



DIÁRIO



República Federativa do Brasil

DO CONGRESSO NACIONAL

ANO XLVII – SUPLEMENTO AO Nº 30 QUARTA-FEIRA, 5 DE AGOSTO DE 1992 BRASÍLIA – DF

CONGRESSO NACIONAL

**COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE
INQUÉRITO, CRIADA ATRAVÉS DO
REQUERIMENTO Nº 796, DE 1991 - CN,
DESTINADA A INVESTIGAR A INCIDÊNCIA
DE ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DE
MULHERES NO BRASIL**

ATA DA 12ª REUNIÃO, REALIZADA EM 16 DE JUNHO DE 1992

ATA DA 13ª REUNIÃO, REALIZADA EM 23 DE JUNHO DE 1992

12ª REUNIÃO REALIZADA EM
16 DE JUNHO DE 1992

Aos dezesseis dias do mês de junho do ano de mil novecentos e noventa e dois, às quinze horas, na Sala 06 da Ala Senadores Nilo Coelho, presentes os Senhores Parlamentares Deputada Benedita da Silva (Presidente), Senadores Carlos Patrocínio (Relator), José Richa, Deputados Ivánio Guerra, Heitor Franco, Marco Penaforte, Paulino Cícero, Avelino Costa, Rita Camata, Zila Bezerra e Jandira Feghali, reúne-se a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a "investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". Havendo número regimental, a Senhora Presidente declara abertos os trabalhos dispensando a leitura da Ata da reunião anterior, que é dada como aprovada. A seguir, anuncia a presença dos Senhores Dr. José Aristodemio Pinotti, ex-Secretário de Saúde do Estado de São Paulo; Dr. Maria Betânia de Ávila, Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista do Estado de Pernambuco; Dr. Roney Edmar Ribeiro, Secretário de Saúde do Estado de Goiás e Dr. Jurema Werneck, Representante do CEAP/RJ. Após esclarecimentos preliminares, a Senhora Presidente solicita aos Senhores depoente que prestem o juramento de praxe e, em seguida, solicita ainda que cada expositor, em seus depoimentos, não ultrapasse o tempo de vinte minutos regimentais. Concluída a fase de depoimentos, passa-se a fase interpelatória, onde usam da palavra pela ordem os Senhores Senador Carlos Patrocínio, Deputados Heitor Franco e Jandira Feghali. Com a palavra a Senhora Presidente informa que recebeu da Senhora Deputada Maria Luíza Fontenele, requerimento no qual solicita que a Comissão requirite aos setores de saúde da rede pública, o fornecimento de planilhas contendo as estatísticas referentes a partos cesarianos realizados. Finalizando, convida reunião a realizar-se na próxima terça-feira. Nada mais havendo a tratar, encerra-se a reunião e para constar eu, José Augusto Panisset Santana, Assistente da Comissão, lavrei a presente Ata que lida e aprovada, será assinada pela Senhora Presidente e irá à publicação.

ANEXO À ATA DA 12ª REUNIÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, CRIADA ATRAVÉS DO REQUERIMENTO Nº 796, DE 1991-CN, DESTINADA A INVESTIGAR A INCIDÊNCIA DE ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DE MULHERES NO BRASIL, DESTINADA A OUVIR OS DEPOIMENTOS DOS SENHORES DR. JOSÉ ARISTODEMIO PINOTTI, EX-SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO; DRA. MARIA BETÂNIA DE ÁVILA, SECRETÁRIA EXECUTIVA DA REDE NACIONAL FEMINISTA DO ESTADO DE PERNAMBUCO; DR. RONEY EDMAR RIBEIRO, SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS E DRA. JUREMA WERNECK, REPRESENTANTE DO CEAP/RJ, QUE SE PUBLICA COM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO DA SENHORA PRESIDENTE DA COMISSÃO.

CPI ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DA MULHER BRASILEIRA

Benedita da Silva, Presidente - Carlos Patrocínio, Relator.
Convidados - Jandira Feghali - Heitor Franco - José Aristodemio Pinotti - Maria Betânia Ávila - Jurema Werneck - Edmar Ribeiro.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - De acordo com o Regimento, declaro aberta a reunião da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a esterilização de mulheres no Brasil.

Em primeiro lugar, gostaria de dar uma explicação aos Srs. Depoentes: é que estamos vivendo, nesta Casa, o Mistério da Santíssima Trindade: Pai, Filho e Espírito Santo, já que temos várias CPI funcionando ao mesmo tempo. Além disso, estamos com uma grande concorrente aqui ao lado: uma CPI que tem tido grande repercussão nacional e internacional. Em função dessa competição desigual, nossa CPI tem estado um tanto quanto esvaziada em termos de presença. Os Srs. Parlamentares estão divididos entre sessões do Senado e da Câmara e reuniões das CPI.

Feitas essas desculpas, gostaria de dizer que hoje teremos uma mesa-redonda com a presença da Dra. Maria Betânia Ávila, da Rede Feminista de Saúde de Direitos Reprodutivos; da Dra. Jurema Werneck, do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas; do Dr. José Aristodemio Pinotti, ex-Secretário de Saúde de São Paulo; e do Dr. Roney Edmar Ribeiro, Secretário de Saúde do Estado de Goiás.

Antes de chamá-los à Mesa, informo que, em razão de compromissos assumidos anteriormente, o Dr. Pinotti vai precisar sair um pouco antes. Diante disso, ele será o nosso primeiro depoente. Convido-o neste momento, a sentar-se ao meu lado direito. Logo a seguir, faremos a chamada dos outros depoentes sendo que cada um disporá de 20 minutos. Após as exposições dos depoentes, abriremos espaço para os Srs. Parlamentares.

Neste momento, gostaria de convidar a todos a ficarem de pé, para ouvirmos o juramento do Sr. Depoente.

O SR. JOSÉ PINOTTI - Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - V. Sª disporá de 20 minutos.

O SR. JOSÉ PINOTTI - Como é a primeira vez que compareço a uma Comissão Parlamentar de Inquérito, gostaria de saber o que desejam que eu exponha sobre esta questão. Posso fazê-lo com o maior prazer.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Na sua exposição, V. Sª poderá, inclusive, fazer uso de documentos de que seja possuidor, podendo, após o seu depoimento, passar-nos esses documentos de que por acaso fizer uso ou que queira nos dar como contribuição.

O SR. JOSÉ PINOTTI - Exmª Srª Deputada, é um prazer para mim estar aqui. Procurarei ser breve e conciso no que vou dizer.

Penso que não podemos nos desvincular do contexto no qual esta questão de esterilização em massa ocorre no Brasil. A primeira característica desse contexto é a questão da dominação e da discriminação da mulher, que existe de uma maneira muito evidente na sociedade brasileira e nem sempre muito bem verificada e sentida, porque faz parte da cultura brasileira, assim como da cultura dos países em desenvolvimento. Mas, se analisarmos adequadamente poderemos ver que a mulher ocupa quase que uma posição de cidadã de segunda classe, ou seja, uma cidadã com muitos deveres e poucos direitos. Espera-se da mulher que transite pelo período do pré-natal, parto e puerpério, mas não se dá à mulher segurança para isto e nem se alivia a mulher dos incômodos que ela tem nesse período. Espera-se que a mulher seja sexualmente disponível, não transmita doenças sexualmente transmissíveis, engravide poucas vezes, mas não se oferece à mulher informações e meios para que isto ocorra.

Quando a mulher, por uma série de razões, inclusive da sua própria liberação, participa do mercado de trabalho, ela acaba ganhando, pelos mesmos trabalhos ou pelas mesmas funções, salários menores do que o homem. Mais do que isso: ela não consegue dividir o seu trabalho de casa com mais ninguém. Assim, ao assumir o mercado de trabalho, ela assume um duplo emprego, onde é mal remunerada em um e não remunerada no outro.

Isto é apenas para caracterizar um pouco a presença, que muitas vezes não é percebida porque há raízes culturais e inerentes muito profundas, do processo de discriminação e de dominação da mulher que penetra dentro do sistema de saúde. A maior evidência da penetração desse processo no sistema de saúde está numa pequena comparação que se possa fazer entre mortalidade materna e mortalidade infantil no Brasil. Se a mortalidade infantil no Brasil é três ou quatro vezes maior do que nos países desenvolvidos, a mortalidade materna no Brasil chega a ser 20 a 30 vezes maior do que nos países desenvolvidos. Se a mortalidade infantil mede o cuidado que se tem com a saúde da criança, a mortalidade materna mede o cuidado que se tem com a saúde da mulher.

O processo de esterilização que houve no nosso País dependeu ou foi relacionado com essa característica de discriminação e de dominação que penetra dentro do sistema de saúde e que faz com que a mulher seja usada como uma ferramenta para propósitos muitas vezes muito distantes dos próprios propósitos de saúde.

Não tenho dúvida de que o que se implantou no Brasil nos últimos 20 ou 30 anos não foi um programa de planejamento familiar: foi um programa de controle de natalidade. Isto porque as forças políticas ou científicas do País se absteram de tomar atitudes e abriram um espaço muito grande para que esse programa de controle de natalidade viesse de fora para dentro do País, através de recursos, provenientes principalmente, - até onde eu tenho informação - do Governo americano. Através de diferentes instituições, eles chegam ao País e são utilizados por instituições privadas que se dedicam prioritariamente à questão do planejamento familiar com métodos muito restritos - em geral, pílula e ligadura de trompa. Com isso criaram uma certa cultura da esterilização no País, que mais adiante tentarei explicar um pouquinho, cultura essa que penetra também nas instituições públicas, onde se verifica, como causa dessa esterilização, um excesso de operações cesarianas e o mal uso desse tipo de operação, até onde poder, através dela, frequentemente não indicada ou sem uma correta indicação, realimenta também a esterilização tubária, o que acaba entrando na cultura brasileira.

Então, as raízes dessa entrada na cultura brasileira da esterilização tubária estão, ao meu ver, na discriminação da mulher, que penetra dentro do sistema de saúde e é usada como uma ferramenta para isto, nos interesses econômicos e políticos dos países desenvolvidos, particularmente os Estados Unidos, em controlar a natalidade brasileira, talvez pelo medo de que um excesso populacional pudesse gerar regimes de esquerda, ou até para que não se use no Brasil esse excesso populacional para alavancar o processo de desenvolvimento, como ele alavancou na maior parte dos países desenvolvidos onde ele ocorreu, e depois a transição demográfica ocorreu naturalmente.

Ocorre também por causa de um excesso de cesarianas e do seu mau uso, com o objetivo de ligadura tubária, da falta total de informação das mulheres e da falta total de participação da mulher no processo decisório.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Dr. José Pinotti, se o senhor me permite, e a nobre Presidente, gostaria de fazer uma pequena interrupção, apenas para comentar um dado que S. Sª menciona, ou seja, que a mortalidade materna estaria 20 a 30 vezes maior no Brasil do que nos países do mundo.

O SR. JOSÉ PINOTTI - Exatamente, a mortalidade materna registrada no Brasil é alguma coisa que varia entre 140 a 200 por 100 mil nascidos vivos. Essa é a mortalidade materna registrada; entretanto, quando, em algumas experiências no Estado de São Paulo; fizemos comitês de mortalidade materna. Verificamos que existe um sub-registro, que equivale a quase 50% das mortes maternas.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Isso durante o parto ou no puerpério?

O SR. JOSÉ PINOTTI - A mortalidade materna é toda morte que ocorre durante o pré-natal, o parto ou puerpério, ligada à questão da gravidez. Essa é a definição da mortalidade materna. O índice que se usa é o número de mortes de mulheres nessas circunstâncias, e o denominador é 100 mil nascidos vivos. Nos países desenvolvidos, a mortalidade materna é sempre inferior a 10. Em Portugal, por exemplo, a mortalidade materna hoje é de 7 a 8 por 100 mil. No Brasil, os números registrados são 140 a 200 por 100 mil, mas os números reais devem ser seguramente bem maiores do que esse, como pudemos verificar no Estado de São Paulo, quando implantamos os comitês de mortalidade materna.

O meu raciocínio se encaminhava para demonstrar que o que existe no Brasil hoje - e a esterilização tubária é consequência disso - é um processo de controle da natalidade e não um processo de planejamento familiar. E esse processo de controle da natalidade se caracteriza muito bem quando analisamos a questão da esterilização tubária. Existem várias estatísticas, e sei que a professora Elza Berquó já fez neste Comissão. Então, seguramente ela deve ter dado os números corretos aos senhores. Mas existem várias estatísticas; inclusive no Estado de São Paulo, quando fui Secretário de Saúde, também solicitei esse levantamento, foram feitas as estatísticas. Os números estão em torno de 30% das mulheres brasileiras em idade fértil, ou seja, de 15 a 49 anos, esterilizadas. Esses números, no contexto internacional, são considerados altíssimos. Acho que poucos países têm número maiores; os que conheço e que tem números maiores são talvez Índia ou China, que tiveram programas maciços de esterilização tubária.

Mais importante ainda do que o número em si é a característica dessas mulheres. Em várias estatísticas que fizemos no Estado de São Paulo, verificamos que 50% dessas mulheres foram esterilizadas antes dos 30 anos de idade. Isso, a meu ver, é um enorme absurdo. Difícilmente uma mulher antes dos 30 anos de idade pode tomar uma atitude definitiva na sua vida, particularmente em relação a uma característica que é única na mulher, a capacidade de reprodução. Como médico, não me lembro de ter autorizado uma esterilização tubária antes dos 30 anos de idade - há sempre alternativas para isso. Isso mostra claramente que o programa não se preocupa com a qualidade do processo de planejamento familiar, mas, sim, com a quantidade de mulheres esterilizadas.

Temos alguns trabalhos, que posso deixar aqui, demonstrando que o percentual de arrependimento das mulheres por terem feito essa cirurgia de esterilização é inversamente proporcional à idade em que foram esterilizadas. Por exemplo, até 25 anos, 50% das mulheres que fizeram a ligadura de trompas estão arrependidas. Isso tem um significado emocional para a mulher e para a família, mas tem um significado também social e econômico, porque essas mulheres arrependidas estão em busca de um processo que lhes devolva a sua fertilidade, portanto, cirurgias relativamente complicadas.

Quando montei em São Paulo há questão de um ano o primeiro serviço de transferência de embrião, aberto às mulheres não-pagantes, na Universidade de São Paulo, a nossa principal clientela que está na fila é constituída de mulheres jovens que foram esterilizadas e que estão arrependidas.

Esse processo de controle da natalidade usou, não só a ligadura de trompas, mas também a pílula anticoncepcional. Alguns trabalhos que temos demonstram que cerca de metade das mulheres que estão usando pílulas no Brasil hoje — em torno de 27% a 28% de brasileiras em idade fértil — estão usando pílulas anticoncepcionais — utilizam a pílula assumindo riscos importantes de saúde. E sabemos que esses riscos podem chegar até a provocar a morte dessas pacientes. Não tenho nenhuma dúvida em afirmar aqui que é muito possível que centenas ou milhares de mulheres brasileiras morreram por causa disso, ou seja, pelo uso inadequado de pílula anticoncepcional.

Então, o que existe no Brasil hoje, salvo algumas exceções — e eu gostaria de mostrar depois que São Paulo começa a ser uma exceção — é um programa de controle da natalidade com particularmente dois métodos anticoncepcionais: a pílula e a ligadura tubária — o percentual de mulheres que usam outros métodos é muito pequeno — que caracterizam um processo de controle da natalidade e não de planejamento familiar. Por quê? Porque o ideal, em termos de anticoncepção, é que cada mulher em cada fase da sua vida tenha acesso ao conhecimento e ao uso de um método anticoncepcional que possa protegê-la contra uma gravidez que ela não deseja, mas que não prejudique a sua saúde, nem física nem emocional.

Para que isso aconteça, precisamos ter um leque de opções anticoncepcionais que não se restringem seguramente à pílula e à laqueadura. Temos uma dezena de outros métodos anticoncepcionais, exatamente para evitar que a laqueadura seja precoce, como, por exemplo, o próprio preservativo masculino, o diafragma feminino, os anticoncepcionais injetáveis, as diferentes formas de dispositivos intra-uterinos, os diferentes métodos de ritmo, inclusive aqueles permitidos pela Igreja Católica etc. Esses métodos seguramente conseguem postergar a ligadura para uma idade em que a mulher tenha consciência do que realmente deseja. Não quero aqui me colocar contra a laqueadura; pelo contrário, sou a favor da laqueadura tubária. Eu talvez tenha sido o primeiro professor universitário que, na minha clínica na Universidade de Campinas, começou a fazer laqueaduras tubárias.

Há 20 anos, e até hoje fazemos essa cirurgia a pedido das pacientes, e mediante a opinião do médico da paciente e de uma pequena comissão, discutindo com as pacientes. Nunca fizemos nenhuma laqueadura antes dos 30 anos de idade, mas fizemos inúmeras laqueaduras em idades mais avançadas, depois de a mulher ser entrevistada pelo médico e por essa pequena comissão. Ou seja, o que está errado não é fazer a laqueadura tubária, acho que é um direito da mulher ter também esse método de anticoncepção à sua disposição. O que está errado é a forma pela qual a laqueadura tubária foi feita no Brasil nos últimos 20 ou 30 anos e a grande incidência de laqueadura tubária, quando, na realidade, podíamos ter métodos alternativos.

Penso que talvez a minha maior contribuição a esta CPI possa ser no sentido da solução desse problema. Acredito que a questão do planejamento familiar sempre foi muito mal interpretada em nosso País. As esquerdas brasileiras sempre estiveram contra o planejamento familiar e há aí uma revisão desse processo nos últimos dez anos. O fato de as esquerdas e a Igreja estarem contra, fez com que o Governo, por medo de enfrentar as esquerdas e a Igreja, não implantasse um planejamento familiar nos serviços públicos de saúde. Isso abriu um espaço para intervenções de fora do país, cujos interesses não são a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida da mulher brasileira. Caso contrário, eles nos ofereceriam recursos para fazer controle de câncer do colo-uterino, cuja mortalidade no País, é duas ou três vezes maior do que a mortalidade materna, cuja solução é muito mais simples e mais barata do que a mortalidade materna.

Portanto, não entendo e nunca entendi que os recursos injetados no País, para planejamento familiar, têm intenções humanitárias, benemerentes de liberação da mulher etc. Não têm coisa nenhuma desse tipo. São recursos que escondem interesses demográficos, econômicos e políticos.

Mas esse espaço foi aberto por uma falta de definição dos nossos governos que nunca tiveram a coragem de enfrentar a opinião pública, algumas facções da esquerda política brasileira, que hoje modificaram a sua opinião e a própria Igreja Católica brasileira.

A situação como está hoje não é uma situação em que devemos negar à mulher o acesso ao conhecimento e ao uso desses métodos anticoncepcionais. O que precisamos fazer é exatamente transformar esse programa de controle da natalidade num programa de planejamento familiar. E num programa de planejamento familiar que ofereça inúmeras opções de tal forma que cada mulher em cada fase da sua vida tenha o direito de usufruir de um método que a proteja contra uma gravidez indesejada e que não prejudique a sua saúde, mas um pouco ou muito mais do que isso, que isso seja feito no contexto do atendimento das demais necessidades básicas de saúde da mulher.

É também uma característica do controle da natalidade entender que planejamento familiar ou controle da natalidade seja uma panacéia. Vi em vários lugares do Norte, Nordeste, em São Paulo e no Sul também se dar pílulas ou se ligar trompas de mulheres desnutridas, desdentadas, anêmicas, doentes, possivelmente com câncer do colo do útero em evolução e outras doenças, e não se atentar para nenhum outro cuidado básico que pudesse fazer o diagnóstico ou o tratamento dessas enfermidades. Como se a questão da pílula resolvesse todos os problemas e fosse a única coisa que aquela mulher estivesse desejando.

Mas, por outro lado, não podemos negar que as mulheres necessitam e desejam a anticoncepção, mas ela precisa ser colocada dentro deste contexto de planejamento familiar e no contexto do atendimento das necessidades básicas de saúde da mulher.

Recentemente, fizemos uma investigação no Estado de São Paulo e perguntamos às mulheres da importância da existência de métodos anticoncepcionais. Na tensão primária, e 93, 94% das mulheres responderam afirmativamente. Portanto, é um desejo da mulher e é uma necessidade que

tem que ser preenchida. O importante é a forma de preencher essa necessidade.

Isso que acabei de dizer, ou seja, planejamento familiar dentro do contexto do atendimento das demais necessidades básicas da mulher, é exatamente a característica fundamental e conceitual do programa de atenção integral à saúde da mulher. Programa esse que nasce — talvez seja um pouco suspeito para falar — em Campinas, há 20 anos, começa ser gestacionado nessa ocasião e assume o Ministério da Saúde com o Ministro Waldir Arcorverde e o Mozart de Abreu e Lima. Nessa ocasião, se consegue um grant das Nações Unidas para esse projeto. Ele tenta ser implantado no Brasil inteiro, naquela ocasião, o único estado que implanta é o estado de Goiás, e depois, no Governo Orestes Quércia em São Paulo, enquanto fui Secretário da Saúde, nós implantamos esse projeto em São Paulo, e os resultados foram realmente muito bons. Nós aumentamos de 250 mil consultas por ano de mulheres para 2 milhões e 400 mil consultas; levamos o pré-natal a praticamente 100% de cobertura; levamos o parto hospitalar a quase 100% de cobertura; e a cobertura por papanicolaou, que era 6% no Estado de São Paulo, passou a 35%; e o câncer do colo uterino, que era a primeira causa de morte de mulheres por câncer, o que é uma vergonha, porque nenhuma mulher precisa morrer de câncer no colo uterino hoje, já é a quarta causa de morte por câncer em São Paulo, segundo dados da SEAD recentemente publicados.

Portanto, quando nós medimos o grau de contentamento das mulheres em relação a esse programa, através de uma pesquisa da Cemicam, financiada pelo Banco Mundial, verificamos que 80% das mulheres o classificaram de bom ou de ótimo. Portanto, ele atinge também o interesse e a necessidade das mulheres.

Em síntese, o que se faz com esse programa é simplesmente atender à demanda sentida das mulheres, uma coisa que absolutamente não era considerada, porque as mulheres eram atendidas ou pelos modismos dos programas internacionais: atenção materno-infantil, planejamento familiar etc; ou por definições epidemiológicas de dentro do País: controle do câncer, controle da mortalidade materna etc.

Agora, quando se pergunta à mulher quais são as questões que a levam ao sistema de saúde, ela responde claramente — tenho dados aqui de pesquisas que fizemos — que as questões são: corrimento, dor ao coito, distúrbios menstruais, outros problemas sexuais, nódulos no seio e planejamento familiar, são as cinco ou seis questões.

E não há nenhuma forma, ou nenhuma necessidade, de que isso e aquelas questões que consideramos epidemiologicamente importantes sejam excluídas. O segredo do programa de atenção integral à saúde da mulher é fazer a mulher penetrar no sistema de saúde, abrir as portas da tensão primária para atender a demanda sentida das mulheres, porque é um direito que elas têm de ter sua demanda sentida atendida, e quando elas estiverem dentro do sistema, informar e oferecer as nossas prioridades epidemiologicamente baseadas.

Portanto: controle de câncer, controle da mortalidade materna, controle das doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar etc.

Esse casamento inteligente de ambas as coisas é que caracteriza a prática do País, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. E o conceito do País é tirar de dentro do sistema de saúde esse processo de dominação e de discriminação da mulher.

E os resultados foram bastante bons e bastante elucidativos de que é perfeitamente possível fazer, não é caro e se conseguem resultados concretos quando se realiza, inclusive, com satisfação das mulheres.

Paro por aqui e estou à inteira disposição para responder às questões que me forem formuladas.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Gostaria de informar ao Dr. Pinotti, como estamos numa mesa-redonda, que estou aqui lhe garantindo a sua saída em tempo.

Ouviremos agora a segunda exposição a ser feita pela Drª Maria Betânia Ávila, da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Eu a convidaria a sentar-se ao meu lado direito.

A senhora disporá de 20 minutos.

E agora o juramento.

A SRª MARIA BETÂNIA ÁVILA — Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Concedo a palavra a V. Sª, que disporá de 20 minutos.

A SRª MARIA BETÂNIA ÁVILA — Exmª Srª Deputada, Presidente desta Comissão, Exmª Sr. Relator, demais presentes:

Vou falar como representante da Rede Nacional, vou falar inspirada nas idéias do feminismo que são também as idéias que alimentam nossa prática. Este depoimento quero dizer é feito em nome da liberdade das mulheres, e esta liberdade tem como um dos seus pontos de fundamento o direito a livre escolha de ter ou não ter filhos, quando tê-los e quanto tê-los. A luta por este direito é histórica e contemporânea da luta por direito à instrução e ao voto. Portanto como se pode ver sempre quisemos uma cidadania integral, uma cidadania que poderíamos dizer de corpo e espírito, que mora no corpo e na consciência e se expressa na vida social. Nosso corpo não pertence a uma palavra de ordem que percorreu o mundo e da qual somos tributários e este "nos pertence" significa tirar este corpo de qualquer estado de dominação. Porque este corpo é o lugar primeiro da existência individual.

Mas este direito de escolha, inclusive hoje um direito Constitucional no Brasil não existe de fato no cotidiano da maioria das mulheres brasileiras. Os números, as causas e as condições que cercam o fenômeno da esterilização feminina no País é uma forte ilustração disso.

Quero esclarecer alguns pontos e justificá-los para que fique bem clara nossa posição.

Não concordamos, aliás somos radicalmente contra a proposta controlista que aponta para redução da população como solução para miséria social. Esta posição é geralmente posta em prática a revelia das mulheres, e com um alto custo para sua saúde e muitas vezes o custo é a própria vida. A realidade do Brasil é bem exemplo disso. Pois a uma queda crescente da taxa de fecundidade não tem ocorrido nem um sinal de melhoria de condições de vida. Ao contrário, a deterioração dos níveis de vida é profunda.

A queda de fecundidade em termos relativos nos anos de 70 a 80 foi de 25%, já a PNAD de 86 nos aponta que esta queda foi de 19% de 80 a 84, em

apenas 4 anos, o que mostra que nos anos oitenta o ritmo desta queda acelerou. O Censo de 91 já aponta que o crescimento populacional não será 2.0 como se esperava mas me torno ou até menos de 1.8.

Tudo isso a custa de esterilização segundo a demógrafa Elza Derquó. No estado de Pernambuco segundo dados da PNAD 78,6% das mulheres se esterilizaram no último parto. E os dados sobre mortalidade materna revelam que a projeção no Brasil é 180 mortes por 1.000.000 nascidos vivos, um dado 25 vezes maior do que no Canadá.

Enquanto isso as políticas de ajuste que se aplicaram a região da América Latina durante a década de 80, deixaram uma herança de 180 milhões de pobres, o que equivale a 40% da população latino americana e do caribe.

Não se trata aqui de ser contra ou favor da esterilização, não lutamos por interdições, não queremos contribuir para um discurso perverso sobre esta questão, onde ela seja tratada de forma isolada, maniqueísta ou sensacionalista. Isto só eliminaria a discussão das razões pelas quais esta esterilização é feita em massa pelas mulheres brasileiras. Podemos dizer em massa pois já na PNAD de 86 o número total era de 7 milhões de mulheres em idade fértil portanto 17% do total. Este número cresceu imensamente, segundo as projeções.

Mas por outro lado o direito de escolha que está garantido na Constituição brasileira é um direito proposto por nós, defendido por nós e dele não vamos abrir mão. Faz parte do que denominamos Direitos Reprodutivos, que são direitos por nós introduzidos no âmbito dos direitos humanos e que representam uma contribuição fundamental para o alargamento do conceito de Democracia que também nos coloca na posição de construtoras de direitos e de políticas e do ponto de vista da construção da cidadania este é um ponto fundamental.

O Estado brasileiro foi omissa na viabilização desse direito. PAISM. (falar dele)

E no estado de Pernambuco que nos diz respeito mais proximamente os dados são lamentáveis e só revelam omissão e irresponsabilidade do poder público. Em pesquisa que realizamos em 88, RMR apenas 9 serviços de saúde da rede pública ofereciam algum tipo de Planejamento Familiar, além disso em condições precárias. Não tem ação educativa, os profissionais não são treinados, encontramos casos onde os métodos distribuídos eram trazidos pela médica, por iniciativa pessoal pois pela via oficial não chegava. A PNAD de 86 revela que PE é um dos Estados com maior índice de esterilização feminina, 60,2 das mulheres que fazem contracepção estão esterilizadas, pilula 26,9 outros 12,9. Segundo esta mesma fonte 75,6% das mulheres foram esterilizadas no último parto.

Até hoje, no Brasil e em PE, tem sido tarefa das entidades privadas a oferta gratuita dos meios de evitar filhos, com uma prática nitidamente controlista. Tanto é assim que, ao longo de 25 anos, têm privilegiado a pilula como método ideal.

Tomemos como exemplo a prática da Denfam, que exerce uma ação hegemônica no Nordeste, junto às mulheres de baixa renda. Com o apoio do poder público e cartelas de pilula não, a Denfam se lançou nesta região com toda garra e sem nenhuma preocupação com saúde física e mental das mulheres.

A pilula reinou soberana, sobre os corpos femininos. Os outros métodos, como a esputuma e a camisinha, serviram para enfeitar as prateleiras dos postos de distribuição. Uma pesquisa realizada pela Prefeitura do Recife em 87, para avaliar o desempenho da Denfam nos postos da Secretaria de Saúde Municipal da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), revelou uma prevalência do uso da pilula da ordem de 100%, vindo em segundo lugar a ca, isinha, com índice de uso em torno de 7%. Um dado importante levantado por esta pesquisa é que 602% das mulheres haviam feito uso incorreto da pilula - aborto.

O exercício da maternidade é pesado e as dificuldades começam na gravidez. Muitas mulheres se queixam da falta de apoio e carinho neste período da vida.

Os homens, ausentes dessa vivência, parecem desconhecer a sua participação na concepção. Apesar das mudanças no campo das ideias, permanece uma prática que se baseia na separação: relação sexual/homem/lugar de prazer e relação sexual/mulher/lugar de procriação. Não é por acaso que o comando - único contraceptivo masculino disponível no mercado e inventado há mais de três mil anos pelos egípcios - teve o seu uso associado fundamentalmente à proteção da saúde do homem. Enquanto meio contraceptivo, tem sido alvo de sistemática. O crescimento do uso da camisinha em função da AIDS, recoloca com muita evidência a sua função primordial como instrumento de prevenção de doenças.

Nesse contexto, as mulheres pagam um alto custo: entre os efeitos colaterais dos métodos hormonais, o medo do parto, a falta de condições econômicas, o pânico do aborto clandestino, elas deparam com o vazio da ação governamental.

A forma precária de viver a contracepção aliada à falta de condições materiais, têm levado as mulheres à opção radical pela-esterilização.

O discurso generalizado é uma simplificação da questão e aquele que diz: as mulheres estão pedindo. Mas de onde nasce este pedido ninguém quer saber. E nós queremos dizer que este pedido em massa nasce da falta, vêm, da carência, da impossibilidade e pode ser que nele esteja contido também uma revolta contra esta ordem social injusta que não valoriza a reprodução, pode ser que este pedido nasça do desejo da liberdade. Mas a tragédia dessa situação se configura na imposição a que ela está sujeita e na manipulação que se faz dela. Não se pode falar de escolha voluntária quando não há outra opção. Sem escola, sem casa, sem trabalho, sem serviço de saúde, sem informação sem ajuda dos parceiros sem acesso a outros métodos de evitar filhos, com medo dos partos feitos de maneiras desumanas nos serviços públicos, qual é a possibilidade real desta escolha, me respondam.

E como aqui eu quero falar de maneira específica da utilização política que se faz da demanda por esterilização, do uso abusivo do poder econômico, e das condições em que são realizadas.

Ouvimos e vimos o tempo todo nos meios de comunicação a troca do voto por esterilização e o tempo todo as pessoas justificam: É! mas as mulheres querem. Pois a questão é que nesta negociação se troca um favor por uma possibilidade de ser cidadão.

É que aí se manipula a consciência e a carência ao se dar um suposto benefício. O problema é que quando se "arranja" uma esterilização o político extingue aí o seu compromisso com a democracia prometida no palanque. É o ajuste de contas. Aí se esgota o gesto político, aí se elimina a responsabilidade com o bem estar social. Porque depois daí, o que se verifica todo dia é que depois daí não acontece nada, só o confronto com a miséria que não para de crescer.

Exigências de ligadura para admitir no emprego (falar). Onde são feitas as esterilizações e condições (falar: na hora do parto, sistema de pagamento, Inamps).

Trocar ligadura de trompas por voto, exigir ligaduras de trompas para se dar emprego, fazê-la em condições de risco ou sob pressão todos esses casos devem ser considerados crimes contra a humanidade.

A cidadania aí é ferida pela indecência de um sistema de poder que combina atraso com ganância.

A omissão governamental em relação aos fatos da concepção e da contracepção e a instrumentalização política ou social dos mesmo faz parte do estado de barbárie a que fomos levados neste País, que ao mesmo tempo que recordista em esterilização feminina é também recordista em meninos/as de rua. Triste País este que vivemos.

Esta CPI acontece depois de um longo processo de luta, por isso tem que ser um instrumento importante para reverter esta situação.

Tem que apurar responsabilidade, e trazer propostas de políticas públicas e sociais. Tem também que esclarecer zonas nebulosas sobre estas responsabilidades sobre as quais nunca tivemos acesso, que são dados sobre quem faz, onde e quanto ganham com isso. Quem exige, quem negocia e quem fraudava neste processo de perversão.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Ouviremos agora o depoimento do Dr. Edmar Ribeiro, Secretário de Saúde do Estado de Goiás, a quem pedirei que se sentasse ao lado esquerdo do Relator.

O SR. EDMAR RIBEIRO - Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento, sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - O senhor disporá de 20 minutos.

O SR. EDMAR RIBEIRO - Quero saudar, nesta oportunidade, a Deputada Benedita da Silva, que preside esta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, e o ilustre Senador Carlos Patrocínio, pelo Estado de Tocantins, Relator desta Comissão.

Meus senhores aqui presentes, na condição de Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente do Estado de Goiás, quero manifestar a satisfação de aqui estar com os senhores, quando a mim me parece uma ótima oportunidade para apresentarmos um pouco do que tentamos fazer no Estado de Goiás, quando éramos Secretário de Saúde no primeiro Governo Íris Resende Machado, no período 83/87.

Como afirmado pelo Dr. Pinotti e pela Maria Betânia, que aqui se fizeram presentes, trazendo à reflexão dados de pesquisa hoje existentes no Brasil, a omissão governamental, a omissão administrativa tem sido fator colaborador para a introdução de recursos não recomendados na orientação da população no sentido de controle da natalidade, que foi implantado neste País e nos países em desenvolvimento. Isto fez com que naquele período, 83/87, elaborássemos e implantássemos em Goiás um programa de planejamento familiar, e eu não poderia deixar de manifestar, diante desta Comissão, a colaboração que tive de duas pessoas, a quem sou muito grato, que estavam trabalhando comigo nessa ocasião, na Secretaria de Saúde: Ana Maria Costa, que foi a coordenadora do programa quando o implantamos em Goiás, e o Dr. Jackson Semerene Costa, que era o nosso Coordenador de Planejamento da Secretaria de Saúde.

Ouvindo atentamente os dois expositores que me antecederam, revli um pouco o que iríamos fazer de cometários aqui.

Tentarei não ser repetitivo e abreviarei minha fala para que tenhamos através das discussões mais luzes, agora que temos novamente a oportunidade de administrar a Saúde no Estado.

Por que a inconsciência da mulher, ou por que a inconsciência do povo nos faz aceitar imposições de qualquer ordem? É a reflexão que fiz. E essa reflexão logicamente não é minha. Mas, pareceu-me pertinente trazer para o auditório que diante dessa situação, a diante desse sistema de saúde incompetente, qual opção que deveríamos trazer, como administradores públicos, hoje à população. Qual a opção para que a consciência seja trazida às pessoas a fim de que elas não continuem sendo alvo ou vítimas de imposições de controle de natalidade.

A esterilização em massa, relatada no Brasil e tendo o meu Estado como vice-campeão de casos de mulheres esterilizadas nos deixa numa situação muito constrangedora.

Será que a inconsciência no Estado de Goiás é maior do que a dos outros Estados brasileiros? É a primeira pergunta.

Será que o que fizemos no período de 83 a 87, especialmente em 85, quando implantamos - como disse o Dr. Pinotti - o sistema de Assistência Integral à Saúde da Mulher - não sou muito de placas - há uma placa registrando esse acontecimento. E eu sabia que era preciso registrar, porque não seriam muitos os seguidores e não seriam muitos aqueles que teriam coragem de enfrentar novamente ou darem continuidade a um programa de assistência integral à saúde da mulher.

Em 1985, quando implantamos o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, fomos alvo de críticas extremadas na condição de Secretário de Saúde e o Governador Íris Rezende, à época, foi questionado sobre o fato de manter um Secretário que estava implantando uma política daquele nível. Logicamente, para que fosse feita a implantação tivemos a apresentação de propostas e análises de discussões com o Governador e todo nível de assessoramento do Governo para que assumíssemos o desafio. E o desafio, parece-me, criou raízes, foi importante. Mas volto à minha pergunta: Será que implantado em 85, Goiás deveria ser o vice-campeão em esterilização? Ou será que o programa deu resultado enquanto estávamos como Secretário e a Aninha - como disse o Dr. Pinotti - estava lá seguindo e informando todos os assessores do grupo do programa materno - infantil e que depois, porque não existia uma decisão política de continuidade de programa, por outros interesses - como disse a nossa expositora - talvez as mulheres de Goiás tenham sido vítimas mais do que em outros Estados da Federação?

De acordo com esse documento do PNAD, em que 71,6% das mulheres estavam esterilizadas - é lógico que não é o total das mulheres do Estado - na faixa etária de 15 a 54 anos, o índice é de 31,3% de mulheres esterilizadas. Como meio contraceptivo 71 a 72% das mulheres estavam esterilizadas.

Diante da pesquisa existente criei uma comissão para fazer um levantamento de uma pesquisa com metodologia bem caracterizada, na Secretaria de Saúde e nas unidades públicas integradas aos municípios e ao Governo federal, para que possamos criar dados concretos do próprio sistema de saúde. Nesse documento apresentado, segundo a pesquisa com as mulheres

esterilizadas, essa cirurgia tinha sido feita num percentual muito menor nas unidades públicas, mas um quantitativo bastante grande na rede privada de saúde.

Logicamente, não vamos entrar em detalhes de interesses econômicos para que isso aconteça, mas trago uma colaboração para essa Comissão Parlamentar de Inquérito.

Lembro-me que numa reunião na Assembleia Legislativa do Estado quando o PMI "ditava" normas, a Dr^a Ana Maria Costa foi chamada de Ana Maria Jul. O termo foi usado de forma pejorativa em relação ao ato; não que parecer com alguém seja pejorativo, mas creio que aquele comentário não era conveniente. Em decorrência disso, nós tomamos uma decisão política de governo no Estado de Goiás em primeiro lugar, organização e reorganização no sistema de saúde. O serviço de saúde público vai assumir a coordenação, a orientação, a organização e, se for o caso, a execução de todas as ações de saúde nos 230 municípios do Estado.

Não seria nosso objetivo comentar essa reorganização de implantação novamente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, como reivindicado pelo Movimento Feminista Brasileiro, e como apresentado em várias solenidades às quais normalmente estou presente.

Vamos implantar novamente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Mas para que isso aconteça e para que não haja desvirtuamento da proposta é fundamental que haja consciência, em primeiro lugar, do profissional da saúde. A reorganização do serviço de saúde começa, logicamente, não se levando em consideração a competência dessa unidade da saúde, a facilidade dessa unidade de saúde que deve dar ao profissional da saúde, mas à sua competência, a valorização deles que deverão estar integrados a uma nova política de saúde que se implanta no Estado. Nessa nova política de saúde se torna prioritário, neste ano, o atendimento integral à saúde da mulher e da criança.

Com este intuito e a valorização do servidor que trabalha na saúde, com a implantação de uma política de pessoal que nos parece o grande trunfo que a saúde brasileira deve ter, trunfo esse que passa por uma valorização desse servidor através de plano de carreira, de valorização de progressão funcional, de perspectiva funcional, de educação continuada e fundamentalmente de envolvimento na universidade brasileira, que é o elemento formador do homem que vai substituir aquele que está trabalhando hoje.

Com essas colocações, parece-me que estaríamos com um sistema de saúde que poderia dar suporte à implantação, de novo, de estratégias de saúde que nos levem à consciência profissional, mas, fundamentalmente, criando um mecanismo de consciência do povo.

O povo consciente não se deixa levar pelos governantes, mesmo que eles sejam competentes. O povo consciente aceita, mas escolhe com competência os seus administradores.

É essa a nossa estratégia: a consciência do profissional e da população. Se criarmos a consciência do profissional para atendimento integral à saúde da mulher, logicamente doenças sexualmente transmissíveis, controle de tuberculose e hanseníase, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária passam a ser um mecanismo de trabalho da unidade de saúde para que ela atinja o seu desiderato, ou seja, a finalidade para a qual existe.

Mas, ao mesmo tempo, esse profissional de saúde não está discutindo apenas ação de saúde no que se refere à doença, trabalhando, inclusive, na área de jurisdição daquela unidade, de saneamento básico e proteção ao meio ambiente.

Se assim o fizermos, estaremos criando a conscientização para que o profissional de saúde, em qualquer setor que se encontre, ele seguramente estará preparado para influir nas decisões da população, decisões essas que passam certamente pelo mecanismo de que ela possa falar, explicitar, que ela foi ali não para bloquear ou para fazer controle da natalidade, mas, pelo contrário, fazer recanalização tubária.

E assim nós o fizemos. Tivemos casos documentados naquele período de implantação em que se dá o direito à mulher e ao casal de fazer opção pela sua vida, pela vida dos seus filhos, de acordo com suas condições econômicas, de quando e por que procriar e como limitar essa procriação.

Essa linha de trabalho, parece-nos uma contribuição à esta Comissão: é que deveremos trabalhar este sistema de saúde que seja viabilizado através da consciência profissional, da valorização do profissional, para que ele possa, conscientemente, passar essa confiança para a população.

E estando conscientes a mulher, o homem, o casal, teremos muitas oportunidades de planejar a nossa família, não apenas com os dois dados, como o Dr. Pinotti tem estatisticamente comprovado e mostrado que são: a esterilização e o uso da pílula.

Nessa organização de serviço de saúde possa, logicamente, a coragem do sistema de saúde de, nessa coragem, chegar à definição de que uma senhora, no pré-natal, durante o parto, no puerpério, ela possa ser atendida fora desse período e se lhe dê a chance de um bom atendimento com todos os setores.

E quando se for falar em área de saúde bucal que se possa também comentar sobre a procriação, sobre o planejamento da família, como está o índice de fertilidade, como está a nutrição e como está a cobertura vacinal nessa família.

Se essa consciência acontecer, pode ser até utopia, mas o povo não aceitará mais imposições verticalizadas em qualquer setor, especialmente no planejamento da família com mistificação, mas colocando apenas o controle da natalidade e a esterilização em massa.

Tenho a esperança e a expectativa de que poderemos implantar o programa de novo. Já pedi à Aninha e ao Jackson que se desloquem e se sacrificem, novamente, a fim de irem a Goiás, porque nós temos que demonstrar agressividade, eu tenho altos técnicos, alta competência para que possamos atuar ali. Eu quero fazer aqui uma confissão: o Dr. Pinotti, àquela época, nos auxiliou através da Universidade de Campinas, nos apoiando para que pudéssemos implantar com segurança, com maturidade, aquilo que era um desafio, foi apenas em Goiás que se conseguiu implantar o programa de assistência integral à saúde da mulher.

Fomos instados de toda ordem a confessar porque estávamos implantando o controle da natalidade e nós dissemos que o planejamento e a orientação da família tinham sido, até hoje, um direito dos ricos neste País, e queríamos dar aos pobres o direito que nos parece agora garantido na própria Constituição Brasileira, e que isso deveria ser dado.

Naquela época, a Constituição ainda não estava promulgada, estava em discussão, nós gostaríamos que isso acontecesse porque se dava aos pobres e aos ricos os mesmos direitos. Cabe agora aos administradores conferirem, praticarem e estenderem esse direito à toda a população. Muito obrigado.

A SR^a PRESIDENTE BENEDITA DA SILVA - Convidaria agora a Dr^a Jurema Werneck, representante do CEAP, que é o Centro de Populações Marginalizadas. Por favor, queira sentar-se ao lado esquerdo do relator para prestar o juramento de praxe.

A SR^a JUREMA WERNECK - Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - A Dr^a Jurema disporá de 20 minutos.

A SR^a JUREMA WERNECK - Primeiro, gostaria de falar um pouco a respeito da vinda do CEAP, aqui. Eu queria aproveitar e saudar a Presidente desta Comissão, Deputada Benedita de Silva, o Sr. Relator, Deputados e Senadores, Deputada Jandira Feghali, aqui presente, e dizer que é uma alegria para uma representante do movimento de mulheres negras, representante do movimento negro brasileiro, estar aqui, presente, numa comissão presidida por uma de nós, uma aliada nossa de primeira hora, que desde há muito vem trabalhando conosco nesse movimento na luta contra a esterilização em massa de mulheres.

O CEAP no ano de 90 lançou no Rio de Janeiro uma campanha nacional contra a esterilização em massa. Nesta campanha foram lançados jornais, revistas, cartazes, e um fórum permanente contra a esterilização em massa no Rio de Janeiro. Hoje em dia essa campanha cresce e conta com a adesão do Movimento Negro em todo o País, e do Movimento de Mulheres Negras também. Já temos um fórum nacional de negros contra a esterilização em massa que se reuniu em 1991, e um fórum Norte/Nordeste que deve se reunir, ainda este ano, no Maranhão.

A nossa campanha contra a esterilização em massa, lançada em 90, trazia o seguinte chamamento: dizíamos que a esterilização, se por um lado ela partia de um assunto que foi dito por todos aqui nesta mesa: controle de natalidade da população brasileira, na verdade para nós ela se propunha a contribuir para o genocídio da população negra no Brasil.

Muitas estatísticas têm sido apresentadas pelas pessoas que me antecederam; acho que já temos grande informação numérica a respeito da incidência da esterilização no País.

Eu queria só dizer que, do ponto de vista da mulher negra, as estatísticas de esterilização em massa ainda não estão a contento, não nos agradam.

Eu digo o porquê. Primeiro, o IBGE diz que o montante da população negra brasileira é de 45%. O Movimento Negro brasileiro não faz censo, mas por suas observações empíricas ele diz que a população negra brasileira deve estar chegando a 80% do total, desses 146 milhões de habitantes neste País. O próprio censo do IBGE de 1980 diz também que a população feminina negra é também 45% da população.

O que vemos hoje em dia é um debate, às vezes perverso, às vezes tendencioso, às vezes não, às vezes honesto também, de que se é verdade ou não que a mulher negra tem sido a mais ou a menos atingida pela esterilização em massa de mulheres. Eu quero dizer que sim. Do ponto de vista das mulheres negras, do movimento negro, do nosso ponto de vista, é verdade.

Primeiro, se considerarmos que a maioria da população é negra, ainda que o censo desconheça isso, então, será verdade. Se considerarmos que não é coincidência o fato de a estatística mostrar que a maioria das mulheres esterilizadas no País são pobres, e dizemos que não é coincidência, que a pobreza brasileira, a pobreza no Mundo inteiro tem uma cor, uma etnia, então é verdade que as mulheres negras do País estão sendo mais esterilizadas do que qualquer outra.

Esta Comissão, bem como todos têm conhecimento, por exemplo, daquele memorando do Governo americano que se propunha a fazer o controle da natalidade em treze países do Terceiro Mundo, como: Índia, Nigéria, Indonésia, Brasil, México e vários outros. O que eles tinham em comum era pertencerem ao Terceiro Mundo, é verdade. O que eles tinham em comum, uma minoria branca.

É importante que esta Casa, que o Congresso Nacional reflita quanto à necessidade de se pensar na cor do indivíduo, na cor da pobreza, na etnia que provoca a eugenia no Mundo. Eugenia, para quem ainda não sabe, é uma idéia que surge com apoio da ciência, mas não surge na ciência, se propõe a melhorar a raça humana. O primeiro alvo dos eugenistas foram os considerados incapazes que eram, na época os negros, os indígenas, os judeus, os mentalmente deficientes, os paraplégicos etc. Dentro dessa mesma ótica, surge agora nos Estados Unidos, em 1907, uma primeira lei de esterilização de mulheres exatamente baseada na eugenia, uma proposta que visava esterilizar mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres mentalmente deficientes. Trinta e seis anos depois a Alemanha nazista conseguiu a melhor "lei de esterilização" considerada pelos eugenistas da época, que esterilizou mulheres judias, ciganas, negras, mentalmente deficientes etc. durante a II Guerra Mundial.

Um fato temos que considerar também, um pouco do que foi dito aqui, refere-se ao discurso que diz que as mulheres pedem a esterilização. Quem me antecedeu já tocou nesse assunto, mas queria reforçar exatamente o que significa esse pedido. Para nós ele é o desabafo de quem não tem nenhum poder, é o desabafo de quem foi tão dominada por uma sociedade altamente concentradora de renda, sociedade essa em que a maioria das mulheres negras recebem menos que cinco salários mínimos.

Hoje, com a recessão ampliada, certamente esse quadro piorou bastante. Nessa sociedade quem detém a concentração de renda são justamente os de pele mais clara, os brancos; nessa sociedade, para nós, obviamente racista, a esterilização se concentra, esse desabafo se concentra nas mulheres não brancas, nessas mulheres consideradas de segunda categoria. Numa sociedade também em que são os homens que determinam as leis o andamento da sociedade, temos os fatores desfavoráveis porque é uma mulher, porque essa mulher é negra e porque essa mulher é pobre, ela está sendo esterilizada. É uma sociedade racista, machista e altamente concentradora de rendas, ou seja, não há coincidências quando nós dizemos que a maioria das pessoas esterilizadas, neste País, são mulheres.

Por outro lado, nós temos pensado que a esterilização em massa tem trazido para nós, no Rio de Janeiro, para nós, do Movimento de Mulheres Negras, uma segunda reflexão que é a seguinte: que consequências tem a esterilização para a saúde das mulheres, para a sociedade, para o povo negro brasileiro, para o País e para o mundo, como um todo?

Do ponto de vista individual da mulher negra, pobre, favelada, que está sendo esterilizada, o que tenho visto é que na busca desesperada por uma solução o que se produz é o caos na sua vida. Essa mulher, considerada útil, enquanto fértil, deixando de o ser, ela, muitas vezes, é abandonada pelo marido, tantas vezes desconsiderada pela sociedade, ela assume para si uma identidade, - tantas vezes eu ouvi isto - e ela diz: "Eu não sou mais mulher." No mês passado, eu ouvi uma mulher moradora de rua, dizer que foi esterilizada numa maternidade pública, segundo o seu relato - que ela morreu por dentro, ela não vale mais nada. Do ponto de vista da Medicina, o debate tem sido interessante porque traduz ignorância - acho. A literatura médica brasileira, que tantas vezes produz papéis, diz que a ligadura de trompa não faz mal à saúde - muitas vezes. Não faz mal. É como se não fosse nada. O que vejo no meu dia-a-dia, no meu trabalho em encontrar as mulheres esterilizadas, observo que elas têm alteração no seu ciclo menstrual, o que, no serviço de saúde - não sei por que, por alguma mágica que não entendo, dizem que é normal, mas as alterações de um ciclo de fertilidade, de um ciclo de vida, não é possível que seja normal. Eu já li textos que se referem à maior incidência de tumores de mama, o que poderia ter, até, uma possível relação com o câncer de mama porque alguns tumores de mama produzem degeneração maligna e, daí, possivelmente, a doença está instalada. Vi mulheres que diziam: "Depois da operação, fiquei mais nervosa. Depois da operação, meu marido não me aguenta. Depois da operação, eu tenho dores de cabeça que não aguento mais." Ou seja, não tem sido uma atividade inocua na vida das mulheres com quem tenho entrado em contato.

Do ponto de vista da sociedade, isso traz a necessidade de uma outra reflexão. A primeira, que sociedade é essa que esteriliza mulheres e mata crianças? Não é preciso, mas vou lembrar, de qualquer forma que a maioria das crianças que estão sendo assassinadas, hoje, são negra e de rua. Que sociedade é essa que se propõe a extinguir um povo negro, através da esterilização de suas mulheres e no assassinato de suas crianças? Uma outra pergunta que cabe, que sociedade é essa que, diante de condições econômicas adversas, diz que "criança é um estorvo"? Essa é uma reflexão necessária. Nesse momento de conturbação, do ponto de vista ético é preciso produzir uma nova ética que reconheça o valor que a vida deveria ter e está perdendo.

Uma outra pergunta, que sociedade é essa, que pensamento é esse que considera a parte de um organismo vivo, altamente supérfluo, que pode ser cortado e colocado num vidrinho de formol, levado para casa, e mostrado com muita alegria. "Aqui está a sua trompa"? O médico dá para ela, sorridente. Eu vi um médico de São Paulo, altamente orgulhoso, dizer que ele é rapidinho e que corta uma trompa de mulher em 18 segundos. Ele falou isto com orgulho. Que sociedade é esta, que ética é esta em que se tem orgulho de cortar parte de um organismo vivo em 18 segundos? Do ponto de vista do País, se o Movimento Negro tiver razão quando ele afirma que 80% da população que vai ser de São Paulo - já que é essa população de trabalhadores que produziu esta Nação, que sustenta esta Nação, com o seu trabalho se esse povo está sendo exterminado? Se não houver mais nascimentos e se morrem nossas crianças todo dia, o que vai ser de nós?

É do ponto de vista do mundo - porque isso não é um fenômeno apenas brasileiro, é um fenômeno gestado nas sociedades brancas da Europa e dos Estados Unidos, um fenômeno gestado num pensamento de dominação que começou há muito tempo e se expandiu pelo mundo, e está atingindo não apenas o Brasil, mas a África e a Ásia, e toda a América Latina, que mundo é esse, que projeto de futuro temos para ele?

Quando fui convidada a participar desta Comissão Parlamentar de Inquérito, fazendo o meu depoimento, vim com uma grande expectativa, eu a mantendo, e é com orgulho que penso que ela pode ser atingida, não apenas pelo nível do debate e das colocações feitas aqui, mas pelo grau de comprometimento das pessoas que já conheço aqui nesta comissão.

O que esperamos, o que o Movimento Negro espera, o que as mulheres negras todas do Brasil esperam desta CPI? Maiores informações. O Movimento Negro tem produzido informações empíricas, dizendo que nós estamos sendo destruídos. Queremos que esta CPI também diga para nós se temos razão ou não. Ou melhor, acreditamos que temos razão. Mas, se não tivermos razão também que esta CPI nos diga que não é verdade, que estamos enganados. Gostaria muito que estivéssemos. Esperamos pelo nível e pelo grau de repercussão que esta Casa traz que, através desta comissão, os debates se ampliem cada vez mais. A Betânia já falou aqui que há vinte anos o movimento de mulheres luta pelo fim de controle da natalidade. O Movimento Negro, há tanto tempo, ou talvez há mais, vem dizendo isso. O controle da natalidade tem tentado produzir o nosso genocídio. Várias pessoas têm se comprometido com essa luta e esta Casa, no momento em que a ela se adia, amplia e, de alguma forma, já aponta para alguma vitória. Concordo quando se disse aqui que esta CPI já é um momento de vitória; espero que ela aponte mecanismos de salvaguardar mais nossos direitos, também no que se refere ao fato de que 1992 é um ano eleitoral.

Nos últimos anos temos observado um escândalo, muitos candidatos procuraram, através da manipulação da esterilização, conseguir mais votos. Infelizmente, tenho informações não comprovadas, mas espero, quem sabe, esta CPI consiga, investigando um pouco mais, de pessoas, inclusive, desta Casa, que têm participado desse tipo de ação. Lá no Rio de Janeiro conhecemos boatos e histórias de políticos candidatos a vereadores, a deputados estaduais e federais, que manipulam esse fato. A imprensa tem denunciado intensamente. Precisamos de mecanismos urgentes para impedir, mais uma vez, a continuação desse crime. Visando garantir um pouco mais a cidadania da mulher. Queremos um País e também uma sociedade melhorada. Acho que esta comissão vai contribuir um pouco para esse fato. Queremos o direito de ver nossa cara exposta, inclusive nas estatísticas produzidas. Queremos o direito de que esta comissão exponha bem no centro da discussão a nossa face, a face negra deste País. Queremos o direito - espero que esta comissão, no seu relatório, na sua conclusão, produza esse resultado também.

Queria dizer, para finalizar, que a nossa luta contra a esterilização em massa certamente vai precisar de muito mais aliados que interferir, inclusive, nos compromissos que os nossos governos, que o Governo Federal e alguns governos estaduais têm feito com organismos estrangeiros para prorrogar esse estado de coisas. O Dr. Pinotti falou na sua exposição da esterilização em massa no passado. Quero dizer que não é no passado, ela é presente porque continua, quando alguns relatórios do censo assim apontam que a fertilidade geral das mulheres caiu em todo País, na faixa adolescente isso não ocorre e se não ficou conforme o esperado temos certeza que os movimentos vão agir, e talvez de forma muito mais violenta do que já fizeram até agora. Precisamos estar muito mais atentos porque as adolescentes negras nas favelas estão sendo alvo fácil, não apenas da es-

terilização em massa, como também das pesquisas antitéticas e de vacinas. Agora temos o Projeto Genoma, a engenharia genética - que talvez abra um espaço para uma eugenia moderna, ou pós-moderna.

Espero que essa CPI contribua e repercuta um pouco mais esses fatos que foram colocados. Estou disponível para maiores esclarecimentos.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Peço aos membros da Comissão, até por uma razão de tempo, que serei rígida, e solicitaria usassem apenas 3 minutos, tanto para perguntas quanto para respostas.

Com a palavra o Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Srª Presidente, Srs. Deputados, meus colegas Parlamentares, minhas senhoras e meus senhores.

A Deputada Rita Camata tem razão, a nobre Presidente da Comissão tem sido muito rígida e inflexível, é difícil questionar dois excelentes depoimentos, dos mais importantes, nesse tempo.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - A Presidência está cumprindo o Regimento e garantindo que haja no mínimo 3 minutos de debate, porque os depoimentos têm problema inclusive de pegar o avião para seus Estados. É isso que o Presidente está querendo garantir, mas poderia ficar até amanhã de manhã, quando irei ao Rio de Janeiro. Todos estão à vontade para perguntar, a Comissão é soberana para prolongar esse tempo e nós podemos alongá-lo se assim necessário, desde que os depoimentos, já acordados anteriormente possam ficar também. É uma questão de racionalidade do tempo.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Srª Presidente, o Dr. Pinotti, assim como os demais depoimentos, foram muito felizes e certamente vêm trazer uma contribuição inestimável para a conclusão dos nossos trabalhos.

Chamo a atenção para alguns dados apresentados pelo Dr. Pinotti, que achei diferentes pouco de outros que tive oportunidade de ouvir nesta CPI.

Por exemplo, o índice de arrependimento é de 50% nas mulheres laqueadas antes dos 25 anos de idade. Os dados que tínhamos em mãos não cuidavam desse aspecto idade, mas acho muito alto esse índice. Hoje a maioria das mulheres está sendo esterilizada antes dos 30 anos, o que é um dado que devemos pensar, o de laqueadura de trompas.

Temos conhecimento de que, na última semana, o Conselho Federal de Medicina cassou o diploma de um médico do Estado de São Paulo, cujo nome não me lembro, como, também, do Dr. José Idasi, em Goiás, que é vereador, nosso colega daquele Estado, que teve o seu diploma cassado, por unanimidade, pelo Conselho Federal de Medicina. No caso de São Paulo, foi por ter sido flagrado cometendo aborto, no caso de Goiás, o Dr. José Idasi, que foi citado pela Deputada Denise Carvalho, como o incentivador maior do Estado, talvez, no que diz respeito à laqueadura de trompa. Ele, se teria sido processado por uma senhora que saiu do hospital ainda com infecção e, posteriormente, passou 58 dias no hospital. Gostaria, depois, de perguntar ao Dr. Romey, se também não teria contribuído para a cassação do diploma do Dr. José Idasi o fato dele praticar, indiscriminadamente, a esterilização.

Gostaria, também, de perguntar ao Dr. Pinotti o índice de cesariana no seu trabalho. Se é, mais ou menos, em torno do que temos ouvido falar, em torno de mais de 40%. Se ele tem conhecimento, de que seria o terceiro método mais usado, ou seja, o primeiro método, além da laqueadura de trompa e de píluia anticoncepcional. Também, do mesmo expositor, gostaria de ouvir sua opinião sobre o currículo médico, se as faculdades de medicina estariam deixando à revelia esse problema e os cursos de pós-graduação em obstetrícia, e se até o Código de ética médica, deveria ser revisto nesse ponto, no que diz respeito à esterilização em massa. Se tem conhecimento de que o aborto estaria sendo usado no Estado de São Paulo e outros métodos contraceptivos. No caso desse médico citado ele teria feito isto. E se a vazectomia tem evoluído.

Gostaria de louvar o trabalho da Drª Maria Betânia e saber o que ela sugeriria para concluirmos o nosso trabalho no que diz respeito a uma política de controle de planejamento familiar.

Quanto ao Dr. Romey, gostaria que repetisse o percentual de esterilização de Goiás, já que é o segundo Estado, após o Maranhão. Parece-me que os dados apresentados por ele não coincidem com os de uma CPI, instituída no âmbito da Assembleia Legislativa do Estado de Goiás.

Sobre o Dr. José Idasi, já fizemos algumas considerações. Ele será um dos depoimentos, está relacionado para o próximo dia 25 de julho, quando deverá vir depor. Mas, li nos jornais que ele teve o seu diploma cassado pelo Conselho Federal de Medicina.

Gostaria de cumprimentar a Drª Jurema Werneck, pela defesa intransigente dos direitos das mulheres, principalmente das pessoas da raça negra, e saber o que ela espera desta Comissão; após terminados os nossos trabalhos, o Brasil possa instituir que tipo de política no âmbito do planejamento familiar.

O SR. JOSÉ A. PINOTTI - Agradeço ao nobre Senador pelas perguntas e tentarei respondê-las da forma mais sucinta que puder.

Em relação ao índice de arrependimento, houve uma pesquisa que fizemos na Unicamp, em 1986, e são esses os dados, passo-os às suas mãos. Com menos de 24 anos de idade, houve 50%.

A pergunta exata foi a seguinte, Senador: não foi exatamente se estavam arrependidas, mas: "A Srª operaria de novo"? Ou seja, se voltaria a fazer aquilo que fez.

Com menos de 24 anos, 50% das mulheres disseram que não se operariam novamente, entre 25 e 34 anos, 23% das mulheres disseram que não se operariam, e, entre 35 e 44 anos, apenas 8%. Esses dados passaram posteriormente a V. Ex. Isso mostra, claramente, a grande falta de informação. Tenho conversado com algumas mulheres, e poucas dizem que nem sabem que estavam sendo esterilizadas, que não se perguntaram a elas se queriam ser esterilizadas ou não, mais relata que claramente não foram convenientemente informadas sobre o que significava esterilização e, principalmente, não foram informadas das alternativas de esterilização. Este é o aspecto fundamental. Quando se põe a questão num falso dilema: ou a senhora usa a píluia ou se esteriliza, e a mulher vomita quando usa a píluia, ou engorça, ou tem varizes, é hipertensa, fuma etc, ela vai para o outro lado do falso dilema, quando, na realidade, esse falso dilema é falso, porque existem outras alternativas que poderiam ser usadas e não estão sendo.

Há outra questão que o Senador coloca, a da cesariana. Parece-me extremamente importante porque se a cultura da esterilização entrou no nosso País através de recursos internacionais, principalmente provenientes dos Estados Unidos, e usados através de instituições privadas brasileiras,

ela hoje permanece muito mais no âmbito da operação cesária feita nos serviços públicos de saúde do que propriamente através dessas clínicas.

Numa recente investigação, pela Universidade de Campinas - tenho aqui os dados -, perguntou-se a uma amostra muito significativa de mulheres, na região metropolitana de São Paulo e no interior do Estado, sobre a via pela qual elas foram esterilizadas. Verificou-se que na região metropolitana, 80,2% das mulheres o foram através de uma operação cesária e no interior do Estado, 65,6% foram esterilizadas através de uma operação cesária.

Portanto, se a cultura começou, foi implantada através dessas clínicas, ela hoje persiste através do próprio inamp, prioritariamente, que adquiriu a cultura da cesária.

Em São Paulo - tenho aqui a estatística, posso mostrar a V. Ex^a -, na região metropolitana, lá um pouco menos de 50% de operações cesárias para parto e no interior um pouco mais de 50%, o que é um exagero de no mínimo o dobro.

Nem um serviço bom de obstetria precisa mais do que 20% de operações de cesárias, os outros 25 ou 30% são desnecessárias e a cesariana é uma operação salvadora de vidas quando bem indicada e acumuladora de riscos quando mal indicada.

Não tenho dúvidas em afirmar novamente aqui, até sob juramento de que centenas ou milhares de crianças, de recém-nascidos, morreram no Brasil por uma indicação inadequada de operação de cesária e seguramente um número razoável de mães também vieram a morrer ou tiveram outras consequências.

O pior nessa questão da cesariana, Senador, é que nessa mesma pesquisa quando as mulheres foram inquiridas, se pagaram por fora - acho todos sabem aqui - que é pagar por fora -, a mulher tem direito a ser atendida no seu parto, gratuitamente, pelo sistema público de saúde, entretanto, quando se faz uma "operação" ilegal e que precisa ser feita de uma forma escondida, 82% das mulheres que fizeram laqueadura através de uma cesariana, pagaram por fora para que essa laqueadura fosse feita.

Então, está acontecendo um verdadeiro abuso da condição da mulher, ou seja, se faz alguma coisa que não se deve fazer, porque se oferece à mulher um falso dilema, utilizando-a como uma ferramenta barata aos propósitos controlistas e ainda se cobra como se sendo proibida essa cirurgia ela deve ser paga, escondido, pela mulher.

Essa é a realidade brasileira em relação a isso. Das mulheres que tiveram as trompas ligadas através de cesariana, 82% delas pagou por fora para fazer essa cirurgia, portanto, é uma prática absolutamente disseminada na prática médica brasileira, o que é profundamente lamentável.

Outra questão que o Senador coloca é a da pílula anticoncepcional. Parece-me tão grave ou mais do que a própria laqueadura tubária porque metade das mulheres que usam pílula anticoncepcional as usam assumindo riscos importantes de saúde.

Temos uma estatística aqui, onde o senhor pode ser que dessa pesquisa que foi feita com 252 mil, 230 mulheres, em São Paulo, as mulheres que não tinham riscos usando pílulas eram em torno de 50%, e 50% delas tinham riscos moderado ou grave.

Como existem trabalhos internacionais que demonstram que o acréscimo de morte por assumir riscos com uso de pílulas é significativo, dependendo da idade da paciente, não tenho dúvidas, - já afirmei aqui, - de que muitas mulheres morreram, centenas ou milhares de mulheres morreram por causa disso.

A outra pergunta que o Senador coloca é sobre o currículo médico versus esterilização.

Na realidade, Senador, quando analisamos a indicação errada de pílula e analisamos essa indicação dividida pelo aconselhamento que a mulher teve para usá-la, seja por parte do médico, seja por parte do balcão da farmácia ou da amiga, nesses dois grupos o percentual de erro foi exatamente igual quando foi indicado por médico ou quando foi indicado por leigo. Ou seja, os nossos médicos têm um conhecimento adequado de anticoncepção e indicam erradamente o uso de pílula anticoncepcional. Isso porque no currículo médico das escolas a anticoncepção e o planejamento familiar foram, durante muitos anos, algumas décadas, um verdadeiro tabu não se ensinava planejamento familiar nas escolas médicas.

Hoje a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, da qual fui Presidente até há um ano, tem insistido com as escolas médicas para introduzirem no currículo os métodos de planejamento familiar. E a maioria das escolas médicas brasileiras, hoje, assim procedem. Mas o desconhecimento médico é muito grande. Não tenho dúvida de que o desconhecimento médico e a falta de um controle social - é aquilo que o Roney falava aqui, muito importante, o controle social, a ação do médico - faz-se, fundamentalmente, por uma mulher mal informada. Como a mulher não é informada e é extremamente passiva pela própria condição de mulher - ela acaba aceitando indevidamente, mas aceita -, ela não questiona as indicações médicas; nem do anticoncepcivo que está lhe sendo dado, nem da ligadura de trompa que está lhe sendo oferecida ou cobrada. Então, não só é absolutamente necessário ensinar aos médicos como, fundamentalmente, repassar informações e conhecimentos sobre saúde para as mulheres e para os homens também.

Penso que a medicina moderna, que tem 100, 150 anos, roubou do cidadão essa capacidade de cuidar do seu corpo. Seguramente os nossos avós entendiam mais do corpo do que nós; nós cuidamos da televisão, do relógio, do automóvel, mas o corpo virou um tabu, porque o poder médico tirou esse poder do cidadão ou esse direito do cidadão. Isso tem que ser devolvido em termos de informação para a saúde da população e essa informação para a saúde da população é função precípua do médico e não médico.

Eu costumo dizer aos meus alunos que nenhum ato médico é completo se ele não conseguir informar para a paciente ou para o paciente tudo aquilo que ele tem, ou que está fazendo, ou que vai tomar, ou que vai fazer, de uma maneira simples que possa ser assumido em termos de informação para o paciente.

Então, está faltando essa informação para as mulheres. A fim de que elas possam julgar ou dialogar com o médico em relação aquilo que vai ser feito com ela. Elas precisam perder a passividade, e para perder a passividade elas precisam ser informadas.

V. Ex^a me pergunta sobre a questão da vasectomia. Realmente, nas nossas estatísticas, menos de 1,6% dos métodos anticoncepcionais é de vasectomia. Isso demonstra claramente o fenômeno machista na sociedade brasileira, onde o marido aceita que a mulher seja esterilizada, mas dificilmente aceita a esterilização nele mesmo. Quando a vasectomia é um método tão desprovido de riscos quanto a ligadura tubária ou até mais. Quer dizer, ambos têm riscos, mas são diferentes. A vasectomia é, talvez, ainda mais simples do que a laqueadura tubária.

E, finalmente, V. Ex^a me colocou a questão do aborto como método anticoncepcional.

Na realidade, as figuras, os números em relação ao aborto clandestino provocado são pouco conhecidos. Existe, a meu ver, um grande exagero da própria imprensa que fala em 4 a 5 milhões de abortos. Na realidade, nós temos de 2,5 a 3 milhões de partos no Brasil, e a maior epidemia de aborto que ocorreu no mundo, de que eu tenha tido conhecimento, foi a epidemia de aborto no Chile, onde para cada parto existia um aborto. Portanto, se nós estivéssemos com a maior epidemia de abortos no mundo, nós teríamos 2 milhões e 900 mil abortos por ano, eu não acredito que tenhamos tanto. Pelos cálculos que andamos fazendo, pelo número de abortos complicados que se atende no sistema público de saúde, acredito que tenhamos 1 milhão e pouco abortos clandestinos todos os anos, no Brasil. Isso significa uma parcela razoável, não muito grande, mas razoável de mortalidade materna e, principalmente, de morbidade materna pelas condições em que esse aborto clandestino é feito. Eu penso - não se é o momento de dizer - que a minha sugestão é que deve ser discutida no Congresso Nacional. Não se pode mais continuar com uma atitude de avestruz, enfiar a cabeça abaixo da terra, enquanto mais de 1 milhão de mulheres se submete a esse procedimento; um procedimento que criminaliza a mulher que o realiza, quando, de fato, ela é a única que não é criminosa, ela é vítima de um crime da própria sociedade que não oferece a ela os métodos, os meios etc, e no fim quando ela é obrigada a fazer um aborto, passa a ser uma criminosa.

Todo cidadão deve ser, em sua consciência, contra o aborto, porque é uma agressão. Eu sou contra o aborto, mas sou muito mais contra essa situação de se criminalizar a mulher pelo aborto; contra essa situação salvagem onde o aborto se encontra, onde, por não ser normatizado, ele é vendido, ele é comercializado.

Então, precisamos criar coragem e normatizar o aborto com nosso País. Nós não somos um País católico, nós somos um País pluralista. É preciso que discutamos essa questão e a normatizemos. Em todos os países onde o aborto foi normatizado houve um pequeno incremento nos anos que se seguiram, mas a mortalidade e a morbidade pelo aborto diminuiu muito. Tenho a impressão de que é isso que vai acontecer no Brasil quando normatizarmos o aborto.

Eram essas as questões que V. Ex^a me colocou. Muito obrigado.

A SR^a MARIA BETÂNIA ÁVILA - Em relação ao que o Senador me interrogou sobre as sugestões, gostaria antes de dizer, só para acrescentar mais uma vez, em relação a esta CPI, que, de uma maneira geral, a minha expectativa em relação à CPI - depois eu vou entrar numa parte mais específica - é que ela contribua de fato, definitivamente, para se compreender, de uma maneira pública e política, que as questões ligadas à reprodução de ordem política, cultural e social, para que se termine de vez, com essa visão naturalista desses fatos, quando essa visão naturalista, dentro de uma sociedade que discrimina, que manipula, que instrumentaliza tem como único resultado o estado de perversão a que essas questões ligadas à reprodução estão submetidas. Elas são submetidas à perversão de ordem sexual, de ordem racial. Então, é preciso que se politize essa questão; é preciso que se discuta de uma perspectiva ética essa questão. Espero que esta CPI contribua para isso, para que a sociedade se dê conta do estado de barbárie a que foi colocada a função reprodutiva neste País.

Como questões mais específicas em relação aos resultados da CPI, penso que todos concordam que o quadro social e econômico deste País, hoje em dia, é lamentável, tem muito o que se fazer. Mas, no que diz respeito à questão diretamente ligada à esterilização e à contracepção, não dá para se pensar de uma maneira mais específica fora de um quadro mais geral do atendimento à saúde integral da mulher. Não se pode pensar em programas de planejamento familiar ou de oferta de contracepção fora de um quadro de assistência integral. Creio que qualquer programa de oferta de contracepção, feito de forma específica e exclusivamente dirigido para isso, tem automaticamente um viés controlista. Essa é a prática que vemos, inclusive nas entidades de controle de natalidade.

A oferta da contracepção tem que estar dentro do programa porque ela tem que estar em correlação à possibilidade de acesso a um parto, a um pré-natal, bem cuidado, a um tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.

O Dr. Pinotti colocou a questão de educação para as mulheres, no que diz respeito à sua função reprodutiva, ao conhecimento do seu corpo. Quando se pensa só especificamente em distribuição de métodos contraceptivos, não se está pensando nas mulheres, não se está pensando em cidadania; está se pensando exclusivamente em controle de natalidade. Vimos dizendo isso há muito tempo e chegamos ao caso que estamos vendo agora.

Uma coisa tem que ser imediatamente recuperada neste País: é a implantação do PAISME. Tínhamos um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que em alguns lugares talvez esteja mais ou menos implantado em microexperiências. Mas não podemos dizer que esse programa, realmente, esteja nos serviços de saúde. O PAISME tem que ser alargado. Algumas questões que, inclusive, não foram muito bem tratadas na sua forma original, têm que ser ampliadas, como, por exemplo, a questão da assistência aos adolescentes. Há uma preocupação, hoje, com a prevenção da gravidez na adolescência. Tenho temores de que isso venha, outra vez, só e exclusivamente por um medo controlista de que essas adolescentes venham a se submeter a tratamentos precários.

Estou fazendo a tabulação de uma pesquisa feita no Município do Cabo, até porque também está ocorrendo uma CPI de Esterilização na Assembleia, em Pernambuco, e não trouxe aqui o resultado porque não estavam prontos ainda, mas encontramos já o caso de uma menina de 15 anos esterilizada no Município do Cabo, que é um Município industrial na periferia do Recife.

A tendência da esterilização é baixar a faixa etária; com o passar dos anos ela está atingindo faixas etárias bem mais novas - inclusive o próprio Dr. Pinotti falou aqui.

Então, o PAISME tem que ser reativado. Agora, há a necessidade de outras ações paralelas. Por exemplo em termos de investigação tem que haver o monitoramento imediato por parte do Ministério da Saúde, de todas as cirurgias realizadas em mulheres em idade fértil, porque existem mil maneiras de escamotear a esterilização. Existe um município, em Pernambuco, com uma taxa tão alta de cisto ovariano que, é evidente, esse índice altíssimo de alteração de cisto ovariano está camuflando uma outra cirurgia que não pode vir à tona. Quer dizer, quando o Dr. Pinotti falou sobre a questão da cesariana, na lógica vão-se tomando algumas medidas, e como não há monitoramento, os desvios vão acontecendo. Antigamente a cesariana era muito incentivada dentro do serviço público, porque se está fazendo a cesariana e a ligação. Era muito incentivada porque a cesariana custava mais caro do que o parto normal. Hoje já há uma equiparação de preço, mas

ai onde é que está o desvio? Faz-se a cesariana para fazer a ligação paralela entre o dinheiro extra não entra mais pela cesariana, mas entra agora pela ligadura de trompas. Então, os desvios são permanentes nessa rede clandestina.

No plano jurídico tem que haver punição, não pode ficar da maneira como está ocorrendo. As empresas têm que ser punidas, o abuso econômico sobre a manipulação do corpo das mulheres, tem que ser contido; é uma cidadania de cabeça para baixo, é uma inversão do direito, é um absurdo, pensando-se em termos éticos! Como é que se aguenta isso neste País? Como é que vou pedir emprego e o cidadão me diz: "traga a sua ligadura de trompas!" Isso acontece aos milhares, isso acontece todo dia, a toda hora, nas usinas, nas empresas de ônibus, nas fábricas... Tem que haver punição contra isso. Como é que uma cidade tem que ligar as trompas para ter direito a um emprego? Que sociedade é esta? Que cidadania é esta? Estão colocando essa cidadania de cabeça para baixo!

Ora, uma das nossas lutas enquanto mulheres é que sejamos cidadãos de forma integral; queremos estar nessa sociedade com decisão, com possibilidades de opção. A esterilização pode ser uma opção para as mulheres quando elas realmente precisam, numa outra situação. Mas como, se me deparo na porta da fábrica com a exigência de ligadura de trompa?

Então, tem que haver punição no plano jurídico. Vamos ver o que está acontecendo. Não sou a favor dos atos repressivos ou punitivos, mas, infelizmente, até que a ética não seja restabelecida, temos que passar por sistemas punitivos.

No que diz respeito à informação, temos que ter algo em relação a dados. Não se tem dados e a falta de informação é um (illegível) sobre contracepção, em 1986, pela primeira vez no Brasil; houve um censo que saiu atrasado e estamos outra vez trabalhando com dados defasados, de 1986, quando sabemos inclusive que em termos de contracepção, em termos de cesariana a tendência foi um aumento em progressão geométrica. Precisamos também, tomar alguma decisão em relação a uma nova PINADE (, porque não sei nem se está sendo pensada, para que possamos ter informações mais recentes para poder influir em algumas decisões.

Finalmente, tudo isso se enquadra no que estamos defendendo, que é a questão dos direitos reprodutivos. Esses direitos são direitos de cidadania, que preconiza às mulheres uma possibilidade de decisão. Por isso temos que pensar sobre a questão da oferta da contracepção; temos que enfrentar, sim, a questão do aborto; temos que sair da hipocrisia, ver como essa questão é pensada e tratada neste País; temos que pensar sobre o atendimento ao parto; temos que pensar sobre tudo isso, dentro da perspectiva da cidadania e dos direitos reprodutivos.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Quero apenas complementar minha pergunta ao Dr. Roney, que já foi Presidente da Ceme. Gostaria, também, de ser esclarecido se ele já pensou quando exerceu aquela função, em fabricar ou comprar produtos contraceptivos e se a Ceme teria condições de fabricar e colocar à disposição de toda a sociedade brasileira os diversos tipos de preservativos: pomadas, DIU e do próprio anticoncepcional, quer oral ou injetável.

O SR. RONEY E. RIBEIRO - Em primeiro lugar, em relação à cassação do diploma do Dr. José Idasi pelo Conselho Regional de Medicina, tive essas informações pela imprensa goiana e a confirmação deverá ou não ser feita, logicamente, pelo Conselho Federal de Medicina. Essa é a informação que tenho. As razões que levaram o Conselho Regional de Medicina à cassação do diploma do Dr. José Idasi, comentadas por V. Ex., Senador, saíram também publicadas. Não tenho conhecimento do processo, que é da Comissão do Conselho Regional de Medicina. O que foi publicado, foi em relação a esse caso dessa senhora que o denunciou e o Dr. José Idasi teve o diploma cassado. Não sei se houve, no decorrer da comissão de instrução do processo, adição de outros fatores, como comentados aqui, na oportunidade, como disse V. Ex., pelo Deputado Dionísio Carvalho, que esteve aqui e comentou sobre outros fatores que poderiam estar acrescentados para a decisão do Conselho Regional de Medicina. Não posso, então, acrescentar. Tenho essa informação, não oficial ainda, como Secretário Estadual de Saúde.

Em relação ao percentual, o dado que temos, é o seguinte: é importante ressaltar que do total de mulheres, entre 15 a 54 anos, no Estado de Goiás, 31,3% estavam esterilizadas. O valor percentual de 72% referente ao total de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais que se esterilizaram. Esse é o dado oficial que temos da pesquisa feita em Goiás, ou seja, 72% das mulheres que utilizaram a anticoncepção fizeram ligadura. Mas o total na faixa etária seria 31,3% da população de mulheres do Estado. Esse é o dado oficial que nós temos. Logicamente, isso já foi comentado também, os dados estatísticos são falhos e por isso nós definimos um grupo que analisará com uma metodologia que será muito discutida e analisada, para que não saíamos com dados outros que levam à conturbação de planejamento.

Para que possamos planejar bem, temos que ter dados concretos e metodológicos para que não planejemos errado.

Logicamente que na época - e o Dr. Pinotti comentou isso - o Dr. Mozart de Abreu Lima era o Secretário-Geral do Ministério, o Dr. Waldir Arcovover de era o Ministro, quando nós implantamos o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que era visto naquela época como um programa. Foi comentado aqui também que nós queremos que isso seja inserido na política de saúde, na definição política de ação de saúde na unidade, não apenas como programa. O programa dá a impressão de que ele tem limitação de tempo e, infelizmente, aconteceu. Foi implantado e, quando saímos, acabou. Estamos implantando uma metodologia de trabalho que se chama programa porque se tornou tradicional o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Estamos ativando o grupo de trabalho, criando profissionais competentes para a implantação da estratégia de trabalho, de ações de saúde, mas que a mulher possa ser atendida em todo o seu contexto e entre, também, a orientação à mulher, sobre tudo o que foi comentado aqui a respeito da possibilidade, inclusive, de planejamento familiar.

Em decorrência disso, o Ministério da Saúde determinou à Central de Medicamentos, Àquela época, que criasse mecanismos junto de recursos originados no Sistema de Saúde, para que houvessem recursos financeiros suficientes para a aquisição de medicamentos e que a demanda da unidade de saúde, pela própria implantação do programa, fosse atendida pelo serviço público. Não sabemos que o chá como receita não adianta nada. Se não houver medicamento na unidade, não adianta, não resolverá porque a população precisará do medicamento para tratar dos seus males ou, então, vai precisar de um anticoncepcional, ou qualquer coisa e acaba não sendo atendida.

O que tínhamos naquela época? Nas unidades onde era implantado o programa, tínhamos o anticoncepcional de acesso à população, desde que por o-

rientação do profissional para ver qual o anticoncepcional melhor a ser usado por aquela mulher, pelo serviço público de saúde.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Só pílulas?

O SR. RONEY EDMAR - Não, todos. Os espermicidas - DIU e todos os mecanismos usados no planejamento familiar, de controle da fertilidade naquele momento.

Por outro lado, se agora a Central de Medicamentos tem recursos para que isso seja implantado à nível de Brasil, eu penso que isso é uma decisão política, eu penso que temos que ter todos os medicamentos na rede e que isso esteja incluído na relação mínima de medicamentos a serem utilizados na unidade de saúde. Se passa por uma política de saúde, lógico que esse medicamento tem que estar ali, desde que seja utilizado. Quer dizer, os métodos contraceptivos, não apenas o medicamento originado ou controlado pelos próprios laboratórios ou pela Central de Medicamentos.

A SRª JUREMA WERNECK - Com relação à pergunta do Sr. Relator, que sugere o que eu teria, o que esperar desta CPI. Conforme já disse e Betânia o fez enfaticamente, nós esperamos a participação desta CPI na construção de uma nova ética, no reforço de uma nova cidadania, para nós mulheres negras, para toda a população brasileira; também esperamos gestões mais práticas para que se possa agir de forma mais imediata na contenção dessa face do genocídio do povo negro.

Queremos, sim, o País da melhor maneira possível, no atual estágio da sociedade brasileira. Isso significa trazer o conceito de planejamento familiar para o seu real significado. O planejamento familiar não é anticoncepção - é preciso que esta CPI também difunda esse conceito, porque muitas vezes, nós mesmas, estamos nos confundindo com isso. Anticoncepção é uma coisa. Queremos o direito ao acesso livre e gratuito formas variadas de anticoncepção dentro do País. O País é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Queremos anticoncepção, prevenção de câncer, diversas fases da saúde da mulher. Mas queremos, também, que planejamento familiar seja alguma coisa que não se restrinja ao território da saúde da mulher nem ao Ministério da Saúde. O planejamento familiar, que para nós é planejar toda a sua família desde o número de filhos até como e onde irá morar e em que creche, faculdade, escola etc., implica em ações muito mais complexas para além do âmbito do ambulatório de saúde. Isso é crucial.

O que esta Comissão precisa, também, assumir é que o discurso racial não seja uma prerrogativa única do movimento negro. É sempre uma mulher negra que está falando por uma mulher negra. Espero dos Deputados e Senadores que também passem a falar com negros ou não negros, porque população negra é a maioria da população brasileira; população negra é população humana do mundo. Impedir a continuação de genocídio é a função de qualquer um. É preciso que não apenas o movimento negro fale nisso. Esta CPI tem condições de contribuir para isso.

Espero, reforçando o que a Betânia falou - também não concordo com punições e caças às bruxas -, mas espero, sim, que as manipulações eleitorais que já estão sendo vistas sejam imediatamente bloqueadas. Sei que esta Comissão tem condições de contribuir bastante em relação a isso.

É preciso, sim, separar o joio do trigo, inclusive dentro desta Casa. E esta Comissão, pelo compromisso dos Deputados e Senadores, tem condições de fazer alguma coisa em relação a isso. É preciso separar o joio do trigo dentro das outras instituições públicas.

Na CPI da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro tivemos acesso a um documento. Acredito que foi entregue a esta Comissão, no qual o Ministério da Saúde assinava documentos oficiais com a Bemfam. É um escândalo! É preciso que esta CPI separe também o joio do trigo dentro do Ministério da Saúde e contribua para isso dentro do Ministério da Economia, dentro de todos os ministérios. Esta CPI irá fazer isso. Conto com todos para isso. O Movimento de Mulheres Negras está aqui para isso, também.

Este Poder é um aliado forte e tem uma contribuição de grande peso. Tenho certeza de que os Deputados e Senadores, aqui dentro, têm consciência disso.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Concedo a palavra ao Dr. Franco, para a sua intervenção.

O SR. HEITOR FRANCO - Sr. Presidente, Sr. Relator, quero cumprimentá-los novamente. Já está se tornando lugar comum, em nossas reuniões, cumprimentá-los pela felicidade desta plêiade, não de dependentes, mas de expoentes nestes assuntos. Que coisa bonita, Sr. Presidente! Como é maravilhoso e como nós construímos e como nós educamos em ouvi-los. Meu caro Dr. Roney não sairá sem nenhuma pergunta, é apenas uma reafirmação daquilo que ouvi de V. Sª.

Em havendo a consecução exatamente de toda essa programação que V. Sª está propondo novamente à Secretaria de Estado do Governo de Goiás, tenho certeza que dessa forma V. Sª estará recredibilizando a medicina, ao mesmo tempo que democratizando-a.

Parabéns, acho que é exatamente por aí.

Drª Jurema Werneck! Que gostoso, que satisfação, que prazer enorme ouvir uma jovem médica, colega, falando com tanta segurança, com tanto entusiasmo e com convicção, sobretudo, daquilo que a senhora nos traz.

Drª Werneck, entramos, nas suas palavras, num problema de ordem conceitual, que é exatamente a emancipação real da mulher, que até então tem sido um ser humano de segunda categoria. E pela nossa formação e pelo gosto que temos pelas mulheres, pelo respeito que dedicamos a elas, eu diria à senhora, bem como à Drª Maria Betânia, que estaremos sempre, como sempre estigemos, exatamente nesta luta pela emancipação definitiva da mulher.

Permito-me, Sr. Presidente, repetir às duas depoentes, ou expoentes de hoje, uma expressão que relatei aqui na Comissão: "Gosto tanto de mulher..." com todo respeito, sem ser machista. Entretanto, meu caro amigo Dr. Pinotti, que me vou permitir repetir as expressões de um amigo meu, que dizia: "Se Deus fez alguma coisa melhor que a mulher ele fez para Ele".

Então, é exatamente isso, é essa beleza incomensurável da mulher que tem que estar conosco. Não atrás, como sempre esteve. E também não pretendemos que a mulher esteja na nossa frente. Que ela esteja ao nosso lado, vivendo conosco, cooperando conosco para um mundo mais justo, mais digno e mais humano.

Com relação ao meu amigo já de longa data, Dr. José Aristodeno Pinotti, que alegria revê-lo aqui, nós que somos velhos companheiros, da mesma luta pela instauração desse programa de apoio integral à saúde da mulher.

em São Paulo. Quanto temos batalhado, em nosso Estado, e há quanto tempo fazemos isso lá. É um prazer enorme revê-lo e ouvi-lo.

Eu gostaria de deixar claro aos ilustres dependentes que esta Comissão não se forma, em absoluto, para varrerem da superfície da Terra o problema das laqueaduras. Não é nada disso. Os nossos objetivos são bem mais acima do que esses.

Entendemos o processo de laqueadura, ou de esterilização das mulheres, apenas como um dos processos anticoncepcionais, do qual podemos lançar mão, para que possamos atender a uma reformulação conceitual também sobre o tema de limitação de filhos, de controle de natalidade... Natalidade não se controla dessa forma e nem menos os filhos também se limitam. Somos, sim, a favor de uma concepção responsável. Por não ser machista não uso nem o termo de paternidade responsável e, sim, de concepção responsável — de um planejamento familiar responsável com compromisso. Cabe ao casal, única e exclusivamente aos dois saberem quantos filhos podem ter, quando os deverão ter. Somente a eles deverá caber exatamente essa decisão. E neste processo de decisão eu acredito que a maior valência, na minha opinião, é da mulher. Porque é exatamente nela, é no seu interior, que vai se operar o fenômeno.

Então o processo de laqueadura de trompas, de salpingotomias, de salpingectomias parciais, salpingectomias totais — das quais nós temos tanto falado —, representa apenas um dos processos, um apenas daqueles meios que nós podemos usar para fazermos uma concepção responsável. São tantos os outros...

O Dr. Pinotti falou com brilhantismo sobre isso. É preciso saber escolher exatamente qual o processo anticoncepcional que deverá ser aprovado pela mulher ou pelo casal. Entendo, Dr. Pinotti, que esse alto grau relatado pelo senhor de arrendimentos pós-cirúrgicos para se fazer as laqueaduras são fruto único e exclusivo da ignorância das mulheres que se submetem às laqueaduras sem saber, entretanto, o que vai acontecer e o porquê de estar fazendo isso.

Semana passada tivemos aqui uma outra reunião, onde uma ilustre dependente também nos trouxe uma resposta. Sr. Presidente, eu bem me lembro: D. Elza Berchó. Ela nos falava sobre um período de carência. Se ela optasse por uma esterilização, por um meio anticoncepcional cirúrgico, ela teria um tempo de carência de aproximadamente seis meses para pensar sobre o assunto. Eu, entretanto, gostaria de ir um pouquinho mais além. Não bastaria apenas lhe dar um prazo de seis meses para pensar, raciocinar, meditar. O Dr. Pinotti, como é um expert, com "S" e com "X" no assunto, eu lhe faria uma colocação.

Dr. Pinotti, não seria possível, dentro desse nosso programa de apoio integral à saúde da mulher, criarmos uma assistência a essa mesma pretendente a uma laqueadura no sentido de informá-la, dentro das nossas unidades de saúde, para que, ao final do prazo de seis meses, ela pudesse decidir — mas decidir com convicção — para que, então, tudo pudesse se fazer com compromisso e responsabilidade?

O SR. JOSÉ A. PINOTTI — Muito obrigado, meu caro amigo Heitor e nobre Deputado. Eu já tive a oportunidade de falar aqui da importância de a mulher ter conhecimento das suas questões de saúde para uma decisão correta. Penso que um prazo, como V. Ex. propõe ou como a Professora Elza Berchó propôs, é correto. Mas, mais importante que o prazo, é nós transferirmos à mulher as informações; não a uma mulher, mas às mulheres, e não só às mulheres mas também a toda a população sobre saúde.

A Sr. Maria Betânia falou sobre a punição. Penso que deve haver punição de todos os abusos, mas, se não dotarmos a população de informação, não haverá punição suficiente. Vamos precisar por um fiscal atrás de cada médico, de cada instituição, enquanto que a própria população pode exercer essa forma de controle social, sendo convenientemente informada. Vejo duas maneiras de informarmos a população. Uma é a maneira tradicional, através de livros, folhetos, rádio, televisão etc. Outra, talvez mais eficiente do que essa, é a própria descentralização administrativa do sistema de saúde. Vivenciamos uma experiência muito curta, infelizmente, que descentralizou e unificou o sistema. Ela nasceu da ideia dos pensadores de saúde brasileira nos últimos quarenta anos e se consubstanciou conceitualmente na 8ª Conferência de Saúde, entrou na Constituição e na Lei Ordinária de Saúde, mas foi muito pouco praticada no País.

Em São Paulo, nós a praticamos, através do processo de municipalização. Quando se colocou o responsável, o gestor do sistema de saúde próximo do ato ou do evento de saúde que deve ser praticado, esse evento ficou mais eficiente. O mais importante é que, quando se colocou o gestor do sistema próximo do cidadão ao qual ele deve oferecer os benefícios de saúde, esse cidadão ganhou mais poder, porque passou a conhecer o indivíduo que tem a responsabilidade sobre os atos médicos a que ele tem direito e passou a ter acesso a ele. Um cidadão de qualquer cidade de São Paulo dificilmente tinha acesso ao Secretário de Saúde, muito menos ao Presidente do Inamps, na rua México, no Rio, e muito menos ao Ministro da Saúde. Mas, na medida em que o Secretário de Saúde do município é o responsável pela gerência do sistema de saúde, o cidadão passa a encontrar esse indivíduo e o prefeito nas esquinas, nas ruas, nas festas, e o conhece de nome, e vai à casa dele, e vai à prefeitura, e ele vai ganhando poder. Se ele ganha poder e informação em relação à saúde, exerce aquilo que é essencial no processo democrático, que é o controle social, e o sistema melhora quase que por encanto. Foi o que aconteceu em São Paulo nesse último período de quatro anos, cujos índices de morbidade e mortalidade medidos decresceram, apesar de termos tido, por parte do Governo Federal, um verdadeiro desfinanciamento do sistema. Passamos a receber, em dois ou três anos, menos de cinco vezes aquilo que recebíamos no começo da assinatura do plano Suds. Apesar disso, o sistema foi eficiente, por causa da descentralização. Esta inclusive combate o mau uso das verbas públicas.

Infelizmente — e quero deixar isso registrado nesta CPI — houve uma recentralização perversa e absurda do sistema de saúde, inclusive ilegal. Hoje, o Governo Federal atua ilegalmente, contra a Constituição e contra a Lei Ordinária de Saúde, porque recentralizou o sistema, quando a Constituição determina a sua descentralização. Recentralizou, a ponto de fazer alguma coisa que nunca tinha sido feita antes, ou seja, o Governo Federal lidou diretamente com cinco ou seis mil prefeituras deste País, como se fosse possível lidar com cinco ou seis mil prefeituras. Passou a desrespeitar todos os escalões intermediários de responsabilidade em relação ao sistema, inclusive os estados, que foram bypassed pelo Governo Federal. Transformou a prefeitura, que passou a ser gestor do sistema, em mero prestador de serviço, como se a prefeitura fosse um hospital privado lucrativo. Ela passa a ganhar pelo número de ações de saúde que faz e não a receber os recursos para geri-los, gerindo o sistema. O Governo Federal, hoje, está pervertendo o sistema de saúde.

Estou certo — conversei longamente com meu colega de faculdade, professor Adib Jatene — de que S. Ex. tem intenção de mudar isso, mas o mal que

já foi feito com a recentralização do sistema, afastando o usuário do gestor; é difícil de corrigir neste País. Muitos dos problemas acontecem por causa da recentralização: mau uso de recursos, falta de poder do usuário etc.

Quero aproveitar a oportunidade para deixar aqui essa delação sobre a recentralização ilegal do sistema de saúde brasileiro.

Pergunto à Sr. Presidente se eu poderia fazer comentários sobre algumas questões abordadas aqui. Cabe-me esse direito ou só posso responder perguntas?

A SR. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — V. S. tem tempo e pode fazê-lo agora.

O SR. JOSÉ A. PINOTTI — Concorro plenamente com a Dr.ª Jurema Werneck, quando ela observa que a mulher negra é duplamente discriminada. Eu diria até que é três vezes discriminada: porque é negra, porque é pobre e porque é mulher. Não tenho dúvidas quanto a isso. Todos os índices que medimos são corretos em relação a isso. Entretanto, as estatísticas que estão em meu poder não registram que a mulher negra é mais esterilizada do que a mulher branca. Creio que essa é uma quarta forma de discriminação, porque ela não tem tido acesso aos métodos de anticoncepção e, frequentemente, por ela ser mais pobre que as outras, não consegue pagar por fora para poder ser esterilizada. Desconhece estatísticas que demonstrem concretamente que a mulher negra está sendo mais esterilizada que as demais. Além disso, existem até trabalhos brasileiros, um dos quais feito na Universidade de Campinas, onde fui professor até há pouco tempo, demonstrando que há distúrbios hormonais decorrentes da esterilização, ou seja, a ligadura de trompa, prejudicando a circulação ovariana, diminuindo-o, diminui o funcionamento do ovário. Essas coisas são explicadas. Mas não há nenhum trabalho, nem brasileiro nem internacional, que mostre que ligadura de trompa aumenta a incidência de câncer de mama. Pelo contrário: teoricamente, havendo diminuição da função ovariana, deveria até diminuir, mas também não há nenhum estudo que mostre que diminui.

Em relação a uma abordagem feita pelo Dr. Roney Ribeiro sobre a medicação anticoncepcional, eu queria acrescentar uma questão e pedir a reflexão dos Srs. Deputados e Senadores presentes. A questão de medicação no nosso País, hoje, assume uma importância muito grande e a decisão está nas mãos do Congresso.

Queria aproveitar para fazer uma outra delação. Está em discussão no Congresso Nacional a Lei de Patentes. A Lei de Patentes, como está sendo proposta pelo Governo Federal é extremamente absurda e agressiva à realidade brasileira. A Lei de Patentes prevê uma reserva de mercado que eu diria que é uma reserva de mercado ao contrário; ela prevê que as firmas internacionais, principalmente em relação a medicamentos, possam patentear produtos de fora para dentro do País. E mais do que isso: ela prevê que — é a proposta que está na mão do Congresso Nacional — enquanto existir capacidade de produção fora e não dentro do País, até que se esote essa capacidade de produção — e o tempo aí varia de cinco a dez, quinze, vinte anos — as firmas internacionais podem exportar produtos para o Brasil e não implantar indústrias nacionais. Por isso é que a Lei de Patentes, como está apresentada, é reserva de mercado ao contrário, ou seja, estamos tratando da mão-de-obra nos países de origem e não de oferecer mão-de-obra ao nosso País. Além do mais, esperando a aprovação dessa Lei de Patentes, alguns laboratórios de multinacionais que estavam no Brasil fabricando produtos importantes, vitais para tratamento de certas doenças, foram embora do País. A indústria farmacêutica é uma indústria cigana, que vai de país a país. Todos os países que estiverem numa situação igual ao do Brasil não respeitaram patentes. O fato de não se respeitar patentes não significa nenhum movimento econômico. A Itália, até há seis ou sete anos, não respeitava patentes. Quando a indústria farmacêutica italiana cresceu, começou a respeitar patentes porque era do interesse da Itália respeitá-las. A Espanha, até há pouco tempo, não respeitava patentes e, por ter determinado respeito às patentes, houve um verdadeiro êxodo de indústrias farmacêuticas da Espanha, recentemente, que poderiam vir para o Brasil, se mantivéssemos as questões com estas hoje. Ou seja, atrairíamos uma grande quantidade de indústria, estaríamos provendo o mercado brasileiro de uma grande quantidade de medicamentos necessários, estaríamos aumentando a mão-de-obra e transformando um mercado de dois bilhões de dólares anuais, que é o mercado de fabricação de medicamentos, num mercado de cinco a seis bilhões de dólares anuais. A questão de respeito à patente não é uma questão ética. O cientista que descobriu o remédio, esse já foi premiado, e mesmo que se dê a propriedade industrial, não vai nada de recurso, ou louvor, ou de mérito para o cientista que escolhi. Isso é uma falácia, uma ilusão total. Além dos mais, essas descobertas científicas que dizem respeito ao bem-estar de humanidade são de propriedade da humanidade, não de uma indústria farmacêutica. Isso não existe nem é ético.

Portanto, quero aqui fazer um apelo: que os Deputados e Senadores aqui presentes olhem com profundidade para essa questão. Além do mais, ela vai destruir a indústria nacional nascente. Estou muito sensibilizado com isso. Quando fui Reitor da Universidade de Campinas, implantei a Codetec, que começou a fabricar sais básicos, para permitir a indústria nacional de medicamentos. A Codetec conseguiu fabricar 60 ou 70% dos sais básicos, que permitiram 60 ou 70% de independência da indústria nacional. Tudo isso irá por terra, se a Lei da Propriedade Industrial for aprovada da forma como está sendo proposta. Parece-me, até onde pude ser informado, que as emendas pioraram bastante a proposta governamental.

Perdoe por me exceder nisso, mas era uma questão sobre a qual eu gostaria de oportunidade de falar.

O SR. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Com a palavra a Deputada Jandira Feghali.

A SR. JANDIRA FEGHALI — Sr. Presidente, gostaria de saudar todos os dependentes. A abordagem plural do tema é muito estimulante. É lamentável que tenhamos tão pouco tempo para debater cada ponto. Apesar de esta fase dos depoimentos ser fundamental para a CPI, há de chegar o momento em que possamos debater o seu conteúdo, o seu relatório e as suas propostas.

Quero, em primeiro lugar, saudar a oportunidade, Dr. José A. Pinotti, de abordar a questão das patentes. Acredito que esta, talvez, seja a questão mais grave, do ponto de vista da soberania nacional, que esteja tramitando no Congresso nos últimos vinte anos. E vou além com total vinculação com o tema que estamos abordando, entra a questão da biodiversidade, dos seres vivos, das plantas, da diversidade biológica, uma questão seriíssima, que vai desde a fitoterapia, que está paralisada e imobilizada no Brasil, até as patentes, de seres vivos, as manipulações genéticas

etc. Ninguém aqui é contra o avanço tecnológico, mas o avanço tecnológico não é imparcial, ele tem objetivos políticos, sociais. Acredito que vamos ter oportunidade e debater o tema. Creio que o Sr. Pinotti poderia participar de alguns seminários que estão sendo promovidos - eu até vou sugerir - porque é uma palavra da universidade, da instituição, e isso tem força, tem importância dentro do Congresso Nacional.

Em relação às perguntas, vou ser objetiva.
A primeira pergunta farei ao Dr. Roney Edmar, Secretário de Saúde de Goiás.

Eu gostaria que V. S.^a situasse uma questão aqui colocada pelo senhor, somando-se ao depoimento substancial da Deputada Denise Carvalho, que é a Presidente da CPI da Assembleia Legislativa de Goiás, que trouxe exatamente o dado da paralisação em Goiás. V. S.^a, em seu depoimento, colocou que, por decisão e interesses políticos não houvesse a continuidade do programa.

Gostaria de entender quais interesses levaram à paralisação da implantação do programa e o que está acontecendo hoje e que providências estão sendo tomadas. Além do treinamento de grupos, qual é realmente a política que está sendo estabelecida em Goiás? Qual é a relação que se tem mantido entre a Secretaria de Saúde e o Movimento Organizado de Mulheres?

Dra. Jurema Werneck, talvez até para um melhor conhecimento da CPI, diante de tudo o que V. S.^a colocou, eu gostaria que V. S.^a esclarecesse à CPI qual o trabalho fundamental que vocês realizavam pela sua entidade - isso é importante para os membros da CPI e que resultados têm sido colhidos do ponto de vista da conscientização, desse trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Ceap?

Quero saudar a abordagem que a Dr.^a Maria Betânia fez, que traz para esta CPI uma abordagem política, ideológica, fundamental também para nós. Ouvimos de Rosisca Darso de Oliveira, na audiência pública, no Rio de Janeiro, durante a ECO-92, de que existem denúncias importantes do SOS Corpo, de Recife, com relação ao dado que se tem de onde mais se realiza laqueadura e que tipo de instituição. Parece-me que havia a denúncia do custo de um salário mínimo por laqueadura. Foi a denúncia que ela levou, mas não quis se aprofundar porque os dados eram mais do SOS Corpo.

Um aspecto ideológico, que entendo ser importante aprofundar é o seguinte: implantado o PAISME - esse é um debate quanto aos projetos sobre legalização do aborto, que são muitos - até a questão da divulgação e meios de comunicação dos métodos anticoncepcionais, passando pelo mercado de trabalho, esterilização, planejamento e tal - como V. S.^a enxerga a possibilidade da esterilização voluntária? Como V. S.^a vê essa possibilidade? Ou V. S.^a acha que isso não deve ser um direito da mulher diante desse contexto da realidade nacional e do Terceiro Mundo?

Eu gostaria de dirigir ao Dr. Pinotti três questões.

A primeira é, na verdade, registrar, de todo o depoimento de V. S.^a, uma discordância, do ponto de vista da análise da retrospectiva histórica. Na verdade, a demora de formulação de uma política do Governo Federal não foi o resultado de uma ação da esquerda ou de uma ação da Igreja. Não falo por toda a esquerda, mas por uma parte dela, mas, sem dúvida, pela vinculação que ela tem com o movimento popular - e a Igreja também tem -, possui uma capacidade de mobilização capaz muitas vezes de impedir a implementação de algumas políticas.

A esquerda, ou a Igreja, ou até setores das Forças Armadas não resistiram a uma coisa inexistente; resistiram por uma proposta já feita e em execução. Se pegarmos o documento Kissinger, o encontro de Celso Furtado com o Presidente Kennedy, os documentos do Governo Norte-Americano, das conferências internacionais - e o que se empurrou para o Brasil e para o terceiro mundo, vamos ver que essa resistência do movimento de mulheres da esquerda foi a partir de uma proposta de uma execução, ela não foi a responsável pela demora. A demora foi resultado de uma visão política dos governos que se sucederam.

Então, a responsabilidade não está na esquerda, está na política das classes médias brasileiras e internacionais.

Nesse sentido, a proposta do País pode ter tido um avanço em Campinas, mas foi um esforço imenso do movimento organizado de mulheres. Foi exatamente essa proposta que o Governo, até por conveniência ou por pressão, passou a adotar, a partir da década de 80, no discurso, em microrregiões ou em determinadas áreas, como demonstrado pelo Secretário de São Paulo, e, até um certo tempo, em Goiás. Sou de um estado onde a rede pública é a maior do País, que é o Rio de Janeiro, e lá não existe Paisme; e não há nenhuma implantação desse projeto, apesar de o Ministério já ter tido orçamento para isso e tê-lo redistribuído.

Aliás, hoje é o dia da berlinda no Ministério da Saúde. Ele colocou a ilegalidade do Ministério no cumprimento da Lei Orgânica. Isso é uma verdade absoluta. Tive oportunidade de debater isso em outras situações e nem falo da CEME, que hoje esteve na berlinda da CPI do PC Farias e mostrou como são usados os recursos da Central de Medicamentos dentro do esquema PC.

Nesse sentido, gostaria de perguntar, especificamente com relação a São Paulo - na medida em que muitos dos seus comentários responderam a algumas perguntas que eu ia fazer, como pagamento por fora, a questão do arrependimento, incidência etc. -, primeiro, se também em São Paulo a maior parte das laqueaduras são feitas no serviço público. Essa é uma primeira questão, pois temos que começar a consolidar as informações.

Segundo, o Comitê de Mortalidade Materna, que tenho conhecimento que funciona em São Paulo, é mais municipal, e temos informações de que, no último período, houve dificuldades com relação à Secretaria Estadual, de não repassar verbas, não estabelecer serviços de referência para o município, como se funcionasse como uma não-ajuda à existência de uma política eficiente em relação à mulher. Queris saber se isso é verdade e por que.

Por fim, esse critério da Unicap de fazer as esterilizações, desde que solicitadas, tendo como referência os trinta anos e diante da interpretação do Código Penal. Hoje, com toda a dubiedade dessa interpretação, a esterilização voluntária ainda não está permitida. Outro médico que esteve aqui se posicionando deu essa interpretação do Código Penal, que foi a primeira vez que ouvi.

Gostaria de saber, diante do Código Penal, como se encaixa a atividade da universidade na esterilização solicitada ou consentida, sobre esse referencial dos trinta anos como parâmetro e quais são esses critérios? Queris acrescentar, dependendo da sua resposta em relação à esterilização voluntária: como V. S.^a encara também essa questão de por que o Governo demora a estabelecer uma política oficial?

O SR. JOSÉ A. PINOTTI - Pego perdão por ter que sair. Esse é um assunto que me interessa muito e a discussão está tão interessante.

Em primeiro lugar, concordo plenamente com a interpretação de V. Ex.^a em relação à ação da Esquerda. Aliás, V. Ex.^a mesma colocou uma interpretação que é a minha também. Houve uma resistência da Esquerda, decorrente do diagnóstico que ela fez da intervenção que estava sendo feita no País, com propósitos controlistas, pelos países capitalistas. E a Esquerda reagiu.

É importante colocar, sob o ponto de vista histórico - eu sempre tenho dito e acredito -, é que o Governo não teve coragem de implantar o planejamento familiar no contexto da atenção à mulher por um pouco de medo de enfrentar a Esquerda, que reagiu à intervenção externa, e à Igreja, que também reagiu por propósitos religiosos. Foi o que observei na história.

Faço uma crítica à Esquerda, nesse momento, porque hoje ela reformulou totalmente a sua proposta. Sua proposta, hoje, não é a favor da intervenção, claro, mas é a favor do planejamento familiar no contexto da atenção integral à saúde da mulher.

A SR.^a JANDIRA FEGHALI - Sempre foi.

O SR. JOSÉ A. PINOTTI - Talvez pudéssemos discutir. Eu acho que não. No começo a Esquerda negava, e foi por isso que o Governo não teve coragem também de implantar o planejamento familiar. Devo dizer que quando esse acontecimento ocorreu em São Paulo, até em favor de sua colocação, não houve reação de qualquer setor da Esquerda e nem da Igreja, tampouco.

A segunda questão, é a do "Paisme". Eu detesto dizer que sou o pai da idéia, seguramente não existe nenhuma idéia que tenha um pai, as idéias boas nascem. Entretanto, a Universidade de Campinas teve um papel importante no País, as primeiras experiências práticas do País nasceram e cresceram na Universidade de Campinas. E o Paisme veio para o Ministério da Saúde através de um conjunto de discussões durante a gestão do Ministro Waldir Arcoverde, que tiveram lugar, entre nós de Campinas e o Mozart de Abreu e Lima. E o primeiro projeto escrito pelo Ministério da Saúde sobre o Paisme foi feito junto com a Universidade de Campinas, com a participação de várias pessoas do Ministério - entre as quais estou vendo duas aqui - e assessores da Universidade de Campinas, porque já tínhamos a prática do Paisme. O Mozart se encantou e o Ministro Arcoverde também com o Paisme, quando eles o viram funcionando na Universidade de Campinas, aí nos solicitaram assessoria para a redação do projeto, que foi aprovado posteriormente pelo Fundo de População das Nações Unidas. Na realidade, a única experiência concreta naquela área foi a de Goiás, porque os demais estados não conseguiram colocar concretamente. Terminou a gestão do Ministro Arcoverde e, eu sei que uma grande parte do dinheiro do projeto foi gasto em viagens depois, mas nunca na implantação concreta do mesmo.

E digo mais, o Paisme hoje está sendo aceito como uma proposta brasileira nos organismos internacionais - na Organização Mundial de Saúde, na Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - como um movimento concreto de modificação das propostas em relação à mulher, que nunca tiveram como objetivo fundamental a mulher. Na década de 60 nasceu o Maternal Child House Care que vocês todos conhecem. A proposta não era a mulher, mas o recém-nascido, visava diminuir a mortalidade infantil. Depois veio o Maternal Child House Care mais Family Planning. A proposta era na década de 70, recém-nascido mais controle da natalidade; diminuir o controle da natalidade. Como brasileiro e professor da Universidade de Campinas me orgulho e gosto de recuperar um pouco essa história que tem um capítulo muito interessante também, porque no fim da gestão do Ministro Arcoverde, ou seja, ao final do Governo Figueiredo, houve uma proposta no Congresso Nacional, que partiu da Escola Superior de Guerra - eu acho que muitos daqui devem se recordar desse fato - que a questão do planejamento familiar, do controle da natalidade, era supraministerial e deveria haver uma comissão do Congresso criando uma Secretaria da Presidência da República ou coisa assim, ligada à Escola Superior de Guerra, porque era uma questão de segurança nacional e deveria contar com a participação de todos os Ministros. Lembro-me muito bem de que - depois de ter participado da Conferência de População do México, a pedido do Ministro Arcoverde, representando-o naquela ocasião, junto a uma pessoa que vocês irão ir entrevistar aqui, que penso pode recordar-se muito bem, que o Marcos Azambuja que estava a trabalho do Itamaraty -, repito, lembro-me de que fomos chamados pelo Ministro Arcoverde, em Brasília, para conversarmos com o Ministro Venturini e tentarmos abortar essa questão. Conversamos longamente, eu e o Mozart, com o Ministro Venturini e conseguimos abortar esse detalhe absurdo, que era o de colocar o planejamento familiar acima dos Ministérios. Então, existe uma participação importante, não pessoal quanto a mim, mas da Universidade de Campinas nisso, da qual me orgulho e mantenho.

As demais perguntas sobre laqueadura em São Paulo, com relação à cesária.

A SR.^a JANDIRA FEGHALI - Onde se faz mais, estatisticamente.

O SR. JOSÉ A. PINOTTI - Nessa pesquisa - que deixarei uma cópia - feita pelo Cenicamp, no Estado de São Paulo, no ano de 1989/1990, 80% das laqueaduras foram feitas através da cesariana, fundamentalmente no setor público. Ou seja, a laqueadura que nasce como uma cultura implantada pelas organizações internacionais é assumida pela cultura brasileira e pelo seu setor público. Toma-se, assim, outro aspecto. Penso que as instituições internacionais foram tão competentes, que nem mais financiam, já implantaram na cultura brasileira a laqueadura. Agora, os brasileiros que se viam para tirar isso.

E, finalmente, o Comitê de Mortalidade Materna. Realmente, no Governo anterior implantamos esse Comitê. Essa idéia nasceu de uma assessoria que fiz na década de 80, a pedido da Organização Nacional de Saúde ao Governo de Portugal, onde conseguimos, através da implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, reduzir a mortalidade de 80/100.000 para 8/100.000. O que é isso? É um comitê local. O seu número é pequeno. Em São Paulo, com a mortalidade alta que temos, não perdemos mais do que 400 mulheres por ano; é muito, mas perdemos dois mil de câncer de colo uterino e 400 de morte materna. Se se distribuir isso pelos 500 municípios de São Paulo, não daria uma por município. Então, fizemos comitês regionais que analisam, por ano, 8 ou 10 mortes maternas. Analisam em profundidade; considerando cada morte materna, porque 80 a 90% dessas mortes são absolutamente preveníveis, evitáveis. Então essa mortalidade deve ser considerada uma tragédia que não pode acontecer. A vantagem do comitê local de mortalidade materna é análise no âmbito onde a morte materna aconteceu, dentro desse contexto de que ela é uma tragédia e que não pode ocorrer; análise feita pelas pessoas que, de alguma maneira, são responsáveis por ter acontecido e pelas pessoas que são responsáveis por prevenir a morte materna. A alta de diagnóstico e do tratamento do fato é curíssima. O

que aconteceu: uma determinada morte materna ocorreu por falta de sangue, na Santa Casa tal. Bom, a solução é colocar um pequeno banco de sangue nesse estabelecimento. Outra morreu, por infecção, no centro cirúrgico do hospital tal, por "n" razões de falta de cuidado; assim, estabelecem-se os cuidados lá. Outra, por falta de pré-natal, numa gravidez de risco, por motivo de eclâmpsia; então, se melhora a condição de pré-natal. Com isso, deve-se, claramente, diminuir-se, gradativamente, a mortalidade materna.

A primeira coisa que aconteceu com esse Comitê, o primeiro dado importante, e até jocoso, é que a mortalidade materna dobrou. No primeiro ano, dobrou, porque era sub-registrada e passou a ser registrada convenientemente. A partir daí, deveria estar começando a cair. Entretanto, há dificuldades, bem colocadas pela Deputada. De fato há dificuldades. Apesar de o atual governo ter ampliado o número de comitês — deixei com sete comitês e, hoje, há onze comitês —, há dificuldades, principalmente por causa da política centralizadora do Governo Federal e por causa do repasse de recursos. Realmente, há dificuldades, mas a decisão política de manutenção dos comitês é a mesma. Até a mesma pessoa que dirigia o programa da mulher no Governo anterior, que é uma médica, a Dr^a Ângela, é a mesma neste Governo. Não há uma mudança política, o que há é uma dificuldade econômica em relação a isso.

Não sei se respondi tudo.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Nossos agradecimentos ao Dr. Pinotti, pedindo que, se possível, não só o documento do qual fez uso neste depoimento, mas que pudesse contribuir conosco em qualquer outro que disponha com relação ao tema por nós aqui enfocado.

Comunico à Comissão que o Dr. Edmar Ribeiro também vai precisar sair neste momento. Ele vai responder às perguntas que foram feitas e terá que se retirar e, em seguida, também, a Dr^a Maria Betânia.

Então, estamos começando a sentir as dificuldades que coloquei anteriormente. Lamentavelmente, não poderemos fazer mais perguntas aos depoentes, eles já estão na sua fase final, encerrando, dando sua última palavra.

A SR^a JANDIRA FEGHALI — Sr^a Presidente, gostaria de dar uma sugestão para facilitar. É que algumas perguntas que não puderem ser feitas, pelo menos pudessem ser respondidas por escrito. Perguntei sobre o critério de esterilização da Unicamp e não haverá tempo para ser respondida. Gostaria que mandasse por escrito para facilitar o trabalho e não ficarmos sem a resposta.

O SR. RONEY EDMAR RIBEIRO — Perfeitamente.

Agradeço a compreensão pelo fato de eu ter que sair. Realmente, programei o voo para às 18h 30min. Sou grato também à manifestação de carinho do Deputado, pois nos estimula a dar continuidade ao trabalho. Quando a Deputada Jandira Feghali colocou que a Dr^a Denise esteve aqui, ela que é a Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito lá na Assembleia Legislativa de Goiás, à qual compareci e manifestei a nossa decisão política, acho que não me fiz entender. Quando a senhora entendeu que a decisão política era de não dar continuidade ao programa, pelo contrário, a decisão política do Governo é de retomada do programa. Se houve decisão política entre o Governo Iris Rezende anterior e o Governo Iris Rezende atual de não trabalhar o programa, essa decisão política não conheço. Ele não teve continuidade. Se foi decisão política ou foi incompetência administrativa, gerencial, ou técnica, não entro no mérito, porque é um Governo ao qual não estamos ligados. Não é decisão política de retomada do programa, em todas as unidades de saúde e com muito critério — foi isso que coloquei —, acho que toda proposta política, toda decisão de funcionamento de unidades de saúde, toda decisão de funcionamento do sistema de saúde está ligada fundamentalmente ao sistema de saúde, à valorização do homem. O homem que está gerenciando, que está trabalhando essas unidades de saúde, é exatamente esse que vai garantir a sua sustentação.

Fico satisfeito quando verificamos que a consciência do profissional e da população é que está garantindo a continuidade dos programas e das ações que se propõem.

Por outro lado, a integração com a Federação das Mulheres do Estado de Goiás, cuja Presidente no Estado é a Rosa Mônica, existe de maneira muito grande para que possamos retomar essas ações. Essa ação não é puramente da saúde, não é puramente do sistema de saúde, não é uma decisão política do Governo que vai levar a resultados concretos. Decisão política de retomar, inclusive, uma reivindicação das próprias mulheres do movimento feminista brasileiro de que haja reintegração, reimplantação do programa, porque, em Goiás, ele deu resultados satisfatórios muito importantes, a ponto de ser ele, hoje, solicitado em Goiás e em todo o País.

Acho que consegui apreender os fatos concretos trazidos pela Deputada Denise, como não houve publicação da Comissão Parlamentar de Inquérito lá da Assembleia, não tenho ainda dados publicados nos quais eu possa me basear, mas, de qualquer maneira, tenho a impressão de que ela trouxe alguns dados interessantes e que não coincidem com as manifestações do Dr. Pinotti — pena que ele tenha saído. Em Goiás, pelos dados que já temos apresentados, o índice de cesariana é muito maior na rede privada do que na rede pública e, consequentemente, por dedução, as esterilizações acontecem muito mais na rede privada do que na rede pública; mas vamos levantar isso para trazer dados concretos.

Acho que me fiz entender e agradeço a oportunidade de estar aqui novamente.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Concedo a palavra à Dr^a Jurema Werneck, para suas despedidas.

A SR^a JUREMA WERNECK — Tenho que registrar que foi cassado o meu direito de falar.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) — A Presidência, quando quis cumprir rigidamente os três minutos, era para que toda a Comissão pudesse, inclusive a Presidente, também argumentar com os depoentes alguns assuntos que acho interessantes para o nosso relatório.

Lamentavelmente, disse isso. A ausência inviabiliza o debate; mas os depoentes precisam sair, têm horário de voo. Não é uma cassação da Mesa, mas, a necessidade dos depoentes que teriam que sair às 18 horas, e acho que eles estão sendo condescendentes conosco.

A SR^a JUREMA WERNECK — Vou falar o mais breve possível, somando a pergunta que a Deputada Jandira Feghali fez aos comentários do Dr. Pinotti ao mesmo tempo.

Como eu disse no início, o CEAP, através do seu programa de mulheres, lançou uma campanha contra a esterilização em massa que tinha diversos objetivos: mobilizava o movimento negro e mulheres negras para uma ação conjunta no sentido de mobilizar instituições contra a esterilização em massa de mulheres negras no Brasil.

Diversas ações, como bloquear projetos, aqui nesta Casa, que propunham a liberalização da esterilização de mulheres e coisas do tipo, fazer uma reivindicação ampla em todo o território nacional, para se criar um movimento, inclusive de CPI no País. Acreditamos que é uma reivindicação não só nossa mas de todo o movimento de mulheres e do movimento negro. Consideramos esta CPI, bem como as dos outros Estados ou Municípios como também resultado do nosso trabalho, não só nosso, porque temos muitas pessoas felizmente trabalhando nessa área.

Quando o Dr. Pinotti fala que não há estatísticas demonstrando que a maioria das mulheres esterilizadas são negras, eu compreendo claramente o que ele quer dizer. É verdade, não há estatísticas mas o fato de não haver não impede de enxergarmos uma realidade. Por que não há estatísticas demonstrando isso? Porque em um país racista ser negro é uma condição terrível.

No censo de 1980, quando se perguntou a cor da maioria das pessoas a maioria dos não-brancos brasileiros respondeu 180 nomes diferentes como mulatino, puxadinho, roxinho etc., para tentar fugir da condição de negro, que é uma condição terrível, aviltante, muitas vezes significando morte, miséria e doença.

Mas, ainda assim, se não há estatísticas, é preciso que passe a haver e espero também que essa CPI ajude a pressionar os organismos competentes a incluir o item cor, com sinceridade e não da forma que tem sido feita, nos diversos levantamentos estatísticos, não apenas do censo, mas dos prontuários médicos, porque o item cor vai ser crucial do ponto de vista de quem necessita desse tipo de prova para entender uma realidade.

Gostaria de aproveitar também e dizer que o nosso trabalho tem sido o de trazer reflexões sem medo de fugir de questões polêmicas. Quero dizer que se temos certeza de que a esterilização em massa tem contribuído sobremaneira para o genocídio racial da população negra brasileira, existem outras questões que temos trazido à reflexão mesmo, porque não temos todas as respostas e nem podemos.

Uma coisa que eu gostaria de dizer é que o nosso trabalho tem sido, a princípio, de defender que a esterilização não pode ser considerada método anticoncepcional, método anticoncepcional há uma variedade enorme mas a esterilização, enquanto cirurgia, que extingue a fertilidade de uma pessoa, homem ou mulher, não é considerada método. A palavra método inclui uma certa periodicidade, sistematicidade que a extinção da fertilidade não inclui. Isso vale para a ligadura e para a vasectomia.

Do ponto de vista de discussão dos direitos, gostaria de dizer que temos que trazer a questão do que é ou não esterilização voluntária. O CEAP, não só ele mas a campanha toda, o fórum do Rio de Janeiro, tem dito que neste momento não é possível falar em esterilização por voluntário. Não vivemos em um estado de direito e não somos cidadãos, a eugenia está por aí e acho que precisamos pensar um pouco mais e esse não é o momento, no nosso entender, da esterilização voluntária ser considerada uma possibilidade.

Pessoalmente eu não gostaria de ter que recorrer à mutilação das minhas trompas, mas estamos abertos ao debate para considerar no futuro o estado de direito e pensarmos se é possível ou não, se é direito ou não, se há ou não limites, mas eu acho que essa questão tem que ser prorrogada para o futuro que ainda não chegou.

Uma outra coisa que espero dessa CPI, para finalizar, é que também o desmascaramento do papel que algumas universidades têm tido nas políticas da população, nas políticas de controle de natalidade. Se a Unicamp pode ser elogiada no comprometimento da implantação do País, ela precisa ser reprovada, por exemplo, na pesquisa do Norplant, ela precisa ser considerada, não só a Unicamp como também diversas universidades públicas do País, foram aliadas de organismos internacionais como Population Council, o fundo das Nações Unidas de população e outras que estavam interessadas em programas de controle da natalidade, a Organização Mundial de Saúde inclusive e foram aliadas na disseminação de vacinas antigravididez, na disseminação de experiências como a Norplant e disseminação de diversas experiências que uma universidade pública não deveria ter o direito de cumprir, muitas vezes legalmente como a da pesquisa do Norplant.

Acho que pode ser realmente uma vitória o País ser aceito pelo FUNUAP — Fundação das Nações Unidas para a População, mas acho que temos que considerar que o FUNUAP tem sido o principal propagador das Nações Unidas do controle da natalidade. Então, o fato de ser das Nações Unidas não quer dizer que seja a nosso favor. Então, temos que olhar também criticamente as diversas coisas.

Queremos o País, mas o País que nós mulheres estamos construindo e nem sempre é esse, apesar do discurso ser semelhante, que esses organismos estão abraçando. Muito obrigada.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Concedo a palavra à Sr^a Maria Betânia.

A SR^a MARIA BETÂNIA ÁVILA — Vou procurar ser o mais rápido possível porque há um avião na pista.

Jandira, a questão da esterilização é de um significado tão profundo que esta questão da esterilização voluntária é uma questão realmente que não dá para pensarmos de imediato em que situação poderíamos dizer que ela seria voluntária. Acho que a implantação do Paimse é apenas um dos dados mais imediatos que estamos exigindo para reverter essa situação. O Paimse é uma coisa fundamental, importantíssima, mas ele resolve uma parte do problema, se ele for implantado nos moldes como são exigidos, quer dizer, acho que ele dá essa possibilidade, tanto de uma preservação da saúde, ao exercer a função reprodutiva, como essa maior oportunidade de escolha dos métodos, da forma de parir.

O problema é justamente esse, é o entendimento desse significado: o que está significando essa esterilização, essa renúncia para a reprodução de uma forma tão radical neste País?

Para chegar realmente a uma possibilidade da esterilização ser tratada como uma opção, temos um período longo de desconstrução. Isso não evita, como uma opção, temos um período longo de desconstrução. Isso não evita, claro que vamos tomando medidas, mas acho que temos uma desconstrução a ser feita, uma desconstrução cultural, porque agora já enraizou como uma coisa da cultura, é um legado de mãe para filha, de avó para mãe e de mãe para filha, é um caminho natural. É um destino, um projeto de vida. As mulheres, juntas, dinheiro, vão atrás dos políticos, quer dizer, é um lugar de resolução da vida e um lugar de frustração profunda também, porque depois dessa esterilização nada acontece que melhore essa vida.

Mas, também, ela é a impossibilidade de continuar com não sei quantos abortos provocados, com as pílulas que doem a cabeça, com a rejeição do marido, do companheiro ou do namorado a não usar a camisinha, a não respeitar a tabela, quer dizer, a esterilização coloca problemas para, não só da ordem da sociedade como Estado, mas das próprias relações de gênero; como se relaciona, nessa cultura, a questão do masculino com o feminino. Por que a contracepção é única e exclusivamente responsabilidade das mulheres? Onde estão as pesquisas desenvolvendo métodos masculinos? As mulheres ficam férteis vinte e quatro horas por mês. Os homens são férteis 24 sobre 24, quer dizer, não estou querendo reverter, não sou daquelas feministas que colocam a história de cabeça para baixo! Não quero que agora as mulheres assumam o lugar da superioridade ou da opressora: estou dizendo que, para mim, a esterilização é um assunto de profunda reflexão, porque traz à tona não só uma questão de subordinação de classe, não só uma questão de subordinação de raça, mas entre os sexos também, porque o Estado é omissivo, os empresários são omissivos, bem como os companheiros. Penso que para reverter essa situação é necessária uma longa desconstrução da esterilização, como um projeto de vida; da esterilização, como uma forma de solução dos problemas. E, no caso, vou entrar um pouco na questão que o Dr. Pinotti coloca: considero a informação como uma questão fundamental e luto por ela; acredito que os movimentos não são de mulheres, mas movimentos sociais e esses têm, na questão do conhecimento da informação, uma base profunda da sua militância e da sua perspectiva política. Mas, nesse caminho de desconstrução dessa realidade reprodutiva no Brasil, outras medidas têm que ser tomadas. Continuo dizendo que acho que uma empresa tem que ser punida, sim, por exigir. Há uma reconstrução ética a ser feita. Essa impunidade não pode continuar, porque as mulheres bem informadas vão se defrontar, de qualquer maneira, com o problema do emprego. Em relação à informação, ela tem que vir acompanhada de outras medidas. Esse o pedido que fazemos de maneira imediata, que tem que ser implantado. Mas para a reversão dessa situação e para poder a esterilização realmente estar num "leque" de ofertas em que se possa optar por ela de uma outra maneira, há um longo período de desconstrução da perversidade que está instaurada no modelo reprodutivo brasileiro. É um vício cego! A pessoa entra na vida reprodutiva e não sabe onde vai parar! De repente, aparece a esterilização como única e exclusiva solução.

Em relação à questão em Pernambuco, acho - e concordo com o Dr. Pinotti - que é dentro do serviço público, é na clínica conveniada que se faz esterilização nas mulheres do meio popular, porque na clínica privada que não é conveniada e que cobra, é lá que as mulheres de classe média fazem a esterilização porque é a mesma questão do aborto. Ela será pior ou melhor, tratada de acordo com o seu nível financeiro. Quem pode, faz, uma separada da cesariana depois numa clínica privada. As mulheres do meio popular dizem literalmente: "vou ficar grávida para me esterilizar". Então, trata-se de um projeto de esterilização colocado numa possibilidade de cesariana, colocado na ideia do último filho. Essa ideia do último filho é corrente entre as mulheres. Essa é a última gravidez, porque é a gravidez da cesariana e da esterilização, é dentro do serviço público, é dentro da clínica conveniada, porque quem a faz na clínica privada, são as mulheres que têm dinheiro para fazer o pagamento.

Temos, inclusive, um vídeo, que fizemos no SOS, dentro de uma clínica conveniada, no Recife, no Município de Paulista, que tem um índice altíssimo de esterilização. Por outro lado, a gente vai fazer uma pesquisa no serviço público, e pergunta: qual o índice de esterilização? Respondem: três, quatro ou cinco por mês em alto risco, ou seja, não registram. Não registram causa de mortalidade, esterilização ou aborto. Não existe. Esse é um outro problema sério do serviço de saúde brasileiro. Não há registro: ou há sub-registro ou há desvio dos mesmos. Lidar com os dados oficiais é impossível.

A última questão que você coloca: por que o Governo demorou tanto a tomar essa decisão? Ele nunca tomou como uma decisão política mesmo. Temos que lembrar que até 1974 o discurso oficial brasileiro era natalista, e, na prática, era um discurso que já estava dando entrada às entidades de controle da natalidade. É a ambiguidade que tem marcado o discurso sobre reprodução no Brasil. É só a ambiguidade. Em 1974, quando declara, em Bucareste, que vai respeitar a decisão das pessoas, é em cima do falido milagre brasileiro.

Temos que entender essa questão dentro de um processo de redemocratização. Eu insisto na inclusão desse tema dentro de uma questão mais geral da discussão da democracia, da questão política brasileira. O País me vem dessa inovação internacional. O que ele tem de bom e apresenta de bom é por conta do processo de redemocratização brasileira, que permite que setores influenciem a construção desse programa e que ele seja o que é hoje. Na verdade, a decisão real não houve e ela vai depender, inclusive, da correlação de forças políticas e sociais para ser implantada.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Eu gostaria, rapidamente, até para colaborar com as depoentes, de dizer que recebemos um requerimento da Deputada Maria Luiza Fontenele, com o seguinte teor:

"Requiro que esta CPI requirite aos setores de saúde da rede pública o fornecimento de planilhas contendo as estatísticas referentes a essas cirurgias.

Partindo da informação que 65% a 70% dos partos são cesáreas e 44% desse índice finaliza com a laqueadura de trompas, reputamos ser de grande utilidade as referidas planilhas para o bom andamento desta CPI, a fim de apurarmos a veracidade das informações."

Já foi dito aqui da inexistência dessas planilhas. Mas a própria depoente Elza Berquoc disse que quando concluiu o seu trabalho em relação às planilhas, ela nos enviaria.

Gostaria ainda de convocar extraordinariamente esta CPI para o dia 23 de junho, terça-feira.

Como já estamos nos aproximando do recesso, teremos que fazer duas reuniões na terça-feira: a primeira, às 10h30min, com Edna Rolan, Luísa Bairos e D. Luciano Mendes; e às 14h30min, com o Dr. Hélio Aguiñaga, Eusimar Coutinho, Eurípedes Carvalho e Marcelo Lavere.

Está encerrada a reunião.

ATA DA

13ª REUNIÃO, REALIZADA EM

23 DE JUNHO DE 1992.

Aos vinte e três dias do mês de junho do ano de mil novecentos e noventa e dois, às dez horas, na Sala 4 da Ala Senador Nilo Coelho, presentes os Senhores Parlamentares Deputada Benedita da Silva (Presidente), Senador Carlos Patrocínio (Relator), Deputados Tilden Santiago, Heitor Franco, Paulino Cicero, Avelino Costa, Fátima Palaes, Maria Luiza Fontenele e Jandira Feghali, reúne-se a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a "investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". Havendo número regimental, a Senhora Presidente declara abertos os trabalhos dispensando a leitura da Ata da reunião anterior, que é dada como aprovada. A seguir, justifica a ausência da Drª Edna Rolland, Representante do Instituto da Mulher Negra - GELEDÉS. Estando presentes a Drª Luiza Barros, Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado - MNU e Dom Luciano Mendes de Almeida, Presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, convida, um por vez, a prestarem o juramento de praxe. Após esclarecimentos preliminares, a Senhora Presidente solicita que cada expositor, em seu depoimento, não ultrapasse o tempo de vinte minutos regimentais. Concluída a fase de depoimentos, passa-se a fase interpelatória, quando usam da palavra o Senhor Carlos Patrocínio e a Senhora Deputada Benedita da Silva. Com a palavra a Senhora Presidente agradece a presença dos depoentes e suspende os trabalhos até as quatorze horas e trinta minutos. Reabertos os trabalhos, a Senhora Presidente anuncia a presença dos Senhores Dr. Eusimar Coutinho, Professor da Universidade Federal da Bahia; Dr. Hélio Aguiñaga, Presidente do Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança - CEPAINC; Dr. Eurípedes B. de Carvalho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos e Drª Edna Rolland, Representante do Instituto da Mulher Negra - GELEDÉS, convidando, um por vez, a tomarem assento à Mesa e prestarem o juramento de praxe. Após esclarecimentos preliminares, a Senhora Presidente solicita que cada expositor, em seu depoimento, não ultrapasse o tempo de vinte minutos regimentais. Concluída a fase de depoimentos, passa-se a fase interpelatória, quando usam da palavra pela ordem de inscrição as Senhoras Deputadas Jandira Feghali, Maria Luiza Fontenele e o Senhor Deputado Heitor Franco. Com a palavra, a Senhora Presidente agradece a presença dos depoentes e solicita aos senhores Parlamentares que tiverem interesse em participar da diligência na Cidade de Ceres-GO, que entrem em contato com seu Gabinete. Com a palavra o Senhor Relator requer seja dispensada a diligência à Ceres. Usa da palavra para contraditar a Senhora Deputada Jandira Feghali. Finalizando, a Senhora Presidente convoca reunião a realizar-se na próxima quinta-feira. Nada mais havendo a tratar, encerra-se a reunião e para constar eu, José Augusto Panisset Santana, Assistente da Comissão, lavrei a presente Ata que, lida e aprovada, será assinada pela Senhora Presidente e irá à publicação.

ANEXO À ATA DA 13ª REUNIÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, CRIADA ATRAVÉS DO REQUERIMENTO Nº 796, DE 1991-CN, DESTINADA A INVESTIGAR A INCIDÊNCIA DE ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DE MULHERES NO BRASIL, DESTINADA A OUVIR OS DEPOIMENTOS DOS SENHORES DRª LUIZA BARROS, COORDENADORA NACIONAL DO MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO - MNU; DOM LUCIANO MENDES DE ALMEIDA, PRESIDENTE DA CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL - CNBB; DR. EUSIMAR COUTINHO, PROFESSOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; DR. HÉLIO AGUIÑAGA, PRESIDENTE DO CENTRO DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA INTEGRADA À MULHER E À CRIANÇA - CEPAINC; DR. EURÍPEDES B. DE CARVALHO, PRESIDENTE DA CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS E DRª EDNA ROLLAND, REPRESENTANTE DO INSTITUTO DA MULHER NEGRA - GELEDÉS, QUE SE PUBLICA COM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO DA SENHORA PRESIDENTE DA COMISSÃO.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - De acordo com o Regimento Interno, dou por aberta a reunião de hoje da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

Tendo convocada esta reunião e baseada no art. 148, § 1º, que diz:

No dia previamente designado se não houver número para deliberar, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito poderá tomar depoimento das testemunhas ou autoridades convocadas desde que estejam presentes o Presidente e o Relator.

Baseada nesse art. 148, § 1º, estaremos hoje dando início, nesta Comissão, com a presença dos convocados para depoimentos, justificando primeiramente a ausência da Drª Edna Rolland, porque houve um problema na emissão de passagem e, por isso, ela não conseguiu receber em tempo hábil. Teremos, então, o depoimento da Drª Luiza Barros e de Dom Luciano Mendes de Almeida.

Eu gostaria de, em nome da Comissão pedir a todos que estão presentes que acompanhem, auxiliem esta Comissão porque estamos tendo uma dificuldade de ordem de presença, já que é do conhecimento nacional que há uma CPI Mista na Casa e que tem tido uma mobilização maior, não só dos Parlamentares do Congresso, mas também da própria mobilização da população. Então, essa dificuldade tem feito com que os Parlamentares se dividam e o número de presença seja baixo aqui, tantos dos titulares, quanto dos suplentes e também da própria participação da população, porque o interesse maior momentâneo é pela outra CPI.

Diante disso, estou convidando - e temos grandes depoimentos a serem feitos nesta Comissão que reputo de importância, porque é do conhecimento de todos o andamento dos trabalhos - porque acho importante que todos os senhores e senhoras, aqui presentes, colaborem conosco, ajudando-nos nessa tarefa que para nós tem sido árdua, tenho brincado até, dizendo que a competição aqui é desigual pois esta Comissão trata de um tema altamente relevante, significativo para a política nacional e das relações internacionais do Brasil. Mas, na verdade, como bem sabemos, certos temas são mais envolventes e as dificuldades se acentuam. Mas espero contar com todos aqui, é um apelo mesmo, não é dramático, mas é um apelo para que todos estejam presentes em nossas reuniões hoje e também na quinta-feira.

Dessa forma, convido a Drª Luiza Barros, representante do Movimento Negro Unificado - MNU para o primeiro depoimento.

Pediria para que todos fiquem de pé, para que fosse feito o juramento.

A SR^a LUIZA BARROS -

"Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização de mulheres no Brasil."

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - A depoente disporá de 20 minutos para a sua primeira consideração.

A SR^a LUIZA BARROS - Eu gostaria, enquanto Coordenadora Nacional do MNU - Movimento Negro Unificado, de transmitir a nossa saudação especial aos Parlamentares que compõem esta Comissão, especialmente à Deputada Benedita da Silva, cujo empenho pessoal foi muito importante na Constituição desta CPI.

Basicamente, a intervenção que faço aqui, em nome do MNU, ela tem por objetivo cercar-se de uma questão que para nós é extremamente importante, ou seja, o componente racial dentro dessas ocorrências, dessas ações controlistas que têm ocorrido e se intensificado no Brasil, ao longo dos últimos anos.

Começamos por situar que todo o processo de formação da sociedade brasileira foi marcado por uma carência de população, uma carência que era dada pela necessidade de ocupação de um vasto território nacional e pela ideia de que apenas uma população numerosa poderia alimentar a força de trabalho necessária para a exploração das potencialidades econômicas.

Os mais de trezentos anos de escravidão, do sistema escravista que se viveu no Brasil, foram calçados, como todos sabemos, num brutal e intenso tráfico de africanos no Brasil e essa é, a meu ver, a ilustração mais remota no sentido de prover o País de uma mão-de-obra que garantiria o estabelecimento das atividades produtivas necessárias. É muito posterior, com o esgotamento progressivo do sistema escravista, a ocorrência de políticas de incentivo à imigração de trabalhadores, especialmente trabalhadores europeus, para o sul do País, que caracterizavam a continuidade dessa preocupação com a questão demográfica associada à necessidade de desenvolvimento.

Esses dois momentos tão diferentes na História do Brasil carregam, entretanto, um traço que é comum e esse traço comum é do fator racial como componente da escolha das elites do tipo de trabalhador que ela utilizaria para dar conta do seu próprio projeto de desenvolvimento.

Se por um lado, num determinado momento, a condição de negro e todo o esquema de discriminação e de racismo, montado em torno da presença do negro no País, justificava a escravidão nos moldes em que ela acontecia, por outro lado, quando se fala da questão da imigração, a questão racial está também presente, porque era importante naquele momento, dentro de um projeto de branqueamento da sociedade brasileira, que essa imigração fosse centrada em trabalhadores europeus.

Nas leis que tratam da questão da imigração, logo após o período abolicionista, é evidente a orientação racista daquela política de incentivo à imigração, quando se falava que era livre a entrada nos portos da República de quaisquer trabalhadores excetuados os indígenas da África e da Ásia. E muito mais adiante, já em 1945, no período do Governo Vargas, foi inclusive editado um decreto-lei que falava, explicitamente, em relação à imigração, sobre a necessidade de preservar e desenvolver na composição étnica da população características mais convenientes de suas ascendência europeia.

Essa manifesta orientação racista, das políticas ligadas à população, conviviu já com toda a ambiguidade que sempre marcou o processo de relação entre brancos e negros no Brasil; uma ambiguidade que também se manifestava em todas as preocupações com relação ao crescimento populacional neste País.

Não é à toa que, contemporaneamente a esses processos, desenvolveu-se, inclusive, do ponto de vista da "ciência", uma série de justificativas e uma série de colocações que visavam inclusive, de um certo modo, convencer o povo brasileiro de que nós seríamos um único povo, uma única raça, produto da miscigenação, uma miscigenação muito mais vista e incentivada no sentido de promover o desaparecimento físico da marca do negro, neste País.

Esse tipo de questão, essa relação de raça, racismo e população no Brasil, tem outros desdobramentos muito concretos que trago aqui para poder verificar, mais tarde, porque se coloca hoje a questão da esterilização em massa de mulheres como um processo dirigido, principalmente para a população negra.

Sabemos que do ponto de vista do censo demográfico, inclusive, a população negra nunca foi corretamente quantificada no País, muito em função de todas as ambiguidades que foram criadas em termos da classificação ou da autoclassificação dos indivíduos no momento do recenseamento. Já em 1970, com todo aquele ufanismo patrocinado pela ditadura militar, se afirmava, com um certo orgulho, os 90 milhões de brasileiros que existiam no País-1970 era uma época que ainda vigorava, fortemente, aquilo que se chama de uma ideologia natalista, nos setores oficiais da sociedade, e aqueles 90 milhões de brasileiros, em 1970, eram saudados como uma grande vitória para o País porque, enfim, ele tinha uma população à altura das suas necessidades de desenvolvimento, mas ao mesmo tempo em que se alardeava isso, o próprio censo de 1970, excluía o quesito "cor" sob a alegação de que isso poderia quebrar a necessária unidade do povo brasileiro.

O importante a ser notado dentro desse processo é que, muito tarde, pelo menos dez anos depois, já nos anos 80, esse quesito "cor" retorna ao censo demográfico, mais como uma consequência da luta que setores do movimento negro desenvolveram junto a outros setores intelectuais, para que se passasse a considerar novamente nesses levantamentos censitários, as especificidades da característica sócio-econômicas da população para negros e para brancos.

Entretanto, em 1980, quando esse quesito volta para o censo demográfico, é exatamente também num período em que esboça, com muita nitidez, a crise econômica em que o País mergulharia, ao longo de toda a década de 1980. E só a partir do momento da constatação dessa crise e da gravidade dela, é que foi possível emergir, com mais nitidez, todo o discurso controlista que até então estava completamente abafado, completamente embutido, mas um discurso controlista e práticas controlistas que já se verificavam no País e que foram, inclusive, suficientes para causar resultados como esses que esta CPI busca analisar agora.

A crise, a meu ver, foi a justificativa material de maior peso utilizada por todos aqueles setores que vêm no controle da natalidade a su-

posta possibilidade de melhor distribuir bens e serviço no interior da sociedade.

Criou-se hoje uma ideia, que já podemos chamar inclusive de senso comum, de que famílias pobres numerosas é que são fatores impeditivos para o desenvolvimento do País.

Bom, já em 1983, o Movimento Negro Unificado, através da sua seção do Distrito Federal, lança o que eu suponho o primeiro manifesto do Movimento Negro alertando para essas questões do controle da natalidade e as suas implicações sobre a população negra no Brasil.

Entre as evidências que esse documento trazia, havia uma denúncia que foi largamente trabalhada pelo Movimento Negro no Brasil inteiro, que era da existência de um Grupo de Assessoria e Participação - GAP, que foi constituído no Governo de Maluf, em São Paulo, onde um dos assessores desse GAP já colocava um projeto de controle da natalidade com o objetivo específico de reduzir o crescimento da população negra no País e, mais especialmente, em São Paulo, em cima do argumento de que, até o ano 2.000, os negros seriam maioria e, enquanto maioria, poderiam definir do ponto de vista político, poderiam definir do ponto de vista eleitoral. Portanto, seria necessário se tomar algum tipo de atitude para poder inverter essa inversão, que era apontada pelo ritmo de crescimento da população negra no País.

Mais recentemente, já em 1986, em Salvador, nós assistimos a uma campanha de sensibilização da sociedade baiana e do empresariado baiano, em particular, que visava à instalação do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana, que foi o centro idealizado e que hoje é dirigido pelo médico Elcimar Coutinho. Na propaganda de instalação desse centro, apareceram elementos que acho que são super importantes de serem resgatados para que se verifique exatamente o quanto a questão do racismo influencia nas medidas e nas ações de controle de natalidade.

Cito, como exemplo, duas peças publicitárias que foram utilizadas nessa ocasião: uma delas estampava um adolescente negro, com uma arma na mão e uma tarja nos olhos, era acompanhada pelo seguinte slogan: "defeito de fabricação", numa alusão mais do que evidente, numa alusão mais do que direta de que esse defeito de fabricação era algo supostamente válido para qualquer negro; numa outra peça publicitária, aparecia a foto de uma mulher grávida, coberta por um lençol, uma mulher negra - a gente sabia que essa mulher era negra porque as pernas, cheias de varizes, apareciam nessa foto -, acompanhada por outro slogan, não menos racista do que o anterior, onde se dizia: "de barriga cheia também se morre", numa alusão bastante evidente que permitia uma generalização, a meu ver criminosa, de que toda gravidez de mulher negra é inerentemente um perigo, é inerentemente uma ameaça.

Essas evidências mais recentes que eu trago aqui são, no entanto, tratadas como fatos isolados, mas isso não nos assusta porque, de resto, todas as evidências de racismo que se tem no Brasil são assim tratadas. Muito dificilmente se trata a questão do racismo como sendo um dado da estrutura da sociedade, como sendo inclusive um dado importante no projeto político das elites que vêm se instalando no País ao longo de tantos anos.

Toda a nossa argumentação, toda a visão que nós temos em relação a esse tipo de questão, ela parte de um pressuposto que é fundamental, de que o racismo constitui-se hoje, no Brasil, no mecanismo mais eficiente de produção de desigualdades sociais, no mecanismo mais eficiente de produção de exclusão política, exclusão econômica e exclusão social.

Entender esses mecanismos que contribuem para a manutenção e para a recriação do racismo, e que contribuem inclusive para que ele esteja na base dessas questões que esta CPI está levantando, para nós é fundamental para que também se entenda o quanto essa questão do controle da natalidade, que se coloca inclusive como algo puxado pela esterilização em massa de mulheres, faz parte de um quadro mais amplo de aumento da violência racial no País. É uma violência racial que se expressa por muitas posturas, atos, que são evidentemente vinculados a uma proposta de extermínio mesmo do povo negro neste País.

Desse modo, afirmar que o controle da natalidade praticado no Brasil objetiva apenas impedir o crescimento da população pobre é desconsiderar que a população pobre é majoritariamente formada por negros. Mas atribuir a formação majoritária da pobreza no Brasil à presença do negro, também é ignorar a importância que o racismo tem na produção das condições de pobreza do negro neste País.

Isso faz parte, a nosso ver, de uma estratégia ampla de mascaramento dos limites da sociedade, por um lado, e, por outro lado também - é algo que devemos passar a admitir -, faz parte de uma estratégia de favorecimento do branco de qualquer classe social.

Aproximando um pouquinho mais da questão, é bom vermos o seguinte: os estudos sobre população no Brasil são unânimes em identificar uma tendência declinante no crescimento populacional.

A taxa de fecundidade total, que era de 5, quase 6 filhos por mulher em 1970, caiu para 4,3 filhos em 80, e caiu mais ainda entre 80 e 85 para uma taxa de fecundidade total de 3,3 filhos por mulher.

Agora, o mais importante a respeito disso, é que ninguém coloca, embora os dados existam aí à disposição é que, historicamente no Brasil, pelo menos, até 1960, a taxa de fecundidade total de mulheres negras sempre foi inferior à das mulheres brancas, especialmente a das mulheres que são consideradas pretas pelo censo demográfico.

O que que isso nos traz como informação importante para ser retida? Primeiramente, que essa queda acelerada do crescimento populacional e da fecundidade, que, segundo os especialistas, é um processo irreversível, ela não permite, em hipótese nenhuma, afirmar que no Brasil existe um processo de explosão demográfica, e que, portanto, esse tipo de informação traz para nós uma grande pergunta: se existe uma evidência de que o crescimento populacional cai violentamente, o que justificaria a existência desse processo de esterilização em massa?

O que vamos observar é que a fecundidade das mulheres consideradas pretas pelo censo demográfico é mais baixa, em função da influência de alguns outros fatores.

Em primeiro lugar, existe entre as mulheres negras uma menor proporção de mulheres unidas; existe até mesmo entre essas mulheres negras unidas uma menor proporção de mulheres que têm filhos. Isso vai nos levar à seguinte conclusão: existe dentro da população negra, entre as mulheres negras, um componente de esterilidade que não está sendo levado em consideração, existe um componente de esterilidade, que eu chamo de "esterilidade involuntária", que é a esterilidade causada por doenças. Sabemos, perfeitamente que existe uma ocorrência preferencial de mionia em mulheres negras e, paralelamente, não existe no Brasil nenhum tipo de pesquisa desenvolvida no sentido do tratamento desse tipo de ocorrência que, geralmente, é tratado com a chamada histerectomia. Isso é algo que

se agrega, digamos assim, a todos esses dados de esterilização provocada ao qual nós temos acesso hoje.

Estou colocando isso para que tenhamos um pouco a idéia de que raça é definidora de uma série de aspectos que envolvem a vida de brancos e de negros numa sociedade racista, como é a sociedade brasileira. Até mesmo a questão da esterilidade involuntária não pode ser tratada independentemente da condição racial dessas mulheres; até mesmo a mais baixa proporção de casamentos de mulheres negras é algo que não está desvinculado de todo o processo de inferiorização a que os negros e a mulher negra, em particular, têm sido submetidos.

Nesse sentido, caberia, então, perguntar se esse brutal decréscimo da taxa de fecundidade no Brasil, esse assustador decréscimo nos incrementos populacionais no País, foi, num certo sentido, comandado pelo decréscimo da taxa de fecundidade de mulheres brancas. Eu diria inclusive que, num certo sentido, já se atingiu com essas mulheres um determinado objetivo, até mesmo talvez sem querer que esse objetivo fosse atingido. E se esse crescimento já caiu a patamares que não se encontra às vezes nem em países considerados desenvolvidos, uma média anual de 1,8% ao ano, por que então se insiste em que essas ações controlistas sejam mantidas no País no grau de impunidade em que elas vêm acontecendo?

Não há como não perceber que essas ações que se processam, especialmente a partir dos anos 80, têm o endereço certo, porque agora é preciso fazer cair violentamente a taxa de fecundidade entre as mulheres negras, e isso vai ter, entre nós, uma repercussão em termos potencializada por outras condições que nós, enquanto negros, desfrutamos no interior da sociedade.

A partir da divulgação dos dados da PNAD, de 1986, que, segundo fui informado, já foram bastante trabalhados e discutidos aqui nesta CPI — eu não vou voltar a eles, vou querer apenas utilizá-los para podermos nos situar melhor em termos dessa questão de racismo e de controle da natalidade —, tem causado muita polêmica o fato de que, pelas informações oficiais da PNAD, as mulheres negras, tomadas em termos de Brasil, têm uma proporção menor de esterilizadas.

Acho que se tem que tomar um grande cuidado com esse tipo de informação. Em primeiro lugar, porque é possível que a informação seja verdadeira, de que existe efetivamente entre as mulheres negras, no interior dessa população específica de mulheres negras, um percentual menor de esterilizadas do que se verifica entre as mulheres brancas. Agora, esse percentual menor de esterilizações provocadas, acho que não pode ser visto fora do contexto da chamada "esterilidade involuntária", porque aí é que vamos ter condições de perceber o quanto, num País racista como o Brasil, não existe a menor possibilidade de se ter políticas que se dirijam a grande contingente populacional, sem que essas políticas tenham efeitos diferenciados e quase sempre desiguais entre brancos e entre negros.

Em relação a isso, eu gostaria de acrescentar que, entre as mulheres negras, o processo de esterilização ganha um significado especial. Primeiro porque quando esses dados são observados de acordo com a Região, existe uma modificação total em relação a todas essas informações que são colocadas para o Brasil. Se pegamos uma Região como a Região nordestina, onde vive cerca de metade da população brasileira e considerando que no Nordeste a maioria da população é negra, percebemos que entre as mulheres esterilizadas no Nordeste cerca de 66% são negras.

Percebemos também que, a depender da composição racial das Regiões, existe uma incidência das ações controlistas que são diferenciadas. Percebemos que nas Regiões de maioria negra, como é o caso do Nordeste, não só as esterilizações incidem sobre um número absurdo de mulheres negras, como essas esterilizações são realizadas em idades e em faixas etárias inferiores àquelas onde a população branca é maioria. Verifica-se por exemplo, um percentual mais significativo de mulheres esterilizadas já entre a faixa dos 15 aos 20 anos de idade.

Acho que isso dá uma mudança de qualidade absolutamente importante, do ponto de vista de como consideramos, de como inclusive esses dados têm sido jogados, no sentido de desconsiderar a nossa argumentação. E não só a taxa de esterilização é maior entre as mulheres jovens, como também existe sempre um percentual muito mais significativo de mulheres que, efetivamente, se esterilizam por razões econômicas, ao contrário do que os dados oficiais publicam, de que a esterilização geralmente é feita como meio puro e simples de evitar filho ou, naqueles casos em que as esterilizações são realizadas em hospitais, se coloca, como alegação, problemas de saúde da mulher.

Acho que seriam, no geral, essas as informações que gostaríamos de trazer ao conhecimento da CPI, reforçando finalmente que não há a possibilidade, numa sociedade racista, de que negros e brancos possam sofrer com a mesma intensidade o resultado de políticas gerais que são estabelecidas para o País. Muito obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Concedo a palavra a D. Luciano Mendes de Almeida, que dispôs de 20 minutos para a sua exposição. Convido a todos a ouvirem o juramento.

O SR. LUCIANO MENDES DE ALMEIDA — Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento, sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Com a palavra V. Sª para sua exposição.

O SR. LUCIANO MENDES DE ALMEIDA — Creio que, tendo participado desta primeira relação o relatório aqui apresentado por D. Luíza Bairos, que a primeira palavra deve ser de agradecimento, porque realmente é uma exposição que revela estudo muito amplo e uma tomada de posição muito coerente.

Praticamente, o que ouvimos aqui, pelo menos na minha percepção, foi que nesse fenômeno dramático da esterilização, há um componente que aparece despercebido, é que um País que tem hoje uma população relativa de 16 habitantes por quilômetro não deveria estar pensando em controle da natalidade, mas o faz porque tem, dentro daqueles que promovem essa esterilização, uma intenção genocida, e genocida dentro de uma perspectiva racista. Essa foi uma exposição muito séria e creio que ficará aqui, na CPI, não só ligada à questão da esterilização, mas uma avaliação muito maior das políticas gerais do País.

É claro que o meu depoimento vai atingir um outro aspecto, mas eu quisera também começar agradecendo a oportunidade, não só de estar aqui, o

que afinal é sem dúvida um privilégio, mas a oportunidade de, como brasileiro, acompanhar o desenvolvimento desta Comissão Parlamentar de Inquérito, que é uma comissão mista, porque teve a coragem e o discernimento de trazer para esse nível de uma comissão o tema da esterilização, que é uma esterilização, como sabemos, em massa de mulheres que está ocorrendo nesses últimos anos.

Então queria, na presença da Deputada Benedita da Silva, assim como dos outros Membros aqui presentes, que o meu primeiro testemunho fosse de respeito a esse trabalho que está sendo realizado, de expectativa de que esse trabalho seja dado ao conhecimento da população e de reconhecimento também pela importância dessa questão hoje entre nós.

É claro que os depoimentos de hoje e alguns que ainda possam acontecer nesta Casa supõem todos os demais que já foram aqui apresentados, especialmente as questões mais ligadas às estatísticas, que são importantes, mas que já são conhecidas. Então, é claro que não é minha missão. Se eu fosse dos primeiros a falar nesta comissão, teríamos que começar por uma análise da situação e a análise da situação é feita objetivamente, diante de números e diante de fatos reconhecidos ou, pelo menos, que mereçam estudo. Mas, essa fase, compreendo que já está bem sedimentada na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

Então, o que é que eu poderia hoje, modestamente, acrescentar? Creio que são algumas reflexões de nível ético, já pelo tipo de convocação que recebi, em nome da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, já também porque é um desses temas que, justamente por ser ligado à vida, requer uma avaliação ética. Tivemos aqui, sem dúvida, reflexões de nível ético, mas mais ligadas a uma grave postura frente à discriminação racial do Brasil, que tem uma incidência ética muito grande. No entanto, creio que poderíamos agora, como digo, pensar, por essas perspectivas se somam, mas abre também a olhar para uma outra dimensão na mesma perspectiva.

Em primeiro lugar, a esterilização significa a morte da matriz da vida, quer dizer, a mulher é considerada esterilizada quando não pode mais ser mãe, quando não tem mais o uso da sua fecundidade e, portanto, não terá mais a maternidade. Em outras palavras, é uma opção pela morte, pela morte da vida. É como se tivéssemos um solo no qual não vai nascer mais nada, é deserto, ali não vai brotar mais a vida. Isso, para a nossa geração, há uns 10, 15 anos, era realmente como um pesadelo, mas longe das nossas vidas. Basta compulsarmos as estatísticas para vemos que a questão da esterilização se acentuou muito nos últimos anos. E o que é que temos hoje? Temos que o Brasil, como País, aceitou — da parte de muitos que foram expectadores — ou promoveu — da parte de muitos que foram agentes — a esterilização em massa. Quer dizer, é um País suicida, é um País que optou pelo aborto, e creio que uma CPI da esterilização não deveria terminar aqui, mas deveria ser uma CPI também do aborto, porque se a esterilização é grave, o aborto é muito mais grave. A esterilização impede que a vida possa surgir, mas o aborto impede que a vida que surgiu, portanto com toda a dignidade de pessoa humana, possa se desenvolver.

Infelizmente, o que acontece no Brasil é que a opção é, simultaneamente, pela esterilização e pelo aborto, quer dizer, quer a gravidez cresça.

Estamos aqui ao lado de uma CPI movimentada, que tenta averiguar fatos em relação ao comportamento de pessoas no exercício de seus cargos públicos, mas não podemos esquecer que essa esterilização que é tema da CPI, é muitíssimo mais importante do que o que está acontecendo na sala ao lado, mas o vazio desta sala é um retrato da consciência brasileira. Estamos muito mais interessados em saber se o Sr. fulano de tal fez ou não uma coisa — que no fundo muitos outros fazem também, mas que isso traz pelo menos páginas e páginas dos nossos jornais nas últimas semanas — do que nesta magnífica CPI, por cujo mérito respondem, sem dúvida alguma, os membros aqui presentes e os outros que não puderam comparecer, e que atinge uma problema muitíssimo mais grave no Brasil.

De modo que quero lhes dizer que a análise ética dessa situação está tratada aqui nesta sala. Envergonho-me dos nossos Deputados e Senadores, que não comparecem a uma discussão do nível desta que está acontecendo aqui, porque o que está em questão é a opção do País. É ou não uma opção pela morte? É ou não uma opção pela vida? Mas continuamos nos perdendo na periferia das coisas, continuamos interessados em responsabilizar pessoas por atos de corrupção, que considero gravíssimos, mas, sem dúvida, mais graves são esses atos de esterilização em massa, que fazem do nosso País, hoje, o pior país do mundo, porque nem o holocausto acontecido na Alemanha tem comparação.

Imaginem o seguinte: que, durante a guerra, tivessem esterilizado, na Alemanha, mais ou menos 40% das mulheres que não fossem arianas. Isso seria um escândalo enorme. Aqui no Brasil, não nos interessamos em saber que há, pelas estatísticas, cidades com mais de 70% de mulheres esterilizadas em idade fértil. Onde é que estamos? Acho que isso é uma coisa muito séria porque perdemos a noção de valor. Então, o que é que acontece? É que tanto os juristas quanto os médicos não atendem nem a lei, porque sabemos que o aborto é um crime, a esterilização é um crime, mas ninguém está sendo processado por causa disso. Estamos recolhendo informações; mas pergunto, Deputada, que merece todo apreço: o que tem aparecido nos jornais? Alguma coisa sim, mas é bem pouco. E o que acontece em relação aos outros fatos aqui do lado? É um absurdo. As páginas estão cheias disso; o que pensa um, o que pensa outro; o que é e não é.

Acho que temos que perceber que nesse momento devemos situar o caso da esterilização em massa dentro de um momento histórico do País no qual há um desequilíbrio — diríamos, com um palavra filosófica — axiológico dos valores. O desequilíbrio é tão grande que nem se percebe mais o valor das coisas.

Entem, ouvia que na cidade de Congonhas uma mãe lançou duas crianças, uma de quatro e outra de dez anos nas águas de um rio; e morreram essas crianças. Claro que todos nós ficamos tristíssimos com isso; um ato de loucura, um ato, realmente, de maldade e um ato que só merece a nossa reprovção. Agora, ocorre que, diariamente, no Brasil, crianças são eliminadas pelo aborto, e mulheres são transformadas em estéreis, sobretudo, pela ação externa, porque esterilização desejada, que existe também e tem outras incidências éticas, não é a mais frequente.

Muitas vezes, é o convencimento médico que induz a uma esterilização dentro de um plano muito maior que pode ter até aquelas incidências que a senhora, aqui, com tanto brilhantismo nos trouxe. Então vejamos que a primeira coisa é realmente perceber o horizonte desta CPI Mista. É o horizonte axiológico do País. Quer dizer: quais são os valores pelos quais o Brasil hoje opta? E a resposta é: são valores que não estão coincidindo com a vida, muito menos com a dignidade da vida, porque sabemos que os outros países — e aqui misturamos tantos países desenvolvidos como não desenvolvidos — têm horror à esterilização. Horror; acham que a mulher esterilizada é menos mulher; e defendem a vida e a fecundidade da mulher. E nós acabamos com isso.

Um país como a França tem pouquíssimas mulheres esterilizadas; já há três, quatro anos que isso vem sendo trazido em todos os debates públicos. O Brasil, hoje, vai crescendo, crescendo cada vez mais na esterilização agravada, como os próprios depoimentos desta CPI trouxeram, pelo fato de que hoje algumas empresas se permitem à maldade e ao crime de exigirem atestado de fecundidade ou de esterilização para as mulheres que queiram permanecer nessa empresa.

Lembro-me, e já fiz um depoimento sobre isso na CPI sobre assassinatos de crianças, que em certas empresas há mulheres pagas para, na conversa de almoço, captarem das suas companheiras informações sobre a gravidez, para que aquilo que ainda não é público se torne conhecido através dessa espécie de traição da amizade e leve até a eliminação daquela pessoa por outras razões aparentes. Quer dizer, onde é que estamos? Que País queremos?

Então, primeiro é o horizonte axiológico agravado por essa aceitação muito pior do aborto. E também aqui peço aos responsáveis pela CPI que tem essa idoneidade que respeitemos, que, justamente pela gravidade do aborto, não se esqueçam de tratar dele, porque é, sem dúvida, muito pior do que a esterilização.

Segunda coisa: é que os indicadores que temos em mãos, os dados estatísticos revelam que a taxa de esterilização, como recordávamos, é assustadoramente alta, tanto que essa percepção alarmante motivou a instauração desta CPI Mista, porque não é só a falha axiológica ética, mas, sim, a gravidade de um País que perdeu agora o nascimento. Realmente, não só a taxa de crescimento caiu, como é óbvio, mas caiu por causa das esterilizações. E temos aquelas incidências, aqui analisadas, que não é só o pobre, mas é o pobre também ligado a sua própria origem racial, que está sendo atingido por essa ação genocida.

Então, vejamos: temos aqui um fato a mais, que é a aceleração, nesses últimos anos, que chegou a resultados enormes e que exigem uma pergunta: quem fez isso? Quem é responsável por essa esterilização? Os órgãos públicos se acobertam no fato de que não houve nenhuma disposição governamental explícita a esse respeito. Mas o fato é que houve uma gravíssima omissão, porque o Governo existe para fazer que o País possa se desenvolver dentro da justiça, da solidariedade e da paz. Então, se entrasse alguém na casa matando pessoas ou esterilizando pessoas, o Governo pode ficar imune de responsabilidade diante desse fato? Dizendo não, eu não decidi nada, não fiz lei nenhuma. Sim, Senhor. Quer dizer que vocês são uns grandes omissos? Essa que é a verdade! Omissos que devem dar conta a este País por essa gravíssima omissão. O Ministério da Saúde não poderia se omitir.

Estou em Brasília há mais de quatorze anos; sempre frequentei o Ministério da Saúde, sempre falei disso e nunca fui ouvido. Então, acuso de omissão! Acho que é uma omissão muito grave! Existem responsáveis por isso tudo. Esses postos de saúde pelo Brasil afora, facilitando a esterilização, distribuindo anticoncepcionais sem nenhum acompanhamento médico, isso tudo é uma grande maldade para com o nosso povo. A Igreja nunca se calou! E se ela está sendo ouvida aqui é apenas como eco de muitas coisas que sempre dissemos.

Não é possível derramar dinheiro tão pesado como foi derramado, pois estão nas estatísticas, nas mãos de tantas entidades que, ao invés de ajudar o povo a recuperar sua saúde, sua dignidade, foram canais para fazer chegar a esse povo uma enormidade de anticoncepcionais para facilitar a esterilização.

Quem é o responsável disso? Seria muito bom se esta Comissão aprovasse uma pesquisa séria para que não ficassem impunes. Não se trata só de dizer: olha o que aconteceu, mas quem é o responsável. E esses responsáveis têm que ser convocados e têm que dizer por que agiram assim; em nome de quem sacrificaram esse povo, pois estamos agora percebendo os resultados do recenseamento e somos um povo dizimado. Nenhuma previsão de população nos anos passados foi tão baixa quanto os números deste último recenseamento. Então, mata-se um País e todo mundo fica aí olhando: que dizem os nossos Deputados e os nossos Senadores, que são os defensores e representantes do povo?

Esta CPI não pode ir para os arquivos. É preciso acabar com isso que está acontecendo. Quem é que decidiu que o Brasil vai ficar agora à mercê desses anticoncepcionais de terceira classe que passeiam por aí nas mãos do povo? E essas esterilizações que finalidade têm?

A senhora levantou uma hipótese muito séria que deve ser estudada e aprofundada. Mas uma coisa é certa: que as classes mais atingidas foram realmente mais desfavorecidas. Então, isso é uma injustiça e tem um agravante ainda: que o nosso povo precisava de alimento, de trabalho, de casa, de educação, saúde e recebeu como resposta a morte.

Creio que a História deste País tem que ser bem escrita. É uma coisa muito séria. Não podemos tomar isso com superficialidade. Portanto, somos realmente expectadores de grave omissão da parte do nosso Governo. Não é aceitável o que aconteceu; que esta CPI cobre dos responsáveis e tem força e mandato para isso. Não se pode encerrar esta CPI só com depoimentos; ela tem que chamar os responsáveis — e já sabe quais são, senão vamos ter mais um livro de biblioteca com algumas fotografias estatísticas. E, aqui, o que se quer é a vida, é a dignidade de um País.

Terceiro aspecto: este País está tentando difundir, em todas as classes sociais, que o único método para um planejamento familiar, para uma responsabilidade na procriação são os métodos artificiais e, mais seguros do que todos, o da esterilização. Isso é um erro médico! Culpa nisso tem as nossas universidades médicas, que não têm cursos atualizados sobre métodos que respeitem a dignidade da mulher e do homem. Outros países têm, por que o nosso não tem?

Todo mundo vê que nessas praças, de manhã cedo, há homens e mulheres correndo, fazendo o seu cooper ou andando apressado. Por quê? É para cultivar a natureza e conservar a saúde. E outros que vão aí a restaurantes macrobióticos ou de alimentação alternativa... Por quê? Esses aí garantem mais a saúde. No entanto, aquilo que é mais sério, que é a procriação, aí o que vale é o método brutal, artificial. Não há respeito à dignidade, a ber qual seria o método natural para a procriação de seus filhos. Ninguém pesquisa isso, não há dinheiro para a pesquisa no Brasil, não há divulgação desses métodos. As pessoas riem pelos corredores, pensando que isso é matéria não-científica. Esse é um erro que mostra uma gravíssima ignorância não só dos médicos, mas também, dos nossos dirigentes.

Então, pergunto: A ignorância ou posicionamento? Por que querem métodos que possam acelerar a diminuição da população com o que dizem garantias, ao invés de optarem pelos métodos da dignidade da pessoa humana que respeitem a opção do casal, respeitem o seu grau de informação e exijam um acompanhamento médico que também respeite esses valores?

Portanto, estamos no obscurantismo médico. Pergunto às pessoas que estão aqui: já procuraram um médico para se informar a esse respeito? Descobriram muitos médicos capacitados sobre os métodos naturais? Eu gostaria, depois, que me dessem alguns nomes, pois a prova é esta: não temos médicos bem informados naquilo que outros países têm e países até mais recentes do que o nosso, como a Austrália.

O que há de muito grave aqui é que se difundiu a idéia de que métodos para planejamento familiar são os métodos anticoncepcionais, artificiais e não se oferece ao povo o conhecimento de métodos que respeitem as opções éticas e a dignidade da pessoa. Eles são considerados métodos da Igreja, que não entende nada de ciência. Pois bem! Creio que podem até ser chamados assim, mas a Igreja, que defende a dignidade da pessoa, sabe muito bem que esses métodos são científicos e os únicos que preservam a saúde física, psíquica e ética do casal. E digo-lhes mais: a grande mudança de que este País necessita é, sim, uma revisão do processo de esterilização, contrário ao aborto, mas é também uma revisão ética. Para que a pessoa possa usar sadiamente da sua vida sexual, ela deve ter um compromisso sério e definitivo com o seu parceiro.

O que vemos neste País — e está ligado com esta CPI — é o crescimento hediondo da prostituição de menores. Crianças de 12, 13, 14 anos são disputadas por aí como se fossem massa inerte, diante de um instinto não controlado de uma grande parte da população. Já tivemos conhecimento desses últimos artigos de um ano para cá — todos conhecem os livros publicados. Mas o problema, então não é meramente de anticoncepcional; é um problema comportamental. Desde quando um homem pode fazer mal a uma criança impunemente?

Estamos assistindo a uma coisa gravíssima, que é o julgamento do cacique Paulinho Paiakan. Mas não acham V. Exs que esse julgamento, para ser honesto, deveria ser simultaneamente feito com todas as pessoas que lesam a vida dessas crianças que estão por aí? Onde é que está a seriedade deste País? Há mais de uma semana parece em todos os jornais o que esse cacique fez ou não fez. Mas e os outros? Que fizeram com os índios? Que fazem com as crianças pobres? Vai haver uma comissão parlamentar de inquérito sobre isso? Que posição esta Casa vai tomar quanto à prostituição das crianças e adolescentes no Brasil? Isso é muito mais grave do que a esterilização. Estamos pedindo a esta Casa que assuma a sua missão. É importante percebermos isso. Se quisermos consertar uma casa, não basta consertar uma trave lá no teto; é preciso ver o fundamento, senão não vai acontecer conserto nenhum, mas um remendo.

O Brasil precisa ser consertado eticamente; é preciso que haja uma mudança comportamental. Quantas crianças nasceram fora do casamento? E desde quando é possível isso? O melhor método de diminuição de todos esses problemas que aí estão é o direito que a criança tem de nascer de pai e mãe, conhecidos e estavelmente unidos. A Venezuela tem uma grande número de filhos chamados naturais, porque estão fora da união de seus pais. E o nosso país? Quantas mães solteiras!

O problema é muito mais sério do que se pensa. Creio que a esterilização tem razão de ser. Quero repetir aqui a minha aprovação e o meu aplauso por esta CPI, mas creio que ela é ligada a outros problemas igualmente sérios na ordem ética, e esse problema da prostituição é gravíssimo. Agora, ainda querem facilitar, com a abertura de cassinos. A senhora não vai deixar. Onde vamos parar? É a multiplicação da vida noturna. O trabalho não vale mais, o negócio é ganhar dinheiro fácil. Diz-se que vai aumentar o trabalho da população porque eles vão trabalhar nesses serviços desqualificados. Para onde vai o Brasil? Que esta Casa, por favor, reveja as suas posições e verifique que estamos precisando é de escolas, de hospitais, de trabalho, não de cassinos. Votamos em V. Exs com a confiança de que saberão fazer as leis convenientes para o nosso País. Vão-se aumentar o quê? A lavagem de dólares e de dinheiro fácil nas roletas.

Estou lhes mostrando que o problema da esterilização, se tem uma componente racial que a senhora mostrou, tem uma componente ética muito ampla, da qual não podemos abdicar. Por isso, estamos começando um trabalho que deve ter uma continuidade.

Terminando esse depoimento, gostaria de renovar o apreço às pessoas que fazem parte desta Comissão. Tenho esperança de que cheguem realmente a um relatório que possa ser inovador neste País; não meramente uma fotografia, mas um questionamento, e que vá ter repercussão na legislação desta Casa, porque esta Casa é responsável pelas leis do país.

Da parte da Igreja, gostaria de lhes dizer que continuaremos sempre a lembrar esses aspectos éticos, porque são inerentes à dignidade da pessoa humana. Não podemos abdicar deles se amarmos realmente este povo. Hoje, à tarde, haverá mais uma CPI relacionada com a propriedade industrial, com as famosas patentes dos seres vivos. A Igreja não pode abdicar das suas posições, ela opta pela pessoa humana, pela dignidade da vida humana e não abre mão dessas posições. Somos contra a esterilização: é um crime e é um pecado; somos contra o aborto: é um crime e é um pecado; somos contra todo tipo de comportamento fácil, impune, que vai deteriorando cada vez mais a qualidade ética do nosso povo; somos a favor da vida, da esperança, de um povo sadio física, psíquica, ética e religiosamente considerado.

Nesta manhã, vendo vários depoimentos anteriores, dos quais tive notícia, quero confirmar muita coisa que aqui foi dita, reconhecer um trabalho sério na parte das estatísticas, mas lembrar — e com essa lembrança somar este depoimento a outros — sobretudo a gravidade e a prioridade dos aspectos éticos e esperar que um dos saldos desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito seja uma ascensão do nível ético do nosso País.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Com a palavra o Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Srª Presidente, gostaria de, inicialmente, cumprimentar os dois nobres deponentes, que trouxeram subsídios inestimáveis a esta Comissão. Gostaria de frisar, principalmente a Sua Excelência Reverendíssima, Dom Luciano Mendes de Almeida, que a maior preocupação desta comissão talvez seja o aspecto ético que envolve a questão da esterilização massiva das nossas mulheres brasileiras.

Formulo inicialmente a dom. Luciano Mendes de Almeida algumas questões que, acredito, poderão trazer um esclarecimento preciso a esta Comissão. Sabemos que o Unicef é um organismo da Organização das Nações Unidas e, de acordo com o Relatório Kinsinger, faz parte de um consórcio de órgãos para o controle populacional. Sei que a CNBB tem convênio com o Unicef para o caso específico do soro caseiro, e pergunto, dom. Luciano Mendes, se essa cooperação entre o Unicef e a CNBB se restringe apenas ao uso de soro caseiro ou há outros compromissos embutidos nessa cooperação?

O SR. D. LUCIANO MENDES DE ALMEIDA — Agradeço a pergunta, porque ela é importante. Sobre o conhecimento que temos do modo de agir do Unicef,

posso lhe dizer que, há 14 anos, acompanho, no Brasil, a ação do Unicef. Em todas as oportunidades que tivemos de conversar oficialmente e informalmente com o Unicef, sempre colocamos muito claro a nossa posição, que, como V. Ex^{as} percebem, acabou aqui de expor abreviadamente.

Em primeiro lugar, somos contrários a qualquer ação anticoncepcional, portanto, a qualquer controle populacional. Posso lhes dizer que o dirigente principal, John J. Donohue, que esteve em Brasília nos últimos anos, e o atual, Agop Kayayan, conhecem muito bem essa posição da CNBB. Em nenhum momento percebi, em nenhuma publicação para o Brasil do Unicef, que eles tivessem faltado a esse compromisso. Posso lhes dizer mais: que as ações básicas do Unicef, em outros países, contemplam sempre uma referência ao aspecto de planejamento familiar. No Brasil, que eu saiba, em nenhum momento se abordou o assunto porque é uma questão mal-entendida. Assumimos não só a hidratação oral pelo soro caseiro, mas o aleitamento materno; a melhoria de condição alimentar da gestante; a vacinação e a pesagem. Nessas ações básicas, firmamos convênio com o Governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, com o apoio do Unicef. Em qualquer outro tipo de programa, nunca entramos.

Quando tratamos com o Ministério da Saúde sobre a questão do planejamento familiar, decidimos por publicar uma cartilha própria, porque não aceitávamos que o método natural estivesse ao lado dos outros métodos. O Dr. Mozart Abreu e Lima, Secretário do Ministério da Saúde na gestão do Ministro Valdir Arcovorde, compreendeu-nos muito bem, e essa cartilha saiu — inclusive o Unicef a divulgou —, respeitando a posição da Igreja nesse aspecto.

Posso lhe dizer mais, só que não posso provar que o UNICEF, no Brasil, sofreu uma repreensão do Banco Internacional, como se estivesse facilitando o nascimento de população desnutrida e pobre, através de programas de apoio à gestante. Em outros países, o Banco Internacional havia conseguido resultados muito mais fortes na limitação do nascimento.

Acredito que o procedimento do UNICEF no Brasil foi alvo dessa repreensão, exatamente porque optou por uma linha de respeito à opção do casal na questão do planejamento familiar e por uma linha de salvar a possibilidade do nascimento de uma criança, ajudando-a a se desenvolver, apesar de ser essa criança, muitas vezes, considerada por certos organismos internacionais como aquela que não deveria nascer. O UNICEF manteve a sua posição e enfrentou repreensões internacionais. Creio que conseguiu vencer essa barreira.

Mas, como eu lhes digo, só trago aqui o resultado da minha observação e da lembrança dessas conversas e da qualidade não digo de nossos convênios porque não houve propriamente convênios, mas das ações conjugadas em vista dessas que são básicas ações desenvolvidas na Índia, em outros países, no Brasil também e aqui com ótimo resultado. Como sabem, a Pastoral da Criança atende hoje 1,8 milhões de crianças e procura que essas crianças possam viver e se desenvolver e, antes de tudo, nascer; e nesse trabalho sempre tivemos como parceiro o UNICEF.

O SR. RELATOR (Deputado Carlos Patrocínio) — Dom Luciano, nós participamos da Eco-92, da grande Conferência do Rio de Janeiro para o Desenvolvimento e Meio Ambiente, ouvimos de diversas autoridades, inclusive do Secretário-Geral dessa convenção, o Sr. Maurice Strong, que a preservação do ecossistema estaria intimamente ligado ao controle da natalidade, ou ao planejamento familiar, principalmente nos países ditos de Terceiro Mundo.

Gostaria de perguntar a V. Revm^a se a Igreja tem discutido durante as suas convenções e reuniões, se tem discutido sempre esse problema da população mundial, quer a nível da CNBB ou a nível do Vaticano, e se a posição continua a mesma de sempre ou se houve alguma alteração no que diz respeito a esse aspecto de planejamento familiar por parte da Igreja.

O SR. LUCIANO MENDES DE ALMEIDA — Peço também um pouquinho de paciência para que a resposta possa ser compreensiva. Em primeiro lugar, é claro que todos nós, aqui, temos que distinguir o problema da massa, quer dizer, o crescimento a centuado ou não da população, mas sem esquecer o problema do casal, porque o casal pode estar impossibilitado, inclusive por problemas de saúde, de ter todos os filhos que deseja. Por exemplo, um problema cardíaco grave ou problemas de desgaste psíquico da pessoa. Não podemos perder de vista nunca esses dois aspectos que a Igreja quer ressaltar.

Em relação ao crescimento da população do mundo conhecemos os estudos que são feitos temos uma previsão de que a população não vai crescer desmedidamente; pelo contrário, já está chegando quase ao seu pico, de onde começará a regredir; e isso qualquer pessoa, com qualquer ideologia, lhe dará como resposta. No entanto, entendemos que não é possível controlar a natalidade da parte do Governo, ou de associações interessadas nas suas finalidades próprias, mas deve-se respeitar a opção do casal, e este respeito é fundamental porque é um direito básico da pessoa humana, que a Igreja defende.

Agora, os métodos para se chegar a um planejamento familiar ou, como preferíamos dizer hoje, a uma paternidade responsável voltamos então ao conteúdo daquela apresentação primeira: não são os anticoncepcionais artificiais, mas, antes de tudo, os métodos naturais. E aqui temos três elementos: a mãe que amamenta o filho durante o período de amamentação, geralmente, ela não fica de novo fecunda para uma outra maternidade; de modo que o primeiro método de controle, no caso de espaçamento das natalidades, é a volta à amamentação. Há tribos onde a criança é amamentada até os 2 anos, e a mãe não tem uma nova gestação. Mas o que vemos, hoje, na sociedade, é que, pelo contrário, existe toda uma propaganda para que a mãe não amamente mais; e, pelo contrário também, o trabalho exige a volta da mãe que muitas vezes tem um emprego e não pode, nessas circunstâncias, manter o nível de amamentação. Embora isso não seja sempre verificado, na macroverificação é muito importante.

A segunda coisa que percebemos é que com pesquisas mais recentes vê-se que a mulher alimentada a mulher que recebe proteínas é menos fecunda; então, a mulher pobre, que não se alimenta, é mais fecunda, porque ela tem um desregulação hormonal que facilita a nova fecundação. Se as nossas mulheres fossem bem alimentadas e pudessem ter uma alimentação normal, elas não seriam tão fecundas como são. Basta ver que nas classes mais elevadas, não só porque usam métodos, mas também por causa da própria força protética, elas não têm tanta facilidade para a fecundação.

Em terceiro lugar, de fato, uma divulgação dos métodos naturais ajuda seja a coesão do casal, seja a saúde da mulher; esses métodos têm uma resposta muito clara também no espaçamento da natalidade. Onde isso é feito — e eu me lembro da periferia de São Paulo, dos bairros mais pobres — há resultados evidentes disso, do espaçamento da natalidade.

A Igreja não é contra o espaçamento da natalidade, mas ela é a favor dos métodos que respeitam eticamente o modo melhor de fazer esses espaçamentos. De modo que a Igreja não é sem mais pelo crescimento populacional, pelo contrário; e ela acredita também no domínio que a pessoa tem sobre si mesma. A vida sexual não pode ser libertina, a qualquer momento, de qualquer modo, com qualquer pessoa. A Igreja supõe a formação da pessoa, o crescimento da dignidade da pessoa. São esses componente éticos que são, digamos assim, próprios da posição da Igreja, seja da formação da pessoa, para que ela saiba como se posicionar dentro da sua vida sexual, seja da formação do povo, para saber também como recorrer a aqueles métodos que são necessários para que possa e deva haver um espaçamento da natalidade.

Agora, também acho que nessas coisas temos que ser muito puros e muito objetivos. Vejam, o que estraga o mundo hoje não é o crescimento da população, é o desperdício dos recursos naturais, por que são responsáveis os países que nos impõem essas restrições. Uma pessoa, nos Estados Unidos, ou nos países mais desenvolvidos, gasta no seu café, na sua vida, na sua alimentação, o que é preciso para alimentar as populações mais pobres e não se faz nenhum questionamento ético. Quanto mais essa pessoa gastar, melhor; ela tem direito a tudo! Mas como? Existe um dever de respeitar. É como se a mãe fosse no quarto, comesse tudo, e depois desse umas gotinhas de água com açúcar para o filho que nasceu. Acho que há deveres éticos para com o resto da população.

Quanto nós vemos o que acontece hoje na Nigéria, na Somália, em nações desnutridas da África e, ao mesmo tempo, como se banqueteiavam as pessoas, como foram recebidas nessa Eco-92! Pessoas que são feitas como as outras, têm dois braços, duas pernas, dois olhos e um nariz, para que tanta proteção e tanto gasto! Com que direito? A ponto de paralisar as ruas da cidade! Mas preservar a vida de um homem vale mais do que outro homem? Nós estamos com os critérios éticos completamente desmobilizados, eu creio. Então, vejam que a posição da Igreja, de certo modo, não mudou; mas eu creio que não deve mudar, porque como é que ela vai abrir mão desses princípios éticos? Isto é que faz o conteúdo da sua pregação e a razão de ser da sua missão.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Agradeço muito as brilhantíssimas intervenções do eminente Presidente da CNBB. E gostaria de perguntar à Dr^a Luiza Barros se ela estudou aspectos do aborto como controle da natalidade do pessoal de etnia negra e se tem notícias da correlação entre negros e brancos no censo de 1991. E se ela não acha que a não discriminação da cor da pessoa durante a realização do censo não seria mais ético?

A SR^a LUIZA BARROS — Não entendi muito bem a última pergunta. V. Ex^a poderia repeti-la, por favor?

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Parece-me que no censo de 1970 não se estabeleceu quantas seriam as pessoas da raça negra e quantas seriam as das outras raças. Parece que houve um movimento no sentido de que no recenseamento que ocorreu em 1980 teriam que ser discriminadas a raça negra e a raça branca.

Pergunto apenas se não seria mais ético que o recenseamento não cuidasse da coloração da pele das pessoas?

A SR^a LUIZA BARROS — Em primeiro lugar, com relação a essa questão sobre o aborto, acho que só seria possível fazer um levantamento mais aproximado da realidade com pesquisas específicas a respeito disso. São pesquisas que nós não temos e essa questão do aborto é bem mostrada não pelas informações oficiais, mas por outras. Penso até que a esse respeito esta CPI poderia tomar algum tipo de providência, inclusive porque está previsto o pronunciamento da Benfiam aqui e ela, recentemente, realizou uma larga pesquisa no Nordeste a respeito da procriação e da saúde reprodutiva, e tenho quase que certeza de que o aborto deve ter sido de alguma forma tratado dentro dessa pesquisa e seria muito importante que quando a Benfiam viesse aqui depois se procurasse junto a ela informações melhores sobre isso; mas que se buscasse também a possibilidade de abrir esses dados que ela coletou para que todos os setores interessados possam ter acesso. Obviamente são informações que ela está levantando para, digamos assim, mensurar o resultado do trabalho controlista que ela vem realizando principalmente no Nordeste há muitos anos. Acho que essas informações têm um interesse para os interessados, para estudo, e também têm que ser utilizados no sentido de que se reveja e até de que se proíba o tipo de ação, absolutamente devastadora, que a Benfiam vem realizando em relação ao controle da natalidade do País, principalmente no Nordeste brasileiro.

Quanto à proporção de brancos e negros na população brasileira no censo de 1991, eu, pessoalmente, ainda não tive acesso a essa informação. Não me consta que o censo já tenha dados preliminares sobre isso, e, no geral, também não é bom utilizarmos esses primeiríssimos dados que geralmente são publicados logo após a realização do censo, porque durante algum período eles ainda ficam sujeitos a uma série de mudanças, por conta de controles estatísticos e metodológicos que são introduzidos no tratamento dos dados.

O que nós temos como informação em relação ao censo de 1980 é que os negros compõem 44% da população brasileira, um dado, inclusive, que nós, do movimento negro, questionamos muito, porque é algo que resulta do tipo de critério, digamos assim, que se utiliza no censo para esse levantamento do quesito cor.

Quanto à reinclusão do quesito cor nos censos demográficos, penso que antiética é a retirada do quesito, sem dúvida alguma; no mínimo isso. É um tipo de estratégia que já estamos bastante acostumados a perceber; já ganhamos muita sensibilidade para perceber, no Brasil, que há tentativas de promover a invisibilidade do negro brasileiro. Vivemos em uma sociedade que se quer branca, e ela lança mão, para isso, de uma série de mecanismos, inclusive desse, de impedir que a população negra no País seja quantificada. Do nosso ponto de vista, apontar as diferenças, apontar as desigualdades que existem entre brancos e negros é um aspecto fundamental, é o que dá, efetivamente, para nós, a possibilidade de poder lutar pelo fim dessas desigualdades.

Acho que no momento em que nos tiram a possibilidade de quantificar o negro no País, e não só isso, de, ao quantificar, estabelecer em que condições objetivas ele vive, nos tiram a possibilidade — que essas informações finalmente nos dão — de perceber que o racismo pode ser materialmente visualizado do ponto de vista das relações raciais quando se toma as condições socio-econômicas a que está submetida a maioria da população negra no País. Para nós é fundamental que os censos incorporem esse tipo de informação.

Gostaria de fazer uma observação. Passei à Mesa um material para ser xerocado que se chama "Ideologia Controlista: Teoria e Prática". Um exemplo. Não sei se ele foi recebido como sendo o texto ao qual me referi durante a minha fala, mas devo esclarecer que não é.

De todo modo, foi muito bom que ele tivesse sido distribuído entre os Membros da Mesa, inclusive a minha intenção era exatamente essa — gostaríamos de que, inclusive, ele fosse anexado nos Anais da CPI, como uma contribuição nossa — porque se trata de um levantamento realizado pelo MNU — Movimento Negro Unificado — e a Rede de Defesa da Espécie Humana.

Fizemos um apanhado geral de várias declarações do médico Elzimar Coutinho na imprensa desde 1981 até o ano passado, tentando verificar e documentar todo um trabalho político e ideológico que esse médico vem realizando e que cerca todas as ações que ele desenvolve dentro do País.

É da maior importância que esse material seja consultado pelos Deputados e Senadores que fazem parte desta CPI, porque ele pode oferecer elementos importantíssimos para o questionamento do Dr. Elzimar Coutinho na sessão de hoje à tarde.

Gostaria de pedir também que fosse providenciada uma cópia para Dom Luciano Mendes, porque, sem dúvida alguma, é um documento importante para qualquer setor que hoje esteja sinceramente e efetivamente comprometido com o combate às ações de controle da natalidade no País.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Gostaria, finalmente, de fazer mais uma pergunta. V. Sª tem conhecimento da relação de esterilização entre as mulheres negras de camadas sociais mais baixas e as negras de camadas sociais mais elevadas?

A SRª LUIZA BARROS — Com as informações que são disponíveis na pesquisa nacional por amostra de domicílio não é possível fazer esse tipo de coisa, porque elas nunca aparecem cruzadas. É um cruzamento que seria necessário, o da renda e da cor, ou da origem racial daquele grupo de mulheres que está sendo considerado.

Inclusive esse tipo de coisa é um tipo de estratégia utilizado para provocar o que falei antes. Há uma série de dificuldades que se interpõem à possibilidade efetiva de se medir até que ponto esse dado racial tem importância na determinação das condições em que a população negra vive.

Agora estão sendo realizadas pesquisas paralelas, pesquisas mais localizadas. Na Bahia, tenho acompanhado o processo de realização de uma pesquisa no Recôncavo Baiano, mais especificamente no Município de Maragogipe. Como V. Exªs devem saber, o Recôncavo é uma região de população majoritariamente negra, e tenho certeza de que a partir das informações que estão sendo colhidas nessa pesquisa, vamos ter a possibilidade de nos aprofundar num universo menor, digamos assim, de objetivar melhor as condições em que a esterilização acontece e, inclusive, medir esse tipo de problema que V. Exª está levantando.

Um aspecto que acho importante de ser observado dentro disso, é que a depender do tipo de região, como eu havia levantado antes, essas condições variam. Nem sempre a maior pobreza, que pode, por exemplo, estar sendo medida pela renda, pode estar significando uma corrida maior a esse tipo de método, assim como a maior renda também não exclui as mulheres dessa possibilidade de serem esterilizadas. Embora no geral se possa afirmar, digamos assim, com todas as ressalvas que coloquei antes, que esse é um processo que tende a ser cada vez mais facilitado para aquelas mulheres cuja renda familiar per capita é bastante baixa, geralmente inferior a um salário mínimo.

A grande evidência dessa facilitação da esterilização para as mulheres que compõem os setores de renda mais baixa é a proliferação da oferta gratuita desses serviços. São aspectos que parece-me que vocês já analisaram aqui — e nos quais deverão se aprofundar. Essa possibilidade que se tem hoje, até pela facilitação que a própria tecnologia oferece, de a esterilização não precisar mais ser realizada no momento do parto — é uma outra evidência que se tem, cada vez mais aumenta o número de esterilizações feitas fora da cirurgia de cesariana — faz com que qualquer comitê eleitoral, em qualquer recanto do Brasil, possa se transformar em um lugar onde a esterilização possa ser feita.

Temos evidências disso em todos os Estados; percebemos o quanto, cada vez mais, a oferta gratuita desses serviços se aproxima justamente dessas mulheres de renda mais baixa.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Dom Luciano, a Igreja é sempre vista como aquela instituição que, por exemplo, tem o celibato, não tem uma experiência conjugal e tem uma filosofia, uma concepção que é restrita ao universo religioso e que, portanto, não deve, principalmente nessa questão de definição de ética, estabelecer que a mesma ética para as concepções filosóficas de uma religião possa servir para o conjunto da população.

Já conhecemos e sabemos da posição da Igreja, não apenas da Católica, da Igreja como um todo, cristã, em relação à questão da esterilização e também do aborto. Mas seria interessante para nós aqui o seu depoimento na CPI, independente de uma posição contrária ou a favor, para ilustrar.

Gostaria de perguntar a V. Sª se esses métodos considerados naturais não são desenvolvidos dentro do conhecimento científico da população brasileira, não apenas do corpo médico, mas também com relação à própria cultura adquirida pelos usuários, já que os métodos naturais não são considerados eficazes. Aqui já tivemos várias oportunidades de ouvir as pessoas colocando dificuldades para usar tais métodos.

Pergunto: os métodos artificiais, com relação a essa concepção religiosa, em que situação ou em que condições eles poderiam ser absorvidos? Essa é a primeira pergunta.

A segunda pergunta é com relação à própria definição que a Igreja tem com relação à vida, que o cristão tem com relação à vida e à interrupção da gravidez. Na sociedade brasileira existem situações específicas. A concepção que temos, enquanto filosofia de vida, é de que a interrupção da gravidez pode e deve se dar, como a própria lei prevê, numa gravidez de risco e também no caso de estupro.

Recentemente, tivemos uma adolescente que foi estuprada e engravidou. Tivemos, também, várias opiniões colocadas a respeito desse assunto, ou seja, se ela deveria ou não dar continuidade à gravidez.

Faço uma pergunta ao senhor nesse sentido: nessas questões particulares, da gravidez de risco e do estupro, qual a posição que a Igreja tem em relação aos seus membros — não vou nem estender à população como um todo. Em nenhum momento, nessas condições, seria possível fazer uso desse método?

O SR. DOM LUCIANO MENDES DE ALMEIDA — Quero primeiro aproveitar o momento para agradecer mais uma vez à senhora a oportunidade que dá de responder a essas perguntas, que são, digamos assim, de concepção de vida.

Estava aqui dizendo baixinho do apreço que tenho pela militância da Deputada Benedita da Silva. Faço em voz alta esse elogio.

Quero, também, agradecer aqui o trabalho e a exposição do trabalho da Drª Luiza Barros, pois foi, para mim, uma grande oportunidade ouvi-la. Indo ao mérito da questão, o primeiro lugar, é verdade que a Igreja tem essa vontade que os seus Ministros conservem uma dedicação integral à instituição. A senhora alegava o aspecto do celibato.

Mas quero lhe dizer que a elaboração de uma posição de Igreja sobre a vida não é feita apenas por padres, por bispos, mas é feita pelo povo cristão. E a maioria do povo cristão é composta de mulheres e homens que vivem a sua vida de casados, a sua vida de família.

Portanto, não é que exista uma casta que faz leis e os outros que se pronunciam depois; mas é todo um conjunto que vai vendo onde estão os valores.

Dentro dessa perspectiva, creio que essa experiência que existe dentro da Igreja das, por um lado, valorizar a vida conjugal e, por outro lado, também a vida do celibato, em nada invalida um posicionamento a respeito da vida. Tanto que os que têm o celibato são a minoria, são 14 mil padres no Brasil. Isso, realmente, não é nada em relação à Igreja.

De fato, esse apreço à vida é muito importante na concepção da Igreja. Esse realmente é o grande critério: a vida como um valor referencial.

Dentro dessa ótica, temos duas perguntas: uma é a questão desses métodos artificiais se, no posicionamento da Igreja, eles poderiam alguma vez ser realmente utilizados. E a segunda referência que V. Exª fazia era sobre casos especiais em que se pudessem chegar a provocar o aborto.

Isso dizia a Srª Deputada não só em relação a todos, mas mesmo para os membros da Igreja. Creio que a posição da Igreja em relação a essas questões não é apenas voltada para os seus membros, mas é uma proclamação de valores éticos.

Quando tínhamos no Brasil a tortura, eu vivi esses anos. Quantas vezes — está comigo o Pe. Virgílio — interferiram para evitar a tortura? E visitando. Não se perguntava: "O senhor é católico? A senhora é católica?" Não. Onde uma pessoa estava sofrendo a Igreja estava lá, lutando, e ainda que tivesse que sofrer ela também e acabou.

Quantas vezes fui seguido na rua por causa disso! Fui, inclusive, digamos, perguntado pelo então Delegado Fleury, naquela época, quando ele prendeu pessoas em São Paulo.

A tortura mexe com as entranhas da Igreja. Não é possível! Mas não porque se trata da tortura de cristãos ou de membros de uma igreja, é um fato que a todos nós realmente desconcerta e que exige uma reação coisa. Quando Vladimir Herzog foi vítima daquela assassinação, quem estava ao lado dele era D. Paulo Evaristo, aguentando. E Herzog era um hebreu; um judeu.

Quero dizer que às posições éticas da igreja não estão comprometidas com a fé. É a questão de realmente assumirmos uma posição que não diz respeito a nenhuma igreja, mas à Humanidade.

É claro que a igreja não tenha a pretensão de cobrar obediência da Humanidade. Ela proclama a verdade. Quem achar que aquela verdade vem iluminar a sua vida, irá receber aquela pequena luz para o seu procedimento pessoal. Mas é uma proclamação.

Dentro dessa perspectiva, há a questão dos métodos naturais e métodos artificiais. A pergunta é bem clara. A igreja propugna pelos métodos naturais. Há pessoas que dizem que eles não são assim tão cientificamente exatos. Propria se a senhora e os membros da Comissão acharem conveniente que pudessemos convidar pessoas que tenham se utilizado desses métodos para fazer uma apresentação do rigor científico deles.

Estive na Austrália em contato com os Drs. Billoings — ele e ela são médicos — que revolucionaram um pouco toda essa questão do mundo inteiro de 20 anos para cá, trabalhando sobretudo com os mais pobres. Eles mostram que o organismo da mulher é muito delicado; é diferente do homem. Ele é fecundo a vida inteira, o seu período de fecundidade é em qualquer dia. Mas a mulher é muito delicada. Ela só tem fecundidade por algumas horas por mês. A questão é mostrar quais são essas horas. Porque fora disso ela não pode ser mãe.

O organismo nunca desabrochará em vida porque é só naquele momento. Por que não conhecer que momento é esse? Antigamente, era muito aproximativo. Hoje, há métodos muito rigorosos para isso. É claro que se a pessoa não aplica bem o método ele não será eficiente. Isso pode ser comparado aos remédios.

Os métodos naturais exigem uma certa constância. É como uma dieta. "Estou fazendo dieta!" Mas come de tudo! Não está fazendo dieta, você quer fazer, mas não está fazendo. "Estou aplicando o método natural e não deu certo". É claro! Você teve uma relação sexual fora da hora. Não deu certo. Não que o método não fosse bom, você é que não estava bem. Tem-se que perceber a coisa. É um método exatíssimo, pois como irá nascer a vida quando não existe o óvulo. Ele não pode nascer. É importante perceber isso pois, caso contrário, iremos entrar num erro de avaliação médica e segue-se o que é impossível.

Diante disso, dada a seriedade dos métodos naturais podemos perguntar: Mesmo assim, é possível o método artificial? Diria que, dependendo da consciência da pessoa, às vezes não tão informada; não teve informação. Vou dar um exemplo. A mulher casada com homem que tem grande dependência alcoólica. Ele chega em casa completamente desvalado e exige da sua mulher que ela se disponha ao ato sexual. Não é época. Aquele dia talvez seja o da fecundidade. O que ela faz? Ela abandona o marido? Sai de casa? Tem quatro, cinco filhos... numa consciência perplexa ela faz o que acha melhor. Não que o método não seja bom; mas a situação é completamente irregular. Se não entrarmos nisso, nunca iremos ter uma posição clara, ou seja, a de que os métodos naturais de fato são aqueles que respondem eticamente à pessoa.

Quando a pessoa está no alto de um edifício e esse edifício começa a pegar fogo. O que fazer? Jogar-se ou ficar? Morrer queimado ou morrer de altura? Qual é a posição ética? É melhor que não haja incêndio. Ou se houver, que eu não esteja lá em cima. Mas você está e o que você faz? Chama-se isso: consciência perplexa. E ela um ato de respeito à pessoa. A pessoa que está numa consciência perplexa respeita-se com a maior admiração e carinho porque são situações-limites.

Fora da consciência perplexa não há realmente nenhuma justificativa dos métodos artificiais porque eles não têm eticamente justificativa. O respeito à pessoa apresenta muitas situações. Não é só o caso de dependência alcoólica, às vezes uma incompatibilidade de gênio, a necessidade de uma convivência. Há dúvidas sobre a fidelidade. Há muitas coisas que devem ser entendidas, que são complicadas e dependem da vida conjugal. Mas isso

não põe o método em questão. Põe a situação em complexidade, em perplexidade.

Aborto significa o quê? Significa provocar a interrupção da gestação. Suponhamos que uma mulher doente precisa fazer uma operação e nessa cirurgia acontece que ela perde a criança. Isso não tem problema ético, porque ninguém quis tirar a criança. Quis devolver a saúde à mãe. Tirar a criança para que a mãe tenha mais saúde, não! Se atingida a causa da doença, segue-se também a perda da vida da criança, isso chama-se o duplo efeito: quer-se uma coisa e acontece a outra também.

Porque a pessoa foi estuprada, ou porque se encontrou numa situação de risco, a criança vai ser tirada? Nunca. Porque se esse princípio for aceito acaba-se não só com essa questão mas com a sociedade. Amanhã irão dizer: esse camarada está me atrapalhando: elimino! Se quem atrapalha é eliminado, acabou a sociedade. Devemos levar em conta o direito à vida que a pessoa tem, que é fundamental. E depois compor do melhor modo possível a sobrevivência.

Uma criança foi estuprada: essa menina irá ser mãe com treze anos. Ela não pode educar essa criança. Dê-a para alguém educá-la. Mas matar, não! Que culpa tem essa criança? Já que a pessoa não pode educar, a sociedade irá educar. Mas a sociedade não deve permitir que se mate uma criança. Quero dizer que quanto ao aborto não há nenhuma exceção porque cada vida é uma. E cada uma tem a sua dignidade. Não é que essa tenha e a outra não tenha. Todos somos iguais na dignidade da vida. O referencial é a vida humana.

A nossa lei que permite, ou pelo menos abre a possibilidade de um julgamento que permita o aborto em caso de estupro. É uma lei injusta, porque ela permite tirar uma criança que não tem culpa alguma por um estupro injusto, que deveria ter sido evitado e não o foi. Uma vez, decorrendo daí a vida, a sociedade deve ajudar a criar essa existência. Isso acontece com tanta criança que nasce; a mãe morre, ou os pais se separam e nós cuidamos dessas crianças. Às vezes, a mãe morre quando a criança tem dois anos de idade. Qual o problema que existe aí? Temos que ter as idéias muito claras mesmo nas questões muito complexas para sabermos onde é que está a nossa reverência em respeito à vida humana.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Pergunta dirigida à Drª Luiza Barros. Temos observado, em depoimentos feitos aqui, com relação às evidências do racismo e temos esbarrado na questão da evidência. Essa evidência está aí colocada mais as estatísticas não comprovam. Sempre quando tratamos dessa referência racial na questão da esterilização não é cobrado que as estatísticas não indicam isso. Apenas o indicador dessa situação é pura e simplesmente a pobreza.

Perguntaria se teria alguma estatística que pudesse nos ajudar para a comprovação desses dados, dessa evidência do racismo na questão da esterilização. Gostaria de dizer que lhe faltou uma outra ilustração que me deixou também perplexa, na Bahia: uma mulher grávida, dando a mão a uma criança negra — para que rimar amor e dor. Como se a nossa gravidez fosse uma dor profunda que não poderia estar associada à questão da relação amorosa da sexualidade.

Nesse sentido é muito importante para a CPI ter, dentre os seus documentos, alguma estatística que possa realmente comprovar essa referência racial na evidência da esterilização.

A SRª LUIZA BARROS — Existe algo muito grave: se manipula muito com estatísticas e nesse caso específico desses dados, dessas informações sobre esterilização o que vigora na verdade é o pressuposto de quem está trabalhando com as informações. Esse é o grande problema que temos.

Na verdade, diante de uma concepção alguém que se aproxime dessas informações, tendo como concepção de que pobreza e racismo são duas coisas que não têm absolutamente nada a ver, essa pessoa com certeza vai ler as informações desvinculando racismo de pobreza. Sem levar em consideração que a pobreza majoritária no meio negro é produzida a partir da nossa inferiorização. A partir dessa consideração de que o negro viveria numa Humanidade inferior como o Edson costuma dizer.

Parece-me que esse é o grande problema. Porque não é a magnitude do dado que comprova a existência do racismo. Essa é a forma correta de se trabalhar com isso. Não é a magnitude do dado.

No caso da Bahia, entre as mulheres brancas de 15 a 54 anos que usam algum meio para evitar filhos, 43% estão esterilizadas. Entre as negras: 39% das que usam algum meio para evitar filhos estão esterilizadas. Qual é a leitura que geralmente se faz? A de que existem mais mulheres brancas esterilizadas do que mulheres negras.

Ninguém pára para ver que esse 43% de brancas representam 76 mil mulheres e esses 39% de negras representam 243 mil mulheres. As pessoas manipulam com a informação para te fazer perceber um tipo de situação que interessa a elas. E o que interessa hoje para as pessoas dizerem é que nós, negros, não temos nada a temer com esse processo. Quando levamos o nosso olhar, quando olhamos para a informação a partir do nosso lugar, que é o lugar do negro comprometido com o combate ao racismo, as informações são praticamente se viram pelo avesso. É exatamente esse o trabalho que estamos tentando fazer: desvendar não aquilo que o dado aparentemente revela, mas desvendar o que o dado esconde. Creio que é em cima dessa nova forma — digamos assim — de encerrar essas coisas que devemos passar a trabalhar. Muitos setores, têm cometido equívocos de trabalhar com os dados sobre esterilização, com outros dados demográficos da população negra no Brasil, tendo a dimensão exata do impacto que esses percentuais são capazes de causar no interior da população negra.

Creio, Deputada, que as estatísticas efetivamente comprovam que ser negro é ser o candidato natural "à pobreza", não existe uma coincidência entre o fato de ser negro e de ser pobre, porque se existisse essa coincidência teríamos que ter algum mecanismo para explicar por que existe, num percentual muito mais significativo, uma coincidência "entre ser branco e não ser pobre". Portanto, se não é o racismo que perpassa todas as relações na sociedade, para explicar isso, então, não há outra razão de ser. Porque não é o processo de distribuição de renda, no interior do País, que explica; não é pura e simplesmente a distribuição das pessoas na estrutura produtiva e na estrutura ocupacional, que simplesmente explica essas desigualdades, essa simetria, nas relações raciais.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Gostaria de, em nome desta Comissão, agradecer à Drª Luiza Barros e, também, ao Dr. Luciano, pela exposição que fizeram hoje, neste Conselho, entendendo que trouxeram uma grande contribuição a esse trabalho. Trabalho que tem feito com que haja um desempenho no esforço que não deve ser comum ao Poder Legislativo, mas à população como um todo. Trata-se de um tema relevante, cujo conteúdo é

enriquecido pelos depoimentos e levará as condições necessárias indicativas para que esse nosso Poder Público possa fazer justiça. Fazer justiça, na medida em que entendemos que é importante para a população, para essa imensa extensão territorial que a preservação da vida, que passa pela garantia e pelo processo de reprodução, não seja um instrumento de manipulação dos interesses ideológicos ou políticos que possam permear aqueles que estão no Governo seja do Brasil ou em outro país.

Nossos agradecimentos, esperando que vocês possam estar conosco nas demais reuniões desta CPI que está encerrando a sua fase de depoimentos. Acredito que até quinta-feira encerraremos os depoimentos, pois temos um prazo para o seu término. O mês de julho seria dedicado à elaboração do relatório, que deve ser apresentado a esta Comissão no mês de agosto. Gostaria de pedir a todos que, além de acompanharem os depoimentos, repassassem a esta Comissão qualquer material ou documento utilizado pelos expositores deverão constar, também, do nosso relatório e dos Anais da Comissão. Outros materiais que não foram utilizados neste depoimento podem ser mandados para a Comissão, porque estaremos absorvendo, na medida em que entendemos que o espaço do depoimento, o tempo do depoimento não é, realmente, suficiente para aprofundar ou contribuir, no máximo, para as investigações da Comissão. Ficaremos gratos aos senhores.

De acordo com o Regulamento Interno, esta presidência suspende a reunião para continuarmos às 14:30. Portanto, não está encerrada a reunião.

A SRª PRESIDENTE (2ª Reunião) (Benedita da Silva) — Em sequência à reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito, que apura a esterilização de mulheres, no Brasil, contaremos nessa segunda etapa, com três expositores, provavelmente a quarta seria a Drª Edna Roland que, por problemas com a passagem não pôde comparecer ao depoimento na parte da manhã.

Já estão presentes conosco os demais expositores. Quero, também, justificar, a ausência do Dr. Marcelo que não poderá vir hoje e pediu-nos que a sua exposição fosse transferida para quinta-feira, o que fizemos. Gostaria de chamar à Mesa, para que se sente ao meu lado direito, o Dr. Eusimar Coutinho, professor da Universidade Federal da Bahia, para o primeiro depoimento.

Dr. Eusimar, temos um juramento a ser feito. Convidaria a todos ficarem de pé.

O SR. EUSIMAR COUTINHO —

"Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento, sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa, de mulheres no Brasil."

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — O Sr. disporá de 20 minutos. Antes, gostaria de explicar como é o critério: os expositores, todos eles, dispõem de 20 minutos. Depois, a primeira palavra é do Sr. Relator e, em seguida, os Srs. Parlamentares fazem o debate com os expositores.

O SR. EUSIMAR COUTINHO — Feito o juramento, resta-me começar a falar. Creio que em virtude da limitação do tempo, eu serviria melhor à Comissão se lesse aqui um artigo que escrevi sobre esse tema, intitulado, "A verdade sobre a esterilização em massa", publicado num jornal local, na Bahia, em julho de 1991.

Portanto é uma coisa recente, depois dessa discussão sobre o Assunto acredito que possa fazer aqui uma colocação de minha posição.

Não está aqui nesse art. o meu posicionamento íntimo sobre o assunto pois, apesar de aceitar essa designação de esterilização em massa, faço muitas reservas a esse tipo de caracterização. No meu entendimento, a esterilização em massa, para ser esterilização em massa, tinha que ser em massa mesmo. E, realmente, isso ainda não se caracterizou assim aos meus olhos.

Vou ler o artigo e espero que possa fazê-lo em menos de 20 minutos.

"A esterilização é um dos métodos de limitação de filhos mais utilizado no mundo. Em países da América Latina, como o México, onde existe uma larga rede de planejamento familiar, a esterilização já é considerado o método preferido pelas mulheres, ultrapassando os anticoncepcionais orais e o dispositivo intra-uterino.

Não é surpreendente, portanto, que no Brasil, onde serviços de planejamento familiar, na rede pública de saúde, sempre foram negados à população, o uso da esterilização se entendesse como o mais importante método de limitação da prole.

Nos hospitais e maternidades do INAMPS e nos serviços de saúde dos Estados e Municípios, a esterilização sempre foi a única alternativa oferecida às mulheres que desejavam evitar filhos.

Nos últimos 40 anos, essa singular situação permaneceu praticamente inalterada, em virtude da indiferença, da falta de visão, da incompetência e da covardia dos Governos. A prática foi denunciada repetidamente pelos líderes dos movimentos em prol do planejamento familiar, durante os últimos 20 anos.

Enquanto prevalecia a indiferença, as esterilizações continuavam a ser realizadas à larga mão. Não há médico obstetra no País que não tenha esterilizado suas pacientes. Porém, há milhares de médicos que nunca inseriram um diu ou colocaram um diafragma.

Não estão isentas de responsabilidades clínicas particulares que, a serviço de candidatos a cargos públicos, oferecem a cobardia laqueadura em troca de votos. Centenas de prefeitos, vereadores e deputados, se elegeram à custa da esterilização de suas eleitorais.

As clínicas de planejamento familiar, mantidas por organizações filantrópicas, nacionais ou estrangeiras, são provavelmente as únicas que não esterilizam mulheres indiscriminadamente. Nessas clínicas, a esterilização comparece, apenas, como alternativa para mulheres e homens cuja vida reprodutiva tenha se encerrado. Há uma idade mínima que varia entre 30 e 40 anos, como há um número mínimo de filhos que varia de 3 a 5.

No Centro de Pesquisa e Assistência à Reprodução Humana, que mantemos em Salvador, a esterilização comparece com 10%; perdendo feio para o diu, 30% e para a pílula, 27%.

Há cinco anos, alertamos às autoridades e o público para o aumento no número de esterilizações que ocorriam no Brasil, em virtude da inexistência na rede pública de saúde, de serviços de planejamento familiar, que oferecessem alternativas para a laqueadura de trompas, num artigo publicado no jornal A Tarde, do dia 26-1-86. Portanto há seis anos atrás.

O meu alerta, apesar de minimizado pelos sucessivos Ministros de Saúde que, do alto de sua sabedoria, sempre olharam com desprezo para o planejamento familiar, contribuiu, entretanto, para que o assunto fosse discutido e algumas medidas administrativas fossem tomadas para diminuir a realização de operações cesarianas nos hospitais do INAMPS. Essas medidas devem ter contribuído para uma diminuição das esterilizações tubárias, porém somente daqui a alguns anos poderemos verificar os seus efeitos. Digamos, de passagem, até àquela época, o médico que trabalhasse no INAMPS recebia por uma cesária 10 vezes mais do que ele recebe por um parto natural. E, como uma cesária ele fazia em curto espaço de tempo e pelo parto natural ele tinha que esperar pela natureza, portanto ocupando muito mais o tempo dele, o médico do INAMPS, que tinha um salário muito pequeno, complementava o seu salário forçando a barra — essa é a admissão que se faz — aumentando o número de cesarianas. Então, toda mulher que tinha três filhos fazia cesariana, sob o pretexto de que não poderia ter o quarto filho. O que não é verdade.

Apesar deste quadro lamentável, não podemos exagerar, como têm feito, ultimamente, alguns políticos despreparados, que confundem esterilização com castração, ou usam as estatísticas sem analisá-las adequadamente.

O próprio Ministério da Saúde apresenta números astronômicos, como 664 das mulheres do Piauí e 71% das mulheres de Goiás. Para o Brasil, o Ministro cita dados do IBGE e aponta a incrível cifra de 42% de mulheres, do País, esterilizadas, em idade de procriar. As cifras são, obviamente, falsas, conforme advertiu a gerente da área de saúde e urtição do IBGE, Lilibete Cardoso Ferreira, em depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro.

Segundo o IBGE, menos de 6 milhões de mulheres foram esterilizadas no Brasil para evitar filhos, o que representa 16% daquelas que se encontram em idade fértil e menos de 10% da população feminina do País.

Ainda de acordo com o IBGE, o índice de 42% usado por políticos, poucos instruídos na matéria, se referia, na pesquisa, ao universo de mulheres que tomaram alguma medida para não engravidar, o que inclui, naturalmente, até o ocasional uso de camisinha.

A maior concentração de mulheres esterilizadas está na faixa dos 25 aos 39 anos, 33%. Entre as mulheres de 15 a 24 anos o índice é de 3%, enquanto aquelas que se encontram na faixa intermediária o índice é de 19% do total de mulheres esterilizadas.

Eu queria chamar atenção aqui para um fato de que esse número que é fornecido pelo IBGE, não é meu, que a esterilização das mulheres entre 15 a 24 anos é de 3%, tem um complemento que coloca menos de 1% daquelas com menos de 20, entre 17 e 20.

E queria lembrar a todos que o País, nesses últimos 20 anos, acrescentou à sua população 30 milhões de mulheres, dos 60 milhões que representam o aumento da população, que atinge agora 147, quase 150 milhões de habitantes, metade são mulheres. E essas mulheres, — naturalmente, nenhuma delas ou no máximo 1%, — teriam sofrido qualquer processo de esterilização.

Algumas pessoas mal informadas têm usado os dados que o Ministro da Saúde divulgou erroneamente, para pintar um quadro dantesco de esterilização em massa, com mulheres esperando, sendo arrastadas para a mesa do sacrifício. Uma bobagem!

Será que se preocuparam em saber o que pensam as mulheres que se fizeram esterilizar? Será que estarão arrependidas? Será que essas esterilizações comprometem um futuro do crescimento populacional do Brasil? Será que são induzidas a erro, pelo aliciamento de médicos sádicos?

A resposta a todas as perguntas é, obviamente, um categórico NÃO. A metade da população brasileira tem menos de 17 anos de idade e, praticamente, não foi atingida pelas ondas esterilizadoras que, conduzidas por políticos inescrupulosos, varrem o País em véspera de eleição.

Retém, portanto, a população brasileira o potencial reprodutivo de pelo menos 30 a 40 milhões de mulheres jovens que ainda não tiveram os filhos, que certamente terão quando atingirem a idade de procriar.

Se cada uma dessas meninas de hoje, inclusive as 15 milhões de menores, que alcançaram a puberdade nos próximos três anos, tiverem, cada uma, três filhos, a população se verá acrescida de mais 90 a 120 milhões de brasileiros em apenas 15 anos. Um acréscimo populacional de causar inveja aos mais subdesenvolvidos e prolíficos países da África.

Então, vou complementar, acrescentando algumas coisas que escrevi em outros artigos, em outras oportunidades, para fazer duas observações, baseadas em informes que foram coletados pelo Dr. Aníbal Faundes — não sei se ele já foi ouvido aqui —, a respeito, justamente, de esterilização no Brasil. Eles fizeram um estudo na Universidade de Campinas, onde ele apontava de que mais da metade das esterilizações existentes no Brasil foram realizadas em mulheres de nível sócio-econômico elevado. Isto é, entre as clientes de qualquer médico que tenha clínica particular no Brasil, mulheres de nível sócio-econômico bastante elevado, a esterilização é um direito que elas utilizam. E, portanto, a realizam.

Esse dado, que é numericamente importante, deveria ser considerado, para que saibamos a que população estamos destinando essa investigação. Porque as mulheres de nível sócio-econômico elevado estarão até excluídas dessas estatísticas, porque se elas fizeram, pagando caro por isso, elas não querem nem saber o que as outras pessoas acham disso. Não querem saber se alguém é contra elas terem se esterilizado ou não. É um direito que elas exercitaram. Então, sempre insisti, todas as vezes que o assunto é discutido, que, no meu entender, a opinião mais importante a respeito de esterilização é uma opinião das mulheres. Se pudéssemos fazer um plebiscito para ouvir as mulheres brasileiras, na sua totalidade, a respeito do desejo de que o acesso à esterilização, continuasse o que está, aumentasse ou diminuísse, fosse realmente o produto do pensamento de cada mulher brasileira.

Tenho o hábito de falar para pessoas de nível sócio-econômico baixo e alto também, mas destino pelo menos duas noites da minha semana a falar para populações de favelados. Duas noites por semana eu passo duas horas com uma população dessas. Geralmente a convite deles. Convidam, vão me buscar e levam. E conversamos sobre planejamento familiar, sobre sexualidade, etc. E o que noto nessas populações é que o desejo de se fazer esterilizar é um desejo quase universal. As mulheres pedem: "Por favor, doutor, quero me fazer esterilizar". Na nossa clínica de planejamento familiar, onde atendemos cerca de 300 pessoas por dia, mais da metade das mulheres que se apresentam vão pedir para fazer esterilização. Não fazemos, e gastamos mais tempo convencendo-as a não se fazer esterilizar: ou porque têm poucos filhos, ou porque são muito jovens, ou porque têm uma vida irregular, insegura, não sabem do dia de amanhã. E para convencê-las a usar um DIU, ou usar um injetável, ou usar um diafragma, qualquer coisa dessas, é tão eficiente como a esterilização, é que o mais difícil. Elas

não aceitam, não acreditam. "Doutor, não custa nada me ligar as trompas". Isso é todo dia de minha vida, nos últimos 20 anos, que toda semana tenho que gastar, às vezes, horas, simplesmente convencendo as pessoas a não se fazer esterilizar. Então, como o meu serviço é um serviço que proporciona esterilização, eu queria acrescentar, já que os minutos não estouraram, uma coisa muito importante: é que se os números do IBGE são corretos, o Brasil está numa situação bastante privilegiada em relação à esterilização.

Trouxe aqui um levantamento feito, através da UNFPA, com financiamento da Organização das Nações Unidas, em que se fez uma avaliação dos métodos utilizados em cada País do mundo. Todos os países estão aqui. Isso foi feito em 1985, se não me engano. E vocês vão encontrar o seguinte: no Brasil temos aquele índice de seis milhões de mulheres, o que representa, de acordo com o meu cálculo, menos de 10% da população; e nos países desenvolvidos, aqui englobados os países da Europa, o índice de esterilização, como um todo, de 7%. Quando se trata de países na América do Norte, Estados Unidos da América, que é geralmente citado para efeito de comparação — isso foi feito nos Estados Unidos. Os Estados Unidos — foram a base do estudo — o total de esterilizações, o percentual da população total dos Estados Unidos é de 20%; não é somente das pessoas que usam métodos anticoncepcionais, é o total da população feminina, inclusive as meninas menores e as mulheres idosas, é um total de 28%. O que é diferente dos Estados Unidos para o Brasil é que a ligadura de trompa nos Estados Unidos é de 17%, portanto, o dobro do Brasil. Mas, o total, que é o triplo do Brasil, porque vai para 28%, é porque inclui 11% de vasectomias; no Brasil a vasectomia não chega a um milhão.

Trouxe alguns dados para mostrar para V. Exs, desde que introduzimos a vasectomia, o número de ligaduras diminuiu, porque o marido faz vasectomia, a mulher não precisa fazer ligadura. E fazemos uma propaganda intensa na televisão, semanalmente, há 12 anos, encorajando os homens a fazerem vasectomia. (Muito bem) Com isso conseguimos aumentar razoavelmente. E V. Exs. vêem nas curvas que aqui tenho que, à medida que a vasectomia foi aumentando foi se estabelecendo um equilíbrio na laqueadura, como acontecem nos países desenvolvidos. No Reino Unido, na Inglaterra, é mais ou menos meio a meio. É metade, metade; metade vasectomia, metade de laqueadura tubária; como deveria ser. Mas a situação é essa. O que temos que encontrar é uma maneira de aumentar a participação masculina no planejamento familiar e fazer com que existam centros de planejamento familiar no País inteiro, para que a mulher não seja oferecida a laqueadura como única alternativa.

Essa é a minha posição.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Convidaria agora o Dr. Hélio Aquinágua, Presidente do CEPAIMS, Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança.

O SR. HÉLIO AQUINÁGU — (Juramento)

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — V. Sª dispõe de 20 minutos.

O SR. HÉLIO AQUINÁGU — O Professor Eusimar Coutinho já apresentou aqui as cifras. Eu gostaria de fazer um rápido histórico de como fiquei envolvido nessa questão do planejamento familiar, e hoje em dia o CEPAIMS, que é citado — coitado — como o vilão dessa coisa toda.

Eu era da Universidade Federal do Rio de Janeiro, trabalhava no Hospital São Francisco de Assis e, absolutamente, não estava satisfeito com a forma como se prestava serviço, sobretudo a população mais carente, a população pobre, que era a característica do Hospital São Francisco de Assis. E propus à Universidade Federal do Rio de Janeiro que se fizesse um estudo e procurasse uma maneira de suavizar essa prestação de serviços. Foi criado um grupo de trabalho, do qual fiz parte. Foi estudado, com muito cuidado, a questão materno-infantil no Brasil inteiro, e desse estudo saiu uma indicação, um programa que se chamava: Programa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança. Dentre as atividades e as novas estratégias que se propunham que, basicamente, era uma hierarquização de atendimentos, com delegação de funções e que hoje em dia está tão comum, existia uma questão do planejamento familiar, que foi estudado com muito critério e achado que qualquer programa materno-infantil não poderia ter dentro do seu bojo uma atividade de planejamento familiar.

O planejamento familiar, nessa altura, era alguma coisa como fora da lei, aqueles que se envolviam com planejamento familiar eram olhados até com um certo desdém, como se estivessem praticando algum crime. Conto sempre a história que nessa ocasião tive oportunidade de falar com o Ministro da Saúde, e quando citei a ele que o meu programa continha uma atividade de planejamento familiar, ele se assustou, levantou a mão e foi depressa fechar a porta, como se eu tivesse, naquela ocasião, proposto alguma coisa desonesta, alguma coisa pornográfica. E, nessa ocasião, como médico que toda vida fui, não passei nunca de ser senão um tratador de doente, um indivíduo, cuja grande atividade foi sempre com a população carente; conhecia o problema; estava absolutamente convencido de que o planejamento familiar deveria fazer parte de um bojo de atividades de saúde no complexo de atividades materno-infantil, achei que teríamos que levar o programa em frente. Mais de uma vez essa idéia foi proposta, e disseram-nos: aceitamos o seu programa, mas retire o planejamento familiar.

Não concordei com isso, e a essa altura não poderíamos desenvolver o programa evidentemente, pois não havia dinheiro e os recursos eram escassos. Até que o governo brasileiro fez um projeto com o Fundo de População das Nações Unidas no qual pretendia desenvolver uma atividade que incluía o planejamento familiar.

Várias instituições se propuseram a ser o elemento implementador desse projeto brasileiro. Conseguimos implementá-lo durante dois anos e meio com o dinheiro do governo brasileiro. As Nações Unidas não fazem projetos com entidades particulares; elas só os faz de governo para governo, e foi o que aconteceu no nosso caso.

Tivemos, nessa ocasião, os recursos de uma assessoria técnica que se desenvolveu muito. Ao final do prazo, dois anos e meio, o governo brasileiro não quis continuar o projeto, achando que já tinha elementos suficientes para aquilo que desejava. O técnico que trabalhava conosco foi para o Ministério da Saúde. O Sr. Fernando Urdado era um técnico estrangeiro, quando foi para o Ministério da Saúde levou para lá todo aquele conhecimento que acumulara ao longo de dois anos e meio de experiências realizadas.

Das experiências feitas, surgiu o que se chamou de "PAISM" — Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que era quase igual ao nosso

programa inicial de Assistência Integral à Mulher e à Criança. Só que o programa deles não tratava da criança.

Nesse meio tempo, faltaram os recursos necessários à continuidade das atividades com a intensidade que até então mantínhamos. Fomos, por isso, lentamente diminuindo o nosso trabalho; recebemos projetos de agências internacionais, com objetivos específicos, e, diga-se de passagem, nunca houve nenhum projeto voltado especificamente para a ligadura de trompas.

O CEPAIMC existe há 22 anos, não foi fundado ontem, não. Trabalhamos há 22 anos com a população pobre, carente da Baixada Fluminense, dos municípios do Rio de Janeiro.

Cheguei a ter 44 unidades espalhadas pelas favelas do Rio de Janeiro; fizemos, em 1987, 240 mil atendimentos. Hoje, estamos reduzidos a uma unidade central, que funciona em Coelho Neto, no início da Baixada Fluminense.

E continuamos o nosso trabalho, não mais com aquela estratégia anterior que nos permitia uma atividade muito mais filantrópica porque tínhamos quem pagasse a conta. Hoje não temos mais; e também não acredito em paternalismo, acho que o paternalismo é até uma espécie de diminuição da dignidade, da vontade do indivíduo.

O planejamento familiar tornou-se a grande bandeira do CEPAIMC, se bem que temos 18 atividades, mas ele só é conhecido como um programa de planejamento familiar, ninguém fala que fazemos exames preventivos de câncer, pré-natal, vacinação, fazemos consultas pediátricas. Falam apenas que esterilizamos mulheres em massa. Coitados de nós.

De modo que continuamos lá, com muitas dificuldades, — porque os recursos vindos do exterior foram suspensos há uns três anos, trabalhando em benefício dessa população, que está tão carente, numa situação sub-humana.

Quem vive, quem trabalha com as populações faveladas do município do Rio de Janeiro fica perplexo ao ver como essas pessoas vivem em condições tão miseráveis, sub-humanas mesmo. E quando temos oportunidade de trazer algum benefício a essa população, não temos coragem de lhe virar as costas.

De vez em quando, me dá ímpeto de largar tudo, porque não preciso, não ganho nada com isso. Por que estou me aborrecendo com isso? Mas esse prurido geralmente dura 24 horas e volto a fazer aquilo que acho que devo fazer. E não estou fazendo nada de mais não, porque isso me dá uma satisfação, uma gratificação muito grande, e um sentido à minha vida. Já fiz tudo o que tinha que fazer e fiz com êxito. De modo que hoje, acho que tenho que empregar o meu tempo na única coisa que sei fazer, que sempre fiz, que é a atenção materno-infantil.

Enquanto Deus me ajudar e eu puder, vou continuar a fazê-lo.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Com a palavra o Dr. Eurípedes Carvalho, presidente da Federação Nacional dos Médicos.

Gostaria que ele se sentasse do meu lado esquerdo.

O SR. EURÍPEDES CARVALHO — Juro, como dever de consciência, dizer toda verdade, nada omitindo que seja do meu conhecimento sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo dessa Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — O Senhor disporá de 20 minutos, Dr. Eurípedes.

O SR. EURÍPEDES CARVALHO — Obrigado, Deputada.

Estamos fazendo esse depoimento em nome da Diretoria da Federação Nacional dos Médicos.

Ao iniciar, gostaríamos de dizer que, sem dúvida alguma, um dos aspectos que dificulta qualquer apresentação, inclusive o Professor Eusimar Coutinho abordou em parte, refere-se aos dados sobre a saúde da mulher no Brasil. Não temos dados sobre a mortalidade, sobre a ligadura tubária e sobre abortos provocados, apesar de este tema não estar sendo discutido aqui, acho, contudo, que está relacionado ao tema.

Feita essa observação, gostaríamos de ler um documento que fizemos, objetivando trazê-lo a essa Comissão. Posteriormente o passaremos à Presidente da Comissão. Se houver tempo, gostaríamos ainda de ilustrar um pouco esse trabalho com algumas transparências.

O documento começa com a seguinte questão:

"A saúde dos brasileiros:

A saúde tem como determinantes fatores econômicos, sociais e culturais.

A política econômica neoliberal, na sua versão tupiniquim, o social-liberalismo, levanta como bandeira privatizar o que não é ação prioritária do Estado para investir em saúde, educação, habitação etc. Na realidade, cria-se uma falsa polêmica, pois a privatização determinou o ingresso de milhões 40 milhões de dólares.

A recessão determina a existência de mais de um milhão de desempregados só na grande São Paulo, e parece-me que em torno de 6 milhões em todo o País.

Através do arrocho salarial dos funcionários públicos e da confusão proposital dos ex-ministros Zélia e Collor quanto às fontes de financiamentos das políticas públicas, como o Fundo de Custeio da Previdência e o Finsocial, sucateia-se o serviço público e cria-se a condição para a sua privatização. Isso fica evidente quando observamos a sanha do setor financeiro quanto ao seguro-saúde e à aposentadoria para os trabalhadores acima de três salários mínimos.

Por tanto, por um lado, a política econômica determina aumento da demanda por políticas sociais públicas; de outro lado, destrói o aparelho estatal responsável pela prestação dessas políticas. Na realidade, trata-se uma política criminosamente de absoluto descompromisso com a vida de milhões de brasileiros, a maioria explorada da população.

Na área da saúde, a política governamental manifesta-se por: sucessivos escândalos de corrupção na administração do Ministério da Saúde e nos programas por ele administrados; caos na rede hospitalar com descredenciamento progressivo dos hospitais particulares do SUS; falta de leitos hospitalares; epidemias de doenças controladas e erradicadas como dengue e cólera; péssimos salários para médicos e demais profissionais de saúde; aumentos abusivos dos preços dos medicamentos, com falta de remédios importantes, como aqueles de tratamento da tuberculose e da relação nacional de medicamento.

Complementaremos a nossa análise sobre a questão nacional da saúde distribuindo depois aos parlamentares e a quem tiver interesse esse docu-

mento, que é um documento das três entidades médicas nacionais: da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, que trazem aqui uma análise mais pormenorizada sobre o problema da saúde.

"A Saúde da Mulher.

O quadro geral acima repete-se para as mulheres, porém com problemas próprios do sexo e de sua inserção econômica, social e cultural.

São 74 milhões de brasileiras. A taxa de crescimento populacional tem caído de 2,19% ao ano na década de 50 para 1,89% na década de 80, prevendo-se 1,55% na década de 90 e 1% em 2020.

A mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos é estimada em 150 óbitos, apesar de os dados oficiais são de 70 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Mas técnicos, professores universitários entendem que, na realidade, esse dado é maior, enquanto que no Canadá é 6, nos Estados Unidos 10, Costa Rica 42, Cuba 47,4, no Chile 73 e a Argentina 78. Todos, como vimos, países do nosso continente americano.

Há cerca de 20% de gravidez não desejadas e 25% não planejadas. Estima-se em 1,5 milhão, ao ano, o número de abortos provocados, embora a Organização Mundial de Saúde afirme que seriam de três milhões os abortos provocados. Dados de teses recentes, realizadas na Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, entende que, na realidade, deveriam ser de 1,5 milhão os abortos provocados.

O índice de cesariana é o segundo mais elevado da América Latina: 35% em 1987, sendo que em vários hospitais é maior do que 50%, chegando a atingir índices de 93%.

A fecundidade total caiu de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,8 em 1991.

A esterilização feminina é 27% do total de mulheres entre 15 e 44 anos — apesar dos dados diferentes apresentados pelo professor Eusimar; essa aqui foi feita com base em outra estatística, depois apresentaremos a fonte — em 44% das que usam o meio anticoncepcional, sendo que cerca de 65%, são realizadas durante o parto cesário.

O ex-ministro Alceni Guerra estimou em 25 milhões o número de mulheres esterilizadas. Entre 10 a 20% das mulheres, arrependem-se de ter feito a ligadura tubária.

A partir da década de 60, a política governamental constitui em não definir uma política para a área reprodutiva, deixando nas mãos das entidades particulares, algumas financiadas por recursos externos, a ação neste campo. Só em 1983, as ações de planejamento familiar são incluídas no Pnisme — Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher. Mas a sua implantação está bastante aquém das necessidades.

No Estado do Rio de Janeiro, enquanto a Befam tem convênio com 52 municípios do interior, 16 sindicatos de trabalhadores, 14 associações de moradores, 10 indústrias, 30 instituições da área social, educacional e da saúde, o Pnisme lca, da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, está em implantação em dois municípios do interior, e sua coordenadora afirma, em ofício à CPI da Assembleia Legislativa do Estado do Rio, não dispor dos recursos financeiros específicos para o desenvolvimento de suas atividades.

O Trabalho Médico e a Assistência à Saúde da Mulher."

Al gostaria de explicar, até porque nos detivemos em analisar essa questão, pois entendemos que enquanto representante da Federação Nacional dos Médicos e, portanto, dos sindicatos, seria importante darmos uma contribuição à questão do trabalho dos médicos. É por isso que nos detivemos em analisar esse aspecto.

Para analisarmos o papel dos médicos em relação à incidência das ligaduras tubárias, é necessária uma reflexão sobre os serviços de saúde, as condições de trabalho nesses serviços, a remuneração dos médicos, as características de atos médicos, como assistência ao parto, e as condições legais da atuação profissional.

Os serviços de saúde pública estão sucateados. No Estado de São Paulo, quarenta por cento dos leitos estão desativados ou inativos. Na cidade de São Paulo, há um déficit de 40% de leitos hospitalares, havendo regiões, como Goianases, com 0,2 leitos por mil habitantes, enquanto a Organização Mundial de Saúde recomenda quatro leitos para cada mil habitantes.

No Estado do Rio de Janeiro, o ex-Ministro Alceni Guerra deixou sem dotação orçamentária os hospitais do Inamps. O Hospital Geral de Goiânia foi fechado para reforma. Os hospitais credenciados estão paulatinamente reduzindo seu credenciamento ou com dificuldades de funcionamento, como a Santa Casa, de Campo Grande, e o Grupo Conceição, no Rio Grande do Sul. As maternidades públicas contratadas pelo Sistema Único de Saúde não proporcionam condições adequadas de trabalho. Faltam funcionários da área de enfermagem, médicos, métodos de diagnósticos, como ultrassom, aparelhos de monitoragem e outros medicamentos, fruto da gestão catastrófica da Ceme que a própria CPI que investiga o caso PC está mostrando.

No centro obstétrico, não há obstetrites e monitores. A remuneração dos médicos é inaceitável. O médico recebe entre trezentos e quatrocentos mil cruzeiros por mês do Governo do Estado do Rio de Janeiro, isso por jornada de 20 horas semanais; e salários menores do que esses na maioria dos Estados nordestinos e no Mato Grosso do Sul. Por consequência, o médico trabalha em vários locais.

A tabela da Associação Médica Brasileira remunera o parto a quinhentos e setenta mil cruzeiros em junho, enquanto que o SUS paga aproximadamente cento e cinquenta e quatro mil cruzeiros. Enquanto uma cesariana dura de uma a duas horas, o acompanhamento de um parto vaginal demanda seis a dez horas de atenção médica. Cada dia mais o médico é pressionado em função das possibilidades do erro médico, particularmente em obstetria, onde o resultado inesperado jamais é aceito. Esses fatores fazem com que a cesariana apareça como um procedimento mais cômodo e seguro para o médico.

Quanto à política pública de planejamento familiar, ela é absolutamente insatisfatória devido à deficiência de profissionais médicos e não médicos, treinados com métodos anticoncepcionais reversíveis; à falta de materiais usados nos métodos reversíveis, como o DIU, espermicidas, diafragmas etc.; à falta de credibilidade do meio anticoncepcional reversível; à própria posição das religiões.

Do ponto de vista ético, a ligadura tubária só é aceitável em caso de risco de vida. Porém, é um crime previsto no Código Penal. Outro dado importante é a ausência no sistema oficial de saúde, de alternativas à cesariana para se fazer a ligadura tubária, tanto em função de ser um ato ilegal, quanto em função de que o próprio sistema público não remunera a realização das ligaduras tubárias — até pela afirmação inicial.

Quais são as nossas propostas? Primeiro, devemos ter uma posição que contemple a necessidade social da orientação reprodutiva, escudando-se na informação científica, no mais amplo acesso aos meios anticoncepcionais e na liberdade de escolha pelo casal, e fundamentalmente pela mulher.

Assim, propomos: viabilização de programa nacional de aconselhamento reprodutivo com ampla campanha de esclarecimento à população. Por que usamos esse nome? Porque achamos que ele é mais amplo do que o mero planejamento familiar, porque englobaria a pessoa que precisa fazer aconselhamento e que, na realidade, não faz parte de uma família. Para viabilizar esse programa, equipar as unidades públicas de saúde com instrumental necessário e ter à disposição os métodos anticoncepcionais reversíveis; treinar os recursos humanos necessários, como médicos e demais profissionais.

Outro item: legalizar a realização da ligadura tubária, definindo critérios e normas para a sua realização, subordinada a uma comissão autorizadora de ligadura, que inclusive deve ser multiprofissional; campanha ampla de informação à população no sentido de que a esterilização é um método provavelmente reversível. Por quê? Porque, na realidade, poder-se-ia tentar fazer uma cirurgia de reversibilidade. Do ponto de vista técnico, não é totalmente correto dizer que é um método absolutamente irreversível. O que tem que ser esclarecido são as dificuldades da reversibilidade.

Nesse caso, as ligaduras deveriam ser auditadas, tanto por comissões de ética dos próprios hospitais e unidades de saúde, conselhos regionais de medicina e vigilância sanitária, isso no dia-a-dia de suas realizações; por uma auditoria independente, através do Conselho Regional de Medicina, Sociedade Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, movimentos de mulheres e conselhos da condição feminina e sindicatos.

Um outro item que entendemos importante é a implementação do Sistema Único de Saúde, proporcionando uma assistência à saúde de boa qualidade. Esse sistema deve ser público e democrático; discutir a relação parto normal - cesariana, com a finalidade de adoção de parâmetros e normas. Essas, inclusive, é uma sugestão da CPI da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, com a qual concordamos. Outro item: no repasse financeiro às maternidades, adotar coeficientes que valorizem o parto vaginal. Por exemplo, a cesariana eletiva teria um coeficiente 1, o parto em multiparo, coeficiente 2, e o parto em uniparo coeficiente 3. Por que esses coeficientes? Porque a assistência a cada um desses tipos de parto progressivamente consome mais tempo; introduzir indicadores de qualidade que possam ampliar o desenvolvimento do serviço de saúde na assistência à saúde da mulher - isso também é uma sugestão da CPI da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

Entendemos que, para ser uma discussão abrangente e completa, o Congresso Nacional deveria também discutir a questão da cesariana, inclusive o seu índice de 35%, que é abusivo, e o aspecto do aborto provocado. Não sei se já houve alguma CPI no Congresso sobre isso, mas entendo que, para haver uma abrangência total do tema, seria necessário completar-se com essa discussão.

Essa seria a nossa fala inicial. Se tivermos outra oportunidade, apresentaremos transparências, apesar de que os dados já estão contidos neste depoimento.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Com a palavra o Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Sr. Presidente, Srs. Membros da Comissão Mista Parlamentar de Inquérito, Srs. Expositores, gostaria de me congratular com o brilhantismo de todas as exposições e dizer que praticamente temos esgotado este assunto, principalmente dessa área, porque aqui ouvimos as pessoas mais conhecedoras da problemática do planejamento familiar em nosso País. Cada um emitiu a sua opinião.

Queria, primeiro, fazer algumas perguntas ao Dr. Elsimar Coutinho, a quem já tive oportunidade de telefonar na Bahia para nos orientar com relação a um projeto de lei que deveríamos elaborar no sentido de, uma vez por todas, definir esse planejamento familiar em nosso País. O Dr. Elsimar, como todos sabem, é um dos maiores cientistas no Brasil, principalmente na área da fertilidade humana, e sempre esteve muito ocupado - até louvamos esta oportunidade de ele poder estar aqui presente, embora o seu tempo seja bastante curto.

O Dr. Elsimar acha que todas as mulheres do Brasil deveriam ser ouvidas sobre esse problema da esterilização; que se fizesse uma enquete em que elas opinassem e pudessem decidir o seu destino. Ai teríamos um número exatíssimo de mulheres que queriam mesmo se esterilizar. Nós, médicos, chegamos à conclusão de que o índice de esterilização naquelas que usam algum tipo de contraceptivo seria de 44% de toda a população feminina do País. Gostaria, portanto, de cotejar esses dados do Dr. Elsimar com aqueles apresentados pelo Dr. Eurípedes.

Gostaria de dizer ao Dr. Elsimar que essas opiniões, no meu ponto de vista, só deveriam ser colhidas depois que se implementasse - gostei muito do nome dado pelo Dr. Eurípedes - o Plano Nacional de Aconselhamento Reprodutivo. Isso põe por terra esse negócio de controle de natalidade ou de planejamento familiar. Depois que todas as mulheres estivessem devidamente instruídas, ou quase todas, já que o nosso Brasil é um continente, aí, sim, poderíamos questioná-las sobre que método elas escolheriam para regular a sua vida reprodutiva.

Dr. Elsimar trouxe alguns dados que contrastam com aqueles que já foram apresentados. Ele acha que apenas seis milhões de mulheres brasileiras estariam esterilizadas. Em diversos depoimentos que aqui tivemos, chegamos à conclusão de que o índice de esterilização naquelas que usam algum tipo de contraceptivo seria de 44% de toda a população feminina do País. Gostaria, portanto, de cotejar esses dados do Dr. Elsimar com aqueles apresentados pelo Dr. Eurípedes.

Queria fazer uma pergunta ao Dr. Elsimar, já que sei que ele desenvolve, há muitos anos, um trabalho no que diz respeito ao anticoncepcional masculino: em que estágio está esse trabalho? O produto já foi colocado para comercialização?

De maneira geral, as perguntas ao Dr. Elsimar seriam basicamente essas. Não sei se eu faria todas as perguntas?

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - O Relator vai fazer a pergunta aos três e, por gentileza, anotar e responder na sequência. Devo avisar que ao Relator cabe o tempo necessário, mas aos expositores, três minutos para a resposta a cada pergunta.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Ao Dr. Hélio Aquinaga, gostaria de cumprimentá-lo, porque tenho ouvido dizer que o Cepsin seria mesmo o vilão da história, como ele aqui bem asseverou. Sabemos que ele desenvolve um trabalho social de alta profundidade, porque conhecemos o que é aquela Beixada fluminense, aquelas favelas do Rio de Janeiro. Tenho certeza de que ele é um apóstolo daquela pessoal e quer conferir melhores condições de vida para todo o povo.

Gostaria de saber do Dr. Hélio, pela sua experiência, qual método apresenta mais efeitos deletérios, seqüelas, ou até índice de mortalidade:

a pílula ou a laqueadura. Gostaria de ouvir sua opinião também sobre a questão do planejamento familiar: estaria faltando uma melhor orientação nos currículos de ginecologia e obstetrícia, não só na faculdade, como também nos cursos de pós-graduação? Ele acha que o Código de Ética médica deveria ser modificado nesse setor de planejamento familiar, no sentido de punir mais os médicos que fazem abertamente a laqueadura de trompas? Ao Dr. Eurípedes, eu apenas gostaria de perguntar se ele tem, nos seus dados, qual seria o índice de esterilização como consequência de abortos provocados. Esses dados são discutíveis, alguém acha que, como o senhor bem frisou, que um milhão e quinhentas mil mulheres no Brasil provocam, anualmente, o aborto; o outro acha que são três milhões e há aqueles que afirmam que 500 mil mulheres ou morrem ou ficam inutilizadas do ponto de vista reprodutivo no nosso Brasil, anualmente. Essa é uma taxa muito importante.

Gostaria de saber sobre o problema do arrependimento daquelas mulheres que se esterilizam e, depois, procuram novamente as clínicas para recanalizar as suas trompas.

Gostaria de saber, também, sobre o índice de reversibilidade dessas trompas, e penso que esta procura, este arrependimento tende a aumentar muito em nosso País, principalmente tendo em vista a liberalização do sexo, o divórcio que está definitivamente instituído em nosso País, porque, possivelmente, as mulheres procurariam outro casamento, e assim por diante.

Gostei muito - repito aqui - do termo que ele colocou: Plano Nacional de Aconselhamento Reprodutivo. Acho que esta CPI vai partir para uma coisa nestes moldes na conclusão dos seus trabalhos e, também, concordo com ele quando ele diz que temos que redefinir esse percentual altamente elevado de cesarianas em nosso País. Isso é abusivo. Parece que, hoje, a intervenção cirúrgica está se equivalendo ao parto normal, cerca de 50% cada um, em que pese que a Previdência Social, o Inamps, tenha agora determinado que, tanto para o parto normal como a cesariana, os honorários médicos seriam iguais. Mas acontece que sabemos que com uma cesariana a Previdência Social gasta muito mais que o dobro, porque a pessoa passa, às vezes, 4, 5, 6 dias hospitalizada.

E perguntaria a todos qual seria a opinião que eles dariam, qual o aconselhamento a esta Comissão para instituir, definitivamente, um planejamento familiar no nosso País. Se as laqueaduras seriam a última alternativa a ser apresentada às mulheres para que elas possam decidir sobre o seu futuro reprodutivo.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Três minutos para cada resposta.

O SR. ELSIMAR COUTINHO - A primeira se refere aos números conflitantes que apresentei aqui, conflitantes com outros depoimentos anteriores. Os números que apresentei não são meus. Isso tirei do depoimento do IBGE, que afirmava que o total de mulheres esterilizadas no Brasil era seis milhões, aproximadamente.

Então, esse número que colhi do depoimento do IBGE - está escrito no meu artigo o nome da pessoa, onde fez o depoimento, que foi na Assembleia do Rio de Janeiro, etc.

Quero lembrar a todos o seguinte: o País tem aproximadamente 75 milhões de mulheres, numa população de 147 milhões. Dessas, se retirarmos trinta milhões que nasceram nos últimos vinte anos, e que, de acordo com a própria estatística do IBGE, a esterilização é inferior a 1%. Portanto, temos trinta milhões de mulheres que não estão esterilizadas. Se acrescentarmos a essas as mulheres que têm mais de 40 anos, entre 40 e 80, teremos, aí, aproximadamente quarenta e cinco milhões de mulheres. Se deixarmos em quinze milhões aquelas que têm mais de 40 anos. Então, o que sobra para dar 25 milhões de mulheres em idade reprodutiva - realmente está todo mundo esterilizado - é muito pouco. Então, acho que esses números, os números do IBGE, vão ser refutados por uma estatística que prove que estão errados, ou vamos aceitar o número de seis milhões de esterilizadas no Brasil. Alguém tem que dizer: "Não, não são seis milhões. Nós contamos e são 20, 30 ou 40". Porque a afirmativa do Ministro Alceni Guerra - os senhores me desculpem, não quero fazer graça - ele superfez tudo mesmo, porque botar um número de quarenta milhões - parece que ele extrapolou bastante. Mas isso não vem ao caso, porque o assunto é sério.

Então, não tenho números. Esses que apresentei tirei dos organismos oficiais. Acho que a esta Comissão, certamente, vai pegar esses números do IBGE, confrontar com outras fontes, verificar qual é a credibilidade das outras fontes para chegar a uma conclusão: ou refuta os números do IBGE, ou aceita. Se aceita, são seis milhões de mulheres esterilizadas no Brasil. E é em cima desse número que acho que os Srs. Deputados vão ter que analisar os fatos.

Existe uma questão que não foi me perguntada, mas que está implícita na sua colocação, é sobre este problema da esterilização de homens e mulheres. Uma das coisas que foi discutida aqui, e que realmente é importante, é o problema da reversibilidade da esterilização. Quantas pessoas se apresentam pedindo para refazer a operação? Lá no nosso centro, que funciona há 15 anos, temos aproximadamente um paciente por ano que se apresenta pedindo para fazer reversão, e nós fazemos. O método que utilizamos para ligar trompas é um método muito simples: utiliza-se anestesia local, colocam-se dois anéis de plástico na trompa, o que facilita enormemente o processo de reversão; não lesionamos a trompa, não existe lesão física da paciente. Você corta uma coisa que pode emendar.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - E o índice de falha desse método?

O SR. ELSIMAR COUTINHO - O índice de falha é aproximadamente 1%. Quer dizer, algumas pacientes engravidam apesar de operadas, e aí fazem nova cirurgia.

A mesma coisa para a vasectomia. Fazemos sem cortar e sem dar ponto. Fazemos por um furo. Fazemos o furo do injetado, e, pelo furo, fazemos o trabalho completo 100% reversível. Agora, por que não nos procuram para fazer a reversão? Porque os pacientes são altamente selecionados. Não fazemos esterilização em quem tem menos de 35 anos, ou em quem tem um número pequeno, de filhos ou, sendo a paciente jovem, se não tiver indicação médica precisa para isso. E o Conselho Regional de Medicina supervisiona toda a atividade da clínica como tem o dever de supervisionar. Se um Conselho Regional de Medicina não está supervisionando as clínicas que fazem esterilização, tem que ser punido, tem que ser mudado. O Conselho Regional da Bahia fiscaliza nossa clínica desde que ela existe, tem 18 anos de funcionamento.

A última pergunta foi sobre o problema do anticoncepcional masculino. Estamos desenvolvendo os anticoncepcionais masculinos há mais de 15 anos, já desenvolvemos três anticoncepcionais masculinos e nenhum dos três chegou ao ponto de ser comercializado por causa de efeitos colaterais. O efeito colateral mais importante que temos nos anticoncepcionais masculinos que foram desenvolvidos até há bem pouco tempo era aumento de peso. É um efeito colateral dos anticoncepcionais femininos também. Mas a mulher engravidava, homem não engravidava, então ele não aceita efeito colateral nenhum, muito menos ganho de peso.

Agora, estamos trabalhando num anticoncepcional que não dá aumento de peso, e esse é um anticoncepcional que, provavelmente, vai alcançar o mercado do mundo inteiro, provavelmente vai ser comercializado primeiro na China, onde estamos trabalhando e já temos mais de vinte mil homens utilizando o anticoncepcional e que é um produto natural, extraído do algodão, e que, hoje, depois de devidamente purificado, revela ser uma substância que praticamente não tem efeitos colaterais. A única desvantagem desse produto — e é sobre esta que estamos trabalhando — é que ele torna permanentemente infértil 10% dos homens que os usam: 90%, quando param de tomar o remédio, voltam a fazer filhos, mas 10% não voltarão jamais. Então, esse é o empecilho por que ainda não oferecemos isso à população.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Fiz uma última pergunta a todos, efetivamente, que também foi dirigida ao Dr. Elismar: que sugestão ele apresentaria a esta Comissão, para concluir os seus trabalhos, com relação à apresentação de um projeto amplo de planejamento familiar, ou de aconselhamento reprodutivo em nosso País.

O SR. ELSIMAR COUTINHO — Senador, sempre defendi uma atitude serena, porém aberta, do governo na área familiar. Concorro com a sugestão que foi feita aí, de que o papel do governo seria, principalmente, o de educar. Acho que o governo dispõe de uma rede de comunicação preciosa no País, as televisões, o rádio e, através dela, é que o governo tem que educar a população. Educar não é somente planejamento familiar, não, porque planejamento familiar inclui, por exemplo, tratamento da infertilidade que proporcionamos também aos nossos pacientes para terem filhos. Esse é um aspecto que as pessoas esquecem quando falam de planejamento familiar: é que são centenas de crianças que nascem graças ao trabalho da clínica de planejamento familiar que trata dessas pacientes. Então, acho que o papel do governo é principalmente o de educar a população, se valendo dos meios de comunicação. O Presidente da República não usa, não fala, 10 minutos, ou 15 minutos quando quer? Então, acho que uma das funções do governo seria essa, de educar. Porque as pessoas educadas sabem exatamente o que querem. Ninguém vai se esterilizar se descobre que existem outras maneiras de se fazer o planejamento familiar. Então, no meu enfoque, acho que o papel do governo seria o de educar.

Muito obrigado.

O SR. HELIO AQUINAGA — Foram feitas três perguntas a mim. A primeira: qual é o método que tem maior efeito deletério? Infelizmente, não existe nenhum método anticoncepcional que não tenha os seus inconvenientes e as suas vantagens. Daí resulta que não se pode eleger um método como o ideal para quem quer que seja, porque o problema é adaptar o método à pessoa que vai usá-lo e não impor esse método de uma forma generalizada. Não há nenhum método perfeito, e se houvesse algum método perfeito, só existiria esse, os outros todos desapareceriam. Essa é uma das razões por que temos essa posição da Igreja em matéria de planejamento familiar, porque a Igreja não é contra o planejamento familiar, ela é contra os métodos, porque ela pode se dar a esse luxo pois não tem a terceira dimensão como nós. O tempo para a Igreja não existe. A Igreja existe há mais de dois mil anos e ela não precisa se manifestar. Ela não levou 500 anos para achar que Galileu tinha razão? É a mesma coisa. No dia em que houver um método que seja absolutamente inócuo, que não tenha efeitos colaterais, então esse método será adotado por todos e os outros todos desaparecerão naturalmente. Não existe nenhum método que seja 100%. Segundo os efeitos colaterais mais deletérios dependem do paciente. Há mulheres que tomam pílulas e nunca sentem nada, há outras que tomam e sentem uma série de coisas. Há mulheres que colocam DIU e desaparecem e outras que colocam e têm hemorragia e etc. É assim com todos eles. Não há nenhum método que seja perfeito, todos eles têm os seus efeitos colaterais, têm os seus inconvenientes, as suas vantagens.

A segunda pergunta: O planejamento familiar nos currículos.

Isso é uma grande falta. A não ser no currículo da Faculdade de Medicina da Bahia, em que o Professor é o Professor Elismar Coutinho, não existe, no Brasil, nenhum serviço de ginecologia e obstetrícia que tivesse uma atividade curricular no planejamento familiar, pela circunstância de que o planejamento familiar, vinte anos atrás, era encarado como uma atividade fora da lei, como alguma coisa marginalizada, o que fez com que os médicos tivessem se afastado disso. O Brasil, possivelmente, é o País na América Latina com menores recursos treinados e adaptados em matéria de planejamento familiar, menor do que qualquer um outro, porque, daí também, as condições de termos a esterilização e a pílula que são os dois únicos métodos que se usam no Brasil. A esterilização, e a pílula, que é quase 99% e que é vendida nas farmácias através de um balconista, muitas vezes ignorante. Falta de currículo, falta dos médicos não saberem fazer planejamento familiar. Eles não sabem. O médico não sabe colocar um DIU, o médico não sabe colocar um diafragma. Há dois meses tomei parte em São Paulo, num seminário sobre planejamento familiar, e uma senhora que era da Universidade de São Paulo, falando sobre a questão do diafragma, disse: "É, eu vejo que esses médicos, de uma forma geral, não sabem usar o diafragma, porque há grande demanda de diafragma nº 60". Eu, na minha vida profissional, passados já de 50 anos, eu tive muito poucas ocasiões de usar um diafragma nº 60. Ela disse: "Doutor, eu só uso diafragma nº 60! E olha eu sou muito cuidadosa, eu passo o espéculelo, e vejo direitinho que o canal cervical tá". Eu disse: agora eu sei que a senhora usa; porque não sabe usar. A senhora fala com o seu colega aí, que ele vai ensinar como é que se coloca, como é que se mede um diafragma — e ela era professora da Universidade do Departamento de Ginecologia, na parte anticoncepcional. Estou citando esse exemplo, porque isso é generalizado. Nós damos cursos para médicos no Brasil inteiro, e sabemos como são absolutamente ignorantes em matéria de planejamento familiar: não sabem colocar um DIU, não sabem medir um diafragma, não sabem recitar uma pílula. Então, isso é uma consequência dessa falta de um currículo que agora, felizmente, está sendo superado, e já existe uma porção de cadeiras de ginecologia que estão incorporando a prática da metodologia anticoncepcional no seu currículo.

E a última pergunta é sobre modificações do código de ética. Eu acho que não deve haver modificações no código de ética. O código de ética é preciso. Ele já sofreu todas as modificações que deveria existir. O código de ética vem sofrendo uma série de modificações com o correr dos anos, tem passado desde 1954 — pois era muito restritivo — e as ligaduras de trompas só eram permitidas por indicação médica, e depois de serem auditadas por três outros médicos, passou a ser depois uma responsabilidade do médico e não mais uma indicação médica, e foi evoluindo. Hoje o que está dito é que deve seguir o que determina o regulamento e as leis que tratam do assunto. Por lei, quem faz essa normatização é o Ministério da Saúde. As normas do Ministério da Saúde estão bem claras; as possibilidades, e como se deve fazer a ligadura de trompa. Agora, acredito que, evidentemente, isso deve ser atualizado. Existe uma porção de leis, hoje, em trâmite no Congresso, sobre a questão do planejamento familiar, visando única e exclusivamente a esterilização, e isso é que deve ser ampliado para que os outros métodos sejam incorporados nessa lei, e de uma vez por todas regulamentado de uma forma sã, compatível com as necessidades da nossa população, da nossa mulher e com a sua filosofia voltada para as necessidades do país. É o que deve ser feito o mais depressa possível.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Com a palavra o Dr. Eurípedes Carvalho.

O SR. EURÍPEDES CARVALHO — Em relação ao índice de esterilização, como consequência de abortos provocados, eu não tenho esse item. Temos apenas alguns dados. Por exemplo, sobre a complicação de aborto existe um dado, que é da ordem de 22,3%, quanto à complicação. É óbvio que isso pode envolver uma série de situações.

Por outro lado, um trabalho que eu li sobre fertilização in vitro, e trabalhando com a questão de obstrução tubária bilateral que, uma das causas, pode ser as complicações de aborto, me parece que é da ordem de 30% as obstruções tubárias bilaterais, se não me falha a memória, pois não tenho os dados no momento.

Uma outra questão é a do arrependimento; as taxas são inúmeras. Por exemplo, vimos uma revisão de um professor inglês, que coloca de 1 a 10% de índices de arrependimento; vimos o dado da CPI da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, que trabalhava com dado de 20%; já vimos dados da ordem de 15% de arrependimento. Então, penso que são os dados mais corretos para se trabalhar.

Quanto ao índice de reversibilidade, segundo dados que temos, é da ordem de 67 a 87% de reversibilidade. Esse trabalho é de algum tempo, provavelmente já deve ter melhorado, porque a microcirurgia tem progredido nos últimos tempos. E varia de acordo com a época em que a pessoa fez a ligadura, com a técnica operatória a ser usada etc.

Quando coloquei a questão do tema "Aconselhamento Reprodutivo", na realidade não é com a intenção de que se desse trabalhar com um plano, necessariamente com essa denominação, mas com a preocupação de que a orientação, quanto ao uso dos meios anticoncepcionais, deve abordar a mulher em todas as suas fases; tanto a mulher casada, a mulher solteira e não só a mulher, o homem também, porque o problema não diz respeito, exclusivamente, à mulher, é um problema do homem também. Inclusive o ideal é que se abordassem os problemas de quem não quer ter filhos, e não tem condição de tê-los, que é a questão da infertilidade. Entendemos que deva ter essa concepção. Agora, o nome do plano, se vai ser planejamento familiar ou outro nome qualquer, acredito que deve haver muito mais com a visão que o conjunto da sociedade tem disso. De que forma esse nome vai servir para que todo o conjunto da sociedade se mobilize para, efetivamente, conseguir. Acredito que o governo brasileiro tem uma política de planejamento familiar, que é deixar para as entidades privadas. E aí eu acho que é um erro inaceitável, e o conjunto da sociedade não pode aceitar isso. Porque, na realidade, creio que deve ser uma obrigação do Estado, e eu não excluo que entidades particulares muito bem estudadas, muito sérias, com o seu poder técnico, científico, e comprovado, inclusive, por auditorias que se instituírem, não só para essas entidades, mas para o conjunto dos serviços de planejamento familiar. Agora, o governo terá que assumir essa responsabilidade. O que não pode é o que acontece hoje. Na realidade, o governo não assume a responsabilidade dos programas de planejamento familiar, dos programas de orientação à população, e deixa para as entidades — algumas entidades particulares — fazerem essas políticas. E algumas delas, inclusive, financiadas por recursos externos. Não estou dizendo que, eventualmente, não pudessem vir recursos, desde que fossem programas aceitos pelo País. O que não pode é só ter políticas orientadas por entidades particulares, e uma parte delas financiadas importantemente por recursos estrangeiros; isso é inaceitável. Então, essa ética tem que mudar — pois o que está por trás dessa ética — e é por isso que nós fizemos uma colocação genérica sobre a questão da saúde. Entendemos que o governo brasileiro, hoje, não tem compromisso com a vida dos brasileiros. Não tem uma política de saúde adequada, não tem uma política pública de educação adequada, particularmente para as escolas de 1º e de 2º graus. Então, isso é inaceitável. E essa ética tem que ser mudada. Hoje mesmo, o jornal — se não me engano — O Estado de S. Paulo publicava uma política sobre competitividade dos países. Dizia: Países do 1º Mundo: 1º Lugar Japão, 2º Alemanha, 3º Dinamarca, 4º Suíça, 5º Estados Unidos; Países do 3º Mundo: 1º Singapura, 2º Taiwan, 3º Hong Kong, 4º Coreia do Sul; Brasil 13º lugar. E um dos fundamentos importantes que eles consideravam nessa questão de competitividade, era a questão da educação, além da questão da saúde, da habitação. Então, na realidade, temos que mudar as nossas políticas e a questão do planejamento familiar tem que ser vista sob a ótica da saúde e, mais do que isso, sob a ótica da vida da mulher, para que possa usufruir da sua vida em toda a sua plenitude; tanto sob o ponto de vista de ter filhos, quanto também de não quererem ter filhos e usufruir da sua vida sexual, ou de ter uma vida, inclusive, reprodutiva, como aqui várias companheiras que estão presentes, inclusive a Deputada.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Antes de passar a palavra aos Srs. Parlamentares, eu gostaria de dizer que a Drª Edna Rolan chegou, e eu gostaria que viesse prestar o depoimento. Prejudicada no tempo usará de 10 minutos, para que possamos abrir o debate, já que os expositores Dr. Agnaga e Elismar têm um horário de voto marcado.

A SRª EDNA ROLAN — Juro, como dever de consciência dizer toda a verdade, nada omitindo do que seja do meu conhecimento, sobre quaisquer fatos relacionados com a investigação a cargo desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

Prejudicada pelas dificuldades logísticas de encaminhamento desta CPI, eu vou tentar utilizar o tempo mínimo que me foi dedicado. Eu queria inicialmente, fazer uma colocação de caráter mais político sobre as questões que, a meu ver, estão presentes nesse debate; o problema da esterilização de mulheres no Brasil.

É importante destacarmos alguns desses fatores sociais que, certamente já devem ter sido abordados; o movimento de mulheres, o movimento negro, a Igreja, as agências relacionadas ao controle de população, entre outros. Eu gostaria de destacar inicialmente o que diz respeito a um dilema político, ético e demográfico, também diz respeito às consequências populacionais; o que se passa forma campo, num espaço, que é exatamente o corpo das mulheres. É a primeira questão que precisa ser mais uma vez colocada.

Sob o ponto de vista das mulheres, falar em autodeterminação, em possibilidade de escolha, significa autodeterminação em todos os níveis. No nível da sua vida pessoal, da sua vida privada, como também no nível da sua vida política e da sua representação. Os Srs. Deputados que estão aqui presentes e, que freqüentemente discutem o problema da autonomia e da autodeterminação dos povos, não podem esquecer que não é possível a autodeterminação dos povos, se não houver também a autodeterminação dos indivíduos. Então, esta é a primeira questão que tem que ser colocada. É necessário que haja autodeterminação das mulheres, em relação às questões que dizem respeito à reprodução e à sexualidade.

Não podemos admitir nenhuma política de população em nosso País, que desrespeite esse direito humano, básico e fundamental das mulheres. As mulheres têm esse direito de autodeterminar, de determinar a sua vida, independente de quais sejam os interesses gerais, a nível nacional ou internacional; do ponto de vista dos efeitos demográficos, do que fazemos com as nossas vidas e do que possamos eventualmente ter.

Trata-se de um ponto de partida sem o qual não será possível os Srs. Deputados e Srs. Senadores contarem com o apoio e com a participação política das mulheres em nosso País.

Um segundo ator político fundamental neste debate, a respeito da esterilização em massa de mulheres no Brasil, é exatamente aquele contingente populacional representado pelos negros.

Esse contingente populacional é fundamental no sentido de que possamos refletir a respeito do contexto das relações entre o Norte e o Sul e o que a realização da Conferência da Eco-92 colocou em pauta, na Ordem do Dia, para que todos tenham algum nível de responsabilidade nessa questão.

Tornou-se claro e explícito, ao longo dos meses, quando se discutiu as questões que envolviam a Eco-92 que, do ponto de vista dos países do Norte, elaborou-se hoje um conceito em relação aos países do Sul e a determinados grupos populacionais dentro dos seus próprios países e dentro dos nossos que é o conceito das populações descartáveis. Essa é uma questão, um conceito absolutamente fundamental para se levar em conta no debate a respeito da questão da esterilização em massa de mulheres.

No meu entender, no que concerne ao ponto de vista dos países do Norte, somos todos negros; somos cidadãos de Terceiro Mundo; somos cidadãos e cidadãs de segunda classe.

E a destinação de determinadas políticas populacionais, a destinação de políticas de controle, de contenção e, eventualmente, de eliminação de determinados povos, isso se coloca a nível internacional nas relações entre Norte e Sul.

Finalmente, quanto ao ponto de vista da Igreja, outro ator nesse debate, embora a Igreja coloque para nós a tarefa divina do crescer-vos e multiplicai-vos, ela própria parece ter afastado essa tarefa das suas hostes, quando ela coloca o celibato para as pessoas que participam mais intensamente no interior da Igreja, ao mesmo tempo em que ela propõe crescer-vos e multiplicai-vos para o restante da Humanidade. Isso não se pode colocar para os próprios participantes da Igreja. Creio que no contexto dessas questões é bastante difícil refletir e pensar em como vamos, ao mesmo tempo, garantir a liberdade das mulheres e não sermos, ao mesmo tempo, instrumentos de políticas internacionais que dizem que somos demais; que de tudo o que produzimos, que dos banquetes que preparamos ao longo de séculos não nos sobra nada, nem mesmo os restos, porque já somos populações descartáveis. Esse o dilema da pauta dessa CPI, no momento, para o Movimento de Mulheres e o Movimento Negro no Brasil.

Como é que poderemos assumir de forma responsável uma posição que garanta, ao mesmo tempo, o direito, a autodeterminação das mulheres e dos homens do nosso País, do ponto de vista da sua sexualidade, da sua saúde reprodutiva e da sua reprodução sem que caíamos em uma armadilha das políticas que interessam eventualmente a outros interesses políticos que não os nossos?

A meu ver, como referencial imprescindível se deve levar em conta a saúde das pessoas e, portanto, a das mulheres que estão envolvidas nesse processo e diz respeito ao controle da fertilidade de cada uma de nós, dentro dos nossos interesses e das nossas necessidades. Conforme dizia o orador que me antecedeu — o Dr. Hélio Aquinã — de fato, não podemos falar que exista nenhum método que seja perfeito e 100% do ponto de vista das necessidades das mulheres.

Creio que é muito fácil compreendermos que isso é real. A maioria desses métodos não foram produzidos com o objetivo de garantir às mulheres o seu controle sobre a sua fertilidade, garantindo, ao mesmo tempo, condições de saúde adequadas para a sua vida. Ao contrário: a maioria desses métodos foram produzidos, levando em conta um objetivo de eficácia, entendida, no caso, como a possibilidade de promover uma queda da fecundidade o mais rápido possível.

Acredito que do ponto de vista de pesquisa de métodos contraceptivos a nível mundial e a nível nacional, necessitamos de uma mudança completa de eixo nesse momento.

O Movimento de Mulheres a nível internacional está exercendo pressão sobre os organismos ligados à área da Saúde, inclusive ligados à área de população, no sentido de que se produza um método de barreira que esteja sob o controle das mulheres e que nos possa permitir autonomia em relação à questão da epidemia da AIDS.

Como sabem os Srs. Parlamentares, a epidemia da AIDS, nos dias de hoje, é um grave problema de saúde que afeta a população brasileira a nível mundial e que tem também efeitos demográficos e populacionais.

Temas notícias de que em determinadas regiões no Sul do Saara, na África, há aldeias em que toda população em idade reprodutiva foi praticamente dizimada, eliminada; hoje existem apenas crianças e velhos.

Tive notícia, também, através de uma denúncia feita pela Dra. Rennibang (da Índia, em reunião realizada em Barbados, de que um documento confidencial, que circulava no interior do Banco Mundial, diz que a questão da AIDS foi colocada como uma possível solução para o problema populacional

no Continente Africano. Isso pode parecer história da carochinha, ou algo absurdo, mas essa denúncia foi sustentada por essa médica e esse documento a que ela teve acesso lhe foi colocado nas mãos pela International Woman's Her Qualition, uma instituição não governamental, sediada na cidade de Nova Iorque. Acredito que não podemos perder de vista, em nenhum momento, neste debate, a questão da liberdade das mulheres. As mulheres devem ter dada a liberdade de exercer o controle sobre a sua fertilidade, e não podemos perder de vista, em nenhum momento, que, eventualmente, quando exercermos o controle sobre a nossa fertilidade poderemos estar produzindo efeitos demográficos.

Todavia, do ponto de vista das mulheres, é essencial que a questão da liberdade seja garantida e que não exerça, nem de forma direta, nem de forma induzida, nenhuma pressão, seja no sentido de aumentar, manter ou reduzir a prole. Trata-se de um princípio imprescindível que precisa ser respeitado pelo conjunto dos Parlamentares desta Casa e que participam desta discussão.

Finalmente, gostaria de abordar algumas questões. Primeiro, a questão dos riscos que a tecnologia, ligada à área de reprodução humana, representa freqüentemente para a saúde de mulheres e homens.

Muitas falácias nos têm sido vendidas; muitas mentiras nos têm sido ditas em termos de que riscos são negligenciáveis, de que só se enfatizam os resultados, os efeitos e as vantagens positivas que, eventualmente, determinadas tecnologias apresentam e, depois, ao longo dos anos, novas informações, novos dados, ou, à medida em que essas informações possam chegar ao grande público, é que se vai verificando que tais tecnologias, na área da reprodução humana, não são tão inocuas assim. Nesse sentido, em relação ao DIU, por exemplo, que durante muitos anos foi considerado como o método de alta eficácia, como sendo um bom método, para mulheres que já tivessem definido a sua prole, ou eventualmente que quisessem esparrar o tempo entre um filho e outro e que a retirada do DIU colocaria a mulher em condições normais de voltar a engravidar. Pesquisas mais recentes têm demonstrado o contrário. Epidemiologistas ligados à área de reprodução, morando nos Estados Unidos, atualmente, consideram, por exemplo, que o DIU deve ser um método utilizado apenas por mulheres que consideram que já encerraram a sua prole.

Tem-se verificado a ocorrência de infertilidade posterior ao uso do DIU. Acredito que tanto os pesquisadores da área de reprodução humana quanto os médicos que se encontram na sua clínica no dia-a-dia têm que ser muito mais cuidadosos nessa questão do uso das tecnologias na área de reprodução humana e devem ter como norte fundamental a questão da garantia da saúde das mulheres e dos homens que, porventura, façam uso dessa tecnologia.

Com relação à questão do arrependimento, abordada pelo orador que me antecedeu, também os dados que buscamos no Estado de São Paulo indicam números superiores aos colocados aqui.

Em pesquisa realizada pela Secretaria do Estado da Saúde, no Estado de São Paulo, temos informações de que mulheres que se esterilizaram em idade inferior a trinta anos apresentam índice de arrependimento de até 50%. Isso por que muitas dessas mulheres não tinham nem conhecimento de que o método era praticamente irreversível, ou porque não conheciam outros métodos, ou porque foram induzidas como sendo um método mais eficaz, que resolve tudo, um método indolor, um método que praticamente não tem nenhum efeito colateral.

Gostaria também, de enfatizar que, no campo da reprodução, como em qualquer área da saúde, é necessário que se desenvolvam políticas que enfatizem o controle dos indivíduos sobre a sua própria saúde; que enfatizem o conhecimento dos indivíduos a respeito do seu próprio corpo e do seu funcionamento.

Não devemos cair na falácia fácil de acreditar em tecnologia altamente sofisticada e que, aparentemente, produz efeitos muito rápidos, mas que, eventualmente, desconhecemos os seus efeitos há longo prazo e que podem ser efeitos irreversíveis como no caso da laqueadura tubária. Realmente, sinto-me preocupada com a utilização de determinados métodos desenvolvidos, inclusive em centros de pesquisa no Brasil, como é o caso da vacina contra a gravidez, que é um método contraceptivo que tem como base o princípio de interferir sobre o sistema imunológico da mulher que é uma absoluta novidade no campo da contracepção. Só que, neste momento, não podemos saber quais poderão ser os efeitos há longo prazo de um método como esse. Quando enfrentamos uma epidemia como a de AIDS que, justamente, tem seus efeitos letais em função dos males que são produzidos pelo vírus no sistema imunológico dos indivíduos, considero que o método contraceptivo que se baseia em uma interferência no sistema imunológico dos indivíduos representa uma grave ameaça para a saúde das mulheres do nosso País e do mundo. Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Quero dizer aos Srs. Parlamentares que, pelo fato de termos pouco tempo e os expositores terão que sair, pediria que usassem pura e simplesmente de três minutos, não mais que isso, seja para fazer uma, dez ou quinze perguntas.

Todas as perguntas serão feitas de uma só vez, porque eles precisarão sair e nós entendemos que é exatamente este o grande momento em que o debate é feito para que possamos aprofundar algumas das questões para o enriquecimento não apenas do relatório mas do objetivo dessa CPI. Pediria que fôssemos objetivos nas perguntas e eu começaria pela Deputada Jandira Feghali.

A SRª JANDIRA FEGHALI — Srª Presidente, lamentavelmente, nós estamos sempre limitados pelo tempo, porque eu aguardava com bastante ansiedade o dia do debate com os Drs. Hélio Aquinã e Elismar Coutinho, porque acho que são depoimentos polêmicos e, em função dos dados que temos, acho que seria fundamental que tivéssemos mais tempo para debate.

Acho que o primeiro dado a ser ressaltado é que já tem pelo menos duas décadas de muitos discursos e muitas opiniões divulgadas, mas os objetivos muito pouco explicitados. Acredito que precisamos ultrapassar a fase dos discursos para que os objetivos fiquem claros, pois acho que isso é mais democrático e digno para todos nós que as coisas fiquem claras.

O primeiro dado que eu queria colocar é a questão do aconselhamento reprodutivo, que foi citado pelo Eurípedes. Na verdade, ele faz parte do chamado Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e toda a hora que falamos em Formação e Aconselhamento Reprodutivo em Ação de Saúde esquecemos que existe um projeto globalizante de todos esses aspectos e começamos a pontuar aspectos que se nós tivéssemos cumprido o País não já estaria esse aconselhamento reprodutivo em funcionamento, mas o País não está em funcionamento.

Dr. Elismar Coutinho, tenho, a partir de vários depoimentos já feitos nesta CPI e também de vários cliques de jornais e do seu próprio depoimento

de hoje aqui, alguns dados que eu gostaria de colocar para sua apreciação.

Em primeiro lugar, gostaria de propor à CPI que chamássemos aqui o IBGE, porque o único depoimento que contrapõe o conjunto das pesquisas que nós conhecemos é do Dr. Elsimar Coutinho. Inclusive, contrapõe, quando ele diz que, as estatísticas demonstram que as mulheres que se esterilizam são do nível sócio-econômico mais elevado. Isso contrapõe a todos os trabalhos estatísticos que pudemos ver até aqui, de demógrafos de São Paulo, como a Dr.^a Elisa Berquó, Maria do Carmo Fonseca, de Minas e outros que demonstram que o índice de esterilização é mais elevado nas mulheres hoje de baixa renda.

Então, essa é uma contraposição que não questiono, da pesquisa feita, mas que também foram baseadas na PNAD, nas pesquisas do IBGE do último senso, etc.

O segundo aspecto é a confusão que se faz, não sei até onde ela é proposital, com todo o respeito, é a questão das pesquisas feitas também da PNAD, em 1986, quando se diz que esses 66% ou 71% que o senhor cita em seu artigo é dentre as mulheres unidas ou casadas, entre 15 e 49, que utilizam algum método contraceptivo. Então, é bom localizar o universo para que não utilizemos, de forma distorcida, os dados da PNAD e do IBGE. Esses dados também mostram que 28% do total das mulheres no Brasil estão esterilizadas: aí, é do conjunto, do total, mesmo. Então, são dados mais elevados do que a pesquisa que o senhor apresenta.

O segundo dado que estou questionando é essa história de que a esterilização é o método mais utilizado no mundo. Esse não é o dado que nós temos; ao contrário, a esterilização como o último item das formas de contracepção, das formas utilizadas em toda a Europa.

Então, pode ser que os dados da média que o senhor apresentou sejam do terceiro mundo, porque os dados que temos, de todas as pesquisas apresentadas, mostram a esterilização como o último item diferente do Brasil e de outros países do Terceiro Mundo, onde a pílula e a esterilização são as duas formas mais frequentes na contracepção.

São dados que quero contrapor, porque acho muito complicado que se exponha que um dado científico, porque eu acredito na pesquisa, da forma como está sendo posto. Acho que devemos chamar mesmo o IBGE aqui para que essas coisas sejam postas de forma mais tranqüila.

Quero registrar que não questiono as pesquisas já trazidas, os dados do IBGE e nem das demógrafas que aqui estiveram.

Gostaria, Dr. Elsimar, diante do que tenho aqui, que o senhor explicitasse um pouco os objetivos reais do seu centro de pesquisa, porque aqui tem dados de 3 de março de 1988 onde diz que houve uma propaganda, na coluna, inclusive, do Ibrahim Sued, que dizia "No Centro de Pesquisa de Reprodução Humana, que se inaugura no dia 1º de março, em Salvador, vai montar um banco de emprego, de onde a pessoa que se submeteu a um tratamento de esterilização sairá com carta de esterilização para trabalhar em diversas empresas".

Então, quero saber a veracidade desse dado e o objetivo disso.

A segunda questão são os dois outdoors que o seu centro divulgou, colocou em Salvador e em toda a Bahia, não sei exatamente, onde em um apresenta um menino, um jovem negro com um revólver na mão e pergunta se é defeito de fabricação. O outro coloca uma mulher negra grávida morta dizendo que barriga cheia também se morre. São dados que temos e eu gostaria de entender.

Um outro dado que aqui está posto é sobre a questão das pesquisas nos seres humanos; o senhor citou o do algodão, como também o Norplan, que tenha efeitos colaterais concretos e que são utilizados em seres humanos, e gostaria de saber qual o critério utilizado da amostra para essas pesquisas, ou seja, qual o percentual de pessoas de baixa renda que são utilizados nas pesquisas e qual o percentual de pessoas de elevado nível sócio-econômico que servem de amostra de pessoas, onde as suas pesquisas são feitas.

Também temos dados em que o senhor coloca em reuniões, como na sétima reunião da ABEP e outras onde se coloca a questão do fim da menstruação como uma questão importante. Seria porque a menstruação entraria a imagem da inferioridade da mulher além dos seus efeitos prejudiciais, como a perda de ferro e a própria anemia; ou, também, dados que o senhor coloca que o desemprego e o excesso populacional são os dois problemas cruciais no Brasil, e que também o crescimento populacional leva à degradação do meio ambiente, que é o mesmo discurso que vimos no documento norte-americano para a Eco-92.

Então, Dr. Elsimar, quero, na verdade, entender, explícita e objetivamente, o que o senhor pensa, a partir de todos esses dados do crescimento populacional se a população de baixa renda faz parte da amostra de suas pesquisas e como o senhor explica toda essa ordem de pronunciamentos, de outdoors e de propagandas em jornais, que demonstram claramente a visão controlista do controle demográfico, até porque em dezembro de 1980, no jornal e na imprensa o senhor disse que não há diferença entre planejamento familiar e controle da natalidade.

Sabemos das falsas polêmicas criadas em torno desse discurso, mas, para nós, isso tem importância, principalmente porque estamos investigando esse tipo de questão. Gostaria que o senhor explicitasse essa visão e o que o senhor pensa da eugenia como perspectiva e como objetivo na pesquisa de reprodução humana.

Dr. Aquinaga, a primeira coisa que eu gostaria de demonstrar é que o manual que está vindo do Ministério da Saúde até hoje, é esse aqui que temos em mãos, e não o de 1988.

Quero lhe dizer que esse manual não indica os aspectos técnicos da contracepção por esterilização. Tenho estudado muito isso e quero dizer que esse manual não dá as indicações para a esterilização, porque o Ministério da Saúde está tentando desenvolver um manual atualizado, onde há um capítulo sobre isso que ele retirou, recuou, por resistência do movimento de mulheres e de parlamentares aqui presentes que entenderam que o manual, longe de ser técnico, era essencialmente político por trás da insígnia de técnico.

O SR. ELSIMAR COUTINHO - Mas, está aí.

A SR.^a JANDIRA FEGHALI - Não vou ler agora. Podemos até ler para mostrar que aqui não há caracterização dessas indicações como é utilizado nessas instituições.

Então, o primeiro aspecto que eu gostaria de perguntar é o seguinte: diante do Código Penal e do que existe, como é encarado o aspecto jurídico, pelo Cepainq, que, para essa esterilização que é feita, o senhor mesmo já admitiu até, em um debate na televisão, que esteriliza e nunca foi punido por isso, ou melhor, quais os critérios do Cepainq.

Gostaria que o senhor explicitasse a esta CPI uma pesquisa que o próprio Cepainq divulgou, em um jornal americano, jornal de ginecologia, onde, ele demonstrava uma pesquisa com treze mil mulheres esterilizadas e dentre essas vinte e uma estavam grávidas.

A segunda pergunta é quantos laparoscópios o Cepainq, em convênios ou de outra forma, distribuiu, e se é feita e esterilização por laparoscópio dentro do Cepainq.

Por fim, a questão do treinamento de profissionais.

Tivemos um depoimento da Febragso, eu até era relator ad hoc nesse dia, Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia, em que indicava, entre outros depoimentos, que o Dr. Hélio Aquinaga, no Hospital São Francisco, no Rio de Janeiro, foi uma vanguarda no treinamento de profissionais, na década de 70, que tinha como objetivo central o ganho ideológico dos médicos e profissionais para a esterilização.

Gostaria que isso ficasse claro para a CPI, diante dessa denúncia e dessa acusação.

O SR. ELSIMAR COUTINHO - Denúncias, não. Fatos!

A SR.^a JANDIRA FEGHALI - O senhor irá responder no seu tempo adequado. Gostaria que isso ficasse claro, se o treinamento era direcionado para a esterilização como forma de contracepção.

À Dr.^a Edna, se o (tem avaliação do trabalho do Cepainq, e do centro de pesquisa do Dr. Elsimar Coutinho, se tem dados para fornecer à CPI.

Ao Dr. Eurípides, rapidamente, a questão de como a federação vê, se entende que esterilização é um método contraceptivo, ou se não pode ser entendido como um método e sim como uma intervenção cirúrgica de caráter definitivo, apesar de todas as formas de reversão que já existem, mas em um percentual ainda pequeno, diante do quadro, como a federação encara isso.

Segundo, como a federação entende a posição de um médico, que segundo várias denúncias, esteriliza mulheres sem o seu próprio consentimento; ou seja, como deve ser a atuação da legislação ou dos próprios conselhos de entidades médicas em relação a esses profissionais.

Propria, também, que, além do IBGE, o CFM fosse chamado para depoimento, se é que não está marcado seu depoimento. Parece-me que quinta-feira.

A SR.^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Queria que os senhores fossem realmente sucintos.

A SR.^a MARIA LUIZA FONTELE - Eu não vou ter dificuldades em ser breve porque a Deputada Jandira Feghali já abordou questões que eu gostaria de fazer.

A SR.^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Deputada Maria Luiza Fontenele.

A SR.^a MARIA LUIZA FONTELE (Fora do microfone) Gostaria de perguntar ao Dr. Elsimar: ... (fala fora do microfone) dependendo da amostragem, dependendo do âmbito onde a pesquisa é realizada. (Inaudível) esclarecer esse dado do IBGE, inclusive do montante da população. Gostaria que nos fornecessem dados do centro de pesquisa que estão contidos no artigo, mas não (inaudível) de que no Centro de Pesquisa de Reprodução Humana, em Salvador, a esterilização comparece com 10% (inaudível).

Todas as informações que temos, a pílula vem realmente, como um dado mais forte no método contraceptivo, no entanto, não tem aparecido em nenhuma (inaudível) que fossem os dados.

A outra questão é se anticoncepcional o que V. S.^a fez referência é exatamente o mesmo que já foi divulgado anteriormente. Porque dados da imprensa indicam que doze homens que se histerectomizaram ficaram estérteis. Como fica essa questão, tendo em vista que o produto está sendo apresentado como bastante seguro e vai ser lançado no mercado? Há ainda uma questão levantada pela Deputada Jandira: como fica essa preocupação com o problema da fertilidade, desse processo reprodutivo com a eliminação da menstruação, que foi a proposta divulgada como sendo da iniciativa de V. S.^a

A investigação que eu gostaria de fazer é sobre a possibilidade de, nos períodos em que acontecerem recursos vultosos, como aqueles a que V. S.^a fez referência, orientar esses recursos fundamentalmente para a questão da esterilização. Porque o programa é apresentado como sendo multifacetado. No entanto, os dados que temos mostram que houve uma coincidência de esterilização muito forte em um dado momento, e eu gostaria exatamente de checar se essa incidência coincide com a liberação de recursos. Então, proponho que se identifique o período da liberação desses recursos e se os recursos foram destinados prioritariamente para a realização de ligações de trapas.

A SR.^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Deputado Heitor, eu lhe pediria que fosse mais rápido. A minha preocupação é que V. Ex.^s não fiquem sem resposta, porque os depoentes precisam sair.

O SR. HEITOR FRANCO - Sr.^a Presidente, vou procurar atendê-la, mas antes digo que continuo protestando.

A SR.^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Eu não queria tomar mais tempo, mas gostaria apenas de dizer que a Presidência cumpre o Regimento. O que deveríamos fazer e não fizemos era determinar também um tempo para os depoentes, porque eles já chegam com o voto de retorno marcado, e não posso impedí-los.

O SR. HEITOR FRANCO - Com a maior submissão, atendo; mas o Regimento não prevê um leque tão grande de tão ilustres depoentes como o que temos hoje e temos tido nesses dias todos. Mas aceitamos a recomendação de V. Ex.^s e vamos fazer o possível para cumpri-la.

Sr.^a Presidente, eu gostaria de me associar ao Sr. Relator na sua manifestação de júbilo pela presença de tão ilustres depoentes como os que estamos tendo hoje: Dr. Elsimar Coutinho, meu caro mestre Hélio Aquinaga, Dr. Eurípides e também a Dr.^a Edna. Eu os parabino por tão bela exposição.

Preciso fazer um pequeno registro, que é inédito para mim: Sr.^a Presidente, nos idos de 1951 a 1952, eu frequentava a 8ª Enfermaria do Hospital São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro - eu, Garotter, Rogério Brandão, Altino Alves. Essa enfermaria era capitaneada pelo nosso mestre e professor Dr. Hélio Aquinaga, que hoje teve a grande satisfação de reencontrar após 40 anos. Nessa época, é possível que a Sr.^a Presidente ainda nem existisse. Hoje reencontro aqui o Dr. Hélio. Que alegria! Que satisfação! Hoje é um dia de festa para mim.

Srs. Expositores, eu lhes diria inicialmente que entre os objetivos desta Comissão, se inclui evidentemente, como o próprio nome demonstra, a nossa preocupação com a esterilização em massa das mulheres no Brasil. Mas não é apenas isto. Estamos preocupados também em solucionar o problema da reprodução humana em nosso País, para que ela seja feita de forma responsável e consiente. É necessário que haja compromisso e responsabilidade na concepção de cada um dos seres. É evidente que, para isso, precisamos do depoimento de todos os senhores, que são, na verdade, autoridades no assunto.

Tenho visto muitas estatísticas, sobre pesquisas e tenho visto também muita coisa contraditória. Ainda hoje aqui, tivemos a oportunidade de ver essas contradições. Há uma contradição muito grande nos números de estatísticas, especialmente estatísticas que não são as nossas.

Endosso a colocação feita anteriormente pela Deputada Jandira Feghali, com relação ao serviço do Dr. Aquinaga, onde 13 mil — segundo quem nos forneceu os números — esterilizações foram feitas no período de três anos. Fiquei estarelecido com isso! E vejo outras estatísticas que mostram exatamente outros números. Sinto-me, por vezes, vendo esses números, como uma pessoa que adentra uma relojoaria à meia-noite, onde todos os relógios discutem, a um tempo, a hora certa. Um diz para cá, outro diz lá, e não sei, afinal de contas, onde, onde realmente se encontra a verdade.

Dai, então, meu caro Mestre, gostaria de lhe perguntar se confere a estatística apresentada num documento que a Deputada Jandira Feghali menciona e que já foi aqui mencionada pela Dr. Elza Berguó, uma demografia que veio à nossa Comissão. Segundo ela, de 1981 a 1984, foram realizadas, no seu serviço, 13 mil esterilizações. Achei absurdo esse número! Eu lhe perguntaria, então, Dr. Hélio, se esses números são reais. E se reais, quais foram exatamente as indicações, que levaram ao seu procedimento? Gostaria de ouvi-lo sobre isso.

Vou terminar por aqui, porque vou representar também o tempo dos Srs. Deputados.

A SRª PRESIDENTE (Bernadita da Silva) — Concedo a palavra ao Dr. Elsimar Coutinho.

O SR. ELSIMAR COUTINHO — Fico muito triste quando percebo que uma pessoa que eu não conhecia alimenta tão grande animosidade contra a minha pessoa. Fico realmente magoado, porque acho até injusto criar-se animosidade contra alguém que não conheçamos. Mas o que se vai fazer? A vida é assim, vamos vivendo e aprendendo, lamentando às vezes festejando quando descobrimos que também há pessoas que gostam da gente, sem que as conheçamos; quando isso nos é revelado, faz com que nos sintamos rejubilados.

A SRª JANDIRA FEGHALI — Srª Presidente, só uma questão de ordem.

Não há aqui nenhum problema pessoal de gostar ou desgostar. Estou aqui fazendo uma discussão política e em torno das idéias de que as questões sejam contraditórias ou não.

Isso é só para que retiremos o plano pessoal, porque, como não lhe conheço, pessoalmente nada tenho contra o senhor. Estou discutindo um problema político e de indicações objetivas.

O SR. ELSIMAR COUTINHO — Deputada, mas eu tenho o direito de fazer referência à minha sensação de surpresa ao interpretar a lista de coisas que V. Exª acumulou, ao longo dos anos, coisas que ocorreram há 10, 15 20 anos.

A SRª JANDIRA FEGHALI — Claro! Sou uma estudiosa do assunto.

O SR. ELSIMAR COUTINHO — ...acumulando contra minha pessoa a nada a favor. Claro que isso não releva uma indiferença revela uma animosidade...

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Gostaria de, em nome da Presidente, pedir que fosse evitado o debate dessa natureza, eminente Deputado.

A SRª JANDIRA FEGHALI — Só quis fazer o registro. Só isso.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Com a palavra o Dr. Elsimar Coutinho.

O SR. ELSIMAR COUTINHO — Muito bem. Existem muitas coisas que fui anotando, não sei se poderemos abordar tudo.

Em primeiro lugar devo dizer que acho que a coisa mais importante que foi citada no início da arguição da Deputada, foi o problema da estatística. A única estatística que está citada no meu artigo e a que foi buscada no documento do IBGE o que, como digo no meu artigo, diz o nome de pessoa que leu, qual o cargo dela no IBGE e quando foi que o artigo foi lido. Está tudo escrito aí. E se existe erro, ele é do IBGE. E se existe algum documento que prove que não são 6 milhões de mulheres esterilizadas e que são 20 ou 30, este documento tem que ser apresentado. Não pode ser interpretado que 40% daquelas que estão usando e se fazem estimativas no ar, não serve.

Foram contadas quantas? O IBGE contou é milhões. Quem contou mais, ou quem contou menos... Tem que ser documentado, porque a interpretação feita em percentual é diferente. Nós podemos tirar o percentual da maneira que queiramos. E cada um usa de acordo com os seus objetivos, geralmente políticos.

Isso é o que tinha falar sobre a estatística. Realmente não fui anotando todas as coisas, porque achei que havia muita coisa igual.

Um dos assuntos mais importantes que a Deputada trouxe à baila foi os objetivos do meu Centro e por que faço pesquisas, quais são elas e quais são os meus pacientes?

Deputada, um professor da Faculdade de Medicina tem dois deveres: um de ensinar, outro de pesquisar. Sou Professor catedrático de reprodução humana e a minha função é pesquisar e ensinar. Se, por ventura, a Deputada acha que os professores de Medicina, no Brasil, não devem ter o direito de fazer pesquisa clínica, faça uma lei e os proíba. Por que todos os professores do mundo têm o direito de fazer pesquisa clínica e eu o faço como Diretor do Centro de Pesquisas Clínicas da Organização Mundial de Saúde.

As regras do jogo são simplesmente as mesmas em qualquer país do mundo. Não podemos saber qual é o efeito de uma droga em um ser humano se não fizermos o experimento no ser humano.

Existem regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde para que a pessoa experimentada não sofra nenhuma consequência diversa. Obede-

ceamos a um conceito, estabelecido há séculos, que é aqueles de em primeiro lugar não fazer mal. É isso que temos que atender. Se possível, fazer bem. Nem sempre podemos fazer bem, porque não sabemos como cada pessoa responde a cada tratamento. Cada dia que você toma um remédio novo, que nunca tomou, está sendo objeto de experimentações do seu médico. Cada remédio novo que é introduzido no mercado, infelizmente não depois da experimentação brasileira, por causa dos obstáculos que são colocados à experimentação no Brasil, porque só somos massacrados, a experimentação é toda feita no exterior. O que se faz de experimentação clínica, no Brasil, é menos de 1% do que se deveria fazer, 90% das experimentações de qualquer droga, de qualquer remédio novo são feitas fora do Brasil, sobretudo nos países desenvolvidos. Geralmente em universidades que pegam toda a verba dos laboratórios farmacêuticos em virtude de experimentação.

A Faculdade de Medicina, a mais avançada do mundo, da Universidade de Harvard, pega quase que 80% do seu orçamento da indústria farmacêutica, porque lá é que se faz a experimentação clínica.

E a experimentação clínica que se faz no exterior, nos países desenvolvidos, está sim é a perigosa. É a fase um, a fase dois e a fase três. É a experimentação em que o primeiro indivíduo do mundo está recebendo aquele remédio. Então aquilo é feito cercado de todos os cuidados apesar de que quando o cientista traz a droga para o experimento humano já o ter feito em quatro ou cinco espécies animais, sabe que a droga é inócua para aqueles animais, mas não sabe se o é também para o ser humano. Então é feito o experimento no homem.

Depois que é experimentada em um ou mais homens, geralmente voluntários, muito bem remunerados para isso, é que se passa para a fase dois em que se estende a experimentação a outras pessoas. E assim vai se estendendo até a fase três.

No Brasil nunca se faz nem um, nem dois, nem três, nem a parte animal. O que se faz aqui é a experimentação da fase quatro, quando a droga já está aprovada por todas as organizações e autorizadas para uso em seres humanos. E esse o tipo de experimentação que se faz, uma experimentação, do ponto de vista científico, ridículo, porque já se pega tudo mastigado, e não vai se fazer nenhuma descobertas, porque fazer descoberta no Brasil não é coisa para médico brasileiro, não; ele não tem nenhuma condição de fazer a pesquisa, não somente pelas dificuldades materiais, mas também pelo patrulhamento ideológico que não permite a ele, professor, trabalhar com os seus pacientes em paz. Então, quais são os objetivos do meu centro? O meu centro é um centro de ensino e de pesquisa. Sou professor e, insisto, sou professor por concurso, não sou de favor nem eleito, sou professor disputando lugar de professor, fiz três concursos antes de ser Consultor da Organização Mundial da Saúde; foram mais de 10 anos fazendo pesquisas para nos qualificar, para poder trazer um centro de pesquisa da Organização Mundial de Saúde para o Brasil, que é o único da América do Sul. E não foi disputa fácil, não, porque a Argentina queria, o Chile queria, e há 20 anos que está aqui e nunca saiu, apesar da agressão gratuita e injustificada das pessoas que não conhecem o centro. Porque para criticá-lo, as portas estão abertas 24 horas por dia; os arquivos estão abertos. É uma coisa totalmente transparente; e não está aberto desde que foi fundado.

O DEPUTADO MANOEL CASTRO, que está presente, que é da Bahia, poderá dizer se é um centro transparente ou não é. A imprensa não sai de lá de dentro. Agora, a Deputada pegar notícias de imprensa, que não foram dadas por mim, como essa notícia do Ibrahim Sued, que ouviu o galo cantar e deu a notícia que ele gostaria de dar, porque era isso que ele gostaria de fazer, é aquela história da agência de emprego. Mas, a agência de emprego não é para dar atestado que o indivíduo fez esterilização. Eu nunca dei um atestado desse; nosso centro nunca deu nem pretendeu dar. Isso talvez é que o Ibrahim Sued gostaria que eu fizesse. Mas não é isso que é feito. O que nós temos é uma agência de emprego para facilitar a vida das pessoas que eu nos procuram, porque nós nos sentimos obrigados socialmente não somente a ajudá-las a não ter filhos ou ajudá-los a ter filhos, mas também a ajudá-los a sobreviver.

Naquele local, nós recebemos pessoas pobres que se dizem desempregadas e mostramos a elas uma lista de empregos que eles poderão procurar. O que você é? Você é doméstica? Todos essas pessoas aqui estão precisando de domésticas. Você é lavadeira? Essas pessoas estão precisando de lavadeira.

Um número muito grande de pessoas nos procuram, cerca de 300 pessoas por dia. Quem está precisando pede, se parecer aí uma lavadeira, se aparecer um motorista, nós estamos precisando de um motorista, manda para cá. Então, nós achamos que podemos prestar esse serviço gratuitamente, sem nenhuma despesa para nós e foi o que nós fizemos. Uma agência de emprego é uma pessoa que simplesmente orienta principalmente os pacientes. Não fazemos isso para empresa, a empresa não precisa da gente; são particulares que buscam ajudar. Lamento que essa notícia de jornal, que, aliás, eu nunca tinha lido não sabia disso, tenha sido publicada desse jeito.

Há um outro aspecto que foi abordado também pela Deputada Maria Luíza e como foi abordado pelas duas, acho que vou ter que falar e dar uma explicação, que é a supressão da menstruação. Não é isso?

A Deputada Maria Luíza também falou dos 12 homens que ficaram inférteis. Outra notícia que jornal que lhe deixou uma dúvida atroz: 12 homens ficaram inférteis com o tratamento. O tratamento visava provocar a infertilidade. Somente não se colocou que essa infertilidade é reversível: quem toma Gossipoli (quando pára, volta a ser fértil).

A reversibilidade é total. Hoje em dia, nós identificamos apenas 5%, a 10% de homens, dependendo do país — nós estamos fazendo um estudo multicêntrico em 12 países — de 5 a 10% de homens que, ao parar o tratamento com Gossipol, que os mantém inférteis durante a 1 ano ou 2 anos, não recuperam a fertilidade.

A SRª MARIA LUÍZA FONTENELE — Só para efeito de esclarecimento, não há, então, nem um registro para evitar infertilidade.

O SR. ELSIMAR COUTINHO — Os 12 pacientes que foram tratados aqui no Brasil, por exemplo, recuperaram a fertilidade. Para que se tenha algum infértil, é preciso que se trabalhe com grandes populações, como estou trabalhando na China. Na China, eu tenho perto de 10 mil homens usando Gossipol.

Eu sou professor na China, professor visitante na Universidade de Xangai; todos os anos vou lá, paí de curso, e às vezes vou mais de uma vez; simplesmente para supervisão desse estudo que estou fazendo lá, porque lá certamente, eu trabalho melhor do aqui, no Brasil.

E é lá que estou fazendo a maior parte dos meus estudos.

Estou fazendo na China, em Cuba, na Áustria; são países que me recebem bem, onde estou fazendo quase tudo; não faço quase mais nada no Brasil.

O que faço no Brasil é quando a coisa já está no mercado, já foi aprovada, já está nas prateleiras, aí eu uso, porque, para fazer coisa nova, eu aprendi que tenho que fazer por aqui.

Sobre a supressão da menstruação, eu fico realmente admirado que as mulheres não tenham recebido com alegria essa colocação que venho fazendo a respeito da menstruação. A menstruação é um fenômeno da mulher civilizada. A menstruação é uma inutilidade biológica para as mulheres que não ovulam. A menstruação é um processo de sangramento que ocorre sempre que a mulher ovula, e, tendo ovulado, não engravida.

Todos nós sabemos disso.

Quando ovula e engravida, ela não menstrua.

A natureza sempre esperou que cada ovulação vingasse. Como vingam em primatas subumanos.

Todos os primatas subumanos, do gorila até o menorzinho, o sagüi, menstruem somente quando estão em gaiolas; em liberdade nunca menstruem.

Por quê? Desde o sagüi até o gorila, a menstruação é de 28 dias, como a da mulher, idêntica, o sangramento é igual. É verdade que no sagüi o sangramento é raro, porque a quantidade de sangue é pequena. São 28 dias. O ciclo é idêntico. Pois bem, nunca se encontra um gorila fêmea menstruando, na natureza. Porque, ou ela está grávida ou está amamentando. Se estiver amamentando, a amamentação ad libitum é uma condição que cria a prolactina e inibe a ovulação.

A mulher tem a chamada amenorréia da lactação. E com a primeira ovulação, se ela vivesse em liberdade na natureza, ela engravidaria com aquela ovulação.

Assim, se a mulher vivesse na natureza, como os animais, quer dizer, se não fosse civilizada, não vivesse em sociedade, certamente que ela não menstruari. Nunca, como não menstruem os animais.

Então, o que eu quero colocar é que não se pode chamar menstruação uma coisa natural. Nunca houve a expectativa de que a mulher menstruasse 10 vezes por ano, durante 30 anos.

Este sangramento e essa força, este estímulo do ovário que a natureza faz todo mês para finalmente conseguir uma gravidez só poderia acontecer com a segregação da mulher numa sociedade desenvolvida, em que essa segregação interessa à sociedade. Quer dizer, não interessa à sociedade que a mulher engravida aos 11 anos, nem 12, nem aos 13.

Se a mulher, quando ovula, porque está segregada, tem que menstruar, a minha tese é de que quando a mulher não ovula, porque está tomando anticoncepcional, ela não tem por que sangrar, já que a menstruação é como se fosse o fim de um ciclo pseudogestacional quer dizer, ela ovulou, mas foi uma ovulação em branco; não engravidou. Duas semanas depois, ela vai colocar para fora aquilo que ela colocaria 9 meses depois se tivesse engravidado; aqueles resíduos do endométrio são cuspidos para fora, e ela tem uma menstruação de 4 dias.

Qual foi a minha colocação?

Trinta por cento das mulheres, e é para elas que isso foi dirigido, cansei de repetir isso, falo isso em todo congresso de medicina, daqui e do mundo inteiro, 30% das mulheres têm a menstruação um momento de grande sofrimento; incluem-se entre essas aquelas que tem endometriose, que uma doença atroz, que provoca dores intoleráveis na mulher. Os outros 15% representam mulheres que tem dispareunia e tem dismenorréia, por outras razões; ou tem um útero muito fletido, muito dobrado, para um lado ou para o outro, ou ela tem aderências de uma operação anterior, enfim, é uma pessoa que não tolera, tem aquilo que se chama dismenorréia, dor intensa durante a menstruação; outras, porque são portadoras de miomatose, ou de adenomiose, ou de polipose intra-uterina, elas sangram demais, e, como elas sangram demais, ficam anêmicas.

Então, essas mulheres não tem por que menstruar enquanto essa condição não se modificar.

A proposta que eu fazia era a seguinte: Já que a menstruação é uma inutilidade biológica, principalmente para aquelas mulheres que não estão ovulando, não há por que a mulher que toma pílula, parar de tomar para menstruar.

Eu faço uma analogia com o camarada que tinha um dente só na boca, e o dentista pergunta: — Por que você não arranca este dente? — E ele diz: — Arrancar o meu dente? Só tenho este. — Pois é, para que serve? — Para que serve? Dói como um desgraçado.

Então, para que serve a menstruação de quem não ovula? Não serve para nada.

E agora vou falar para as mulheres. Eu tenho mais de 60 alunas por semestre, sexo feminino, o resto é masculino, mas mais de 50% dos meus alunos são mulheres. A maior parte delas começa a não menstruar no momento em que começam a usar anticoncepcional. Por causa das minhas aulas.

E o que acontece com a mulher que não menstrua, durante o período que ela quiser?

O que proponho é dar uma independência total à mulher; só menstruar quando quiser. É isso que ela tem que aprender ela menstrua quando quiser. Ela gosta de menstruar, pode menstruar até duas vezes por mês. É dar liberdade a ela para que só menstrue quando quiser. Ela vai viajar, vai ter um encontro, vai participar de um evento importante, um evento esportivo, por exemplo.

Tenho uma paciente, que é trapezista de um circo que esteve na Bahia há 3 anos atrás, me ouviu na televisão e disse: Doutor, o senhor vai salvar a minha vida, porque sou obrigada a fazer trapézio todos os dias, e quando estou na fase pré-menstrual ou menstruada, sinto que vou morrer. Não me seguro direito, etc. Suspenda a minha menstruação.

Suspendi. São três anos de felicidade para ela; me telefona, me manda presentes, e diz: o senhor salvou a minha vida, porque, com certeza, eu ia morrer. Porque tinha dismenorréia e era obrigada a trabalhar, se fosse um dia de domingo, fazer 4 espetáculos em cima de um trapézio.

Pois bem, é para isso que desenvolvi; eu esperava o aplauso e recebo uma animosidade. Coisa horrível! Querem acabar com a menstruação...

E fui até acusado de estar transformando mulher em homem, por uma sociedade médica do Rio de Janeiro, de Niterói.

Foi coisa séria. No período do Presidente Geisel, foi para o Ministério da Justiça uma denúncia da Associação Médica do Rio de Janeiro, dizendo que eu estava transformando mulheres em homens.

Sabe por quê? Por que estava acabando com a menstruação.

Sabem o que eu fiz?

O Ministro da Justiça encaminhou ao Secretário de Segurança da Bahia — cuja esposa era minha cliente — que me telefonou: "estou com uma denúncia mandando prender o senhor, porque o senhor está transformando mulher em homem".

E eu disse: cumpria o seu dever. Quero ser preso, me prendam.

Agora, você ou o acusador vai ter que pegar o homem que era mulher, e que eu transformei. Porque tem que ter um corpo de delito, pelo menos, para fazer uma acusação dessa.

Estamos fazendo um estudo enorme na China, sobre a supressão da menstruação em que as mulheres tomam pílulas anticoncepcionais e menstruam regularmente.

E um outro grupo igual, quase duas mil mulheres estão no estudo, oitocentas em cada grupo. E o outro grupo usa pílulas anticoncepcionais continuamente. Isso é para simplesmente ver qual é o efeito da presença e da ausência da menstruação.

Sabe qual o resultado que estamos tendo?

É uma coisa dramática. Em primeiro lugar, a eficiência da pílula vai para 100%, ninguém fica grávida tomando continuamente. Portanto, aumenta a eficiência.

Não citei aqui, e isso é bom para a Deputada Benedita ter uma idéia, de que quando se fala em esterilização e outros métodos anticoncepcionais, tem um dado muito fundamental: é que isso salva vidas. Para cada gravidez, para cada 70 gravidezes que ocorrem no País, uma termina em morte, e quem morre é a mulher.

Então, se você for multiplicar isso pelo número de gravidezes e concepções que ocorrem por ano, são em torno de uns cinco milhões de concepções, é muita mulher que morre, simplesmente porque ficou grávida, geralmente sem querer ficar grávida, e que vai fazer um aborto e acaba morrendo.

Engravidou porque não estava protegida, e, tendo engravidado, morreu.

Só quero dizer que a mortalidade materna ainda é muito elevada no Brasil, para não valorizarmos mais ainda qualquer tipo de meio anticoncepcional, que vai desde o uso de cremes ou geléias até a esterilização. Mas, naturalmente, passando por uma gama inteira.

Por que é pouco o tempo de que disponho, e naturalmente a Mesa dispõe, não posso entrar em detalhes mais longos.

Quando falo de supressão de menstruação, mostrando dados concretos, mostrando que não somente diminui a incidência de concepção, portanto, torna mais eficiente a pílula, diminui a incidência de doença pélvica inflamatória, esfiria, o ovário fica totalmente desinflamado se houver; diminui consideravelmente a ocorrência de anemia, e cura as anêmicas; o hematócrito começa a subir a partir do terceiro mês de uso.

Em mulheres com hemoglobina de 9 gramas, em menos de 6 meses já estão com 12, 13g. A mulher, a ela é devolvida a saúde. Uma das grandes desgraças neste País é a anemia. Não existe nada que mais tire a agressividade, a disposição para o trabalho, a vontade de viver de uma pessoa do que a anemia, e ela atinge mais de 70% das mulheres brasileiras. Ora, quando digo que a menstruação é inútil para a mulher, não é desejo proibir as mulheres de terem menstruação. Isso é ridículo! O que digo é que aquela que não quer menstruar não precisa. Meus colegas faziam oposição, mas não de frente! Eu falava no Congresso e ninguém dizia nada. Mas, ao chegar no corredor, diziam: — que bobagem é essa do Elzimar, propor supressão de menstruação.

Aproveitei um dia em que fui abrir o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, no Recife, no Palácio Guararapes, com a presença de Ministros e Governadores, para fazer um desafio aos médicos presentes. Estavam lá todos os professores de ginecologia e obstetrícia no Brasil; aproveitei a oportunidade e perguntei se algum presente seria capaz de apresentar uma vantagem médica para a mulher que pode suspender a menstruação. Ninguém se apresentou. Contei um minuto no relógio e agradei a todos. Havia mais de 2 mil pessoas. Esse meu jeito agressivo é a única forma que conheço de discutir esses assuntos, principalmente quando são comentados entre quatro paredes ou num corredor. A supressão da menstruação é uma medida que venho defendendo, em revistas médicas internacionais, com alguma dificuldade, principalmente porque não estão entendendo o recado. Desenvolvi um tratamento contra endometriose, a doença que provoca dores horríveis durante a menstruação, que é o utilizado por 80% das mulheres que têm endometriose no Brasil, e no resto do mundo, diga-se de passagem. Essas mulheres só se beneficiaram com a supressão da menstruação.

Vamos passar à eugenia.

A questão de eugenia tem um pouco a ver com as colocações que foram feitas pela nossa colega com referência a algum tipo de racismo que exista no planejamento familiar. Quero acentuar a vocês o seguinte. Vivo numa cidade negra. Na Bahia, 80% da população é negra. Obviamente, isso se reflete na nossa vida. Quer dizer, as minhas clientes são predominantemente negras; da mesma forma ocorre com minhas assistentes. O pessoal que trabalha no meu centro é predominantemente negro, quase 70%. Como trabalho numa cidade negra, só posso trabalhar com os negros e para os negros. Meu mais importante auxiliar, o Secretário Executivo da Organização, que coordena todas as minhas pesquisas no mundo, é negro; aliás, não é negro brasileiro, é nigeriano. Como é professor de ginecologia e obstetrícia competente, e eu o trouxe para a Bahia, onde ele mora.

Simplesmente, para que vocês sintam o meu estado de espírito em relação aos negros; — não sei se o Deputado Manoel Castro sabe — tenho um filho negro. Criei uma criança desde um ano de idade até os seus atuais 33 anos de idade, junto com um filho meu, branco. Eles têm a mesma idade, cresceram juntos, dormindo no mesmo quarto, indo para o mesmo colégio, comendo à mesma mesa comigo.

Minha atitude em relação à eugenia é a atitude de qualquer médico que sente que, se ele puder prevenir uma má-formação fetal, ele deve fazê-lo antes da concepção. Isso pode ser feito de diversas maneiras. Quando defendo que mulheres com mais de 40 anos não engravidem é por que o índice de má-formação fetal nessas mulheres é elevadíssimo. Então, o que fazemos? Desencorajamos a gravidez e encorajamos a adoção para uma mulher dessa idade. A gravidez em meninas muito jovens também resulta em um alto índice de má-formação fetal. Faço conferências no Dia dos Pais há mais de 15 anos para os deficientes físicos de Salvador. Passo o dia dos pais com eles. Trato-os como seres humanos, como deve ser. Eugenia é uma palavra muito delicada para ser definida, pois para o médico a eugenia deveria ser o objetivo último. Se uma mulher está grávida, farei tudo o possível para que seu filho nasça perfeito, bonito, sadio e fértil para que possa fazer filhos. Porém, se me perguntarem se deve escolher-se a raça, claro que não. Isso é bobagem. Esse tipo de eugenia hitleriana ou staliniana, praticada por esses grandes ditadores naturalmente eu a condeno. Sou um democrata, a favor do diálogo. Convido a Deputada a visitar o meu centro, a ouvir nossas apresentações, assistir às nossas aulas, o que será um enorme prazer para mim. Conhecendo esse trabalho, a Deputada, ao invés de criticar, ajudará porque preciso de ajuda.

Não se deixei de responder alguma coisa importante. Há alguma omissão?

Quero me desculpar, caso não tenha explicado a contento; mas, naturalmente, estou disposto a voltar ao assunto. E insisto estendendo o convite aos outros deputados: passando pela Bahia, visitem esse centro que agora se transforma num centro modelo da Organização Mundial de Saúde para Planejamento Familiar. Aceitamos sugestões para que ele seja melhorado, mais ainda. É um centro mantido às custas de recursos originários da própria cidade de Salvador, no Estado da Bahia, há muitos anos. É, portanto, aquilo que a gente considera o ideal. Muito obrigado.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Agradeço a Dr. Eusimar porque ele sairá agora e solicito, que, se tiver algum documento complementar ou ilustrativo além do que foi lido aqui que possa contribuir para o debate, para o depoimento nesta CPI que nos mande. Gostaríamos de ter os dados. Sempre que são citados dados, solicitamos a fonte, não apenas para os Anais da CPI mas também para o nosso relatório.

A SR^a PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Concedo a palavra ao Dr. Hélio Aquinágua.

O DR. HÉLIO AQUINÁGU - Procurarei ser breve, respondendo às perguntas que me foram feitas. Primeiro, os aspectos jurídicos. Do meu ponto de vista e de todos os juristas, não há, quanto ao Código Penal, nenhum inciso que condene a ligadura de trompas. Isso já foi discutido e visto. Já foi muito bem determinado. Houve um Congresso organizado pela Academia Nacional de Medicina, no Nereu Ramos, onde ficou bem estabelecido que não há nada contra. Há um fato notório e evidente. Até o dia de hoje, não houve no Brasil sequer um médico que tenha sido condenado juridicamente por ter feito ligadura de trompas. Se essa lei tem conotação de ilegal, não está sendo aplicada, nem vista, nem feita, porque até hoje não houve sequer um caso de um médico que tenha sido condenado, juridicamente, por ter feito ligadura de trompas. E sabemos que elas estão sendo feitas ao Deus-dará, de todas as maneiras e de todas as formas, sem nenhum critério. Portanto, do aspecto jurídico, era o que tinha a dizer.

Ao Conselho Regional de Medicina cabe a função precípua de analisar eticamente a conduta do médico. Se ligadura de trompas fosse realmente, condenável. O conselho já deveria ter tomado uma medida. O programa que dirijo, CEPAINC, foi visitado, não por um, mas pela Comissão de Ética em pleno, do Conselho Regional de Medicina. Treze médicos chegaram lá de improviso, às 7h e 50min, ficaram lá até às 3h da tarde e, até o dia de hoje, não recebemos nenhuma admoestação do CRM. Se por acaso aliás já tive a ocasião de dizer isso à Deputada. S. Ex^a pensa que isso é contra a lei, que é ilegal, o que deveria fazer é instituir um processo jurídico contra aqueles que fazem a ligadura de trompas se S. Ex^a não a faz, ou está se omitindo, ou está sendo cúmplice de um procedimento ilegal, do qual possui o conhecimento e está trazendo à CPI. Se pensa que é ilegal, faça alguma coisa, um processo ou qualquer coisa nesse sentido.

Quanto à gravidez, nos casos que se apresentam nas estatísticas, quero dizer que a ligadura de trompas não é um método 100% infalível. Todas as estatísticas do mundo mostram um certo grau de falha nela. Então, o aparecimento de dois ou três casos nos números que apresentamos não é extraordinário ou uma surpresa.

Na questão do laparoscópio, estávamos convencidos de que a forma como o planejamento familiar estava sendo feito no Brasil era absolutamente antitética, discriminatório, injusto, absolutamente fora dos trâmites necessários. Hoje, faz-se planejamento familiar, com todos os métodos, desde Manaus até Porto Alegre, em todas as cidades, desde que o indivíduo tenha o dinheiro para pagar. Aqueles que são pobres e que não podem criar um filho são penalizados ao terem um filho que não querem e que não podem criar. São obrigados a tê-lo; são penalizados por não terem o dinheiro para pagar por um método contraceptivo. Essa é uma das causas de as ligaduras de trompas serem tão frequentes no Brasil. São feitas através da cesariana, que é uma indústria hoje da ligadura de trompa. Oitenta ou mais por cento das ligaduras de trompas - o Brasil detém o maior número - são feitas únicas e exclusivamente durante a cesariana, que, diga-se de passagem, é uma ocasião absolutamente contrária a se fazer esse trabalho. A ligadura de trompa nunca deveria ser feita durante a cesariana, porque o aparelho genital da mulher nessa ocasião sofre uma série de modificações fisiológicas, como edema, crescimento etc. A ligadura de trompa vai lesar enormemente a nutrição do ovário, que é feita através das artérias ovarianas e a parte do sistema nervoso. Então surge a série de efeitos colaterais, dos fenômenos todos, dos quais a mulher se queixa após uma ligadura, pois são feitas nessa ocasião a maior parte delas, o que absolutamente não deve ocorrer.

Nesse sentido, que o planejamento familiar devia estabelecer parâmetros. Desde o momento em que o Governo se omitia, ninguém fazia coisa alguma, nós estávamos com aquela bandeira na mão, achando que alguma coisa tinha que ser feita para que o planejamento familiar fosse feito dentro dos cânones, dentro da ética, não causando o mínimo de prejuízo. Estavam fazendo ligaduras de trompas em meninas de 16, 17, 18 anos no Piauí, como mostram as estatísticas. Isso é uma barbaridade, um crime. Então, estabelecemos um sistema de instrução e cursos no CEPAINC. Com isso, conseguimos um projeto com a Universidade de John Hopkins, para que nos fornecesse os aparelhos necessários para que essa ligadura de trompa fosse feita nas melhores condições possíveis e que menos lesões pudesse trazer à mulher. Estabelecemos uma norma, as indicações, auditoria, tudo como deveria ser feito. Jamais demos qualquer laparoscópio a uma pessoa. Dávamos às entidades, ou hospital, ou universidade, enfim, a uma entidade jurídica, com personalidade jurídica: Assim é que foi feito.

Os recursos que tivemos nunca foram orientados no sentido de ligadura de trompas. O primeiro projeto assinado pelo Governo brasileiro foi assinado no dia 10-12-79. E foi assinado, em nome do Governo brasileiro, pelo Ministro Carlos Alberto Pimentel, da UPA, e pelo Sr. Luiz Ramirez.

Esse projeto, que era de cuidados primários materno-infantil, não tinha nenhum elemento com o problema de esterilização. A esterilização surgiu no CEPAINC depois.

O número divulgado absolutamente não foi feito nesse período. Isso tudo está publicado. O que ocorre é que a pessoa, quando quer manobrar as estatísticas, sabe perfeitamente. Então, dizer que foi nesse período que fizemos essa quantidade de esterilizações é uma forma de deturpar a coisa.

Já se disse que a estatística tem muito a ver com os biquínis: deixa à mostra o superficial e esconde o essencial.

Está publicado; absolutamente não foi nesse período que fizemos esse número. E quero dizer que, no princípio, o número de esterilizações era muito grande no CEPAINC, porque o CEPAINC era a única instituição no Rio de Janeiro que cobrava um preço razoável para a mulher fazer a sua esterilização quando havia indicação.

Quero dizer que 78% das mulheres que vêm aos nossos serviços querem fazer esterilização, e não chegam a 10% aquelas que realmente fazem a esterilização.

Esse número de ligaduras foi feito num período de 22 anos, que é o tempo que o CEPAINC tem de existência. O CEPAINC não foi instalado antontem. Estamos completando agora 22 anos de existência, em que estamos procurando trazer, dentro do que está à altura das nossas possibilidades, um pouco de tranquilidade e de apoio a essa população que vive miseravelmente, sobretudo uma faixa de população de 6 a 8 milhões de mulheres no Brasil que não têm o menor acesso a nenhuma informação e nenhum meio de planejar sua família. É essa camada da sociedade que estamos procurando amparar, e vamos continuar fazendo isso.

A SR^a JANDIRA FEGHALI - Sr^a Presidente, gostaria de pedir ao Assessor da Comissão que entregue ao Relator a cópia do manual de assistência ao planejamento - é importante que o Relator leia -, porque não há nenhuma indicação específica do ponto de vista da esterilização. Nem na página 11 nem em página nenhuma. É um trato geral, e eu gostaria de somar à documentação da CPI.

O SR. HÉLIO AQUINÁGU - Posso vê-lo?

A SR^a JANDIRA FEGHALI - Claro, sem dúvida. V. Ex^a já deve conhecê-lo.

Em relação à omissão, ou convivência, é importante que se registre que, do ponto de vista político e legislativo, nunca houve omissão ou convivência de nenhum dos Parlamentares aqui presentes. Muito ao contrário, inclusive existem projetos que estão em tramitação na Casa exatamente para corrigir essas questões.

O SR. HÉLIO AQUINÁGU - Quero dizer que as normas do Ministério da Saúde não são essas. As normas aprovadas por lei e que estão em vigência até hoje são as normas de gravidez de risco; não são essas. E nessas normas de gravidez de risco, as quais pensei que a Deputada estivesse fazendo menção, na página 6, há exatamente bem descritas as indicações.

E digo mais, o Ministério da Saúde fez uma reunião em Brasília, onde foram estudadas todas as indicações. Saiu publicado isso na revista *Feminina*, mas não foram modificadas as normas. Isto daqui não está em vigor. O que está em vigor são as normas de gravidez de risco, e nessas normas de gravidez de risco da página 11 está bem claro o problema da ligadura.

Seu eu soubesse, tinha trazido aqui para isso.

A SR^a JANDIRA FEGHALI - Solicito que seja encaminhado o que ele tem, Sr^a Presidente, porque não é a informação que tenho. E além disso que se encaminhe se no CPAINC todas as esterilizações foram feitas segundo as normas de gravidez de alto risco.

Então, solicitaria que se trouxessem para cá as duas documentações.

O SR. HÉLIO AQUINÁGU - Faço isso com muito prazer.

A SR^a JANDIRA FEGHALI - Eu lamento que o Dr. Elismar Coutinho já tenha saído do recinto, porque algumas das colocações feitas por ele me fazem pensar em um termo que foi formulado em um vídeo elaborado por algumas feministas de São Paulo. É exatamente o termo "tecnoséus" (

Eu acredito que o Dr. Elismar Coutinho se imagine realmente interessado e comprometido com as necessidades e interesses das mulheres, mas esse comprometimento e esse interesse se dá a partir de uma determinada concepção a respeito da vida e a respeito do controle que cabe aos homens exercer sobre a vida. Somente a partir de uma visão de que a vida pode estar inteiramente sob o nosso controle é que se poderia chegar a uma formulação no sentido de que um processo vital, qualquer que seja ele, não tem nenhuma utilidade. Quer dizer, conceber a vida do ponto de vista pragmático da utilidade ou não utilidade, somente em alguém que tem a suposição de que possa ser um Zeus e de que possa recriar a vida à sua maneira é que poderia passar uma idéia como essa.

Nesse sentido, eu gostaria de relembrar rapidamente alguns fenômenos do ponto de vista da reprodução que foram em algum momento da história considerados como desnecessários ou como podendo ser substituídos por outros e que depois provou-se que não poderíamos ter esse tipo de avaliação.

Eu gostaria de lembrar, por exemplo, a questão do parto cesário, que durante algumas décadas, principalmente aqui no Brasil, foi louvado, foi entronizado como a forma nova, moderna e mais perfeita de nascer. As crianças que nasciam de parto cesário eram consideradas mais bonitas, porque não passavam pelo traumatismo do parto. As mulheres, realizando parto cesário, podiam garantir o retorno à sua vida sexual de forma mais adequada, não corriam o risco de serem rejeitadas pelos seus parceiros após a realização do parto. Houve um momento na história do Brasil em que a cesária foi entronizada como a forma moderna de nascer, e o parto normal, jogado na lata de lixo como um método que não interessava mais, não valia mais.

Quando ele me fala da menstruação dessa forma, estabeleço imediatamente esse tipo de conexão.

Também, se pensarmos a respeito do problema da amamentação. Durante décadas, as mulheres brasileiras foram ensinadas a dar leiteinho para os seus filhos, porque era um leite melhor, porque era muito mais forte, porque o leite materno era fraco, aguado etc. Depois de décadas, em que, subrepticamente, a indústria do leite em pó, através dos pediatras, através dos serviços de saúde, ensinaram as mulheres que elas não deviam amamentar os seus filhos, nós agora, trabalhadores da saúde, temos que, aos poucos, tentar desfazer, desmanchar todas essas falsas verdades que foram ensinadas às mulheres do nosso País.

Acho que ainda existem muitas coisas que não se sabe a respeito dos processos da reprodução. Existem coisas que se passam no momento do parto que até hoje os médicos não sabem explicar. Os médicos não sabem explicar por que as crianças que nascem de parto normal têm muito menos problemas respiratórios do que as crianças que nascem de parto cesário.

Não é somente uma questão de maturação, mas se supõe, também, que determinadas substâncias sejam secretadas de alguma forma durante o processo do parto e que é isso que faz com que as crianças nascidas de parto normal apresentem condições de saúde muito superiores do que as crianças que nascem de parto cesário.

Então, eu, de fato, gostaria que o Dr. Eusimar Coutinho pudesse estar presente, para que pudessemos estabelecer esse tipo de diálogo. E, nessa mesma linha, ele faz colocações de vantagens que a supressão da menstrua-

ção apresentaria, e cita o caso da China, em que uma grande vantagem é exatamente o aumento da eficiência da população, nenhuma gravidez ocorreu.

Como eu me referia anteriormente, quando se avaliam métodos contraceptivos puramente do ponto de vista a eficácia, do ponto de vista de nascer ou não nascer o neném, e se nós não avaliamos o que está acontecendo com essas mulheres, que possíveis efeitos colaterais estão sendo produzidos, sejam eles do ponto de vista biológico, sejam eles do ponto de vista emocional e psicológico, inclusive, porque a fêmea da espécie humana, há muitos séculos, e quicá milhares de anos, vem menstruando. Então não sei quais são os efeitos da interferência de um tecnózeus (no nosso ciclo reprodutivo, no nosso ciclo menstrual e quais são os efeitos que isso pode acarretar, tanto de um ponto de vista biológico, quanto de um ponto de vista da própria identidade feminina.

Como é que a mulher poderá passar a se relacionar com o seu próprio corpo, a partir da dependência da introdução de uma droga que lhe é dada por um tecnózeus, não é?

Então, essa suposta liberdade que é produzida à custa de interferências químicas e tecnológicas, eu gostaria de perguntar se, de fato, é a criação de uma opção ou se é a criação de novas dependências, porque considero lamentável que a trapartista do Dr. Eusimar Coutinho seja obrigada a trabalhar em quaisquer que sejam as condições e que ela dependa de eliminar a sua menstruação para que ela possa ser melhor explorada a cada dia, no circo da vida.

Só uma última colocação em relação à questão colocada pelo Dr. Hélio Aquinaga.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — É que ele já está de saída.

A SRª EDNA ROLAN — Sim, por favor, então é minha última colocação.

Em relação à discussão da legalidade ou não legalidade da esterilização do Brasil, eu gostaria de usar uma prova de sua absoluta legalidade o fato de que nenhum médico tenha sido condenado.

Há cerca de um ano e meio, em São Paulo, quando a Secretária Municipal da Saúde, à qual eu também pertencio, resolveu criar o primeiro serviço de aborto legal no Brasil, pediu a uma Procuradora do município que fizesse um levantamento da jurisprudência em relação à questão do aborto. E, curiosamente, pelo menos lá no foro de São Paulo, não se constatou nenhum médico que tivesse sido condenado pela prática de aborto legal.

Então, acho que a ausência da aplicação da lei necessariamente não significa a inexistência da lei. Acho que estamos, aqui, diante do famoso jetinho brasileiro, não é?

Do mesmo jeito como o Brasil não precisa de apartheid para produzir um apartheid mais brutal do que o que existe na África do Sul — aqui nós temos democracia racial e os negros brasileiros vivem em condições piores do que os negros da África do Sul, nós não precisamos de leis de apartheid para produzir apartheid — da mesma forma, nós, necessariamente, não dispomos de leis para produzir determinados efeitos.

Então, eu acredito que o que nós enfrentamos, tanto em relação à questão da esterilização, quanto em relação à questão do aborto, do ponto de vista do legal e do real, é a produção de determinadas políticas populacionais, demográficas, e tudo mais, que se fazem à margem ou ao lado da lei.

Da mesma maneira como o Governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, nunca assumiu uma responsabilidade real em relação à demanda colocada pelas mulheres em relação à saúde reprodutiva, o Governo brasileiro também não necessitou, até o momento, de efetivamente mudar as leis, de colocar leis que, de fato, se aproximassem das condições de sociedade, das necessidades das mulheres e homens do Brasil.

Então, eu acredito que, de fato, a sociedade brasileira necessita de uma normatização em relação a essa questão, porque acho que tanto o centro do Dr. Eusimar Coutinho, quanto o centro do Dr. Hélio Aquinaga, quanto as instituições públicas de saúde deste País, necessitam ter algum parâmetro que seja respeitado pelo conjunto da sociedade.

Esses parâmetros eu acredito que devam se basear nas necessidades de saúde das mulheres e homens do nosso País e não do ponto de vista seja de controle da população, seja de aumento da população, ou de manutenção da taxa de fecundidade em nosso País. E, para isso, é necessário que nós contemos com uma ampla participação de todos os setores da sociedade, mas, principalmente, dos setores que se sentem diretamente atingidos pela existência de políticas subreptícias de controle populacional no nosso País.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Eu quero agradecer a presença do Dr. Aquinaga — ele precisa sair neste exato momento — e também renovar, aqui, o pedido de que toda e qualquer publicação que queira mandar para ilustração do seu depoimento nós estaremos aqui para receber. Obrigada.

Com a palavra...

O SR. HÉLIO AQUINAGA — Eu só vou mostrar isto aqui porque é o seguinte: foi polêmico nessa questão dos índices, então tem duas pesquisas que nós tivemos dados.

Esta é uma pesquisa que, inclusive, eu encaminhei para o Sr. Relator, uma pesquisa da BEMFAM, que é uma pesquisa nacional sobre maternidade infantil e planejamento familiar, que mostra o seguinte: tem 27% de esterilização feminina, 25% de pílula, depois os outros métodos e, por último, o que não usa, que seriam 34% da população.

É óbvio que se você pegar esses dados trabalhando apenas com quem usa, dá um índice de 44% para esterilização.

Agora, de qualquer maneira, as informações que eu tenho é que quando dois métodos anticoncepcionais somados superam mais de 50% isso significa uma medida de controle populacional e não apenas uma medida de planejamento familiar.

Essas são as informações que me foram dadas por uma professora da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Cristina Tanaka. Portanto, esses dados configuram, do ponto de vista técnico e — suponho — e demográfico, uma política controlista. Esse é um dado.

Outro dado é o do PNAD, um dado preliminar. Não consegui um dado do IBGE, porque esse órgão está em greve. Não foi possível obter os dados, uma vez que os funcionários estão numa greve, que — é bom que se diga — apoiemos.

De qualquer maneira, os dados que temos da pesquisa do IBGE são estes dados: para o Rio de Janeiro — 45% de esterilização; São Paulo — 37%; Paraná — 40%; Rio Grande do Sul — 18,2%; Pernambuco — 60,2% e Goiás — 70,6%.

Suponho que esses dados referem-se às pessoas que usam os métodos. Só apresentei, porque eu tinha os dados aqui e porque a questão havia ficado com certa polêmica.

Vou concluir a minha intervenção, respondendo às perguntas. Primeiro, eu gostaria de fazer uma observação. Apesar das considerações do Dr. Elsimar — sou médico ginecologista-obstetra e fiz residência no Hospital dos Servidores do Estado, em São Paulo, que tem uma projeção técnica no Brasil — nunca ouvi a afirmação de que se deveria suprimir a menstruação das mulheres. Foi a primeira vez que ouvi essa afirmação; achei interessante, mas, para mim, é absolutamente inusitado.

A segunda questão é a seguinte: é de se supor que se suspenda a menstruação administrando hormônio progestagênio. Além de pílula, ele deve administrar progesterona. Sabemos que doenças causadas por estímulo estrogênio permanente, que levam ao espaçamento do período menstrual, concorrem com aumento da taxa de câncer, particularmente o câncer de mama. Então, é preciso colocar isso; ele não disse o contrário. Não estou querendo fazer uma crítica leviana da fala dele, mas quero fazer essas colocações para que as pessoas não saiam daqui com a impressão de que a mulher que não menstrua normalmente não tem problema nenhum. Poder-se-ia sair daqui com essa impressão, que é falsa, do ponto de vista técnico e do ponto de vista do funcionamento do organismo da pessoa.

A Deputada Jandira me fez uma pergunta relacionada com o médico que faz esterilização de mulheres, sem consentimento. Creio que isso é um crime. A resposta é simples. Se ele será acusado ou não, as pessoas já discerniram a respeito disso. Creio que é um crime, é inaceitável.

Outra questão: a esterilização é ou não um método contraceptivo? Creio que não é um método contraceptivo. Para mim, a ligadura tubária, ou vasectomia, são técnicas cirúrgicas que levam a uma perda de função, que pode ser definitiva. Nesse sentido, é tipificada no código penal. O CRM virá aqui na terça-feira. Não entrei nessa área do depoimento, porque acho que não é uma área própria do meu tema. Creio que a esterilização não é um método contraceptivo.

Penso — não é ingenuidade — que é inaceitável que a questão do planejamento familiar possa ser usada sob o ponto de vista de um controle populacional. Está particularmente subordinada a interesses estrangeiros. Vimos na Eco-92 que uma das deliberações diz respeito ao controle da natalidade, que é um dos pontos da política do Banco Mundial. Nessa perspectiva é inaceitável, ou seja, enquanto política que visa a determinar o padrão de população do Brasil. Inclusive distribuí aos Srs. Deputados um estudo de demografia. Por exemplo, a revista Veja, quando publicou a entrevista do Motta Veiga, publicou também uma reportagem sobre o crescimento populacional, tendo em vista a Rio-92. Pela reportagem, temos a impressão de que, daqui a 20 ou 30 anos, estaremos uns comendo os outros, por falta de alimentos. Não é essa a realidade do Brasil. O último censo — temos de discutir essa questão, porque o Governo não conseguiu ainda fechar o último censo, atrasou 1 ano — mostra que as previsões populacionais não foram alcançadas. Essa é uma questão.

Eu, particularmente, enquanto Presidente da Federação Nacional dos Médicos, enquanto ginecologista e obstetra — militante, embora com as dificuldades inerentes à representação que tenho —, preocupo-me. O jornal O Globo do dia 10 de maio soltou a seguinte reportagem: "Abortos Ilegais Movimentam 100 Milhões de Dólares no Rio". A reportagem faz uma comparação, dizendo que só há duas coisas que ganham da ilegalidade dos abortos: o jogo do bicho e o tráfico de drogas. Portanto, não posso, enquanto Presidente da Federação Nacional dos Médicos, fazer uma discussão que não contemple o que acontece na realidade, sob o risco de fazer uma discussão que fique apenas no ideal das coisas. Não posso aceitar que a minha categoria — os médicos — venha a ser tratada e equiparada aos banqueiros do jogo do bicho ou aos traficantes de drogas.

A reportagem fala que 65,5% dos abortos são feitos por médicos. Na realidade, então, os médicos são considerados contraventores. Aí acho que Poder Legislativo tem uma responsabilidade. Não a responsabilidade de denunciar, porque essa qualquer coisa de nós tem. Não só os Deputados devem denunciar, porque na realidade, precisa utilizar, de forma política, uma questão que é da responsabilidade de todos. Creio que o Poder Legislativo tem uma responsabilidade na questão da saúde da mulher com um todo. Creio que é bom essa questão ser considerada, porque quando discutimos a questão do planejamento, devemos discutir desde a saúde da menina (vacinação, por exemplo, da rubéola), passando pela reprodução e pela contracepção, que, na realidade, é fácil como o aspecto reprodutivo.

Creio, então, que deve haver uma política que visualize essa perspectiva. Por outro lado, não devem ficar os profissionais de saúde sendo responsabilizados pelas políticas governamentais equivocadas. Não acho que qualquer profissional deva ser responsabilizado por isso, apesar de que é óbvio que quem faz uma ligadura e ganha dinheiro com ela ou quem faz um aborto — a matéria cita até os preços, variando de 30 a 500 mil cruzeiros — tem uma responsabilidade. Não dá para descaracterizar. Não se pode reunir todas as pessoas que intervêm nessa questão sem responsabilizar as políticas que levam a essa situação. Portanto, a nossa visão é a seguinte: na questão da ligadura tubária, do ponto de vista de métodos de anticoncepção, o ideal seria não se fazer a ligadura tubária. Isso é o ideal e é nisso que se deve trabalhar, tanto do ponto de vista das vacinas — ou de quaisquer outros que tenham sido desenvolvidos. Se de repente houver um método, por exemplo, um DIU de 320 microgramas de cobre, que fica durante 5 anos e dá uma proteção razoável para a mulher, é provável que daqui a algum tempo surjam métodos que tragam proteção por um período grande que propicie o planejamento de uma forma adequada ou pelo menos mais conforto e comodidade para a reprodução. Portanto, a perspectiva tem que ser, realmente, de abolir a ligadura tubária. Agora, de imediato, enquanto não for abolida, creio que também ficarem as pessoas na perspectiva de serem criminalizadas é inadequado. E isso vale para a questão do aborto.

A respeito há uma experiência interessante, inclusive distribuí aos Srs. Deputados uma ficha utilizada no Hospital do Servidor Estadual, na Comissão de Planejamento Familiar. Antes do País, era feita apenas ligadura tubária nos casos de risco de vida. Quando foi introduzido o planejamento familiar, o que, na realidade, se verificou foi que as ligaduras tubárias têm diminuído com as oportunidades oferecidas dos demais métodos anticoncepcionais, e isso é feito no hospital por uma comissão que autoriza as ligaduras. Assim, penso que, com a perspectiva de que a ligadura deva ser feita o mínimo possível, deveria ser descriminalizada. O mesmo vale para o aborto. Agora, não podemos atribuir aos profissionais a responsabilidade disso. E, de qualquer maneira, tem que haver uma fiscalização intensa sobre isso das mais diversas entidades, inclusive do próprio Governo, é óbvio, da vigilância sanitária e eventuais órgãos que fossem criados. Então, é essa a questão que eu gostaria de enfatizar.

Quanto à questão da cesariana, ela precisaria ser efetivamente fiscalizada, porque é fato que, em nível mundial, tem aumentado a incidência de cesariana em função de indicações que anteriormente não aconteciam. Por exemplo, diante de apresentação pélvica, cada vez mais se faz menos parto vaginal. Agora, de qualquer maneira, no Brasil, há o aumento da incidência de cesariana que não se explica pelos fatores de crescimento da cesariana em outros países, mesmo naqueles mais desenvolvidos do ponto de vista de assistência obstétrica. Então, nesse sentido, esse conjunto de situações, a meu ver, deveria ser avaliado com a perspectiva de melhorarmos a assistência para as mulheres e de não colocarmos os profissionais que trabalham nessa área sob a pecha de criminosos.

Por outro lado, aqueles que efetivamente cometerem atos criminosos devem ser punidos independentemente de quem sejam, mesmo sendo médico, pois também são cidadãos.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Antes de concluir os trabalhos de hoje, agradeço a presença do Dr. Eurípides e da Drª Edna e enfatizo que estamos buscando dar a esta CPI maior conteúdo possível, não apenas no que diz respeito à informação para os membros da Comissão, mas também para que o nosso relatório tenha informações que possam sinalizar por uma nova política nessa área.

Não vou fazer perguntas porque hoje, realmente, extrapolamos. Mas eu gostaria apenas que, se tivessem outros documentos que possam contribuir, que pudessem mandar para a CPI, inclusive com sugestões. Creio que essa parte ficou pendente hoje, pois acabamos sem tempo para trazer as sugestões que sempre pedimos aos depoentes. Se houver alguma sugestão que não foi possível ser dita hoje, podem mandá-la por escrito, e estaremos acolhendo-as aqui.

Informo aos membros da CPI que esse trabalho tem sido acelerado porque não queremos perder as oportunidades apresentadas tivemos um grande empenhimento de ordem financeira, e esta CPI estava praticamente inviabilizada por esse motivo. Na medida em que conseguimos vários depoimentos preciosíssimos, não nos poderíamos dar ao luxo de prorrogar mais esta CPI ao ponto de perder também essa oportunidade, não só quanto à questão do recurso, mas também dos depoimentos. Sei que para nós seria também muito interessante que tivéssemos um depoente por dia e pudessemos aprofundar o debate, tivemos o cuidado de fazer um relatório com um conteúdo político, técnico, social, e as pessoas tivessem o mínimo de informações diversificadas, evitando-se com isso a repetição. Creio que conseguimos alcançar essa tarefa, que não foi muito fácil. E para isso foi preciso também contar com a compreensão de cada um dos membros da Comissão. Temos uma diligência a ser feita na segunda-feira e gostaríamos de saber dos membros quais que estariam dispostos a ir conosco nessa diligência. Agora, precisamos dessa resposta até amanhã de manhã, porque já estamos atrasados, já que será na segunda-feira, e teremos que acionar esta Casa para a questão do transporte, enfim, de outras necessidades, e termos uma comunicação com as representações no município para que eles possam também dar o respaldo a essa diligência.

Na quinta-feira pela manhã a Comissão poderia se fazer presente. Teremos aqui a Secretária Executiva da Benfan, Srª Carmen Calheiros Gomes; o Vereador e médico José Idálio, da Câmara Municipal de Goiânia; Dr. Henrique Pedrosa Neto, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina e o Dr. Marcelo, que não pode vir hoje.

A terça-feira será o último dia de depoimento. Vamos fazer uma sistematização e avaliação no mês de agosto para vermos se teremos necessidade ou não de ouvirmos mais algumas pessoas, já que o nosso prazo se expira no mês de agosto. O mês de julho ficaria por conta do Relator para que ele pudesse fazer o trabalho juntamente com a Comissão, e estaremos dando respaldo também ao Relator. No dia 30 de junho teremos aqui o Dr. Adib Jatene, Ministro da Saúde, e o embaixador Marco Azambuja, Secretário de Política Exterior do Itamaraty, fechando essa nossa etapa de depoimentos, já que a CPI tinha determinado que estaríamos ouvindo as autoridades máximas do nosso País, depois dos depoimentos aqui feitos por outras instituições, entidades, movimentos e segmentos da sociedade. Então, gostaríamos de dar todo a assistência, não apenas para os Srs. Parlamentares, mas para as pessoas que estão nos acompanhando, do movimento negro, do mo-

vimento feminista, do movimento de mulheres, enfim, de outros segmentos que tem acompanhado o trabalho da CPI nesta Casa.

Antes de encerrar a reunião, concedo a palavra, pela ordem, ao Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Srª Presidente, eu gostaria de ponderar, a não ser que motivos especialíssimos houvesse, que poderia ser dispensada essa diligência à cidade de Ceres. Já temos informações substanciais que podem orientar o Relator na elaboração do seu parecer. Creio que, dadas dificuldades de ordem financeira, a distância daqui até Ceres, a não ser que motivos muito especiais, ou seja, uma novidade muito grande, nós poderíamos, ouvindo os demais membros da Comissão, nos dispensar desta ida à cidade de Ceres.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Sr. Relator, eu gostaria muito de ouvir a Deputada Jandira Feghali, que é combativa e tem contribuído muito nos trabalhos da CPI e sugeriu essa diligência - até porque é natural e comum, em toda ? as chamadas diligências locais, a meu ver, ? para qualquer decisão que pudessemos ? nesse sentido.

A SRª JANDIRA FEGHALI - Srª Presidente, fir a proposta baseada numa informação importante de cor lá o serviço. Além disso, o meu objetivo foi ter a possibilidade de que também mulheres esterilizadas que não estavam conseguindo trazer para depor. Penso que ? polêmica fundamental. Por exemplo, esse depoimento de hoje, que diz que as mulheres querem a esterilização, mostra o dado de arrependimento que traz o Dr. Coutinho, que é mínimo, quando temos outros dados, de 50%.

Então, uma das formas de tirarmos dúvidas, fazer um relatório mais concreto era ouvir as pessoas que estão esterilizadas que não estão vindo aqui, numa amostra para CPI. Lá é possível fazermos isso, além de vermos o serviço, ouvirmos as pessoas.

Então, isso ajudaria o seu relatório e a nossa compreensão do processo. Por isso a proposta. É tão perto que creio que não haveria maior problema essa ida até lá, a não ser que os membros da CPI não possam comparecer. Esta seria uma dificuldade objetiva, não pela validade da proposta. Se ninguém pode ir, realmente não há sentido, fazer a diligência.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - O problema, Deputada, é que os membros desta Comissão não estão podendo nem estar aqui. Então, penso que em Ceres seria muito mais difícil.

A SRª JANDIRA FEGHALI - Não sei se é possibilidade ou desinteresse, Sr. Relator. Há que se analisar melhor esse ponto.

Agora, penso, Srª Presidente, que temos de consultar se há possibilidade de as pessoas estarem lá. Se não, fica, realmente, algo utópico.

O SR. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Essa consulta, Deputada Jandira Feghali, será feita, até porque é importante. Endosso essa proposta e quero crer que outros membros e a Deputada Maria Luíza Fontenele, ao sair, disse que está apoiando e gostaria de fazer parte dessa diligência. Então, pondero junto ao Sr. Relator que existe uma vontade, se não da maioria dos comissionantes, pelo menos dos frequentadores e dos participantes desta Comissão que tem diariamente vindo a esta CPI. Penso que deveremos levar em consideração este exato momento e o momento desses que aqui não tem vindo, sejam quais forem as razões, mas que terão de estar aqui no final deste relatório para aprová-lo ou não, quer dizer, para fazer o debate político.

Sendo assim, amanhã de manhã, com a assessoria, nos encarregaremos de consultar todos os parlamentares que nos quiserem acompanhar até lá porque, de antemão, já teríamos quatro Srs. Parlamentares que poderiam fazê-lo. Como esta CPI tem ouvido depoimentos e constatado como a presença de uma variável de 4 a 6, se já temos quatro parlamentares garantidos, fica garantida a ida dessa diligência na segunda-feira.

Está encerrada a reunião.
(Levanta-se a sessão às 18 horas e 30 minutos.)

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL

PREÇO DE ASSINATURA

(Inclusas as despesas de correio via terrestre)

SEÇÃO I (Câmara dos Deputados)

Semestral Cr\$ 70.000,00 até 31-3-92

SEÇÃO II (Senado Federal)

Semestral Cr\$ 70.000,00 até 31-3-92

Número avulso Cr\$ 500,00 até 31-3-92

Os pedidos devem ser acompanhados de cheque pagável em Brasília, Nota de Empenho ou Ordem de Pagamento pela Caixa Econômica Federal - Agência - PAB-CEGRAF, conta corrente nº 920001-2, a favor do

CENTRO GRÁFICO DO SENADO FEDERAL

Praça dos Três Poderes - Brasília - DF
CEP: 70160

Maiores informações pelos telefones (061) 311-3738 e 311-3728 na Supervisão de Assinaturas e Distribuição de Publicações - Coordenação de Atendimento ao Usuário.

ESTATUTO DA CRIANÇA E E DO ADOLESCENTE

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990:
Dispõe sobre o Estatuto da Criança
e do Adolescente, e dá outras
providências. (D.O. de 16-7-90)

Legislação correlata

Convenção sobre os direitos da criança
(DCN, Seção II, de 18-9-90)

Índice temático

Lançamento
Cr\$ 800,00

À venda na Subsecretaria de Edições Técnicas - Senado Federal, Anexo I, 22º andar -
Praça dos Três Poderes, CEP 70160 - Brasília,
DF - Telefones 311-3578 e 311-3579.

Os pedidos a serem atendidos através da ECT deverão ser acrescidos de 50% (cinquenta por cento) de seu valor para cobertura das respectivas despesas postais e acompanhados de cheque nominal à Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal ou de vale postal remetido à Agência ECT do Senado CGA 470775.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Centro Gráfico do Senado Federal
Caixa Postal 07/1203
Brasília — DF