

O SR. PRESIDENTE (Lenoir Vargas) — A Presidência convoca os Srs. Senadores para uma sessão extraordinária a realizar-se hoje, às 12 horas e 44 minutos, com a seguinte

ORDEM DO DIA

- 1 -

Discussão, em turno único, da redação final (oferecida pela Comissão de Redação em seu Parecer n.º 864, de 1984), do Projeto de Resolução n.º 92, de 1984, que suspende a execução dos artigos 1.º, 2.º e 7.º do Decreto n.º

20.637, de 31 de outubro de 1970; dos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 7.329, de 28 de dezembro de 1979, e do Item IV, n.º VIII, letra "a", da Tabela anexa à referida Lei, do Estado do Rio Grande do Sul.

O SR. PRESIDENTE (Lenoir Vargas) — Nada mais havendo a tratar, está encerrada a sessão.

(Levantada a sessão às 12 horas e 42 minutos.)

Ata da 255ª Sessão, em 5 de dezembro de 1984

2ª Sessão Legislativa Ordinária, da 47ª Legislatura

- EXTRAORDINÁRIA -

Presidência do Sr. Lenoir Vargas

ÀS 12 HORAS E 45 MINUTOS. ACHAM-SE PRESENTES OS SRS. SENADORES:

Jorge Kalume - Atevir Leal - Mário Maia - Fábio Lucena - Raimundo Parente - Claudionor Roriz - Galvão Modesto - Aloysio Chaves - Gabriel Hermes - Hélio Gueiros - Alexandre Costa - João Castelo - José Saamey - Alberto Silva - Helvidio Nunes - João Lobo - Almir Pinto - José Lins - Virgílio Távora - Carlos Alberto - Moacyr Duarte - Martins Filho - Humberto Lucena - Marcondes Gadelha - Milton Cabral - Aderval Jurema - Cid Sampaio - Marco Maciel - Guilherme Palmeira - Carlos Lyra - Luiz Cavalcante - Albano Franco - Passos Pôrto - Jutahy Magalhães - Lomanto Júnior - Luiz Viana - João Calmon - José Ignácio Ferreira - Moacyr Dalla - Amaral Peixoto - Nelson Carneiro - Roberto Saturnino - Itamar Franco - Morvan Acaçaba - Alfredo Campos - Amaral Furlan - Fernando Henrique Cardoso - Severo Gomes - Benedito Ferreira - Henrique Santilli - Mauro Borges - Benedito Canelas - Gastão Müller - Roberto Campos - José Fraga Jli - Marcelo Miranda - Saldanha Derzi - Afonso Camargo - Enéas Faria - Jaison Barreto - Jorge Bornhausen - Lenoir Vargas - Carlos Chiarelli - Pedro Simon - Octávio Cardoso.

O SR. PRESIDENTE (Lenoir Vargas) — A lista de presença acusa o comparecimento de 65 Srs. Senadores. Haven do número regimental, declaro aberta a sessão.

Sob a proteção de Deus iniciamos nossos trabalhos. Sobre a mesa, projeto de resolução que vai ser lido pelo Sr. 1.º-Secretário.

É lido o seguinte

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 136 DE 1984

Aprova as conclusões e recomendações da "Comissão Parlamentar de Inquérito, destinada a investigar os problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro", criado pela Resolução n.º 1/83.

O Senado Federal resolve:

Art. 1.º Ficam aprovadas as conclusões e recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito, criada pela Resolução n.º I, de 1983.

Art. 2.º O anteprojeto dispondo sobre a Política Nacional de População e Planejamento Familiar, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, será enviado à Presidência da República para que possa submeter ao Congresso Nacional seus princípios.

Art. 3.º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 5 de dezembro de 1984. - Mrlo Mala, Presidente — Almir Pinto, Relator — Passos Pôrto — Marcondes Gadelha — Jutahy Magalhães.

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DESTINADA A INVESTIGAR OS PROBLEMAS VINCULADOS AO AUMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

RELATÓRIO E SÍNTESE DOS DEPOIMENTOS

COMPOSIÇÃO DA CPI

Presidente: Senador Mário Maia (PMDB - AC)

Vice-Presidente: Senador Claudionor Roriz (PDS - RO)

Relator: Senador Almir Pinto (PDS - CE)

Membros Efetivos

Senador João Lobo (PDS - PI)

Senador Marcondes Gadelha (PDS - PB)

Senador Aderval Jurema (PDS - PE)

Senadora Eunice Michiles (PDS - AM)

Senador Hélio Gueiros (PMDB - PA)

Senador Jaison Barreto (PMDB - SC)

Membros Suplentes:

Senador Lourival Baptista (PDS - SE)

Senador Lomanto Júnior (PDS - BA)

Senador Passos Pôrto (PDS - SE)

Senador Jutahy Magalhães (PDS - BA)

Senador José Ignácio (PMDB - ES)

Senador Gastão Müller (PMDB - MT)

SUMÁRIO

I — Considerações

II — Terminologia

III — Aspectos Demográficos

IV — Aspectos Econômicos

V — Aspectos Sociais

VI — Aspectos Médicos

VII — Aspectos Éticos

VIII — Aspectos Jurídicos

IX — Aspectos Religiosos

X — Outros Aspectos

XI — Parecer, Conclusões e Recomendações.

DEPOENTES

1 - Prof. Walter Rodrigues, Secretário Executivo do BEMFAM

2 - Dr. Jessé de Souza Montelijo, Presidente do IBGE

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

4 - Prof.ª Ana Maria Mendonça, Diretora-Presidente da Sociedade Brasileira de Proteção à Infância e Proteção à Família

5 - Deputado Oscar Alves, ex-Secretário da Saúde do Estado do Paraná

6 - Dr.ª Carmem Barroso, Pesquisadora da Fundação Carlos Chagas

7 - Dr. Mário Barreto, Presidente da Associação Médica Brasileira

8 - Ministro Danilo Venturini, Ministro Extraordinário para Assuntos Fundiários e Secretário-Geral do Conselho de Segurança Nacional

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

10 - Ministro Waldir Arcovorde, Ministro de Estado da Saúde

11 - Prof.ª Manha Suplicy, Sexóloga

12 - Ministra Esther de Figueiredo Feraz, Ministra da Educação e Cultura

13 - ProL José Aristodemos Pinoui, Reitor da Unicamp

14 - Dr. Hélio Aguiaraga, Presidente do Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança - Cepaim

15 - Ministro Waldyr de Vasconcelos, Ministro-Chefe do EMFA

16 - Senhora Lea Leal, Presidente da LBA

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

18 - Dom Luciano Mendes Almeida, Secretário-Geral da CNBB

1 - CONSIDERAÇÕES

A Nação brasileira se vê, atualmente, mergulhada na aquela que é, certamente, a mais profunda e mais grave crise de toda a sua história. Ao contrário de muitas outras crises que já tivemos de enfrentar, esta não se apresenta circunscrita a um determinado setor da vida nacional. Ela possui variados contornos sociais, jurídicos, econômicos, políticos e institucionais, que se revelam, principalmente, nas enormes dificuldades econômicas e financeiras porque passamos e, também, por alguns indícios de convulsão social surgidos, não faz muito tempo, em diversas partes do País. Felizmente, tais indícios ainda são esporádicos. Todavia, ninguém pode asseverar que, no futuro, eles não se tornarão mais frequentes e com maior amplitude, até porque a tendência mais provável é que a situação econômica do País se agrave ainda mais no próximo ano.

Não há como negar que existem, hoje, no Brasil, problemas conjunturais diversos que demandam urgente equacionamento e encaminhamento de soluções. No entanto, por maior que seja a expressão desses problemas, nem o Poder Executivo (a quem compete, sobretudo, a definição e implementação de medidas destinadas a proporcionar melhorias na qualidade de vida dos cidadãos) nem o Poder Legislativo (ao qual cabe legislar com este mesmo objetivo geral, além de procurar acompanhar e fiscalizar a ação do Executivo) podem-se deixar levar por uma perspectiva estrábica da realidade, que contemple

apenas os aspectos meramente conjunturais da crise. Os aspectos estruturais precisam e devem ser levados em consideração, **prioritariamente**.

Se assim não procedermos, estaremos trabalhando no sentido de perpetuar a crise que ora nos assola, pois os nossos, **atuais problemas conjunturais têm como causa primeira o descaso com que, há décadas, vimos tratando nossas questões de ordem estrutural**. Agora mesmo, eslamandando preferência a medidas destinadas unicamente a **tapar os muitos buracos de nossa economia, em absoluto desvirtuando as ações tendentes a planejar e estruturar melhor nosso futuro**, Estas ações, que deveriam constituir a prioridade governamental, estão relegadas a plano secundário. O Governo tem como idéia fixa o fechamento de suas contas externas em 1983. Quer dizer: age e reage com se o mundo, e com ele os nossos problemas, fossem acabar em 31 de dezembro. Sobre este ponto, inclusive, o próprio Instituto Brasileiro de Economia (IBRE), lembra, ou melhor, adverte que "os problemas de curto prazo de hoje são as questões de longo prazo, **não solucionadas, de ontem**".

Uma dessas questões de longo prazo, para qual, até agora, o Governo Federal não se dispôs a encaminhar **qualquer** alternativa de solução, refere-se ao **impeto** do nosso crescimento populacional, das suas **consequências para o desenvolvimento sócio-econômico** da Nação, e, também, da necessidade de se implantar, no País, um Programa Nacional de Planejamento Familiar, que inclua o fornecimento de informação e educação, além de necessária prestação de serviços. Conforme ficou demonstrado pelos depoimentos prestados a esta Comissão, a ausência de um efetivo Programa de Planejamento Familiar compromete os nossos esforços visando o desenvolvimento. Esta ausência, ademais, **poderá fazer com que, dentro em pouco, sejamos confrontados com a necessidade de implantar uma política autoritária de restrição da natalidade**, em nenhum ponto com dizente com o atual momento político brasileiro e que, **certamente, chocaria a consciência do nosso povo, por abstrair-lhe o sagrado direito de decidir, de maneira livre e consciente, o número de seus filhos e o espaçamento entre eles**.

A população é, apenas, um dos fatores que afetam o desenvolvimento do País. Mas não há dúvida de que é um fator crítico. A finalidade do desenvolvimento econômico não é somente incrementar o total de bens e serviços produzidos - o Produto Interno Bruto (PIB). Visa, também e principalmente, elevar os padrões e a qualidade de vida dos indivíduos, inclusive a parcela de bens e serviços posta à disposição de cada um.

O **118** pode ser elevado ampliando-se a produção de bens e serviços, freando-se o crescimento populacional ou, **com maior eficácia, realizando-se ambas as coisas**. Onde ocorre rápido aumento da população e o Governo **visa exclusivamente o incremento da produção de bens e serviços**, o aumento do **PIB per capita** pode ser circunscrito ou inexistente. Quando também se busca a redução do **crescimento populacional, o esforço** desenvolvimentista tem maior probabilidade de êxito. Isso foi plenamente confirmado nesta CPI, da qual se originou o presente documento.

II - TERMINOLOGIA

Planejamento Familiar
e Controle da Natalidade

O Planejamento Familiar é um instrumento da assistência materno-infantil e uma ação de Medicina Preventiva. Adverte de um **processo** de informação e educação **aos casais, e à população em geral**, sobre a reprodução, a família, a importância da família na comunidade, o papel da mulher, do pai e do filho dentro deste contexto e, **finalmente, sobre as repercussões de tudo isto na comu-**

nidade. O objetivo do Planejamento Familiar é **de permitir que, espontânea e voluntariamente, os casais possam livre e conscientemente decidir sobre o tamanho de sua prole e o espaçamento dos filhos**.

Tanto **por** sua natureza quanto por seus objetivos, o Planejamento Familiar opõe-se ao Controle da Natalidade, que é um instrumento de emergência do qual um **determinado governo lança mão, em vista dos graves problemas demográficos, não tratados no seu devido tempo**. O Controle da Natalidade se caracteriza por incluir uma legislação especial e, compulsoriamente, busca metas demográficas definidas, dentro de um contexto global de desenvolvimento. É uma política traçada pelo Governo, independentemente de um processo educativo informativo e, também, da vontade dos casais.

Na década de 40, diversas instituições americanas especializadas em controle da natalidade (conceituado com o **intervençã**o estatal para reduzir natalidade) criaram a expressão Planejamento Familiar para indicar a livre expressão do casal, para ter o número de filhos que desejar. Evidentemente, criou-se, aí, um subterfúgio. Utiliza-se outro nome, para atingir os mesmos objetivos, trocando o aspecto econômico-ideológico pela necessidade ética, técnica e de justiça. Sob o manto do novo termo, estas instituições foram e **são** responsáveis por muitos programas que reduzem as taxas de natalidade. A novidade é que, diante da falência de programas baseados em **métodos anticoncepcionais transitórios**, parte-se para métodos irreversíveis de esterilização.

A palavra "controle" é ideologicamente neutra em si mesma. No entanto, no âmbito da regulação da fertilidade, pode dar a falsa impressão de se estar tentando o justificar uma política demográfica marcada por intensa **interferência governamental. Ao contrário, o que vem sendo sustentado é que as ações governamentais não de se processar de maneira informativa e educativa, sem qualquer violência - seja esta física ou psíquica, direta ou indireta, próxima ou remota, ostensiva ou disfarçada**. Ou as pessoas concluem livremente que, em certas circunstâncias, ponderadas determinadas razões sérias e graves, não devem procriar (ou continuar a procriar), ou tudo o que se faça visando a regular os nascimentos será inútil ou mesmo contraproducente, além de violar o princípio ético de que ao indivíduo, e só a ele, cabe tomar as decisões relativas à sua própria fecundidade.

Paternidade Responsável

Paternidade Responsável é sempre uma atitude consciente e voluntária do casal. Coloca-se, portanto, no nível familiar e reflete a decisão espontânea de ter apenas o número de filhos que possam ser criados e educados com dignidade, no espaçamento considerado ideal. Tal atitude, assumida livremente pelo próprio casal, é produto da assimilação e aceitação de informações e conhecimentos adquiridos ao longo da vida, compatibilizando-se os **progressos e respostas científicas com a formação e as necessidades familiares**.

Em países que ainda não atingiram o pleno desenvolvimento, e se **vêm às voltas com posições preconceituosas ou ideologicamente radicais, o conceito** de Paternidade Responsável terá de ser fruto, primeiramente, de uma atitude amadurecida diante da questão. Só a partir dessa atitude é que se poderia propiciar a implantação de um **intenso e consciente processo informativo e educativo**. Porém, todo e qualquer trabalho de informação e educação, neste campo, **pode reduzir-se a mera e inútil teoria**, sem nenhuma possibilidade de ser incorporado ao comportamento do casal, **caso não haja acesso real aos meios de evitar uma gravidez não-desejada**.

A educação para a paternidade responsável, se realizada sem a **concomitante oferta de meios e serviços anticoncepcionais, contribuirá para a elevação do número de abortos provocados**, que hoje chega a 2 milhões de casos

anuais, com pesados reflexos no sistema de atendimento médico-previdenciário, já que se presume que 1/4 das mulheres que abortam precisam de internação hospitalar (de 4 a 6 dias), para tratar das complicações decorrentes.

Daf, portanto, pode-se concluir que o Planejamento Familiar é o exercício efetivo e consolidado da paternidade responsável, pela possibilidade de utilização: "voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento que julgar necessário à planificação do número de filhos e ao espaçamento entre gestações. Por isto, o Governo, como agente educativo e facilitador de recursos, **ejamais com o instrumento de coerção e intervenção, deve colocá-lo como parte de uma política maior de educação, saúde e assistência social**.

III - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O Crescimento Populacional Brasileiro

A população brasileira vem aumentando sistematicamente desde 1972, ano em que se realizou o primeiro Censo Demográfico do País. No mais recente, realizado em setembro de 1980, registraram-se pouco mais de 119 milhões de habitantes. Hoje, a população total do País gira em torno dos 126 milhões de pessoas. As taxas médias geométricas de crescimento anual apresentam-se irregulares ao longo dos períodos intercensitários, começando a decrescer a partir da década de 50, quando assumiu o valor de 2,99, até alcançar 2,49, taxa registrada no período 1970-80.

Se observarmos a evolução do crescimento demográfico no mundo e analisarmos o crescimento de um país como a Inglaterra, por exemplo, vamos ver que, de 1800 a 1850, este país levaria 65 anos para dobrar a sua população. No período de 1900 a 1950, levaria 84 anos. Houve, portanto, um aumento de 19 anos no tempo necessário para a duplicação populacional. Fenômeno semelhante ocorreu com outros países, como França, Itália e Alemanha. Observamos, ao contrário, que o Brasil, no período 1800-1850, levaria 51 anos para dobrar a sua população. No período seguinte, ou seja, 1900-1950, esse tempo diminuiu para 38 anos.

Além disso, o crescimento populacional brasileiro, durante a fase de transição (1940-1980) é, no mínimo, o dobro do observado nos países europeus durante a Revolução Industrial. E por que essa diferença? Por uma razão muito simples. As nações que se beneficiaram com o progresso econômico trazido pela Revolução Industrial caracterizam-se não apenas pela rápida redução nos níveis de mortalidade de, mas também pela acentuada **diminuição nos índices de natalidade**. Isto se tornou possível em virtude da prática voluntária do Planejamento Familiar, que deu origem a famílias de pequeno porte, adaptadas às novas condições de vida e de trabalho, de **convivência e de sobrevivência**. Não houve, portanto, nesses países, grande aumento do hiato demográfico, pois os índices de mortalidade e de natalidade foram rapidamente **equilibrados em níveis inferiores**. Com o crescimento populacional decorre da diferença entre as taxas de natalidade e de mortalidade, com vantagem para as **primárias, com o decréscimo sincrônico das duas taxas os países europeus puderam manter praticamente inalterado seu hiato demográfico, com um ritmo de crescimento populacional bastante lento**.

No Brasil - como **roí** visto anteriormente - **somente** a partir de meados da década de 50, as taxas de natalidade começaram a decrescer. O declínio das taxas de mortalidade, no entanto, havia começado bem antes, **gracias** à lenta mas progressiva melhoria das condições sanitárias do País. A partir de 1940, a redução da mortalidade **acelerou**, mercê da intensa utilização das conquistas **recentes** no campo da Medicina Preventiva, **principalmente vacinas e antibióticos**.

ma,
milh
lhõe
ded l
No
panh.
entre
1970
NORde
lir de
lhões,
Assi
'aCionã
POpu/a
Sudesre
do em
Pau/o c
enquan
reve de a
valenre p
mo perio
acrescent
tos e cheg
Mas o c
NoNordes
Slã popul.
/980. Recif
S.'vador a
Narre, Belê
hegan do "
rSília cresç
milhão.
Em 1950, a
filhos, com nrrã
país, e lam b
Nos E
finaj d
e pc
média na
Paul Oen
meados o
de fecundi
lenta.

A lenta diminuição das taxas de natalidade, em contraste com a rápida queda das taxas de mortalidade, haveria de afetar, inevitavelmente, o crescimento natural da população. Este crescimento resulta, basicamente, da **diferença** entre essas taxas, pois as migrações líquidas, que representam o saldo do movimento migratório no País (imigração-emigração), pouca influência tiveram na formação da taxa de crescimento total. Logo, o incremento populacional observado no Brasil, a partir de 1950, devido, fundamentalmente, à diferença entre as taxas de natalidade e de mortalidade. Apesar da redução verificada, a taxa de crescimento alcançada em 1980 é, ainda, considerada elevada. Entre os onze países mais populosos do mundo, o Brasil é, em termos percentuais, o que cresce mais rapidamente.

Distribuição e Crescimento Regional da População

Analisando-se a distribuição da população brasileira, verifica-se um crescimento constante da população urbana que passou, em termos relativos, de 31,24%, em 1940, para 67,57%, em 1980. Estes dados refletem o intenso processo de urbanização que vem-se processando no País, sobretudo, nos últimos 20 anos. É interessante observar, inclusive, que a taxa de crescimento da população rural, no último decênio, assumiu valor negativo, ao contrário do que ocorreu com a população urbana, que teve um crescimento em torno de 4,44%.

Em 1940, a população rural do Brasil era de pouco mais de 28 milhões. Em 1950, havia aumentado para 33 milhões, por volta de 1960, aproximava-se dos 39 milhões. Chegou a 41 milhões, em 1970, antes de começar a declinar, atingindo 39 milhões, em 1980.

No Sudeste, o crescimento da população rural acompanhou as mesmas tendências nacionais, aumentando entre 1940 e 1960, para depois declinar, reduzindo-se em 1970 de 20,2 milhões, para 16,2 milhões, em 1980. No Nordeste, a população rural começou a nivelar-se a partir de 1970, aumentando muito ligeiramente de 16,7 milhões, em 1970, a 17,5 milhões em 1980.

Assim, concentrou-se nas cidades o crescimento populacional do País inteiro. Metade do crescimento total da população, entre 1970 e 1980, verificou-se nas cidades do Sudeste, tendo um quarto desse crescimento se registrado em áreas urbanas do Nordeste. Observa-se que São Paulo cresceu o equivalente a dois Recife em 10 anos, enquanto que a área metropolitana do Rio de Janeiro teve de abrigar no espaço de apenas uma década, o equivalente populacional de duas cidades de Belém. No mesmo período, Belo Horizonte expandiu-se rapidamente, acrescentando em um milhão o número de seus habitantes e chegando a 2,5 milhões, em 1980.

Mas o crescimento urbano não se limitou ao Sudeste. No Nordeste, Recife, Salvador e Fortaleza aumentaram sua população em 500.000 habitantes cada uma. Em 1980, Recife chegara à população total de 2,3 milhões, Salvador a 1,8 milhões e Fortaleza a 1,5 milhões. No Norte, Belém ganhou cerca de 300.000 novos habitantes, chegando a um milhão, em 1980. No Centro-Oeste, Brasília cresceu em 640.000 habitantes, para chegar a 1,2 milhão.

Fecundidade

Em 1950, a mulher nordestina teria uma média de oito filhos, contra sete filhos nas regiões Norte e Centro-Oeste, e também nos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Nos Estados do Sul, o número médio de filhos, em linha de período reprodutivo, teria sido de seis (próximo a média nacional, em 1950), contra 4,5 e 4,4 filhos em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente.

De meados da década de 50 para cá, no entanto, as taxas de **fecundidade** têm baixado de maneira constante, embora lenta. A **redução** das taxas de fecundidade dá

origem à diminuição dos índices de natalidade, que implica, por sua vez, em um menor índice de crescimento natural da população. Nas regiões Sul e Sudeste, o declínio da fecundidade foi superior aos 20%: no Nordeste, um pouco menos da metade desse índice: e, no Norte e no Centro-Oeste, as taxas de fecundidade permaneceram constantes. Para o Brasil, com o um todo, o declínio das taxas de fecundidade se deu, sobretudo, nas zonas urbanas. As zonas rurais experimentaram um declínio bastante moderado, comparável ao observado na Região Nordeste, em seu conjunto.

Estes dados indicam que, nas regiões predominantemente rurais (Nordeste, Norte e Centro-Oeste) a fecundidade declinou pouco, ou permaneceu constante. Este relativo excesso de crescimento populacional em regiões agrícolas encontrará uma pseudo-solução na **migração** para as cidades. Este movimento migratório foi tão acelerado nos últimos anos, que **começamos** a observar um declínio da população rural no Censo de 1980, malgrado os altos índices de fecundidade e observados nessa população.

A redução nas taxas de fecundidade pode ser motivada por fatores diversos. Melhores condições sanitárias e de saúde, melhores níveis educacionais, maior participação da mulher no mercado de trabalho e aumento na idade média ao casar são alguns deles. No entanto, a prática da anticoncepção é uma condição indispensável. Assim, a redução observada na fecundidade e da mulher brasileira somente se explica pelo fato de que uma crescente parcela da população, e, sobretudo, da população urbana está praticando de forma eficaz a regulação da fertilidade.

Entretanto, é importante ressaltar que existem várias diferenças, tanto na forma quanto no significado da prática da anticoncepção nos diversos extratos sociais. Existem algumas evidências de que a **redução** da fecundidade nos extratos sociais mais baixos seria resultado não exatamente da valorização de uma família menor, mas uma estratégia de sobrevivência em face das dificuldades econômicas e materiais existentes. Esta estratégia, inclusive, vem sendo realizada, muitas vezes, através do recurso a alternativas praticamente irreversíveis, como é o caso das esterilizações, ou as práticas que expõem a mulher a situações de alto risco, com o é o caso do aborto provocado.

Sabemos que a **redução** das taxas de fecundidade foi muito maior nas **Regiões Sul e Sudeste** do que no Nordeste, fato comprovado pelas diversas pesquisas de prevalência já realizadas e, também, pelo Censo Demográfico de 1980. Uma consideração muito importante para essa diferencial por região - e mais do que uma diferencial por região, é uma diferencial por nível sócio-econômico e por condições de vida - é o fato de que, na Região Nordeste, existem programas organizados de Planejamento Familiar em funcionamento já há bastante tempo. No Sul e no Sudeste, ao contrário, esses programas não existiam até 1980. Isto quer dizer que adianta pouco prover serviços de Planejamento Familiar, se não se oferecer à população as condições mínimas necessárias para a sobrevivência de sua prole, com substanciais em melhores condições de vida, de um modo geral. Este é um fato bastante conhecido em outros países em desenvolvimento, e que já **começa** a ser demonstrado em nosso País.

Evidentemente, os **serviços** de Planejamento Familiar ora existente em nosso País são desenvolvidos por entidades privadas. Estas, a despeito do imenso **esforço** que desenvolvem, são incapazes de fornecer os serviços a largas parcelas da população, em virtude, principalmente, dos escassos recursos financeiros, humanos e materiais de que dispõem. Por isto, os serviços de Planejamento Familiar oferecidos por tais entidades concentram-se nos Estados do Nordeste, onde existe maior necessidade de tais **serviços**. Nos Estados do Sul e do Sudeste, onde são

maiores os níveis de renda e melhores os níveis educacionais, já existe uma considerável conscientização da população, com respeito às possibilidades de regulação da fertilidade. Ademais, a existência de maior poder aquisitivo por parte **dessa** população permite o acesso aos métodos anticoncepcionais desejados, fazendo com que os índices de prática da anticoncepção nesses Estados sejam muito mais altos do que os observados nos Estados do Nordeste.

De qualquer modo, é possível postular que se não existissem serviços de Planejamento Familiar no Nordeste, e se a população nordestina não migrasse tão intensamente em direção ao Sul e ao Sudeste, os índices de crescimento demográfico da Região seriam bem mais altos do que os observados até aqui. Este é um fato que tem uma importância fundamental, e que não pode ser esquecido quando se definir uma política de Planejamento Familiar para o Brasil. É verdade que, comumente, uma população aceita, recorre e faz uso de métodos anticoncepcionais para regular sua fertilidade quando tem um mínimo de **serviços** básicos à sua disposição. Mas não é menos verdade que a disponibilidade de informações e o fácil acesso aos métodos anticoncepcionais são condições essenciais à prática do Planejamento Familiar. Muitas vezes, como já foi demonstrado em muitas comunidades, tanto nacionais quanto internacionais, essas condições antecedem e até impulsionam a melhoria da qualidade de vida, sobretudo no âmbito da saúde materno-infantil.

Mortalidade

A queda das taxas de mortalidade ocorrida no Brasil, nos últimos anos, pode ser atribuída aos progressos alcançados pela Medicina Preventiva, que ocasionaram uma **elevação** das condições de saúde da população, e, principalmente, à **ampliação** das medidas de saneamento básico e abastecimento d'água, que trouxe melhores condições de higiene e a grande parcela de nossa população.

O nível de mortalidade de uma população é sintetizado por outro importante indicador social, que é a esperança de vida ao nascimento. Quando a mortalidade diminui, a vida média da população aumenta, como vem ocorrendo no Brasil. Em 1940, o brasileiro tinha, ao nascer, uma esperança de vida de 41,53 anos. Em 1980, a esperança de vida ao nascer havia aumentado para 58,69 anos.

Esse indicador varia, porém, de acordo com o sexo e o estágio de desenvolvimento das regiões onde vivem os indivíduos. O sexo feminino tem uma vida média a, em termos nacionais, cerca de seis anos a mais do que a observada para o sexo masculino. Em 1980, a estimativa **médica** foi de 61,96 anos para as mulheres e 54,64 anos para os homens. Estes valores se elevam consideravelmente tanto para os homens quanto para as mulheres, para os residentes nas regiões sócio-econômicas mais desenvolvidas do país (Estados do Rio de Janeiro e São Paulo), alcançando 66 e 65 anos, respectivamente. O brasileiro ao nascer, de qualquer modo tem uma expectativa de vida considerada muito baixa. À medida, entretanto, em que vai "envelhecendo" tende a viver bem além daquelas idades médias.

A implementação de obras de saneamento básico, fundamentalmente voltadas para o abastecimento de água e rede de esgoto, assim como campanhas intensivas de conscientização da coletividade para a importância da erradicação de doenças transmissíveis, para as quais são adotadas vacinas e outras medidas profiláticas, refletir-se-ão na melhoria das condições de saúde do brasileiro, e, conseqüentemente, no aumento da esperança de vida da população. Mas, apesar do impulso que tiveram os **serviços** básicos no último decênio em 1980, 22,77% dos domicílios, não tinham qualquer tipo de instalação sanitária e **quase** metade, 46,77% não era abastecida pela rede geral de água.

Perspectiva

Para que se tenha uma perspectiva mais ou menos segura acerca da evolução futura do crescimento demográfico brasileiro, é com um utilizarem-se duas projeções demográficas. A projeção A prevê um declínio gradual nas taxas de fecundidade como vem ocorrendo até aqui. A projeção B prevê um declínio mais acentuado, isto quer dizer, respectivamente, sem um programa nacional de Planejamento Familiar e com programa nacional de Planejamento Familiar.

De acordo com essas duas projeções demográficas, variará consideravelmente a população brasileira. Pela primeira hipótese, com um declínio lento na taxa de fecundidade em cada região, a população total brasileira, de 119 milhões em 1980, aumentaria a cerca de 188 milhões no ano 2000. Por volta de 2010, a população total chegaria a 234 milhões e, em torno de 2030, chegaria a 350 milhões, ou quase o triplo do que é hoje. E isto num espaço de tempo de apenas 50 anos.

Pela hipótese B, com um rápido declínio na taxa de fecundidade total, motivado por um programa ativo de Planejamento Familiar, a população brasileira totalizaria 172 milhões, no ano 2000, ou seja 16 milhões a menos do que a Projeção A. Em 2010, seriam 196 milhões e, por volta de 2030, seriam 236 milhões de habitantes, ou 114 milhões a menos do que a Projeção A.

Um fator de mudança elementar, mas nem sempre levado em consideração e que deve ser entendido para que se possa compreender adequadamente as perspectivas futuras de uma população é o que os demógrafos chamam de "momentum" de crescimento. Como foi visto anteriormente, a estrutura por idade de uma população depende, basicamente, dos regimes de mortalidade e, principalmente, de fecundidade prevalentes em sua experiência passada. Sociedades que, no passado, foram caracterizadas por níveis consistentemente baixos de fecundidade apresentarão uma estrutura etária "velha", ou seja, com uma proporção relativamente grande de pessoas nas faixas de idade mais avançadas. Contrariamente, sociedades com um passado de alta fecundidade têm uma população "jovem", com uma estrutura etária de tipo piramidal, com a base, que representa os menores de 15 anos extremamente larga. Esta estrutura etária jovem implica que, a cada momento, um número cada vez maior de pessoas entram no período reprodutivo (normalmente, de 15 a 49 anos para mulheres). Assim, ainda que ocorra uma queda nas taxas de fecundidade, o número de nascimentos naquele momento poderá ser ainda maior que o número de nascimentos do momento anterior. Isto, simplesmente, porque existirá um número maior de casais gerando filhos naquele momento do que no anterior. Deste modo, a estrutura etária da população exerce uma inércia contra a diminuição da natalidade, semelhante a um carro que, andando numa certa velocidade, fosse freado. O peso do carro garantirá que após o momento em que os freios foram acionados o carro ainda levará algum tempo e percorrerá alguma distância até atingir a completa imobilidade. Similarmente, uma população com um passado de alta fecundidade, que passe por um processo de redução da fecundidade, de até os níveis mínimos viáveis, levará ainda muito tempo para parar de crescer, dependendo do natural e do nível de fecundidade de onde partir e de quão rápida é o declínio da mesma. Dessa forma, se uma população reduz sua fecundidade ao nível de mera reposição, ou seja, ao nível em que cada mulher adulta seja substituída no tempo devido por uma e apenas uma filha, em média, essa população tenderá inevitavelmente à condição de estacionariedade, ou seja, apresentará um crescimento nulo. Mas até que essa condição seja alcançada, continuarão crescendo. E Quanto maior for o nível de fecundidade antes de início do declínio maior será o tempo levado para atingir a estabilização e maior também será a população final. O oposto

se verifica quanto maior for a taxa de declínio da fecundidade.

IV - ASPECTOS ECONOMICOS

Em determinados momentos da vida nacional, têm surgido ações ou tentativas de ações visando a implantação de uma política populacional. O primeiro destes momentos ocorreu em torno da década de 60, refletindo uma preocupação com as elevadas taxas de crescimento populacional prevalentes durante os anos 50. O mesmo fato verifica-se simultaneamente em outros países da América Latina, sob a inspiração e o financiamento de instituições estrangeiras.

Naquela época, difundia-se a idéia de que estas taxas acentuadas de crescimento da população iriam impedir ou anular os benefícios do crescimento econômico. No período do "milagre econômico" a questão foi secundarizada, ante a euforia da performance da economia, medida por taxas. O segundo momento se estabelece após a falência do milagre, ante a iminência da recessão econômica, nos anos mais recentes.

No primeiro momento, vínhamos realmente de elevadas taxas de crescimento da população, mas no segundo, vivemos taxas declinantes. Partiu-se de um fato real e incontestável: a procura de meios anticoncepcionais pela população. Isto criou uma demanda, que competiria ao setor saúde responder. Quais os meios mais adequados? Como colocá-los num programa de saúde? Em síntese, são estes os argumentos que justificariam o programa no Ministério da Saúde. Neste sentido, o trabalho de Paul Singer mostrava que, para o desenvolvimento ocorrido nos anos 50, o crescimento populacional não só teve um papel positivo, mas necessário para que o desenvolvimento tivesse ocorrido.

É verdade que nas atividades específicas de produção, em regime familiar, o aumento de filho pode aumentar a renda da família. Mas este é um tipo de relação em franco desaparecimento em grandes áreas do País, sobretudo do meio rural, advindo daí a migração...

Já a relação assalariada, que é crescente, implica em família pequena como estratégia de sobrevivência. Ante o baixo salário do marido, a mulher passou a trabalhar com o forma de reequilibrar o orçamento doméstico.

Isto se passando num país onde a ação estatal não cumpre suas responsabilidades quanto a creches, educação, saúde, habitação e transporte, que ficam a mercê do salário, cada vez mais diminuto. Diante deste quadro, cada vez mais, as mulheres, quer da área assalariada ao núcleo capitalista, quer da área periférica, assumem a idéia da anticoncepção. Não como uma opção, não como exercício de liberdade, mas como uma imposição das condições sócio-econômicas adversas. Procuram, então, os serviços de saúde, quando conseguem ter acesso, e solicitam orientação. Com o atender esta demanda, este reclamo justo? Aqui abrem-se divergências. O que não será aceitável é permanecer fornecendo através dos serviços de saúde um programa prioritário de anticoncepção, centrando a ação preferencial. Pois em verdade, o que é prioritário é uma atenção global de saúde da mulher, mais especificamente uma atenção materno-infantil, não só na época fértil, não só em relação à contracepção.

Mercado Interno

Talvez essa pequena confusão que se faz entre uma coisa e outra é que tem levado continuamente o nosso País a não definir um projeto de Planejamento Familiar, nem uma política populacional, que venha da vontade nacional, que venha das próprias necessidades do nosso País. Um argumento que não pode ser esquecido é a manutenção do território nacional, da ocupação de áreas. O próprio problema econômico está ligado muito mais ao mercado interno do que a qualquer problema de exportação. Sabemos que os países que têm grande mer-

cado interno são países ricos. O próprio Japão é um país rico e poderoso. Não pela sua exportação, mas sim, pela utilização do seu mercado interno.

Mas a tese de que o crescimento acelerado da população faça crescer, na mesma medida, o mercado interno não procede. Se procedesse, a Índia com 690 milhões de habitantes teria um mercado interno mais vigoroso que o dos Estados Unidos e da União Soviética. O poder de compra e de consumo de um cidadão americano, equivalente ao de trinta indianos. A Índia, com uma população três vezes maior que a dos EUA, tem um mercado interno dez vezes menor.

O mercado interno é fortalecido, sim, pela maior capacidade aquisitiva da população. Isto significa que o emprego, bons salários e uma distribuição mais justa da renda nacional é que concorrem efetivamente para fortalecer o mercado interno, assim como outras medidas que venham alterar o fluxo dos investimentos econômicos.

Na última década, o aumento das oportunidades de emprego para as mulheres, especialmente nas funções de serviços mais mal pagos, foi experimentado por cada mulher, no contexto de uma inflação crescente e de uma incapacidade das famílias manter o seu padrão de vida com o salário de apenas um dos cônjuges. Esta situação inevitavelmente viria afetar as decisões sobre o crescimento da prole, mas as escolhas das mulheres ficam ainda mais restritas por uma série de fatores. Por exemplo, a generalizada carência de creches de boa qualidade, a violência dentro da família atingindo mulheres e crianças, além de outros pontos negativos.

Para a maioria das mulheres, a crise econômica e a impossibilidade de a família servir como refúgio seguro são determinantes estruturais da decisão de se submeter a uma cirurgia irreversível para controlar a fecundidade e para usar outros métodos também.

PEA e Dependência

Os adultos em idade de trabalhar, grupo que inclui pessoas com idade entre 15 e 65 anos, representa, no Brasil 59% do total da população. Os restantes 41% são dependentes. Quer dizer, existe praticamente um dependente para cada trabalhador ativo. Nos países desenvolvidos, esta relação é no máximo 0.5 dependente por trabalhador. Então, é preciso mudar esta estrutura. Há quem diga que, se isto for feito, o Brasil passará a ser um País de velhos. Contudo, o processo não se desenvolve da forma como, normalmente, se apregoa. O que se dá é a maturação da pirâmide. Ela se torna madura e adequada ao desenvolvimento, pois o número dos que trabalham é, pelo menos, o dobro de dependentes. O Brasil tem 37% de sua população com idades abaixo de 15 anos. Um número pequeno de trabalhadores não pode sustentar os velhos e as crianças, da forma que se tem de fazer em nosso País, e ainda produzir o desenvolvimento econômico da Nação.

Um grande contingente de população dependente implica em que uma parcela desproporcional dos recursos públicos e privados têm que ser canalizados para atender às suas necessidades, especialmente às dos jovens. A redução na relação de dependência poderia liberar vultosas verbas para investir em programas de desenvolvimento. Na região Nordeste, por exemplo, onde o ônus de dependência, o maior do País, os níveis de fecundidade determinarão, em grande proporção, a dependência futura dos jovens e dos velhos.

Atualmente, calcula-se em 11,4 milhões a força de trabalho do Nordeste, representando quase 50% da população entre 10 e 64 anos de idade. A maior parte dos que ingressarão na força de trabalho, nos próximos 10 anos, são crianças já nascidas. Assim, em 1990, a força de trabalho terá mais ou menos, o mesmo tamanho não importará o que suceda a fecundidade nesse espaço de tempo. De 1990 em diante, um declínio na taxa de fecundidade afetará a dimensão da força de trabalho.

Se a taxa de fecundidade declinar gradualmente, a força de trabalho contará com 14,6 milhões de trabalhadores, em 1990, e 25,8 milhões, em 2010. Se houver um rápido declínio na taxa de fecundidade, o tamanho da força de trabalho será de 14,8 milhões, em 1990, e 25,2 milhões, em 2010.

O tamanho da força de trabalho, portanto, será o mesmo em 1990, aconteça o que acontecer à fecundidade entre hoje e aquele ano. O número de dependentes, entretanto, diminuirá significativamente. Se a taxa de fecundidade declinar gradualmente, cada 100 membros ativos da força de trabalho terão que sustentar um total de 131 crianças e velhos dependentes em 1990, sendo 122 menores. No ano 2010, serão 103 dependentes, dos quais 93 menores e 10 velhos dependentes.

Se houvesse um declínio rápido na taxa de fecundidade, cada 100 trabalhadores produtivos teriam de sustentar 122 dependentes em 1990, dos quais 118 menores, e 71 dependentes no ano 2010, sendo 61 crianças e 10 velhos dependentes.

A relação entre o tamanho da força de trabalho e a dependência, especialmente a dependência infantil, demonstra a importância da taxa de crescimento populacional, especialmente no Nordeste, onde já é grande a dependência dos menores. Além disso, a redução no crescimento populacional significará diminuição quase imediata do número de crianças dependentes, embora uma pequena queda no número dos anciãos dependentes só se verifique muito mais tarde,

Subemprego

Problema de extrema gravidade em nosso País é o subemprego. Com frequência, e especialmente, entre as famílias de baixa renda, são insuficientes os recursos para sustentar as crianças e os velhos dependentes. Essa situação é agravada pelos níveis de desemprego e subemprego no País. Em 1980, do total de empregados, 46,4% estavam subempregados. Cerca de 35,3% destes percebiam menos que um salário mínimo e outros 11,8% sem qualquer ordenado, trabalhando apenas pela cama e comida. Oficialmente, estão abaixo da linha da miséria, vivem à margem da sociedade, com possibilidades mínimas de melhorar sua sorte. Cerca de 25,3% do total empregado ganham entre 1 e 2 salários mínimos, ou seja, O estritamente necessário para satisfazer seus requisitos mínimos.

O grau de subemprego no Brasil varia de uma Região para outra. No Sudeste, estavam subempregados, em 1980, 28% dos trabalhadores empregados. Destes, 6% não percebiam qualquer salário e 22% recebiam menos de um salário. No Norte - Centro - Oeste, era de 38% a percentagem dos subempregados. No Nordeste, 66% dos empregados, isto é, 7,5 milhões, ganhavam menos de um salário mínimo ou nenhum salário e eram considerados subempregados.

Uma das conseqüências dessas elevadas taxas de subemprego é que grande número de pessoas abandona a região em busca de melhores oportunidades de emprego. Essa vazão faz minguar o número de membros da força de trabalho no Nordeste, porém, como a taxa de fecundidade é muito mais alta, permanece o rápido crescimento populacional. Assim, é grande a proporção de novos ingressantes na força de trabalho.

Há uma relação estável entre as velocidades de crescimento dos investimentos e da População Economicamente Ativa (PEA), que é dada pela elasticidade da demanda da força de trabalho. Em conferência realizada, em 1975, na Escola Superior de Guerra, mostrou-se que essa elasticidade era de 0,42. Ou seja, quando o PIB é de 1%, a PEA cresce 0,42%. Atualmente, essa elasticidade foi estimada pelo Centro Nacional de Recursos Humanos do IPEA, com base em dados das PNADs, em 0,397. Este valor pouco difere daquele encontrado em 1975. Como se pode adotar 3,32% para a taxa de crescimento da PEA a longo prazo, a elasticidade mencionada

leva à taxa de crescimento anual do PIB de 7,9%. Essa taxa de crescimento é muito elevada para ser sustentada pela economia por longo tempo. Isto vem mostrar a necessidade de redução da taxa de crescimento da população, o que será possível mediante o Planejamento Familiar, uma vez que a impossibilidade de obter taxas tão altas de evolução do PIB, acarretaria uma latente permanência de desemprego na população.

V — ASPECTOS SOCIAIS

Urbanização

O acelerado ritmo de crescimento urbano no País tornou cada vez mais difícil ao Governo atender às demandas da grande população urbana em matéria de novos empregos, habitação e serviços públicos básicos, tais como água a domicílio, esgotos e iluminação elétrica. Por exemplo, em 1980, 9,4 milhões de pessoas, ou 13% da população urbana do País, viviam privados de um dos mais elementares confortos da sociedade moderna, a iluminação elétrica. Um total de 20,1 milhões de pessoas, ou 28% da população urbana, viviam sem água interna, estando, pois, susceptíveis às doenças e morte decorrentes dessa situação. Quase 35 milhões de pessoas, ou 44% da população urbana, moravam sem instalação sanitária.

Menor

Ainda hoje, em nosso País, 50% das gravidezes não são previstas e não são desejadas. As mulheres têm filhos sem querer, por ignorância, por falta de acesso aos anticoncepcionais, ou por falta de recursos econômicos para adquiri-los. Conseqüentemente, temos de 5 a 20 milhões de menores carentes e abandonados. Este é o maior problema social que temos. O menor abandonado é fruto exclusivo da falta de família, da falta de Planejamento Familiar. Um filho desejado jamais será abandonado. O abandonado o filho que vem por acidente, por prostituição, através de uma relação extra-conjugal antes ou depois do casamento, é o filho de uma mãe solteira, que se ressentida da falta de estrutura familiar. Este é o nosso grande problema, cuja solução virá, também do Planejamento Familiar.

Previdência Social

Quanto à Previdência Social, há alguns anos atrás, mostrou-se ao Ministro Jair Soares, que elajá estava em dificuldades financeiras. Foi feito um estudo sobre os custos das complicações do aborto, das consultas obstétricas, pediátricas, pré-natal, de tudo, enfim, que estava ligado à reprodução. Concluiu-se, então, que a Previdência já estava numa situação difícil, e que se todos que tivessem direito procurassem atendimento, o SINPAS não teria condição de atender. Tecnicamente era uma falência. Um programa efetivo de Planejamento Familiar traria uma economia muito grande para a Previdência. Uma economia que chegaria, em 1983, a 332 milhões de dólares, ou 139 bilhões e 500 milhões de cruzeiros. Esta economia decorreria de um programa efetivo, pago pela Previdência, e que proporcionaria melhorias no atendimento, graças aos abortos evitados e à redução dos gastos com auxílio à natalidade, salário família, salário maternidade, auxílio-doença, invalidez relativa a parto e puerpério e assistência médico ambulatorial.

Além disso, na distribuição das pessoas que não trabalharam em 1980, segundo o levantamento censitário, destacam-se os grupos dedicados a afazeres domésticos (cerca de 21,8 milhões), estudantes (13 milhões), aposentados ou pensionistas, doentes e inativos (mais de 6 milhões), sendo que este último contingente representava 13,9% da PEA, percentual que pode ser tomado como um indicador de custo do seguro social brasileiro, em 1980. Esse indicador tende a aumentar pela maior parti-

cipação da população brasileira no sistema de seguro social, lendo em vista que o CENSO revelou que 13,25% da PEA têm 50 anos ou mais de idade, o que representa um encargo muito forte em um sistema de seguro social sem uma idade mínima de aposentadoria, como o brasileiro.

Indicadores de custo do seguro social como esses devem ser analisados pela Previdência Social. A medida em que a população envelhece, o custo do seguro social tende a aumentar, principalmente em países onde não é estabelecida idade mínima para a concessão de aposentadoria. O crescimento dos grupos etariamente elevados, cuja capacidade de produção é reduzida ou nula, vai exigir, cada vez mais, maior faixa de categoria economicamente ativa para sustentá-los. Quando a idade de início de aposentadoria aumenta, o custo do seguro social sofre importante redução.

Considerando que quase metade da população do País (48,50%) é constituída por jovens de 0 a 19 anos, a ausência de uma idade mínima de aposentadoria não acarreta, a curto prazo, grandes problemas ao seguro social. No entanto, eles forçosamente surgirão a médio e longo prazos, face ao processo de envelhecimento por que vem passando a população e que tende a se acelerar com o correr do tempo.

Educação

O sistema de instrução pública, no País, é bem desenvolvido, embora existam diferenças entre as regiões e as zonas rurais e urbanas. Os índices de matrícula são elevados, tanto no nível primário quanto no secundário, e é relativamente baixo o número de alunos por professor. Também parece adequada a disponibilidade de escolas, salas de aula, carteiras e outras instalações escolares. Para julgar a eficácia total do sistema educativo, porém, não basta considerar a disponibilidade de mestres e instalações, preciso focalizar a qualidade do ensino.

Em 1978, grande proporção das crianças em idade de ir à escola elementar e média não as frequentava ou estava um ano atrasada em seus estudos. Cerca de 78% das crianças de sete a oito anos de idade matriculam-se na escola primária. Mas apenas 33% continuam na escola a dois anos, pelo menos, o mínimo necessário para a graduação. Dos alunos de 15 e 19 anos, 42% permanecem na escola, porém, somente 14% estão no segundo grau. Os outros começaram tarde ou tiveram que repetir o ano. Outros 42% iniciaram a ir à escola, porém, abandonaram-na antes de completar o primeiro grau. Também aumenta o número de menores fora da escola, à medida que crescem os incentivos para a deserção escolar e as crianças ficam mais velhas. Ao atingir 18 anos de idade, a maioria já saiu da escola.

Há, sem dúvida, muitas razões para o grande número de repetentes e desistentes. Amíúde se assinala a desnutrição. A criança mal nutrida é apática, falta-lhe curiosidade, não corresponde a estímulos e falta muito por causa de doença. A desnutrição torna-se um empecilho ao desenvolvimento mental e físico e, portanto, ao desempenho na escola. Isto, por sua vez, incide na taxa de deserção escolar. Quando as crianças não conseguem acompanhar o trabalho escolar e precisam repetir o ano várias vezes, logo abandonam a escola, seja por frustração, por vergonha, ou por pressão da família, que tal vez as requisitem para incrementar a renda familiar.

Evidentemente, existem muitos fatores interrelacionados que influenciam a eficácia do sistema educacional. A alta fecundidade é importante, porque significa que mais crianças precisarão ser sustentadas pela mesma família. No caso de famílias de baixa renda, isto pode ser sumamente difícil, podendo, inclusive, redundar em problemas conexos de desnutrição, saúde deficiente e higiene. A rápida redução na taxa de fecundidade, no entanto, poderia significar melhoria nas condições gerais da população e, especialmente, nas das crianças que, bem

orientadas. adquirirão maior pericia e destreza, tornando-se mais produtivas durante sua vida útil.

Para cada 40 bebês que nascem, necessitamos de uma sala de aula na escola de 1º grau; outras na de 2º grau; meia na Universidade; cerca de 8 professores nos três níveis de escolaridade; um leito hospitalar; oito casas populares: **sem enumerar alimentos, vestuários, remédios, que lhes devem ser assegurados através de uma estrutura sócio-econômica organizada e estável.**

Co loca-se, assim, a esta altura, a questão do financiamento dos serviços básicos, particularmente da educação, problema dos problemas do sistema educacional brasileiro. **que vem assumindo, com o passar dos anos, proporções cada vez mais alarmante, embora não seja de molde a nos causar surpresa quando conhecemos a origem do fenômeno e sabemos que ele está longe de ser local.** O Brasil, inserido entre os países "em desenvolvimento", paga tributo à distorção representada pelo seguinte paradoxo: aí onde mais necessária se faz a educação para a promoção do desenvolvimento é que recursos se revelam mais escassos. **Ao contrário, os países desenvolvidos são os que dispõem de maiores somas para investir em educação e, por meio dela, dar causa a mais e mais desenvolvimento. As regiões desenvolvidas viram aumentar seus gastos com educação em cerca de 145%, ao passo que os países em via de desenvolvimento em apenas 130%. Aproximadamente a metade das matrículas efetuadas no mundo se registra nos países desenvolvidos, onde os jovens em idade escolarizável representam apenas a sexta parte do grupo etário correspondente, em escala mundial. Inversamente, os países em via de desenvolvimento, que são duas vezes mais povoados e contêm três vezes mais crianças e jovens que os desenvolvidos, contam apenas com a metade da população escolar do mundo.**

Disto tudo, conclui-se que nem a amplitude dos recursos empregados e dos sacrifícios financeiros suportados, nem a magnitude dos resultados obtidos, conseguiram impedir que, na corrida em direção à educação, **co mo na marcha no sentido do progresso econômico, a diferença entre os países desenvolvidos e os em via de desenvolvimento continua se aumentando.**

Este quadro é suficiente para demonstrar a tese de que **o aumento populacional verificado entre nós interessa, e muito, à educação. E que solicita a atenção geral, máxima do Poder Público que tem, por força de preceito constitucional, o dever de dar educação.**

Nutrição

Considerando-se duas famílias urbanas, uma com seis filhos e a outra com três, ambas gastando cerca de 60% de sua renda mensal em alimentação, como acontece com famílias que ganham até 2 salários mínimos, vemos que uma situação de subnutrição aparece após o nascimento do quarto filho, uma família de seis filhos, e antes que o mais velho complete seis anos de idade. No caso de uma família de três filhos, uma situação de subnutrição aparece dois anos após o nascimento do terceiro filho, e antes que o mais velho complete dez anos. Os fatores intervenientes nesta situação de subnutrição são, evidentemente, a renda de que dispõe a família, a colocação desta renda entre diferentes gastos, e o número e espaçamento dos nascimentos. **Ações visando a aumentar a renda familiar média, e educar as famílias em relação à composição da dieta familiar, e ações de educação, informação e prestação de serviços em Planejamento Familiar são os caminhos possíveis para se reduzir a subnutrição. A combinação destes três fatores produzirá os resultados mais eficazes.**

As implicações a longo prazo do crescimento rápido da população, o reconhecimento de que a mulher tem o direito de controlar sua própria fertilidade e a preocupação com a saúde pessoal fizeram com que a contra-

ção viesse a ocupar um lugar importante nas atividades gineco-obstétricas. Mulheres que dão à luz cedo ou muito tarde em suas vidas, mulheres que têm filhos em demasia ou com intervalos muito curtos entre eles põem em perigo a própria vida e a de seus filhos.

Este aspecto torna-se particularmente importante quando se sabe que cerca de 10 a 15% de todos os partos do mundo — em torno de 12 a 18 milhões por ano — referem-se a mães adolescentes. Tanto sob o ponto de vista sociológico como biologicamente, aos fatores acumulam-se contra essas jovens mães e seus filhos. As mães jovens, com seus corpos ainda não totalmente desenvolvidos, enfrentam um perigo extra no parto e têm probabilidades maiores do que as mulheres que engravidam entre os 20 e os 30 anos, de darem à luz crianças mais frágeis.

Mas, se as mães adolescentes pagam alto tributo em mortes durante o parto, a gravidez precoce cobra maior porcentagem ainda entre as crianças assim nascidas. Em recente levantamento realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde, analisando as mortes infantis ocorridas nas Américas, mostrou-se irrefutavelmente que a gravidez na adolescência representa um alto risco. Em São Paulo, por exemplo, morrem antes de completar o primeiro ano de idade 104 crianças em cada 1.000 nascidas de adolescentes, comparadas com somente 53 por 1.000 nascidas de mães entre 25 anos de idade.

A tendência geral das crianças nascidas de adolescentes é a de nascerem prematuras ou com baixo peso, elevando as probabilidades de uma morte precoce. Essas crianças sucumbem mais facilmente às infecções e doenças com uns à infância.

A proporção de mortes entre todas as crianças de mães adolescentes varia consideravelmente entre os países e não está diretamente relacionada com os níveis de renda. Reflete, em parte, a idade usual de casamento das meninas. A modernização parece estar elevando gradualmente e a média da idade dos casamentos em todo o mundo, especialmente entre as populações urbanas, mas muitas meninas, sobretudo nos países mais pobres, ainda se casam no início da puberdade. De 10 a 20% das crianças nascidas na maioria dos países pobres são de mães adolescentes.

As mulheres que engravidam depois que os seus anos reprodutivos mais seguros já passaram também acrescentam um alto risco para elas e para seus filhos. Estatísticas americanas de 1974 demonstram que a incidência de mortes associadas a gravidez e ao parto entre as americanas sobe gradualmente depois que as mães passaram dos 30 anos de idade — elevando-se do baixo índice de 10 mortes maternas por 100.000 partos entre as mulheres com idade entre 20 e 30 anos para 86 mortes entre as mulheres de 40 anos, e chegando a 234 mortes para o mesmo número de partos entre mulheres com mais de 45 anos.

Uma vez que a mulher ultrapassar os 30 anos, a probabilidade de dar à luz um prematuro ou criança com baixo peso começa a crescer paralelamente às probabilidades de aparecerem complicações durante o parto. A taxa de mortalidade infantil também aumenta, se bem que permaneçam menores do que para as crianças nascidas de mães adolescentes.

Outros perigos, além da morte materno-infantil, estão associadas à gravidez tardia. Mães idosas são mais suscetíveis que as mais jovens a dar à luz crianças com defeitos congênitos. Os riscos genéticos claramente se elevam, induzindo as condições que envolvem a chamada síndrome de Down, comumente conhecida como mongolismo, cujas vítimas sofrem de idiotia e incapacidade física.

O número de crianças que uma mulher tem durante sua vida infuência significativamente e sua saúde. Seu primeiro filho acarreta um risco maior de complicação ou

morte para ela e para a criança, em relação ao segundo e o terceiro, que envolvem risco menor. O primeiro filho revela qualquer fraqueza física ou anormalidade genética existentes na mãe ou no pai. O segundo e o terceiro parto de uma mulher são, geralmente, os mais seguros. Com o quarto parto, a incidência de morte materna, aborto espontâneo, mortalidade infantil e perinatal começa a crescer, aumentando repentinamente com o nascimento do quinto filho, e aumentando sempre, à medida em que as gestações se sucedem.

Uma rápida sucessão de gravidezes pode trazer doenças e morte para a mulher, como também para a sua descendência. Para começar, uma mulher está em grande perigo se é alimentada insuficientemente, porque tanto a gravidez como a lactação exigem um pesado custo nutricional, principalmente para as mulheres pobres, que raramente estão em condições de compensá-lo aumentando a quantidade e a qualidade da alimentação que consomem. Se elas não são capazes de suplementar essas necessidades alimentares, o seu organismo se retira de suas reservas.

Para milhares de mulheres pobres do País, um casamento precoce é seguido de duas décadas ou mais de gravidezes ininterruptas e de amamentação quase permanente. Assim, elas não têm oportunidade de se recuperarem do esforço e do desgaste da gestação e do pós-parto acarretado. Acrescenta-se, ainda, o fato de que durante todo esse tempo elas estão exauridas pelo trabalho pesado do campo e com outras tarefas extenuantes que realizam, quase sempre com um filho nas costas e outro no ventre. São mulheres que aos trinta anos, estão envelhecidas, as faces pálidas e enrugadas, vítimas das precárias condições de vida, agravadas pelas gestações sucessivas.

Aborto

Quando um contraceptivo não está ao alcance, não é usado, ou falha, uma grande parte das mulheres brasileiras recorre ao aborto clandestino. O aborto nada mais é do que a ausência de contracepção. Calcula-se, por estimativa, que de um milhão a um milhão e meio de abortos são realizados anualmente, em nosso País.

O aborto, mercê de suas características específicas, não pode ser considerado como um método de contracepção. No entanto, não se pode deixar de levá-lo em consideração, dada a realidade encontrada, e as consequências que traz à saúde da mulher que deseja se ver livre de uma gravidez indesejada.

As mulheres de mais recursos financeiros encontram, usualmente, bons médicos prontos a realizarem abortos em melhores condições de segurança. Milhares de outras mulheres, que não possuem os recursos financeiros necessários, ficam expostas aos azares de intervenções menos favoráveis. Algumas colocam-se nas mãos de "curiosas" sem nenhum conhecimento. Outras, em desespero, experimentam realizar o aborto elas mesmas, usando os meios mais cruéis, o que envolve um risco elevado de complicações ou morte para a mulher. Como o aborto é realizado ilegalmente, às escondidas, não é possível saber precisamente a sua incidência. As consequências de abortos mal feitos, contudo, não podem passar desapercibidas, pela grandeza com que se exprimem.

A morte materna por causas obstétricas aumentou em 300% nessa última década, e mais de 40% dos recursos orçados pelo INAMPS para a área de obstetrícia são gastos no tratamento de complicações do aborto provocado. Além disso, existem outras consequências. A ocupação de cerca de 25% dos leitos hospitalares disponíveis e a utilização maciça de antibióticos e de sangue são apenas algumas delas. Isto tem um custo altíssimo. Foi feito um cálculo com base nas despesas do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), segundo o qual, se todos que têm direito fossem atendidos, o sistema previ-

deneário já estaria falido há muito tempo. Mas, faltam recursos para atender a todos. Enquanto isso, gastam-se milhões e milhões e milhões de cruzeiros todos os anos no tratamento das complicações do aborto. Este tratamento é tão caro e mobiliza tantos recursos que daria para se desenvolver um Programa Nacional de Planejamento Familiar, e ainda sobraria bastante dinheiro. Finalmente, além das conseqüências do alto índice de mortalidade materna, o aborto clandestino mata de 34 a 50% das mulheres em idade reprodutiva do total de mortes no estado puerperal. Assim, não é necessária mais nenhuma justificativa para a implantação do planejamento familiar no Brasil. Está é mais do que suficiente.

Métodos anticoncepcionais

Descartado o aborto como meio de controlar a fertilidade, e analisadas suas desastrosas conseqüências a nível de saúde pública, torna-se imperativo as várias formas possíveis de se evitar a gravidez não-desejada. Evidentemente, uma melhor educação sexual e uma total disponibilidade de contraceptivos para todos, sem levar em conta o poder aquisitivo de cada um, são meios com plenas condições para reduzir o número de gravidezes indesejáveis.

O contraceptivo ideal deve passar despercebido, ser reversível, simples e conveniente ao uso, e eficiente e absolutamente seguro. Nenhum contraceptivo existente atualmente perfaz essas condições. Desta forma, todos devem estar disponíveis, de modo a oferecer possibilidades de escolha. A escolha do método deve ser de ordem individual. Em termos de risco para a saúde, todos os métodos de contracepção possuem evidente coeficiente de vantagens sobre a fertilidade incontrolada.

De todos os métodos contraceptivos atualmente em uso, a pílula anticoncepcional é a que mais gerou controvérsias. Os possíveis efeitos colaterais e as mortes ocasionais ligadas a pílula receberam uma extensa cobertura dos meios de comunicação. Não há medicamento que tenha sofrido um tão intenso estudo e uma experimentação tão profunda como os anticoncepcionais orais. Hoje em dia, chegamos aos verdadeiros limites de sua ação e dos efeitos colaterais, reduzindo o impacto negativo de seu uso a uma realidade científica.

Contudo, os azares do uso da pílula, como qualquer outro medicamento, podem ser considerados mínimos em relação aos riscos que envolvem uma fertilidade incontrolada. Este argumento, todavia, não deve gerar complacência acerca dos problemas de saúde sabidamente associados com a contracepção. Mais ainda: até que toda a geração de mulheres que toma pílula, tenha passado, estarão incompletas as observações sobre os efeitos a longo prazo.

O conhecimento da distribuição dos métodos contraceptivos na população feminina evidenciou o grau de inadequação do uso de pílulas por mulheres acima de 35 anos, constituindo um risco grave à saúde desse grupo. Nas pesquisas de prevalência realizadas, fica demonstrado que 11% das mulheres casadas da Paraíba, na faixa de 35-39 anos, fazia uso de pílulas. Ainda mais grave: no Estado do Rio Grande do Norte, 10% das mulheres casadas, no grupo etário de 40-44 anos, usavam pílulas. Em São Paulo, 20% das mulheres de 35-39 anos e 11,5% das mulheres entre 40-44 anos, utilizavam esse método.

Para se avaliar os danos à saúde que essa situação poderá representar, é preciso lembrar que o risco de morte devido ao uso de pílulas por mulheres com idade superior a 35 anos, é maior que com o uso de qualquer outro método contraceptivo. É também maior que o risco de morte devido à gravidez, quando a mulher apresenta outros fatores de risco, como fumo, obesidade ou hipertensão.

Entretanto, a contracepção bem indicada e com orientação adequada pode dar uma contribuição importante nos programas de saúde materno-infantil, seja evitando

gravidez de maior risco, seja possibilitando um adequado espaçamento entre os filhos. Tem-se constatado que, em certos grupos de mulheres, a gravidez representa um risco para a saúde ou mesmo para a sua vida e a do conceito. Nesse caso, a utilização de métodos contraceptivos reverte um grande benefício para a saúde materna.

A população feminina de 15-49 anos contribui com aproximadamente 7% do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, corresponde ao de uma mulher em idade reprodutiva. As sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de frequência: doenças do aparelho circulatório (28,8%); causas externas, acidentes e violência (16,7%); neoplasias (15,7%); doenças infecciosas e parasitárias (18,4%); doenças do aparelho respiratório (6,7%); doenças do aparelho digestivo (6,3%) e complicações da gravidez, parto e puerpério (5,9%).

Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que são mais frequentes os óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto. Esses fatos causam preocupação, já que todas essas causas são evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, ao parto, ao puerpério e intergestacional. O mesmo ocorre a respeito das neoplasias malignas que, em grande parte, seriam evitáveis mediante exame preventivo sistemático das mamas e citologia cervical (45,6% dos óbitos por neoplasias malignas em mulheres de 15 anos e mais, correspondem a tumores ginecológicos).

Se bem que a segurança relativa da contracepção comparada com o parto tenha sido estabelecida somente para os países desenvolvidos do Oeste, é sem dúvida ainda maior nos países pobres, onde os perigos associados ao parto são tão altos. Certos anticoncepcionais como os dispositivos intra-uterinos, que estão associados com aumento da perda sanguínea na menstruação e também com infecções, podem ser mais perigosos para mulheres vivendo em ambientes de pobreza do que para outras de melhores condições de vida e com acesso a serviços médicos adequados.

Por outro lado, hoje em dia, é conceito firmado que a pílula pode melhorar alguns problemas nutricionais como a anemia por deficiência de ferro, e a ter influência em evitar o câncer nos seios.

Nem o diafragma ou o condom apresentam risco por si só, mas esses dispositivos são menos confiáveis e mais difíceis de serem usados que a pílula ou o DIU.

A esterilização ganha popularidade ao redor do mundo entre indivíduos que não desejam ter filhos ou já consideram tê-los em número suficiente. Bastante segura para ambos, mulheres e homens, a contracepção cirúrgica traz a certeza e a tranquilidade em relação à contracepção. Deve-se evitar, contudo, as indicações indiscriminadas da esterilização, que deve obedecer a um critério que esteja de acordo com o bom-senso e dentro de certos princípios éticos. Os riscos da ligadura tubária são ínfimos, mas é a vasectomia, sem a menor dúvida, o mais seguro dos métodos de contracepção cirúrgica.

O Dispositivo Intra-Uterino

Não existem provas suficientemente claras sobre o mecanismo de ação DIU. Mas sabe-se que os DIU chamados ativos, principalmente o DIU que usa cobre, têm a propriedade de inibir o espermatozóide e, portanto, impedir a fecundação e não a nidificação. Deste modo, esse tabu do aborto relacionado com o DIU é um tabu não comprovado nos DIU não-ativos e totalmente afastado nos DIU de cobre.

Além disso o DIU é de grande eficácia e pode ser uma alternativa importante quando existir uma contra-indicação para a pílula ou outro método. O DIU não está relacionado com o metabolismo, nem com a relação sexual. Quer dizer, ele tem vantagens que e devem ser leva-

das em conta. Evidentemente, deve-se respeitar a vontade dos casais.

Considere-se o aborto como a interrupção da gravidez, e a gravidez começa com a nidificação. Antes da nidificação, sob o ponto de vista obstétrico, não existe gravidez. E isto é apenas um conceito. Há uma razão de ser. A simples existência de um ovo no organismo materno não quer dizer que a mulher esteja grávida. Houve a fecundação, mas o ovo está solto. Grande número de ovos, quer dizer, de óvulos fecundados, é perdido, o organismo elimina. A mulher é fecundada muitas vezes, e grande número desses ovos é eliminado pelos organismos. Mas nem por isto a mulher foi considerada grávida. A gravidez só existe, sob o ponto de vista médico, quando há uma ligação entre o ovo e o organismo materno, quando o organismo da mulher é influenciado e influencia o ovo. Isso só ocorre depois da fixação do ovo no organismo, quando ocorre o fenômeno da nidificação. Ai vem a liberação de hormônios e a nutrição. Só assim pode-se, inclusive, diagnosticar a existência desse ovo. Precocemente, pode-se fazer a identificação: esta mulher é portadora de um ovo em ovulação, está nidado. Por tudo isto, deve-se afastar os preconceitos ainda existentes com relação a DIU.

Prática do Planejamento Familiar

O percentual de mulheres casadas, entre 15 e 44 anos, praticando a contracepção é de 47% no Rio Grande do Norte, 43% na Paraíba, e 41,4% em Pernambuco; na Bahia não há programas; no Piauí, no momento em que se fez a pesquisa, também não havia programa. Quer dizer, onde há programa, houve realmente um aumento no percentual de mulheres que estão praticando eficientemente a anticoncepção.

Com relação à esterilização, ainda que haja restrições legais ao uso desse método, 15,4% das mulheres que praticam a anticoncepção no Piauí estão esterilizadas; em Pernambuco, 18,9%; na Paraíba, 15,7%; e na Região Sul, 14,6%. São estes os primeiros resultados sobre esterilização no Brasil.

Esses dados serão importante como subsídios para o Governo, quando este traçar sua política demográfica. Não se deve impedir a prática da esterilização. No entanto, ela não deve ser feita por entidades privadas, ou por médicos privados. A esterilização demanda uma política acima do poder de decisão de uma entidade privada ou de uma pessoa física. É preciso levar em conta vários fatores. A esterilização envolve certo risco, pois ninguém pode saber exatamente porque e quem está sendo esterilizado. No entanto, é um método que deve ser usado, mas por política de Governo, como é feito no México.

O crescimento da esterilização representa realidades muito diferentes para diferentes grupos sociais e, muitas vezes, os dados não mostram as divisões de classe, de raça e de sexo que estão por trás das estatísticas. Em relação à divisão entre os sexos, as estatísticas falam de casais, mas quando se desce ao detalhe para saber se se trata de esterilização tubária ou de vasectomia, o que se suspeitava é confirmado: são as mulheres esterilizadas. Sobre os homens, as informações são mais limitadas, e não raro o silêncio toma conta das tabelas quando se lhes pergunta o peso que tem o sexo masculino nas esterilizações realizadas.

A responsabilidade principal pela gravidez ou pela contracepção fica, não com os casais, mas com as mulheres. Independentemente de ser ou não parte de um casal estável, a mulher descobre que tanto o marido ou com o pai, como os médicos, a sociedade em geral e até ela própria - esperam que seja ela somente que se encarregue de contracepção e que enfrente as conseqüências se não o fizer. Esta carga desproporcional se reflete na diferença entre o número de esterilizações masculinas e femi-

ninas, apesar de que estas sejam muito mais caras e perigosas.

Em face das conseqüências da maternidade de, sem apoio de equipamentos sociais e instituições públicas, sob condições de vida extremamente difíceis, muitas mulheres sem dúvida escolhem - racionalmente, sem coerção - a solução que oferece mais garantia contra a concepção. No entanto, o desejo de um método eficaz, que está na raiz do crescimento das esterilizações, não pode ser reduzido apenas a condições econômicas. O controle da fecundidade também envolve as questões relacionadas à autonomia e à autodeterminação da mulher.

As mulheres mais ricas podem escolher anticoncepcionais de acordo com as suas condições de saúde. Justo que as mulheres mais pobres também possam. As mulheres mais ricas são aconselhadas pelos médicos em termos de anticoncepção para retardar uma gravidez que vai ser nociva para ela ou para o seu conceito. As mulheres mais pobres devem ter esse direito também. Esse tipo de postura só é possível com o planejamento familiar inserido dentro de um programa de saúde. Não tem nada a ver com o controle da natalidade. Ou seja, essa postura do planejamento familiar com o planejamento de saúde é compatível com uma política populacional de aumento de natalidade ou de diminuição da natalidade.

Essa é mais uma razão pela qual se argumenta que o planejamento familiar deve estar inserido dentro do Sistema Oficial de Saúde, como uma das muitas ações que se devem realizar em relação às nossas mulheres. A ação do Ministério da Saúde deve incidir sobre a mulher em todas as suas necessidades. O planejamento familiar afeta sendo fundamental em motivos de ordem médica e de oportunidade de acesso às informações e aos meios contraceptivos pela população.

VII - Aspectos Éticos

O planejamento familiar é reconhecido pela Organização das Nações Unidas, desde 1968, como um Direito Humano Fundamental. Este reconhecimento se deu por ocasião da Conferência Internacional Sobre Direitos Humanos, promovida pela ONU em Teerã, em comemoração ao vigésimo aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Após a Conferência, delegados de 84 países (do Brasil, inclusive) aprovaram, sem um só voto contrário, a Resolução XVIII, cujo texto afirma o seguinte:

"Acreditamos que a grande maioria dos pais deseja obter conhecimento e meios de planejar suas famílias; que a oportunidade de decidir quanto ao número e espaçamento dos filhos é um direito humano fundamental.

"Acreditamos que o objetivo do planejamento familiar é a plenitude da vida humana, não a sua restrição; que o planejamento da família, ao garantir maiores oportunidades a cada pessoa, liberta o homem para que possa atingir sua dignidade individual e realizar todo o seu potencial.

"Os casais têm o direito humano fundamental de decidirem livre e responsabilmente quanto ao número e espaçamento dos seus filhos e o direito de obterem instrução e orientação adequadas a respeito."

Conclui-se, portanto, que o planejamento da prole é um direito humano básico. A decisão quanto ao número de seus filhos e ao espaçamento entre eles cabe unicamente ao casal, que, para isto, deve estar amplamente esclarecido com relação às obrigações decorrentes da paternidade, à fisiologia da reprodução humana, aos métodos de controle da fertilidade e das implicações da natalidade no âmbito da família e da sociedade.

Em outras palavras: todos os indivíduos devem ter o direito de acesso às informações sobre serviços e métodos

dos anticoncepcionais. Sem essas informações não pode haver uma escolha consciente sobre os fatores que afetam a fertilidade.

A política demográfica oficial do Brasil, enunciada em Bucareste, em 1974, e repetida freqüentemente a partir de então, contemplou este aspecto ético do Planejamento Familiar, considerando-o com o um direito de todos e não um privilégio das classes ricas. E afirma ser dever do Estado fornecer informações e meios às famílias pobres. Em resumo, o texto afirma:

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

2. O controle da natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental.

3. A capacidade de recorrer ao controle da natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao Estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos.

Deste modo, é atribuída ao casal e, apenas a ele, a decisão quanto à composição familiar, no pressuposto de que só os casais necessitam de métodos contraceptivos. Outro pressuposto é que os casais tomam decisões como uma unidade, sem nenhum conflito entre os parceiros. Por isto, essa política focaliza apenas a mulher casada, mas isoladamente como se ela pudesse coibir sozinha. Num e noutro caso o resultado é o mesmo: ignora-se a atividade sexual do casamento e despreza-se qualquer elemento de conflito que possa existir por trás do uso de um método anticoncepcional, quando se sabe que tais conflitos ocorrem com freqüência. É necessário e urgente proporcionar às mulheres o acesso a meios anticoncepcionais seguros. Com a devida indicação médica. Paralelamente, será necessário, também, incentivar a maior participação masculina na responsabilidade pela concepção e pela anticoncepção. Mas deve-se, a todo custo, evitar imposição no sentido de constranger a mulher a ter ou não ter filhos.

Propiciar às mulheres a informação e a oportunidade de debaterem livremente entre si os seus problemas será fundamental para que elas possam optar conscientemente por ter ou não ter filho num determinado momento, e usufruir do seu direito de dispor de seu próprio corpo, de sua sexualidade e de sua vida, sem o risco de uma gravidez indesejada.

A procriação jamais será um ato irrelevante, menos ainda um ato de natureza apenas animal que o homem possa irresponsavelmente praticar indiferente às leis, inclusive de natureza moral, que o regulam. Trata-se do ato em que estão envolvidas a inteligência e a vontade, enfim, de um ato humano, cuja prática há de comprometer tudo aquilo que o homem tenha de mais elevado e de mais nobre, já que por essa via ele participa da obra da criação. A paternidade deve, assim, ser em todas as circunstâncias responsável. O que significa que nenhum homem tem o direito de gerar senão os filhos que possa em sua consciência manter, cuidar e educar. Ultrapassado esse limite, que será diverso para cada caso concreto, estarão afetados os interesses da criança assim concebida e dos próprios filhos já nascidos.

Tão falacioso como outros argumentos parece o da "paternidade responsável". Em si até que não seria mal, pois não é desejável que venham ao mundo crianças que não sejam queridas. Entretanto, a tradução dessa "paternidade responsável" é: se você é pobre, ou se você é negro, ou se você já tem filhos e vive apertada, você é um irresponsável se continuar a procriar.

O problema não pode ser colocado deste modo. Se o cidadão é pobre, ele deveria ter condições de viver e criar filhos com dignidade. Se ele é negro, ninguém deveria es-

tar interessado num "embranquecimento" da raça brasileira, e sim, em criar condições para que essas pessoas, prejudicadas por anos de escravidão, pudessem assumir o lugar que lhes cabe na sociedade.

No convívio assistencial com esse vasto universo de mães, crianças e famílias pobres, vivendo em precária situação sócio-econômica, ouvem-se as queixas mais amargas, que nos levam a concluir pela urgente necessidade de uma definição política sobre a questão do Planejamento Familiar no Brasil.

São milhares de mulheres que, em todo o País, procuram a LBA, clamando e reclamando informações e conselhos que lhes ensinam a evitar ou limitar o número de seus filhos. São inúmeras aquelas que pedem, com insistência, remédios ou produtos anticoncepcionais, solicitando sempre qualquer indicação ou encaminhamento para a solução de seu problema. E não são poucas, também, as mais aflitas e desesperadas que, sem resposta satisfatória, ameaçam interromper a gravidez já contraída, ou que possam contrair, apelando para o cruel recurso do aborto.

Não há como ignorar que a existência de uma clara política de Planejamento Familiar tornou-se, hoje, uma das mais freqüentes reivindicações das mulheres brasileiras, sobretudo das que pertencem às camadas mais carentes da população.

Por não poder nem querer desconhecer isso - as quotidianas reivindicações de mulheres que buscam a LBA como socorro e soluções -, por compreender as angústias da problemática feminina e, ao mesmo tempo, participar das frustrações e da indefinição institucional, reafirmamos que a sociedade brasileira já está suficientemente amadurecida, e até mesmo ansiosa, por definições que de há muito deveriam ter sido tomadas sobre a questão da paternidade responsável e do Planejamento Familiar.

A realidade factual que configura esse problema poderia ser resumida em uma frase: "Um número crescente de brasileiros, sobretudo os mais pobres, estão tendo filhos que não desejam ter". Isto porque não sabem como evitá-los, por falta de acesso a informações, aconselhamento e recursos, de que só dispõem as pessoas de melhor renda.

Deste modo, o que está em jogo são direitos e valores essenciais, para cuja preservação não é necessário sequer invocar o interesse superior do Estado, nem as exigências do desenvolvimento econômico. Estamos, na verdade, assistindo à inviabilização do exercício de um direito reconhecido como fundamental: o direito de as pessoas decidirem consciente e responsabilmente sobre o número de filhos que desejam ter. Trata-se de matéria de sua íntima e exclusiva deliberação, que só encontra limite no respeito à vida humana, a partir da concepção.

O que é mais grave é que a inviabilização daquele direito, por si só inadmissível, tem como causa desigualdades sociais igualmente inaceitáveis. Efetivamente, o problema do crescimento populacional excessivo - ou dos nascimentos não desejados, não se manifesta por igual em todas as áreas do País. Na verdade, só é grave nas áreas onde já predomina a gravidade mais abrangente da pobreza. No meio rural, ou nas populações urbanas marginalizadas, onde tudo o mais é igualmente grave: a subnutrição, a habitação subumana e os baixos padrões de saúde e educação. No fundo, a luta contra o crescimento populacional não desejado se inscreve no quadro mais amplo da luta contra a pobreza e contra a insuficiente provisão de serviços básicos de natureza social.

Salvo melhor juízo, o que nos deve preocupar não é propriamente o fato de que a nossa população esteja crescendo, embora a taxas cada vez menores. O que é realmente preocupante é que esse crescimento se vem fazendo de forma errada, injusta e desigual, através do aumento do número de crianças não-desejadas pelos pais: de crianças condenadas ao desamor, ao abandono e à

de snutrição. E que esse fenômeno pouco ou nada tenha a ver com a "ocupação dos espaços vazios". Pelo contrário, parece estar contribuindo para agravar a ocupação dos espaços já superlotados e socialmente tensos, especialmente na periferia das grandes cidades.

A intervenção do Estado nessa matéria estará, assim, plenamente justificada, na medida em que se destina a promover a correção progressiva das desigualdades existentes e a assegurar aos mais necessitados a informação e a assistência de que dispõem os segmentos mais desenvolvidos da população. Não se trata de reconhecer ao estado o direito de programar metas de crescimento populacional ou de impor à sociedade programas autoritários de contenção demográfica. Trata-se, pelo contrário, de cobrar do Poder Público o cumprimento de um dever, indispensável ao livre exercício de um direito fundamental das pessoas.

É apenas ao casal, e só a ele, que cabe escolher os meios que julga mais aptos para praticar a paternidade responsável de fato. Afinal, a consciência do casal tem a primazia na responsabilidade das decisões tomadas a esse respeito, tendo em vista que os meios de que se serviram:

- 1) Não põem em risco uma vida já concebida.
- 2) Respeitarão a dignidade dos cônjuges e estarão conforme às exigências de uma união normal.
- 3) Não ocasionarão nenhum prejuízo para a saúde dos esposos, isto é, para seu equilíbrio biológico e psíquico.
- 4) Serão usados, não para atender ao egoísmo, mas com intuito de assegurar uma paternidade verdadeiramente responsável.

Quanto aos métodos anticoncepcionais, o Conselho Federal de Medicina entende que:

1) Serão aceitáveis, sob o ponto-de-vista ético, todos os métodos cientificamente aprovados, tais como os anticoncepcionais orais e os dispositivos intra-uterinos, que tragam apenas uma suspensão temporária e rigorosamente reversível da fecundidade, respeitando do mesmo modo a vida e a saúde dos usuários e que estejam em consonância com suas respectivas convicções morais e religiosas.

2) Não é permitido ao médico indicar ou executar terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do País. Art. 48 - é da exclusiva competência do médico a escolha do tratamento para seu doente, devendo ele orientar-se sempre pelo princípio geral do "primum non nocere". Art. 52 - a esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em caso de excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por mais dois médicos ou vido s em conferência.

3) Nada impede a "informação genérica ao público, como mecanismo orientador e educativo, sempre que vazada em termos técnicos, moderados e suficientemente esclarecidos, sobremaneira por um Departamento de uma Faculdade de Medicina, com a intenção básica de corrigir distorções e até de prestar contas à comunidade, a quem está diretamente vinculada, do trabalho que por ela é financiado".

VIII - ASPECTOS JURIDICOS

As se considerarem as questões referentes à reprodução humana sob o ponto-de-vista jurídico, é de se salientar que o Direito brasileiro sempre se colocou na defesa intransigente da vida humana. A legislação do nosso País, de maneira geral, considera a vida humana como o mais importante de todos os bens jurídicos, sobretudo por representar condições essenciais para a existência e pleno exercício dos demais.

Assim, o Código Civil Brasileiro, em sua Parte Geral, estatui que "a personalidade civil do homem começa do nascimento com vida". E declara peremptoriamente que "a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro" (art. 4).

Quanto ao Direito penal, ele incrimina o aborto - a dolosa interrupção da gravidez com a morte do feto ou produto da concepção - definindo-o nos arts. 124 e seguintes, onde prevê os casos de aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento, aborto provocado por terceiros, e aborto qualificado. Além disso, indica as hipóteses em que o aborto será penalmente lícito:

a) se não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário ou terapêutico);

b) se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando esta for incapaz, de seu representante legal (aborto sentimental ou honoris causa).

Não é previsto o aborto eugenésico, o qual, para alguns estudiosos do assunto, estaria muito próximo da eutanásia.

Não se confundem os crimes de aborto com o infanticídio, assim definido pelo Código Penal em seu artigo 123: "matar sob a influência, do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após". O infanticídio é, pois, um crime que não passa de um homicídio privilegiado, cometido pela mãe em circunstâncias especiais, e tendo como sujeito passivo o filho ao nascer ou recém-nascido. Qualquer outra pessoa, além da mãe, que assim proceda, do ponto-de-vista objetivo e jurídico, estará praticando um crime de homicídio, previsto no art. 121, e não de infanticídio, e menos, ainda, o de abortamento.

Em várias oportunidades, têm sido lançadas no Brasil campanhas visando à ampliação das hipóteses de legalização do aborto, quando não a absoluta descriminalização do aborto. certo, entretanto, que esses movimentos têm encontrado forte resistência por parte não só das Igrejas, muito particularmente da Igreja Católica, como também da comunidade em geral e de seus representantes no Parlamento. Aliás, a Igreja Católica não admite a legalidade sequer do aborto dito "necessário" ou do "honoris causa", pre visto em nossa legislação penal. A Igreja sustenta que "é absolutamente de excluir, como via legítima para a regulação dos nascimentos, a interrupção direta do processo generativo já iniciado, e, sobretudo, o aborto querid o diretamente e procurado, mesmo por razões terapêuticas".

Ocorre, neste posicionamento da Igreja, uma supervelocização de um problema, com o consequente esquecimento de outro. O aborto, é claro, não pode ser utilizado como meio contraceptivo. No máximo, como órgão final, a fim de que se evitassem outros problemas decorrentes da gravidez não-desejada. Contudo, é um ponto discutível. Condenar o aborto terapêutico, no entanto, pode penalizar os filhos já nascidos de uma mulher que, por ventura, venha a morrer em decorrência da gravidez ou do parto, quando sua vida poderia ser salva pela prática abortiva.

De qualquer modo, o que se pretende é a generalização da prática anticoncepcional, que conduzirá à redução do aborto provocado, minimizando este problema. Neste sentido, é preciso que a Lei acompanhe os rápidos desenvolvimentos da tecnologia do planejamento familiar e dos sistemas de prestação de serviços que atualmente existem. E, nessa ordem de raciocínio, deve-se fazer com que a Lei não se constitua num obstáculo, mas que seja realmente um fator decisivo na prestação de tais serviços.

Com este entendimento, foram reitos alguns progressos recentes. Por exemplo, o artigo 20 da Lei das Contravenções Penais, em sua redação originária, previa a figura contravencional denominada anúncio de meio abortivo ou anticoncepcional", dando-lhe a seguinte definição: "anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez. Pena: multa de quinhentos mil réis a cinco contos de réis". Entretanto, a Lei n' 6.734, de 4 de dezembro de 1979, resultante do Projeto de Lei do Senado, n' 287, de 1979, de autoria do Senador Aloisio Chaves, alterou aquele artigo para dele retirar qualquer menção aos meramente anticoncepcionais, permanecendo vedado apenas o anúncio de "processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto".

Também a Portaria do Ministério da Saúde, de 23-1-60, que obrigava os farmacêuticos a reterem a receita médica no ato da venda de produtos anticoncepcionais, foi revogada em 8 de outubro de 1976. Esta Portaria foi substituída por um instrumento mais flexível, que dá às receitas de anticoncepcionais validade por um ano, desobrigando a retenção das mesmas.

Finalmente, é importante ressaltar que, na Constituição do Estado do Rio de Janeiro, promulgada em 23-1-75, o Planejamento Familiar é consagrado como um benefício social a nível de Saúde Pública, incluindo-o como medida prioritária no seu Título IV, Capítulo II, transcrito a seguir:

"TITULO IV CAPITULO II

Da Família, da Educação e da Cultura

Art. 147. Para a defesa e proteção da saúde, o Estado exercerá, mediante serviços próprios, pelo incentivo à iniciativa particular ou convênios com a União ou Municípios, atividades de Medicina Preventiva, Medicina Assistencial, Educação Sanitária, Ensino e Pesquisa.

§ 1º O Estado dará principal atenção:

- a) à infância, à adolescência e à maternidade;
- b) aos incapacitados;
- c) aos problemas da idade avançada;
- d) à prevenção do câncer;
- e) à prevenção de acidentes;
- f) à restrição do fumo e ao combate dos tóxicos de um modo geral;
- g) ao Planejamento Familiar e ao desenvolvimento de uma consciência eugênica na família;
- h) à higiene e saúde mentais;
- i) à erradicação das doenças transmissíveis, epidêmicas e endêmicas;
- j) à formação de profissionais de saúde."

IX - ASPECTOS RELIGIOSOS

A Igreja aprova, defende e estimula a paternidade responsável. Paternidade responsável implica em que se tenha os filhos que se deseja ter, no espaçamento considerado ideal, tanto pelos pais quanto pela Ciência. Mas implica, também, em ter o número de filhos que possam ser criados e educados com dignidade e, após o nascimento, que se possa assumir as obrigações decorrentes da paternidade. Ora, a determinação do número de filhos e o espaçamento entre eles só se faz com conhecimento e, sobretudo, com a utilização de métodos anticoncepcionais. Isto é Planejamento Familiar. A classe média, a população de maior renda e melhor nível cultural planeja a sua família há muito tempo. A Igreja aprova o Planejamento Familiar da burguesia e da classe média que já o praticam há mais de 20 anos. Não há porque alguns setores da CNBB tentarem negar às camadas da população de baixa renda os benefícios do Planejamento Familiar.

A Constituição Pastoral "Gaudium et Spes", de 1965, um dos mais importantes documentos do Concílio Vaticano II, além de afirmar o direito que tem os governos de buscar soluções para os problemas populacionais de seus países, acentua com clareza ser direito inalienável dos pais a decisão quanto ao número de filhos a procriar, repudiando intervenções de autoridades públicas, mas ressaltando a máxima importância das informações judiciosas, de natureza científica, que devem ser prestadas às populações. A "Gaudium et Spes" também excluiu, como meios para o exercício da paternidade responsável, o aborto, por não ser preventivo da concepção, e a esterilização, feminina ou masculina, por ser uma intervenção drástica e irreversível.

Em 1966, na Encíclica "Populorum Progressio", de Paulo VI, reafirmava suas preocupações com os proble-

mas demográficos ao afirmar: "É bem verdade que um crescimento demográfico acelerado vem com demasia freqüência, trazer novas dificuldades ao problema do desenvolvimento: o volume da população aumenta muito mais rapidamente que os recursos disponíveis, e cria-se uma situação que parece não ter saída". A própria Encíclica, face ao problema, reconhece o direito de intervenção dos poderes públicos na questão, e conclui reafirmando o direito inalienável de o casal determinar o número de filhos que deseja ter. Observamos estas duas importantes passagens do pensamento de Paulo VI.

a) "É certo que os poderes públicos, nos limites da sua competência, podem intervir, promovendo uma intervenção apropriada e tomando medidas aptas, contanto que sejam conforme as exigências da Lei moral e respeitem a justa liberdade dos cônjuges".

b) "Em última análise, é aos pais que compete determinar, com pleno conhecimento de causa, o número de filhos, assumindo a responsabilidade perante Deus, perante si próprios, perante os filhos que já nasceram e perante a comunidade a que pertencem."

Não há, pois, qualquer oposição da Igreja quanto à prática do Planejamento Familiar. Onde ainda não existisse o consenso é no terreno dos meios que se hão de empregar para chegar à regulação da natalidade, para exercer a paternidade responsável. E, neste particular, dividem-se as opiniões. Há quem entenda que quaisquer meios - tanto os naturais quanto os artificiais - podem ser empregados, desde que eficientes, isto é que tais métodos estejam aptos a satisfazer a vontade do casal, que é a de evitar a concepção. E há a posição sustentada pela Igreja Católica, segundo a qual a regulação da natalidade só deverá ser feita através dos métodos naturais, especificamente pelo chamado método da continência periódica, que consiste na prática do relacionamento sexual somente nos períodos genésicos não-férteis da mulher.

Essa posição se acha contida em várias encíclicas e com mais detalhes da "Humanae Vitae", promulgada por Paulo VI. Ela vem sendo deferida entre nós pela CNBB e foi resumidamente exposta em documento elaborado em 1979, entregue por D. Ivo Lorscheiter a diversos Ministros do Governo brasileiro.

Entretanto, sacerdotes e teólogos existem que pretendem que seja promovida uma "abertura" nessa colocação feita pela Igreja, havendo-se manifestado a respeito, entre outros, o Padre Paul Eugène Charbonneau e o Padre Hubert Lepargneur, que cobram da Igreja a admissão de que, tanto quanto a ela própria, ao Estado cabe o direito de enfrentar o desafio demográfico.

A demografia é uma questão que interessa ao bem comum da nação. Ora, um dos preceitos da Igreja diz evidentemente que cabe ao Estado cuidar do bem-comum da nação. Assim, como o Planejamento Familiar é um direito do casal, o Estado, em nome do bem-comum e do respeito à vida, deve colocar à disposição das classes inferiorizadas economicamente as informações e os meios com os quais possam regular a natalidade, exercendo de modo efetivo a paternidade responsável.

Deve-se ressaltar, portanto, a abertura franca dos debates e o avanço de teses e pronunciamentos de personalidades e lideranças católicas, que já não revelam rigidez ou hermetismo no tratamento do assunto. Mas, ainda que a evolução da Igreja neste campo seja bastante lenta, é de esperar-se que ela se torne mais flexível em futuro próximo. Em primeiro lugar, porque a não-recomendação do uso de métodos anticoncepcionais artificiais não é uma questão dogmática. Em segundo lugar, porque diversas pesquisas já realizadas comprovam que a Igreja Católica, que é a que possui maior número de adeptos no Brasil, tem uma influência direta sobre o uso de anticoncepcionais pela população de, no máximo, 3%. Das mulheres que foram investigadas, no Brasil inteiro, as que não praticavam o Planejamento Familiar por motivos religiosos perfaziam apenas 8%. Isto quer dizer que a influência da Igreja Católica, com relação ao

Planejamento Familiar é mais notada a nível das lideranças e da Imprensa, não alcançando diretamente o povo, que prefere exercer a paternidade responsável segundo sua própria consciência, como aliás recomenda, em última instância a encíclica Humanae Vitae.

X - OUTROS ASPECTOS Segurança Nacional

O espaço territorial e a população constituem fatores de grande significado para uma nação. Durante muitos séculos, foram fatores preponderantes para condicionar o nível e qualidade do relacionamento entre os povos, e ainda hoje, o são. Território e população foram preocupações que estiveram presentes ao longo da História, até nossos dias e, seguramente, continuarão sendo no futuro, porquanto todo ser físico ocupa lugar no espaço e a vida exige, além de espaço, condições ecológicas favoráveis. É evidente que algumas dessas motivações ainda prevalecem. Um grande território e uma grande população continuam sendo fatores altamente considerados ao se avaliar, no plano internacional, o poder de uma nação.

Alegações referentes à segurança nacional têm sido, ainda hoje, como argumento de apoio a uma política pró-natalista. Há de se lembrar, entretanto, que a segurança é algo muito mais abrangente que a defesa, e que passou a época da luta corpo a corpo para defender-se das agressões do inimigo. Não estamos mais na época do sabre e da espada. O Poder Militar, que responde mais diretamente pela Segurança Nacional, não pode ser avaliado apenas pelo seu efetivo. Há indicadores não mensuráveis, mas que são de grande peso na capacidade da Força Militar como o Moral Militar, o grau de instrução e adestramento das tropas, a capacidade de Alto Comando, o grau de informação das Forças Armadas, assim como o pleno apoio de opinião pública às ações militares. Na atualidade, a capacidade militar está na dependência direta do fator tecnológico. Os equipamentos bélicos passaram a evoluir com crescente rapidez, beneficiando-se de novas tecnologias produzidas, graças às notáveis descobertas da Ciência.

A segurança nacional é, portanto, um conceito muito mais abrangente que a simples idéia de defesa contra agressões estrangeiras. As razões de insegurança podem ser de ordem material, cultural e moral. Constituem motivo de insegurança nacional, por exemplo, a escassez de recursos, as dificuldades financeiras, o desempenho, a ignorância, a insuficiência de alimentos, etc.

O EMFA é o coordenador geral e o órgão normativo do serviço militar no Brasil. Dados do EMFA relacionados, por exemplo, ao número de alistados em 1982, brasileiros com 18 anos de idade, indicam que, do total de 1.450.000 alistados, foram convocados 770.000 para o serviço militar. Os restantes foram dispensados imediatamente, porque são originários de municípios não tributários do Serviço Militar. Estes 770.000 foram submetidos a exame médico, dos quais 410.000 (53%) foram considerados aptos, sendo que 114.000 deles foram incorporados às três Armas. Ou seja: menos de 10% do total de alistados está realmente prestando serviço. Estas as necessidades anuais das Forças Armadas. Assim vemos que há muito mais juventude ao que a necessária para prestar o serviço militar. Por isto, o número de jovens não preocupa as Forças Armadas. O que preocupa é a sua qualidade.

As causas da incapacidade desses jovens que não foram aceitos no exame médico foram: subnutrição, deficiência dentária, insuficiência de peso e altura, diminuição da acuidade visual, alterações congênitas dos membros inferiores e da coluna. Só esse quadro dá uma demonstração do estado de saúde da nossa juventude, porquanto 43% estão incluídos dentro de qualquer um dos itens citados. Há que considerar, todavia, que são jovens do sexo masculino. A mesma quantidade deve corresponder às jovens do sexo feminino, pois, por esta a-

mostragem, os problemas devem atingir, também, as jovens do sexo feminino.

Atualmente, a preocupação de todos deve residir na qualidade do homem brasileiro, na qualidade de vida do homem brasileiro, não na quantidade. Sobretudo, a qualidade do homem brasileiro não pode continuar assim como está. Deste modo, este problema populacional, no estágio de desenvolvimento em que estamos, é um problema de Segurança Nacional, que interessa todas as nossas instituições, a todas as pessoas e a todos os brasileiros, porque perante a Constituição todos os brasileiros são responsáveis pela Segurança Nacional. É um problema, antes de tudo, de Segurança Nacional, porque envolve o futuro do País. Temos um compromisso com o futuro. Principalmente, com as gerações que estão para vir. O Brasil já possui um déficit social acumulado através dos anos, de que são exemplos os favelados, os pobres, os subnutridos, e os doentes. Não podemos legar essa dívida social às gerações que vão nos suceder, sob o risco de nos tornarmos um País inviável. Hoje, felizmente, desenvolve-se uma maior consciência de que, se não forem tomadas medidas urgentes no campo populacional, o Brasil vai se tornar um País inviável no futuro.

Consecução dos Objetivos Nacionais

Há, entre os brasileiros, um consenso de que os objetivos nacionais permanentes são: a democracia, a integração nacional, a integridade do patrimônio nacional, a paz social, o progresso e a soberania. É aspiração de todos os brasileiros que esses objetivos sejam alcançados no mais breve tempo, e sejam mantidos pelo maior tempo possível. No entanto, o crescimento demográfico observado no País tende a comprometer a consecução de alguns desses objetivos, se não todos. É verdade que alguns estão mais ameaçados do que outros. Entre os primeiros, está, por exemplo, o objetivo da integração nacional.

A integração nacional não diz respeito apenas ao aspecto físico-geográfico. Nós mantemos a integridade deste imenso território que os nossos antepassados nos legaram com muito esforço e muito heroísmo. Mas, não é só a integração ou integridade do território que importa. A integração do povo que vive aqui é ainda mais importante. A população de um País deve ser, tanto quanto possível, homogênea. Não deve haver distinções profundas entre pobreza e riqueza, e nós estamos cavando um fosso muito grande neste País. Um fosso que separa um País já desenvolvido, representado a grosso modo pelo Sul/Sudeste, e um País subdesenvolvido, representado pelas demais Regiões.

No Brasil pobre e subdesenvolvido, vive um contingente populacional muito grande e que está-se avolumando a cada dia. Assim, esse objetivo de integração nacional já está sendo ameaçado. A paz social, outro grande objetivo nacional, está também, sob permanente ameaça, porque os mais pobres, não podendo ver cumpridas as suas aspirações vitais, tudo aquilo que eles desejam como pessoa humana e que sua dignidade exige, se revoltam contra esse estado de coisas.

Conclui-se, pois, que o crescimento populacional é uma questão de Segurança Nacional. Mas não como normalmente se supõe, isto é, de que quanto maior for a população, maior será a segurança dos cidadãos. No Brasil, ocorre exatamente o inverso.

Ocupação Territorial

Igualmente não procede a tese de que é necessário o crescimento rápido da população para ocupar os espaços vazios existentes no País. A China tem a maior população do globo (1.030 milhões de habitantes), que se concentrou no Leste, no Sul e no Centro-Oeste. No Norte, encontram-se imensos espaços vazios.

O que faz com que a população ocupe espaços vazios demográficos é a criação de pólos econômicos estratégicos, ra-

cionalmente planejados, o que requer elevados investimentos. Sem essa providência, por maior que seja a **população** de um país, ela se concentrará em determinadas áreas mais favorecidas economicamente.

É exatamente isto que vem ocorrendo no Brasil. A população brasileira tradicionalmente se concentra ao longo do litoral, deixando largos vazios no interior. Este fato dá margem à conclusão simplista e falaciosa de que a **população** precisa crescer, pois só assim esses espaços vazios serão ocupados.

Na verdade, dentro **desses** enormes espaços vazios, está, por exemplo, a Amazônia, que ocupa 52% do território nacional. Mas ela pode ser ocupada somente em parte, porque aquela floresta densa, floresta tropical úmida, que levou milhões e milhões de anos para se formar, não permite condições de sobrevivência para o homem, que não pode viver num ambiente tão hostil.

Os excedentes populacionais, sejam de onde forem, devem possuir três condições, que são essenciais à estratégia de **ocupação**: capital, investimento e recursos humanos, biologicamente saudáveis e razoavelmente educados.

População e Capital

Nos anos 60, o crescimento populacional brasileiro foi de 2.89%. Hoje, o índice baixou para 2.49%. Mas a base populacional sobre a qual o índice incide é, atualmente, de 126 milhões de habitantes. Na década de 60, eram 2.89 sobre 70 milhões. Hoje, são 2.49 sobre 126 milhões. **Essa** percentagem altíssima. Com essa **taxa**, são 3 milhões de brasileiros incorporados anualmente ao nosso patrimônio demográfico.

Para fornecer educação, saúde e outros serviços básicos à população, primeiramente temos que ter recursos, porque a vontade só não basta. Não há nenhum brasileiro, nenhum membro do Governo que não gostaria de fornecer esses serviços a toda população. A questão são os recursos. Como e onde obtê-los, e em que investir primeiro. As áreas de saúde e educação, por exemplo, exigem vultosos investimentos, e o País não dispõe de poupanças suficientes para financiá-los. Ademais, existem outras áreas cujos financiamentos são igualmente vultosos. Daí, constituir-se em um drama para os governantes equilibrar aquilo que possa empregar como investimento para a produção e aquilo que se deve empregar no campo de assistência social.

Em conseqüência, os recursos empregados em todas as áreas são cada vez mais rarefeitos, o que conduz a resultados aquém do necessário. Os serviços de assistência social permanecem deficientes e o processo de desenvolvimento nacional se desenvolve lentamente. Cada progresso conseguido à duras penas é, praticamente, todo consumido pelos três milhões de novos brasileiros anuais.

Interesse Estrangeiro

Entre os que se opõem à implantação do Planejamento Familiar, existem alguns que **vêm** o crescimento da esterilização e o oferecimento de serviço anticoncepcionais como parte de uma campanha imperialista para reduzir o crescimento demográfico dos países do Terceiro Mundo. Tal campanha estaria combinada com o interesse das elites nacionais em reduzir o volume de desemprego pela redução do número de trabalhadores potenciais. Assim, a redução do crescimento demográfico possibilitaria a manutenção de um modelo de desenvolvimento intensivo de capital, que interessa aos países desenvolvidos e, também, **às classes ricas** dos países em desenvolvimento.

A intenção de órgãos como a USAID em reduzir a taxa de natalidade nos países em desenvolvimento parece inegável, e igualmente inegável é que setores das elites nacionais têm procurado apresentar Planejamento Familiar como **solução** para problemas sociais e econômicos do País. Mas hoje, são raros os que postulam para o Planejamento Familiar uma condição de panacéia que viria a resolver todos os problemas nacionais. Por outro

lado, são cada vez mais raros os que não reconhecem o Planejamento Familiar como atividade básica de saúde e como um dos fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida das populações.

A Posição do Governo Federal

O Governo brasileiro há muito definiu sua posição frente à questão demográfica. O Governo reconhece como um direito fundamental dos cidadãos o de decidir, livre e conscientemente, o número de filhos que deseja ter. Para assegurar o eficaz exercício desse direito, consideramos que cabe ao Estado o dever de facilitar-lhes a informação honesta sobre os meios e métodos de Planejamento Familiar.

Essa posição, assumida desde 1974, na Conferência Mundial de População, tem sido claramente reafirmada pelo Governo, inclusive mediante a explicitação de diretrizes administrativas. Em suas Diretrizes Gerais do Governo, o Presidente João Figueiredo, entre medidas diversas voltadas para a melhoria da qualidade de vida do povo, preconizava a adoção de "programas especiais de assistência e de conscientização da população quanto à paternidade responsável, além de outros necessários à eliminação dos focos de pobreza absoluta".

No que se refere ao Ministério da Previdência e Assistência Social, também já existe diretriz expressa, estabelecida pelo Presidente João Figueiredo nos seguintes termos:

"O número de filhos é questão de foro íntimo das famílias e deve ser por elas decidido com inteira liberdade. Ao Estado cabe somente esclarecer aos casais a respeito de sua faculdade de planejar o número e a época em que desejam ter filhos. O Ministério da Previdência e Assistência Social deverá assim desenvolver atividades educativas para tornar acessíveis à população informações e esclarecimentos sobre como e o que fazer para o adequado dimensionamento da família."

O interesse governamental no assunto, já começando a revelar preocupação, tornou-se mais patente, neste ano de 1983, com a Mensagem presidencial do Congresso Nacional, onde claramente se afirma que, em países como o Brasil, com acentuado aumento populacional, a explosão demográfica devora o crescimento econômico, gera instabilidade e acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais e políticos. E o próprio Governo quem reclama, sobre o assunto, profunda meditação, detido exame da sociedade e amplo debate, sobretudo por parte do Congresso Nacional, para que, finalmente, se encontrem e se fixem diretrizes fundamentais e objetivas em relação ao tema.

PARECER

Com esta síntese dos depoimentos prestados perante a Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal, decidi-me apresentar parecer com algumas conclusões que ao final alinharei para a apreciação dos Senhores Senadores que, se o desejarem, poderão simplificá-lo ou acrescer dados que tenham sido, por mim, omitidos.

Achei por bem, assim proceder, para que os nobres colegas que integram esta comissão, analisem com profundidade o momento problema do aumento populacional em nosso País, aos nossos olhos revelados nos seguintes fatos:

- a) A expansão incessante do número de mães, casadas ou solteiras, escravizadas ao dever nem sempre executável de prover o sustento dos filhos que não desejarem;
- b) A freqüente irresponsabilidade e ausência do pai, muitas vezes com relação a filhos de diferentes mães;
- c) A ascensão vertical da prática do aborto como solução extrema e desesperada, sempre resultante da falta de assistência e de aconselhamento oportunos;

d) Os numerosos atendimentos decorrentes de abortos mal-sucedidos, que acarretam crescentes custos para o sistema previdenciário brasileiro;

e) O aumento do número de menores abandonados, carentes e infratores;

f) Os altos índices de morbidade e mortalidade materno-infantis, relacionados à alta paridade, à multiparidade e à gravidez de risco.

Advertimos os profissionais da medicina, estudiosos do assunto, principalmente obstetras e ginecologistas que a saúde como um todo, em particular a saúde do grupo materno-infantil, melhorar acentuadamente se medidas de Planejamento Familiar fossem adotadas, e se fossem mais largamente disponíveis e usadas para reduzir as gravidezes precoces e tardias, colocar um limite razoável no tamanho das famílias e guardar um intervalo adequado entre os nascimentos - para ao final afirmarem que os riscos relacionados à reprodução seriam minimizados se:

- 1 - As mulheres não tivessem filhos antes de atingirem a idade de 20 anos;
- 2 - Os partos fossem espaçados em, pelo menos, dois anos;
- 3 - Nenhuma mulher tivesse mais de quatro filhos;
- 4 - As mulheres não tivessem filhos depois de atingirem a idade de 35 anos.

Aprende-se e compreende-se perfeitamente, a importância que os depoentes, em sua maioria emprestaram à educação, que tem por finalidade educar e informar a população acerca dos benefícios do Planejamento Familiar, tarefa essa que deverá ser assumida pelo Governo, visando um padrão ótimo de reprodução e melhoria das condições de saúde, da área materno-infantil.

É certo que se tornando viável os Serviços de Planejamento Familiar, não se há de esperar de pronto, soluções para o agudo problema de qualidade de vida para a gente pobre, mesmo que não se torne em realidade, cremos que, nenhuma outra combinação política trará, também, qualquer solução.

O certo é que do que foi exposto nesta CPI, podemos - acreditamos - retirar perfunctoriamente, as seguintes e principais conclusões:

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

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

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

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

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

- O Planejamento Familiar é uma atividade fundamental no elenco de ações de saúde materno-infantil;

- As implicações de caráter ético, religioso e sanitário, afetas à questão do Planejamento Familiar, são indicativas da necessidade de um controle objetivo, que assegure a obediência às diretrizes do Governo Federal;

— A ofensa de meios e orientações para o Planejamento Familiar deve desvincular-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los. É indispensável assegurar a liberdade de opção às famílias quanto ao número de filhos que desejam ter;

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

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

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

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

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

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

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

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

- Todos os esforços a serem empreendidos e a aplicação de recursos para a operacionalização de atividades devem guardar coerência com estas diretrizes.

Srs. Senadores membros desta CPI - Procurei na medida do possível elaborar um parecer conclusivo, que abrangesse as diferentes facetas do complexo tema que foi motivo desta Comissão, na convicção de que irei dissecá-lo valendo-me dos meus parcos conhecimentos, se bem que tenho recorrido a uma assessoria que julguei competente, e como tal, em muito cooperei na execução deste modesto trabalho que ora passo às mãos do Presidente da Comissão, Senador Mário Maia, para que ele autorize a tramitação regimental, na forma do Projeto de Resolução em anexo, com as recomendações constantes do anteprojeto apensado.

Sala das Comissões, 27 de novembro de 1984. Mário Maia. Presidente - Almir Pinto. Relator - João Lobo - Passos. Pôrto — Eunice Mehlles - Jutahy Magalhães..

O SR. PRESIDENTE (Lenoir Vargas) - O projeto que acaba de ser lido será incluído oportunamente em Ordem do Dia.

Sobre a mesa, projeto de lei que vai ser lido pelo Sr. 1º Secretário.

É lido o seguinte

PROJETO DE LEI DO SENADO
Nº 267, DE 1984

(De Iniciativa da Comissão Parlamentar de Inquérito criada pela Resolução nº 1/83)

Dispõe sobre a Política Nacional de População e Planejamento Familiar, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

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

na Política Nacional de População
e Planejamento Familiar

Art. 2º A Política Nacional de População e Planejamento Familiar tem por objetivo permitir que todos os brasileiros, sem qualquer espécie de discriminação, possam decidir livre e responsavelmente, sobre o número de seus filhos e o espaçamento entre eles, e que possam dar consequência prática à decisão conscientemente tomada, atendidos os seguintes princípios:

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

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

— A capacidade de recorrer ao Planejamento Familiar não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao Estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos.

Art. 3º Para os fins previstos nesta Lei, entende-se por:

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

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

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

Do Objeto da Política Nacional de População
e Planejamento Familiar

Art. 4º A Política Nacional de População e Planejamento Familiar visará:

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

II — o fortalecimento, a todos os indivíduos, das informações e dos meios anticoncepcionais necessários ao

exercício do direito humano básico de planejar a família, sem discriminação de qualquer espécie, privilegiando porém as classes menos favorecidas;

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

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

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

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

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

Do Conselho Nacional de População
e Planejamento Familiar

Art. 5º É criado o Conselho Nacional de População, cuja composição, organização e funcionamento serão estabelecidos, em regulamento, pelo Poder Executivo.

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

Art. 7º Para o cumprimento dos seus fins, o Conselho Nacional de População formulará planos e programas demográficos populacionais, vinculando-se aos programas de desenvolvimento social e econômico, de acordo com as variações observadas na dinâmica populacional.

Art. 8º O Conselho Nacional de População será supervisionado diretamente pela Presidência da República e com posto por representantes de Instituições Públicas Federais e Entidades Privadas de atuação nacional e comprovada experiência no campo.

Do Programa Nacional de Planejamento Familiar

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

Art. 10. Programa de Planejamento Familiar será supervisionado diretamente pela Presidência da República e coordenado pelo Conselho Nacional de População e Planejamento Familiar.

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

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

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

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

§ 1º A União poderá repassar parcialmente recursos a instituições privadas que se encarreguem da execução de parte do Programa Nacional de Planejamento Familiar.

§ 2º As instituições privadas que participarem do Programa Nacional de Planejamento Familiar, poderão também buscar recursos em entidades internacionais, desde que tal ajuda não signifique de nenhum modo in-

terferência **diretas ou indiretas na política populacional** brasileira.

Art. 13. **Esta Lei entra em vigor** na data de sua publicação, **revogadas as disposições em contrário.**

Justificação

Conclusões e recomendações d' "C" criada pela Resolução n.º 1/83, apresentadas, em plenário, em 5 de dezembro de 1984.

Sala das Comissões, 4 de dezembro de 1984. — **Marlo Mala** — Almirante.

(*As Comissões de Constituição e Justiça, de Legislação Social, de Serviço Público (Civil e de Finanças.)*)

O SR. **PRESIDENTE** (Lenoir Vargas) — O projeto de lei que vem de ser lido será publicado e remetido às comissões competentes.

Sobre a mesa, requerimento», cuja leitura será feita pelo Sr. 1.º-Secretário.

São lidos os seguintes