

Dez anos do CAIRO

Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil

Dez anos do CAIRO

Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil

André Junqueira Caetano

José Eustáquio Diniz Alves

Sônia Corrêa

(Organizadores)

Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)

Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA)

Campinas,/São Paulo

Julho de 2004

Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Diretoria 2003-2004)
www.abep.org.br

Presidente: Maria Coleta Ferreira Albino de Oliveira
Vice-Presidente: Ricardo Antônio Wanderley Tavares
Secretária Geral: Simone Wajnman
Tesoureira: Suzana M. Cavenaghi
Suplente: Ângela de Oliveira Belas

Projeto Gráfico e Diagramação

Traço Publicações e Design

Capa

Flávia Fábio

Preparação de Originais

André Caetano Junqueira

Apoio



Catálogo: Adriana Fernandes

Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil / André Junqueira Caetano,
José Eustáquio Diniz Alves e Sônia Corrêa (Org.). – Campinas: Associação Brasileira de Estudos
Populacionais - ABEP, 2004.

100p.

ISBN: 85-85543-

Índice para Catálogo Sistemático

1.Demografia – 301.32

Sumário

Apresentação	7
Introdução	
André Junqueira Caetano	11
“O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios	
José Eustáquio Diniz Alves	19
Cairo + 10: a controvérsia que não acabou	
Sônia Corrêa	41
Um olhar feminista sobre o Cairo + 10	
Fátima Oliveira	49
Cairo + 10: os desafios no Brasil e na América Latina	
Tânia Cooper Patriota	59
Seminário “Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil”	65

Apresentação

Esse livro apresenta algumas reflexões levantadas durante o seminário “Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil”, organizado pelos Grupos de Trabalho de Reprodução Humana e População e Gênero, da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Os textos aqui reunidos em publicação conjunta da ABEP e do UNFPA-Brasil, estão especialmente voltados para uma discussão e balanço dos 10 anos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, CIPD, realizada no Cairo em 1994. Como é sabido, a CIPD significou um ponto de inflexão nas conferências multilaterais de população, na medida em que uma abordagem até então exclusivamente preocupada com questões relacionadas ao crescimento populacional e suas implicações, cedeu lugar à discussão de estratégias que pudessem promover uma vida mais digna no planeta, tanto no contexto das relações entre população e desenvolvimento, quanto no âmbito dos direitos reprodutivos e sexuais.

A meio caminho do período de 20 anos cobertos pelo Programa de Ação, há muito que comemorar, mas também muito por ser ainda feito. O décimo aniversário da CIPD é uma oportunidade para refletir sobre os objetivos do Plano de Ação e suas relações com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Plano de Ação do Cairo redefine o acesso universal à saúde reprodutiva com base na noção de direitos, contemplando de uma perspectiva mais abrangente as questões relacionadas à população, ao ambiente e aos padrões de consumo, à família, à migração interna e internacional, à prevenção e controle do HIV/AIDS, à informação, educação e comunicação, à tecnologia, à pesquisa e desenvolvimento. Por sua vez, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio identificam a pobreza e a desigualdade como um dos desafios mais difíceis que a humanidade enfrenta. A partir desse diagnóstico, os países são convocados a implementar ações que visem à redução da pobreza e das desigualdades, em particular as desigualdades de gênero e de acesso à educação.

Existe, de fato, uma sintonia e complementaridade entre a CIPD e os ODM. A erradicação da pobreza não pode ser concebida sem que os objetivos da CIPD sejam alcançados. Segundo as próprias palavras do Secretário Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, "...os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial a erradicação da pobreza extrema e da fome, não poderão ser atingidos, sem que providências adequadas sejam tomadas na área de população e saúde reprodutiva. Isto implica em esforços no sentido de promover os direitos das mulheres, e aumento de investimentos em educação e saúde, incluindo saúde reprodutiva e planejamento familiar". Concretizar os objetivos do Plano de Ação de 94 é parte do caminho a ser trilhado para a erradicação da pobreza. Programas e ações devem promover sinergias positivas no sentido de alcançar a desejada melhoria das condições de vida de amplas maiorias da população global, em um contexto de ampliação e promoção dos direitos de homens, mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos.

Tratar conjuntamente as tendências da fecundidade e os direitos reprodutivos no Brasil, em um momento marcado por profundas mudanças nos padrões de reprodução, é uma indicação do tipo de preocupações que, da perspectiva dos especialistas, acompanham o consistente declínio da fecundidade. Em muitos dos rincões brasileiros, a fecundidade já atingiu ou avança a passos largos em direção a níveis abaixo da reposição. Não estaríamos, dessa forma, tão distantes de nos emparelharmos com os níveis da fecundidade européia ou daquela alcançada desde muitas décadas por alguns dos precursores no continente latino-americano no declínio da fecundidade. Porém, se os padrões de comportamento alteraram-se, ampliaram-se também os compromissos dos países e da comunidade internacional com metas políticas mais ambiciosas e radicais. Nada mais radical do que a noção de direitos, noção que iguala e universaliza. Os desafios que emergem daí não são

poucos nem pequenos, e irão requerer energia, persistência, mobilização social e priorização de recursos.

Estimulados pelas ricas reflexões e debates que o Seminário “Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil” ensejou, a ABEP e o UNFPA-Brasil decidiram divulgar para um público mais amplo as questões e pontos de vista trazidos por um conjunto de especialistas, na expectativa de que se reiterem os compromissos e se intensifiquem os esforços no sentido de assegurar os ganhos obtidos, impedindo retrocessos e avançando em direção a um futuro melhor.

Maria Coleta Oliveira (ABEP – Presidente)

Táís de Freitas Santos (UNFPA – Representante Auxiliar)

Introdução

André Junqueira Caetano*

Desde o início dos anos 1960, o debate sobre crescimento populacional transitou da preocupação quase exclusiva com a “ameaça” ao desenvolvimento dos países do Terceiro Mundo representada pelo aumento explosivo e descontrolado de suas populações, nas décadas de 1960 e 1970, para um cenário de estabilização do crescimento populacional, ou mesmo decréscimo. A mudança do contexto demográfico global, desde então, está implícita na queda das Taxas de Fecundidade Total (TFT), que se aproximam cada vez mais, ou já estão abaixo, do nível de reposição – 2,1 filhos por mulher necessários para que cada geração se reponha em sua totalidade – em boa parte do planeta.

* Professor Colaborador e Pesquisador do Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, e Coordenador do Grupo de Trabalho em Reprodução Humana da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).

Neste período, evoluiu-se de uma perspectiva agregada de controle da natalidade, centrada na limitação do número de filhos pela mulher, através da disseminação do uso de métodos contraceptivos, para uma abordagem inclusiva que incorpora saúde e direitos reprodutivos e sexuais de forma integrada, co-responsabilidade e igualdade de direitos entre mulheres e homens e o direito dos cidadãos e dever dos governos em fornecer as informações necessárias e os meios para uma vida reprodutiva e sexual segura e satisfatória. O direito de escolha sobre quantos filhos ter e quando tê-los, assim como o direito de acesso aos meios para a implementação desta escolha, passa a ser, desta forma, um, entre vários, dos componentes necessários para uma vida reprodutiva saudável e segura.

Esta visão foi consagrada na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, na qual o Brasil teve uma participação de reconhecida importância. De fato, CIPD do Cairo representou uma mudança substancial nas discussões sobre questões populacionais e políticas públicas. A ênfase, até então, estivera voltada para os aspectos relacionados ao crescimento populacional. Na Conferência do Cairo, foi estabelecido um novo paradigma, o qual deslocou as temáticas de população da esfera exclusivamente demográfica para a esfera dos direitos humanos, estabelecendo saúde e direitos reprodutivos como valores em si, isto é, variáveis estratégicas e tópicos centrais do desenvolvimento da cidadania e direitos humanos.

No Brasil, a concepção integrada de saúde reprodutiva já havia sido pioneiramente incorporada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Adotado como diretriz nacional para a saúde da mulher em 1985, serviu como um marco para implementação, no país, do conjunto de ações com as quais os governos integrantes das Nações Unidas assumiram compromisso no Cairo. É preciso ter em mente que a perspectiva integrada entre saúde, direitos reprodutivos e população caracterizou a interlocução entre governo, movimento social e academia, refletindo-se nas iniciativas e ações que marcaram o período pós Cairo no Brasil. Dentre elas, é importante mencionar a criação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), em 1995, a lei do Planejamento Familiar, de 1996, e o Programa Nacional de DST/Aids, a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres com status de ministérios, a Lei de Notificação Compulsória, por parte dos serviços de saúde, da violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas, as Normas Técnicas que asseguram o acesso ao aborto seguro nos casos previstos na legislação nacional e o Pacto Nacional para a Redução da Morte Materna e Neonatal.

A despeito dos inegáveis e grandes avanços no estabelecimento e condução das políticas e metas estabelecidas, a implementação do PAISM e das ações do Cairo enfrentam uma série de desafios no Brasil. De forma geral, eles se originam na

escassez de recursos, na limitação da cobertura, irregularidade da qualidade e desigualdade no acesso a serviços de saúde reprodutiva, no desconhecimento e descumprimento das leis e nas dificuldades de integração gerencial entre as diversas esferas da administração pública no âmbito da descentralização do sistema de saúde. Cabe ressaltar que estes desafios são comuns a outros países latino-americanos e do Caribe.

É neste contexto que a fecundidade brasileira continuou sua tendência de queda iniciada na década de 1960, quando o número médio de filhos, por mulher, no Brasil, situava-se em torno de 6. Em 2000, a TFT do país atingiu 2,4 filhos por mulher, aproximando-se cada vez mais do nível de reposição. Estudos recentes indicam que esta situação já representa a realidade de várias áreas do país, como é o caso de diversas regiões do estado de São Paulo, e que o movimento declinante observado nas últimas décadas deverá continuar no futuro próximo, englobando a maioria da população brasileira (CARVALHO, 1998; RIOS NETO, 2000; CAMARGO e YAZAKI, 2002).

É este o quadro que moveu os Grupos de Trabalho em Reprodução Humana e População e Gênero, da ABEP, a promoverem o Seminário 'Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil'. Este evento objetivou reunir membros da academia, do governo e da sociedade civil organizada para realizar um debate sobre a trajetória das políticas públicas relacionadas aos direitos reprodutivos nos dez anos desde a Conferência do Cairo, no contexto de uma fecundidade declinante, chegando ao nível de reposição. Este texto apresenta as principais reflexões emanadas das discussões empreendidas durante o primeiro dia do seminário¹, de forma que se tenha configurado o panorama no qual se inserem os artigos que compõem esta publicação, principalmente no que diz respeito a características atuais e relevantes da fecundidade brasileira e suas implicações para a saúde e direitos reprodutivos. Os aspectos ressaltados na ocasião foram o alcance da queda da fecundidade no Brasil, tanto no que diz respeito às regiões do país, quanto no que se refere aos diferentes estratos sócio-econômicos – ao mesmo tempo em que uma parcela minoritária da população ainda detém taxas de fecundidade bastante elevadas –, o rejuvenescimento da estrutura etária da fecundidade no Brasil e o avanço das ações no campo da saúde da mulher.

De acordo com análise levada a cabo por BERQUÓ e CAVENAGHI (2004), utilizando dados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000, a TFT caiu em todo o país, até mesmo nas regiões mais pobres, como é o caso da população pobre, rural, de menor escolaridade, negra e/ou residente da região Nordeste, ainda que de

¹ A programação do seminário encontra-se no apêndice desta publicação.

forma relativamente mais lenta, quando comparado ao que ocorreu nas décadas anteriores e ao que vem ocorrendo com o restante da população. Além disto, a década de 1990 foi marcada por uma intensificação do rejuvenescimento da fecundidade no país. Em 1980 cabia às mulheres entre 25 e 29 anos de idade o maior número médio de filhos, entre aquelas na faixa de idade reprodutiva entre 15 e 49 anos de idade. O deslocamento desta concentração para o grupo de 20 a 24 anos deu-se, inicialmente, em 1991, e manteve-se em 2000, concomitantemente ao aumento da fecundidade no grupo etário de 15 a 19 anos de idade.

Não obstante o declínio do número médio de filhos por mulher no país, constata-se a existência de importantes diferenciais, segundo os estratos de educação e renda, dos indicadores de fecundidade. Segundo BERQUÓ e CAVENAGHI (2004), controlando-se por anos de estudo e rendimento médio familiar per capita, 6% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva se encontravam em um regime de alta fecundidade (5 ou mais filhos), em 2000, contra 11%, em 1991. Por outro lado, 42% das mulheres estavam vivendo em um regime de fecundidade abaixo da taxa de reposição, em 2000, ao passo que, em 1991, este número era de 35%. Os mulheres que apresentavam fecundidade mais elevada em 2000 eram aquelas com rendimento domiciliar mensal per capita até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e com até três anos de estudo.

Os dois últimos censos indicam, também, um aumento de 25% da fecundidade entre jovens e adolescentes, com diferenças substanciais segundo as camadas socioeconômicas (op. cit., 2004). Estas diferenças são realçadas quando se compara os dois extremos de renda e escolaridade mencionados acima. Em 1991, os grupos de menor e maior escolaridade e renda apresentavam uma fecundidade de 146 e 12 por mil, respectivamente. Em 2000, verificou-se um aumento de 52.2% no primeiro grupo, cuja fecundidade chegou a 223 por mil, enquanto que para o segundo grupo, o aumento foi de 8.3%. Este crescimento foi mais expressivo entre as jovens menos escolarizadas, mais pobres, na região Sudeste e nas áreas urbanas (op. cit., 2004).

Os dados dos censos demográficos mostram, portanto, que o Brasil está atingindo níveis baixos de fecundidade – e abaixo do nível de reposição –, com uma concentração nas idades mais jovens e um hiato substancial entre um contingente menor de mulheres que apresenta taxas tão altas quanto as observadas no início do processo de declínio, e outro, de maior escolaridade e renda, que detém taxas tão baixas quanto aquelas observadas em países denominados *low-low fertility countries* (TFT abaixo de 1,6), tais como Itália, Espanha e países do leste Europeu (KOHLENER, BILLARI e ORTEGA, 2002).

Segundo Elza Berquó (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD), o contingente de mulheres com fecundidade alta correspondia a um total aproximado de 2,8 milhões de mulheres, em 2000, isto é, um percentual reduzido em relação ao número total de mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Neste

aspecto, Joseph E. Potter (University of Texas at Austin) argumentou que o número ideal de filhos entre os diferentes grupos, segundo a escolaridade, das mulheres brasileiras é bastante próximo, situando-se pouco acima de 2. Se o ideal de filhos tende a convergir, então diferenças nos níveis de fecundidade, segundo o estrato socioeconômico, resultariam de obstáculos e dificuldades de se implementar adequadamente preferências reprodutivas. Diante deste quadro, José Alberto Magno de Carvalho (Cedeplar-UFMG) asseverou que é possível pensar em um processo de difusão que poderia levar à convergência para o mesmo nível de fecundidade, abaixo da reposição, de cerca de 80 a 90% da população brasileira. Não se deve minimizar, segundo ele, o fato de que muitas mulheres encontram-se à margem do processo de queda da fecundidade, o que cria a necessidade de se desenvolverem projetos que favoreçam este subgrupo populacional, de modo geral o mais pobre do país.

Advertiu-se, porém, que, se é bastante provável a associação entre alta fecundidade com vulnerabilidade social e, por conseguinte, com saúde reprodutiva precária, não segue daí que baixa fecundidade represente uma meta a ser buscada ou imposta. Da mesma forma, baixa fecundidade não significa, necessariamente, que os demais aspectos fundamentais para uma saúde reprodutiva plena estejam sendo atendidos, nem a existência de condições propícias para uma vida sexual satisfatória e segura. A este respeito, o consenso entre todos os palestrantes foi o de que políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida da população, especificamente as relativas aos direitos reprodutivos, não devem ser pautadas pelo nível de fecundidade da população, mas sim pelo atendimento das necessidades dos grupos mais vulneráveis. Se, por um lado, é necessário reconhecer que o modelo de família pequena é muito difundido, isto não significa, por outro, que a família pequena deva ser tomada como o tamanho ideal ou que se deva partir do princípio de que ter muitos filhos é um valor negativo. Aponta, tão somente, para a necessidade de que haja espaço para a decisão individual e que seja garantido o conhecimento, escolha, acesso e uso adequado de métodos contraceptivos, principalmente para aquela parcela da população que depende do sistema de saúde pública.

Especificamente no campo das ações e iniciativas públicas, Tânia Lago (Comissão de Cidadania e Reprodução) apresentou as ações realizadas no âmbito das políticas nacionais de saúde da mulher entre os anos de 1998 e 2000, pelo Ministério da Saúde, referentes, especificamente, à maternidade e à contracepção. Fazendo um balanço da gestão da qual ela participou, apontou que a definição de uma política operacional de prioridade da saúde da mulher foi o carro-chefe da implementação das metas, que o aumento dos recursos e incentivos financeiros estimularam as melhorias em termos de saúde da mulher e que sem as leis estabelecidas no período, a maioria dos municípios não teria implementado as políticas estabelecidas.

Regina Viola (Ministério da Saúde) apresentou as estratégias e ações a serem desenvolvidas, entre 2004 e 2007, com a finalidade de alcançar cada um dos objetivos específicos do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da mulher. Em linhas gerais, os objetivos específicos giram em torno da ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica e redução da mortalidade materna e neonatal. Viola informou, ainda, que as metas estabelecidas durante a gestão anterior foram mantidas. Sueli de Oliveira Almeida (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Governo Federal) reiterou que a saúde reprodutiva da mulher é uma preocupação do Governo como um todo, e não especificamente do Ministério da Saúde. Falou ainda da necessidade de rever a legislação sobre aborto e violência contra a mulher, bem como de se promover uma jornada para a legalização do aborto.

Lorena Bernadete da Silva (UNESCO) apresentou os resultados de pesquisa, quantitativa e qualitativa, realizada pela UNESCO com jovens em escolas de onze capitais estaduais do Brasil, abordando temas como iniciação sexual, gravidez, métodos contraceptivos, aborto, violência, preconceitos e discriminação. Silva apontou uma série de recomendações para melhorar o quadro encontrado, tais como abrir espaço das escolas nos finais de semana, considerar a diversidade regional, capacitar professores para lidar com questões relacionadas à sexualidade, iniciando as mudanças pela escola.

Reconheceu-se, durante o seminário, que não se deve subestimar os avanços das políticas sociais e a ampliação do acesso a serviços públicos de assistência à saúde e à educação no período recente da história brasileira, principalmente com relação à saúde reprodutiva. Por outro lado, os diferenciais e a concentração da fecundidade em idades mais jovens podem estar associada a condições de saúde reprodutiva ainda aquém da ideal para um número importante de brasileiras e brasileiros. Os elementos debatidos no seminário e apresentados nesta introdução revelam a complexidade da questão dos direitos reprodutivos no Brasil, dez anos após a Conferência do Cairo, em um contexto de fecundidade cada vez mais baixa. Neste sentido, este livro representa uma contribuição importante ao apresentar a trajetória Cairo+10 no Brasil, reafirmar a Plataforma de Ação do Cairo e reiterar a importância dos compromissos assumidos em 1994.

A seguir, José Eustáquio Diniz Alves, analisa a trajetória histórica, no Brasil, das políticas públicas direta ou indiretamente associadas a população debruçando-se com especial atenção sobre o período pós 1960 e nos debates e fatos relevantes das décadas de 1980 e 1990. Com isto, o autor apresenta um quadro conciso e claro do contexto nacional atual e das interfaces entre Estado e os diversos atores da sociedade civil, à luz da Plataforma de Ação da CIPD. Apesar da Plataforma de Ação da CIPD ter representado um consenso entre os países afiliados à Organização das Nações Unidas, tal consenso não se deu sem críticas, controvérsias e resistências

provenientes de todo o espectro político, antes, durante e depois da Conferência do Cairo. Sônia Corrêa traça a origem e a natureza das forças “inimigas do Cairo” no texto ‘Cairo+10: a Controvérsia que não acabou’. Fátima Oliveira apresenta ‘Um Olhar Feminista sobre o Cairo+10’ a partir de uma perspectiva de anos de participação ativa e abnegada. Ao fazê-lo, Oliveira oferece um testemunho da experiência e do aprendizado adquirido na linha de frente em defesa tanto da agenda quanto da implementação das ações do Cairo. Finalmente, Tânia Patriota encerra esta publicação fazendo um balanço dos avanços alcançados e dos desafios a serem enfrentados no texto ‘Cairo+10: os Desafios no Brasil e na América Latina’.

“O Choque de Civilizações” *versus* Progressos Civilizatórios

José Eustáquio Diniz Alves*

O objetivo deste texto é abordar o controverso tema das políticas populacionais, não de maneira exaustiva, mas como uma exploração inicial de um terreno minado e cheio de armadilhas. O texto não pretende responder todas as questões envolvidas no tema, mas sim dar destaque à relação entre as políticas populacionais e os direitos reprodutivos.

O debate sobre as políticas populacionais é, geralmente, controverso e evitado de conotações ideológicas, por isto mesmo, cercado de tabus. Foi o reverendo Thomas

* Professor titular do mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais da Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE – do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Malthus, em 1798, quem primeiro colocou, sem rodeios, a população como culpada pelos seus próprios males e como o principal obstáculo ao desenvolvimento econômico e social. As afirmações do pastor Malthus ecoaram ao longo dos tempos e pairaram como uma sombra pessimista à espreita dos momentos difíceis. A metáfora da “bomba populacional” propagou imagens catastróficas. No contexto da Guerra Fria, as disputas ideológicas se concentraram em duas alternativas antagônicas: o controle da natalidade *versus* as políticas desenvolvimentistas.

Contudo, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, as questões relativas à população e desenvolvimento ganharam novos elementos consagrando-se a noção dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos inalienáveis das cidadãs e cidadãos de todo o mundo. O ambiente pós-Guerra Fria e o ciclo de Conferências Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) ajudaram na criação do Consenso do Cairo.

A questão das políticas populacionais no Brasil, ao longo das três últimas décadas do século XX, ficou muito contaminada por uma associação espúria entre política populacional, planejamento familiar e controle da natalidade. Entretanto, estes três conceitos não são sinônimos. Uma política populacional refere-se aos três componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, natalidade e migração. Planejamento familiar, apesar de ser um termo ambíguo, tem a ver com idade do casamento e do primeiro filho, espaçamento das gestações, terminação da parturição e métodos de concepção e contracepção. O controle da natalidade, enquanto livre decisão da pessoa ou do casal é um direito, mas como uma imposição estatal e como uma ideologia neomalthusiana é uma forma coercitiva de retirar direitos e atribuir à população problemas que não são dela.

A população já foi tratada como o bode expiatório e a culpada pelas mazelas do desenvolvimento econômico. Já foi utilizada, também, como arma de disputa ideológica entre as forças de esquerda (socialista) e de direita (capitalista). Recentemente, a população tornou-se uma referência para “O choque de civilizações”. Exatamente, por isto, as políticas populacionais devem ser pensadas em seu contexto universal e, os direitos reprodutivos, como uma conquista que faz parte dos progressos civilizatórios da humanidade.

As Políticas Populacionais: Quadro Sintético

O ser humano, na clássica definição de Aristóteles, é um animal político (*zoon politikon*). Nas comunidades organizadas (*polis*) a política surge da necessidade de construção do bem comum e da existência simultânea de diferentes grupos e, conseqüentemente, de diferentes interesses e tradições, dentro de uma unidade territorial que necessita ser regida por uma legislação normativa. Segundo o

Dicionário de Ciências Sociais (1987), a política é uma atividade livre que se formaliza através das normas jurídicas orientada para a realização de fins e para a seleção dos meios adequados. O mesmo dicionário define da seguinte maneira a política populacional:

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

Nota-se, assim, vários elementos nas definições acima relacionadas. A política é entendida como um processo por meio do qual interesses são transformados em objetivos e os objetivos são conduzidos à formulação de tomada de decisões. As políticas populacionais ocorrem através de ações voltadas para a dinâmica demográfica visando o bem público e o acesso da população às fontes de emprego, ao sistema de educação, aos programas de saúde e outros direitos econômicos, sociais e culturais. As políticas populacionais podem ter um caráter *ex post*, ou serem concebidas *ex ante*, isto é, como medida preventiva para atender eventualidades futuras mais ou menos previsíveis. Elas não são abstratas, mas sim sociais e históricas. Desta forma, as ações e os discursos políticos referentes à população não estão isentos de uma forte carga doutrinária e ideológica (CAMARGO,1982).

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

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

Quadro 1

Políticas Populacionais	
Sobre a dinâmica demográfica	Mortalidade/esperança de vida Natalidade/fecundidade/fertilidade Migração nacional e internacional Nupcialidade
Sobre o ritmo de crescimento	Expansionista (natalista) Reduccionista (controlista) Neutra (<i>laissez-faire</i>)
Sobre o nível de aplicação	Individual Familiar (casal) Institucional (coletivo)
Sobre o caráter das políticas	Pública Privada
Sobre a transparência dos objetivos	Implícitas Explícitas
Sobre a finalidade dos propósitos	Intencionais/antecipadas (<i>stricto sensu</i>) Não-intencionais/não-antecipadas (<i>lato sensu</i>)
Sobre o caráter da implantação	Democrática/consensual (“modelo sueco”) Autoritária/coercitiva (“modelo chinês”)
Sobre a tempestividade das ações	Proativa (prevenir) Reativa (remediar)

Das Políticas Populacionais Expansionistas ao Discurso da Neutralidade

A história moderna da América Latina e do Brasil é parte constitutiva da expansão europeia no novo mundo. Desde a chegada de Cristóvão Colombo, em 1492, e de Pedro Álvares Cabral, em 1500, até meados do século XX, as políticas populacionais tanto da América espanhola, quanto da América portuguesa, sempre foram, explícita ou implicitamente, expansionistas e pró-natalistas. Com populações relativamente pequenas e territórios escassamente povoados, era quase natural que as nações latino-americanas adotassem medidas de crescimento da população e de ocupação dos “espaços vazios”, isto é, vazio da dominação humana europeia. Segundo MIRÓ (1987), uma síntese das políticas populacionais na América Latina pode ser encontrada nas palavras de um diplomata argentino: “Governar é povoar”.

A Coroa Portuguesa só começou a povoar de fato o Brasil nos anos de 1530. A introdução da lavoura canavieira, alimentada pelo trabalho escravo trazido da África, garantiu as bases econômicas da colonização, enquanto os jesuítas garantiam a evangelização e a difusão da religião católica, da cultura e da língua portuguesa. Estimativas da população brasileira em 1798 apontam para uma população branca europeia (principalmente portugueses) representando um terço da população de

pouco mais de 3,2 milhões de habitantes, sendo que a população negra representava mais de três quintos do total e os escravos representavam quase a metade de todos os brasileiros no fim do século XVIII, ficando a população indígena representava por apenas 7,8% do contingente total¹. De acordo com os dados registrados no primeiro censo realizado no país, em 1872, a participação da população européia havia crescido para 38%, devido à vinda de imigrantes de outros países além de Portugal e diminuiu um pouco a participação da população de origem africana, de 61% para 58% (mas aumentou muito o número de africanos e afrodescendentes livres, diminuindo o número de escravos). A população indígena também diminuiu em termos relativos, apesar de ter crescido em termos absolutos (LIVI-BACCI, 2002).

Com o fim do trabalho escravo, em 1888, o Estado brasileiro passou a promover políticas explícitas de atração de imigrantes europeus (inclusive com objetivos de “branqueamento” da população) e, depois de 1908, de imigrantes japoneses. O Estado de São Paulo, grande produtor de café no século XIX, participou ativamente do processo de atração da imigração de mão-de-obra estrangeira, que veio substituir o trabalhador agrícola escravo e iniciar, nas cidades, pequenas oficinas e indústrias de pequeno porte (CAMARGO, 1980). A partir da década de 1920 houve uma diminuição da contribuição da imigração internacional para o crescimento da população brasileira e aumentou os fatores internos do crescimento. O êxodo rural e as migrações internas passaram a ter grande importância na distribuição espacial da população brasileira.

Segundo MIRÓ (1987), os países latino-americanos adotaram, no século XX, além de políticas imigratórias ativas, várias disposições legais com aberto propósito natalista. Estas disposições eram de natureza variada, sendo as mais notórias as que se materializavam em programas de proteção à família, à maternidade e à infância. Foram importantes os sistemas de salário-família. Por outro lado, a grande maioria dos países da região proibia o aborto, a esterilização e consideravam ilegal a venda e a propaganda de produtos contraceptivos. Mas apesar das posições expansionistas, apenas um país, o México, havia legislado (através da Lei geral de população de 1947) com o propósito expresso de estimular o crescimento da população.

Em parte, as medidas pró-natalistas visavam a se contrapor às altas taxas de mortalidade que prevaleceram na maior parte da história do país. Além disto, como mostrou PAIVA (1985), o tipo de organização da atividade econômica prevalecente no Brasil até meados do século XX (economia de subsistência, colonato e parcerias

¹ Nos primeiros três séculos após a chegada de Cabral, a população indígena passou por um processo de depopulação e quase extermínio devido, dentre outros fatores, à difusão de várias doenças e epidemias trazidas pelo colonizador europeu.

agrícolas) favorecia um padrão de casamento precoce e a adoção de famílias numerosas que atuavam em conjunto na atividade agrícola. Este padrão demográfico brasileiro era apoiado pela ideologia da Igreja – que pretendia aumentar o número de fiéis - e do Estado - que via no alto crescimento demográfico o caminho para a afirmação nacional e a defesa do território contra ameaças externas. A percepção de um país frágil, com baixa densidade demográfica, contrastava com o desejo expresso na letra do hino nacional brasileiro, de um “Gigante (...) deitado eternamente em berço esplêndido”. O “Brasil-Potência” sempre foi um sonho recorrente da opinião pública nacional, como mostraram MERRICK e GRAHAM (1981):

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

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

SOBRINHO (1993), considera que existia uma coalizão anticontrolista no Brasil que permaneceu hegemônica até o final da década de 60 e CANESQUI (1985, p. 3) mostra que, mesmo com as precárias condições de vida e a falta de investimentos no bem-estar qualitativo da população, os dois primeiros governos militares deram apoio às concepções pró-natalistas:

“A doutrina da Segurança Nacional, adotada pelo regime militar no período 1964-1970, assegurou a posição natalista, incluindo expectativas quanto ao crescimento demográfico e o preenchimento dos espaços vazios de regiões a serem colonizadas (Amazonas e Planalto Central). Esta preocupação ficou bastante clara no Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970) do governo Costa e Silva. Este mesmo governo reafirmou suas convicções natalistas face ao desenvolvimento e à segurança, em mensagem dirigida ao Papa Paulo VI, por ocasião da publicação da Encíclica *Humanae Vitae* (1968) de forma a não contrariar a posição oficial da Igreja Católica, diante da política controlista da natalidade”.

Desta forma, podemos observar que as elites brasileiras, até o início da década de 1970, não viam o alto crescimento populacional como um obstáculo ao crescimento econômico. As altas taxas de crescimento do PIB brasileiro entre 1968 e 1973, período conhecido como “milagre brasileiro”, eram tomadas como demonstração de que existia sinergia entre dinâmicas populacionais e econômicas elevadas. Esta era a posição assumida por algumas autoridades, como o influente ministro Delfim Neto. Durante o período mais duro do regime militar - governo Médici - a opinião majoritária das elites políticas e econômicas do país era contra o controle da natalidade. A construção da rodovia Transamazônica e os diversos projetos de colonização do Norte do país atestam a preocupação dos militares em promover políticas migratórias de ocupação da Amazônia. Quanto à natalidade, o Brasil adotou posições claramente contrárias à limitação do crescimento populacional na Conferência sobre o Meio Ambiente, em Estocolmo, em 1972, e nas reuniões preparatórias para a Conferência Mundial de População de 1974, realizadas em Genebra em 1973 (MERRICK e GRAHAM, 1981).

Todavia, a posição do governo não era monolítica e já existiam autoridades apontando para os efeitos adversos do alto crescimento demográfico. Com a crise econômica que teve início com o “choque do petróleo” no final de 1973 e se aprofundou com a recessão econômica provocada pelo “choque da dívida externa” nos anos de 1981 a 1983, os sonhos do “Brasil-Potência” deram lugar aos pesadelos do desemprego, da violência e da pobreza. As preocupações demográficas se viram conformadas em um outro cenário. No plano político, os militares trocaram a doutrina de defesa das fronteiras em face das “ameaças externas”, para a doutrina do combate aos distúrbios internos. No plano econômico, aconteceu o inverso, as políticas de fortalecimento do mercado interno (grande população com alto consumo) se viram suplantadas pelas políticas de promoção das exportações e contenção do consumo interno. A própria Igreja Católica diminuiu a ênfase na defesa das teses natalistas e, ao invés da quantidade, passou a defender, prioritariamente, a “qualidade de vida dos brasileiros”.

Neste quadro, diminuiu a força da coalizão pró-natalista, embora não houvesse uma reviravolta no sentido de se implantar políticas populacionais controlistas, como ocorreu, por exemplo, no México e, especialmente, na China. O discurso oficial, no Brasil, passou a ser o da neutralidade política, com base no princípio da não-intervenção estatal sobre a dinâmica demográfica. O discurso da neutralidade em relação ao “corpo social” tornou-se uma solução de compromisso entre as duas perspectivas antagônicas. A recusa em se estabelecer metas populacionais passou a ser a posição oficial do país nos Fóruns Internacionais. No plano nacional, parece que as forças natalistas se contentaram com o fato de a população continuar crescendo devido ao efeito da inércia demográfica e as forças controlistas se

contentaram com o fato de a fecundidade estar caindo rapidamente, desacelerando, conseqüentemente o ritmo do crescimento populacional.

Na década de 1980, com o processo de democratização do país, a discussão sobre o tamanho e o ritmo de crescimento da população, no plano macro, cedeu espaço para o debate sobre as condições de vida dos brasileiros, sobre as desigualdades sociais e regionais e sobre a degradação do meio ambiente. Por outro lado, cresceu a discussão, no plano micro, sobre a regulação da fecundidade e o planejamento familiar, não no sentido de definir o volume da população, mas como um meio de as pessoas (ou casais) estabelecerem o tamanho de família desejado.

Da Regulação da Fecundidade à Lei do Planejamento Familiar

A transição da fecundidade no Brasil aconteceu sem que o país tivesse uma política populacional controlista. Aliás, as taxas de fecundidade começaram a cair na década de 1960, quando a legislação e a ideologia predominante eram implícita ou explicitamente pró-natalistas. As causas da transição da fecundidade no Brasil são complexas e multifacetadas e existem várias abordagens teóricas que apontam explicações, de maneira complementar, para este importante fenômeno social. CARVALHO, PAIVA e SAWYER (1981) argumentam que o processo de proletarização do país e a diversificação da cesta de consumo contribuíram para desestabilizar o padrão de casamento precoce e a elevada fecundidade marital. FARIA (1989) mostra que quatro políticas sociais implantadas ou expandidas após 1964 (crédito direto ao consumidor, telecomunicações, previdência e saúde) tiveram efeitos não-antecipados no sentido de reduzir o tamanho desejado das famílias. MERRICK e BERQUÓ (1983) mostram que o processo de industrialização, urbanização, aumento dos níveis educacionais e a entrada das mulheres no mercado de trabalho foram decisivos para a redução da fecundidade. ALVES (1994) mostra que as mudanças nas relações de gênero, devido à maior autonomia e status da mulher, foram um importante fator que contribuiu para a transição da fecundidade no Brasil. Por fim, todas as abordagens concordam que a queda das taxas de mortalidade, principalmente, a enorme redução da mortalidade infantil possibilitou o aumento da sobrevivência do número de filhos e contribuiu para a prática da regulação da fecundidade.

O desejo de reduzir o tamanho da prole fez crescer a demanda por métodos contraceptivos eficazes. Cresceu, portanto, a demanda por meios de regulação da fecundidade, quer se chame planejamento familiar, paternidade responsável ou responsabilidade compartilhada. O importante a notar é que a discussão sobre planejamento familiar saiu do nível coletivo/macro/social para o nível particular/micro/individual. Além disto, o debate saiu das áreas econômicas e ideológicas para

a área da saúde e, do enfoque controlismo *versus* natalismo, para o enfoque dos direitos humanos.

Criou-se a convicção que a questão da regulação da fecundidade deveria fazer parte da política de saúde pública do país e não ficar à mercê de entidades privadas ou do mercado (farmácias e rede de saúde privada), pois, na ausência de atuação governamental, a Sociedade Bem-estar da Família – BEMFAM – havia ampliado sua atuação no Brasil (CANESQUI, 1982). A primeira iniciativa governamental no sentido de oferecer serviços na área da reprodução se deu por meio do Ministério da Saúde que lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, contemplando a prevenção da gestação de alto risco. Mas o movimento feminista brasileiro, que iniciou um processo de reorganização a partir de 1975, questionou o enfoque limitado deste Programa e a concepção estreita de considerar a saúde da mulher apenas em seu papel materno. Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, a questão do planejamento familiar passou a ser defendida dentro do contexto da saúde integral da mulher.

O resultado foi o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, que concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção. O PAISM se propunha a atender a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, dando atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais.

No contexto do início dos anos 80, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania. Segundo CORRÊA e ÁVILA (2003, p. 19), a “saúde integral da mulher” surgiu como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: “nosso corpo nos pertence”. As autoras mostram que a questão da “saúde integral da mulher” era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e que se desdobrava em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos. Posteriormente, a discussão sobre saúde integral da evoluiu para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS, em 1988.

Com a criação do PAISM, as forças progressistas e, em especial, o movimento feminista, conseguiram colocar a questão do planejamento familiar no âmbito dos programas de assistência à saúde integral da mulher. O PAISM representou um grande avanço em relação a toda a discussão anterior, pois assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas ou controlistas das políticas macroeconômicas do país. Representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter dado pouca ênfase na responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade. Este tipo de enfoque foi importante para nortear os debates para a elaboração da Constituição Federal de 1988.

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

No final dos debates da Assembléia Constituinte, a redação aprovada no § 7º, do artigo 226 da Constituição brasileira de 1988, ficou assim: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

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

A questão da esterilização também não fez parte do texto constitucional. A ligação tubária era vetada pela legislação brasileira que a considerava crime de lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo. A esterilização voluntária era, portanto, interpretada como ofensa criminal e sua prática possibilitava uma penalidade de um a oito anos de reclusão. Todavia, como mostraram PERPÉTUO e WAJNMAN (1998) a esterilização feminina se tornou o método mais utilizado dentre todos aqueles disponíveis para anticoncepção. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, a esterilização feminina consistia em 52,0% de todos os métodos contraceptivos utilizados, seguida em segundo lugar e com considerável distância, pela pílula, usada por 27,0% da população feminina. A esterilização masculina, por outro lado, é menos comumente praticada (2,4%) do que métodos tradicionais como a abstinência periódica (4,0%) e o coito interrompido (4,0%). Ainda de acordo com a PNDS 1996, mais de 50,0% de todas as esterilizações ocorreram durante um nascimento por cesariana (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2002).

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

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

Desta forma, pode-se perceber que nas décadas de 1980 e 1990 o Brasil conseguiu implantar uma legislação regulando a prática do planejamento familiar. Isto não quer dizer que o país adotou uma política populacional controlista ou natalista. O Estado brasileiro continuou reafirmando a posição contrária as metas demográficas. O que houve foi um reconhecimento que a população estava demandando meios para o controle da natalidade. Como mostrou FARIA (1989), existia uma questão não

resolvida no processo de transição da fecundidade no Brasil. As transformações estruturais e institucionais ocorridas no país, principalmente após 1964, fizeram que, de maneira não-antecipada, houvesse uma maior demanda pela regulação da fecundidade. Contudo, o Estado não forneceu as informações e os meios para o atendimento das necessidades da população. As camadas sociais mais abastadas da sociedade, que geralmente tem acesso à informação e a níveis mais elevados de escolaridade, conseguiram comprar os meios contraceptivos no mercado (farmácias e rede de saúde). Mas as camadas sociais mais pobres não tinham recursos para obter os meios de regular a fecundidade. Faria, chamou de “efeito perverso” esta situação em que tanto os pobres quanto os ricos queriam controlar a fecundidade, mas somente os segundos conseguiam fazê-lo. Assim, não é de se estranhar que muitas mulheres pobres só tivessem acesso à esterilização via a intermediação de políticos à caça de votos (CAETANO, 2001).

Mesmo depois da aprovação da Lei do Planejamento Familiar, em 1996, a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa devido à crise fiscal do Estado brasileiro. O fato é que as famílias mais pobres não podem exercer de maneira plena os seus direitos à autodeterminação reprodutiva. Não há empecilho para os casais que querem ter “quantos filhos Deus mandar”. Contudo, a situação é dramática para quem quer limitar ou espaçar o número de filhos e não possui os meios para adquirir os métodos contraceptivos no mercado. Assim, a gravidez indesejada é uma realidade e afeta tanto a mulher, que se vê forçada a carregar uma gestação não planejada, quanto as crianças, que foram concebidas não pela vontade soberana dos seus progenitores. Não é de se estranhar, pois, que a gravidez na adolescência seja um tema em constante debate no país (CORRÊA, 2004). Apesar de toda a legislação existente no Brasil, as comunidades locais e muitos médicos continuam desconhecendo a Lei 9.263/96, fazendo com que a população pobre tenha de recorrer a outros meios de oferta contraceptiva para suprir a ausência ou insuficiência do serviço público de saúde (CAETANO e POTTER, 2004)

Os Direitos Reprodutivos e a Conferência do Cairo

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

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

A delegação brasileira teve papel importante na Conferência do Cairo e ajudou a construir as mudanças no posicionamento adotado em relação às conferências anteriores. A Plataforma do Cairo contou com o avanço teórico e de instrumentos internacionais do ciclo de Conferências Sociais da ONU e também se beneficiou da conjuntura favorável, tanto em termos demográficos, quanto políticos. A queda generalizada da fecundidade, no mundo, facilitou a mudança de paradigma, do planejamento familiar para os direitos sexuais e reprodutivos. Por outro lado, o fim da Guerra Fria atenuou as disputas ideológicas e possibilitou um maior fluxo de negociações e a criação de alianças temporárias entre os diversos países presentes. As diversas Conferências Internacionais da ONU - as três Conferências das Mulheres em 1975, 1980 e 1985, as duas conferências sobre Meio Ambiente em Estocolmo, 1972 e Rio de Janeiro, 1992, Conferência de Educação na Tailândia, em 1990, a Conferência de Direitos Humanos de Viena de 1993, etc. contribuíram em muito para o sucesso do Cairo.

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

A Plataforma de Ação aprovada na CIPD do Cairo é considerada uma “mudança de paradigma” que instituiu a prevalência de um enfoque humanista no trato do problema populacional (Alves, 1995). Para o economista indiano, ganhador do Prêmio Nobel, Amartya Sen (1995) o Programa de Ação do Cairo permitiu superar

duzentos anos de pessimismo e autoritarismo malthusiano, resgatando a perspectiva otimista do Marquês de Condorcet de que a cooperação pode prevalecer nas questões demográficas. Segundo CORRÊA e SEN (1999), a Conferência do Cairo contou com uma ampla pluralidade de vozes, o que foi um elemento fundamental na democratização do debate e na afirmação dos seguintes princípios:

- Reconhece o direito ao desenvolvimento como uma meta universal e inalienável, adicionando das preocupações sociais e ambientais, enfatizando a necessidade da erradicação da pobreza em geral, mas especialmente entre as mulheres, a necessidade da redução da produção e do consumo não-sustentáveis e a prioridade nos investimentos em seres humanos e na segurança alimentar;
- Reconhece as relações desiguais de poder e recursos entre os gêneros e avança na formulação do conceito de empoderamento das mulheres, ao mesmo tempo em que recomenda programas de educação dos homens voltados para a assunção de um comportamento mais responsável.
- Reconhece a multiplicidade de formas dos arranjos familiares existentes ao invés de aceitar um padrão único de família.
- Reafirma as definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre saúde sexual e reprodutiva e define os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.
- Reconhece o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública, o mesmo se aplicando à epidemia de HIV-AIDS.
- Estabelece regras de parceria e colaboração entre governos, ONGs e o setor privado e define recursos financeiros voltados para a regulação da fecundidade, os serviços de saúde reprodutiva, para HIV-AIDS e para a pesquisa e a coleta de dados.

A Conferência do Cairo consagrou a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Três atores tiveram papel fundamental: as feministas, os ambientalistas e os defensores dos direitos humanos. Mas as conquistas do Cairo não aconteceram sem resistências. As forças do conservadorismo moral e do fundamentalismo religioso tentaram inviabilizar o conteúdo final apresentado na Plataforma de Ação. Não conseguiram, mas mostraram que a bandeira dos direitos sexuais e reprodutivos encontra muitas resistências. Mostraram, também, que pelo menos na área da demografia, o conflito Leste *versus* Oeste não foi substituído pelo “choque de civilizações”, mas sim por interesses conservadores querendo barrar os progressos civilizatórios.

“O Choque De Civilizações” versus Progressos Civilizatórios

O fim da Guerra-Fria abriu a possibilidade de superação do embate entre neomalthusianismo e desenvolvimentismo que marcou a Conferência de Bucareste, em 1974, e que refletia as disputas ideológicas entre as forças socialistas e do

Terceiro Mundo, de um lado, e as forças do capitalismo desenvolvido, de outro. Os anos 90 pareciam estar principiando uma Nova Ordem Internacional onde prevaleceriam os princípios do Estado de Direito, da paz internacional e da democracia.

Entretanto, um novo paradigma das disputas internacionais viria a substituir o modelo bipolar capitalismo *versus* socialismo que marcou o conflito entre as nações no período 1945-1989. O novo modelo, conhecido como “Paradigma de Huntington”, estabelece que “o choque de civilizações” irá predominar na arena internacional em substituição ao conflito Leste *versus* Oeste e ao conflito Norte *versus* Sul. Neste arcabouço, as identidades culturais são os fatores que regem os padrões de coesão, desintegração e conflito da nova ordem mundial, sendo que as questões demográficas constituem parte importante do paradigma.

HUNTINGTON (1996) elabora cinco corolários de sua tese: 1) pela primeira vez na história, a política mundial é, ao mesmo tempo, multipolar e multicivilizacional, pois o processo de modernização não está construindo uma civilização universal; 2) o equilíbrio de poder entre as civilizações está se deslocando e o ocidente está perdendo terreno para as civilizações asiáticas, com o Islã explodindo demograficamente; 3) as principais divergências internacionais estão se dando entre os Estados líderes ou núcleos de suas civilizações; 4) as pretensões universalistas do Ocidente o levaram cada vez mais para o conflito com outras civilizações, de forma mais grave com o Islã e a China; 5) a sobrevivência do Ocidente depende de os norte-americanos reafirmarem sua identidade ocidental e de os ocidentais aceitarem que sua civilização é singular e não universal, e se unirem para renová-la e preservá-la diante de desafios por parte das sociedades não ocidentais.

A tese de Huntington foi apresentada em artigo publicado, originalmente, em 1993, mas o primeiro teste da sua teoria aconteceu no ano seguinte. Como mostrou o embaixador brasileiro, Lindgren Alves (1995), a Conferência do Cairo não foi marcada pelo “Choque de civilizações”, mas sim, por uma exagerada celeuma, antes e durante sua realização, em torno de questões que envolvem conceitos e valores de foro íntimo e conteúdo ético. As políticas populacionais, por sua própria natureza, causam muitas controvérsias, uma vez que tocam em aspectos sensíveis da vida, tais como a sexualidade, a procriação e as relações familiares. Exatamente por isso elas estão no centro de disputas ideológicas e morais. As Igrejas e os Estados-nação sempre buscaram controlar estes aspectos essenciais da vida, administrando não somente o “corpo social”, mas o corpo concreto das pessoas através da disciplina e do controle da vida produtiva e reprodutiva de homens e mulheres. Desta forma, a Conferência do Cairo não foi marcada pelo “Paradigma de Huntington”, mas pelo choque entre as forças seculares e as forças do fundamentalismo religioso:

“Ao descrever o paradigma do conflito entre civilizações, estas fundamentadas nas grandes religiões, como novo esquema conceitual sucessor da Guerra Fria, Huntington sequer contemplou a possibilidade, tão próxima no tempo, de uma aliança estratégica entre o dogma cristão e as tradições corânicas. E essa aliança, na forma de apoios mútuos e articulações de delegados, foi sensível, audível e visível nas deliberações do Cairo. Não havendo contemplado tal tipo de aliança, Huntington tampouco poderia prever as linhas de fissura intracivilizacionais e as novas formas de composição de grupos ensaiadas no Cairo para tratar do tema da população – e reconfirmadas posteriormente em Copenhague, nas discussões sobre o desenvolvimento social (...) Acima, portanto, das diferenças entre Oriente e Ocidente e entre formas de organização social coletivistas e individualistas, da contraposição política entre autoritarismo e democracia, das disputas socioeconômicas entre países ricos e países pobres, e das distinções e rivalidades entre as crenças coletivas de cada grupo de nações, o que se esboçou no Cairo não foi um conflito de civilizações, mas sim outro paradigma de antagonismo internacional, contrapondo fé e realidade social, religião e secularismo, teocracia e Estado civil” (ALVES, 1995, p. 9).

Realmente, existe uma polêmica se a noção de direitos humanos é universal ou apenas uma invenção Euro-americana. Contudo, existe consenso de que o “direito à vida” é um direito universal. Não há dúvida de que existe um desejo mundial na diminuição, ao máximo, das taxas de mortalidade e na elevação, ao máximo, da expectativa de vida da população. O controle sobre a morte precoce tem sido uma conquista da humanidade e um importante progresso da Civilização (com letra maiúscula, simbolizando todas as civilizações particulares). De maneira semelhante, pode-se dizer que o direito de “planejar” a vida seja também um direito universal. É exatamente neste sentido que se encaixa a definição de direitos reprodutivos estabelecidos na Conferência do Cairo:

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

Durante milênios a população mundial ficou à mercê do imprevisível e das forças do fatalismo. Mas, ao longo dos últimos duzentos anos, a humanidade veio aprendendo, progressivamente, a utilizar racionalmente os meios mais eficientes para reduzir a mortalidade e regular a fecundidade. Assim, a autodeterminação reprodutiva é uma conquista que faz parte do progresso civilizatório e representa um grande passo para a emancipação da humanidade e não um passo para o precipício da guerra entre culturas civilizatórias. Os diversos povos do mundo, independentemente de suas culturas, não podem ser objeto de disputa entre

fundamentalismos, patriarcalismos e tradicionalismos. Os cidadãos e as cidadãs do mundo precisam ser sujeitos dos seus destinos e, para tanto, precisam ter acesso ao que a Conferência do Cairo colocou como questão central das políticas populacionais: os direitos reprodutivos.

Conclusões: Nem Coerção, Nem Omissão

Existe um aspecto das políticas populacionais em que, certamente, há consenso universal. Trata-se do lema “viver mais e melhor”, isto é, viver com mais longevidade e com melhor qualidade de vida. Porém, os problemas populacionais não se resumem a esta questão, pois o volume e o ritmo de crescimento são elementos que são afetados pelos três componentes da dinâmica demográfica.

No plano macro, a política populacional no Brasil, nos últimos trinta anos, tem sido marcada pelo discurso da neutralidade (*laissez-faire*), onde o governo não estabelece metas nem de aumento e nem de redução do volume ou do ritmo de crescimento da população. Esta posição brasileira talvez tenha sido a melhor solução de compromisso para evitar o confronto político entre as forças natalistas e as controlistas. O Brasil encontra-se em uma situação confortável, pois mesmo sendo o quinto país em número de habitantes do mundo, possui uma baixa densidade demográfica e caminha para uma situação próxima da estabilidade populacional.

O mesmo não acontece com outros países do mundo. Não se trata de “choque de civilizações”, mas existem países que ainda apresentam taxas de fecundidade muito altas, enquanto outros apresentam taxas de fecundidade muito abaixo do nível de reposição. Nestes casos, uma postura de neutralidade pode se tornar, simplesmente, uma inação ou uma omissão. Já existem experiências de políticas populacionais cooperativas e democráticas, como na Suécia que, desde a década de 1930, possui políticas de incentivo à natalidade que foram estabelecidas de forma democrática e sem qualquer tipo de coerção (FARIA, 1997). Porém, ao contrário do “modelo sueco” existe o “modelo chinês” que se baseia em medidas coercitivas de limitação compulsória do tamanho da família (MUNDIGO, 1987; LI, 1995). Na ampla diversidade internacional, o desafio é estabelecer políticas demográficas democráticas com respeito aos direitos reprodutivos.

A Conferência do Cairo rompeu com a idéia malthusiana da população como vilã e causadora da pobreza ubíqua. Ao contrário, a Plataforma de Ação da CIPD defendeu a erradicação da miséria e das desigualdades sociais, raciais e de gênero, por meio de investimentos na melhoria da qualidade de vida, no desenvolvimento econômico e ambiental sustentáveis e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Entretanto, as conquistas do Cairo estão constantemente ameaçadas pelas posturas retrógradas das forças do conservadorismo moral e do fundamentalismo religioso,

que pretendem disciplinar e controlar o “corpo social”, a sexualidade e a reprodução das pessoas.

O Brasil do século XXI não ficou imune aos embates internacionais e nem esqueceu totalmente os velhos debates entre controlismo e natalismo. No decorrer do governo Lula, o debate sobre políticas populacionais e o planejamento familiar voltou a ocupar o noticiário nacional. Surgiram propostas de controle coercitivo da fecundidade da população pobre, preocupações exageradas com a gravidez de adolescentes, e, até mesmo, posturas natalistas indicando que o Brasil deveria dobrar a população². Em contraposição, muitas pessoas e organizações da sociedade civil se manifestaram no sentido de defender o planejamento familiar, não como uma proposta neomalthusiana com o objetivo de reduzir a fecundidade dos pobres, mas como um meio de viabilizar a regulação da fecundidade e garantir o pleno exercício dos direitos reprodutivos.

Na verdade, o Brasil já tem os instrumentos legais e institucionais para atender a demanda por métodos contraceptivos. O parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal garante o planejamento familiar como uma livre decisão do casal, cabendo ao Estado fornecer os recursos para o atendimento deste direito, vedada qualquer prática coercitiva. A Lei do Planejamento Familiar (n. 9.263/96), entende o “planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, continua sendo uma importante referência no trato das questões reprodutivas. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma concepção de cobertura ampla e universal e, teoricamente, deveria ser capaz de atender a demanda de concepção e contracepção.

Portanto, basta colocar em prática os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro para que o país respeite os direitos reprodutivos e as concepções demográficas aprovadas no Cairo. Porém, existe uma longa distância entre intenção e gesto. Muitas das concepções corretas firmadas na legislação e nos planos governamentais ficam apenas no papel ou têm aplicação limitada. Nem tudo são flores na área populacional. Existem espinhos, como as divergências em relação ao

² O médico Drauzio Varella (2003) relacionou a alta fecundidade dos pobres com a violência e chegou a falar da gravidez na adolescência como uma “epidemia”, argumentando, também, que a população pobre brasileira tinha uma “fecundidade africana”. Em 2004, o jornal Folha de São Paulo publicou matéria dizendo que a então ministra Emília Fernandes planejava instituir o planejamento familiar como um contrapartida do Programa Bolsa-família (depois houve recuo da ministra), apesar da Dra. Ana Fonseca, coordenadora do Programa, ter descartado tal exigência. Já o ministro Patrus Ananias disse, repetindo o Papa Paulo VI, que o Brasil não precisava “diminuir o número de participantes no banquete e sim aumentar a oferta de alimentos” e chegou a indicar uma população de 350 milhões de habitantes para o país.

aborto. Não existe acordo e, talvez, nunca haja consenso quanto ao tamanho ideal da população brasileira. Todavia, no estágio atual dos conhecimentos e das práticas reprodutivas existentes o maior perigo não vem de divergências teóricas ou de disputas ideológicas, mas sim da falta de compromisso prático com os direitos elementares dos cidadãos e cidadãs do país e da inação e omissão das autoridades nacionais diante de suas obrigações legais e constitucionais.

O Brasil, através da ação coordenada pelo Itamaraty, teve um papel de vanguarda no Cairo, em 1994. Na rodada do Cairo+10, em 2004, a delegação brasileira tem atuado na trincheira da defesa da Plataforma do Cairo em oposição às forças do conservadorismo moral e do fundamentalismo religioso. Vencida esta batalha de resistência contra as alternativas de retrocesso, é preciso apostar no progresso, definindo políticas populacionais democráticas com base na indivisibilidade dos direitos humanos e ambientais. A transição demográfica e baixas taxas de mortalidade e fecundidade são instrumentos de emancipação na medida em que a população deixa a tutela das forças naturais para se tornar tutora do seu próprio destino (Alves, 2002). Tendo como referência princípios universalistas, a demografia tem instrumentos para contribuir, junto com outras disciplinas, para a paz entre as civilizações e o bem-estar da humanidade.

Referências Bibliográficas

ALVES, J. A. L. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 12, n. 1-2, jan/dez 1995.

ALVES, J. E. D. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil**. 1994. 152f. (Tese de Doutorado), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, 1994.

_____. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Texto para Discussão, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/textodiscussão/textodiscussao.html>.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, E.D.; ROCHA, M.I.B (Org.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**: temas e problemas. Campinas, NEPO/ UNICAMP, 1998.

BERQUÓ, E. e CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, Ouro Preto, MG, 4-8 de novembro de 2002. **Anais...** ABEP, 2002. Disponível em: www.abep.org.br.

CAETANO, A.J. "Fertility transition and the diffusion of female sterilization in northeastern Brazil: the roles of medicine and politics." **Anais**, XXIV Conferência da IUSSP, Salvador, 2001.

CAETANO, A. J., POTTER, J. Politics on female sterilization in Northeast Brazil. **Population and Development Review**, Nova York, 30 (1): 79-108, 2004.

CAMARGO, Cândido P. F. Sociedade, Estado e população. In: SANTOS, J.L. et al. **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo, Editora TAQ, 1980.

CAMARGO, Cândido P. F. Política populacional no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, ES, 1982. **Anais...** SP: ABEP, 1982, pp. 85-100.

CANESQUI, Ana M. Notas sobre a constituição da política de planejamento familiar no Brasil: 1965-1977. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, ES, 1982. **Anais...** São Paulo: ABEP, 1982, pp. 101-130.

CANESQUI, Ana M. Planejamento Familiar Campinas, **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 2, n. 2, jul/dez, pp. 1-20, 1985.

CARVALHO, J.A.M.; PAIVA, P.T.A.; SAWYER, D.R. **A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1981. (Monografia, 12).

CAVENAGHI, Suzana. **Female sterilization and racial issues in Brazil**. (Dissertação de Mestrado) University of Texas at Austin, 1997.

CORRÊA, Humberto. **A fecundidade na adolescência: a interpretação de um problema ou um problema de interpretação?** (Dissertação de Mestrado) Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, 2004.

CORRÊA, S. e ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.), **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

CORRÊA, S. e SEN, G. **Cairo + 5: no olho da tempestade**. Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania, 1999.

DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1987.

FARIA, V.E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: **CIÊNCIAS sociais hoje**. São Paulo, ANPOCS, 1989.

FARIA, Carlos A. A “questão populacional” e a conformação do estado de bem-estar na Suécia. Campinas, **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 14, n. 1/2, p. 73-96, 1997.

HUNTINGTON, Samuel. **O choque de civilizações: e a recomposição da ordem mundial**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

LI, J. One-child policy: how and how well it worked? A case study of Hebei province, 1979-88. **Population and Development Review**, v. 21, n. 3, pp. 563-585, 1995.

LIVI-BACCI, M. 500 anos de demografia brasileira: uma resenha. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19 n. 1, pp. 141-160, 2002.

MERRICK, T.W, GRAHAM, D. **População e desenvolvimento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MERRICK, T.; BERQUÓ, E. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington DC: National Academy Press, 1983.

MIRÓ, C. Políticas de população na América Latina em meados de 1985: um panorama confuso. Campinas, **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 4, n. 1, pp. 87-94, 1987.

MIRÓ, Carmen, POTTER, Joseph. **Population policy: research priorities in the developing world**. Londres: Frances Pinter; 1980.

MUNDIGO, Axel. Os casos de China e Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 4, n. 1, pp. 77-86, 1987.

PAIVA, P.T.A. O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil. In: MIRÓ, C. et al. **Transição da fecundidade: análises e perspectivas**. São Paulo: CLACSO, 1985.

PERPÉTUO, I.H. e WAJNMAN, S. A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 10, n. 1/2, 1993.

ROCHA, M. I. B. O parlamento e a questão demográfica: um estudo do debate sobre o controle da natalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional, Campinas, Texto Nepo 13, 1987.

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

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

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

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

Cairo+10: a controvérsia que não acabou

Sônia Corrêa*

Como bem sabemos debate sobre população e desenvolvimento tem sido, desde o século XVIII, atravessado por controvérsias agudas. Na própria conferência do Cairo, em 1994, muito embora tenha sido possível construir um novo consenso sobre esta correlação – ancorado em princípios de direitos humanos, igualdade de gênero e promoção do bem-estar – as negociações relativas a alguns conteúdos consumiram horas intermináveis de trabalho. Falou-se muito sobre as mais de quarenta horas gastas no debate dos parágrafos 7.2 e 7.3 que definem a saúde e os direitos e reprodutivos, bem como do parágrafo 8.25 que trata do aborto como grave

* DAWN / ABIA.

problema de saúde pública. Entretanto, deve-se dizer que outros aspectos do Programa de Ação foram também objeto de debates acirrados. Um exemplo é o capítulo 3, que traz análises e recomendações sobre população, pobreza e desenvolvimento sustentável, o mesmo se aplicando ao parágrafo 4.1 que elabora uma definição de família, além de escaramuças pontuais em relação a igualdade de gênero, migração, papel das Organizações Não-Governamentais (ONGs) e usos das tecnologias.

Desde 1994, registram-se, em todo mundo, avanços importantes, seja no que diz respeito a legitimação da linguagem do Cairo – especialmente no caso da saúde e dos direitos reprodutivos –, seja em termos de implementação de políticas consistentes com as diretrizes do Programa de Ação. Contudo, as controvérsias não se esgotaram. Críticas ao consenso Cairo têm florescido tanto à “esquerda”, quanto à “direita” do espectro político. À esquerda, feministas e vozes da demografia, especialmente latino-americana e indiana, afirmam que o documento final não dedica suficiente atenção às questões de desenvolvimento, pobreza e desigualdade. As posições mais extremas afirmam, inclusive, que o Cairo foi apenas uma nova versão edulcorada do velho “controle populacional”. Mais especificamente, no campo demográfico há atores segundo os quais o documento final carece de elementos mais precisos sobre a dinâmica demográfica global, em especial sobre estrutura etária e envelhecimento.

À “direita”, especialmente nos Estados Unidos, os setores mais empedernidos do planejamento familiar desenvolveram o argumento de que a agenda do Cairo era demasiadamente ampla e complexa, que isto dificultava a implementação e, em especial, a alavancagem de recursos. Este argumento leva facilmente a conclusão de que é mais fácil retomar os velhos e bons parâmetros das necessidades não atendidas de planejamento familiar, eventualmente como estratégia para reduzir a pobreza.

Entretanto, é preciso dizer nesta última quadra do debate que as grandes controvérsias relacionadas ao Cairo se situam no campo dos conteúdos relativos a famílias, sexualidade, reprodução e adolescência, que têm estado sob um ataque persistente das forças do conservadorismo moral. No âmbito da própria ONU, este ataque já assumiria contornos dramáticos no Cairo+5 e Pequim+5, quando estas forças fizeram o possível para destruir os consensos de 1994 e 1995. Nossa interpretação, já naquele momento, era de que o Vaticano e os países islâmicos haviam adotado a estratégia de impedir a adoção de novos documentos, pois isto poderia ser politicamente interpretado como se os consensos do Cairo e de Pequim não tivessem mais ressonância. Esta estratégia continua em pauta e seu poder de fogo foi claramente amplificado a partir da chegada do governo Bush ao poder no início de 2001.

Desde então, os ataques à agenda do Cairo têm sido sistemáticos e cada vez mais virulentos. Basta lembrar que a primeira medida administrativa tomada por Bush foi exatamente a re-atualização da chamada Lei da Mordaça, que impede o uso de recursos da cooperação norte-americana por parte de ONGs de outros países que realizem atividades relacionadas ao aborto. Seguir-se-iam a esta medida, a proposta de abstinência como único método de prevenção do HIV-AIDS, na Sessão Especial da Assembléia Geral sobre HIV-AIDS, em 2001, as árduas batalhas sobre serviços de saúde sexual e reprodutiva que tiveram lugar na revisão de dez anos da Cúpula da Infância (maio de 2002) e o debate sobre o parágrafo 47 que abre a seção sobre saúde do Documento da Rio+10 (objeto da última grande controvérsias de Joannesburgo, em 2002) e vários conflitos relacionados a gênero, violência sexual e tráfico de mulheres nas sessões ordinárias, da Comissão para o Status da Mulher. É importante mencionar que em várias destas ocasiões os EUA operaram em aliança aberta, não só com o Vaticano, como também com os países islâmicos.

Não menos importante, também em 2001, as pressões americanas fizeram com que as metas do Cairo fossem excluídas da pauta de indicadores definida para monitorar as chamadas Metas de Desenvolvimento do Milênio – as MDM apenas consideram medidas de morte materna e infecção pelo HIV-aids. E, em julho de 2002, o Congresso Americano bloqueou a transferência de 34 milhões de dólares para o FNUAP, o que amplia ainda mais as restrições financeiras para implementação do Cairo, especialmente nos países mais pobres. Por esta razão, desde 2002, os países amigos do Cairo e as redes internacionais engajadas com a agenda da conferência, compreendendo que estas pressões colocavam em risco o processo do Cairo+10, ensejaram esforços para evitar uma nova negociação global em 2004. Em abril de 2002, a Comissão de População e Desenvolvimento da ONU (CPD-ONU) decidiu, com forte apoio europeu, que o processo de revisão seria realizado apenas nos planos regionais e numa perspectiva “técnica”, ou seja, evitando a renegociação de conteúdos e definições.

Entretanto, esta definição não impediria a ocorrência de negociações regionais. Ainda em outubro de 2002, numa reunião preparatória da Comissão Econômica e Social da Ásia e Pacífico (ESCAP), que aconteceu em Bangkok, a delegação americana¹ anunciou publicamente que não iria reafirmar os compromissos do Cairo. Todas as referências a serviços de saúde sexual e reprodutiva e a direitos sexuais e reprodutivos foram colcheteadas no documento final. A arrogância norte-americana provocaria reação negativa por parte de vários países asiáticos e, sobretudo, a

¹ OS EUA são membros plenos da ESCAP por que controlam territórios no Pacífico. Da mesma forma, alguns países europeus também são membros plenos, por efeito de antigos territórios coloniais.

redes internacionais se mobilizaram rapidamente para evitar um desastre. Assim, na etapa final da conferência, em dezembro, os EUA foram completamente isolados e o Cairo foi reafirmado. Posteriormente, ficaria claro que outras negociações regionais aconteceriam: na América Latina e Caribe e na África. A mesma tensão brutal se reproduziria nas sessões ordinárias da CPD-ONU de 2003 e 2004. Em todas estas ocasiões, o núcleo central do embate seria reafirmar ou não o programa de ação.

Na sessão da CPD de 2003 foi possível, a partir de uma aliança inédita entre o Grupo dos 77 e a União Européia, mais uma vez, isolar os EUA. Mas, na sessão de março de 2004, produziu-se um sério impasse. Após uma semana de debates, não foi possível adotar a Resolução 5, que reafirma o Cairo. Isto se deu, entre outras razões, por que, na Comissão Cinco da ONU, na mesma semana, discutia-se um boletim administrativo do Secretário Geral que anunciava a nova regra da ONU de assegurar benefícios e pensões aos parceiros do mesmo sexo de seus funcionários, sempre que a regra exista nas leis nacionais de seus países de origem. Os países islâmicos, em associação com os EUA e o Vaticano, contaminaram a discussão da CPD com este debate afirmando insidiosamente que a reafirmação do Cairo significaria também a aceitação do “casamento gay”.

A resolução 5 só seria, finalmente, aprovada em maio, após uma série de negociações informais. Entretanto o resultado final não foi ideal, pois incluiu-se no texto uma referência ao relatório da conferência na sua totalidade, o que significa enfatizar as reservas ao textos. Deve-se dizer, inclusive, que, desde 2002, esta tem sido uma estratégia sistemática dos EUA, qual seja, incluir no corpo dos textos aprovados, ou em pé de páginas, a menção explícita às reservas feitas no Cairo, de maneira a legitimá-las politicamente.

O processo do Cairo+10 na América Latina e no Caribe, analisado nesta publicação por Tânia Patriota, deve ser situado em relação a este contexto mais amplo, posto que os EUA também são membros plenos da CEPAL, que é a instância institucional onde o processo se desenrola. Como afirma a autora, o processo regional não está encerrado. Iniciou-se com uma reunião sub-regional no Caribe, em novembro de 2003, da qual os Estados Unidos não participaram e na qual adotou-se uma declaração final que reafirma o Cairo. Seguiu-se uma Reunião da Mesa Diretiva de Acompanhamento da CIPD em março do mesmo ano, em Santiago.

Nesta oportunidade, ocorreu uma participação inédita de mais de 40 países e de mais de 300 participantes representando ONGs e redes de mulheres e de jovens. O resultado político de Santiago foi excepcional. Não só a declaração final reafirma o Cairo, como inclui menção ao parágrafo 63 do Cairo+5, que trata de medidas para lidar com o aborto inseguro, assim como utiliza uma linguagem clara em relação a saúde e direitos dos adolescentes. Deve-se dizer, inclusive, que o resultado em relação especificamente ao aborto pode, e deve ser, atribuído à posição firme do

países do Mercosul. Uma vez mais, em Santiago, a posição da delegação norte-americana foi isolada.

Em sua declaração final, os EUA reiteraram, numa sala atenta e silenciosa, sua posição a favor da abstinência e contra o aborto. Sobretudo, fizeram referências veementes aos recursos financeiros que investem na região para atender necessidades de planejamento familiar e prevenção do HIV-AIDS, indicando que iriam lançar mão disto para pressionar e punir os países que dependem destes recursos e que não acompanharam as posições norte-americanas. Entretanto, o processo regional não está encerrado. A sessão final do Comitê Especial de População e Desenvolvimento acontecerá na última semana de junho em San Juan de Porto Rico, durante o Período Ordinário Bienal de Sessões da CEPAL. Nesta oportunidade, ocorre uma nova negociação para aprovação de uma resolução – e não mais uma declaração política.

Neste contexto de análise, é importante ressaltar, ainda, que, no início de junho, tiveram lugar dois processos de negociação regional cujos resultados também podem ser comemorados. O primeiro deles foi a reunião regional africana para o Cairo+10, realizada em Dakar, no Senegal, cujo documento final também reafirmou o Cairo. Na Cidade do México, por sua vez, aconteceu a Nona Conferência Regional Latino-Americana e Caribenha da Mulher (Beijing+10 regional), durante a qual a delegação americana teve uma vez mais um desempenho conservador e arrogante. Segundo a nota de imprensa produzida pelas organizações feministas durante o processo de negociação:

“ O governo norte-americano enviou um comunicado a alguns países da região no qual informa as suas ações, enfatizando o fato que há uma soma de 2.5 bilhões de dólares no orçamento da iniciativa global desafio do Milênio que ainda não está aprovada para o ano de 2005 e que poderia beneficiar os países da região. Este comunicado pode ser interpretado como uma tentativa de manipular a posição dos governos presentes na Nona Conferência Regional da Mulher para que obedeçam aos critérios explicitados pelos Estados Unidos na negociação. Esta ação parece constituir uma clara violação da soberania dos países da América Latina e do Caribe”.

Porém, a despeito das pressões norte-americanas e de uma forte presença de grupos conservadores mexicanos na conferência, assim como havia acontecido em Santiago, a declaração final também reafirmou o Cairo e Beijing, fazendo, inclusive, menção explícita aos direitos sexuais e reprodutivos e uma vez mais isolando os EUA.

Embora estes sinais sejam muito positivos, bons resultados da reunião de San Juan não estão automaticamente assegurados. Isto por que os EUA irão manter o mesmo padrão de comportamento político adotado em Santiago e no México. Há indícios de que estão fazendo pressões sobre países da região, em especial os mais

dependentes de recursos financeiros, no sentido de desqualificar a declaração de Santiago e os procedimentos adotados na reunião da mesa Diretiva Ampliada. Além disto, esta última etapa de negociação ocorre em território norte-americano, sendo possível prever uma forte presença dos grupos pró-vida, tanto nas ruas quanto nas salas de conferência. Finalmente, mas não menos relevante, tanto na CPD 2004, quanto na Nona Conferência da Mulher no México, alguns países centro-americanos manifestaram reticências, ou mesmo reservas explícitas, quanto a conteúdos do Cairo (Costa Rica, Nicarágua, Honduras)

Quero finalizar este texto com uma breve reflexão sobre algumas dinâmicas de fundo, e menos debatidas, dos vários processos de negociação em curso. Um primeiro deles diz respeito à falta de consistência que pode ser observada na posição de muitos países a depender do nível e do espaço em que negociação ocorre. Por exemplo, as posições positivas e a energia registradas em Santiago não se traduziram, como esperado, na posição dos países do GRULAC – Grupo Latino-Americano – durante a CPD 2004 que aconteceu duas semanas mais tarde. Era muito débil a presença latino-americana nos difíceis debates do Grupo dos 77, onde o Egito, representando os países islâmicos fazia brutais pressões para evitar a adoção da resolução 5. Na etapa final, em maio, apenas o Brasil e o Chile tiveram uma participação positiva e efetiva.

Da mesma forma, no curso da última sessão da Comissão de Direitos Humanos, em Genebra, que aconteceu em seguida a Santiago, e em paralelo a CPD 2004, os países latino-americanos que haviam sido claros no seu apoio aos direitos sexuais e reprodutivos, em Santiago, não apoiaram a proposta de resolução brasileira sobre orientação sexual e direitos humanos. E o próprio governo brasileiro, sob pressão dos países islâmicos, retirou a resolução da pauta. Segundo tudo indica, isto se deu em razão de pressões de natureza comercial por parte deste conjunto de países. Além disto, na negociação da resolução sobre direito à saúde – também apresentada pelo Brasil – os negociadores brasileiros nos debates informais não aceitaram sugestões de emendas feitas pelo Canadá e outros países que enfatizavam os direitos reprodutivos e propunham uma menção explícita a CIPD.

Ou seja, há paradoxos e contradições relevantes na condução diplomática em relação à agenda do Cairo. De uma lado, eles só podem ser identificados por que as redes da sociedade civil engajadas com a CIPD têm monitorado, sistematicamente, as várias arenas de negociação e produzido análises articuladas sobre o que se passa em todas elas. Por outro lado, é crucial superar esta inconsistência por parte dos países amigos do Cairo, se não por outra razão, por que isto não ocorre no caso do “inimigos do Cairo”, que operam de maneira articulada e consistente em todos os espaços e níveis.

Uma última reflexão diz respeito à frustração que decorre do ataque sistemático das forças conservadoras contra o Programa de Ação da CIPD. Na medida em que, pelo menos desde 1999, nossas energias têm sido exauridas na defesa do Cairo, tem sido impossível abrir novas frentes de reflexão e dedicar mais atenção à implementação efetiva das recomendações da conferência. Por exemplo, no campo da produção de conhecimento demográfico, este embates políticos têm se constituído, obviamente, em um impedimento para dar maior visibilidade a questões emergentes tais como fecundidade abaixo do nível de reposição, envelhecimento e novas dinâmicas migratórias, o que, claramente, frustra os demógrafos.

Mas, também no que diz respeito à implementação de políticas de saúde sexual e reprodutiva e exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, o impacto tem sido muito negativo. Sem dúvida, há muitos outros fatores que comprometem a qualidade destas políticas, como, por exemplo, a falta de recursos e de vontade política, ou mesmo a falta de clareza conceitual e dificuldades operacionais. Ademais, os governos, em todos países da região, se movem com muita cautela neste terreno das políticas públicas, pois estão constantemente reféns das ameaças feitas pelas hierarquias religiosas ou se mostram temerosos de perder apoio eleitoral dos setores conservadores. Isto significa reconhecer que a efetiva implementação da agenda do Cairo está condicionada, também, à resistência política contra os fundamentalismos, seja de George Bush, seja dos atores religiosos e políticos que operam nas sociedades nacionais. Em razão disto, a agenda do Cairo pode e deve estar articulada à defesa sistemática do Estado laico como condição e garantia da democracia.

Um olhar feminista sobre o Cairo + 10

Fátima Oliveira*

Dando conseqüência política à sua participação ativa na preparatória brasileira para a Conferência do Cairo¹, a Rede Feminista de Saúde (RFS) realizou, de 1995 a 2002, o “Monitoramento da Implementação do Cairo”, como parte do “Monitoramento

* Médica e Secretária executiva da Rede Feminista de Saúde.

¹ Atividades preparatórias para a CIPD realizadas, no Brasil, pelo movimento feminista: 1. Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, organizado por Geledés – Instituto da Mulher Negra (SP), em Itapevicira da Serra (SP), como preparatória das mulheres negras para a CIPD, Cairo, 1994. Presentes, 55 mulheres de 16 Estados, pertencentes a 45 organizações. Resultou o documento “Declaração de Itapevicira da Serra das Mulheres Negras Brasileiras”/população e direitos reprodutivos; 2. Encontro Nacional sobre Mulher e População – Nossos Direitos para o Cairo '94, realizada no Congresso Nacional (Brasília), dia 28 de setembro de 1993, com 400 participantes. Comissão de Organização: CEPIA, CFEMEA, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, SOS CORPO, GELEDÉS, Associação Brasileira de Estudos de População (ABEP) e Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR); 3. “Encontros Regionais sobre População e Direitos Reprodutivos/Encontro Inter-regional”, organizado pela Rede DAWN, de 18 a 21 de janeiro de 1994, Rio de Janeiro, no qual foi fechado um documento para a CIPD; e 4. “Conferência sobre Saúde Reprodutiva e Justiça”, organizado pela “Aliança Vozes das Mulheres para 1994”, de 24 a 29 de janeiro de 1994, Rio de Janeiro. A Rede Feminista de Saúde participou de todas as atividades.

Regional das Recomendações da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento” (CIPD, Cairo, 1994), sob a coordenação da Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC), com patrocínio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Para a Rede Feminista de Saúde é difícil dizer se o “Monitoramento do Cairo” é um carma ou um mantra, tantas foram as angústias, tensões e sofrimentos durante o seu desenvolvimento, assim como a não percepção completa das oportunidades de consolidar mais a organização das mulheres em torno da idéia do monitoramento. Isto nos levou, também, a “deixar passar” possibilidades de ações de *advocacy* com maior peso político, simplesmente por que não percebemos tais possibilidades no tempo certo, isto é, durante a realização do monitoramento.

“Monitorar o Cairo” não foi simples. Em primeiro lugar, porque é quase impossível monitorar uma política que parece que não está sendo implementada, sobretudo em contextos de tensões políticas mais gerais de governos rotulados de neoliberais. Em segundo lugar, porque, nós, as feministas, além de achar que somos “sabidas” demais, às vezes “viajamos” em nossos supostos brilhantismos. E, no “monitoramento”, tivemos a brilhante idéia de criar uma Base de Dados para monitorar o Cairo, chamada Atenea, que quase nos enlouqueceu.

Criamos mais de 250 indicadores, segundo a perspectiva de gênero e feminista, evidentemente, pois entendíamos que só nós seríamos capazes de fazer isso (e agora estou convencida que sim), o que tornou a Base de Dados Atenea um monstro grandioso, mas impossível de servir para qualquer coisa, tamanha a dificuldade de manejá-la. Descobrimos a tempo. Levamos mais de um ano tentando tornar “Atenea amigável”. Ou seja, passível de uso por não especialistas e “aceitável” por especialistas. Parece que conseguimos. Ao mesmo tempo, centramos nossas energias em ações de *advocacy*.

Mas, inevitavelmente, foi o “Monitoramento do Cairo”² que possibilitou as primeiras ações políticas mais visíveis e consolidadas da Rede Feminista de Saúde (RFS) no âmbito de suas Regionais, focadas na assistência ao aborto incompleto e na participação das mulheres em instâncias de poder. Hoje, analisamos que esta iniciativa foi um ponto de partida sólido para estabelecer uma Área de Controle Social na Rede Feminista de Saúde e podemos dizer que chegamos, vitoriosamente, ao fim do “Monitoramento do Cairo”, tal qual ele foi concebido em 1995 pela RSMLAC. Com o sentimento do dever cumprido, disponibilizamos a Base de Dados Atenea na Internet (www.ateneaprojecto.org).

² Villela, W. e Oliveira, M. J. O monitoramento da plataforma de CIPD. *Jornal da Rede*. Nº 15, maio 1998.

Atenea é um Sistema de Indicadores de Gênero com informações de todos os países participantes (Brasil, Colômbia, Chile, México, Nicarágua, Peru e Suriname), conforme os seguintes eixos: Violência sexual contra meninas, Responsabilidade masculina em saúde reprodutiva, Participação de mulheres organizadas em instâncias de decisão, Acesso dos adolescentes a informações sobre saúde sexual e reprodutiva, Qualidade de serviços em saúde reprodutiva, Atenção humanizada ao aborto inseguro, Assistência à pessoa vivendo com HIV, analisados segundo Marcos jurídicos, Capacidade institucional e Resultados.

Embora não tenhamos procedido a uma análise exaustiva dos ganhos políticos obtidos pela Rede Feminista no desenvolvimento do “Monitoramento do Cairo”, podemos afirmar que, inicialmente, dois são bem visíveis:

1. Contribuiu para a compreensão das distinções entre monitoramento e controle social; e
2. Foi um ponto de partida, ou pelo menos uma base de impulso, desde os primórdios, para a instalação da atual Área de Controle Social da Rede Feminista de Saúde, que hoje representa cerca de 70% das ações políticas da RFS, composta pelos projetos que visam diretamente a sensibilização e a formação de ativistas, filiadas ou não à RFS, em controle social das políticas de saúde.

É importante compreender por que nos referimos às distinções entre monitoramento e controle social como ganho político. Foi um rico aprendizado. Não fazemos mais confusões conceituais e políticas entre os dois vocábulos. Para nós, hoje, monitoramento é uma coisa e controle social é outra, embora o monitoramento seja uma ferramenta essencial para o exercício do controle social.

No pós-Cairo ocorreu um grande debate conceitual e político no feminismo latino-americano sobre monitoramento e controle social, ao qual Jandira Feghali se refere com propriedade no capítulo *Gênero e controle social em saúde*, no livro “Saúde, Equidade e Gênero”,³ falando sobre “Os limites e a fluidez do ‘monitoramento’ como instrumento de controle social” ela diz que:

“(…) as mulheres em luta sabem muito bem, pela experiência de vida, que cumprir compromissos assumidos relativos às mulheres não faz parte da cultura dos governos. Diante de tal situação, a idéia do ‘monitoramento’ (acompanhamento do que os governos implementariam e pressão política para cumprimento dos compromissos assumidos) nos parecia conveniente. No pós Cairo, em particular na América Latina, trabalhamos muito no veio da idéia do monitoramento objetivando concretizar políticas públicas em cada país. Embora o conceito de monitoramento possua vários significados, sou de opinião que nós, as feministas latino-americanas, conseguimos conferir-lhe algo que em muito mudaria a

³ Organizado por Ana Maria Costa, Edgard Merchán-Hamann e Débora Tajer. Brasília: Editora UnB, ALAMES E ABRASCO, 2000.

sua concepção inicial (acompanhamento e pressão política): a contextualização política e social (...) Embora a idéia de monitoramento, considerando o contexto social e político, nos seja de muita utilidade no sentido de investir para os desdobramentos práticos em âmbito nacional, a vida vem demonstrando que monitorar idéias que não se concretizaram consome nossas energias em demasia, embora nos sirva para denúncias com conhecimento das causas. Temos de nos perguntar se queremos centrar todos os nossos esforços e gastar todas as nossas energias exclusivamente com ações denunciatórias. Não subestimando o poder e o alcance das denúncias bem fundamentadas, precisamos nos indagar e responder sinceramente se nos restringir a denúncias é o nosso principal papel no momento”⁴.

Como mencionado acima, no último ano do “Monitoramento do Cairo”, a Rede Feminista de Saúde se dedicou à tarefa política e técnica de tornar “Atenea amigável” e desenvolver ações de *advocacy*, como parte do esforço político para compartilhar os dados com a sociedade, contribuindo assim para ampliar o raio de compreensão da importância do monitoramento, inclusive no interior da RFS e do movimento feminista e de mulheres. Para tanto, realizamos, em 2003, atividades para dar visibilidade a questões cruciais do Monitoramento do Cairo⁵. E, visando contribuir para a formulação de políticas públicas, a Rede Feminista de Saúde realizou, no dia 24 de maio de 2004, em Brasília o “*Seminário Conversando com o governo Brasileiro sobre o Monitoramento da Plataforma de Ação do Cairo*”, quando apresentou os dados brasileiros.

Há conclusões e lições interessantes e importantes desta saga que foi o “monitoramento”. Conforme Wilza Villela, pesquisadora responsável, no Brasil, pelo desenvolvimento do projeto, afirma: “*Os limites de uma proposta de monitoramento de âmbito nacional num país grande, complexo e desigual como o Brasil pode reduzir seu alcance político, enquanto instrumento de controle social. A alternativa talvez fosse trabalhar com unidades menos heterogêneas, estados ou regiões (...) No Brasil há grande disponibilidade de dados, com diversas possibilidades de desagregação. No entanto, a qualidade dos dados nem sempre é boa e nem todos os eventos que*

⁴ Organizado por Ana Maria Costa, Edgard Merchán-Hamann e Débora Tajer. Brasília: Editora UnB, ALAMES E ABRASCO, 2000.

⁵ 1. Atividades da Campanha 28 de Setembro pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe: foram realizados eventos em todos os estados brasileiros, sob o slogan: “Nenhuma mulher deve ser presa, ficar doente ou morrer por abortar”, e uma visita oficial à presidência da Câmara dos Deputados (Conversando com parlamentares sobre despenalização do aborto); 2. No I Fórum Social Brasileiro (Belo Horizonte, 6 a 9 de novembro de 2003), foram realizadas as seguintes atividades: 2.1. Passeata de Abertura do I Fórum Social Brasileiro: Ala pelo Direito de Decidir; 2.2. Seminário Bioética e Dignidade Humana: antigos e novos conflitos, em parceria com a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), dia 7 de novembro; 2.3. Seminário Celebrando Cairo + 10: em defesa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, dia 8 de novembro; 2.4. Mesa de Testemunho: Aborto não deve ser crime; dia 8 de novembro em parceria com a Secretaria Nacional da Mulher Trabalhadora da Central Única dos Trabalhadores (SNMT-CUT) e o Ponto Focal no Brasil da Campanha 28 de Setembro; e 2.5. Seminário Estado Laico e Liberdades Democráticas, em parceria com Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), e Centro Latino-americano de Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM-Brasil).

*devem ser monitorados para verificar a efetividade das ações de saúde das mulheres são passíveis de acompanhamento em face dos dados disponíveis”.*⁶

A grande conclusão, ainda conforme Villela, é que *“De 1994 para cá, ocorreram e/ou se consolidaram avanços no campo dos marcos jurídicos e um inegável, embora insuficiente, preparo da capacidade institucional em todas as áreas monitoradas, o que concorreu para resultados aquém das necessidades”*⁷, mas é fato, inegável, que é razoável a implementação, no Brasil, das recomendações constantes na Plataforma do Cairo.

Para muitos(as) pesquisadores(as) e analistas, é difícil de entender por que o Brasil é o País que mais implementou o Cairo num *ranking* dos sete monitorados, se no pós-Cairo não foi criado, aqui, um “Programa de Saúde Reprodutiva”, além do que, argumentam, o país esteve, até 2002, sob o comando de um governo neoliberal. Para as feministas brasileiras, as explicações estão em nós e em nossa luta que conseguiu construir “coisas” que constituem “um animal grande demais para ser esquarterado rapidamente” (figura expressa em um ditado popular que se aplica bem ao caso).

E nosso “animal grande demais” tem nome e endereço, chama-se PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), elaborado em 1983, adotado como diretriz nacional para a saúde da mulher em 1985, o qual, sem sombra de dúvidas, já contém parte substancial do que foi recomendado no Cairo, em 1994. Como afirma Villela, *“Desde quando o PAISM foi proposto, a concretização de uma proposta de atenção integral à saúde da mulher tem sido desafiada por dificuldades técnicas e políticas. Constata-se também que muitas das diretrizes da CIPD coincidem com as do PAISM e as dificuldades para a sua implementação são semelhantes”*⁸.

Sintetizando, e usando outras palavras, não foi necessário criar um Programa de Saúde Reprodutiva no Brasil para dar conta de “implementar o Cairo” porque o PAISM, desde o seu nascedouro, contemplava as questões pertinentes à saúde reprodutiva. Além do que, quase uma década antes do Cairo, muitas das ações contidas no PAISM, que em muito coincidem com as propostas na Plataforma da CIPD, já estavam em curso e integravam a agenda política do feminismo.

Cabe ressaltar que o PAISM é algo como um ícone para o feminismo. Basta dizer que, em nome de sua defesa, foi criada a Rede Feminista de Saúde, em 1991. Portanto, ele é mais do que uma bandeira do feminismo, assim como a “Área Técnica

⁶ “O Monitoramento da Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil”.

Encarte do Jornal da Rede Feminista de Saúde. No. 26, junho de 2004 www.redesaude.org.br.

⁷ Idem.

⁸ Ibidem.

de Saúde da Mulher”, do Ministério da Saúde, a quem cabe implementar o PAISM. Lembre-se que o PAISM perdera importância política, no período 1990 a 1996, no âmbito do governo, mas, a partir de 1997, teve seu fôlego renovado sob a coordenação da feminista Elcilene Leocádio, sucedida por Tânia Lago, ambas comprometidas com a defesa das idéias e propostas da articulação política que tem como prioridade a saúde da mulher no Brasil.

Ao mesmo tempo, a Rede Feminista de Saúde se consolidou no cenário político nacional. A conjugação de tais realidades, sem dúvida, garantiu que as marcas do Cairo não perdessem significado nas políticas de saúde implementadas no Brasil, ainda que os recursos, internacionais e nacionais, aportados para a Agenda do Cairo não tenham sido os necessários e suficientes para ações mais amplas e vigorosas.

A Declaração e a Plataforma de Ação do Cairo têm sido, para o feminismo mundial, mais do que um conjunto de ações com as quais os governos integrantes das Nações Unidas assumiram compromissos. Ela simboliza uma mudança nos padrões culturais que alçou os direitos reprodutivos a parte integrante e indissociável dos direitos humanos. Simboliza, portanto, o marco de uma nova era que relega as velhas políticas de população de teor anti-natalista ou natalistas a um lugar absolutamente secundário no âmbito do que hoje conhecemos como desenvolvimento humano.

Para o feminismo brasileiro, o “Cairo” possui outros significados também especiais, sobretudo porque se tratou de uma Conferência que consolidou publicamente o empenho da diplomacia brasileira com as propostas mais avançadas no campo dos direitos humanos e venceu uma parceria, de visibilidade internacional, entre movimento social e o Itamaraty. A partir da Conferência do Cairo, o movimento social e a intelectualidade progressista não duvidavam que, nos espaços das Nações Unidas, diplomacia brasileira e sociedade civil pareciam uma única força política. Ou seja, convergiam nas proposições. Realidade suficiente para que pudéssemos, desde então, dizer: “Não temos problemas com o governo brasileiro nos espaços da ONU, nossos problemas só começam na volta”.

O que isto significa? Que chegando em terras firmes brasileiras o governo não se mostrava capaz de cumprir o acordado nas Conferências. Isto é, não garantia o que a diplomacia fora capaz de acordar ao se mostrar para o mundo como um país avançado. O que chama a atenção é que o Brasil garantiu uma postura de inegável liderança no Ciclo de Conferências das Nações Unidas, na década de 1990, e, ao mesmo tempo consolidou a confiança dos movimentos sociais de todo o mundo em torno de si. Ou seja, a diplomacia brasileira adquiriu e acumulou tamanho crédito que era comum ouvirmos “se o Brasil defender, vamos conseguir”.

A confiança do movimento social na diplomacia brasileira se viu ameaçada recentemente, com a retirada, por parte do Brasil, de sua proposta de Resolução sobre Direitos Humanos e Orientação Sexual, por ocasião da 60^a. Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU (CDH/ONU), Genebra (15 de março a 23 de abril de 2004). Na ocasião, a Rede Feminista de Saúde emitiu um alerta, denominado “Escreva para o Presidente Lula, ainda hoje!”, que circulou com muita força na Internet.

Na reunião da CDH/ONU, o Brasil apresentou três resoluções. A mais conhecida é a ‘Resolução sobre Direitos Humanos e Orientação Sexual’, que foi retirada da pauta de votação pela delegação brasileira, adiando sua apreciação para o próximo ano, sob a alegação de que é preciso buscar um “consenso mais largo” em relação à proposta. As duas outras são: ‘Resolução sobre Direito à Saúde’ e a ‘Resolução sobre o Acesso a Tratamento para HIV/Aids’. Há informações que a União Européia e o Canadá propuseram incluir, no texto da Resolução sobre o Direito à Saúde, a ‘promoção dos direitos reprodutivos como indispensáveis alcançar as Metas do Milênio⁹’, e que a Nova Zelândia propôs mencionar explicitamente, na mesma resolução, a Plataforma de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento como caminho necessário e indispensável para garantir o exercício do Direito à Saúde.

No entanto, a proposta brasileira não incluiu o termo ‘direitos reprodutivos’. Além disto, diante da recusa do Egito, Organização dos Países Islâmicos, EUA e do Vaticano, a diplomacia brasileira propôs uma reformulação que enfraquece de modo expressivo a proposta, qual seja, a saúde sexual e reprodutiva abordada como um entre muito outros elementos das Metas do Milênio. Diferentemente de princípios relativos à orientação sexual e direitos humanos, que podem ser considerados “novos”, conteúdos relativos a saúde sexual e reprodutiva, saúde e direitos reprodutivos, enfim, direitos humanos das mulheres na esfera da sexualidade e da reprodução, integram os Consensos da CIPD do Cairo e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), das quais o Brasil foi um negociador aguerrido e incansável. Além disto, o Brasil é signatário, sem reservas, dos consensos emanados de todas as Conferências das Nações Unidas da década de 1990.

⁹ A Declaração do Milênio das Nações Unidas é composta de 8 itens: Valores e princípios; Paz, segurança e desarmamento; Desenvolvimento e erradicação da pobreza; Proteção do nosso ambiente comum; Direitos humanos, democracia e boa governança; Proteção dos grupos vulneráveis; Responder às necessidades especiais da África; e Reforçar as Nações Unidas. As Metas do Milênio constam de sete propósitos para serem executados até 2015: 1. Erradicar a pobreza e a fome; 2. Atingir o ensino básico universal; 3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; e, 8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Cúpula do Milênio, 6 a 8 de Setembro de 2000, Nova Iorque, www.undp.org.br/milenio/default.asp.

Não esquecendo que muitos dos atuais pontos ditos conflituosos do Cairo remontam a 1994 – quando alguns países “colocaram sob colchetes” algumas das recomendações, em especial aquelas mais ligadas ao exercício dos direitos reprodutivos –, vivenciamos uma época de reflorescimento de fundamentalismo no mundo ocidental que, adicionado ao que faz parte da prática como política de Estado de muitos países, adensaram as repercussões em âmbito mundial. E nos compete defender uma Plataforma de Ação, como a do Cairo, escrita num contexto relativamente libertário e que, por abordar os direitos reprodutivos como direitos humanos, hoje se apresenta como uma heresia aos olhos de governos, sacerdotes e pastores fundamentalistas, gozando de particular e especial oposição do Vaticano e governo dos Estados Unidos.

O governo dos EUA tenta contrapor, às resoluções do Cairo, as Metas do Milênio, documento de compromissos com questões mais gerais que entravam o desenvolvimento humano e sintetizam os propósitos generalistas presentes nos marcos do recrudescimento do fundamentalismo, passando ao largo de temas cruciais para o exercício dos direitos reprodutivos. Quando se diz que “sem a implantação do Cairo, as Metas do Milênio são inalcançáveis”, é por entender que, se que o que foi definido no Cairo não fizer parte do cotidiano das pessoas, as Metas do Milênio se reduzem a uma peça de ficção.

Foi neste mar raivoso que as “forças amigas do Cairo” navegaram, por mais de dois anos, e definiram que não deveriam apoiar um Cairo+10 nos moldes do Cairo+5 (Haia, 1999), ou seja, uma grande Conferência da ONU, porque se incorreria no sério risco de as forças conservadoras deslegitimarem o “Consenso do Cairo”. Optamos, de outra forma, por “Reuniões Regionais” visando a uma Celebração do Cairo+10, a exemplo da Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê de População e Desenvolvimento, ocorrida em Santiago, Chile, em março de 2002, que elaborou a Declaração de Santiago (2004), aprovada por 37 dos 38 países presentes (exceto os EUA), a qual reafirma a Plataforma de Ação do Cairo (1994) e as definições do Cairo+5 (1999); referenda os direitos e os serviços de saúde reprodutiva, e o direito de adolescentes a informações e acesso, com privacidade e confidencialidade, a serviços de saúde reprodutiva; reafirma o acesso à prevenção do HIV e ao tratamento da aids como direitos humanos; enfatiza o combate à morte materna e a atenção aos múltiplos fatores que a causam, destacando o parágrafo 63 do Cairo+5 (atenção ao aborto inseguro); e explicita que se não se respeita e implanta o definido no Cairo, as Metas do Milênio das Nações Unidas (2000) serão inalcançáveis.

Para reiterar esta posição, que tem pautado a parceria entre o movimento feminista e o Itamaraty, finalizo com trecho do discurso do Chefe da Delegação do Brasil em Santiago, Embaixador Gelson Fonseca, que ao discorrer sobre o caráter estratégico dos temas do Cairo, afirmou:

“(…) Não é esta a oportunidade de entrar em detalhes sobre todos os avanços e iniciativas ocorridas no Brasil. Quisera, sem embargo, assinalar que são muitos, entre os quais, o Programa de Saúde da Família; o Estatuto do Idoso; a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a de Política de Promoção da Igualdade Racial, ambas com status de ministérios; o Estatuto da Criança e do Adolescente; a Lei de Planejamento Familiar; a Lei de Notificação Compulsória, por parte dos serviços de saúde, da violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas; as Normas Técnicas que asseguram o acesso ao aborto seguro nos casos previstos na legislação nacional. Por fim, fazem apenas dois dias, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional para a Redução da Morte Materna e Neonatal, com o propósito de reduzir os respectivos indicadores em até 15% até 2006, e em 75% até 2015.

Estas são algumas das medidas adotadas pelo Brasil que refletem a alta importância que atribuímos aos objetivos do Cairo e às Metas do Milênio, assim como a vontade política de dar-lhes expressão concreta, inclusive em sua dimensão sub-regional, que compreende a cooperação técnica prestada e recebida a diversos países da Região (...) Problemas comuns exigem estratégias concertadas. Minha Delegação reitera seu total apoio ao Consenso do Cairo e se soma à maioria dos países que endossam a Declaração que deverá resultar da presente reunião. Esta é uma reunião de alta significação política e que esperamos tenha a sua expressão na dita Declaração”¹⁰.

¹⁰ Intervenção do Chefe da Delegação do Brasil, Embaixador Gelson Fonseca. Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê de População e Desenvolvimento. Santiago, 10 de março de 2004.

Cairo+10: os desafios no Brasil e na América Latina

Tânia Cooper Patriota*

Há dez anos atrás, na cidade do Cairo, Egito, delegações do mundo inteiro apontaram enfaticamente o Programa de Ação da Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento como ponto de partida de um novo paradigma. De fato, houve uma verdadeira revolução nas políticas de população, com mudança de enfoque, que até então privilegiavam aspectos relacionados ao crescimento populacional e suas implicações, para uma abordagem centrada nos direitos do indivíduo. Na perspectiva do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a

* Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

comemoração de Cairo+10 é uma ocasião para se fazer um levantamento pragmático dos avanços e lições aprendidas e utilizar o resultado desta análise para acelerar a implementação das metas. É uma oportunidade também para a reflexão sobre a relação entre a CIPD e as Metas do Milênio.

Em seu relatório “Revisando o Progresso alcançado nos últimos 10 anos”, o Secretário Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Kofi Annan, declarou: “A década que segue a adoção do Programa de Ação do Cairo tem sido uma década de considerável progresso – os casais estão mais perto de atingirem o tamanho de família desejada e o espaçamento entre os filhos, a mortalidade materna e infantil tem declinado na maioria dos países e há evidências de que muitos estão adotando medidas para o combate ao HIV/aids”. Efetivamente, muitos países integram princípios da agenda do Cairo nas suas legislações, políticas e ações. Mas a recente avaliação de meio termo do Programa de 20 anos do Cairo, cuja publicação esta prevista para setembro de 2004, mostra que ainda temos um longo e complexo caminho pela frente.

Em 2003, o UNFPA realizou uma pesquisa de campo, em nível mundial, que foi respondida por 169 governos, com participação da sociedade civil e do setor acadêmico. No geral, os resultados mostram que a grande maioria está envidando esforços para proteger os direitos reprodutivos de meninas e mulheres. Há um entendimento gradual de que a saúde reprodutiva transcende o planejamento familiar e consiste em atenção ampliada que abrange a maternidade segura, a saúde sexual, a prevenção de DST/aids, a atenção à violência sexual e as complicações do aborto inseguro.

Mas, apesar da aceitação quase universal dos princípios fundamentais do Cairo, há várias dimensões em que o Programa de Ação ainda permanece uma promessa distante. Em muitos países signatários do Programa de Ação, a mulher ainda é vítima de profunda discriminação no acesso a educação e serviços de saúde, a violência contra meninas ainda permanece em várias práticas tradicionais e há uma resistência muito forte em reconhecer a importância da educação sexual e dos serviços de saúde reprodutiva para adolescentes e jovens.

A América Latina registra progressos notáveis. Em recente reunião da Mesa Diretiva Ampliada do Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento, em Santiago do Chile, em 11 e 12 de Março de 2004, delegações de 40 países adotaram uma declaração conjunta reafirmando o compromisso de todos os países da região com as metas do Cairo. Na reunião de Santiago, foi apresentado um documento técnico sobre as “Ações empreendidas para a implementação do programa de ação na América Latina e o Caribe”. O documento, preparado pela CEPAL, com o apoio técnico do UNFPA, tem por base os resultados da pesquisa de campo anteriormente

referida. Convém mencionar, aqui, vários pontos e conclusões deste documento, que dizem respeito à situação das políticas públicas e da saúde reprodutiva na região.

Nos últimos dez anos, a maioria dos países da América Latina e Caribe adotaram políticas e programas nacionais de saúde sexual e reprodutiva, utilizando como base a concepção dos direitos reprodutivos como direitos humanos, a equidade social e de gênero e o melhoramento da qualidade dos serviços. Muitos países ainda não fazem distinção entre os grupos populacionais a serem beneficiados, mas já há uma tendência crescente em distinguir as necessidades específicas de determinados grupos, em particular os homens. Neste sentido, o Brasil já tem uma política nacional de atenção integral à saúde da mulher e um programa nacional especial para o adolescente. Programas semelhantes são encontrados na Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, Panamá e Paraguai. Em Honduras e em países do Caribe Inglês existem programas direcionados especialmente aos homens.

Em relação à prevenção da mortalidade materna, praticamente todos os países tomaram medidas visando a sua redução, conforme preconizado pelo Programa de Ação. Enquanto alguns países modificaram a sua legislação, outros incluíram medidas dentro das políticas públicas de saúde. No Uruguai, a baixa mortalidade materna foi mantida mediante a alta qualidade da atenção ao parto. No Brasil, além da capacitação de técnicos e parteiras, se criou um sistema de atenção a gestantes de alto risco. Em um grande número de países, como Brasil, Equador, México, Nicarágua, Panamá Paraguai, Peru e Venezuela, foram criadas comissões de vigilância de mortalidade materna e sistemas informatizados de acompanhamento, com a finalidade de melhorar o registro dos casos de morte materna, a investigação das causas e a formulação de medidas que visem a sua redução.

Merecem destaque também as iniciativas regionais interagências para atingir um consenso sobre estratégias chaves para redução da mortalidade materna. São consideradas fundamentais a atenção qualificada durante o parto e a capacidade de resolução das emergências obstétricas – sendo que a maioria das mortes maternas decorrem de complicações que se manifestam durante o parto e o pós-parto.

Resultados desiguais foram obtidos quanto ao esforço para integrar os serviços de saúde reprodutiva à rede de atenção primária (sistema básico de saúde). Cabe, porém, destacar que há um esforço regional, para que os serviços de saúde reprodutiva sejam incorporados ao sistema básico de saúde no processo de reforma do setor saúde. Neste ponto, a concepção do SUS, no Brasil, é considerada um modelo avançado.

Em matéria de planejamento familiar, vários países têm adotado normas para garantir a informação e o livre acesso aos métodos, de forma a ampliar o leque de

escolha, mas a principal deficiência continua sendo a falta de disponibilidade dos insumos para as populações carentes e as tradicionalmente excluídas. Não obstante, a adoção de mecanismos informatizados de logística, que possibilitam uma distribuição de acordo com a demanda, tem garantido uma cobertura ampla e regular em vários países latino-americanos.

Em alguns países como Bolívia, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Uruguai a provisão de anticoncepção de emergência é prevista no sistema nacional de saúde. No Brasil e no Panamá, anticoncepção de emergência e preservativos femininos são distribuídos a determinados grupos de risco. Mas os preservativos femininos são pouco conhecidos na região como um todo.

Em relação às políticas de combate a aids, as iniciativas são consideráveis.- A maioria dos países adotou normas e definiu programas específicos para a prevenção e o controle da epidemia e proteção dos direitos das pessoas que vivem com aids. O Brasil ocupa, neste contexto, uma posição de destaque, com um programa reconhecido internacionalmente, um envolvimento dinâmico e sistemático da sociedade civil, um papel de liderança mundial na redução dos preços de medicamentos antiretrovirais e múltiplas atividades de cooperação horizontal. Um dos aspectos que merece atenção, segundo o relatório de 2003 do Programa Nacional de DST/aids, é a avaliação das ações do programa, entre elas as ações de prevenção de transmissão vertical.

Na agenda política da maioria dos países da região, a violência contra a mulher tem ganhado gradualmente uma posição de prioridade aliada a políticas públicas consistentes. Foram adotadas legislações para regulamentar a prevenção, atenção e sanções em relação à violência sexual e doméstica. Comissões foram formadas em nove países, para formular programas nacionais contra a violência de gênero. No Brasil, merecem menção, a adoção de procedimentos oficiais para atenção médica às vítimas e, na área legislativa, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que acorda proteção jurídica e social aos adolescentes vítimas de abuso e exploração. Merece ainda menção, no caso do Brasil, o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração de medida legislativa que coíba a violência doméstica, instalada em abril de 2004.

Ainda em relação à violência foram implementadas, a partir de 1996, reformas no código penal da Colômbia, Costa Rica, México, Equador, Chile, Honduras, Cuba, Peru e Venezuela para prevenir e punir a exploração e o turismo sexual de crianças e adolescentes e o tráfico de mulheres e adolescentes.

Um dos progressos mais significativos pós-Cairo é o fato de que os países da região revisaram os seus marcos legais e adotaram legislação destinada a assegurar o exercício dos direitos reprodutivos. As novas constituições do Equador, Peru e Venezuela, e até de países mais conservadores, como a Guatemala, mencionam

explicitamente o direito de tomar decisões livres e responsáveis. Cabe lembrar, também, que, em vários países, os direitos reprodutivos estão contemplados nos mecanismos de vigilância dos direitos humanos e foram criadas defensorias coordenadas por diversos organismos públicos em defesa desses direitos.

Em termos regionais, a Rede de Saúde das mulheres Latino Americanas tem permitido estabelecer mecanismos de monitoramento pela sociedade civil do programa de ação em sete países (Brasil, Chile, Colômbia, México, Nicarágua Peru e Suriname), conectados através da base de dados Atenea para a vigilância cidadã.

O que foi aqui mencionado constitui apenas um rápido sobrevôo da pesquisa de países, que abrange ainda outros temas da agenda do Cairo, tais como migrações, atenção à população idosa, meio ambiente, capacitação para coleção e análise de dados de população e equidade social.

Tendo em vista os principais avanços, é importante mencionar que os desafios principais registrados pelos países da região são a equidade social e a necessidade de formular políticas distributivas que rompam o ciclo de isolamento e exclusão das populações pobres. Em que pesem as melhorias alcançadas no pós Cairo, o indicador de renda indica uma alta concentração na América Latina e não tem mostrado qualquer tendência de melhoria nos últimos anos. No máximo, os indicadores têm sinalizado para uma estagnação. Em relação ao setor saúde, salienta-se a falta de equidade e exclusão das populações rurais mais pobres e as indígenas.

A declaração de Santiago, Chile, aponta para outros desafios comuns, entre eles: (1) as políticas públicas devem dar continuidade à elaboração de programas de apoio às famílias, na pluralidade das suas formas, incluindo as monoparentais; (2) as reformas do setor saúde devem garantir a incorporação de serviços de saúde sexual e reprodutiva; e (3) é necessário dobrar esforços para a redução da morbidade e mortalidade materna, bem como para a prevenção de violência contra a mulher. A declaração também fez uma chamada especial para o livre acesso dos adolescentes e jovens à informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Um outro fato que merece ser sublinhado é que, mesmo nos casos em que existem leis específicas que reconhecem os direitos reprodutivos e normas a serem cumpridas, a falta de difusão de informação sobre a existência e o conteúdo destas leis e normas pode ocasionar uma falta de conhecimento e lacunas na aplicação das mesmas, tanto por parte do prestador como do usuário dos serviços.

Segundo a perspectiva do Fundo de População, existem também dois outros grandes desafios que devem ser superados para que as metas do Cairo sejam atingidas. O programa de ação do Cairo estabeleceu como meta atingir uma alocação suficiente de recursos no âmbito nacional, assim como aumentar de forma considerável a assistência financeira em nível internacional. Apesar de a grande

maioria dos países da região ter conseguido manter, ou até mesmo aumentar, os recursos para a implementação de programas de saúde reprodutiva, muitos continuam identificando a falta de recursos para a formação e remuneração do pessoal de saúde como um dos mais expressivos obstáculos para se alcançar serviços de qualidade e em quantidade suficiente.

No Cairo, os países desenvolvidos se comprometeram a uma contribuição anual, até 2005, de seis bilhões de dólares para serem aplicados em saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. Mas, até o momento, somente contribuíram com três bilhões anuais. Os países em desenvolvimento, por sua vez, mobilizaram 11,7 bilhões de dólares anuais em 2003, situando-se bem próximos da meta estabelecida de 12 bilhões referentes aos recursos domésticos. O que se vê, portanto, é que, no nível global, as metas não estão sendo atingidas. Nas palavras da Diretora Executiva do Fundo de População, Thoraya Obaid, “Um mundo com gastos militares entre 800 bilhões e um trilhão de dólares a cada ano pode gastar o equivalente a pouco mais de um dia de gastos militares para atingir a meta do Cairo de salvar e melhorar as vidas de milhões de mulheres e famílias em países em desenvolvimento”.

Mas existem outras ameaças que constituem desafios à implementação das metas do Cairo na região. No mês de abril de 2004, teve lugar no México o 3º Congresso Mundial da Família, no marco da celebração do 10º aniversário do ano internacional da Família. O evento, financiado por corporações empresariais de setores conservadores internacionais, atraiu mais de 250 organizações de 63 países e foi marcado por forte apoio a proteção da “família natural” e por rejeição ao uso de métodos anticoncepcionais, reafirmando “o respeito à vida humana desde o momento da fertilização”.

A declaração, adotada pelos organizadores do Congresso, afirma que a “família natural” é o único modelo de família válido e sugere que as Nações Unidas defendem uma agenda política contrária aos valores da família. Convém esclarecer que o Programa de Ação do Cairo também identifica a família como unidade base da sociedade, mas, em contraste, reconhece que mudanças demográficas e socioeconômicas rápidas têm influenciado os padrões de formação da família e têm gerado transformações consideráveis na sua composição e estrutura. O reconhecimento da existência de várias configurações familiares é um princípio central do Programa de Ação.

Embora esse Congresso não tenha tido maior repercussão na imprensa brasileira, o Fundo de População considera importante chamar atenção para a existência de eventos como este. Trata-se de um desafio de natureza diferente dos desafios mencionados anteriormente, mas o espaço político e de *advocacy* que tentam ganhar certos movimentos, com agendas contrárias à do Cairo, não deve ser subestimado.

Seminário
“Tendências da Fecundidade e
Direitos Reprodutivos no Brasil”

Belo Horizonte - MG, 19 e 20 de maio de 2004

19 DE MAIO

Sessão de abertura

Mesa redonda 1: Panorama da Fecundidade no Brasil e na América Latina

Coordenador: André J. Caetano (Cedeplar)

Elza Berquó (CNPD / CEBRAP)

Joseph E. Potter (Population Research Center-University of Texas at Austin)

José Alberto Magno de Carvalho (Cedeplar-UFMG)

Mesa redonda 2: Políticas Públicas na Área de População e Direitos Reprodutivos

Coordenadora: Marta Rovero de Souza (Universidade Federal de Goiás)

Regina Viola (Ministério da Saúde)

Sueli Almeida (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres-Governo Federal)

Lorena Bernadete da Silva (UNESCO)

Tânia Lago (Comissão de Cidadania e Reprodução)

Mesa redonda 3: Os desafios do Cairo + 10 no Brasil e na América Latina

Coordenador: José Eustáquio D. Alves (ENCE-IBGE)

Tânia Patriota (UNFPA)

Sônia Corrêa (DAWN / ABIA / ABEP)

Adriano Pucci (Ministério das Relações Exteriores)

Fátima Oliveira (RedeSaúde)

Realização:



20 DE MAIO

Tema 1: Nível, estrutura e tendências da fecundidade brasileira: recortes regionais e socioeconômicos e implicações para políticas públicas

Debatedora: Ignez O. Perpétuo (Cedeplar-UFMG)

O Nordeste: O Declínio da Fecundidade versus Condições Sociais em 2000 – Lara de Melo Barbosa (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Uma análise hierárquica de diferenciais de fecundidade entre quatro Estados: Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Pernambuco e Piauí – Ernesto Friederich Amaral (PRC-University of Texas at Austin)

Fecundidade abaixo do Nível de Reposição: O Caso do Rio de Janeiro 1991-2000 – Suzana Cavenaghi (NEPO/Unicamp) e José Eustáquio D. Alves (ENCE-IBGE)

Tema 2: Políticas públicas, saúde reprodutiva e fecundidade: formulações, impactos e avaliações

Debatedora: Taís Santos (UNFPA)

O Recente Debate sobre Planejamento Familiar no Brasil: Alguns Comentários e Evidências de Belo Horizonte e Recife – Paula Miranda-Ribeiro (Cedeplar-UFMG)

Políticas Sociais e Impacto Não-Intencional na Fecundidade: Os casos do PLANFOR e Bolsa Escola do Distrito Federal – Eduardo Rios Neto (Cedeplar-UFMG)

As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos: O “Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios – José Eustáquio D. Alves (ENCE-IBGE)

Apoio: CNPq, Fundação Ford, Fundação MacArthur, UNFPA, Cedeplar



MACARTHUR
Foundation



