



políticas de população em alguns países asiáticos

Mercedes Concepción

Em meados de 1986, a população da Ásia foi projetada em 2,9 bilhões, uma cifra compreendendo 58% dos habitantes do mundo em um território que constitui cerca de 20% do globo terrestre (27,6 milhões/km²). A média *per capita* do Produto Nacional Bruto para toda a Ásia foi calculada em US\$ 940 em 1985, comparada a US\$ 1.890 para a América Latina e a US\$ 8.200 para a Europa.

Estes indicadores amplos expressam a diversidade da região em termos de características da população, níveis de desenvolvimento econômico e estrutura sócio-econômica. O tamanho da população em 1986 variou de 0,3 milhões em Brunei a 1,1 bilhão na China. Por outro lado, segundo cálculos provisórios do Produto Nacional Bruto *per capita*, este flutuava de um mínimo de US\$ 130 em Bangladesh a um máximo de US\$ 21.340 nos Emirados Árabes Unidos. As taxas de natalidade da Ásia situam-se entre 13 e 48 nascimentos por mil e as de mortalidade entre 3 e 23 mortes por cada mil habitantes. As taxas de mortalidade infantil são de 7 a 190 mortes por cada mil nascidos vivos, enquanto que a proporção da população com menos de 15 anos de idade varia de 22 a 48%. Em geral, três a quatro de cada cinco habitantes da região são camponeses.

Durante a primeira metade da década de 80, cada mulher asiática tinha em média 4 filhos durante sua vida reprodutiva. As exceções foram o Japão e Singapura, que já haviam conseguido tamanhos completos de família de menos de 2 filhos por casal há pelo menos uma década atrás ou mais.

Segundo a sua elevada taxa de mortalidade, a esperança de vida ao nascer, no Afeganistão, entre 1980 e 1985, era a menor: 37,3 anos para as mulheres e 36,6 para os homens. A esperança de vida ao nascer mais alta se manifestou no Japão, onde as mulheres podiam esperar viver em média 79,4 anos, cinco mais que os homens.

Até o final do século projeta-se para a região um aumento de 720 milhões de habitantes, o que representa 25% mais que em 1985. Se as diminuições de fecundidade projetadas nesta região não se realizarem, o aumento em números será muito maior.

* Ex-presidente do IUSSP (International Union for the Scientific Study of Population).
Traduzido do espanhol por Elisa Helena Maya Fruct

A primeira parte deste trabalho apresenta um resumo da situação demográfica em alguns países da Ásia (1). A segunda parte trata das políticas de população dos países, a partir de fontes oficiais de governo, declarações feitas por governos e planos de desenvolvimento nacional.

TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS

Crescimento da População

A população destes 15 países chegou a quase 1,2 bilhão em 1950, o que constitui cerca de 86% da população total da Ásia. Entre 1950 e 1975 acrescentaram-se cerca de 0,86 milhões de habitantes à população destas nações escolhidas. Para 1985 calculou-se um aumento de 34,2 milhões de pessoas nestes territórios (Quadro 1).

Se as projeções das Nações Unidas para o ano 2000 se realizarem, prevê-se que estes países tenham quase 3,1 bilhões dos 3,5 bilhões de habitantes calculados para a região inteira da Ásia. Espera-se uma queda de crescimento nestes territórios bem como em toda a região (com exceção da República Democrática Popular da Coreia – Coreia do Norte –, Birmânia, Bangladesh e Nepal) durante o que resta do século, comparado ao período 1950-75 (49,4% contra 70,6%).

Está muito claro no Quadro 1 que a população de Hong Kong dobrou (2), assim como nos estados-membros da ASEAN (Filipinas, Singapura e Tailândia), durante o quarto de século 1950-75. Ainda que se espere que a maioria dos países incluídos no quadro tenham incrementos moderados em 1975-2000, nota-se mesmo assim uma duplicação em Bangladesh e Paquistão. Dignos de nota são os decréscimos nos aumentos de população projetados para Hong Kong, Singapura, Sri Lanka e Tailândia nos próximos anos.

Distribuição da População

Em 1975, a metade da população total destes 15 países estava na China. Três em cada dez pessoas residiam na Índia. É interessante observar que quatro países da Ásia Oriental (44%) e os cinco situados na Ásia Meridional Central declararam que tinham frações quase iguais (42%).

Entre os nove países com 10 milhões de habitantes ou mais, cinco são países da Ásia, contribuindo com 3/4 da população total destes nove países. Os gigantes demográficos, China e Índia, terão 36% da população mundial ao final do século. Além disso, no ano 2000, três de cada cinco asiáticos serão ou chineses ou indianos. Três outros países – Indonésia, Bangladesh e Paquistão – proporcionarão uma sétima parte da população do continente asiático, até o ano 2000. Hoje, o país mais densamente povoado é Bangladesh, com seus 702 habitantes por km².



Componentes de Mudança

O crescimento da população asiática deve-se principalmente à diferença nos níveis de taxas brutas de natalidade e mortalidade. A redução dramática das taxas de mortalidade depois da Segunda Guerra Mundial, sem nenhuma diminuição equivalente nas taxas de natalidade, resultou num maior crescimento da população na região. O aumento máximo em Singapura ocorreu em 1950-55, quando a taxa anual de crescimento chegou a 4,9%. A maioria dos 15 países alcançou suas taxas de crescimento mais altas durante os anos 60. O crescimento máximo da população, de 2,8 e 2,5%, foi alcançado por Bangladesh e Nepal, respectivamente, entre 1975-80. A taxa de crescimento da Birmânia está projetada para subir a 2,5% durante o período 1980-85, antes que comece a diminuir.

O Quadro 2 mostra a convergência das taxas de mortalidade sobre o tempo para a maioria dos países aqui estudados. Para os primeiros anos da década de 80, nove dos países incluídos neste quadro foram caracterizados por condições de mortalidade relativamente favoráveis; para os demais (Bangladesh, Birmânia, Índia, Indonésia, Nepal e Paquistão), calculou-se que as taxas de mortalidade variavam de 13 a 18 mortes por cada mil habitantes. Destes seis países ainda se espera que Bangladesh e Nepal terão níveis de mortalidade de mais de 10 por cada mil ao final do século.

Fecundidade alta, representada por taxas de natalidade entre 40 e 50 por cada mil, caracterizou a maioria destes países em 1960-65. No entanto, Hong Kong, Singapura e Sri Lanka registraram taxas de natalidade menores do que 35 por cada mil. Não somente os níveis de natalidade eram mais elevados do que os de mortalidade, mas as taxas variavam muito e a variação por país tendia a persistir até o ano 2000. Por exemplo: em 1960-65, Bangladesh tinha uma taxa de natalidade calculada em 47 por cada mil contra 37 por mil na China. Ao final do século, a diferença calculada entre estes dois países será maior, até chegar a 15 nascimentos por cada mil.

Diminuições consideráveis nas taxas de natalidade foram observadas em muitos países asiáticos entre 1960 e 1965. Segundo cálculos presentes, registrou-se uma queda de 25% ou mais entre 1960-1965 e 1980-1985 para nove dos países estudados aqui. As taxas de natalidade da China, República da Coreia - Coreia do Sul - e Singapura diminuíram 40% ou mais. A diminuição nas taxas de natalidade na Indonésia, Índia, Malásia, Filipinas e Tailândia variam de 26 a 34%. A Coreia do Norte e o Sri Lanka tiveram um decréscimo de 22 para 25%. Somente a Birmânia, Bangladesh, Nepal e Paquistão tiveram uma redução na fecundidade entre 4 e 12%.

Estes países são classificados segundo o nível de taxas de natalidade em 1980-1985 e a redução de porcentagem em tais taxas durante o período 1960-65 a 1980-85 (Quadro 3).

As categorias no Quadro 3 aderem estreitamente ao agrupamento sub-regional dos quadros precedentes. Uma exceção é a Birmânia, que representa os aspectos demográficos de países sul-asiáticos. Com os países asiáticos estão a Coreia do Norte, Índia e Sri Lanka. Ultimamente, Singapura, por ter uma baixa fecundidade corrente e pelas reduções significativas nas taxas brutas de natalidade durante o período 1960-65 até 1980-85, identificou-se com os

países da Ásia Oriental incluídos neste trabalho.

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE POPULAÇÃO (3)

Os conhecimentos asiáticos sobre políticas de população têm sido consideráveis. Por seu interesse profundo neste assunto, um número substancial de países na região interveio ativamente e efetivamente para influir nos três processos demográficos que afetam o tamanho, composição, distribuição e crescimento da população.

Entre os 13 países escolhidos para exame neste trabalho, nove acreditavam que as taxas de crescimento de suas populações eram demasiado altas e implementaram políticas vigorosas para diminuir tais taxas. Três consideravam suas taxas de crescimento satisfatórias, mas um, Tailândia, ainda queria reduzir esta taxa. O país restante, a Coreia do Sul, acreditava que a taxa de crescimento de sua população era demasiado baixa e o governo está procurando aumentá-la.

Para realizar o objetivo de garantir saúde para todos no ano 2000, muitos governos na Ásia deram ênfase ao enfoque *Atenção Primária à Saúde*. Sem dúvida, o fato de se ter colocado ao alcance das famílias, nas áreas rurais, serviços sanitários e de assistência social, contribuiu para a melhoria da mortalidade.

Os governos desta região continuam dando grande atenção às políticas relacionadas com a fecundidade. Mais do que por considerações demográficas, os países asiáticos crêem que a fecundidade é importante no que se refere ao bem-estar da família e insistem em que a saúde da mãe e do filho é um direito humano básico.

Nove dos 13 países incluídos nesta revisão consideram demasiado alto seu nível corrente de fecundidade. Desejando conseguir níveis mais baixos, estes países dão apoio direto a métodos modernos de planejamento familiar. Ambos, Singapura e a Coreia do Norte, estão satisfeitos com seus níveis de fecundidade e intervieram para manter este nível.

Somente durante as décadas mais recentes têm surgido políticas sistemáticas para influenciar a distribuição da população. Nove países da região querem reduzir o crescimento de cidades-capitais, e todos os governos (com exceção de Singapura) estão dando prioridade para o melhoramento de cidades pequenas e médias. Todos os países possuem importantes programas de desenvolvimento rural, enquanto que vários empreenderam projetos de colonização agrária com bastante êxito.

Crescimento da População

Uma das variáveis mais importantes que interessa aos governos é o tamanho e taxa de crescimento da população de seus países. Qualquer política de população adotada por um go-



verno tem que refletir a interação de seu conjunto de fatores, que incluem os valores básicos morais, sociais e políticos da sociedade, a estrutura do governo, a natureza das instituições mais importantes e os níveis e as tendências demográficas propriamente ditas.

Entretanto, qualquer resposta de política, por parte do governo, para a mudança da população, requer que as modificações se façam por meio dos processos demográficos de fecundidade, mortalidade ou migração, cada um levando consigo um conjunto distinto de fins, valores, leis, políticas e vínculos específicos com condições econômicas e sociais.

Na região asiática há muitíssimo interesse pelo assunto do crescimento da população. Oito dos 13 países consideram suas taxas demasiado altas e estão intervindo para fazê-las baixar. Outro grupo de países considera suas taxas satisfatórias, embora um deles, Tailândia, esteja continuando sua política de redução da taxa de crescimento. Está incluído neste grupo de países Singapura, a cidade-estado, que teve grande êxito em rebaixar sua fecundidade, tendo conseguido a taxa global de fecundidade de dois filhos por cada mulher.

Por outro lado, a Coreia do Norte acreditava que sua taxa de crescimento populacional era demasiado baixa e está trabalhando para aumentá-la. Ainda que a taxa de crescimento da população da Malásia siga alta, cerca de 2,3% anualmente, seu governo tem estado preocupado com esta tendência declinante existente por muito tempo. Começando em 1983, a Malásia mudou sua política para pró-natalista, com o objetivo final de conseguir uma população de 70 milhões até o ano 2100, um aumento de 4,5 vezes seu tamanho atual.

Políticas e Programas que Afetam a Mortalidade e a Saúde

Durante o último quarto de século foi dada prioridade ao esforço de desenvolvimento relacionado ao setor de saúde, nas estratégias nacionais. Sri Lanka deu muita importância ao melhoramento das condições sociais de sua população, sobretudo no que se refere ao acesso adequado à educação e à promoção e proteção da saúde. A estes dois aspectos críticos do desenvolvimento de recursos humanos foi dada prioridade equivalente às de aumento de produtividade e de crescimento industrial. Tal ênfase resultou em uma melhoria da saúde.

No outro extremo do espectro de desenvolvimento está a Coreia do Sul, onde se assume que a melhor estratégia para satisfazer as necessidades básicas e elevar o nível de vida é o desenvolvimento econômico. Espera-se que os benefícios de tal desenvolvimento cheguem à população rural depois de um intervalo apropriado.

As melhorias de saúde em Sri Lanka e na Coreia do Sul, assim como nos outros 11 países, refletem-se em marcadas reduções da mortalidade, observadas entre 1960-1965 e 1980-1985. Em sete dos países incluídos no Quadro 4, a esperança de vida ao nascer excedia 60 anos em 1980. Somente dois haviam conseguido este nível 20 anos antes. É digno de atenção que em Bangladesh, Nepal e Paquistão, que juntos compreendem uma população de quase 220 milhões, a esperança de vida ao nascer não alcançava sequer mais de 50 anos, durante a primeira metade dos anos 80.

Os níveis de esperança de vida ao nascer na Birmânia, Indonésia e Índia estavam entre 52 e 55 anos durante o mesmo período. Não é surpreendente que os maiores problemas associados com a alta incidência e prevalência de enfermidades infecciosas e parasitárias, além da desnutrição, estejam concentradas nestes países. Alta fecundidade e crescimento rápido de população nestes países, entre outras coisas, limitaram os melhoramentos qualitativos no desenvolvimento do recurso humano. Por isto, é pouco realista esperar uma mudança radical na mortalidade para o final do século.

O processo que resultou na queda acentuada da mortalidade no estado de Kerala, na Índia, e em Sri Lanka, ainda não é possível de ser compreendido. Entretanto, há indicações de que um compromisso político forte para melhorar a saúde e bem-estar da população e aumentar a participação popular é um dos fatores subjacentes da transição rápida da mortalidade. Não obstante, o desenvolvimento social, nestes dois casos, ocorreu durante um período de maior produção econômica, quando havia igualdade relativa na distribuição de terras e de ingressos.

Está sendo dada maior prioridade, agora, ao enfoque *Atenção Primária à Saúde*, como resultado do crescente interesse em integrar políticas relacionadas à saúde a um plano total de desenvolvimento. Por exemplo: Bangladesh estabeleceu uma infra-estrutura de serviços de saúde ao nível dos *thanas* (povoados rurais), e está treinando curandeiros tradicionais como corpo auxiliar para aumentar o pessoal paramédico. A Índia está retreinando trabalhadores antigos para que consigam fazer não somente um mas vários trabalhos ligados ao sistema *Atenção Primária à Saúde*. Na maioria dos estados indianos, estão sendo treinados voluntários para a salubridade da comunidade, com o objetivo de se ter um voluntário preparado em cada aldeia até meados da década de 80. Planos similares para treinamento de camponeses voluntários e de parteiras(os) tradicionais, para prover serviços básicos de saúde, estão sendo levados a cabo na Indonésia, Népal, Filipinas, Tailândia e outros.

Políticas Referentes à Fecundidade e sua Regulação

Quase dois terços da população de países em vias de desenvolvimento entraram num processo de diminuição da fecundidade bastante rápido. O terço restante ainda mostra níveis de fecundidade altos e estáveis. Os governos tendem a interpretar a fecundidade de duas formas: seu efeito total nos níveis e nas tendências da taxa bruta de crescimento natural; seu efeito no bem-estar das famílias e indivíduos.

Entre os países incluídos neste trabalho, todos, menos a Coreia do Norte e Singapura, interpretam seus níveis de fecundidade correntes como demasiado altos e têm implementado políticas para fazer decrescer esta fecundidade.

Muitos dos países na região quantificaram suas metas de fecundidade. Por exemplo, o objetivo de Bangladesh é reduzir a taxa global de 5,8 filhos em 1980 para 4,1 em 1985, 3,2 em 1990 e mantê-la neste nível até o final do século. O objetivo do governo indonês é diminuir a taxa bruta de natalidade de 36 por cada mil habitantes em 1980 para 23 por cada mil em 1990. No Nepal, o objetivo é rebaixar a taxa global de fecundidade para 4 filhos em 1990 e para 2,5 no ano 2000.



O Plano de Desenvolvimento das Filipinas, 1984-1987, tem o objetivo de conseguir uma taxa global de fecundidade ao redor de dois filhos por cada mulher no ano 2010. Singapura, que a conseguiu em 1975, está procurando manter a fecundidade a uma taxa ainda mais baixa, para conseguir um incremento nulo da população no ano 2030.

Em seu Quinto Plano de Desenvolvimento, 1982-1986, o governo da Tailândia expressou sua intenção de alcançar uma taxa de crescimento da população de 1,5% em 1986.

A maior parte dos países da área permite o acesso e dá apoio direto aos métodos anticoncepcionais modernos. Entretanto, nas Filipinas e Tailândia, o aborto permanece ilegal. Ainda que o governo birmanês autorize a anticoncepção, não provê nenhum apoio para a mesma.

Países que definiram metas de fecundidade normalmente fixam também seus objetivos de planejamento familiar. Bangladesh espera aumentar a proporção dos que continuam usando anticoncepcionais, passando dos 14% de casais potenciais em 1980 para 27% em 1985. Na Indonésia, o governo planeja ter um centro de saúde e um médico para cada subdistrito com uma média de 30 mil a 40 mil habitantes, para a distribuição de anticoncepcionais para cada povoado ou aldeia.

Uma mistura de métodos anticoncepcionais foi definida pelo governo do Nepal, para conseguir uma taxa líquida de reprodução de *um* no ano 2000. O objetivo do Quinto Plano Quinquenal da Coreia do Sul é aumentar a aceitação do planejamento familiar para 67% em 1986. A Tailândia pretende recrutar 4,6 milhões de novos adeptos e assegurar que os 4,1 milhões de adeptos continuem em 1986. Os números de adeptos projetados pelo Programa Filipino de Planejamento Familiar, sob uma suposição de execução máxima do programa, são 654 mil, 795 mil e 1.046.000, para os anos de 1985, 1987 e 1990, respectivamente.

A região asiática orgulha-se de ter uma experiência relativamente extensa com esquemas de intervenção para modificar o comportamento reprodutivo, além de integrar serviços de planejamento familiar no sistema de atenção à saúde ao nível da comunidade ou em esquemas de desenvolvimento rural. Os enfoques também incluem campanhas educativas e informativas, medidas sócio-econômicas dirigidas a indivíduos e comunidades, mudanças no ambiente sócio-econômico – como extensão do sistema educativo e melhoria da posição da mulher – e incentivos e freios com a finalidade de reduzir o tamanho da família.

O governo de Bangladesh reconhece que a posição integrada da mulher é favorável para a paternidade planejada. Assim, incentiva a educação da mulher e seu treinamento, emprego e participação nos assuntos públicos. O governo indonês incentiva a competição entre regiões para alcançar objetivos de planejamento familiar – as mulheres adeptas do planejamento familiar durante, pelo menos, uma década, são premiadas com medalhas de ouro no Palácio Presidencial ou com bolsas de estudo, por exemplo.

No Nepal, comunidades locais difundem informações sobre os efeitos do alto crescimento da população, tanto ao nível doméstico quanto ao nível do desenvolvimento sócio-econômico nacional, ajudando a preencher o vazio entre objetivos particulares e nacionais.

Na Coreia do Sul, vários incentivos são dados a casais que usam anticoncepcionais, co-

mo tratamento preferencial nas locações de habitações públicas e isenção de pagamento. Para apoiar outras atividades de política de população, o governo tailandês está intensificando esforços para estender a educação, revisar leis e regulamentos conflituosos, desenvolver normas sociais e prover incentivos apropriados para que as pessoas com problemas econômicos não tenham mais do que dois filhos. A Malásia mobilizou líderes religiosos para participar de políticas de população e desenvolvimento.

Estudos de avaliação de programas de planejamento familiar na fecundidade mostram que, embora os programas variem muito, sua contribuição para a mudança da fecundidade foi sempre muito evidente. Além disso, as diminuições nas taxas de natalidade estão relacionadas diretamente aos níveis de desenvolvimento e modernização e à força do programa.

Políticas de Distribuição da População

Na Ásia, intensificou-se recentemente o interesse pelas políticas de distribuição espacial. O crescimento nas altas taxas de população resultou em populações rurais excessivas, que não podem ser absorvidas sob as condições correntes da tecnologia agrícola e da organização social. Conseqüentemente, o número de pessoas indo para a cidade contribui significativamente para o aumento das taxas de crescimento urbano. Existem na Ásia diferenças importantes no nível e ritmo de urbanização, sendo a Ásia Oriental a mais divergente, por seu incremento econômico rápido e pela diminuição das taxas de crescimento da população nacional.

A Coreia do Sul (55% urbano em 1980) implementou políticas eficazes de promoção e localização industrial, construiu núcleos satélites para atrair indústrias e habitantes de Seul e escolheu cidades para acomodar os escritórios governamentais e corporações públicas que se mudaram da capital do país.

O governo indonês dividiu o país em quatro regiões de desenvolvimento e planejamento com a finalidade de descentralizar atividades industriais fora de Jacarta. Centros de crescimento em cada uma das quatro regiões também serão desenvolvidos baseados em vários projetos de exploração de recursos.

Os autores das políticas na Malásia estão ainda preocupados com o controle do crescimento de Kuala Lumpur (embora não seja uma cidade grande em termos internacionais) e com a transferência da indústria para fora do Vale do Klang. O governo tailandês está tratando de melhorar centros urbanos escolhidos como centros urbanos regionais de tamanho médio, planejados para acolher populações de 100 mil a 300 mil pessoas, como parte de sua estratégia de urbanização descentralizada.

O governo filipino preocupa-se com o predomínio de Manila Metropolitana e está desenvolvendo dois ímãs opostos nas áreas de Cebú Metropolitana e Davao-Tagum. Também programou um sistema de centros de crescimento menores e intermediários que podem atrair novas indústrias.

As políticas espaciais da Índia têm se consubstanciado em tentativas de deslocar o



pólo industrial, de inversão direta em empresas estatais, no fomento a pequenas indústrias e na provisão de propriedades industriais. Para minimizar a importância de Carachi, o governo do Paquistão estabeleceu uma nova capital em Islamabad e construiu um complexo industrial de grande escala em Taxila, transformada na terceira maior região metropolitana além de Carachi e Lahore. Nos dois países, o desenvolvimento da população rural foi importante para servir de estímulo ao desenvolvimento rural e para conseguir a integração regional.

Algumas das outras nações da Ásia Meridional deram ênfase a programas de desenvolvimento rural e regional e de colonização. Durante os últimos 25 anos, o Nepal levou a cabo esquemas de repovoamento planejado que tiveram êxito apenas moderado. O Sri Lanka vem realizando esforços de colonização há 30 anos. Seu projeto *Mahawali*, um grande investimento para atender muitos objetivos, pretende realocar um décimo da população do país. Bangladesh designou certas *thanas* para serem desenvolvidas como centros agrícolas experimentais.

À crescente preocupação com a distribuição de população não correspondeu um êxito notável na implementação de políticas de distribuição espacial. Tais políticas não receberam a prioridade que merecem porque são necessariamente de longo prazo e com frequência o governo encontra-se obrigado a funcionar em termos de resultados rápidos. Além disso, em muitos países, políticas de distribuição de população passaram por diversos contratempos: grandes mudanças em ênfase e conteúdo; recursos e compromissos limitados; efeitos espaciais macro-políticos e setoriais não previstos.

Políticas de Migração Internacional

Entre os países incluídos nesta revisão, sete estavam satisfeitos com sua situação imigratória enquanto quatro achavam a entrada de migrantes demasiado alta. Em relação à situação de emigração, sete achavam-na satisfatória, enquanto os outros cinco julgavam-na significativa. O Paquistão e a Coreia do Sul têm políticas explícitas para fomentar o movimento de seus habitantes para o exterior.

Há muito tempo, o Paquistão e a Coreia do Sul enviam trabalhadores qualificados e semiquilificados para o Canadá e o Reino Unido. A Coreia do Sul reconheceu a migração externa como uma via potencial para aliviar sua pressão populacional. Entre 1962 e 1981, quase meio milhão de coreanos converteram-se em residentes de um total de 72 países e o governo planejava aumentar esta saída para uma média de 43 mil em 1986.

O rápido desenvolvimento de Singapura em direção à economia de mercado industrial requereu uma constante demanda de trabalhadores estrangeiros da Malásia, Tailândia, Filipinas, Índia, Sri Lanka e Bangladesh. A partir de 1986, Singapura passou a desestimular a entrada de trabalhadores estrangeiros, com exceção dos que vêm da Malásia e Filipinas.

As Filipinas converteram-se num dos maiores exportadores de mão-de-obra da Ásia Oriental Meridional. Desde 1974, o governo desenvolveu um sistema muito bem organizado de recrutamento de mão-de-obra, proporcionando trabalhadores para empresas estrangeiras, assim como profissionais e marinheiros. Por outro lado, a Coreia do Sul trata a emigração de

mão-de-obra como parte da estratégia do país de exportação por setor, utilizando um "projeto pacote" (acordo que supõe concessões mútuas). As empresas nacionais contratantes não somente provêem mão-de-obra como também maquinaria e artigos de consumo para as necessidades cotidianas dos trabalhadores.

Durante os anos recentes, o Paquistão esteve regulamentando a saída de seus trabalhadores emigrantes. Bangladesh tem fornecido empregados aos empresários do Meio Oriente ou aos países do Terceiro Mundo. Uma grande quantidade de indianos foi recrutada por outros países como o Japão. Grande número de emigrantes de Sri Lanka acharam emprego no estrangeiro por meio de agências de emprego não registradas, ainda que o Departamento de Trabalho do Governo tenha estabelecido uma agência oficial que regula e compete com as agências privadas não registradas. A Indonésia incentivou a migração transitória com o propósito de utilizar a mão-de-obra excedente e ganhar divisas.

Um problema que se apresentou recentemente é o crescente número de emigrantes ilegais e sem documentos de trabalho. Estes incluem o crescente número de chineses naturais que entram em Hong Kong, atraídos por salários altos e por vínculos familiares; trabalhadores ilegais Malaio e Indonésios em Singapura; bengalis na Índia e trabalhadores indianos no Sri Lanka.

Para reduzir a emigração ilegal, sanções penais foram fixadas nas Filipinas, Tailândia e Paquistão, países preocupados com a perda potencial de divisas em razão de deslocamentos à revelia dos canais normais.

Uma das características típicas desta década é o problema dos refugiados. A natureza do processo atual de colonização é muito diferente da situação surgida depois da Segunda Guerra Mundial, quando a maioria dos refugiados se instalou nos países industrializados. Agora, em grande parte, os refugiados repovoaram os países em desenvolvimento.

Na Ásia, em geral, a maior parte desse contingente populacional tem sido alocada, no primeiro país de asilo, em campos de refugiado: portanto, não é considerado como uma força de trabalho potencial. As exceções são a Malásia, onde 90 mil refugiados muçulmanos filipinos encontraram trabalho, Hong Kong e China.

Até o presente, numerosos refugiados asiáticos foram reassentados fora da região, mas este processo já é mais vagaroso. Há casos em que foi admitido um número reduzido em vários dos maiores países de reassentamento.

A Tailândia foi o principal país receptor de refugiados do Vietnã e do Laos, considerados refugiados quando da sua chegada. Os refugiados do Camboja, considerados emigrantes ilegais desde o princípio, foram restringidos aos campos. Anteriormente, o governo da Malásia categorizava as pessoas que chegavam em barcos como ilegais, e os isolava em acampamentos. Não obstante, depois do êxodo de refugiados indo-chineses, em 1979, a Malásia decidiu não aceitá-los mais.

A Indonésia e Filipinas seguiram o exemplo da Malásia de isolar os refugiados da po-



pulação em geral, colocando-os em estabelecimentos localizados em áreas relativamente remotas. Em 1979, as Filipinas decretaram o mesmo que os países membros da ASEAN – não podiam mais aceitar refugiados.

Um problema de refugiados existente há muito tempo envolve os biharis residentes em Bangladesh, que não falam bengali e alegam ser cidadãos paquistaneses. Ainda que o Paquistão tenha aceito pelo menos 100 mil biharis, o governo já não lhes dá asilo. Em 1980, houve violência na Índia envolvendo emigrantes bengalis e um quarto de milhão deles foram postos em campos para refugiados.

O problema mais grave é a entrada de mais de um milhão de refugiados do Afeganistão no Paquistão, a maioria dos quais são pessoas de tribos e nômades. É improvável colocá-los em outro lugar e necessitarão de contínua assistência internacional.

É evidente que uma maioria de futuros refugiados será assistida nas suas regiões de origem. Para tanto, faz-se mister desenvolver meios inovadores vinculados ao desenvolvimento total, que se dirija além de uma mera orientação de auxílio ou socorro para refugiados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 14 países estudados neste informe tinham 2,4 bilhões de habitantes em 1985, cerca de 84% da população calculada da Ásia. Projeções das Nações Unidas para o ano 2000 indicam que estas mesmas 14 nações terão 3 bilhões dos 3,5 bilhões de pessoas calculadas para todo o continente asiático.

Permanece alta a mortalidade em alguns países como Birmânia, Indonésia, Bangladesh, Índia, Nepal e Paquistão, com as taxas brutas de mortalidade variando de 13 a 18 mortes por cada mil habitantes. A metade dos 14 Estados – Coréia do Norte, Coréia do Sul, Indonésia, Filipinas, Singapura, Tailândia e Sri Lanka – podem orgulhar-se de sua esperança de vida ao nascer de 62 anos. Entre 1960-1965 e 1980-1985, diminuições da fecundidade em 25% ou mais registraram-se em oito dos 14 países incluídos nesta revisão. As reduções foram maiores (40%) na China, Coréia do Sul e Singapura. No entanto, até o final do século, taxas brutas de natalidade de 22 nascimentos por cada mil, ou mais altas, projetam-se para Bangladesh, Índia, Nepal e Paquistão.

O trabalho revelou que as intervenções de países em vias de desenvolvimento referentes ao crescimento da população foram raras vezes limitadas a medidas isoladas. Tais intervenções ocorreram em frentes múltiplas, dirigidas não somente à fecundidade mas também à migração e mortalidade. Além disso, em muitos casos, as intervenções vão além dos limites de variáveis demográficas, e incluem seus determinantes, como a condição da mulher, a distribuição de ingressos, a educação e saúde, e como consequência, outras políticas sociais e econômicas se suplementam e se reforçam.

São numerosos os fatores que influenciam as variações de mortalidade e não é fácil explicar os mecanismos através dos quais funcionam. Apesar disto, é evidente que além do nível total de desenvolvimento econômico, um impacto ainda maior é causado pelo estilo de desenvolvimento, particularmente o modo com o qual os frutos do progresso econômico estão redistribuídos igualmente entre os setores diferentes da sociedade. Além disso, a adoção de políticas de saúde como a política de *Atenção Primária à Saúde* também desempenham um papel decisivo.

Um estudo das medidas instituídas por países em vias de desenvolvimento para influenciar os níveis e tendências de fecundidade desde o começo dos anos 70 demonstra medidas muito diversificadas, porém mais e mais fortes. Estas medidas podem ser de natureza *legislativa* – por exemplo, a imposição de uma idade mínima ao casar-se ou a mudança de regulamentos relativos à anticoncepção, esterilização ou aborto; *técnicas e administrativas* – como o estabelecimento ou melhoramento da distribuição de serviços de planejamento familiar ou sua integração a outros programas de desenvolvimento; *econômicas* – como a provisão de estímulos ou desestímulos a famílias e comunidades; *sócio-econômicas* – incluindo maior consideração com fatores demográficos em esquemas de desenvolvimento; e *institucionais* – por exemplo, o estabelecimento de agências coordenadoras para integrar intervenções populacionais com outras formas de intervenção.

As medidas mais dignas de menção são as de natureza legislativa ou financeira, cujo objetivo é fomentar o uso de anticoncepcionais. A liberalização do método de planejamento familiar moderno tem dois objetivos distintos: alguns governos distribuem e estimulam os anticoncepcionais por razões essencialmente demográficas, mas a maioria os faz por razões associadas com a saúde e bem-estar de mães e filhos.

Em países onde estão sendo implementados programas de planejamento familiar existem diferenças significativas relativas ao uso de anticoncepcionais em diferentes grupos da população. Em geral, o nível do uso do planejamento familiar depende do nível total de desenvolvimento e eficácia do programa de distribuição de anticoncepcionais. Os resultados das investigações demonstram que mulheres do Terceiro Mundo com frequência dão à luz mais filhos do que gostariam de ter e que um número considerável de mulheres das áreas rurais não tem acesso a serviços de planejamento familiar.

Políticas e programas relativos à distribuição da população e migração interna concentram-se principalmente em desacelerar ou até mudar completamente, ou inverter, correntes migratórias para centros urbanos. Mas agora, os governos estão dispostos a adotar medidas projetadas principalmente para deter o fluxo de migrantes rurais para as aglomerações urbanas, embora permitam e até estimulem mudanças para pequenos povoados ou cidade intermediárias.

No campo da migração internacional, há uma ligação íntima entre as percepções do governo e suas ações. Por conseguinte, uma crescente pressão negativa de imigração foi seguida instantaneamente por objetivos de conter a entrada de imigrantes. Do mesmo modo, um número crescente de governos está adotando políticas restritivas de emigração.

As seções precedentes enfatizaram as políticas e os programas diversos e de muitas facetas que foram formulados por governos e levados a cabo em relação ao crescimento popu-



lacional, mortalidade, fecundidade, migração interna e externa. Tudo o que se apresentou nestas páginas põe em relevo o papel proeminente que o desenvolvimento desempenha para conseguir um impacto maior destas intervenções. Ambos, o nível e estilo de desenvolvimento, são elementos críticos para conseguir mudanças significativas nos indicadores demográficos.

A importância atribuída pelos países a parâmetros de população em sua análise de problemas determina o tipo de intervenção a ser utilizado. A resolução do problema dependerá, evidentemente, da crença dos governos em atribuir seus problemas de desenvolvimento à origem demográfica ou não-demográfica. Se não acreditarem, não farão nada para resolver a situação. A nossa missão é intensificar o conhecimento dos governos sobre a importância dos fatores de população no desenvolvimento. Uma vez reconhecida a relação entre população e desenvolvimento, estes governos poderão legislar sobre uma variedade de medidas, como as relacionadas anteriormente, para melhorar as condições da população e assegurar o êxito dos planos de desenvolvimento nacional.

NOTAS

1. Os países escolhidos são 15: China, Hong Kong, Coreia do Norte e Coreia do Sul, na Ásia Oriental; Birmânia, Filipinas, Indonésia, Malásia e Tailândia, na Ásia Oriental Meridional; Bangladesh, Índia, Nepal, Paquistão e Sri Lanka na Ásia Meridional Central.
2. Nos cálculos das Nações Unidas, plotados no Quadro 1, para o período 1950-1975, não se inclui a migração, mas esta é levada em conta a partir de 1975.
3. Excluiu-se a China, nesta seção, uma vez que houve uma outra exposição em separado tratando da política chinesa de população.

QUADRO 1
POPULAÇÕES DE ALGUNS PAÍSES ASIÁTICOS, 1950-1975
E AS PROJEÇÕES MÉDIAS, 1985 E 2000.

Região e País	População (milhões)				Porcentagem de Crescimento	
	1950	1975	1985	2000	1950-1975	1975-2000
TOTAL ÁSIA	1,366.0	2,356.8	2,824.0	3,543.7	72,5	50,4
Ásia Oriental	670.9	1,101.8	1,252.0	1,470.0	64,2	33,4
China	554.3	933.0	1,063.1	1,255.7	68,3	57,6
Hong Kong	2.0	4.4	5.6	6.9	120,0	56,8
Coréia do Norte	9.7	15.8	20.1	27.2	62,9	72,2
Coréia do Sul	20.4	35.3	40.9	49.5	78,0	40,2
Ásia Oriental Meridional . . .	180.6	324.0	401.0	519.7	79,4	60,4
Birmânia	18.1	30.8	39.5	55.2	70,2	79,2
Indonésia	79.5	135.7	164.9	204.5	70,7	50,7
Malásia	6.2	12,3	15.6	20.6	98,4	67,5
Filipinas	20.5	42.5	54.7	74.8	107,3	76,0
Singapura	1.0	2.3	2.6	3.0	130,0	30,4
Tailândia	20.3	41.4	51.6	66.1	103,9	59,7
Ásia Meridional Central	472.1	845.9	1,058.2	1,385.6	79,2	63,8
Bangladesh	42.3	76.6	101.1	145.8	81,1	90,3
Índia	350.4	618.8	761.2	961.5	76,6	55,4
Nepal	8.2	13.0	16.5	23.0	58,5	76,9
Paquistão	40.0	75.2	101.7	142.6	88,0	89,6
Sri Lanka	7.7	13.6	16.4	20.8	76,6	52,9

FONTE: World Population Prospects, 1982. *Estimates and Projections as Assessed in 1982.* United Nation Sales nº 83. XIII.5.



QUADRO 2
TAXAS BRUTAS DE NATALIDADE E CRESCIMENTO NATURAL EM ALGUNS
PAÍSES ASIÁTICOS, 1960-65, E PROJEÇÕES MÉDIAS, 1980-85 E 2000-2005.
(Taxas Anuais por mil)

País	Taxa Bruta de Natalidade			Taxa Bruta de Mortalidade			Taxa Bruta de Crescimento Natural		
	1960- 1965	1980- 1985	2000- 2005	1960- 1965	1980- 1985	2000- 2005	1960- 1965	1980- 1985	2000- 2005
Ásia Oriental	35,0	18,2	16,4	17,9	6,8	7,3	17,1	11,4	9,1
China	37,2	18,5	16,6	19,7	6,8	7,1	17,5	11,7	9,5
Hong Kong	33,1	17,9	13,4	6,2	5,9	7,2	26,9	12,0	6,2
Coréia do Norte	39,5	30,5	22,0	12,2	7,4	5,8	27,3	23,1	16,2
Coréia do Sul	39,6	21,0	15,4	12,5	6,3	6,5	27,1	14,7	8,9
Ásia Oriental Meridional	42,8	31,7	21,6	18,5	10,9	7,7	24,3	20,8	13,9
Birmânia	42,8	37,9	27,4	19,9	12,7	8,0	22,9	25,2	19,4
Indonésia	42,9	30,7	20,5	21,5	13,0	9,0	21,4	17,7	11,5
Malásia	43,2	29,2	18,9	10,4	6,4	5,4	32,8	22,8	13,5
Filipinas	43,6	32,3	20,4	10,7	6,9	5,1	32,9	25,4	15,3
Singapura	34,0	18,0	12,1	5,6	5,3	6,6	28,4	12,7	5,5
Tailândia	43,5	28,6	21,1	11,4	7,7	6,7	32,1	20,9	14,4
Ásia Meridional Central	47,2	35,8	23,3	21,9	13,9	9,7	25,3	21,9	13,6
Bangladesh	46,7	44,8	31,5	22,0	17,5	11,1	24,7	27,3	20,4
Índia	47,1	33,2	20,4	22,2	13,3	9,6	24,9	19,9	10,8
Nepal	45,8	41,7	31,9	25,0	18,4	12,5	20,8	23,3	19,4
Paquistão	48,4	42,6	29,7	21,9	15,2	9,5	26,5	27,4	20,2
Sri Lanka	34,7	27,0	17,9	8,5	6,7	5,9	26,2	20,3	12,0

FONTE: World Population Prospects, 1982.

QUADRO 3
NÍVEIS E MUDANÇAS NAS TAXAS BRUTAS DE NATALIDADE
EM ALGUNS PAÍSES ASIÁTICOS,
1960-65 E 1980-85

Diminuições na Taxa Bruta de Natalidade 1960-65 e 1980-85 (porcentagem)	Taxas Brutas de Natalidade 1980-85 (por mil)		
	35+	22-34	Abaixo de 21
Abaixo de 15	Birmânia Bangladesh Nepal Paquistão		
15-24		Coréia do Norte Sri Lanka	
25-39		Indonésia Malásia Filipinas Tailândia Índia	
40 e Mais			China Hong Kong Coréia do Sul Singapura

QUADRO 4

País	Esperança de vida ao nascer (anos)	
	1960-65	1980-85
Coréia do Norte	55,2	64,6
Coréia do Sul	55,2	67,5
Birmânia	45,0	55,0
Indonésia	42,5	52,5
Malásia	55,7	66,9
Filipinas	54,5	64,5
Singapura	65,8	72,2
Tailândia	53,9	62,7
Bangladesh	43,9	47,8
Índia	43,7	52,5
Nepal	39,1	45,9
Paquistão	44,4	50,0
Sri Lanka	63,5	67,5