e regulação da fecundidade; 3) discutir a situação dos direitos reprodutivos frente às ameaças do conservadorismo moral e do fundamentalismo religioso. Não se tem a pretensão de responder todas as questões levantadas e nem cobrir todas as possibilidades existentes de políticas populacionais. A pretensão é bem menor, trata-se apenas formular perguntas e pontuar questões para ajudar no debate sobre os problemas populacionais neste início do século XXI.

O tema políticas populacionais é controverso e tem fortes marcas ideológicas. É um tema cercado de tabus. Exatamente por conta disto, os demógrafos buscam contornar o assunto ou situá-lo em contextos específicos das políticas públicas, particularmente da política de saúde. Durante cerca de 200 anos, desde fins do século XVIII, houve um acirrado debate sobre políticas populacionais controlistas e natalistas. Mas na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994, houve uma mudança de paradigma com a introdução do conceito de direitos reprodutivos. O objetivo deste texto é refletir e colocar questões sobre as políticas populacionais na América Latina e no Brasil neste início do século XXI

---

<sup>1</sup> ARENDT, Hannah, A Condição Humana, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2003, p. 15, 16 e 17

e também discutir como a noção de direitos reprodutivos pode contribuir para a superação do “paradigma de Huntington”<sup>2</sup> (Caetano et al., 2004).

A questão das políticas populacionais no Brasil, ao longo das três últimas décadas do século XX, ficou muito contaminada por uma associação espúria entre política populacional, planejamento familiar e controle da natalidade. Entretanto, estes três conceitos não são sinônimos. Um política populacional refere-se aos três componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, natalidade e migração. Planejamento familiar, um termo ambíguo e que serve a vários propósitos, tem a ver com idade ao casar e do primeiro filho, espaçamento das gestações, “parturição por terminação” e métodos de concepção e contracepção. O controle da natalidade, mesmo sendo um direito do ponto de vista individual, se torna uma forma coercitiva de planejamento familiar se for adotado como exigência do Estado.

Martine e Camargo já advertiam há 20 anos atrás: “No decorrer das últimas duas décadas, diversos aspectos da questão populacional têm sido amplamente debatidos mas, na maioria das vezes, tem faltado profundidade e objetividade a essa discussão. Interesses políticos, econômicos e ideológicos, a nível nacional como internacional, têm impedido a maturação de avaliações mais adequadas quanto à inter-relação entre população, desenvolvimento e bem estar ou quanto às implicações dessa inter-relação para a formulação de políticas” (1984, p. 129).

## 2. AS POLÍTICAS POPULACIONAIS: DEFINIÇÕES

Para Aristóteles, o ser humano é um animal social (*zoon politikon*). A política surge nos Estados organizados (*polis*) que admitem ser um agregado de muitos membros, e não uma simples família, tribo, religião, interesse ou tradição. A política surge da aceitação do fato da existência simultânea de diferentes grupos e, conseqüentemente, de diferentes interesses e tradições, dentro de uma unidade territorial que necessita ser regida por uma lei comum. O bem supremo da política é buscar “a maior unidade possível de toda a *polis*” (Crick, 1981). A política nacional é a atividade por meio da qual os interesses divergentes são conciliados, dentro de um determinado território, com vistas à obtenção da maior satisfação da coletividade. A política internacional é a atividade que busca conciliar os interesses internacionais e as relações inter-Estados.

Segundo o Dicionário de Ciências Sociais (1987), a política é: a) uma atividade livre, não sujeita a normas jurídicas; b) uma atividade polêmica, ou uma decisão que concilia posições conflitantes; c) união que se manifesta como poder normativo; d) um poder sobre uma ordem vinculadora que se formaliza através das normas jurídicas; e) orientação para a realização de fins e para a seleção dos meios adequados. O mesmo dicionário define da seguinte maneira a política populacional:

---

<sup>2</sup> Trata-se do amplamente divulgado paradigma sobre o “Choque de Civilizações”.

*“Denomina-se comumente política populacional o conjunto de medidas destinadas a modificar o estado de uma população de acordo com interesses sociais determinados. Tal modificação se refere tanto às mudanças no volume e no ritmo de aumento (ou decréscimo) da população, quanto à distribuição e densidade desta dentro de um território dado, assim como também à sua composição qualitativa e quantitativa em relação a atividades específicas. Quanto aos interesses sociais, consistem em fazer cada vez mais extensiva a participação dos grupos sociais majoritários nos benefícios do desenvolvimento econômico e social” (p. 923).*

Segundo o Dicionário de Economia (1985) a política populacional é:

*“Conjunto de procedimentos que objetivam alterar elementos da dinâmica populacional, ou seja, as taxas de natalidade, mortalidade e migração. Esses procedimentos visam basicamente ao tamanho da população e a sua distribuição etária e geográfica, procurando integrá-los às metas de desenvolvimento do país. Na maioria dos casos, entretanto, a política populacional está ligada quase exclusivamente ao controle da natalidade. O interesse pela questão é devido ao crescimento demográfico acelerado constatado em determinadas regiões, especialmente as subdesenvolvidas (...) No Brasil, não há uma política populacional clara, embora se observe uma tendência pró-natalista em várias leis, como a do salário-família, as de proteção da trabalhadora gestante, as do auxílio-natalidade e auxílio-maternidade, e a proibição do aborto” (p. 336).*

Uns dos primeiros demógrafos brasileiros a publicar sobre políticas populacionais foi Cândido Procópio Ferreira de Camargo que, escrevendo na época dos governos militares e na ausência de um Estado de Direito no país, assim colocou a questão:

*“Definidas em seu sentido lato, políticas populacionais correspondem a intenções e ações do Estado e de instituições variadas visando a alterar, em um dado momento do tempo, as tendências dos fatores demográficos dinâmicos e influenciar, desta maneira, o número, a composição e a distribuição da população. Não se pode, igualmente, ignorar o essencial conteúdo social e ideológico da orientação assumida pela política populacional. Na realidade, somente ocorre política populacional quando setores hegemônicos da sociedade definem como desfavoráveis e inconvenientes tendências demográficas observadas e determinadas, sem intervenções voluntárias e explícitas, por fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais. Visam, portanto, as políticas populacionais alterar o comportamento dos fatores dinâmicos – no caso em estudo, a fecundidade – de modo a conseguir um ritmo de crescimento da população considerado desejável face ao desenvolvimento das forças produtivas, das necessidades de mão-de-obra e dos óbices econômicos das chamadas despesas demográficas” (Camargo, 1982, p. 86).*

Nota-se assim vários elementos nas definições acima relacionadas. A política é entendida como um processo por meio do qual interesses são transformados em objetivos e os objetivos são conduzidos à formulação de tomada de decisões. As políticas populacionais ocorrem através de ações voltadas para a dinâmica demográfica visando o bem público e o acesso da população às fontes de emprego, ao sistema de educação, aos programas de saúde e outros direitos econômicos, sociais e culturais. As

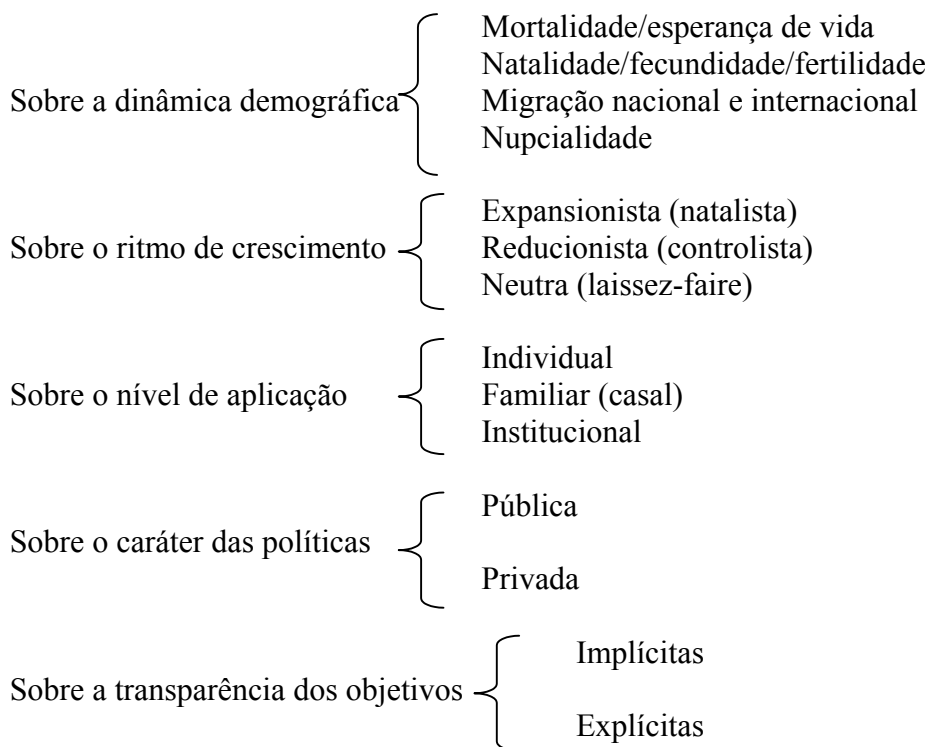


políticas populacionais podem ter um caráter ex post, ou serem concebidas ex ante, isto é, como medida preventiva que atendesse à eventualidades futuras mais ou menos previsíveis. Contudo, as políticas têm a ver com quem manda, por que manda e como manda. Elas não são abstratas, mas sim sociais e históricas. Desta forma, as ações e os discursos políticos referentes à população não estão isentos de uma forte carga doutrinária e ideológica.

Numa primeira aproximação, podemos definir as políticas populacionais como sendo aquelas ações (proativas ou reativas) realizadas por instituições (públicas ou privadas) que afetam ou tentam afetar a dinâmica da mortalidade, da natalidade e das migrações nacionais (e/ou internacionais), ações essas que buscam influenciar as taxas de crescimento demográfico (positivo ou negativo) e a distribuição espacial da população. As políticas populacionais podem ser intencionais ou não-intencionais, explícitas ou implícitas, democráticas ou autoritárias e podem ser definidas ao nível macro-institucional ou micro (indivíduos e famílias). Elas sintetizam poder, conflitos e finalidades.

O quadro 1 apresenta um esboço da abrangência, do caráter, dos meios e dos níveis das políticas populacionais. Evidentemente, nem sempre estas questões estão colocadas de maneira clara na legislação. Além disto, existem países que não possuem uma política populacional explícita e intencional. Mas, mesmo que haja neutralidade em relação às metas demográficas a serem alcançadas, dificilmente as políticas sociais de um país deixam de ter, em um sentido ou noutro, algum efeito sobre a dinâmica demográfica.

### Quadro 1: POLÍTICAS POPULACIONAIS



Sobre a finalidade dos propósitos	}	Intencionais/antecipadas (stricto sensu)
		Não-intencionais/não-antecipadas (lato sensu)
Sobre a tempestividade das ações	}	Proativa (prevenir)
		Reativa (remediar)
Sobre o caráter da implantação	}	Democrática/consensual (“modelo sueco”)
		Autoritária/coercitiva (“modelo chinês”)

## 2.1. Políticas que afetam os três componentes da dinâmica demográfica e a nupcialidade:

Quanto à mortalidade: as políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade e para a elevação da esperança de vida da população contam com o apoio e a simpatia geral das pessoas e das instituições de todos os países do mundo. Combater a morte, defender a vida e aumentar e melhorar as condições de sobrevivência dos povos é um objetivo que vem sendo almejado ao longo da história da humanidade, mas que só começou a apresentar ganhos significativos, nos países desenvolvidos, nos últimos 200 anos e, nos países subdesenvolvidos, nos últimos 60 ou 70 anos. Para obter vitórias sobre a mortalidade (infantil, materna, adultos, etc.) evitando ou reduzindo as doenças, as epidemias, as más condições ambientais, a fome, a desnutrição, etc. os indivíduos, as famílias, as instituições da sociedade civil e os governos desenvolveram uma série de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, habitação, saneamento, assistência social, etc. Estas políticas visam avançar com a cidadania, os direitos humanos e o bem-estar da população. Elas, geralmente, não são classificadas como políticas populacionais explícitas e intencionais, mas possuem evidentes resultados demográficos não-antecipados. Tomada de forma isolada, poderia-se pensar que as políticas visando a redução da mortalidade seriam uma forma de propiciar a expansão da população. Contudo, a norma é não tratar estas políticas como parte de objetivos políticos-demográficos, mas sim como objetivos de direito à vida. Atualmente, o combate à epidemia da AIDS tem mobilizado esforços nacionais e internacionais.

Quanto à migração: muitas migrações acontecem a partir de decisões de indivíduos, casais, famílias ou redes de parentesco ou amizade. Mas também existem migrações que são estimuladas por políticas populacionais explícitas dos governos e das nações. Depois das descobertas de Colombo (1492) e Cabral (1500), Portugal e Espanha, para citar dois casos, tiveram uma política de ocupação populacional de emigração para a colonização de suas colônias. Por outro lado, os países latinoamericanos, após suas independências, tiveram uma política populacional de imigração. O Brasil, por exemplo, criou vários incentivos estatais para atrair imigrantes europeus e japoneses após o fim da escravidão em 1888. (inclusive com objetivos

eugênicos de “branqueamento” da população). Internamente, também houve várias políticas visando a redistribuição espacial da população já que os portugueses foram incapazes de povoar o interior do Brasil ficando concentrados no litoral “arranhando as costas como caranguejos”<sup>3</sup>. Nesse sentido, a transferência da Capital Federal para o Planalto Central, definida desde a Constituição de 1891, não deixa de ser uma política de redistribuição da população e de ocupação do interior do país. A construção de Brasília foi definida no governo JK, período em que prevalecia o Estado de Direito no país. Já no regime militar, várias políticas de ocupação da fronteira e dos “espaços vazios”<sup>4</sup> foram definidas de forma autoritária como a construção da rodovia Transamazônica e vários projetos de colonização da região Norte. A política de população, para Martine e Carvalho (1984), tem um forte componente relacionado à migração: *“Este conceito envolve aspectos relacionados não somente com o ritmo de crescimento (i.e – a interação entre taxas de natalidade e mortalidade) mas, sobretudo, com a distribuição da população no espaço”* (p. 131).

Quanto à natalidade: na luta pela sobrevivência da espécie, as sociedades humanas se organizaram para garantir taxas de natalidade maiores que as taxas de mortalidade. No longo prazo, aquelas que conseguiram este feito sobreviveram e as que não conseguiram desapareceram. Existem muitas evidências de sociedades que desapareceram, como aquela existente na ilha de Páscoa, no sul do oceano Pacífico. Como na maior parte da história humana as taxas de mortalidade sempre foram muito altas, a maioria das sociedades também mantinham altas taxas de natalidade. Além, disto as populações humanas eram muito pequenas e existiam continentes inteiros quase desabitados. Assim, não é de se estranhar que a ocupação dos territórios e a expansão populacional eram objetivos estabelecidos pelos povos das mais diferentes sociedades. Políticas (explícitas ou implícitas) de apoio à natalidade sempre fizeram parte da história humana. Políticas (explícitas ou implícitas) de redução da natalidade são ações recentes na história (especialmente nos últimos 200 anos) e só começaram a serem implantadas após a redução das taxas de mortalidade. Este ponto será abordado em um item separado deste texto, dado à complexidade das questões envolvidas nas políticas de controle ou expansão da natalidade.

Quanto à nupcialidade: o casamento heterossexual indissolúvel é uma instituição que vem de tempos imemoráveis. Devido às necessidades de se obter uma alta fecundidade, no tempo em que as taxas de mortalidade eram muito elevadas, as sociedades se organizavam incentivando o casamento precoce e desestimulando as rupturas matrimoniais. As igrejas sempre estiveram na linha de frente da defesa do casamento indissolúvel e monogâmico. Algumas permitiam ou toleravam a poliandria, mas proibiam e perseguiram a poliginia. Com a separação entre Estado e Igreja, passou a

---

<sup>3</sup> Escrevendo a primeira História do Brasil, em 1627, Frei Vicente do Salvador lamentava o caráter predatório da colonização e o fato de que os portugueses tinham sido até então incapazes de povoar o interior da nova terra, “arranhando as costas como caranguejos” (Fausto, 1995, p.91)

<sup>4</sup> Espaço vazio é uma expressão com forte conteúdo ideológico, pois geralmente nenhum espaço é vazio do ponto de vista ambiental. Como disse Gilberto Gil na canção, de 1974, Copo Vazio: “É sempre bom lembrar/Que um copo vazio/Está cheio de ar”. Em

<[http://www.gilbertogil.com.br/disconew/letras\\_0.htm](http://www.gilbertogil.com.br/disconew/letras_0.htm)>

existir o casamento civil, mas eram comuns as proibições ao desquite e ao divórcio. No Brasil, o divórcio só se tornou legal em 1977, quase 500 anos depois da descoberta do país. Em quase todo mundo se tem uma grande resistência aos novos arranjos familiares tais como pessoas vivendo sozinhas, mães criando filhos sem a presença dos pais, crescimento da incidência de nascimentos fora do casamento, maior número de mulheres chefes de família, etc. No início do século XXI, uma questão que tem estado presente na mídia mundial é a do “casamento gay”, ou seja, do casamento entre pessoas do mesmo sexo. As resistências são muitas, principalmente das Igrejas e das forças sociais que defendem o conservadorismo moral que vêem o casamento como uma união heterossexual com finalidade generativa/reprodutiva.

## **2.2. Políticas que buscam alterar o ritmo do crescimento demográfico:**

Política populacional expansionista e natalista: as políticas populacionais expansionistas predominaram na maior parte da história da humanidade, como vimos no item anterior. As Igrejas e o Estado foram as principais instituições promotoras da expansão populacional. Obviamente, o expansionismo populacional e a colonização de povos e regiões favoreciam determinadas elites econômicas e políticas em cada local e momento da história. Na América Latina, isto é, na América pós-colombiana, houve o extermínio de muitas populações indígenas e uma reposição de uma nova população, vinda basicamente da Europa, África e, em menor proporção, da Ásia. Em seu conjunto, a América Latina sempre foi subpovoada. Assim, muitos governos adotaram políticas expansionistas quer sejam por meio de incentivos à imigração, quer sejam incentivos e normas para a obtenção de altas taxas de natalidade e nupcialidade. Esta realidade foi sintetizada por um embaixador argentino que afirmou: “Governar é povoar” (Miro, 1987, p. ?)

Política populacional reducionista e controlista: as políticas populacionais de redução do ritmo de crescimento populacional e de controle da natalidade são recentes na história da humanidade e, mais recentes ainda, na história da América Latina. Elas começaram a ser implantadas após a queda generalizada das taxas de mortalidade que nos países desenvolvidos tiveram início no final do século XVIII e prosseguiram de forma lenta mais constante nos séculos seguintes. Na América Latina, as taxas de mortalidade começaram a cair de maneira rápida e consistente a partir da década de 1940. Houve, então, uma aceleração do ritmo de crescimento populacional. Esta aceleração, conhecida como “explosão populacional” foi o combustível que moveu as políticas de redução do “fogo” demográfico. Foram nas décadas de 1950 e 1960 que tiveram início as campanhas de controle da natalidade na América Latina, como veremos mais à frente.

Política populacional neutra (laissez-faire): pelo exposto anteriormente fica evidente que uma política populacional neutra ou não existe, ou é coisa muito rara. Políticas populacionais explícitas ou implícitas sempre existiram nas áreas de mortalidade, migração, natalidade e nupcialidade. É comum dizer que o Brasil não tem uma política explícita de população. Realmente não existe uma lei de população como existe no México. Mas existem muitas políticas públicas brasileiras que possuem efeitos

não-antecipados sobre a dinâmica demográfica. No Brasil, existem leis e normas (federais, estaduais ou municipais) quanto à distribuição espacial da população (como políticas para evitar o êxodo rural, para a desconcentração econômica e populacional das megalópoles, políticas de apoio às cidades médias, etc), de controle da migração internacional, diversas políticas públicas de combate à mortalidade, epidemia de AIDS, combate à fome e à desnutrição, segurança alimentar, combate à mortalidade materno-infantil, etc. e, na área de natalidade, existe o parágrafo 7 do art. 226 da Constituição Brasileira e uma lei específica (n. 9263/96) que trata da questão do planejamento familiar. Desta forma, dizer que o país tem uma política populacional neutra é dizer que não existe nenhuma meta populacional, mas que existe uma política, mesmo porque, a não-política neste caso, é uma forma de política, ainda que seja uma política *laissez-faire*.

### **2.3. Níveis de aplicação das políticas populacionais:**

Quanto ao nível institucional: existem políticas populacionais que são formuladas para disciplinar as instituições públicas ou privadas. Por exemplo, regulamentar o sistema de ensino, os programas de saúde pública, o controle da ação das entidades privadas, o controle das fronteiras, etc. A política de saneamento básico (água, esgoto, coleta de lixo, higiene pública) é tipicamente uma ação que atinge a comunidade como um todo e que é definida ao nível macro, apesar de ter muitos efeitos ao nível micro.

Quanto ao nível familiar: existem políticas populacionais que são formuladas visando afetar o tamanho da família e as suas normas de funcionamento. Existem políticas que adotam o lema “a família pequena vive melhor” e existem estudos mostrando que a mobilidade espacial e social da família pequena é maior e que, portanto, fatores micro econômicos-demográficos podem ajudar na melhoria das condições de vida. Para Louis Dumont (1911-1998) o desejo para limitar o número de filhos pode decorrer das aspirações de mobilidade social: *“tal como uma coluna de líquido, que deve ser fina para subir sob os efeitos da capilaridade, assim também a família deve ser pequena para ascender na escala social”* (apud Oliveira e Szmrecsanyi, 1980, p. 195)

Quanto ao nível individual: existem políticas populacionais que são formuladas não só ao nível institucional e familiar, quanto também ao nível individual. Por exemplo, incentivando as pessoas permanecerem solteiras, regulando a idade ao casar, número de filhos que cada pessoa pode ter, etc.

### **2.4. O caráter público ou privado das políticas populacionais:**

Quanto ao caráter público: existem políticas populacionais que concentram todas as suas ações no setor público, mas permitem a atuação de entidades privadas e outras que proíbem a ação dessas entidades. No Brasil, a Constituição permite a atuação de instituições privadas, mas com restrições, apesar de no começo do processo de transição da fecundidade no Brasil, especialmente na década de 1970, existirem várias

entidades privadas atuando no campo do planejamento familiar, no vaco da omissão do governo.

Quanto ao caráter privado: existem países que o setor público não tem atuação, ou apenas uma atuação muito pequena, enquanto são as entidade privadas que atuam no âmbito da política populacional. Porém, quando a população mais pobre, especialmente nos países do Terceiro Mundo, fica a mercê da lógica do mercado (lucro) o acesso aos métodos contraceptivos se torna mais difícil e pode ter um efeito perverso, já que os mais necessitados não teriam como verem atendidas as suas demandas.

## **2.5. Políticas populacionais explícitas e implícitas:**

Políticas explícitas: as políticas explícitas acontecem quando a sociedade resolve tomar uma posição sobre as questões referentes à dinâmica populacional. As políticas populacionais explícitas são fáceis de serem identificadas, pois as ações e normas quanto à mortalidade, natalidade, nupcialidade e migração estão definidas pela legislação nacional. O problema é que nem sempre os objetivos, as ações e as normas estão colocadas de forma clara e transparente.

Políticas implícitas: identificar as políticas populacionais implícitas é mais problemático, pois determinadas ações e normas podem não ser formuladas com objetivos demográficos. Por exemplo, políticas restringindo o trabalho feminino, especialmente das mulheres grávidas, são políticas com objetivos de elevação da fecundidade, são medidas de caráter patriarcal ou os dois? A proibição do aborto é uma política de elevação da fecundidade ou é uma norma moral de defesa da vida desde a contracepção? Nota-se, assim, que não é fácil dizer quando uma política tem caráter populacional ou não.

## **2.6. Políticas populacionais intencionais e não-intencionais:**

Políticas intencionais (antecipadas): é fácil identificar as políticas populacionais que têm caráter intencional e são antecipadas, isto é, aquelas que estabelecem resultados quantitativos ou qualitativos. Contudo, nem sempre os objetivos explícitos são aqueles alcançados. Além disto, é difícil saber quais são os efeitos demográficos das políticas populacionais *stricto sensu* e quais são aqueles resultados das políticas *lato sensu*. Geralmente, as políticas intencionais requerem um processo de monitoramento para avaliar os objetivos alcançados.

Políticas não-intencionais (não-antecipadas): é difícil, entretanto, estabelecer os objetivos populacionais de políticas públicas que afetam a dinâmica demográfica, mas de forma não-intencional e não-antecipada. Por exemplo, a queda da fecundidade no Brasil, segundo Vilmar Faria (1989), foi influenciada por 4 políticas públicas que não tinham objetivos demográficos explícitos e nem implícitos, mas que tiveram efeitos não-antecipados sobre a redução da demanda de filhos. As 4 políticas são: a) crédito direto

ao consumidor; b) telecomunicações e mídia; c) política de atenção à saúde e processo de medicalização; d) expansão da previdência social. Várias pesquisas demográficas no Brasil confirmaram as hipóteses de Faria, reafirmando o caráter não intencional destas 4 políticas sobre a transição da fecundidade no Brasil. As pesquisas mostram também que a elevação dos níveis educacionais, especialmente das mulheres, é um determinante da queda da fecundidade. Há, inclusive, aqueles que defendem o seguinte lema: “a educação é o melhor contraceptivo”, ou de maneira mais geral: “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo”. Todos estes exemplos mostram que as políticas públicas e o processo de modernização podem ter um forte impacto demográfico, mesmo sem haver uma explicitação de objetivos populacionais.

## **2.7. Políticas populacionais proativas ou reativas:**

Políticas pró-ativas: as políticas populacionais pró-ativas ou preventivas são mais comuns na área da redução da mortalidade, como as campanhas de vacinação e prevenção de doenças. As medidas de combate à epidemia da AIDS se encaixam nesta categoria. Outras medidas que visam alterar a dinâmica demográfica precisam ser tomadas com certa antecedência, pois os fenômenos populacionais envolvem a relação entre gerações e são afetados pela inércia demográfica.

Políticas reativas: as políticas populacionais reativas são feitas para remediar problemas que se avolumaram ao longo do tempo. São aquelas que buscam remediar ao invés de prevenir. No caso da epidemia de AIDS, por exemplo, o custo de combate à doença é muito maior do que o custo de prevenção. Da mesma maneira, o custo para recuperar áreas ambientais degradadas é muito maior do que o custo de prevenir danos no meio ambiente e a preservação da fauna, da flora, da água potável, etc.

## **2.8. O “modelo sueco” versus o “modelo chinês”:**

O “modelo sueco”: existem políticas demográficas que são elaboradas em um contexto político democrático e são implementadas através de medidas participativas, como no caso do modelo adotado na Suécia já nos anos de 1930. Ao contrário das políticas de estímulo à natalidade e à barbaridade das medidas eugênicas adotadas pelo fascismo italiano e o nazismo alemão, a política populacional da Suécia foram antecessoras imediatas das políticas para a família, base modelar do Estado do bem-estar social sueco. Segundo Faria (1997) as taxas de fecundidade na Suécia haviam caído muito no período compreendido entre as duas Guerras Mundiais apesar de toda a estrutura do welfare state, com sua vasta gama de serviços públicos e mecanismos de transferências de recursos do “berço ao túmulo”. Em meados da década de 30, já sob a égide social-democrata, foram adotadas abrangentes medidas de seguridade social sob a forma de “políticas populacionais” ou “políticas para a família”, atendendo o relativo consenso quanto à necessidade de se conter o drástico declínio das taxas de natalidade. O papel do casal Alva e Gunnar Myrdal como cientistas sociais, ativistas social-

democratas e *policy makers* é considerado crucial no processo que levou à elaboração de uma agenda de reformas sociais partindo do que antes era apenas uma preocupação conservadora quanto ao “futuro da nação” caso as taxas de fecundidade continuassem caindo. Existem dúvidas quanto à intencionalidade das políticas social-democratas adotadas na Suécia, mas o fato é que o consenso nacional obtido apoiou as reformas sociais, quer sejam elas entendidas como políticas populacionais natalistas ou simplesmente como políticas de bem-estar. A política populacional sueca tinha preocupações de harmonizar os aspectos quantitativos (elevar as taxas de natalidade) e qualitativos (melhorar as condições de vida dos cidadãos), por esta razão as reformas adotadas de forma democrática tenham sido denominadas de “pró-natalismo de esquerda”, em contraposição ao pró-natalismo autoritário da direita nazi-fascista<sup>5</sup>.

O “modelo chinês”: a China já era o país mais populoso do mundo quando o Partido Comunista tomou o poder em 1949. As medidas sociais e de saúde pública adotadas logo após a revolução permitiram uma acentuada queda da mortalidade. Com a permanência de altas taxas de natalidade (o aborto e a esterilização eram proibidos) houve uma aceleração do crescimento populacional. Em 1958, o governo lança uma política desenvolvimentista conhecida como “O Grande Salto para a Frente”, mas que resultou em grande fracasso. Segundo Mundigo (1987), a grave crise econômica do início dos anos 60 faz o governo chinês apoiar o controle da natalidade legalizando o aborto e a esterilização e permitindo o funcionamento de clínicas de planejamento familiar. Contudo, com o início da Revolução Cultural em 1966, houve uma reviravolta natalista e os casais foram incentivados a terem mais filhos, resultando em um *baby boom* temporário. O rápido crescimento da maior população do mundo fez o governo mudar novamente a orientação, lançando, em meados dos anos 70, a política “mais tarde, mais longe”, significando que o matrimônio deveria ocorrer mais tarde e o intervalo de nascimento entre os filhos deveria ser maior. Após a morte de Mão Tse Tung, o novo governo chinês lança a política populacional “um casal, um filho”, implementando o controle da natalidade mais draconiano que se tem notícia. Segundo Li (1995), o governo passou a exigir o certificado do filho-único, dando incentivos para os casais que utilizassem contraceptivos, esterilização ou aborto e criando punição para aqueles que violassem as determinações estatais. O governo passou a estabelecer metas demográficas anuais e se tornou o único país do mundo a penalizar diretamente os indivíduos por violar a regra do filho-único. Por tudo isso, a política populacional autoritária e coercitiva adotada na China passou a caracterizar o modelo chinês.

### 3. AS POLÍTICAS POPULACIONAIS NA AMÉRICA LATINA

Até meados do século XX as políticas populacionais na América Latina eram explícita ou implicitamente expansionistas e pró-natalistas. Com populações

---

<sup>5</sup> Apesar de considerar que as reformas sociais implantadas na Suécia respeitaram as liberdades sexuais e reprodutivas, Faria (1997) faz várias ressalvas como o fato das políticas de família, da metade do século XX, realçarem o casamento heterossexual com finalidade generativa e que o país não ficou totalmente isento da ideologia eugênica.



relativamente pequenas e territórios escassamente povoados, era quase natural que as nações latino-americanas adotassem medidas de crescimento da população e de ocupação dos “espaços vazios”. Segundo Carmen Miró (1987), os países latino-americanos adotaram, além de políticas imigratórias ativas, várias disposições legais com aberto propósito natalista. Estas disposições eram de natureza variada, sendo as mais notórias as que se materializavam em programas de proteção à família, à maternidade e à infância. Eram importantes os sistemas de salário-família. Por outro lado, a maioria dos países da região proibia o aborto e a esterilização, sendo que muitos deles consideravam ilegal a venda e a propaganda de produtos contraceptivos. Apesar das posições expansionistas, apenas um país, o México, havia legislado (através da Lei geral de população de 1947) com o propósito expresso de estimular o crescimento da população por meio do crescimento vegetativo, apoiado por medidas de saúde destinadas a reduzir a mortalidade infanto-juvenil e por meio da imigração.

Segundo a autora, o abandono da orientação natalista ocorreu com o processo de transição demográfica e a conseqüente aceleração do ritmo de crescimento da população. A densidade demográfica da América Latina e Caribe (8 habitantes por km<sup>2</sup>) que era um terço da densidade demográfica da Europa, em 1950 e passou para quase dois terços, em 1975. As projeções indicam que a densidade demográfica da América Latina e Caribe deverá ultrapassar a densidade européia no primeiro quarto do século XXI. Portanto, os argumentos pró-natalistas que tinham como base o sub-povoamento da região foi ficando desatualizado:

*“A taxa de crescimento da população da América Latina, que até o ano de 1940 se havia mantido abaixo de 2% por ano, registrou uma marcada aceleração, passando de 2,2% no período 1940-1950 a quase 2,9% entre 1960 e 1965. De um pouco mais de 124 milhões em 1940, a população da região havia praticamente duplicado em 1965, passando para mais de 241 milhões em um período de 25 anos. Esta população crescente, com uma estrutura etária muito jovem e com tendência a concentrar-se nas cidades, unida a uma expansão de suas aspirações sociais, começou a colocar desafios que a maior parte dos governos da América Latina se viu incapaz de enfrentar de maneira satisfatória” (Miró, 1987, p. 88).*

Assim, a queda das taxas de mortalidade, especialmente infantil, provocou uma maior demanda por regulação da fecundidade. No nível macro, o alto crescimento populacional provocou a elevação da taxa de dependência demográfica demandando recursos sociais, enquanto as necessidades de investimento necessárias para a alavancagem do desenvolvimento demandavam recursos econômicos que competiam com os recursos sociais. No nível micro, houve um aumento do número de filhos sobreviventes e, juntamente com a reversão do fluxo intergeracional de riqueza provocado pelas mudanças sociais do período, fizeram com que a fecundidade observada passasse a ser maior que a fecundidade desejada.

Vários países da América Latina, especialmente depois da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de Bucareste em 1974, criaram organismos ocupados expressamente como os assuntos de população e

desenvolvimento. *“Em 1976, pelo menos 14 países da região contavam com alguma comissão, conselho, comitê, departamento ou direção entre cujas funções se inclui a de ‘integrar’ o fator demográfico nos planos setoriais e globais de desenvolvimento” (Miro, 1987, p.91).*

No México, a redução das taxas de mortalidade e a continuidade das altas taxas de natalidade fizeram com que o país apresentasse taxas de crescimento demográfico acima de 3% na década de 1960, com alta proporção de população jovem. Contudo, o alto crescimento econômico do período não fazia do alto crescimento populacional uma preocupação política. Esse quadro só iria mudar no início dos anos 70, quando a crise econômica mundial reduziu o crescimento econômico, agravando os históricos problemas sociais da maioria dos países latino-americanos. A mudança de uma política expansionista para reducionista, no México, aconteceu em 1974 quando foi aprovada uma Lei cuja missão é regular os fenômenos que afetam a população quanto ao seu volume, estrutura, dinâmica e distribuição no território. Foi criado o Conselho Nacional de População – CONAPO – cujos objetivos da política de população são:

*“El objetivo de la política de población es contribuir a que los mexicanos y las mexicanas participen justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social, mediante la regularización de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución territorial. La política de población reclama un enfoque integral, claramente inserto en las prioridades del desarrollo social, que propicie un cambio de mentalidad e intensifique el espíritu de previsión y planeación en las familias, así como el afán de igualdad entre sus miembros, especialmente en cuestiones de género; que fomente también una alta valoración parental de los hijos y que extienda y arraigue una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente y la sustentabilidad del desarrollo” (Disponível em <<http://www.conapo.gob.mx>>).*

Em fins da década de 1970, a nova realidade demográfica da América Latina se traduzia em políticas para redução do alto crescimento populacional ou em políticas de planejamento familiar para atender a demanda de regulação da fecundidade. Segundo Miró e Potter (1980), já em 1978, oito países (Barbados, Colômbia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México e Trinidad-Tobago) tinham adotado políticas de redução da fecundidade como meio de reduzir o crescimento geral da população. Doze países (Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela) tinham ou incluído serviços de planejamento familiar em seus programas oficiais de saúde ou tinham permitido a atuação de entidades privadas de planejamento familiar. Somente três países (Argentina, Bolívia e Uruguai) tinham apenas programas privados de planejamento familiar operando.

A tabela 1 mostra alguns indicadores demográficos para a América Latina e o Caribe entre 1950 e o ano 2000. Nota-se que nos anos 50 e 60 estava havendo uma aceleração das taxas de crescimento populacional devido à queda das taxas de mortalidade e o aumento da expectativa de vida, enquanto as taxas de natalidade continuavam altas. Na segunda metade dos anos 60 as taxas de natalidade e

fecundidade começaram a cair, desacelerando o ritmo de crescimento demográfico e aumentando a idade mediana, que é um indicador do processo de envelhecimento que ocorre quando diminui a proporção de crianças nascidas a cada ano. Nota-se, ainda, que houve uma reversão na razão de sexo, mostrando que a proporção de mulheres ultrapassou a proporção de homens a partir dos anos de 1970.

Tabela 1  
Indicadores demográficos da América Latina e Caribe: 1950-2000

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000
População (1.000)	167.097	218.300	284.856	361.401	441.525	520.229
Razão de sexo	100,2	100,1	100	99,6	98,9	98
Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	8	11	14	18	22	25
Taxa de crescimento anual	2,8	2,9	2,4	2	1,7	1,4
Taxa bruta de natalidade	42	41	35	30	25	21
Taxa bruta de mortalidade	15	12	10	8	7	6,4
Taxa de fecundidade total	5,9	6	5	3,9	3	2,5
Mortalidade infantil	126	101	81	57	40	32
Expectativa de vida (anos)	51	57	61	65	68	70
Idade mediana (anos)	20,1	19,1	18,7	19,7	21,8	24,2

Fonte: <http://esa.un.org/unpp/>

## 4. AS POLÍTICAS POPULACIONAIS NO BRASIL

Assim como em outros países latino-americanos, o lema “governar é povoar” também é válido para os primeiros 450 anos da história brasileira. A despeito da chegada de Pedro Álvares Cabral no ano de 1500, a Coroa Portuguesa só iniciou uma colonização sistemática nos anos de 1530. O sucesso da lavoura canavieira garantiu as bases econômicas da colonização, enquanto os jesuítas garantiam a evangelização e a difusão da religião católica, da cultura e da língua portuguesa. A população indígena passou por um processo de depopulação depois de sofrer o efeito de várias doenças e epidemias trazidas pelo colonizador europeu<sup>6</sup>. Estimativas da população brasileira em 1798 a 1872 estão apresentadas na tabela 2. Nota-se que a população branca europeia (principalmente portugueses) representavam um terço da população brasileira de pouco mais de 3 milhões de habitantes, sendo que a população negra representava mais de três quintos do total e os escravos representavam quase a metade de todos os brasileiros no fim do século XVIII e a população indígena representava apenas 7,8%. Em 1872, cresceu a participação da população europeia com a vinda de imigrantes de outros países além de Portugal, diminuiu um pouco a participação da população de origem africana, mas aumentando muito o número de africanos livres, diminuindo o número de escravos. A população indígena também diminuiu em termos relativos, apesar de ter crescido em termos absolutos.

<sup>6</sup> Existem estimativas muito variadas sobre o contingente da população indígena do Brasil em 1500, que variam de 500 mil a 10 milhões. Mas Livi-Bacci (2002) considera mais realistas as estimativas em torno de 2,5 milhões de indígenas.

Tabela 2  
População brasileira por etnia: 1798-1872 (em 1.000)

Origem étnica	1798	1872	Taxa de crescimento %	Distribuição %	
				1798	1872
Europeus	1.010	3.787	1,79	31,1	38,1
Africanos (e mista)	1.988	5.756	1,44	61,2	58,0
Livres	406	4.245	3,17	12,5	42,7
Escravos	1582	1.511	-0,06	48,7	15,2
Índios	252	387	0,58	7,8	3,9
Total	3250	9.930	1,51	100,0	100,0

Fonte: Merrick e Graham, 1981

A contribuição da população negra para o povoamento do Brasil é descrito da seguinte maneira por Livi-Bacci (2002):

*“O povoamento do Brasil deve-se principalmente – pelo menos até a grande imigração europeia da segunda metade do século XIX – ao tráfico de escravos africanos. Na época do primeiro recenseamento (1872), 58% dos quase 10 milhões de brasileiros eram de origem africana, pura ou mestiça. Até a abolição do tráfico negreiro (1850), 3,5 milhões de escravos haviam sido transportados em navios negreiros para o Brasil, o que representava 38% de todo o tráfico transatlântico” (p. 147).*

Com o fim do trabalho escravo, em 1888, o Estado brasileiro passou a promover políticas explícitas de atração de imigrantes europeus e, depois de 1908, de imigrantes japoneses. Como salientou Camargo (1980):

*“A grande migração estrangeira só ocorreu, entretanto, nas décadas posteriores a 1880 até 1920. O Estado de São Paulo, grande produtor de café quando em 1888 ocorreu a abolição da escravatura, participou ativamente do processo de migração da mão-de-obra estrangeira, que veio substituir o trabalhador agrícola escravo e iniciar, nas cidades, pequenas oficinas e indústrias de pequeno porte” (p. 309).*

A partir da década de 1920 houve uma diminuição da contribuição da imigração internacional para o crescimento da população brasileira e aumentou os fatores internos do crescimento, especialmente a queda das taxas de mortalidade. O êxodo rural e as migrações internas passaram a ter grande importância na distribuição espacial da população. A tabela 3 mostra dados da população brasileira e vários indicadores demográficos entre 1920 e 2000. Nota-se que as taxas anuais de crescimento da população subiram de 1,49% nas décadas de 20 e 30, para 2,39% na década de 40 e para 2,99% na década de 1950. Este aumento se deu basicamente devido à redução da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM). As TBMs continuaram caindo no restante do século, mas a um nível menor, enquanto as Taxas Brutas de Natalidade (TBN) e as Taxas de Fecundidade Total (TFT) começaram a cair rapidamente, especialmente após 1960, provocando uma desaceleração do crescimento demográfico brasileiro. Neste período de 80 anos houve uma duplicação da esperança de vida ao nascer e uma enorme redução

da mortalidade infantil, indicando que o Brasil superou, em grande medida, as baixas taxas de sobrevivência prevalentes nos quatro séculos anteriores.

Tabela 3  
Indicadores demográficos da população brasileira: 1920-2000

Ano	População (em 1.000)	TBN (em 1.000)	TBM (em 1.000)	TFT (n. filhos)	Esperança de vida (anos)	Mortalidade infantil (em 1.000)	Taxa média de crescimento annual
1920	30.636	43,5	24,8	-	32	-	1,49
1940	41.165	44,4	20	6,2	36,7	-	2,39
1950	51.942	43,3	14,2	6,2	43	134	2,99
1960	70.070	42,1	12,6	6,2	55,5	109	2,89
1970	93.139	33,7	9,9	5,8	59,5	91	2,48
1980	119.003	30,3	8,4	4,3	63	64	1,93
1991	146.825	22,7	7,2	2,9	65,8	45	1,64
2000	169.799	20	7,1	2,4	68,1	33	

Fonte: Merrick, Graham, 1981, censos do IBGE e < <http://esa.un.org/unpp> >

Os dados da tabela 3 mostram que as taxas de mortalidade eram muito altas até 1940, quando começaram a cair continuamente. Para enfrentar estas altas taxas de mortalidade que fizeram parte da história brasileira desde o início da colonização portuguesa, a sociedade se organizava para manter altas taxas de fecundidade. Além disto, como mostrou Paiva (1985), o tipo de organização da atividade econômica prevalente no Brasil até meados do século XX (economia de subsistência, colonato e parcerias agrícolas) favorecia um padrão de casamento precoce e a adoção de famílias numerosas que atuavam em conjunto na atividade agrícola. Este padrão demográfico brasileiro era apoiado pela ideologia da Igreja e do Estado que viam no alto crescimento demográfico o caminho para a afirmação nacional e para a construção do “maior país católico do mundo”. O sentimento de um país frágil diante da baixa densidade demográfica fazia parte do sentimento geral da opinião pública, como mostraram Merrick e Graham (1981):

*“Os brasileiros foram, de há muito, atraídos pela idéia da grandeza, seja ela territorial, econômica, política ou demográfica; encontram-se referências freqüentes ao conceito, nas expressões oficiais e populares de consciência nacional (por exemplo, ‘Brasil maior, você melhor’). Povoar as regiões escassamente colonizadas é uma aspiração desde os tempos coloniais, e o rápido crescimento da população é visto, em geral, como um fator positivo na realização desse objetivo” (p.340).*

No governo Vargas (1930-1945) foram implantadas políticas sociais que, de forma intencional ou não, tinham objetivos pró-natalistas. Mas além da política social, houve uma legislação claramente anti-controlista: a) o Decreto Federal n. 20.291, de 11 de janeiro de 1932 estabelecia *“É vedado ao médico dar-se à prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação”*; b) a Constituição de 1937 em seu artigo 124 diz: *“A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. As famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção de seus encargos”*; c) em 1941, durante o Estado Novo, foi sancionada a Lei das Contravenções Penais que em seu artigo 20 proibia: *“anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez”* (Rocha, 1987).

Segundo Fonseca (2001) o tema família esteve presente no centro das preocupações sociais nas décadas de 1930 e 1940, tanto no que diz respeito à imigração, a distribuição dos imigrantes no território nacional, etc., quanto ao fato de se evitar a formação de “ilhas étnicas”. Buscava-se uma família ideal que fosse a base da grandeza nacional. Buscava-se penalizar os solteiros e os casados sem filho:

“Como já afirmei, nas décadas de 1930 e 1940 o tema família aparece em dois registros. No primeiro, trata-se de conhecer as práticas matrimoniais prevaletentes entre os imigrantes e seus descendentes e propor medidas no sentido de evitar enclaves no território nacional, ou a formação de ilhas étnicas, como dizia Oliveira Vianna. No segundo registro, trata-se de organizar um certo tipo de família por meio de medidas concretas que deveriam incidir sobre os indivíduos: obrigatoriedade do exame pré-nupcial; regulamentação do trabalho feminino; adicional sobre o imposto de renda devido, incidindo sobre os solteiros ou casados sem filhos; facilidades para a aquisição de casa própria aos indivíduos que pretendessem se casar. Nos casos destes exemplos, trata-se de uma família virtual, ou de uma família a ser constituída. No entanto, também havia propostas concretas dirigidas às famílias já formadas. Neste sentido, são exemplares os projetos de um complemento de renda aos casados com filhos, ou as propostas de um reforço de renda aos chefes de famílias numerosas cuja renda fosse inferior a um certo patamar, ou, ainda, as regras para o acesso e promoção no serviço público – federal, estadual e municipal – que privilegiavam os casados com filhos” (p.22 e 23).

Percebe-se, pois, que existia uma preocupação das elites nacionais no sentido de fortalecer a família nuclear numerosa, com objetivos étnicos e com objetivos pró-natalistas. A família sempre tinha precedência sobre o indivíduo. A cidadania passava pela família e contava com os instrumentos internos de redistribuição familiar. Tudo isso reforçava uma coalizão anticontrolista, que permaneceu hegemônica no Brasil até meados da década de 60, visando fortalecer os vínculos entre família e reprodução. A proibição do trabalho feminino, por exemplo, se enquadrava no objetivo de fortalecer a família patriarcal e a alta descendência. Conforme mostrou Sobrinho (1993):

“Os resultados da presente investigação permitirão perceber que prevalecia, no Brasil, uma postura pró-natalista difusamente presente na cultura nacional, a qual se

formou lentamente, desde o século XIX, permanecendo praticamente incontestada até meados da década de 1960” (p. 24).

Já os militares que tomaram o poder em 1964 estavam na linha de frente da política populacional expansionista e do “Brasil potência”. Mesmo com as precárias condições de vida e a falta de investimentos no bem-estar qualitativo da população, o governo militar adotou uma política pró-natalista, como mostrou Canesqui (1985, p. 3):

*“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”.*

Desta forma, podemos observar que as elites brasileiras, até o início da década de 1970, não viam o alto crescimento populacional como um obstáculo ao crescimento econômico. As altas taxas de crescimento do PIB brasileiro entre 1968 e 1973, período conhecido como “milagre brasileiro”, eram tomadas como demonstração de que existia sinergia entre dinâmicas populacionais e econômicas elevadas. Esta era a posição assumida por algumas autoridades, como o influente ministro Delfim Neto.

Contudo, se não existia preocupações manifestas quanto à dinâmica macroeconômica da relação entre população e desenvolvimento na década de 60 e início da década de 70, a situação era outra no nível, digamos, micro-familiar. Como mostrou os dados da tabela 3, as taxas de mortalidade, especialmente a mortalidade infantil, estavam caindo rapidamente no país. Isto significa que o número de filhos sobreviventes estavam aumentando. Contudo, as transformações estruturais e institucionais do país estavam levando a uma nova configuração familiar, com base nas diferentes características da sociedade urbana-industrial. Assim, enquanto o número de filhos sobreviventes aumentava existia um desejo por família menor, principalmente nas áreas urbanas e com maior desenvolvimento econômico. O resultado é que crescia a demanda por regulação da fecundidade, mas a legislação e as políticas públicas estavam voltadas para incentivos natalistas.

O enfrentamento deste impasse e a busca de soluções entrariam na pauta política nacional nas décadas seguintes. Não só a nova conjuntura econômica e política, nacional e internacional, mas também a transição demográfica iriam criar novas demandas. A partir da década de 70 a questão do planejamento familiar iria fazer parte tanto das preocupações macroeconômicas, como das questões de regulação da fecundidade, da assistência à saúde e dos direitos reprodutivos.

## 5. O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: 1964-1979

Nos anos de 1950 e 1960 as propostas de políticas populacionais expansionistas e natalistas não eram monopólio nem das forças de direita, nem das forças de esquerda. Como vimos anteriormente, a maioria dos países da América Latina ou adotavam políticas “neutras” ou políticas claramente natalistas. Contudo, o controle da natalidade era prioridade número um dos demógrafos neomalthusianos que viam no alto crescimento demográfico dos países pobres um entrave ao desenvolvimento econômico e, portanto, uma forma de perpetuar a pobreza. Para eles, a alta proporção de jovens aumentava as despesas demográficas competindo com os recursos para o investimento econômico, provocando um círculo vicioso em que os pobres têm muitos filhos porque são pobres. A alta proporção de jovens dificultavam a criação da poupança necessária para, ao nível micro, conseguir a melhoria das condições de vida dos filhos e, no nível macro, obter a decolagem do desenvolvimento econômico. Para sair deste círculo vicioso, os demógrafos neomalthusianos propugnavam a adoção do controle da natalidade. Deste ponto de vista, o controle da natalidade deveria ser aplicado mesmo que de forma coercitiva.

Todavia, muitos países do Terceiro Mundo, apoiados pelos países socialistas, passaram a denunciar a política de controle da natalidade como uma medida imperialista que visava ao controle das populações pobres do mundo. Em plena Guerra Fria, o Terceiro Mundo passou a defender a necessidade de políticas desenvolvimentistas ao invés de políticas populacionais controlistas. O debate macroeconômico entre controlismo versus desenvolvimentismo marcou a disputa ideológica. Propugnar o controle da natalidade era ser de direita, enquanto as forças de esquerda defendiam o desenvolvimentismo como solução para a superação da pobreza e da miséria. Este debate esteve presente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida em Bucareste em 1974 (Alves e Corrêa, 2003).

Mas enquanto a discussão macroeconômica sobre população e desenvolvimento galvanizava as atenções políticas e acadêmicas, a queda da fecundidade se generalizava pelo mundo. Os dados da tabela 2 mostraram que, em paralelo à queda da mortalidade, a fecundidade no Brasil começou a cair de maneira contínua nos anos 60 e prosseguiu sua trajetória declinante nas décadas seguintes. Do ponto de vista individual e familiar, as pessoas passaram a demandar meios para a regulação da fecundidade. Todavia, as leis brasileiras continuavam aquelas que proibiam o aborto, a esterilização e a propaganda e a venda de métodos contraceptivos.

A orientação macro, em termo econômico e político, ia por um lado, enquanto a demanda micro ia por outro caminho. Então surgiu uma série de expressões que passaram a refletir as diversas preocupações existentes na sociedade. “Planejamento familiar”, “controle da natalidade”, “paternidade responsável”, “Bem-estar da família”, “regulação da fecundidade”, “responsabilidade compartilhada” e “direitos reprodutivos” são termos que entraram na pauta acadêmica e política brasileira nas últimas quatro ou cinco décadas e, apesar de referirem-se ao processo de decisão racional sobre como,



quando e quantos filhos uma pessoa (ou casal) quer ter, são termos carregados de conteúdos ideológicos ou que se contrapõem aos objetivos controlistas.

Oficialmente, o governo brasileiro não tinha uma política pública disciplinando a dinâmica demográfica. Tampouco tinha qualquer política para atender a demanda pela regulação da fecundidade. Na ausência de uma política pública para atender a procura das pessoas e dos casais por métodos contraceptivos, o mercado (farmácias, rede de saúde e outras instituições privadas) passou a ocupar este “espaço vazio”. Como mostrou Canesqui (1982, p. 113), os médicos e os profissionais de saúde entendiam a demanda por regulação da fecundidade não como um “controle coercitivo da natalidade”, ao estilo neomalthusiano<sup>7</sup>, mas como uma maneira de planejar a procriação e adapta-la às condições individuais e sociais vigentes. O planejamento familiar era também entendido como uma resposta preventiva ao aborto provocado e inseguro. Assim, existia uma visão de que o planejamento familiar era uma condição para a elevação do bem-estar e para a maior mobilidade social:

*“Esta concepção sobre o planejamento familiar vem complementar a perspectiva humanizante cuja tarefa é principalmente ‘educar’. Agora cumpre também, no discurso liberal-democrático, redistribuir o acesso à informação, democratiza-la, enfim, levando-a às famílias trabalhadoras. Estas posturas liberais, diante do planejamento familiar, se distinguem do discurso controlista da natalidade, tendem a neutraliza-lo politicamente, indo de encontro aos anseios do indivíduo e da família. Individual e coletivo dicotomizam-se nesta perspectiva”.*

Desta forma, foi com uma visão positiva do planejamento familiar e no vácuo da ausência de políticas públicas que a Sociedade Bem-estar da Família – BENFAM – passou a oferecer serviços de regulação da fecundidade. Entre os anos de 1966 e 1975 a BENFAM expandiu suas atividades através de um conjunto de clínicas, muitas delas conveniadas com a rede médica, empresas e universidades, conforme mostra a tabela 4.

Segundo Medici e Beltrão (1996), além da BEMFAM, merecem destaque o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança – CPAIMC, montada em 1975 e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar – ABEPF, organizada em 1981. A ABEPF, em 1989, era formada de 123 entidades prestadoras de serviços de planejamento familiar, sendo a maioria de pequeno porte (p. 13)

---

<sup>7</sup> Para uma discussão sobre Malthusianismo e Neomalthusianismo ver referência: (ALVES e CORRÊA, 2003)

Tabela 4  
Expansão da BENFAM no Brasil: 1966-1975

Ano	Número de convênios
1966	6
1967	19
1968	28
1969	35
1970	52
1971	66
1972	79
1973	156
1974	231
1975	235

Fonte: Canesqui, 1982, p. 104

Mas a despeito do início da transição da fecundidade e da crescente atuação da BENFAM e de outros serviços privados de planejamento familiar no Brasil, a posição oficial do governo brasileiro continuava pró-natalista, ou no máximo, neutra. Em 1967 foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar denúncias da existência de “esterilizações maciças” de mulheres na Amazônia. A CPI não chegou a nenhum resultado conclusivo, mas ajudou a criar um clima de hostilidade contra o planejamento familiar. Como mostrou Merrick e Graham (1981, p. 342), durante o período mais duro do regime militar, que também coincidiu com o período do chamado “milagre econômico”, a opinião majoritária das elites políticas e econômicas do país era contra o controle da natalidade:

*“O exame das questões populacionais, especialmente as relacionadas com o controle da fecundidade, tornou-se bastante delicado em fins da década de 1960, quando jornais e alguns deputados acusaram grupos estrangeiros de estarem pressionando o Brasil para adotar alguma forma de programa nacional de planejamento familiar. As análises oficialmente sancionadas das questões de população focalizaram a redistribuição da população, migração e força de trabalho. O Brasil adotou posições claramente contrárias ao controle do crescimento populacional na Conferência sobre o Meio Ambiente, em Estocolmo, em 1972, e nas reuniões preparatórias para a conferência Mundial de População de 1974, realizadas em Genebra em 1973”.*

Todavia, a posição do governo não era monolítica e já existiam autoridades apontando para os efeitos adversos do alto crescimento demográfico e para a necessidade de se atender a demanda por métodos contraceptivos por parte das pessoas e dos casais. Posições divergentes apareceram na preparação do documento oficial que foi levado, pelo embaixador Miguel Ozório de Almeida, à Conferência de Bucareste, em 1974:

*“O texto principal do documento brasileiro é acentuadamente pró-natalista. Denuncia o controle da população como solução para os problemas do Terceiro Mundo e*

*crítica a interferência estrangeira nos assuntos relacionados com a população. Mas o último parágrafo do discurso do embaixador contém uma declaração surpreendentemente positiva (tendo em vista os parágrafos que o precederam) sobre os direitos das pessoas a terem acesso ao planejamento familiar e a responsabilidade do Estado em proporcioná-lo” (Merrick, Graham, 1981, p. 343).*

Como mostraram Alves e Corrêa (2003) a ideologia desenvolvimentista saiu vencedora da Conferência de Bucareste, em 1974, mas foi criado um consenso de que o planejamento familiar é um direito dos cidadãos e que cabe ao Estado fornecer os meios adequados para atender as informações e a demanda por métodos contraceptivos seguros e adequados. Em decorrência, a política brasileira nesta área sofreu um ponto de inflexão após a Conferência de Bucareste. Contribuiu também, a crise econômica mundial ocorrida após o primeiro choque do petróleo em fins de 1973. Por fim, o novo governo brasileiro, do general Geisel, iniciou um processo de abertura política lenta e gradual, enquanto as organizações populares começaram a se manifestar pela defesa da democracia e pelos direitos humanos.

Durante o governo Geisel (1974-1979) houve um afrouxamento da política natalista e uma maior liberalidade com o planejamento familiar. As parcelas mais ricas da população tinham acesso aos meios de regulação da fecundidade, mas as camadas mais pobres e com menor nível educacional careciam de informação e meios para regular suas preferências reprodutivas. Cresceram as entidades de prestação de serviços de planejamento familiar e o governo deu início ao Programa de Saúde Materno-infantil.

## **6. O MOVIMENTO FEMINISTA E A SAÚDE INTEGRAL E REPRODUTIVA**

A questão da regulação da fecundidade fez parte da luta feminista desde o início do século XX. Na Inglaterra e nos Estados Unidos (EUA) o movimento feminista lutou pelo direito ao voto, à educação, ao trabalho e ao acesso aos meios contraceptivos. Emma Goldman (1869-1940), Margareth Sanger (1883-1966) e Marie Stopes (1880-1958) foram três mulheres que tiveram papel marcante na luta pela autonomia reprodutiva, tanto nos EUA quanto em outros países do mundo.

Na primeira onda do movimento feminista brasileiro, a luta sufragista não foi acompanhada por reivindicações quanto à liberdade reprodutiva. Talvez a força dos argumentos natalistas tenha pesado mais do que a reivindicação à autodeterminação reprodutiva ou então a força da ideologia do papel principal da mulher enquanto mãe e esposa tenha sufocado qualquer iniciativa de se questionar o status secundário da mulher na sociedade brasileira. O patriarcalismo, o falocentrismo e o machismo prevaleceram na maior parte da história brasileira.

Contudo, as questões da sexualidade e da reprodução passaram ao primeiro plano da luta na segunda onda do feminismo que teve lugar em todo o mundo durante a chamada “revolução sexual” dos anos de 1960. Mas o movimento feminista brasileiro encontrou um grande obstáculo que foi a falta de opções devido às restrições à liberdade de expressão e manifestação impostas pela ditadura militar. Desta forma, o inimigo central tanto do movimento feminista quanto do movimento popular era o regime militar. Assim, as mulheres se engajaram na luta pelas liberdades democráticas, pela anistia e contra a carestia. Na luta política contra a ditadura, o movimento feminista se aliou com setores da Igreja Católica e as reivindicações ligadas à reprodução e à liberdade sexual ficaram subsumidas na luta política mais geral.

O movimento feminista brasileiro recebeu grande incentivo internacional quando a Organização das Nações Unidas – ONU - decretou o ano de 1975 como Ano Internacional da Mulher e, na década da mulher, organizou três Conferências Internacionais: México (1975), Copenhague (1980) e Nairobi (1985). Os temas específicos de interesses das mulheres ganharam relevância em relação aos temas gerais e as questões de gênero entraram definitivamente na pauta acadêmica e política.

O Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas o movimento feminista questionou o enfoque limitado deste Programa e a concepção estreita de considerar a saúde da mulher apenas em seu papel materno. Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, a questão do planejamento familiar passou a ser defendida dentro do contexto da saúde integral da mulher. O resultado foi o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, que concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção. O PAISM se propunha a atender a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, dando atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais.

Evidentemente, o Brasil se beneficiou dos avanços ocorridos no âmbito internacional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948, da seguinte forma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição representa um avanço, para a época, mas este conceito não incorpora as questões do meio ambiente, como na seguinte definição: *“A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas”* (Galvão, 1999, pl 167).

No contexto do início dos anos 80, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania. Segundo Corrêa e Ávila (2003, p. 19), a “saúde da

mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: ‘Nosso corpo nos pertence’”. As autoras mostram que a questão da “saúde da mulher” era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e que se desdobravam em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos. A discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil, quanto no mundo, evoluíram para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS, em 1988.

## **7. O PLANEJAMENTO FAMILIAR: DO PAISM À LEI 9.263/96**

Com a criação do PAISM as forças progressistas, e em especial o movimento feminista, conseguiram colocar a questão do planejamento familiar no âmbito dos programas de assistência a saúde integral da mulher. O PAISM representou um grande avanço em relação a toda a discussão anterior, pois assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas e controlistas das políticas macroeconômicas do país. Representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter dado pouca ênfase na responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade.

Foi esta perspectiva que prevaleceu no âmbito da CPI, criada em 1983 para investigar os problemas vinculados ao aumento populacional, no contexto da crise econômica de 1981-1983. Houve um consenso de que não deveria haver controle coercitivo da fecundidade no país e que a disponibilidade de métodos contraceptivos é um direito de todo cidadão, sendo um dever do Estado oferta-los via o sistema de saúde. Desta forma, foi com base nos conceitos fundadores do PAISM que o governo brasileiro elaborou a sua posição oficial na Conferência Internacional de População do México, em 1984. Sob a presidência do Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, a delegação brasileira apresentou os seguintes princípios da política demográfica do Brasil:

- Soberania total do país na definição e implementação das políticas de população;
- 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;
- 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 internacionais;
- planejamento da prole é direito de todo ser humano e decorre de ações livres e informadas dos indivíduos e casais;
- 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;
- A atuação do governo brasileiro quanto ao planejamento da prole está assegurada dentro de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher.

Em relação ao documento apresentado em Bucareste, em 1974, o posicionamento oficial do país, dez anos depois, manteve a afirmação da soberania nacional na definição da política demográfica e reafirmou a recusa dos princípios neomalthusianos, quer como política de controle da natalidade, quer como ideologia para explicar os problemas sociais. Mas o documento do México, de 1984, também assumiu que o planejamento da prole (ao invés de familiar) é um direito dos cidadãos e que cabe ao Estado garantir informações e meios para a regulação da fecundidade e que esta deve ser viabilizada na estratégia de assistência à saúde integral da mulher. Este tipo de enfoque foi importante para nortear os debates para a elaboração da Constituição de 1988.

Segundo Rocha (1988), três forças sociais atuaram de maneira organizada na discussão do tema “planejamento familiar” na Constituinte: a Igreja Católica – representada pela Conferência Nacional de Bispos do Brasil – CNBB, as feministas, representadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM, e as entidades privadas representadas pela BENFAM. Houve uma posição de compromisso de tal forma que nenhum grupo pode-se considerar vitorioso, sendo que o texto aprovado no final contemplou de maneira parcial as três forças: a CNBB garantiu parte de suas proposições éticas, o CNDM garantiu que a afirmação da livre decisão do casal e a garantia do Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar e, ambas, conseguiram colocar o princípio da não coerção. A BENFAM conseguiu garantir a participação dos setores privados nos serviços de planejamento familiar. É preciso deixar claro que a Igreja Católica quando fala de planejamento familiar está se referindo aos métodos naturais de regulação da fecundidade e de paternidade responsável, como sendo as obrigações que os pais e as mães têm para com seus filhos.

No final dos debates da Assembléia Constituinte, a redação aprovada do artigo 226 da Constituição brasileira de 1988, ficou assim:

“Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Quanto à questão do aborto, Rocha mostra que também houve uma certa solução de compromisso. As feministas propugnavam a importância da legalização do aborto, por razões terapêuticas e como um problema de saúde pública, enquanto a Igreja Católica (e os deputados evangélicos) defendia “o direito à vida desde o momento da concepção”, o que eliminaria a possibilidade de se permitir o aborto voluntário nos casos previstos pela legislação vigente. Como existiam duas propostas absolutamente opostas, foi criado um impasse e a questão do aborto não entrou no texto constitucional, podendo vir a ser regulamentado pela legislação ordinária.

A questão da esterilização também não fez parte do texto constitucional. A ligação tubária e a esterilização masculina eram vetadas no Brasil pelo artigo 16 do decreto

20.931 de 1931 e pelo Código Penal Brasileiro de 1940, Artigo 29, Parágrafo 2.III, o qual diz que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada como crime. A esterilização voluntária era, portanto, interpretada como ofensa criminal, desde que resulta em perda ou incapacidade da função reprodutiva e sua prática carrega consigo uma penalidade de um a oito anos de reclusão.

Todavia, como mostraram Berquó e Cavenaghi (2002), a esterilização feminina se tornou o método mais utilizado dentre todos aqueles disponíveis para anticoncepção. De acordo com os dados da PNDS de 1996, a esterilização feminina consistia em 52,0% de todos os métodos contraceptivos utilizados, seguida em segundo lugar e com considerável distância, pela pílula, usada por 27,0% da população feminina. A esterilização masculina, por outro lado, é menos comumente praticada (2,4%) do que métodos tradicionais como a abstinência periódica (4,0%) e o coito interrompido (4,0%). Ainda de acordo com a PNDS de 1996, mais de 50,0% de todas as esterilizações ocorreram durante um nascimento por cesariana.

A alta prevalência da esterilização no Brasil motivou a instauração de uma outra Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), em 1991, para investigar as causas da “esterilização em massa” das mulheres brasileiras e se existia maior probabilidade de esterilização das mulheres negras. Os trabalhos da CPI mostraram que não existia discriminação racial – já que as mulheres brancas tinham maior probabilidade de estarem esterilizadas – mas apontou para a necessidade da regulamentação da prática de esterilização feminina e masculina (Cavenaghi, 1997). O Parlamento brasileiro começou a discutir uma lei sobre o assunto.

Somente em 1996 o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7 do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar no Brasil. Esta lei incorpora muito do que havia sido discutido anteriormente no país sobre o planejamento familiar enquanto um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde e proíbe qualquer medida coercitiva, entre outras providências. Contudo, o artigo 10 da referida lei, que tratava da questão da esterilização foi vetado pelo Presidente da República. Somente no final de 1997 o artigo 10 foi finalmente aprovado e sancionado, conforme redação abaixo:

*“Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce” (Portaria N°144, de 20 de Novembro de 1997, Resolução 3).*

Desta forma, pode-se perceber que nas décadas de 1980 e 1990 o Brasil conseguiu implantar uma legislação regulando a prática do planejamento familiar. Isto

não quer dizer que o país adotou uma política populacional controlista ou natalista. O Estado brasileiro continuou reafirmando a posição contrária as metas demográficas. O que houve foi um reconhecimento que a população estava demandando meios para o controle da natalidade. Apesar de toda a controvérsia ao nível macro, no nível micro, existia apoio ao planejamento da prole, como mostraram McDonough e Souza (1984, p. 169):

*“Os principais achados do nosso estudo podem se resumidos de maneira simples. Existe amplo apoio popular às iniciativas governamentais que visam encorajar o planejamento familiar no Brasil. Trata-se de uma questão significativa e central para amplos setores do público, especialmente para as mulheres mais jovens. O sentimento religioso atua no sentido de moderar essa demanda,, mas ele é relegado a uma posição nitidamente secundária quando contraposto às pressões experimentadas pelas mulheres mais jovens no sentido de adquirir controle sobre suas decisões de vida reprodutiva”.*

Também o estudo de Faria (1989) mostrou que existia uma questão não resolvida no processo de transição da fecundidade no Brasil. As transformações estruturais e institucionais ocorridas no país, principalmente após 1964, fizeram que, de maneira não-antecipada, houvesse uma maior demanda pela regulação da fecundidade. Contudo, o Estado não forneceu as informações e os meios para o atendimento das necessidades da população. As camadas sociais mais abastadas da sociedade, que geralmente tem acesso à informação e a níveis mais elevados de escolaridade, conseguiram comprar os meios contraceptivos no mercado (farmácias e rede de saúde). Mas as camadas sociais mais pobres não tinham recursos para obter os meios de regular a fecundidade. Faria, chamou de “efeito perverso” esta situação em que tanto os pobres quanto os ricos queriam controlar a fecundidade, mas somente os segundos conseguiam fazê-lo. Assim, não é de se estranhar que as mulheres pobres só tinham acesso à esterilização via a intermediação de políticos à cassa de votos, além de apresentar dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos.

Como mostrou Medici e Beltrão (1996): *“Dado o quadro de carência, a forte prevalência de esterilização, abortos e mortes maternas nas populações mais pobres, urge melhorar a qualidade dos programas de atenção à saúde dessa população o que deverá envolver melhor acompanhamento técnico e aconselhamento e a oferta de um mix mais diversificado de meios contraceptivos” (p. 46).*

Mesmo depois da aprovação da Lei do Planejamento Familiar, em 1996, a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa devido à crise fiscal do Estado brasileiro. O fato é que as famílias mais pobres não podem exercer de maneira plena os seus direitos à autodeterminação reprodutiva. Não há empecilho para os casais que querem ter “quantos filhos Deus mandar”. Contudo, a situação é dramática para quem quer limitar ou espaçar o número de filhos e não possui os meios para adquirir os métodos contraceptivos no mercado. Assim, a gravidez indesejada é uma realidade e afeta tanto a mulher que se vê forçada a carregar uma gestação não planejada, quanto as crianças que foram concebidas não pela vontade



soberana dos seus progenitores. Não é de se estranhar, pois, que a gravidez na adolescência seja um tema em constante debate no país.

## **8. DIREITOS REPRODUTIVOS E A CONFERÊNCIA DO CAIRO**

Na segunda metade do século XX aconteceram cinco Conferências Mundiais de População: Roma em 1954, Belgrado em 1965, Bucareste em 1974, México em 1984 e Cairo em 1994. A preocupação com o binômio população e desenvolvimento esteve presente em todas elas. As Conferências de Roma e Belgrado, organizadas pelas Nações Unidas, em colaboração com a União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP), tiveram um caráter mais acadêmico. As três Conferências seguintes foram as primeiras a contarem com delegações oficiais dos diversos países do mundo, sendo que seus resultados passaram a ser a referência para as políticas populacionais em todo o mundo. Na Conferência de Bucareste, em 1974, a maioria dos países do Terceiro Mundo se alinhou na defesa das teses desenvolvimentistas. A posição apresentada pela delegação da Índia - “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo” – pode ser tomada como uma síntese dos posicionamentos da Conferência. Na Conferência do México houve uma retomada da preocupação com as preocupações com o descontrole do crescimento populacional e começaram a ganhar força as visões do conservadorismo moral.

As Conferências Internacionais de População marcaram momentos importantes na questão da política populacional no mundo e também no Brasil. Dado ao tamanho continental de sua população e aos avanços conseguidos no país, o Brasil foi um importante ator na formulação da Plataforma de Ação do Cairo e, por outro lado, tem se beneficiado das deliberações da conferência para fortalecer as posições internas sobre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva.

Segundo Berquó (1998), um autêntico procedimento democrático marcou a conduta do governo brasileiro durante a fase de preparação para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), do Cairo. O Itamaraty criou um Comitê Nacional composto por representantes dos diversos ministérios, com a colaboração técnica da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que permitiu organizar uma intensa agenda de atividades. Destas destaca-se o Encontro Nacional “Mulher e População: nossos direitos para o Cairo 94”, realizado em setembro de 1993 e que contou com a participação de um conjunto de ONGs feministas. A “Carta de Brasília”, contendo 12 princípios básicos, traduziu os avanços teóricos e práticos da discussão sobre as políticas populacionais no Brasil e reforçou os princípios da não-coerção, da saúde integral da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos.

A delegação brasileira teve papel importante na Conferência do Cairo e ajudou a construir as mudanças no posicionamento adotado em relação às conferências anteriores. A Plataforma do Cairo contou com o avanço teórico e de instrumentos internacionais do ciclo de Conferências Sociais da ONU e também se beneficiou da

conjuntura favorável, tanto em termos demográficos, quanto políticos. A queda generalizada da fecundidade, no mundo, facilitou a mudança de paradigma, do planejamento familiar para os direitos sexuais e reprodutivos. Por outro lado, o fim da Guerra Fria atenuou as disputas ideológicas e possibilitou um maior fluxo de negociações e a criação de alianças temporárias entre os diversos países presentes. As diversas Conferências Internacionais da ONU - as três Conferências das Mulheres em 1975, 1980 e 1985, as duas conferências sobre Meio Ambiente em Estocolmo, 1972 e Rio de Janeiro, 1992, Conferência de Educação na Tailândia, em 1990, a Conferência de Direitos Humanos de Viena de 1993, etc.

Também teve destaque a forte presença de organizações não-governamentais (ONGs) representando a voz da sociedade civil. Foi fundamental a presença dos movimentos de mulheres, dos ambientalistas e dos defensores dos direitos humanos possibilitou que o debate entre população e desenvolvimento fosse colocado em um patamar de defesa de direitos e não numa perspectiva controlista. A maior vitória da CIPD do Cairo foi tirar o “problema populacional” da perspectiva econômica e ideológica, para colocar as questões relativas à reprodução como fazendo parte da pauta mais ampla de direitos humanos.

A Plataforma de Ação aprovada na CIPD do Cairo é considerada uma “mudança de paradigma” que instituiu a prevalência de um enfoque humanista no trato do problema populacional (Alves, 1995). Para o economista indiano, ganhador do Prêmio Nobel, Amartya Sen (1995) o Programa de Ação do Cairo permitiu superar duzentos anos de pessimismo e autoritarismo malthusiano, resgatando a perspectiva otimista de que a cooperação pode prevalecer nas questões demográficas.

Segundo Corrêa e Sen (1999), a Conferência do Cairo contou com uma ampla pluralidade de vozes, o que foi um elemento fundamental na democratização do debate e na afirmação dos seguintes princípios:

- Retoma os princípios expressos na Conferência de Bucareste sobre o direito ao desenvolvimento como uma meta universal e inalienável, adicionando as preocupações sociais e ambientais, além de tratar do problema das desigualdades nacionais e internacionais, enfatizando a necessidade da erradicação da pobreza entre as mulheres, da redução da produção e do consumo não-sustentáveis e de investimentos em seres humanos e na segurança alimentar.
- Abandona a linguagem de “status da mulher” em favor de um reconhecimento explícito das relações desiguais de poder e recursos entre os gêneros, avançando na formulação do conceito de empoderamento das mulheres, ao mesmo tempo em que recomenda programas de educação dos homens voltados para a assunção de um comportamento mais responsável.
- Reconhece a multiplicidade de formas dos arranjos familiares existentes ao invés de receitar um padrão único de família.

- Reafirma as definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre saúde sexual e reprodutiva e define os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.
- Reconhece o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública, o mesmo se aplicando à epidemia de HIV-AIDS.
- Estabelece regras de parceria e colaboração entre governos, ONGs e o setor privado e define recursos financeiros voltados para a regulação da fecundidade, os serviços de saúde reprodutiva, para HIV-AIDS e para a pesquisa e a coleta de dados.

A definição de saúde sexual e reprodutiva foi aprovada da seguinte forma na Conferência do Cairo:

*“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis”.*

A definição de Direitos Reprodutivos foi aprovada da seguinte forma na Conferência do Cairo:

*“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (§ 7.3).*

## 9. O DEBATE SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR E DIREITOS REPRODUTIVOS NO GOVERNO LULA: 2003 e 2004

Como vimos o debate e a legislação sobre o planejamento familiar no Brasil avançou bastante nas duas últimas décadas do século XX. A CIPD do Cairo foi um marco na discussão sobre população e desenvolvimento no mundo. Contudo, velhos debates e novas questões estiveram presentes na discussão sobre o planejamento familiar nos dois primeiros anos do governo Lula.

O governo Lula representou uma novidade na histórica brasileira. Pela primeira vez em 500 anos um partido de esquerda ganhou uma eleição democrática e chegou ao poder via o Partido dos Trabalhadores (PT), liderado por um legítimo representante das classes populares. O presidente Lula, antes de se tornar uma liderança nacional na luta pela democratização do país, foi um retirante nordestino e um líder operário e sindical em São Paulo. Era, portanto, com grande expectativa e esperança que o eleitorado brasileiro aguardava as primeiras medidas do governo. Em relação às condições emergenciais (e sem entrar em outros aspectos administração Lula), o governo lançou o Programa Fome Zero, visando combater a fome, a desnutrição e a pobreza. Assim, a questão do combate à pobreza pautou a imprensa e o debate nacional. Mas, surpreendentemente, o debate controlismo versus natalismo voltou à tona *vis-à-vis* as velhas posições malthusianas e neomalthusianas (Alves e Corrêa, 2003).

Sem querer abordar todo o debate ocorrido na imprensa brasileira em 2003 e 2006 vamos comentar alguns artigos que consideramos significativos e que tivemos acesso. A administração Lula nada disse sobre as questões populacionais em seu primeiro ano de governo, mas recebeu o médico Dráuzio Varella no Palácio do Planalto, durante o lançamento do filme Carandiru. Com grande exposição na mídia, o doutor Varella escreveu alguns artigos defendendo medidas urgentes relativas ao planejamento familiar, pois, segundo afirmava, o descontrole populacional era um dos motivos da crescente onda de violência no país. A argumentação era a seguinte: as mulheres pobres, principalmente aquelas vivendo em favelas nas grandes cidades, não tendo acesso aos métodos contraceptivos e, devido à proibição do aborto no país, são obrigadas a conviver com a gravidez indesejada. Os filhos não planejados crescem em condições de vida precárias e, na falta de escolas e emprego adequados, terminam na criminalidade, elevando as cifras da violência no país. Para ele, particularmente grave é o fato de existir uma “epidemia de gravidez na adolescência”:

*“Que ideologia insana ou princípio religioso hipócrita justifica o fato de nossas filhas atravessarem a adolescência sem engravidar, enquanto as filhas dos mais pobres dão à luz aos 15 anos? Termos um ou dois filhos, no máximo, enquanto eles têm o dobro ou o triplo para acomodar em habitações precárias? A falta de recursos para programas abrangentes de planejamento familiar é desculpa irresponsável! Sai muito mais caro abrir escolas, hospitais, postos de saúde, servir merenda, dar remédios e arranjar espaço físico para esse mundo de crianças. E, mais tarde, construir uma cadeia atrás da outra para enjaular os malcomportados” (Varella, 2003).*

Em artigo publicado em novembro do primeiro ano do governo Lula, Cavenaghi e Alves (2003) discordam da correlação mecânica da interpretação do Dr. Varella sobre a relação entre alta fecundidade dos pobres e a violência. Contudo, os autores concordam que a gravidez indesejada, na adolescência ou em outras idades, é um problema que decorre de investimentos insuficientes do governo para prestar informações sobre reprodução e fornecer meios contraceptivos, conforme determina a Constituição Federal e a legislação em vigor:

*“O Brasil já tem os instrumentos institucionais e legais para enfrentar este problema. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, foi um avanço no trato das questões reprodutivas. A Lei do Planejamento Familiar (n. 9.263), aprovada pelo Congresso Nacional, em 1996, estabelece os parâmetros e as normas para o acesso à informação e aos métodos contraceptivos. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma concepção de cobertura ampla e universal. Portanto, basta cumprir a lei e atender a todas as pessoas que necessitam do serviço. Cabe ao ministério e as secretarias estaduais e municipais da saúde garantir os meios adequados para o exercício dos direitos reprodutivos. Cabe à mídia ajudar a esclarecer a questão. Cabe à sociedade civil se mobilizar e contribuir para tornar efetivo o bem-estar sexual e reprodutivo. Historicamente, os demógrafos brasileiros sempre foram contra as metas populacionais e o controle coercitivo da natalidade. Porém, isso nunca impediu o reconhecimento do direito dos cidadãos de controlar ou espaçar o número de filhos, devendo o Estado propiciar os meios para tal. Assim, enquanto expressão da cidadania e da autonomia pessoal, tanto a concepção, quanto a contracepção, devem ser consideradas um direito amplo, geral e irrestrito” (Cavenaghi e Alves, 2003).*

Mas ao contrário de garantir o planejamento familiar como um direito conforme garante a Constituição, a Lei 9.263/96 e a Plataforma do Cairo, que o Brasil é signatário, a primeira declaração de uma autoridade do governo Lula foi no sentido contrário. Em entrevista publicada no jornal Folha de São Paulo (FSP), no dia 6 de janeiro de 2004, a ministra Emília Fernandes da Secretaria de Políticas para as Mulheres, propôs a inclusão do planejamento familiar entre as contrapartidas exigidas pelo Programa Bolsa-família. Segundo as palavras da ministra:

*“A paternidade atuante e consciente precisa ser tema discutida neste país. É impossível que mulheres e homens continuem colocando crianças no mundo para morar nas ruas, debaixo das pontes, [e viver] na prostituição, nas drogas”.*

Evidentemente, houve uma grande quantidade de cartas enviadas ao jornal, e outras que circularam em listas de discussão na Internet, criticando as declarações da ministra Emília Fernandes, mas várias cartas também apoiavam uma política controlista. As críticas se dirigiam à forma coercitiva de planejamento familiar proposta para os pobres, ou seja, as pessoas e famílias carentes que necessitassem de uma transferência de renda, por meio do Programa Bolsa-família, teriam que controlar a fecundidade, ferindo, desta forma, todos os princípios de não-coerção discutidos anteriormente e aprovados na legislação brasileira.

O próprio jornal FSP, em editorial do dia 7 de janeiro de 2004, chama atenção para a impossibilidade de se fazer planejamento familiar coercitivo num ambiente democrático:

*“O ideal num Estado de Direito é que a adesão ao planejamento familiar seja totalmente voluntária. A melhor e mais democrática forma de lidar com o crescimento populacional é proporcionar educação. O Bolsa-Família, ao colocar os mais pobres em contato com o poder público, cria uma boa oportunidade de atuação. Ela deve ser usada para que os casais -notadamente as mulheres- recebam esclarecimentos e acesso aos meios. Assim poderão decidir eles mesmos planejar famílias menores”.*

No dia 8 de janeiro de 2004, a ministra Emília Fernandes emitiu uma nota intitulada “Planejamento familiar, um direito das mulheres e dos homens” em que contraria o teor da matéria publicada no jornal FSP e reafirma os compromissos da legislação brasileira:

*“Temos a convicção de que a possibilidade de escolha, de ter mais ou menos filhos e filhas, ou não tê-los, quando ter e com quem ter, são direitos de todas as pessoas, homens e mulheres. O que não é correto é que os governantes em todos os níveis, os Poderes constituídos e a sociedade organizada permaneçam silenciosos e coniventes com o alarmante número de meninas e de meninos que continuam sendo colocados no mundo, irresponsavelmente, pela desinformação. Um país onde, ainda, há milhões de pessoas com fome e na miséria, onde milhões nem sequer possuem uma casa para viver, onde milhões vivem na sombra do analfabetismo, um país onde a mortalidade materna assume proporções inaceitáveis, tem por dever pensar e agir em relação à forma e as condições que seu povo está vindo ao mundo. Um país onde os percentuais da gravidez entre adolescentes, óbitos pela clandestinidade do aborto são significativos, não pode se omitir de abordar claramente o tema sobre planejamento familiar e paternidade atuante e consciente”.*

No dia 9 de janeiro de 2004, a coordenadora do Programa Bolsa-família, Dra. Ana Fonseca, descartou a exigência de planejamento familiar como contrapartida dos beneficiados pelo programa e disse. *“Entendo que a contracepção, como também a concepção, são direitos de cidadania e que a possibilidade de exercício desses direitos depende da oferta de serviços de saúde e educação”.* No dia 23 de janeiro o presidente Lula anunciou a sua primeira reforma ministerial, sendo que a ministra Emília Fernandes foi substituída pela ex-reitora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Nilcéia Freire.

Outra mudança ocorrida se deu com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, para cujo titular foi indicado o deputado mineiro Patrus Ananias do PT, que é muito ligado à Igreja Católica. O ministro Patrus, de imediato fez várias declarações de cunho natalistas, dizendo que o Brasil é “um país por povoar”, que o “Brasil pode ter mais de 350 milhões de habitantes” e que não cabe “diminuir o número de participantes no banquete, e sim aumentar a oferta de alimentos”. Quanto às posições do novo ministro, o jornal FSP afirmou o seguinte, em editorial intitulado “O banquete de Ananias”, do dia 28 de janeiro de 2004:

*“O ministro perdeu uma excelente oportunidade de calar-se, exercendo assim a virtude cardeal da prudência. Não se trata, é claro, de defender posições neomalthusianas, mas é certo que o Brasil não tem nem a necessidade nem o interesse em contar com uma população de 350 milhões de almas. A tese do papa Paulo 6º, que foi abraçada pelo ministro, de que a questão não é ‘diminuir o número de participantes no banquete, e sim aumentar a oferta de alimentos’, talvez fizesse sentido nos anos 60 e 70 como contraponto a políticas autoritárias de controle de natalidade, mas hoje é insustentável. A Igreja Católica tem, é certo, o direito de opor-se ao planejamento familiar e ao uso de camisinha. O Estado brasileiro, porém, tem o dever de oferecer às famílias informações e meios para evitar filhos, se este for o seu desejo, bem como de estimular o uso da camisinha para evitar a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis”.*

Muitas cartas e artigos de jornais foram publicados e o debate esquentou. No dia 20 de janeiro o jornal O Globo, em editorial, considera que o planejamento familiar é uma necessidade, pois as pessoas pertencentes aos estratos sociais com baixos níveis de educação e renda não têm acesso às informações e aos métodos contraceptivos. Na mesma edição do jornal foi relatada uma proposta de um Secretário da prefeitura do Rio de Janeiro propondo a distribuição, pelo correio, de pílulas anticoncepcionais visando à redução da gravidez indesejada na adolescência. Nota-se que a “criatividade” estava correndo solta.

No dia 26 de janeiro o jornal FSP publicou entrevista com a Dra. Elza Berquó, presidente da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), em que ela afirma que a fecundidade está caindo no Brasil e que o país não precisa de política de planejamento familiar e sim de uma política de desenvolvimento:

*“Durante muitos e muitos anos a chamada esquerda deste país, juntamente com os movimentos de mulheres, conseguiu impedir que o país tivesse uma política de população. É muito complicado porque uma política de população acaba intervindo, em última análise, nos direitos das pessoas de ir e vir, de se reproduzir ou não se reproduzir. Esses dois elementos são básicos na questão demográfica. Você quer povoar, tudo bem. Os Estados dão incentivos para atrair indústrias, levar o desenvolvimento. É mais fácil isso do que impor que as pessoas tenham que ficar lá ou aqui. Você dá o incentivo e as pessoas se movimentam. Não podemos interferir nesse direito. O país não precisa de política de população. Ele precisa de política de desenvolvimento”.*

Posição contrária a essa apresentada pela Dra. Elza Berquó, veio do Senador Jefferson Peres (PDT/AM) que em artigo denominado “O direito de planejar a família” publicado no jornal O Globo de 21 de fevereiro de 2004 argumenta que, ao longo da história brasileira, os governos cometeram “três grandes e trágicos erros”: a) a crônica falta de investimentos maciços em educação; b) a proverbial leniência com a corrupção e o desperdício no serviço público; c) a ausência de políticas de planejamento familiar, que tivessem desacelerado o crescimento populacional. Ele compara o Brasil com Cuba:

*“Em 1959, quando Fidel Castro tomou o poder, o Brasil tinha aproximadamente sessenta milhões de habitantes, e Cuba, quase seis milhões. Portanto, nossa população era dez vezes maior. Hoje, os brasileiros são 175 milhões, e os cubanos, apenas 11 milhões. Ou seja, nossa população já é quase dezesseis vezes maior. Significa dizer que se os cubanos não tivessem feito contenção de natalidade, hoje eles seriam mais de dezessete milhões, com um excesso populacional que teria estourado os serviços de educação e saúde, e agravado ainda mais os outros problemas. Uma situação talvez insustentável pelo regime. Ao invés, se o Brasil tivesse adotado o planejamento familiar, como Cuba, seríamos hoje apenas cento e dez milhões, nossos sistemas de educação e saúde atenderiam talvez a todos, e os demais problemas seriam, com certeza, muito menores”.*

Nota-se, portanto, que o debate sobre o planejamento familiar continua e existem divergências quanto a seus efeitos tanto no nível individual (micro), quanto no nível coletivo (macro). O debate brasileiro sobre o planejamento familiar no Brasil no início do século XXI mostra que apesar de existir uma legislação adequada no país quanto aos direitos reprodutivos, muita coisa falta ser feita para que a população, especialmente as camadas mais carentes, possa ter garantido seus direitos de cidadania. Falta também um consenso sobre a relação entre população e desenvolvimento no país.

No seminário sobre “Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil”, promovido pela ABEP, ocorrido em BH nos dias 19 e 20 de maio de 2004, as representantes da Administração Lula, Regina Viola, do Ministério da Saúde e Sueli Almeida, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, disseram que o governo estava preparando um documento geral sobre a questão do Planejamento Familiar e que pela primeira vez o Brasil teria uma Política de Estado sobre o assunto. No lançamento do livro “Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil”, editado pela ABEP e UNFPA/Brasil, ocorrido em Brasília no dia 12 de julho de 2004, em comemoração ao Dia Internacional de População, a Secretaria de Saúde para a Mulher, do Ministério da Saúde, Maria José de Araújo, disse também que a Administração Lula estava elaborando um documento final de governo sobre a questão do Planejamento Familiar e sobre os Direitos Reprodutivos. Ela disse que os recursos para o Programa Saúde da Mulher tinham aumentado bastante, mas reconheceu que ainda é difícil fazer chegar os métodos contraceptivos aos milhares de municípios brasileiros. Ela disse que reconhecia que a população mais carente continua privada de acesso aos métodos de regulação da fecundidade, por dificuldades de logística de distribuição e engajamento das prefeituras.

Somente no dia 22 de março de 2005 foi que o governo Lula, através do Ministério da Saúde da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) divulgou a sua política nesta área. As três ações prioritárias da “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” são: a) Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS – o Ministério da Saúde vai assumir progressivamente a compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do SUS. Até então, o Ministério era responsável por suprir de 30% a 40% dos contraceptivos - ficando os outros 70% a 60% a cargo das secretarias estaduais e



municipais de saúde; b) Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS - a meta é aumentar em 50%, até 2007, o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, em todos os estados brasileiros. A intenção do Ministério da Saúde é ampliar o acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; c) Introdução de reprodução humana assistida no SUS - segundo a Organização Mundial da Saúde e sociedades científicas, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade - definindo-se infertilidade como a incapacidade de um casal engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção.

Embora a da “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”, lançada em 22/03/2005, seja bem concebida os seus efeitos práticos têm sido muito pequenos, pois os postos de saúde continuam sem condições de prover regularmente e em quantidade adequada os meios de regulação da fecundidade.

Além disto voltou á pauta nacional a questão do aborto e das complicações de saúde pública decorrentes do aborto inseguro. Para tratar deste grave problema, foi instalada, em 6 de abril de 2005, uma Comissão Tripartite para Revisão da Legislação Punitiva sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, integrada por dezoito representantes dos Poderes Executivo e Legislativo e da sociedade civil. Os trabalhos da Comissão Tripartite resultaram na elaboração de um projeto de lei que começou a ser votado semana passada e cuja votação deve ser completada no dia 7 de dezembro na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. O projeto permite que as mulheres optem pelo aborto até a 12ª semana de gestação, sem precisar justificar o motivo, e até a 20ª semana, se a gravidez for consequência de estupro. Em casos de anencefalia ou de risco para a gestante, o aborto poderia ser realizado a qualquer momento. Se aprovado, o projeto passará pela Comissão de Constituição e Justiça antes de ir ao plenário.

No dia 6 dezembro de 2006 a deputada (PcdoB) Jandira Feghali escreveu um artigo no jornal Folha de São Paulo defendendo o direito à opção em caso de aborto e da gravidez não desejada. No dia 10 de dezembro, o demógrafo José Eustáquio Diniz Alves escreveu um artigo no jornal O Globo intitulado “A ofensiva dos fundamentalistas” em que argumenta que a falta de direitos reprodutivos agrava as condições de pobreza e aumentam a mortalidade e a morbidade materna, especialmente das populações pobres.

No dia 23 de outubro de 2006 o programa Fantástico da Rede Globo iniciou uma série de programas denominado “Os filhos deste solo”, em que tinha o Dr. Drauzio Varella como apresentador e teve pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas (FGB) e da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do IBGE como consultores. Durante sete semanas, até o dia 4 de dezembro de 2005, o Fantástico levou ao ar programas tratando da camisinha, dos diversos métodos contraceptivos, da sexualidade de adolescentes, esterilização feminina e masculina, direito reprodutivo, etc. Pela primeira vez a televisão brasileira tratou deste tema do planejamento familiar de maneira ampla e atingindo um público de estimado de 30 milhões de espectadores por semana.

O próprio médico Drauzio Varella mudou o seu enfoque durante o início e o fim do referido programa. No dia 16 de outubro de 2005 o jornal O Globo publicou entrevista com o Dr. Varella em que ele defende políticas claramente neomalthusianas, responsabilizando os pobres pela pobreza e pela violência imperante no Brasil. Contudo, no dia 10 de dezembro, após o fim da série de programas do Fantástico, o Dr. Varella escreve para o jornal Folha de São Paulo um artigo intitulado: “A meus colegas médicos”. Neste artigo existe uma clara mudança de foco, deixando de lado as visões neomalthusianas mais explícitas para visões mais de acordo com os princípios aprovados na CIPD do Cairo, em 1994, dos direitos sexuais e reprodutivos.

Cabe comentar que na maior parte do tempo revisto a Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP – pouco ou nada se manifestou através da mídia sobre o assunto, a não ser alguns demógrafos que se manifestaram individualmente. Porém, no dia 22 de janeiro de 2006, o jornal Folha de São Paulo (FSP), por meio de reportagem do jornalista Antônio Gois, publicou matéria sobre o Bônus demográfico e sobre a questão da regulação da fecundidade. Após a publicação desta matéria alguns colunistas, como Antônio Ermírio de Moraes e Rubens Ricupero fizeram comentários elogiosos aos trabalhos dos demógrafos.

No domingo, dia 5 de fevereiro de 2006, a revista Veja publicou entrevista com o pesquisador americano, Paul Erlich, autor de “A bomba populacional” que disse que o mundo “tem gente demais” e que o crescimento desordenado da população ameaça o planeta Terra. Esta reportagem gerou uma reação em massa dos demógrafos brasileiros, reunidos em torno da ABEP. Foi feita uma carta de protesto contra as posições defendidas por Paul Erlich, seguida de um abaixo-assinado com cerca de 120 demógrafos e pesquisadores brasileiros (e alguns estrangeiros). Contudo a revista Veja não publicou a carta que foi publicada pelo Observatório da Imprensa.

Todos este debate ocorrido durante o governo Lula mostra que existe muita polêmica sobre o papel da dinâmica demográfica no combate à pobreza. Na mídia é comum se divulgar a idéia de que o controle da natalidade é a solução para a redução da pobreza e da violência. Contudo tem crescido o número de demógrafos e pesquisadores que defendem a aplicação dos princípios do Cairo, isto é, dos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, como referência para uma política mais ampla de direitos humanos.

## **10. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão da literatura apresentada neste texto apontou para a existência de políticas populacionais expansionistas e natalistas na América Latina e no Brasil até

meados da década de 1970. Contudo, com o processo de transformações estruturais e institucionais por que passou a região que, inclusive, possibilitou o início da transição demográfica, as posições natalistas foram perdendo força. A queda das taxas de mortalidade, em especial o rápido declínio das taxas de mortalidade infantil, fez com que crescesse a demanda por meios de regulação da fecundidade, devido ao crescimento dos filhos sobreviventes e devido à reversão do fluxo intergeracional de riqueza, na acepção de Caldwell (Caldwell, 1976). Assim, passou a ser imperativo a disponibilidade de métodos contraceptivos para parcelas crescentes da sociedade. A questão do “planejamento familiar” - ou qualquer outro nome que venha a denominar o processo de regulação da fecundidade - entrou definitivamente na pauta de discussão política.

O problema é que a questão da regulação da fecundidade está contaminada por injunções ideológicas que refletem diferentes projetos sociais e perspectivas de posicionamentos políticos. No nível macro, existe uma dicotomia entre natalistas e controlistas. Os primeiros, que sempre predominaram na história brasileira consideram que a população deve continuar crescendo e que ao invés de limitar a população precisamos acelerar o desenvolvimento. Já os controlistas e neomalthusianos consideram que o alto crescimento populacional prejudica o desenvolvimento econômico, dificulta o combate à pobreza, podendo provocar impactos nocivos ao Meio Ambiente.

Todavia, fica uma questão aberta neste debate: qual é o ótimo populacional? Nenhuma das duas correntes consegue determinar qual é a “população ideal” para que tenhamos, ou 1) um “Brasil Potência” que ocupe todos os espaços vazios do território e garanta ganhos de escala para o mercado interno e a soberania nacional, ou 2) um Brasil com menos população em termos quantitativos, mas uma sociedade melhor em termos de qualidade das condições de vida e bem-estar social e ambiental. O Brasil tem as dimensões territoriais do Canadá e da China, mas o que seria bom para o país? Ter uma população próxima dos 30 milhões de habitantes do Canadá, ou acima dos mais de um bilhão de habitantes da China?

Evidentemente é difícil achar uma resposta exata. Contudo, mesmo que houvesse consenso de que a população brasileira deveria ter um volume de 110 milhões de habitantes (como sugere o senador Jefferson Peres) ou 350 milhões (como sugere o ministro Patrus Ananias), restaria discutir a magnitude do ritmo de crescimento ou decréscimo da população, pois faz muita diferença o tempo necessário para se atingir estes “ótimos” populacionais. Por exemplo, a população brasileira de 170 milhões no ano 2000 gastaria 24,4 anos para chegar em 350 milhões de habitantes se crescesse a 3% ao ano como cresceu na década de 1950; gastaria 44,4 anos se crescesse a 1,64% ao ano como cresceu na década de 1990 e gastaria 145 anos para chegar a 350 milhões de habitantes se crescesse, por hipótese, a 0,5% ao ano. Assim, poderíamos atingir o número ótimo sugerido pelo ministro Patrus no ano de 2025, ou 2045 ou no distante ano de 2145. O mesmo raciocínio vale para as taxas de decréscimo da população. Para cada cenário hipotético teríamos uma determinada estrutura etária e uma determinada taxa de dependência demográfica, que é tanto ou quanto mais importante que o volume total da população. Portanto, esta discussão envolve mais variáveis “do que supõe a nossa vã filosofia”, como diria Shakespeare.

Se não existe consenso sobre o tamanho ideal da população brasileira ou latino-americana, também não existe consenso sobre outros temas que envolvem a reprodução humana. O aborto é um deles. O aborto sempre foi proibido no Brasil (salvo em caso de estupro ou risco de vida da mãe), apesar de ser bastante praticado em condições inseguras e com altos riscos para a mulher. A questão do aborto é reconhecida como uma questão de saúde pública. Mas enquanto as feministas e outras forças sociais lutam pela legalização ou descriminação do aborto, a Igreja Católica e a maior parte das Igrejas Evangélicas querem manter as restrições atuais e garantir o direito à vida desde a concepção, o que significa colocar a vida de uma mãe com gravidez de alto risco em perigo, assim como significa impedir as pesquisas sobre clonagem terapêutica.

Quanto à regulação da fecundidade a Igreja Católica concorda com o planejamento familiar desde de que seja através de métodos naturais e com base na “paternidade responsável”. Mesmo tendo posições, de modo geral, natalista, a Igreja considera que deve haver paternidade responsável, isto é, os pais e as mães (que devem ser casados e respeitar o matrimônio indissolúvel) só devem ter filhos se for para cuidar deles de maneira adequada. A Igreja Católica considera, também, que o planejamento familiar deve ser uma livre opção dos casais e que não deve existir nenhuma forma coercitiva de impedir ou retardar a opção da natalidade. Contudo, a Igreja é contra o sexo antes do casamento, contra a infidelidade conjugal, contra o desquite e o divórcio e contra o uso de preservativos masculinos e femininos (condom) nas relações sexuais, quer seja como forma de evitar a gravidez ou como forma de evitar DSTs e AIDS.

O movimento feminista, em sua grande maioria, é a favor da regulação voluntária da fecundidade. Mas existem várias correntes feministas que consideram que o planejamento familiar é uma forma disfarçada de controle da natalidade e denunciam, principalmente, a ausência dos homens no processo de regulação da fecundidade e protestam contra aqueles métodos anticoncepcionais que prejudicam a saúde da mulher. Várias protestam, também, contra o excesso de laqueaduras tubárias no Brasil, por ser um método contraceptivo irreversível ou por ser um método que “mutila” o corpo da mulher.

Entretanto, praticamente a totalidade do movimento feminista considera que deve haver direitos sexuais e reprodutivos. Neste ponto, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, continua sendo a referência, pois não contrapôs a população ao desenvolvimento, mas reafirmou o propósito de se alcançar o desenvolvimento sustentável, tanto em termos sociais, quanto em termos ambientais, além de enfatizar a necessidade da erradicação da pobreza e das desigualdades de gênero, garantindo a saúde sexual e reprodutiva e definindo os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.

Desta forma, independentemente da discussão macroeconômica sobre controlismo e natalismo, parece haver consenso que a decisão sobre como, quando e quantos filhos se quer ter deve ser tomada pelos indivíduos, em comum acordo com seus parceiros,

quando for o caso. Cabe ao setor público, em parceria com a iniciativa privada, fornecer as informações e os meios contraceptivos para que as opções reprodutivas possam ser tomadas sem coerção e em conformidade com os direitos humanos .

Contudo, ainda resta uma questão. Mesmo respeitando-se a Plataforma do Cairo e estabelecendo-se políticas populacionais livres de coerção pode ser que alguns países resolvam adotar, de maneira democrática, metas demográficas. Por exemplo, a Suécia tem desde os anos de 1930 metas natalistas que foram definidas de forma transparente e democrática e consistem em incentivos para que os casais tenham mais filhos de forma a se aproximar das taxas de reposição (2,1 filhos por mulher). Outros países desenvolvidos, que possuem taxas de fecundidade muito abaixo do nível de reposição também têm procurado adotar o “modelo sueco”. Em outro extremo, a Índia, que sempre teve altas taxas de fecundidade, colocou como meta atingir uma fecundidade de reposição até o ano de 2010 (ONU, 2001). Se estas metas forem baseadas em incentivos e não na coerção e tomadas de forma democrática, então se estaria reproduzindo o modelo sueco e não o “modelo chinês” que se baseia em medidas coercitivas de controle da natalidade.

No mundo, e mesmo na América Latina, os cenários demográficos são muito dispares e complexos. Existem países com elevadas taxas de fecundidade e elevadas taxas de crescimento populacional, enquanto outros possuem taxas muito baixas de fecundidade e já experimentam redução populacional. Querer ter uma receita única e aplicável para todos os casos é desconhecer as desigualdades e a complexidade da dinâmica demográfica. Todavia, existem alguns princípios que devem ser observados, dentre eles, o respeito à vontade das pessoas e o compromisso com a liberdade de escolha e com a prática da não-coerção e da não-violência. A formulação de uma política populacional deve sempre vir no sentido de elevar a qualidade de vida da população, levando em conta a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos sem qualquer discriminação social ou limitação da cidadania plena.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, J. A. Lindgren. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 12, ns. 1-2, jan./dez. 1995.
- ALVES, J.E.D., CORRÊA, Sonia. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 20, nº 2, jul/dez. 2003.
- ARENDT, Hannah, *A Condição Humana*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2003.
- ASHFORD, Lori S. Políticas de población: avances em los derechos de la mujer. Washington DC, *Population Bulletin*, v. 56, n.1, março de 2001.
- BERQUÓ, Elza. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 4, n. 1, jan./jul., pp. 95-103, 1987.
- BERQUÓ, Elza. Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos. Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 7, n. 1, jan./jun, pp. 87-94, 1990.
- BERQUÓ, E. e CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, Ouro Preto, MG, 4-8 de novembro de 2002. Anais... ABEP, 2002. Disponível em: <[www.abep.org.br](http://www.abep.org.br)>.
- BUENO, Eramis. Política de população em Cuba. Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 4, n. 1, jan./jul., pp. 17-20 1987.
- CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D., CORRÊA, S. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas, ABEP/UNFPA, 2004.
- CALDWELL, J. Toward a restatement of demographic transition theory. *Population and Development Review*. New York, v. 2, n. 3-4, p. 321-366, sep/dec, 1976.
- CAMARGO, Cândido P. F. Sociedade, Estado e população. In: SANTOS, J.L. et al. Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo, Editora TAQ, 1980.
- CAMARGO, Cândido Procópio F. Política populacional no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, ES, 1982. Anais... São Paulo: ABEP, 1982, pp. 85-100.
- CANESQUI, Ana M. Notas sobre a constituição da política de planejamento familiar no Brasil: 1965-1977. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, ES, 1982. Anais... São Paulo: ABEP, 1982, pp. 101-130.
- CANESQUI, Ana M. Planejamento Familiar Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 2, n. 2, jul/dez, pp. 1-20, 1985.
- CAVENAGHI, S.M., ALVES, J.E.D. Natalidade: controle ou direito? *Jornal da Ciência*, JC e-mail n. 2408, SBPC, 18 de novembro de 2003.
- CAVENAGHI, Suzana. Female sterilization and racial issues in Brazil. Austin, Texas, thesis, University of Texas at Austin, 1997.

- COALE, A. e HOOVER, E. População e desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1966.
- COALE, Ansley J. As implicações sociais da fecundidade abaixo do nível de substituição. Campinas, Revista Brasileira de Estudos de População, v. 4, ns. 1, jan./jul., pp. 39-60 1987.
- CONCEPCIÓN, Mercedes. Políticas de população em alguns países asiáticos. Campinas, Revista Brasileira de Estudos de População, v. 4, ns. 1, jan./jul., pp. 61-76, 1987.
- CONDORCET, J. A. N. Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- CORRÊA, S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFEN, K. e COSTA, S. H. (orgs.), Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- CORRÊA, S. e ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.), Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- CORRÊA, S. e REICHMANN, R. Population and reproductive rights: feminist perspectives from the South. Londres: ZED Books, 1994.
- CORRÊA, S. e SEN, G. Cairo + 5: no olho da tempestade. Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania, 1999.
- CRICK, Bernard. Em defesa da política. Brasília, Editora UnB, 1981.
- DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, Rio de Janeiro, Editora FGV, 1987.
- DICIONÁRIO DE ECONOMIA, São Paulo, Abril cultural, 1985
- DIXON-MUELLER, R. Population policy e women's rights: transforming reproductive choice. Westport: Praeger, 1993.
- FARIA, V.E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: CIÊNCIAS sociais hoje. São Paulo, ANPOCS, 1989.
- FARIA, Carlos A. P. A "questão populacional" e a conformação do estado de bem-estar na Suécia. Campinas, Revista Brasileira de Estudos de População, v. 14, ns. 1/2, jan./dez, pp. 73-96, 1997.
- FONSECA, Ana M.M. Família e política de renda mínima. São Paulo, Cortez, 2001.
- GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.
- HODGSON, D. Orthodoxy and revisionism in American demography. Population and Development Review, v. 14, n. 4, December 1988.
- HODGSON, D. e WATKINS, S. C. Feminists and neomalthusians: past and present alliances. Population and Development Review, Nova York, v. 23, n. 3, September 1997, p. 469-523.
- HUNTINGTON, Samuel. O choque de civilizações: e a recomposição da ordem mundial. Rio de Janeiro, Objetiva, 1996.

- LI, J. One-child policy: how and how well it worked? A case study of Hebei province, 1979-88. *Population and Development Review*, Nova York, v. 21, n. 3, September 1995. p. 563-585.
- LIVI-BACCI, M. 500 anos de demografia brasileira: uma resenha. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19 n. 1, jan./jun., pp. 141-160, 2002.
- LEPARGNEUR, Hubert. *Demografia, ética e igreja*. São Paulo, Editora Ativa, 1983
- MALTHUS, T. R. *Ensaio sobre a população*. São Paulo: Abril Cultural, Coleção Os Economistas, 1983.
- MARTINE, G. CAMARGO, L. Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes. Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 1, ns. 1/2, jan./dez 1994, pp. 99-144
- MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- MCDONOUGH, Peter, SOUZA, Amaury. *A política de população no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1984.
- MCLAREN, Angus. *História da contracepção: da antiguidade à actualidade*, Lisboa, Terramar, 1997.
- MEDICI, A.C., BELTRÃO, K.I. Financiamento dos programas de planejamento familiar no Brasil: estratégias econômicas de sustentação. Texto para Discussão, nº 28, Instituto de Economia do Setor Público (IESP), São Paulo, 1996.
- MERRICK, T.W, GRAHAM, D. *População e desenvolvimento econômico no Brasil*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
- MIRÓ, Carmen A. Políticas de população na América Latina em meados de 1985: um panorama confuso. Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 4, ns. 1, jan./jul., pp. 87-94, 1987.
- MIRÓ, Carmen, POTTER, Joseph. *Population policy: research priorities in the developing world*. Londres; Frances Pinter; 1980.
- MCNICOLL, N. The agenda of population studies: a commentary and a complaint. *Population and Development Review*, Nova York, v. 18, 1992, p. 399-420.
- MUNDIGO, Axel. Os casos de China e Brasil. Campinas, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 4, ns. 1, jan./jul., pp. 77-86, 1987.
- NORONHA FILHO, Gerson *Duas contribuições do Mobral no campo de planejamento familiar*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, ES, 1982. Anais... São Paulo: ABEP, 1982, pp. 131-144.
- NOTESTEIN, F. *Population: the long view*. In: SCHULTZ, T. W. (ed.), *Food for the world*. Chicago: University of Chicago Press, 1945.
- OLIVEIRA, M. Coleta, SZMRECSANYI, M. Irene. *Fecundidade*. In: SANTOS, J.L. et al. *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo, Editora TAQ, 1980.
- PAIVA, P.T.A. O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil. In: MIIRÓ, C. et al. *Transição da fecundidade: análises e perspectivas*. São Paulo: CLACSO, 1985.
- PERES, Jefferson. *O direito de planejar a família*. jornal O Globo, 21 de fevereiro de 2004.
- ROCHA, M. Isabel Baltar. *O parlamento e a questão demográfica: um estudo do debate sobre o controle da natalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional*, Campinas, Texto Nepo 13, 1987.



ROCHA, M. Isabel Baltar. A constituinte e o planejamento familiar: um roteiro das sugestões, emendas e propostas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, Olinda, PE, 1988. Anais... Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 1988, pp. 637-674.

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

SEN, A. Population policy: authoritarianism versus cooperation. Nova Delhi: International Lecture Series on Population Issues, 1995.

SMITH, A. A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SOBRINHO, Délcio F. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil, Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, FNUAP, 1993.

SOUZA, C. M. Dos estudos populacionais à saúde reprodutiva. In: FUNDAÇÃO FORD, Os 40 anos da Fundação Ford no Brasil: uma parceria para a mudança social. São Paulo: Edusp, 2002.

VARELLA, Dráuzio. De volta à natalidade. Folha de São Paulo, 23 de agosto de 2003.

VERRIÈRE, Jacques. As políticas de população. São Paulo, DIFEL, 1978.

ZENTENO, Raul Benitez. E agora, o que fazemos? Campinas, Revista Brasileira de Estudos de População, v. 4, ns. 1, jan./jul., pp. 21-31, 1987.

ZENTENO, Raúl B., RODRIGUEZ, Eva, G.R. (Coord.) Política de población em Centroamerica, el Caribe y México, INAP, UNAM, PROLAP, 1994.

## ANEXO

Notícias - Março/2005

22/03/2005 16:00

<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/>

Governo Federal lança política nacional que amplia acesso ao planejamento familiar

O Governo Federal lançou nesta terça-feira, dia 22 de março, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que tem como base o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo". A Política, que prevê ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007, é uma demonstração da preocupação do governo em garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva.

Durante a solenidade, o ministro da Saúde, Humberto Costa, entregou o documento às ministras Nilcéa Freire, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), e Matilde Ribeiro, de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). Humberto Costa ainda assinou portaria que institui e dá posse aos membros da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

A Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos foi elaborada pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios da Educação, Justiça, Desenvolvimento Agrário e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, SPM, Seppir e Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ela tem três eixos principais de ação, voltados ao planejamento familiar: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos), a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em outra frente, o Ministério da Saúde está investindo em ações educativas com a distribuição de manuais técnicos e cartilhas para os gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e também para a população em geral. Algumas dessas publicações foram lançadas no evento. Entre elas, a Norma Técnica "Atenção Humanizada ao Abortamento", inédita, que busca qualificar o atendimento à saúde de mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou inseguro. Outra é a nova Norma Técnica "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", que reedita e atualiza uma outra datada de 1999, e traz, como principal mudança, a não exigência da apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) Policial pelas vítimas de estupro para a realização de abortamento legal. A nova Norma Técnica está juridicamente embasada no Código Penal Brasileiro.