



sobre a política de planejamento familiar no brasil

Elza Berquó*

NÍVEIS E TENDÊNCIAS DO CRESCIMENTO POPULACIONAL

Pode-se dizer que o crescimento da população brasileira, traduzido por uma taxa anual da ordem de 2,4%, no período 1940-1950, e de 3%, na década seguinte, se deveu essencialmente a um declínio acentuado nas taxas de mortalidade. De fato, houve no período um ganho de 10 anos na esperança de vida ao nascer, que passou de 41,5 a 51,6 anos, enquanto a taxa de fecundidade total se manteve em níveis inalterados e correspondentes a 6,2 filhos em média por mulher. Por outro lado, a desaceleração no crescimento, de 3% para 2,9% ao ano, na década de 60, ou mais especificamente, para 2,5% entre 1970 e 1980, resultou de uma substancial redução na fecundidade que, em 1980, atingiu o valor de 4,2 filhos por mulher, em contraste com o valor de 5,8 apresentado em 1970; o ganho na esperança de vida, por sua vez, se manteve por volta de nove anos, passando a 51,6 em 1970 e a 60 anos em 1980. Ou seja, enquanto a esperança de vida ao nascer esperou 40 anos para experimentar um aumento de 45%, a fecundidade, em apenas 15 anos, apresentou um declínio de 48%.

O que mais chama a atenção, entretanto, é a queda sem precedentes de 19% verificada na fecundidade, em apenas quatro anos, como mostram os resultados da PNAD-84. De fato, para o total do país, a taxa de fecundidade total caiu para 3,5 filhos por mulher em 1984. Ainda que se leve em conta o fato de serem ainda preliminares os resultados desta PNAD, sujeitos, portanto, a alterações, os achados de Wong (1986), com base, para 1984, no Registro Civil, reforçam o fato de ter havido, de fato, uma queda muito significativa na fecundidade, entre 1980 e 1984, da ordem de 17%. Teria havido, na verdade, um declínio no número absoluto de nascimentos entre 1980 e 1984.

Em que pese o fato de que em 1984 persiste um diferencial urbano-rural (3 e 5,3 filhos por mulher, respectivamente, na cidade e no campo), houve em ambos os contextos, nestes quatro anos, queda aproximada de 17% (Tabela 1). Estima-se assim que a população brasileira cresceu neste período a uma taxa anual de 2%.

Em trabalho recente, Ralph Hakkert, incorporando os resultados de 1984, considera vários cenários, segundo os quais, na virada do século, o Brasil teria uma população cujo

* Do Núcleo de Estudos de População - NEPO/UNICAMP e do Programa de População do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP. Ex-presidente da ABEP.

TABELA 1
BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1970/1984
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO

Brasil e Grandes Regiões	Taxa de Fecundidade Total								
	1970			1980			1984		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
BRASIL	5,76	4,54	7,72	4,35	3,63	6,40	3,53	3,03	5,32
Região Norte	8,15	6,62	9,59	6,45	5,24	8,04	-	4,04	-
Região Nordeste	7,54	6,44	8,45	6,13	4,94	7,66	4,96	4,00	6,47
Região Sudeste	4,56	3,83	7,14	3,45	3,17	5,46	2,96	2,70	4,99
Região Sul	5,42	4,06	6,86	3,63	3,20	4,55	3,04	2,79	3,62
Região Centro-Oeste	6,42	5,31	7,71	4,51	3,97	5,98	3,38	3,06	4,57

FONTES: IBGE - Censos Demográficos 1970/1980 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 1984 (Resultados Preliminares), Extraído de Oliveira e Silva (1986)

tamanho poderia variar de um mínimo de 164,5 milhões a um máximo de 183,5 milhões de pessoas. No primeiro caso, o pressuposto é de que os parâmetros prevalentes em 1984 se mantenham inalterados, ou seja, uma fecundidade constante e igual a 3,5 filhos por mulher, e uma mortalidade também constante, traduzida por uma esperança de vida ao nascer de 65 anos para as mulheres e de 61 anos para os homens.

Já o valor mínimo está baseado na hipótese de um aumento gradual da esperança de vida até atingir, na primeira década do século XXI, o valor de 75 e de 71 anos, para mulheres e homens, respectivamente. Supõe também que a taxa de fecundidade total se reduza em 0,5 pontos por quinquênio, atingindo no ano 2000 o valor de 2 filhos, em média, por mulher.

Em vista do vigoroso declínio experimentado pela fecundidade nos primeiros anos da década de 80, é muito provável que esta segunda hipótese traduza de forma mais realista os rumos das mudanças já em curso. Ainda mais quando se leva em consideração que o descenso se deu em todas as grandes regiões do país, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. No total, coube ao Centro-Oeste a maior queda (25%), seguido pelo Nordeste (20%), Sul (16%) e Sudeste (14%) (Tabela 1).

Uma redução do porte verificado só foi possível devido à queda da fecundidade dos segmentos populacionais menos favorecidos, pelo peso relativo que representam na distribuição de renda do país. A presença do declínio aparece também em todas as categorias de instrução da mulher (Oliveira e Silva, 1986), sendo de 11% a redução na fecundidade para aquelas sem instrução e com menos de um ano de estudo, cabendo às que atingem de 1 a 3 anos de estudo, um descenso da ordem de 14%.



SOBRE A ANTICONCEPÇÃO NO PAÍS

Diante do exposto, não cabe nenhuma dúvida de que a regulação da fecundidade desempenhou um papel central nesta questão, ainda que passando por diferentes matizes quando se desagrega o país em suas regiões. Uma redução de tal porte no número médio de filhos, em tão curto espaço de tempo, é demonstração evidente da crescente presença no Brasil de meios anticoncepcionais de alta eficácia.

Realmente, o índice de contraceção de Bongaarts passou de 0,71, em 1970, a 0,45, em 1980 (Merrick e Berquó, 1983), isto é, apresentou uma redução de 63%, o que significou um aumento considerável na anticoncepção durante o período. Estima-se que ele esteja agora por volta de 0,35.

Dados recentes (1) acusam 65% de uso de anticoncepcionais por parte de mulheres casadas, de 15 a 44 anos de idade, ou por seus maridos. Este índice, considerado elevado, situa o Brasil entre os países mais desenvolvidos, cuja proporção média de uso chega a 68% (Mauldin e Segal, 1986). De fato, nos Estados Unidos ela atinge 68%, chegando a 78% na Itália, a 85% na Bélgica, a 77% no Reino Unido e a 75% na Holanda.

No caso brasileiro, a esterilização feminina e os contraceptivos hormonais são responsáveis, respectivamente, por 27% e 25% do total de uso, cabendo à vasectomia e ao dispositivo intra-uterino, pela ordem, 0,8% e 0,9%. Os 11% restantes correspondem a métodos ainda rotulados de menor eficácia, tais como o coito interrompido (5%), métodos naturais (4,6%), Condon (1,6%) e métodos vaginais (0,5%).

Esta alta prevalência de mulheres já esterilizadas na faixa de 15 a 44 anos não encontra nenhum paralelo nos países desenvolvidos mencionados, cuja média está estimada em 7%, cabendo aos Estados Unidos o maior valor, ou seja, 17%.

Além de liderar a lista de anticoncepcionais no país, a esterilização feminina vem sendo praticada em mulheres bastante jovens, como atesta um estudo realizado em cinco municípios do Estado de São Paulo, onde se constatou os 29 anos como a idade mediana das mulheres já esterilizadas (Berquó, 1986). Este estudo mostrou também que a maior parte das esterilizações era recente.

Até bem pouco tempo, as ligaduras tubárias eram realizadas durante partos por cesáreas, cuja prática continua aumentando a cada ano, chegando mesmo em algumas regiões do país a atingir a casa dos 45% do total de partos. Se, por um lado, as técnicas empregadas hoje nas esterilizações permitem que elas possam ser realizadas em clínicas e dissociadas do momento cirúrgico do parto, as cesáreas continuam a merecer a preferência de médicos obstetras e, conseqüentemente, de gestantes, o que acaba por torná-las candidatas à esterilização após duas ou três cesáreas.

Apesar de condenada pelo Código Brasileiro de Ética Médica, ainda em vigor, que trata da questão no artigo 52 do capítulo VI, podendo ser praticada apenas em casos excepcio-

nais, quando houver precisa indicação referendada por dois médicos, a esterilização feminina tem sido presença cada vez mais acentuada no rol dos anticoncepcionais, em todas as regiões do país. Em São Paulo, por exemplo, os últimos oito anos assinalaram 106% de aumento nesta prática, que atingiu a 31% de mulheres em 1986.

O Nordeste, por sua vez, registrou um crescimento de 78% em seis anos, ou seja: hoje, praticamente 25% das nordestinas casadas ou unidas, em idade fértil, já têm encerrada sua vida reprodutiva.

Com relação aos métodos hormonais, registrou-se nos últimos anos aumento de uso em alguns contextos e redução em outros. Assim, em São Paulo, de 28% em 1978, o uso da pílula caiu hoje para 24%; na Região Sul, passou de 33% para 41%; no Nordeste, o aumento foi de 13% para 17%; e, finalmente, nas regiões Norte e Centro-Oeste, ela declinou de 13% para 12%.

Estes índices hoje são muito mais elevados do que aqueles registrados em alguns países mais desenvolvidos, como demonstrou a média geral de 15%, ou os 14% que cabem aos Estados Unidos.

Estes dados deixam claro que a alta prevalência de uso de meios contraceptivos, presente atualmente no Brasil, dispõe de um leque muito reduzido de alternativas. Esta constatação fere de imediato o princípio de que todo método apresenta vantagens e desvantagens, não existindo, portanto, nenhum que seja "ótimo" para todas as pessoas, independentemente da idade, das condições de saúde, da fase do ciclo vital etc.

A situação descrita para o Brasil está longe de ser a encontrada nas regiões mais desenvolvidas. Na média geral, 41% do total de usuários de algum método se colocam na categoria de "outros métodos", significando todos os demais que não sejam as esterilizações femininas e masculinas, pílulas e dispositivos intra-uterinos. Ou seja, estão incluídos nessa categoria o diafragma, o Condom, o coito interrompido, os métodos naturais, os espermicidas etc, métodos denominados com certa frequência como de *baixa eficácia*. Nos Estados Unidos, esta proporção é de 22%, de 25% no Reino Unido, de 45% na Bélgica e de 61% na Itália.

Considerando-se que estes países crescem a taxas extremamente baixas e que a natalidade varia de 10 a 16 por mil habitantes, é natural questionar se os chamados *métodos de baixa eficácia* o sejam realmente. Parece ser mais provável tratar-se de situações onde a eficácia é função direta da disponibilidade de informações na área da filosofia da reprodução humana e dos mecanismos de ação dos diversos meios anticonceptivos, bem como da disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde que comportam ações de planejamento familiar. Além disto, é preciso levar em conta que em todos os países mencionados, com maiores ou menores restrições, o aborto é permitido e ocupa um certo papel em caso de possíveis falhas.

Por outro lado, a observação do que se passa em países com políticas estritas de controle do crescimento populacional é reveladora de situações em que autoritariamente se coloca um ou uns poucos métodos à disposição da população. Estes poucos métodos estão, em geral, na total e direta dependência de um controle exercido pelo médico – a escolha, ministração,



manutenção, interrupção ou extração estão fora da esfera de controle dos próprios usuários.

O caso da China, de todos conhecido pelas medidas coercitivas utilizadas para implantar o controle da natalidade, elucidada muito bem esta situação: entre os 69% de usuários de algum método, 53% se limitam a dois métodos, dispositivo intra-uterino (35%) e esterilização feminina (18%). Dos restantes, 7% correspondem à vasectomia, 6% à pílula e apenas 4% aos outros métodos.

O exame do que se passa no Brasil quanto à anticoncepção não deixa dúvida de que o país esteve mergulhado em programas de controle da natalidade que colocaram à disposição da população-alvo apenas dois métodos altamente eficazes, os hormonais e a esterilização, esta última irreversível, cujas conseqüências para a saúde física ou mental das pessoas podem se constituir em sérios problemas de saúde pública.

ALGUNS ESCLARECIMENTOS SOBRE O PAPEL DO ESTADO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A ausência do setor público de saúde na área do planejamento familiar explica, em grande medida, o quadro descrito até aqui. Esta ausência teve como resultado a ação de clínicas e serviços privados de controle da natalidade, que agiram livremente no país durante o período da ditadura militar e continuam ainda hoje atuando em algumas regiões do território nacional. Um pequeno recuo no tempo ajuda a compreender o clima nacional em que estas instituições privadas atuaram, ampliaram sua cobertura e intensificaram sua ação controlista, ao mesmo tempo em que surgiam novas entidades com os mesmos objetivos.

Retroagindo à fase de preparação para participar da Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1984, vamos encontrar o governo brasileiro assumindo uma posição apoiada em princípios estabelecidos à luz de considerações sobre a extensão territorial do país, suas riquezas naturais e o crescimento satisfatório de sua economia. Não havia, portanto, razões para preocupação com o crescimento populacional, visto como fator positivo para o desenvolvimento econômico, para a segurança nacional e incorporação à produção dos vastos espaços vazios do território brasileiro.

Esta visão descartava preocupações com superpopulação no Brasil, uma vez que a taxa de crescimento das oportunidades de emprego superava o crescimento demográfico. A necessidade de uma melhor distribuição da renda nacional associada a um acompanhamento da evolução do aumento populacional, para evitar distorções setoriais e regionais, eram vistas como determinantes de um efeito regulador do crescimento demográfico. Inspirada nesta concepção, a delegação brasileira defendeu em Bucareste a soberania do governo do Brasil quanto à elaboração de uma eventual política demográfica; se comprometeu a adotar as medidas necessárias para reduzir a mortalidade, sobretudo a infantil, promover a integração dos grupos sociais ainda marginalizados, equilibrar os crescimentos regionais, incorporar ao processo econômico os grandes espaços vazios do país e promover o crescimento harmônico dos setores ur-

bano e rural. Enfatizou, ainda, que não haveria interferência governamental sobre o controle da natalidade, reconhecendo a competência de decisão do núcleo familiar. Para evitar que o exercício do controle da natalidade se tornasse um privilégio das classes mais abastadas, caberia ao Estado proporcionar as informações e os meios necessários para tal fim.

Nos anos seguintes, entretanto, nenhuma medida foi tomada pelo governo para pôr em prática a responsabilidade assumida no sentido de proporcionar à população, através da rede pública de saúde, informações e meios para a regulação da fecundidade. Pelo contrário. Ao divulgar seu segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, onde se revelava o desejo de uma desaceleração no crescimento populacional, o Governo Geisel estimulou a prática de ações privadas visando o controle da natalidade, as quais se desenvolveram sob as "vistas grossas" do próprio governo.

Ao lado da Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar (BEMFAM), atuando no Brasil desde 1965, surgiu em 1975 o Centro de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CE-PAIMC). Acompanhando a primeira, se definiu como organização privada sem fins lucrativos. A julgar pelo enorme volume de recursos financeiros vindos do exterior e endereçados a estas duas entidades (Arihha *et alii*, 1985), pode-se avaliar a intensidade de seus desempenhos junto à população de baixa renda, incentivando a redução do número de filhos. São deste período as denúncias de abuso dos contraceptivos hormonais orais, sem a devida assistência médica.

Nos primeiros anos do Governo Figueiredo, entre 1979 e 1982, esta situação não sofreu nenhuma alteração. Com a aproximação da Conferência Nacional de População, realizado no México em 1984, o governo brasileiro dá os primeiros passos, em junho de 1982, no sentido de preparar sua posição oficial. A crise econômica instalada no país no final da década de 70 levou, certamente, ao reexame do documento apresentado em Bucareste dez anos antes, a julgar pelo tom que marcou a mensagem do Presidente João Batista Figueiredo, ao Congresso Nacional, em 1º de março de 1983:

"No elenco dos fatos maiores que, em nosso tempo, abalam a humanidade, estão as mudanças resultantes do crescimento populacional. A explosão demográfica ocorre sobretudo nos países menos desenvolvidos, onde se comprimem cerca de dois terços da população mundial. No Brasil, nos últimos 40 anos, o aumento demográfico ultrapassou 50 milhões de habitantes.

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

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

Mas a mensagem presidencial estimulou também iniciativas no âmbito privado, dirigidas ao planejamento familiar, que já encontravam certo respaldo nas posições controlistas de



instituições do próprio governo, como a chefia do Estado-Maior das Forças Armadas. Em 1981 é criada no país a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF). Definindo-se também como instituição sem fins lucrativos, a maior no gênero na América Latina, a ABEPF tem, entre outros, os seguintes objetivos:

- Organizar e promover um programa de iniciativa privada, sem fins lucrativos, para a prestação de serviços de planejamento familiar, a nível nacional, seguindo um plano operacional centralizado, de forma a assegurar sua eficiência e eficácia, mas adaptado às necessidades regionais e locais;
- Desenvolver normas, rotinas e procedimentos recomendáveis à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil;
- Influir para a criação de uma política favorável à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil, objetivando a revisão da legislação e códigos de ética em vigor e propondo modificações compatíveis.

Contando com um total de 120 instituições associadas, atuantes em planejamento familiar no país, a ABEPF oferece apoio material, financeiro e político. Cada clínica filiada à associação recebe equipamentos para instalação de laboratórios e consultórios, material didático e artefatos contraceptivos. A formação de profissionais especializados em planejamento familiar é tarefa do CEPAIMC. O corpo de profissionais que integra uma clínica – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administradores – é enviado à organização para preparo técnico. Enquanto o CEPAIMC opera também como repassador de recursos vindos do exterior, a ABEPF atua como um verdadeiro sindicato de suas filiadas, dando respaldo jurídico principalmente nas questões relacionadas com a esterilização, tanto feminina quanto masculina, principal conduta contraceptiva adotada por suas clínicas.

A oportunidade para cuidar desta questão se abriu aos partidos de oposição com as eleições para governador em novembro de 1982. Assim, o maior partido de oposição, o PMDB, uma vez eleito para governar São Paulo, passou a estudar um programa de assistência integral à saúde da mulher, onde, entre outras ações, estaria o planejamento familiar. Desvinculado de metas fixadas quanto ao crescimento demográfico, isto é, sem nenhuma preocupação com níveis de tendências das taxas de fecundidade, este programa do governo democrático de São Paulo respondia ao apelo das mulheres. Cada vez mais buscando separar sexualidade e reprodução, elas reivindicavam o direito a um controle do próprio corpo e da regulação da fecundidade. Esta visão inspirou também o próprio Ministério da Saúde, que acabou por incorporar algumas modificações no PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, então em preparação.

Neste clima, os movimentos organizados de mulheres levaram adiante suas reivindicações de acesso a programas de saúde que incluíssem ações de planejamento familiar.

Presidida pelo Ministro da Saúde, a delegação brasileira levou à Conferência do México, em 1984, um documento assentado nos seguintes postulados:

- I. Total soberania dos Estados nacionais na definição e implantação de suas políticas

de população;

2. Grande distanciamento das posições neomaithusianas. ("Não se pode aceitar o diagnóstico simplista que pretende fazer do crescimento demográfico a fonte dos males dos países em desenvolvimento e nem admitir que a terapia do controle populacional seja mais uma solução mágica para os problemas da miséria, da fome, da doença que afligem a maior parte da humanidade", afirmava o documento);

3. A política populacional do Brasil não contempla metas pré-fixadas para sua taxa de crescimento demográfico, mas inclui preocupações com a morbidade e mortalidade, bem como com os problemas decorrentes das migrações internas;

4. O planejamento da prole é um direito fundamental de todo ser humano e deve decorrer de ações livres e informadas dos casais e dos indivíduos;

5. Este planejamento deverá ser encarado como parte integrante do atendimento público à saúde e como tal ser incorporado aos serviços públicos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal;

6. A proteção dos usuários desses serviços deverá estar assegurada pelo poder público através da supervisão de seus órgãos competentes;

7. A atuação do governo brasileiro quanto ao planejamento da prole está sendo programada dentro de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher.

O exercício do direito de ter ou não ter filhos, começou a ser possível à população brasileira com a implantação, pelo Ministério da Saúde, de programas de planejamento familiar dentro do PAISM, integrante da rede básica de saúde.

Esta implantação foi precedida de um conjunto de medidas: formação e reciclagem de recursos humanos especializados na assistência à concepção; elaboração de normas técnicas sobre as características dos diversos métodos anticoncepcionais (indicação, contra-indicação, implicações de seu uso para a saúde etc); obtenção de recursos em nível federal, estadual e municipal para equipar unidades de saúde para o atendimento ginecológico (clínico e laboratorial); preparação das etapas necessárias para alterar a legislação vigente quanto à produção e comercialização de certos métodos reguladores da fecundidade; confecção de material informativo sobre concepção e contracepção para distribuição e divulgação junto à população; fiscalização rigorosa das disposições dos códigos de regulamentação internacional e nacional na área de pesquisa biomédica em seres humanos, especialmente quanto a tecnologias conceptivas e contraceptivas.

A quantidade de providências que se precisou tomar explica, em parte, a morosidade no deslanche do programa. No entanto, a maior responsabilidade coube ao INAMPS, que só muito recentemente, através da resolução número 123, de 27/05/86, acabou por incorporar as ações do PAISM. Sem a participação do INAMPS, a cobertura nacional ficaria totalmente prejudicada.



A portaria 742 de outubro do Ministério da Educação, estabelecendo a responsabilidade, nesta matéria, das unidades de saúde das instituições de ensino superior, federais e particulares, completa a inclusão do planejamento familiar em todo o sistema público de saúde no país.

Entretanto, o quadro descrito acima continua inquietante. Os tipos de anticoncepcionais em uso no Brasil revelam pouca mudança na ampliação do leque de alternativas contraceptivas desde o início da implantação do PAISM. É necessário, portanto, reverter este quadro de alta predominância de métodos irreversíveis ou contra-indicados na maioria dos casos.

A integridade e democratização dos programas de saúde em geral, como um direito do cidadão e um dever do Estado, precisam estar na base dos compromissos assumidos por todos nós.

NOTAS

1. Pesquisa Nacional de Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar. Brasil 1986. Relatório Preliminar. Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil e Instituto para Desenvolvimento de Recursos. Rio de Janeiro, 1986.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARILHA, Margareth Martha, GOLDEMBERG, Paulete e SORRENTINO, Sara Romero. 1985. *O atendimento à saúde da mulher. Serviços privados de planejamento familiar que realizam esterilizações. Levantamento e considerações*. Conselho Estadual da Condição Feminina. São Paulo.
- BERQUÓ, Elza. 1986. *Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar*. Textos NEPO 6, UNICAMP. Campinas.
- MAULDIN, W. P. E SEGAL, S. J. 1986. *Prevalence of contraceptive use in developing countries*. The Rockefeller Foundation. New York.
- MERRICK, Thomas W. e BERQUÓ, Elza. 1983. *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*. National Academy Press. Committee on Population and Demography, Report nº 23. Washington.
- OLIVEIRA, Luis Antônio Pinto de e SILVA, Nadja Loureiro Pernes da. 1986. *Tendências da fecundidade nos primeiros anos da década de 80*. In: Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. V. 1, p. 125.
- WONG, Laura Rodrigues. 1986. *A diminuição dos nascimentos e a queda da fecundidade no Brasil nos anos pós-80*. In: Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. V. 1, p. 233.