



## planejamento familiar nos planos governamentais\*

Ana Maria Canesqui\*\*

RESUMO - O artigo discute no pré e pós 64 as posições do governo brasileiro em face da política demográfica, enfatizando a questão do planejamento familiar e sua inserção na área da saúde pública, através dos programas de saúde materno-infantil. Mostra como as posições assumidas pelos diferentes governos e as práticas institucionais relativas ao planejamento familiar mantiveram estreitos laços com os desdobramentos do modelo econômico e da intervenção do Estado na política de saúde.

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

Os neomalthusianos atribuíram estas dificuldades a um conjunto de causas, dentre elas o excessivo crescimento demográfico, cujo efeito consistia em obstáculo ao progresso e ao desenvolvimento. Além disto, eram temidas as tensões sociais e as conseqüências políticas daquele excessivo crescimento demográfico. Estas posições foram contestadas por diferentes setores da sociedade brasileira: a Igreja, correntes nacio

\* Comunicação apresentada na 36a. Reunião Anual da SBPC - São Paulo, julho 1984 e revisada para esta publicação.

\*\* Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

nalistas, desenvolvimentistas e progressistas.

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

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

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

Neste período não apareceu nenhuma proposta institucional referente ao planejamento familiar. Entretanto, pequenos grupos médicos e religiosos, apoiados por verbas estrangeiras, de forma bastante restrita, exerceram "missões" junto às camadas de baixas rendas, iniciando junto a elas a divulgação da tecnologia moderna da contracepção (DIU, pílulas e esterilização). As iniciativas desses grupos religiosos e médicos privados foram de caráter filantrópico-assistencial.

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

#### DEIXAR CRESCER A POPULAÇÃO

A partir de 1964, com o golpe militar, transformações políticas significativas ocorreram na estrutura do poder esta-



tal, acompanhadas de mudanças na orientação da política econômica, cuja ortodoxia é bastante conhecida. No plano econômico o modelo tendeu à concentração de rendas e à monopolização, readquirindo um dinamismo no período 1967-1974, conhecido por "milagre econômico", liderado pela produção industrial de bens de consumo durável, de bens de capital e da construção civil.

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

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

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

Apesar da postura natalista do governo, no período 1964-1970, alguns Ministros e militares expressaram preocupações antinatalistas, cujos argumentos apontaram os efeitos negativos do crescimento demográfico de "3% ao ano". Estes efeitos incidiam, naquela versão, sobre a segurança nacional, as taxas de emprego, a renda per capita e a oferta da infra-estrutura social. Novamente o neomalthusianismo fazia-se presente nas posições de escalões governamentais.

Contraditoriamente às posições natalistas oficiais, foi naquele período que ocorreu a implantação e a expansão de instituições privadas relacionadas ao planejamento familiar, assumindo maior vulto e abrangência a BEMFAM (Sociedade Civil para o Bem Estar da Família). Esta instituição, afeita à área médico-assistencial, desempenhou importante papel na divulgação das idéias neomalthusianas e, não resta a dúvida, de que contou com o apoio oficioso governamental no seu empreendimento, junto à camadas de baixas rendas. Sua atuação incorporou um projeto pedagógico que divulgava as vantagens da

família reduzida e o uso de anticoncepcionais mais modernos (DIU e pílulas).

Se contradições podem ser percebidas no plano ideológico entre as propostas natalistas oficiais e as idéias neomalthusianas propagadas, no que toca ao padrão de intervenção estatal na política de saúde, a expansão da BEMFAM e de outras instituições menores, afeitas ao planejamento familiar, foram de encontro ao reforço a iniciativas privadas.

A consolidação deste padrão de intervenção estatal na área da saúde desembocou a partir de 1968 num crescente empresariamento da medicina, baseado no apoio estatal às empresas médicas, através da prática de convênios entre INAMPS e empresas. A saúde pública, porém, continuou secundária em relação à medicina previdenciária. No período, entretanto, o Estado não tomou para si o encargo de qualquer ação referente à produção de serviços de planejamento familiar.

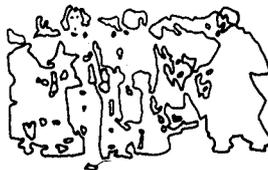
#### O "MILAGRE" E A FAMÍLIA

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

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

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

Quanto ao planejamento demográfico, o governo evitava a expressão planejamento familiar, dando mostras de admitir o "controle demográfico" como responsabilidade familiar. Eximia-se de qualquer intervenção estatal neste núcleo de decisões, abrindo possibilidades a que esta intervenção fosse realizada através de meios educativos junto às famílias. Esta



postura, a despeito da posição natalista, abriu brechas para a maior tolerância governamental às iniciativas privadas relacionadas ao planejamento familiar.

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

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

Na produção de serviços de planejamento familiar continuava o predomínio da BEMFAM, que experimentou no período considerado o apoio dos governos estaduais e municipais em alguns Estados Nordestinos, de forma a implementar a prática de convênios, alcançando com isto maior raio de influência e de cobertura da população desprovida do acesso aos meios anticonceptivos.

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

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

Ministros de Estado tais como Delfim Neto e Reis Veloso muitas vezes manifestam-se contrários aos programas controlistas da natalidade, argumentando frente ao crescimento do PIB a desnecessária intervenção do governo, de tipo controlista. Passou a ter importância neste período, a retórica da redistribuição do bolo, resultando num conjunto de medidas, de participação do trabalhador, que arrecadaram recursos fi-

nanceiros às empresas.

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

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

Visava aquela orientação proporcionar o espaçamento dos filhos, por razões de saúde. A expressão planejamento familiar foi evitada nas Diretrizes, indo de encontro ao aconselhamento, cujo grau de liberdade ficava a encargo do contato face a face entre médico e clientela. Ademais inexistiu nas Diretrizes qualquer menção aos métodos anticoncepcionais e sobre o tipo de orientação a ser prestada à clientela.

Em 1973, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde Materno-Infantil, voltando-se para a preservação de Saúde de aquele grupo, em face do volume que representava na população total e a sua vulnerabilidade à doença e à morte.

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

Pela primeira vez o programa ministerial contemplou possibilidades de oferecer meios anticoncepcionais, sem contudo ter efetivamente levado a termo estas intenções. Por outro lado, "paternidade consciente", como medida educativa, trazia uma inquietação com a responsabilidade dos pais na procriação dos filhos, no caso, por razões de preservação da saúde.

A política oficial da saúde tendeu a uma maior flexibilidade diante do planejamento familiar, incorporando o gover



no um discurso mais liberal. Nada foi realizado, efetivamente, a despeito das preocupações do governo com a elevação da taxa de mortalidade infantil e com a crescente concentração de renda. No I PND, a saúde não foi prioritária.

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

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

#### PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ANTICONCEPCIONAIS

No que toca à indústria farmacêutica as Metas e Bases propuseram o estímulo de sua integração com os laboratórios públicos, de forma a integrar e expandir o mercado de medicamentos, com vistas ao fornecimento de remédios a baixo custo à população de menor renda. A criação da Central de Medicamentos em 1971 resultou desta proposta de integração. Os objetivos de maior intervenção estatal na produção, pesquisa e comercialização de medicamentos não tiveram êxito, por pressões da indústria farmacêutica. Estes objetivos foram logo transformados, passando a CEME a acentuar o seu papel de distribuidora de medicamentos, adquirindo-os junto aos laboratórios oficiais e ao setor privado.

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

Para a BEMFAM, que continuava ativa na prestação de serviços de planejamento familiar e nas pressões junto aos go-

vernos estaduais e federais na implementação da política oficial de planejamento familiar, o período do governo Médici constituiu-se profícuo à sua expansão e ao seu reconhecimento oficial, enquanto instituição de utilidade pública.

A despeito das posições natalistas oficiais, este governo, como foi visto, não deixou de admitir a intervenção educativa junto às famílias. E neste sentido a BEMFAM associou-se aos programas de distribuição de anticoncepcionais, em convênios com governos estaduais e municipais de saúde, cujo alvo foram as camadas de baixas rendas. Ao que parece, neste empreendimento a BEMFAM consolidou-se como distribuidora de anticoncepcionais.

Dados da BEMFAM mostram a ampliação do consumo de anticoncepcionais por ela implementado: em 1967 atingiu 35,8 mil consumidores; em 1970, 71,1 mil e em 1971, 129,6 mil (Rodrigues, 1973:25). Este número cresceu, nos anos subsequentes, à medida em que os convênios com os governos estaduais nordestinos expandiram.

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

Na ausência de uma política oficial de planejamento familiar, que caracterizou o período analisado, a distribuição de anticoncepcionais não ocorreu através da Central de Medicamentos. A CEME, porém, não deixou de ser cobiçada pelas indústrias farmacêuticas produtoras de anticoncepcionais para incluí-los entre os medicamentos a serem distribuídos por aquele setor governamental. Entretanto, parcela desta distribuição foi de responsabilidade dos convênios entre BEMFAM e os Estados Nordestinos, abrangendo as camadas de baixa renda. Evidentemente, não coube apenas à BEMFAM proporcionar aquele acesso no país, respondendo apenas por 9% da distribuição. Concorrem neste sentido as farmácias e drogarias, hospitais e clínicas e outros agentes distribuidores.

Foram os Estados das regiões Sudeste e Centro-Oeste (São Paulo, Guanabara, Rio de Janeiro e outros), de acordo com



Richers e Almeida, que concentraram em 1972, 56% das vendas de anticoncepcionais, cabendo ao Norte/Nordeste apenas 18%. Ressalte-se que nas regiões Sudeste e Centro-Oeste é bastante restrita a atuação da BEMFAM; ao que parece, o maior peso na distribuição de meios anticoncepcionais coube às farmácias e drogarias e, indiretamente através das prescrições, aos médicos privados, hospitais, clínicas e outras instituições de saúde.

#### A QUEDA DA FECUNDIDADE

Ocorreu na década 1970-1980 o declínio da taxa total de fecundidade no Brasil da ordem de 14% em relação à década anterior. Entretanto foi na etapa do "milagre", especialmente no período 1970-1976, de acordo com Merrick e Berquó (1983), que esta queda foi mais acelerada, atingindo 24% para o Brasil e nas diferentes regiões: 17% para o Nordeste, 22% para a região Sul e 28% para o Sudeste. Um complexo de fatores explica esta queda e a sua análise não é objeto deste texto.

Cabe ressaltar, de acordo com os autores citados, que o declínio da taxa total de fecundidade em 1970-1976 indica, entre outras variáveis, a importância do uso de anticoncepcionais combinados com o aborto, coincidindo ambas com o conjunto de mudanças sócio-econômicas que tiveram possíveis impactos sobre as motivações para controlar a fecundidade.

#### A LIBERDADE DE OPÇÃO (?)

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

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), do governo Geisel, reviu as metas otimistas anteriores quanto ao crescimento econômico, não descartando a necessidade de fazer crescer a economia, exercer o controle da inflação, equilibrar o balanço de pagamentos, preservar a estabilidade política e melhorar a qualidade de vida da população e os padrões de distribuição de renda.

No plano, o governo definiu a política demográfica, integrando-a ao planejamento geral. Se por um lado, o II PND reconheceu a existência no país dos espaços vazios, de outro, admitiu que a taxa de crescimento da população comprometia o

aumento da renda per capita, manifestando preocupações com o equilíbrio da taxa de emprego e do crescimento demográfico. Não deixa de ser ambígua esta posição.

Neste contexto o governo proclamou o respeito à decisão do casal na fixação do número de filhos e a oportunidade de obter informação, como sendo a orientação da política demográfica.

A prestação de informações às camadas de baixas rendas quanto aos meios anticoncepcionais, juntamente com a garantia do bem-estar social, expressaram intenções do Estado intervir, através do setor de saúde, promovendo medidas indiretas redistributivas, associadas a preocupações com o comportamento da taxa de fecundidade em face das oportunidades de emprego e renda.

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

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

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

A orientação da política de saúde do governo Geisel enfatizou a modernização e racionalização, esforçando-se para promover medidas indiretas de redistribuição da renda em face da precariedade das condições de saúde, apontadas pelos indicadores de saúde. Do ponto de vista político, além da busca de respaldo popular, após a derrota nas eleições de 1974,



as medidas referentes à política de saúde vieram de encontro à crescente pressão popular por cuidado médico, cujas tensões sociais poderiam agravar, diante dos resultados concentradores de renda do "milagre".

#### PROMOVER INFORMAÇÕES E MEIOS

A tendência do governo de promover o planejamento familiar (informação e meios) às camadas de baixas rendas, pautou-se por posturas mais liberais, casando-se com os objetivos das ações de saúde na área materno-infantil. Dominou nesta área o discurso preventista em relação à gravidez de alto risco, combinando intenções de reduzir a mortalidade infantil, com a ampliação do atendimento à demanda, e a legitimidade de política do regime.

Mais do que medidas educativas ou de prevenção da gravidez de alto risco, apresentadas respectivamente nos Programas de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde (1975 e 1977), que não foram efetivamente implementados, a ênfase recaiu nos programas de suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixas rendas, através do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). As críticas dirigidas a estes programas já mostraram a ênfase na distribuição de alimentos, ao invés de estímulo à produção alimentar, conforme foram as intenções do governo.

A posição do governo Geisel caracterizou-se por uma postura liberal em face do planejamento familiar. Abriu maior espaço às atividades institucionais privadas referentes à produção daqueles serviços na área de saúde. Os convênios da BEMFAM experimentaram expansão com os governos Nordestinos, sem que o Ministério da Saúde intervisse na sua normatização.

Por outro lado, no período 1974-1980 foram criados outros grupos e instituições privadas de prestação de cuidado materno-infantil, integrando ações de planejamento familiar. Destacam-se o Centro de Pesquisa e Atenção Integrada em Saúde Materno-Infantil (CEPAIMC), a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, ambas localizadas no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Reprodução e Nutrição em Saúde Materno-Infantil (RENUMI), entre outras. Associadas à BEMFAM, à parcela dos médicos sanitaristas e ao Ministério da Saúde, este conjunto de agentes e instituições são importantes protagonistas atuais da área da saúde interessados na política de planejamento familiar.

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

No conjunto esperam maiores comprometimentos do Estado na produção desses serviços e na ampliação das oportunidades de acesso à anticoncepção. Proclamam em conjunto o direito à opção quanto ao número de filhos.

Nas décadas dos anos 60 e 70 houve ainda a expansão de um conjunto de instituições privadas e governamentais (universidades públicas) comprometidas com programas de planejamento familiar associados ou não aos programas materno-infantis em diferentes Estados.

Nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, em 32 instituições pesquisadas (Canesqui, 1982), verificou-se através do ano de criação que 50% delas surgiram na década dos anos 60, 28% na década dos anos 70 e 22% no período 1980-1982.

#### USO DE ANTICONCEPCIONAIS

A expansão quantitativa dos serviços não avalia a qualidade dos mesmos e o seu impacto na ampliação do uso de anticoncepcionais. Entretanto, pesquisas realizadas no Estado de São Paulo por Nakamura et alii (1979) e por Rodrigues, W. et alii nos Estados do Piauí (1979), Rio Grande do Norte (1980) e Pernambuco (1983) apontaram o crescente uso de anticoncepcionais entre mulheres casadas de 15-49 anos. Estes dados podem indicar o impacto de alguns programas e os seus objetivos.

No Estado de São Paulo, onde inexistem programas oficiais de planejamento familiar, o uso de pílulas superou a esterilização e outros métodos. São as maiores fontes de a bastecimento das pílulas: os médicos, clínicas privadas, e farmácias (97,5); das esterilizações, o INAMPS, seguido dos hospitais e clínicas privadas (34,8%); Estado e hospital municipais (23,4%) e outros (5,8%) (Nakamura, et alii, 1979).

No Estado do Rio Grande do Norte, o uso de pílulas superou o de esterilização, embora em menores proporções do que no Estado de São Paulo (Rodrigues et alii, 1980). No Piauí



e Pernambuco a esterilização superou o uso de pílulas e outros métodos (Rodrigues et alii, 1979 e 1983).

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

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

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

A partir de 1976 a crise econômica já se anunciava definitivamente, a política de saúde veio ressentir-se da erosão das receitas no momento recessivo, com forte comprometimento dos investimentos públicos na área de saúde pública e da Previdência Social, impondo-se novas reconversões na política de saúde, cujas propostas concretizaram-se principalmente a partir dos anos 80.

#### A SAÚDE DA MULHER

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

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

Os debates foram intensos sobre este programa, que coincidiram com a intensa politização da sociedade brasileira onde as críticas à organização do cuidado médico e as demandas por assistência médica manifestaram-se com intensidade, impondo modificações na política de saúde.

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

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

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

O agravamento da crise econômica, reconhecida pelo governo Figueiredo, no último triênio, suscitou as clássicas soluções neomalthusianas e novamente vieram à tona, no pronunciamento de parcelas dos senadores, deputados e parlamentares, integrantes do Grupo de Parlamentares para Estudos da População e Desenvolvimento, formado em 1981. Entendido o desenvolvimento como elevação da renda per capita e progresso social, este grupo não hesitou em apontar que o rápido crescimento populacional ameaça a esgotar os recursos naturais e a superar o ritmo do aumento dos recursos alimentares.

O Presidente Figueiredo, por sua vez, em sua mensagem ao Congresso Nacional, em 1983, manifestou-se preocupado com a "explosão populacional", embora a taxa de fecundidade continue em declínio. Em face das incertezas dos caminhos da po-



lítica econômica do final daquele governo não faltaram soluções de cunho neomalthusiano no combate à pobreza, repetindo os clássicos argumentos, cujas propostas acabam por requerer do governo a implantação da política de planejamento familiar no país, independentemente do setor saúde, cuja produção de serviços permanece, de preferência sob a responsabilidade da iniciativa privada.

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

Situa-se nesta direção a proposta recente do Ministério da Saúde, referente ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984). Trata o programa de enfatizar as razões de saúde, o direito à opção quanto ao ter ou não filhos, a equidade social, a necessidade de informação e meios referentes ao controle da fecundidade, reforçando a postura oficial do governo brasileiro na Conferência de Bucarest (1974).

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

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

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

sobre a sua saúde.

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

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

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

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

Restam ainda, entre as intenções do programa, a sua penetração do INAMPS, nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais de Saúde e o maior comprometimento da Central de Medicamentos, o que significa a projeção de uma expansão de assistência médica ginecológica e obstétrica nas ações de saúde pública e previdenciárias, não descartando a assistência à concepção e à anticoncepção.

No que se refere às Secretarias Estaduais de Saúde, o programa tomou como meta de sua implantação 11 Estados do país, especialmente aqueles onde o Programa de Ações Integra



das em Saúde (PAIS) tem encontrado possibilidades de execução.

A definição, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência à Saúde da Mulher, vem consolidar de forma mais explícita a incorporação das ações afeitas às informações e meios referentes à anticoncepção integradas ao conjunto da assistência médico-educativa relacionada às condições de saúde da população feminina. Reforça, desta feita, a responsabilidade da saúde pública de proporcionar cuidado médico obstétrico e ginecológico, subordinando o acesso aos programas de saúde que incluam ações anticonceptivas, ao controle do setor público de saúde. Descarta contudo no discurso qualquer comprometimento com as posições neomalthusianas no que toca à fixação de metas demográficas, reconhecendo o planejamento familiar como decisão dos sujeitos e o papel do Estado em oferecer meios de informações.

#### A CONFERÊNCIA DE POPULAÇÃO NO MÉXICO

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

1. soberania total do país na definição e implementação das políticas de população;
2. recusa às posições neomalthusianas, demonstrando não ser o crescimento demográfico a causa dos males dos países em desenvolvimento e muito menos aceitar o controle demográfico como solução à miséria;
3. a política populacional brasileira não deve contemplar metas pré-fixadas para o crescimento demográfico, mas preocupar-se com a morbidade, mortalidade e problemas decorrentes das migrações internas;
4. o planejamento da prole é direito de todo ser humano e de corre de ações livres e informadas dos indivíduos e famílias;
5. o planejamento da prole deve ser integrante do atendimento público à saúde e a proteção dos usuários deve ser pro

porcionada pelo setor público, através de órgãos competentes;

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

Se estes postulados apontam, no discurso oficial, o descarte de compromissos com uma política demográfica de cunho controlista da natalidade, dentro dos parâmetros da ideologia neomalthusiana e o compromisso de subordinar as ações referentes ao setor saúde, ao término do atual governo, pode-se verificar tentativas de criar uma Comissão Nacional para Assuntos Demográficos, visando assessorar o Conselho de Desenvolvimento Social na formulação e implantação de uma política demográfica.

Preparado pelo Ministro-chefe do Estado Maior das Forças Armadas, o brigadeiro Waldir Vasconcelos, circulou entre os Ministérios uma minuta que não chegou a vir a público oficialmente, e que deixava entrever através dos pronunciamentos do próprio Ministro (Isto É, 1983:37) preocupações com o elevado crescimento demográfico do país, ressuscitando as versões neomalthusianas, que incansadamente associam os problemas econômicos, sociais e de saúde ao crescimento demográfico. A despeito da posição oficial do governo brasileiro, verifica-se pressões nos escalões governamentais de empreender uma política demográfica mais agressiva que venha a responder a metas demográficas pré-fixadas, retirando do setor público de saúde o controle destas ações.

As controvérsias diante da proposta de inserir na rede pública ações afeitas à anticoncepção persistem em menor intensidade do que nas décadas anteriores, embora haja consenso em torno da necessidade de proporcionar uma assistência médica qualitativamente melhor, de modo a tornar o setor público de saúde mais eficiente e moderno no atendimento às demandas da população, reconhecendo-se dentre elas as afeitas à orientação à concepção e anticoncepção.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARCOVERDE, Waldyr Mendes. 1984. Conferência Internacional sobre População. (Discurso proferido como representante da delegação brasileira). Cidade do México, 6-13 de agosto.



- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. 1981. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES/HUCITEC.
- BRASIL. Presidência da República. 1973. Plano Diretor de Medicamentos 1a. Fase 1973/1978. Análise Diagnóstica. Vol. 1. Brasília.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Secretaria de Planejamento da Presidência da República. 1980. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. 1a. Versão. Brasília (Documento de circulação restrita).
- BRASIL, Ministério da Saúde. 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases e Ações Programáticas. Brasília.
- CANESQUI, A.M. 1982. O Planejamento Familiar: sua penetração e expansão na área de saúde: 1965/1980. Relatório de Pesquisa apresentado a Associação Brasileira de Estudos Populacionais. (mimeo)
- ISTO É. 1983. Os Filhos do Brasil. ISTO É. São Paulo, 26 de setembro, p. 37.
- MERRICK, T.W. & BERQUÓ, E. 1983. The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility. Committee on Population and Demography. Report nº 23. Washington, National Academy Press.
- NAKAMURA, M.S. et alii. 1979. São Paulo Contraceptive Prevalence Survey: Final Report. Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (mimeo)
- RICHERS, R. & ALMEIDA, E.A.B. 1975. O Planejamento Familiar e o Mercado de Anticoncepcionais no Brasil. Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro, jul./ago.
- RODRIGUES, W. 1973. Reflexions on Brazil Action During the 1966-1972 Period. BEMFAM.
- RODRIGUES, W. et alii. 1979. Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar: Piauí. Rio de Janeiro, BEMFAM e Secretaria de Saúde do Estado do Piauí.
- RODRIGUES, W. et alii. 1980. Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar: Rio Grande do Norte. Rio de Janeiro, BEMFAM.

RODRIGUES, W. et alli. 1983. Contraceptive Practice and Community Based Distribution Program Impact in Northeast Brazil. Paper presented at the Annual Meeting of American Public Health Association, Los Angeles (citado por Merrick & BERQUÓ, 1983).

ABSTRACT - FAMILY PLANNING IN GOVERNMENT PLANS - The Brazilian governmental position about demography policy and family planning are the subject of this article. It discusses the different governmental plans concerned to the mentioned subject since 1963 until 1983. It shows how the different governmental and the institutional practice concerned to family planning are linked with the evolution of the economic model and the state intervention in health policy.