



DIÁRIO



República Federativa do Brasil

DO CONGRESSO NACIONAL

ANO XLVII — SUPLEMENTO “A” AO Nº 27 QUINTA-FEIRA

23 DE JULHO DE 1992

BRASÍLIA DF

CONGRESSO NACIONAL

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO

**Atas da 9ª a 11ª Reuniões 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".**

9ª REUNIÃO, REALIZADA

EM 21 DE MAIO DE 1992

Aos vinte e um dias do mês de maio do ano de mil novecentos e noventa e dois, às quatorze horas e trinta minutos, na sala 7 da Ala Senador Alexandre Costa, presentes os Senhores Parlamentares Deputada Benedita da Silva (Presidente), Senadores José Richa, João França, Marluce Pinto, Deputados Avelino Costa, Maria Luiza Fontenele, Regina Gordilho 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. Deixa de comparecer, por motivos justificados, o Senhor Senador Carlos Patrocínio. É designada a Senhora Deputada Jandira Feghali para funcionar como Relatora ad hoc. A seguir, convida o Dr. Etelvino de Sousa Trindade, Presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília, para tomar assento à Mesa. Após o juramento de praxe, o depoente resalta que o assunto esterilização está muito correlato com o planejamento familiar acentuando que a esterilização nada mais é que um método de indicação médica. A seguir, tem consideração sobre o planejamento familiar, face à dúvida conotação de esterilização com planejamento. Enfoca que, no País, por falta de conhecimento dos demais métodos anticoncepcionais, há um excesso de utilização dos métodos de esterilização com anticoncepcional em detrimento das demais opções. Relata ainda, que existe uma aberração na assistência ao planejamento familiar no Brasil e que as metas do PAISM, visam exatamente corrigi-las. Acentua que a esterilização deve ser entendida como método de exceção sendo, o método anticoncepcional, de livre escolha. Finalizando, enfatiza que a indicação de esterilização, deve seguir alguns critérios como: vontade do casal e riscos reprodutivos como idade, número de filhos vivos e tempo de união conjugal. Prossequindo, passa-se a fase interplatória, quando usam da palavra pela ordem as Senhoras Deputadas Jandira Feghali, Regina Gordilho e Benedita da Silva. Com a palavra a Senhora Presidente agradece a contribuição da Ilustre depoente convocada para 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 9ª 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 O DEPOIMENTO DO DR. ETELVINO DE SOUSA TRINDADE, PRESIDENTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE BRASÍLIA, QUE SE PUBLICA COM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO DA SENHORA PRESIDENTE DA COMISSÃO.

Presidente: Deputada Benedita da Silva
Relator: Senador Carlos Patrocínio
(Íntegra do apanhamento taquigráfico da reunião)

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - De acordo com o regimento, declaro aberta a reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito, que investiga a esterilização em massa das mulheres no Brasil.

Temos, hoje, como depoente o professor, médico ginecologista, membro da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia da Seção Regional do DF, o Dr. Etelvino de Sousa Trindade, a quem convido a fazer parte da Mesa, sentando-se ao lado direito.

Antes de passar a palavra ao Dr. Etelvino, eu gostaria de comunicar que, às 12 horas, estaremos no gabinete do Senador Mauro Benevides, onde, mais uma vez, reivindicaremos junto a essa Presidência, o funcionamento normal desta CPI, já que estamos - eu diria numa linguagem bem popular - à beira da morte, porque nos faltam recursos financeiros para dar prosseguimento ao trabalho da CPI. Estando presente, hoje, o Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos de Estados e Municípios, faremos essa visita ao Senador Mauro Benevides, esperando poder sensibilizar o Ilustre Presidente, na medida em que já quase se esgota o prazo desta CPI. Pediremos uma prorrogação, que só será viável na medida em que possamos garantir os recursos para o seu funcionamento.

Hoje teremos, então, mais uma oportunidade, já que recebemos o ofício do Diretor-Geral dizendo que, de acordo com a decisão da Mesa Diretora, não foi possível cumprir o pedido de respaldo financeiro para a vinda de mais um depoente, hoje, a esta Comissão.

Dito isto, passo, agora, a palavra ao Dr. Etelvino, que disporá de 20 minutos para a sua exposição, podendo alongar-se um pouco mais caso seja necessário.

Peço ao Dr. Etelvino que preste o juramento.

O DR. ETELVINO DE SOUSA TRINDADE - 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.

Estamos aqui como Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília, e com delegação de falar pela Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, bem como pela Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Em tempo já pretérito, em assuntos correlatos com esterilização, comparecemos a esta Casa, e, fizemos um apanhado sobre o assunto, que transmitimos à Comissão que, à época tratava do assunto correlato. Em

consequência trouxemos os mesmos dados já escritos, e tomamos a liberdade de ler o assunto no que diz respeito ao de interesse desta Comissão.

O assunto esterilização da mulher no Brasil está muito correlato com o assunto de planejamento familiar. Mas é uma impertinência semântica, tendo em vista que entendemos esterilização como um método de indicação médica. Então, o médico pode indicar uma esterilização em casos específicos. Planejamento familiar não é feito na base de esterilização, até porque planejamento familiar é uma questão, sobre a qual teriam que ser dadas duas conotações: tanto a oportunidade de as pessoas fazerem sua designação de número de filhos, quanto a oportunidade de os terem em caso de dificuldade.

Portanto, falamos um pouco sobre planejamento em face dessa conotação dupla de esterilização com planejamento.

Se analisarmos os dados de pesquisas recentes, no Brasil, vemos que 27% das mulheres na idade de 15 a 44 anos, em união legal ou consensual, usando anticoncepcionais, estão esterilizadas.

Esses valores ascendem, quando observamos inquérito feito pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em 1987, que identificou o uso da ligadura tubária em um percentual de 49,5% das mulheres que evitam filhos. Essas cifras contrastam com países desenvolvidos como Inglaterra, Estados Unidos da América e Bélgica, onde, respectivamente, 8,5% e 17% das usuárias da contracepção optam pela ligadura tubária.

Esses dados tornam-se mais chocantes ao avaliarmos, nesse levantamento da Secretaria de Saúde, que mais de 30% das mulheres, na faixa dos 25 aos 29 anos, estavam esterilizadas.

Por outro lado é preocupante o índice de arrependimento após a ligadura tubária em nosso País, fruto naturalmente de uma opção precipitada, desconhecimento e falta de acesso a outros recursos anticoncepcionais.

Levantamento levado a efeito na Unicamp, demonstrou que 1/3 das mulheres que se submeteram à esterilização não voltariam a fazê-lo se lhes fosse dada a oportunidade de escolher outras medidas de contracepção.

Sabe-se hoje que, quanto mais cedo o indivíduo pratica a ligadura ou a vasectomia, maior é a chance de arrependimento.

Lamentavelmente, os serviços públicos não estão ainda em condições de atender plenamente ao indivíduo que deseja a reversão da esterilização.

Diante desses dados é realmente importante que façamos uma reflexão sobre tal tema que envolve aspectos: éticos, médicos e sociais.

Caberia a pergunta Como se encontra o Planejamento Familiar hoje no Brasil? Qual o critério de escolha, por parte da cidadã ou do cidadão, diante das diversas opções anticoncepcionais?

Os dados de uma pesquisa nacional de 1986 - que está comigo - mostram que 2/3 da nossa população já utiliza algum método anticoncepcional. Esse percentual é similar ao registrado em países do Primeiro Mundo. Assim sendo, a cobertura contraceptiva da população brasileira é plenamente satisfatória, em termos quantitativos. Isso pode ser até mesmo aferido pela repercussão nas taxas de fecundidade em declínio, a partir da década de 70.

Por outro lado, o que representa uma verdadeira aberração é a qualidade do planejamento familiar que se pratica no Brasil.

Se analisarmos os dados disponíveis, veremos que quase metade dos casais, usuáries de métodos anticoncepcionais, utilizam a pílula; a outra quase metade está esterilizada.

Nesses aspectos, encontramos-nos em uma posição eminentemente terceiro-mundista.

Essa constatação torna-se mais chocante, quando as pesquisas mostram que mais de 90% das usuárias de pílula anticoncepcional têm orientação e acesso à mesma no balcão das farmácias e não no sistema de saúde.

Pesquisa da Unicamp pôde observar que dentre as usuárias desse método anticoncepcional, apenas a metade tinha boa indicação para usá-lo e 1/3 apresentava contra-indicações absolutas ao mesmo.

O que há no Brasil é um excesso da utilização dos métodos de esterilização com método anticoncepcional em detrimento das demais opções, a exemplo do diafragma, métodos naturais e DIU, por total falta de conhecimento dos mesmos.

Diante desse quadro, parece-nos lícito concluir que: 1) existe uma aberração na assistência ao planejamento familiar no Brasil e as metas do Paism visam exatamente corrigi-las; essa distorção baseia-se essencialmente em um direcionamento quase exclusivo para esterilização femininas, e o uso da pílula por total desconhecimento e acesso aos outros métodos.

2) A esterilização deve ser entendida como método de exceção. Representa uma mutilação a uma importante função orgânica, a função reprodutiva, de modo irreversível. E a adoção de tal método deve contemplar a possibilidade de usos de outras medidas reversíveis e eficazes da anticoncepção.

3) Deve ser livre e soberana a decisão do indivíduo em escolher o método anticoncepcional. Não se deve olvidar, todavia, que a escolha de uma medida contraceptiva deve contemplar as contra-indicações inerentes à mesma.

A opção individual de um método, principalmente irreversível, deve contemplar o pleno conhecimento das vantagens e desvantagens deste e de todas as maneiras de planejar a sua família.

O desconhecimento e a falta de acesso a todas as opções ferem o conceito da soberania de escolha.

A aprovação da Lei nº 1.167, que faculta a esterilização ao indivíduo maior de 21 anos em um País, onde o Paism não foi definitivamente implantado, parece-nos desaconselhável. Isso viria provavelmente agravar a distorção.

O substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.167, de autoria do Deputado Jofran Frejat, representa, no nosso entendimento, um avanço considerável ao projeto original. Todavia, os itens 3 e 4 parecem-nos pouco apropriados. (Estou com o projeto.)

Entendemos que é alto o índice de arrependimento em indivíduos submetidos à esterilização nessas faixas etárias.

Por fim, entendemos que a indicação de esterilização no momento atual deve adiar alguns critérios como: vontade do casal e riscos reprodutivos entre outros: idade, número de filhos vivos e tempo de união conjugal.

Acreditamos que, no futuro, quando o indivíduo possuir, no Brasil, o direito de ter informações e acesso aos recursos para não só diminuir

como também aumentar a sua prole, é possível que a aprovação de uma legislação menos restritiva possa não perpetuar a distorção de saúde pública que existe em nosso País, no que tange à esterilização feminina.

Essa é a posição da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. O assunto foi discutido também sob o âmbito de Ministério da Saúde para fins de normatização.

As normas foram feitas, mas houve um pedido ao referido Ministério para que não as divulgue de que a saúde de sua genitora agravou-se. S. Ex.^a, impossibilitado de comparecer, já justificou a sua ausência. Estamos com um complicador — todas as vezes em que nos reunimos; já que não podemos funcionar sem relatoria, gostaria de nomear a Deputada Jandira Feghali, Relatora ad hoc, para a sessão de hoje. Nos termos regimentais, passo a palavra a S. Ex.^a

A SRA. RELATORA (Jandira Feghali) — Sr. Presidente, demais presentes, eu gostaria de registrar a minha satisfação pelas posições aqui expressadas pelo Dr. Etelvino Trindade.

A posição da Febrasco, a categoria dos ginecologistas e dos obstetras, diante dos fatos, tem importância decisiva. Sabemos da existência de bons e maus profissionais em todas as profissões, e sabemos que muito da esterilização em massa envolve médico, ginecologista, obstetra. Daí a importância de se registrar essa questão.

No pronunciamento de V. S.^a foram colocadas questões que considero importantes. A primeira concernente ao reconhecimento da soberania, da decisão por parte do indivíduo, seja a mulher, ou o casal, em particular a mulher; a segunda, por entender que o planejamento familiar não deve estar relacionado à questão da esterilização. Esse dado no seu relatório é de fundamental importância; terceira, referente ao reconhecimento da necessidade da normatização.

Começo por essa questão. O Manual de Planejamento Familiar iria sair pelo Ministério da Saúde, diferentemente de outros manuais anteriores em que profissionais do setor, representantes do Movimento Feminista, pessoas ligadas à área científica e técnica a mesmo político na luta pelas mulheres participaram, desta vez, não foram envolvidos. Isso significa que foi feito o Manual pelo Ministério da Saúde, ou seja, pelo seu Departamento de Saúde Materno-Infantil, sem o envolvimento amplo, nem das representações sociais, nem mesmo da discussão com o Parlamento que aqui tem projetos tramitando na área.

Temos debatido muito a necessidade da regulamentação aqui, mas entendemos que ela não se deve dar por uma portaria, e sim por uma lei. Isso porque mudam-se ministros, mudam-se representantes de ministérios, técnicos e essas coisas também mudam. A questão de se ter uma regulamentação legal, uma lei aprovada, não deixar um vazio legal, se faz importante. Mas entendemos, pelo menos eu e muitos deputados que aqui têm debatido, que ela não deve ser feita por uma portaria, principalmente quando essa normatização vinha se dando de forma equivocada, pelo menos na minha avaliação, porque centra no médico a decisão e não no indivíduo; quer dizer, a soberania, na verdade, é do médico, de acordo com aquele manual, onde estavam embutidas questões de conteúdo democrático e até mesmo discricionário, sob a insígnia do manual técnico. Pelo menos nesse último, havia questões de maior profundidade; mas o deslocamento da decisão sempre para a soberania médica, o que para nós foi muito complicado. E foi solicitado por mim, e imagino que por outros, que essa parte do manual, que falava de esterilização, não fosse colocada no manual de planejamento e que se aguardasse a decisão legal da Câmara, para que pudéssemos acelerar, mas que essa regulamentação se desse por lei.

Eu queria de ter a sua opinião sobre isso, na medida em que o senhor defende a normatização; se ela deve ser feita por um simples manual, ou por uma portaria, ou se é mais importante que seja feita por uma legislação debatida, discutida e mais precisa e que não aborde apenas o aspecto técnico; ou que pelo menos o aspecto técnico seja decorrente de uma decisão maior, que aborde o conjunto dos aspectos.

Outra questão. Diante da sua experiência técnica como médico, gostaríamos que o senhor esclarecesse qual é a relação entre esterilização e modificações orgânicas ou prejuízos orgânicos para a mulher. Esse é um debate amplo e fala-se muito na repercussão da laqueadura tubária na saúde da mulher.

Outro ponto é sobre a possibilidade de se reverter a laqueadura: qual é o resultado concreto dessa reversão? E do seu conhecimento casos de arrependimento das mulheres que já fizeram a laqueadura?

Também gostaríamos de saber, na sua avaliação, por que ocorre tanta esterilização em massa no Brasil, se ela está vinculada à questão do planejamento familiar. Esta CPI precisa da interpretação dos profissionais da área sobre o que está ocorrendo, porque temos muitas denúncias, recursos internacionais, e o senhor mesmo usou a palavra intervenção aqui no Brasil. Qual seria, na sua avaliação a causa da esterilização em massa no Brasil?

Tenho conhecimento de que o senhor participou de treinamento de profissionais médicos para a questão de planejamento familiar, ou de debates. Eu gostaria de saber qual é mesmo o treinamento que está sendo feito de profissionais hoje no Brasil, diante da não aplicação, no País do planejamento familiar no que verdadeiramente não está implantado. Qual é realmente o perfil, o conteúdo e de que forma é orientado esse treinamento? E se a esterilização cirúrgica de mulheres e homens está contida nesse treinamento e nesse debate com os profissionais, sejam eles médicos ou de outras categorias da área de saúde.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Queremos dicotomizar o assunto em esterilização feminina e planejamento familiar.

No início, creio que ficou caracterizado que a nossa Federação considera que esterilização não é planejamento, mas a questão do planejamento médico. V. S.^a falou na questão do manual estar suspenso. Eu acredito que a suspensão se restringiu a esse assunto, por tratar dessa centralização médica, mas a posição nossa é que deve ser centralizada no médico. Os projetos que estão tramitando na Câmara falam de esterilização como opção da pessoa, que a solicita. Nós entendemos que a pessoa pode pedir, sim, e deve ter acesso a uma metodologia que lhe beneficie ter ou não filhos, de acordo com o desejo expresso pelo casal, ou pela pessoa em si. Agora, a pessoa solicitar uma agressão para fins de não poder mais ter filhos, entendemos que isso não seria pertinente. A Federação pensa assim.

A SRA. RELATORA (Jandira Feghali) — Pelo seu entendimento, mesmo que haja a opção do casal pela laqueadura, ela deve ser definida pelo médico e não pelo casal, mesmo com toda a informação do que isso significa, das repercussões etc. E em sendo, na sua opinião, uma decisão do médico, em que caso ela deve ser admitida, então?

O SR. ETELVINO TRINDADE — Isso, continuando o raciocínio, não implica que a pessoa não peça a esterilização como método de planejamento familiar; e, ao ser pedido, tem-se que analisar fatores que possam justificá-la tendo em vista — aqui está resposta à sua indagação — que existem muitos casos em que a pessoa se arrepende. Acreditamos que o ser humano, para exercer a sua plena liberdade, possa ter a liberdade inclusive de mudar de opinião. Então, devemos facultar que a pessoa tenha essa possibilidade da mudança de opinião.

Nesse assunto de esterilização, a centralização é no médico. No profissional de saúde.

Quanto ao problema de esterilização e prejuízos orgânicos, os riscos da esterilização em si, são os referentes a risco cirúrgico como um todo. A pessoa tem que participar de uma internação hospitalar, onde há risco; tem que usar drogas, onde há risco; tem que passar por anestesia, onde há risco e há uma agressão física sobre o paciente, onde também há risco. Então, os riscos são de ordem técnica, inerentes a qualquer atividade ou procedimento invasivo médico. O prejuízo orgânico em definitivo, salvo eventuais casos de acidentes; por exemplo, digamos que haja uma infecção e a pessoa tenha necessidade de uma reintervenção para uma peritonite; isso pode acontecer. Tirando essa parte das complicações, o prejuízo, a longo prazo, é a perda da função reprodutiva, seria única e exclusivamente essa, tirando os imediatos. É claro que existe um contexto cultural, um contexto social, da pessoa que está se submetendo a isso, que pode trazer implicações de ordem psíquicas, de um âmbito um pouco mais complexo de abordagem, pelo médico que vai fazer a laqueadura. Nesse caso, o médico clínico que vai exercer a ação não tem muito domínio sobre isso, ou, em outras palavras, não teria a obrigação de ter esse domínio amplo da parte psicológica, muito embora ele deva ter a pesquisa em mãos e saber até onde essa ação vai afetar o que a mulher pensa a respeito.

É claro e é comprovado que há muitas mulheres que desenvolvem frigidez sexual, mas também há a contrapartida, há mulheres que exacerbam sua sexualidade graças ao fato de não ter mais risco de conceber, porque elas estavam restritas justamente ao medo da concepção.

Então, o prejuízo orgânico é a perda da função, tirando os riscos imediatos.

Quanto ao arrependimento, vimos que cerca de 1/3 das pacientes, segundo a Unicap, se arrependem. Segundo levantamento aqui de Brasília e onde há o nosso centro, que faz a opinião médica a respeito de planejamento como um todo — o centro funciona no Hospital Regional da Asa Sul, onde tem um grupo de reprodução humana — segundo os dados desse centro também anda em torno de 30%. O arrependimento traz um problema que, no Brasil, não é muito visto. Isto é, ónus; onera. O arrependimento é muito mais complexo do que a feitura da laqueadura; as técnicas são mais apuradas, exigem tecnologias mais aperfeiçoadas, instrumental mais complexo e a maioria inclusive não é fabricada no País, pois implica importações e implica estruturação de centros médicos de referência para realizá-las porque, muitas vezes, são microcirurgias. Então, há um ónus para a Nação.

Também há um outro dado, que me foi passado oralmente pelo Dr. Aníbal Faundes, da Unicap: atualmente, a maioria das laqueaduras, das esterilizações realizadas no País, estão sendo bancadas pela população, pois são os órgãos públicos que as estão fazendo. Inicialmente houve um repasse muito grande de dinheiro, segundo dados que tenho, onde o assunto começou a ser abordado mais em cima da classe média e dos médicos, o médico recebia, às vezes, subsídios financeiros para fazer isso. Houve programas de ensino, de técnicas de laqueadura via laparoscopia, que foram realizados, a maioria no Rio de Janeiro. O médico aprendia a técnica e, em contrapartida, ganhava um laparoscópio para poder fazer laqueaduras onde ele exercia a profissão.

Consequência, a esterilização, que foi baseada também num programa nacional de estudos sobre o assunto, que começou no Governo Castello Branco, quando pela primeira vez se falou a respeito, depois, foi quase normatizada no Governo Costa e Silva e realmente normatizada em nível de comissão no Governo Médici. O Governo tentou uma normatização do assunto, não teve recurso suficiente para bancar e houve, parece, uma facultação para que organismos internacionais pudessem fazer o "planejamento" da mulher brasileira dentro do País. Foram criados esses tipos de centros de treinamento para o médico. Logicamente, segundo dados também constantes que tenho em mãos, havia repasse de dinheiro e esse repasse de dinheiro ia para as instituições de treinamento. (Por que ocorrem tantas esterilizações, parece-nos que houve inicialmente interesse em que o País fizesse uma diminuição da taxa de natalidade, até por motivo de segurança nacional, segundo consta aqui, dos Estados Unidos da América do Norte; a motivação partiu de lá, em décadas anteriores. E isso levou talvez a uma distorção de conceito de moralidade, de ética de procedimentos, em consequência de um grupo que foi cooptado para resolver o assunto num interesse político mais amplo. Esse grupo cooptado tinha formação de opinião perante a classe. Então, provavelmente, em vista de elementos bem respaldados dentro da classe começaram a fazer uma determinada ação, há uma imitação dos mais novos que os sucedem. Isso cria uma distorção ética, uma distorção às vezes até, conceitual e a pessoa passa a não perceber que está fazendo uma ação que não é pertinente ao que pensa que faria; ela pensa estar fazendo um planejamento familiar e está fazendo uma esterilização em massa, pois está sendo utilizada para isso.

Para se conseguir, talvez, o retorno desse conceito que expusemos, da centralização médica, para salvaguardar a parte ética da ação profissional, para que o médico tenha domínio sobre uma coisa que vai ser definitiva, a pessoa não terá a opção seguinte, em quase 100% dos casos.

Mesmo se dando às pessoas o direito de opinarem num planejamento próprio que deve ser dado, a ética do assunto, no nosso entender, ficou assustadora; os médicos fazem laqueadura acreditando que estão fazendo planejamento familiar. E os médicos vão além. Há denúncias, num jornal do Rio de Janeiro, de que a paciente foi laqueada sem ser consultada, a bel-prazer do médico. Ele julgou que a paciente tinha filhos demais e ela nem foi escutada se queria ou não.

Então, pensando-se até no ponto de vista cultural, que o médico é formado para curar, para salvar, ele começa a vestir essa ótica e passa a ser inerente a ele, o que às vezes, cria também uma distorção, em que o médico passa a ser superior ao cliente, ele acha que pode fazer ao cliente o que é justo para ele, sem consultar o cliente.

Por isso, volto aquela primeira pergunta sobre o centralismo. E a esterilização continuou porque se criou um mecanismo que todos copiaram. Se se pensar que esses assuntos começaram a ser mais pensados na década de 60, então, estamos praticamente uma geração à frente. Essa geração à frente já raciocina como se esterilização fosse o adequado como planejamento. Talvez por isso ainda a mantenha.

Por outro lado, opinião minha, não estou falando em nome de sociedade agora, acredito que também haja fatores de ónus referentes a isso — bônus. O médico muitas vezes utiliza a laqueadura como meio de ganhar dinheiro, porque a paciente tem uma visão distorcida desse assunto e também e não conhece outra metodologia. Ela foi massacrada com a informação de que a laqueadura é a mais adequada, até pelo meio social em que vive, onde várias pessoas já fizeram, já foram cooptadas para fazer e fazem o apêndio. Elas procuram fazer a cirurgia sem muito esclarecimento, e o médico aceita à medida que existe uma remuneração em torno disso.

Essas coisas existem, e eu as vi acontecer em hospitais públicos. É dramático, no meu entender, ver um médico fazer uma laqueadura em troca do benefício do INPS de tempos atrás. Aquele salário-natalidade, que a paciente ia buscar que era um valor referência, o médico o recebia em troca da laqueadura feita. Um salário que talvez representasse o leite do filho, se não pudesse amamentá-lo.

A distorção ética foi muito grande, atingindo médicos e pacientes. Os pacientes também procedem ativamente, também pedem e conestam na ação errada, pagando. Eles, crendo que estão recebendo uma benesse, estão criando outra val de procedimentos que a Nação tenta resgatar com todo esforço, essas coisas erradas que vêm acontecendo no País há tanto tempo.

Em relação ao treinamento pessoal, eu já disse, no início, que ele ocorreu objetivando, única e exclusivamente, a laqueadura tubária das mulheres, via laparoscópica.

No momento, existem vários centros no País que fazem planejamento familiar, ensinam e dão uma certa normatização na ausência de uma normatização oficial. Eles funcionam geralmente dentro de universidades ou em instituições governamentais com serviços organizados de planejamento familiar.

Esse treinamento hoje não visa a laqueadura. E está trazendo bons resultados, apesar de ser recente, pelos menos em Brasília. O número de laqueaduras tubárias está diminuindo, em benefício de outros métodos. E os outros métodos, pelo menos, oferecem a opção de a pessoa, amanhã, arrepender-se.

Citei aqui todos os métodos. Essa é a posição da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, e não necessariamente a minha posição. Mas todos os métodos aqui citados são, para nós, melhores do que aquele que não dá opção de voltar atrás, sob qualquer ponto de vista da pessoa, seja cultural, técnica, ético ou religioso. Todos eles facultam à pessoa o arrependimento e o retorno à situação anterior. Os treinamentos são feitos dessa forma, Deputada.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — A Sra. Relatora ainda não se deu por satisfeita e quer fazer mais algumas perguntas ao depoente.

A SRA. RELATORA (Jandira Feghali) — Dr. Etelvino, é só para precisar alguns dados.

Primeiro, o senhor disse que no Governo Médici houve uma normatização. Seria importante que conhecêssemos a normatização oficial, porque sempre se diz que nunca houve uma posição oficial assumida pelo governo Brasileiro, apesar da sua convivência e permissão da atuação dessas entidades em território nacional.

Então, se essa normatização existe e o senhor tem a cópia, seria importante que esta CPI também a tivesse.

Segundo, o senhor observou que, no início, o treinamento era direcionado para a esterilização laparoscópica. Eu pergunto se esse início seria a década de 70, pois o relatório tem que ser muito preciso.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Certo. Foi na década de 70, houve um treinamento para médicos dessa forma.

A SRA. RELATORA (Jandira Feghali) — Terceiro, o senhor colocou que um grupo foi cooptado com representatividade e com referência na categoria. Seria, então, importante precisar melhor que grupo e de que forma isso foi feito.

Outra questão. O senhor não respondeu sobre a possibilidade de reversibilidade técnica da cirurgia, ou dos riscos da laparoscopia. O senhor falou nos riscos inerentes a qualquer processo cirúrgico: infecção hospitalar, anestesia e outros. Mas o que se coloca é que hoje se faz cirurgia por laparoscopia e, neste caso, os riscos não seriam os mesmos, o que enrijaria, na verdade, a prática da esterilização, dispensando a internação, que, muitas vezes, é feita em ambulatório e até em consultório médico. Seria bom precisar isso.

Por fim, a questão do retorno à decisão do médico. Parece-me haver uma contradição nesse aspecto, pois ao mesmo tempo em que o senhor diz que a decisão deve caber ao médico, apresenta uma série de dados, tais como: todas as feitas por médicos de forma equivocada; a remuneração, o poder médico, o problema da ação massiva feita por feito médico e hoje dentro dessa visão, o Anla mais, há o problema de saber qual o critério a ser usado pelo médico para decidir. Hoje o estupro e o risco de vida da mãe são os dois casos em que a legislação permite a cirurgia, e, mesmo assim, muitos médicos não a realizam, seja por dever de consciência ou por medo de uma penalidade judicial, ou por questões religiosas, morais etc.

Se quisermos regulamentar a questão da esterilização, qual seria o parâmetro do médico para tomar essa decisão, afora essas duas indicações legais?

Fico imaginando que há uma contradição entre a decisão do médico, a nossa realidade e os parâmetros não expressos nessa posição para que ele decida pela esterilização cirúrgica.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Normatização. Talvez gaste uns cinco minutos de leitura.

"Ministério da Justiça — Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

Conclusões:

Coordenadora da Comissão de Saúde: Regina Célia Viola.

Aspectos políticos.

O Presidente Castello Branco, em 1964/1968, durante o seu governo, afirmou ser o alto índice de natalidade a causa dos problemas econômi-

cos, e, conseqüentemente, o seu controle seria a meta primordial de seu governo.

Em 1965, inexistindo política oficial, instala-se no Brasil a Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar Demfam, considerada de utilidade pública pelo governo, definida como organização provida sem fins lucrativos, que assume para si as atividades de contracepção no Brasil, promovendo o uso dos contraceptivos orais sem a menor assistência médica, apesar das inúmeras contra-indicações, expondo assim a saúde das mulheres.

No fim da década de 60, início de 70, o otimismo econômico determinou posturas favoráveis à expansão demográfica. Foi instalado, em 1968, comissão parlamentar de inquérito, na Câmara dos Deputados, que investigaria o controle de natalidade.

O Presidente Costa e Silva, em 1969, considerava desejável o aumento da população e o correlato aumento da mão-de-obra, para atender ao crescimento econômico e à promoção da ocupação das regiões de baixa densidade demográfica.

Nas reuniões internacionais, defende posições coerentes, incluindo a defesa da soberania quanto à demografia, o reconhecimento da liberdade do casal frente ao planejamento familiar, e a convicção de que o problema não é o excesso de população, mas o ritmo de desenvolvimento.

Em 1972, quando as Nações Unidas realizam a Conferência Internacional de Estococo, o governo tomou iniciativa objetivando uma política demográfica.

No término dessa conferência, o Ministério do Interior e o das Relações Exteriores encaminham ao Presidente Médici sugestões para que o País adote política nesse sentido.

O Presidente Médici forma um grupo interministerial com um representante do Conselho de Segurança Nacional; aprova as conclusões deste grupo sobre o assunto; envia-a a seu sucessor, o Presidente Geisel, em 1974/1979. Esse documento jamais foi publicado na íntegra. Foi aprovado. E, em agosto de 1974, o Palácio do Planalto divulga o resumo do trabalho do grupo, fixa a posição do governo sobre o assunto, sendo levado à Conferência Mundial de População em Bucareste em 1974.

São os seguintes os seus princípios básicos (por isso falei em normas):

1 — A política demográfica brasileira é de domínio soberano do governo do Brasil. O governo não aceitará interferências externas, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica.

2 — O controle da natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental.

3 — A capacidade de recorrer ao controle de natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas, e, por isso, cabe ao Estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos.

O governo adotará as medidas necessárias para diminuir a mortalidade no País, sobretudo a infantil, promover a integração dos grupos sociais ainda marginalizados, equilibrar os crescimentos regionais, incorporar os grandes espaços vazios do País e promover o crescimento dos setores urbano e rural.

O Brasil assumiu posição discordante do neo-maltusianismo. Essa concepção entende que há um problema demográfico no mundo, ou seja, sobre população.

A normatização seria isso.

A SRA. RELATORA (Jandira Feghali) — Eu gostaria de ter uma cópia desse documento.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Perfeito. Isso faz parte de um arquivo.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Queria dizer ao depoente que, em todos os depoimentos, o material usado fica também no arquivo da CPI. Por isso pediríamos a cópia desse documento e de outros que possa ter usado na sua exposição.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Falamos em normatização em face daqueles assuntos.

Houve uma tentativa de normatização, mas, como disse a Dr. Regina Célia, aquele documento nunca foi publicado.

Falei em grupo cooptado. Para mim é um pouco difícil essa situação, porque falando em cooptação estou fazendo um juízo próprio. É possível que os que assim o fizeram acreditem que não tenha havido uma cooptação, e sim que eles é que propuseram pelo início das ações.

Em um hospital do Rio de Janeiro, não me lembro qual, fez muitas ações de ensino para uso de laparoscopia, no serviço do professor, Dr. Hélio Aquinaga. Não estou dizendo que o professor, Dr. Hélio Aquinaga, foi cooptado para resolver assuntos de ordem política, brasileira ou internacional. Só estou dizendo que ele treinou médicos.

Aqui de Brasília, quem fez esse tipo de treinamento? Todos ou quase todos o fizeram lá.

Sobre o risco. Falei de risco inerente e a senhora do risco diminuído. Qualquer procedimento evasivo contém risco. Se houver um procedimento de laparoscopia no consultório ou no hospital, há risco; logicamente o risco no hospital é menor, porque tem ambientes mais preparados para o exercício da ação.

Mas o risco, por exemplo, de infecção, de hemorragia, existe também. Há uma parte favorável à laparoscopia que é a questão de custo hospitalar. Como a pessoa permanece pouco tempo lá, gasta menos, e o governo gasta menos com a pessoa que se utiliza da laparoscopia.

Mas há o risco inerente à laparoscopia, como por exemplo, um dos meios de esterilização laparoscópica, que é queimar a trompa; como isso é feito por meio de descarga elétrica, pode queimar o intestino também, provocando um grave acidente que levaria a uma reintervenção cirúrgica.

Não temos como fazer um paralelo muito específico quando dizemos que o risco da laparoscopia é menor que o da cirurgia, ou vice-versa. Teria que haver o levantamento de todas as laparoscopias e de todas as cirurgias, e não tenho esses dados. Mas cremos que ainda existem riscos na laparoscopia.

Em relação ao parâmetro para esterilização, falamos sobre o problema de ficar restrito ao médico para decisão, porque estou falando de uma cópia, de um documento que não é oficial; então, não sei se isso deve ficar na Comissão, mas o Ministério da Saúde também o tem. As normas, se a senhora já as leu, provavelmente estão restritas à centralização médica. Há coisas que são interrogáveis. Por exemplo: doenças físicas ou mentais de

caráter hereditário. E isto cabe à norma dispor, mas para uma lei não pertence, porque abre uma brecha eugênica, se a amanhã entrar um Governo maluco. E se aparecer outro Hitler e usar isto como lei, começa a fazer a sua eugenia a bel-prazer, porque a lei permitirá. A normatização é fundamental. Quando se redigir uma lei de planejamento, provavelmente estará embutido o planejamento familiar, não sei se seria o caso - ou talvez na reforma do Código Penal - o Código Penal foi reformado há tão pouco tempo, que não sei se seria o caso. A contracepção cirúrgica não pode ser muito relacionada a planejamento, pois é muito perigoso para quem consome como lei, é muito perigoso. Talvez a normatização, no nível inferior à lei fosse melhor. A lei para fins da contracepção cirúrgica, eu acredito que seria uma lei junto a outras leis que normalizam ou façam a regência de assunto saúde, onde haja risco de vida. Do jeito que está, e com o Código Penal como o nosso, restrito a apenas duas circunstâncias, e com o mundo em evolução, precisa-se de normas.

Eu não tenho como responder sobre os parâmetros que usaríamos sob o ponto de vista da lei. Eu tenho medo de me posicionar a respeito. A lei tem que ser cumprida, pelo menos pensa-se assim. Por outro lado, a normatização talvez fosse melhor em nível mais baixo. Eu acredito que sofríamos um problema sério, porque toda vez que se legisla a respeito de alguma coisa a lei, para ser cumprida, exige dois mecanismos paralelos: um de fiscalização e outro de punição. No País existe a lei, mas não existe a fiscalização nem a punição, assim a lei não será cumprida, ou será cumprida ao interesse do indivíduo do momento. Por que outra lei para não ser seguida? Talvez a lei fosse a segunda etapa de uma norma, que deve ser urgente, e crie normas sobre esterilização feminina, consequentemente masculina também.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Concedo a palavra a Deputada Regina Gordilho.

A SRA. REGINA GORDILHO - Dr. Etelvino Souza Trindade, estou-me aprofundando em um problema da esterilização em massa, pois, como temos várias bandeiras políticas, fazendo parte desta CPI, agora estou começando a ter um conhecimento maior do assunto. Esse problema da esterilização em massa se dá - e eu acabei de ouvi-lo dizer que já havia uma norma instituída na época da ditadura do governo Médici - pela ignorância daqueles que não sabem que podem fazer esse mesmo controle pelo planejamento familiar e por outros tantos métodos. Então, essa ignorância e essa falta de consciência e de educação são exploradas de maneira concreta pelo poder, que tem vários patamares: o Poder no Brasil, que começa pelo Poder Executivo, passa pelo Poder político e muitas vezes chega, como disse a Deputada Jandira Feghali, a todas as classes, que têm pessoas corretas, profissionais, ou não; também na classe médica pode haver aqueles que se aproveitam e usam essa esterilização como uma finalidade financeira.

Na parte política - já falei da parte da ignorância, que é a falta de consciência dos outros métodos. Na parte política, tive a oportunidade de constatar que os políticos usam a esterilização - ligação de trompas - como uma maneira de angariar votos. Há muitos políticos - tive a oportunidade de constatar na Câmara Municipal, por onde passei antes de vir para a Câmara Federal - que Deputados contratam médicos em seus gabinetes - os quais não usam - transformando-os em hospitais com a finalidade específica de fazer ligação de trompas. Tive oportunidade de constatar esses fatos na época do recadastramento, quando eu era Presidente da Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Lá compareceu um funcionário do gabinete do Vereador Paulo César de Almeida e disse que não ia à Câmara diariamente porque trabalhava externamente. Foi perguntado qual era o seu trabalho, ele respondeu que era atender a pedidos de mulheres que iam procurar a ligação de trompas. Portanto, existe também, por parte dos políticos, um aproveitamento dessa ignorância para fins eleitorais.

Outro assunto me preocupa tanto quanto à Deputada Jandira Feghali: ficar restrita unicamente à parte médica pode gerar uma avaliação perigosa, porque pode haver também uma parte financeira envolvida na questão.

Para terminar, eu gostaria que o Sr. me explicasse o seguinte: entre esses métodos usados, existe um do qual eu não tinha sequer conhecimento - passei a tê-lo há poucos minutos -, que é a técnica de Ushid. Trata-se de uma técnica através da qual evita-se que a mulher tenha filhos, inserindo-a num planejamento organizado e consciente. Tal técnica não é conhecida pela maioria das mulheres brasileiras. Por que esse método, que traz riscos muito menores de vida, não é usado?

Para finalizar, eu lastimo que a nossa CPI tenha tão pouco comparcimento, o que mostra a discriminação que a mulher sofre por parte dos Parlamentares que não vêem a CPI como um trabalho necessário para que a mulher tenha seus passos e seus direitos conscientes ao lado do homem, com a participação efetiva dos Parlamentares que compõem esta Comissão Mista.

O SR. ETELVINO TRINDADE - Quando a Sr. falou em técnica de Ushid, lembrei-me que deixei algo sem responder à Deputada Jandira Feghali, relacionado com a reversão de laqueadura.

A reversão de laqueadura é possível em 80% dos casos, porém em apenas 40% das reversões a mulher consegue engravidar e em apenas 20% dos casos consegue levar a termo a gestação. Reverte-se a canalização, mas a função reprodutiva continua comprometida na maioria dos casos. Logicamente, essa técnica tem a ver com a reversibilidade. Na medida em que se tira mais trompas ou se liga mais próximo do outro a dificuldade aumenta. Se o pavilhão tubário se perder, ele é parte terminal da trompa, que faz uma espécie de campânula sobre o ovário do qual vai captar o óvulo, não há recuperação da capacidade reprodutiva.

Sobre a ignorância da população, acredito que o político simplesmente utiliza a desinformação da população, as angústias da mulher, principalmente as de cidade grande, que têm grandes dificuldades econômicas, família numerosa. Essa mulher não sabe como resolver o problema do planejamento; por outro lado, geralmente ela tem companheiros que também não são tão esclarecidos, e ela é normalmente muito usada sexualmente, tem opção de recusa. Essa mulher se angustia, e o Governo infelizmente não fornece a essa população os meios, as informações, por exemplo, sobre anticoncepcionais. Normalmente essa mulher não pode comprar uma cartela de anticoncepcional oral porque não tem dinheiro. Acredito, portanto, que o político aproveita, angaria votos. Há um interesse mútuo: o voto em troca da laqueadura, que vai resolver o problema dela.

A centralização médica traz o risco. O risco dos médicos passarem a negociar - digamos - com a laqueadura como um meio de exercício profissional que dá lucro existe. No entanto, se houver uma abertura para que a laqueadura possa ser feita em outras circunstâncias mais amplas do que as vigentes, por exemplo, risco de vida; se forem criadas outras indica-

ções relativas, por exemplo, doenças que não trazem risco eminente, mas que se podem agravar; se forem criadas algumas nomenclaturas menos gravosas que dessem acesso à esterilização - creio que na normatização seria criado um limite de prole, para que a paciente não se arrependa, no futuro, de ter tido filho único também uma relatividade, com faixa etária - acredito que a grande maioria das ações vão ocorrer em hospitais públicos. Se o hospital público tiver normatização - pode ser feito, porque atualmente só se faz através de Ata médica - teria mecanismo coercitivo, de fiscalização e impeditivo no sentido de que a ação não seja feita numa troca de favores ou troca financeira. O risco ainda persiste. Mas, por outro lado, se for feita uma lei que estabeleça todas as ocasiões em que pode ser feita, também haverá risco.

A técnica de Ushid é uma técnica de reversibilidade. Realmente não consta nem mesmo no manual do Ministério da Saúde. Essa técnica tem a vantagem de uma reversibilidade maior. Não sei responder porque não consta. Vou até discutir com os colegas do Ministério da Saúde.

A SRA. REGINA GORDILHO - O Senhor não acha que seria porque ela requer um tempo e um cuidado maior, sendo, por isso, mais onerosa? Não seria por isso, ou seja, pelo custo financeiro dessa técnica?

O SR. ETELVINO TRINDADE - É uma possibilidade. O País tem uma dificuldade financeira muito grande. Na área de saúde isso é gritante. É possível, portanto, que não a tenham colocado por essa razão.

A SRA. REGINA GORDILHO - Eu gostaria que a Presidente atentasse para essa técnica, que foi confirmada pelo Dr. Trindade como portadora de um valor muito grande para a mulher, uma vez que ela permite uma reversibilidade para o momento em que a mulher se arrepende da esterilização. Creio que é importante que possamos, dentro desta CPI, fazer essa cobrança, ou seja, que essa técnica seja colocada dentro das opções que a mulher deve ter.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Eu gostaria de fazer algumas perguntas ao Dr. Etelvino, uma vez que a maioria das perguntas que eu faria já foram colocadas pelas ilustres Deputadas Jandira Feghali e Regina Gordilho.

Sinto-me um tanto quanto incomodada com algumas intervenções que foram feitas, porque - parece-me - não ficaram claros alguns aspectos no que diz respeito, por exemplo, à questão do treinamento de pessoal. Esse treinamento é qualificado? Envolve apenas os médicos ou é extensivo a enfermeiras auxiliares e grupos afins? Eu gostaria de saber se, na medida em que há um treinamento, há necessidade de recursos. Qual a fonte dos recursos para esse treinamento? Há implicações com recursos oriundos do exterior? Eu gostaria ainda de saber, com relação à FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, se ela congrega profissionais diretamente ligados à questão da saúde da mulher nos programas de saúde materno-infantil, uma vez que temos notícias, de outros depoentes, de que ela tem funcionado também como um instrumento da formação para o planejamento familiar dentro das condições hoje denunciadas por nós sobre o controle de natalidade. Eu gostaria de saber do Dr. Etelvino a respeito dessas considerações.

O SR. ETELVINO TRINDADE - O treinamento de pessoal é feito em reprodução humana. Logo, é mais abrangente do que laqueadura tubária atualmente.

Esse treinamento ocorre em quase todas as universidades; quase todas têm um departamento de reprodução humana dentro da cadeira de ginecologia-obstetrícia. Aqui em Brasília isso é feito pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal e o órgão coordenador central é o Hospital Regional da Asa Sul. O pessoal que presta o treinamento, em princípio é o pessoal universitário. Em princípio, porque Brasília é um caso à parte, devido a circunstâncias próprias, a Universidade nunca assumiu a liderança técnica aqui na cidade, então, a Fundação assumiu.

Quanto à universidade, não tenho conhecimento dos recursos, até por que as dotações orçamentárias universitárias representam um mistério no qual eles não querem que se mexa, porque eles não querem responder onde são usadas as verbas que eles têm. É um problema complexo. Sabemos, por exemplo, que já fomos estudantes universitários, que as universidades recebem dinheiro do exterior. Qual é a dotação, e qual é a utilização dos recursos, realmente eu não sei, não saberia especificar. Existe logicamente; e pelo que podemos aparentemente ver, muito dinheiro para a área de reprodução humana. Não sei de onde vem, mas existe, haja vista os congressos e o movimento de pessoal que dá conferências, aplicar a metodologia e a facilidade com que isso é feito. Existe, realmente, muito dinheiro para isso, mas não sei especificar se viria do exterior.

Em Brasília, o grupo do Dr. Joaquim Roberto Costa Lopes, que é o que gere esse grupo de reprodução humana, no Hospital Regional da Asa Sul, não recebe recurso de fora; os recursos são da própria Fundação, que dá os meios para que exerçam a ação em reprodução humana. E essa ação vai desde a orientação, que são conferências para o pessoal, até a laqueadura também é feita. O pessoal que dá o treinamento, em princípio, é composto por professores universitários. Aqui, em Brasília, é um grupo do Hospital da Asa Sul. São envolvidos, além dos médicos que pertencem ao sistema, o grupo de enfermagem, porque em centro de saúde é o pessoal da enfermagem que dá palestras, às vezes ensinando o uso de "camisinha", fazendo a distribuição de anticoncepcional oral. O Ministério da Saúde faz o repasse aqui no Distrito Federal para os hospitais da Fundação e destes para os centros de saúde. Então, toda Regional de Saúde do Distrito Federal tem esse sistema implantado. Envolve psicólogo, no âmbito central, há psicólogo também que atua com eles e há até geneticista no Hospital da Asa Sul.

Então, é uma equipe quase multidisciplinar, aliás, mais multiprofissional.

A Febrago realmente faz; é formadora de opinião porque é uma Federação dos especialistas, e somos cerca de 7 mil no País. É a Febrago que faz os congressos, os simpósios, os encontros; tudo é a Febrago que faz e inevitavelmente torna-se formadora de opinião. Em consequência, todas as coisas que envolvem a área de saúde, da área específica de ginecologia-obstetrícia, a Febrago tem sido consultada. O Ministério da Saúde, principalmente mais recentemente, se interessou muito em se aproximar das sociedades de classe, justamente através de seus organismos diretivos, para tomar as orientações necessárias para cada ação. Por isso que, com relação a essas normas que a Deputada Jandira disse que estão paradas, existem pedidos da Câmara para que não continuem. Mas, só exist-

tem duas pessoas do CORSAMIR, do Ministério da Saúde, que fizeram essas normas. O resto todo é da Febrago. Os consultores para todos os médicos, médicos naturais — mais de vinte pessoas — todos são da Febrago. Do CORSAMIR, os representantes são Ferreira Nobre e Formiga Filho que são também da Febrago, inclusive de comissão nacional. A Febrago funcionou muito elaborando a norma porque realmente atua nessa área. O Governo do Distrito Federal, está solicitando o mesmo tipo de ação; que as sociedades de especialistas aqui da Cidade façam as normas de quanto ao funcionamento da política de saúde, porque serão, no fim, os executores. Talvez seja algo até muito útil, mas julgamos interessante que assim seja.

Quanto ao controle, ao qual a Deputada Benedita se referiu, talvez entre aspas, a Febrago fique com certo controle sobre isso. Logicamente, talvez um pouco jocosamente, todo mundo lutar por um certo poder e o controle dá poder, dá poder de resolver, mas o controle das ações. Quanto ao controle de população, a Febrago não propugna por isso, pelo contrário, ela é contrária. Controle demográfico, essas titulações, controle de natalidade, a Febrago é contra, ela é muito favorável a que se dê recursos, meios para que o casal tenha opção, ou a mulher hoje — é mais pertinente falar da mulher — tenha acesso a facilitação de metodologia pró ou contra a natalidade no momento dela.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Outros depoentes anteriores referiram-se à existência de laparoscópios doados com a finalidade de esterilização.

Gostaria de saber se a Febrago detém alguns desses aparelhos e o recurso do exterior. Foi dito aqui que, para a Febrago, o valor foi de 247 milhões, 136 mil dólares para esse planejamento familiar e também para treinamento de médicos, incluindo, evidente, médicos do Distrito Federal para a técnica de esterilização de mulheres e vasectomia. Então, a laparoscopia e a laparotomia constituíram-se objetos de treinamento desses médicos.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Não tenho informação se ainda continua a doação de laparoscópios. Parece-me que isso parou.

No início o pessoal aqui de Brasília, que conheço, que fazia o treinamento de laparoscopia, ganhava um laparoscópio. Agora, nunca ficou definido que o laparoscópio fosse dado para fazer esterilização em população pobre. O médico ganhava o laparoscópio. Provavelmente ele teria as orientações que eu não sei especificar. E, geralmente os médicos que fizeram esse tipo de treinamento eram médicos que trabalhavam em hospitais públicos onde tinham facilidade de fazer cirurgia. Houve a doação. A Febrago, em si, não doa laparoscópio nem recebe laparoscópio para doação. O repasse de verba para a Febrago, tipo doação para reprodução humana, pela Febrago em si, eu acredito que não tenha, não posso ter convicção absoluta. A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, que é órgão da Febrago, tem acesso a recursos. Não sei especificar a origem dos recursos, mas eles existem. Por exemplo, fizemos um congresso brasileiro, aqui em Brasília; o Follow up nos deu o dinheiro, que veio de organismos internacionais; de organismos privados não recebemos de ninguém.

A Follow up, a OPAS, a OMS todas essas entidades enviaram recursos então, houve repasse de verba para fazer um congresso.

Existe, nos nossos conclave e encontros, pessoal patrocinado. O patrocínio, quando do exterior, não sei até onde existem esses interesses políticos. É lógico, é de se supor que existam os interesses políticos de dr. fulano, beltrano ser patrocinado a vir falar sobre o assunto, e que é, aparentemente, de interesse de países mais desenvolvidos.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Foi a Pat Finder Foundation, Dr. Etevlino, que repassou para a Febrago esse montante, em 1991 e 1992, dos 247 milhões de dólares.

O SR. ETELVINO TRINDADE — Ela entrou com um projeto em Manaus; sujeito a uma opinião do conselho Federal de Medicina, que foi contrário, para fazer o programa de planejamento familiar dentro das fábricas; ela repassava na época, só eu não me engano, algo em torno de 2 milhões de dólares para que isso fosse feito. Não sei se foi instituído ou não o programa. Mas, se esse dinheiro entrou, deve ter entrando via Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Eu quero agradecer em nome desta Comissão a presença do Dr. Etevlino, diz-me que foi importante a contribuição trazida aqui. O objetivo desta CPI expressa-se pela vontade e pela imposição de todas essas políticas que aí estão colocadas e que têm servido pura e simplesmente para levar essa população carente, sofrida, marginalizada e até desinformada a ser responsável por todo o empobrecimento da Nação brasileira. É muito meritório que um depoente nos traga, não só a nível de conhecimento próprio e experiência, uma documentação que servirá não apenas para o conteúdo do relatório, mas como subsídio real e concreto para a busca de implementação de políticas que visem acabar com a discriminação e a esterilização em massa das mulheres brasileiras.

Queremos, mais uma vez, agradecer a sua presença conosco e dizer que as portas continuam abertas para receber toda e qualquer documentação e informação que queiram repassar a esta CPI, medida da suas vontades.

Gostaria ainda de dizer que iremos falar com o Presidente do Senado, Senador Mauro Neves, e que convidamos a todos a nos acompanharem.

Convoco reunião da Comissão para as 14h 30min., terça-feira, com o depoimento da Assistente Social, Deputada Maria de Lourdes Abadia.

Esta encerrada a reunião.

(Levanta-se a reunião às horas e minutos.)

10ª REUNIÃO, REALIZADA

EM 28 DE MAIO DE 1992

Aos vinte e oito dias do mês de maio do ano de mil novecentos e noventa e dois, às dez horas, na Sala 5 da Ala Senador Alexandre Costa, presentes os Senhores Parlamentares Deputada Benedita da Silva (Presidente), Senador Carlos Patrocínio (Relator), Magno Bacelar, José Riche, Wilson Martins, João França, João Calmon, Deputados Ivãno Guerra, Matheus Iensen, Marco Penaforte, Maria Luíza Fontenele, Jandira Feghali, Fátima Palaes, reúne-se a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinada a "investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". Havendo número suficiente, a Senhora Presidente declara abertos

os trabalhos dispensando a leitura da Ata da reunião anterior, que é dada como aprovada. A seguir, comunica recebimento de requerimento da Senhora Deputada Maria Luíza Fontenele solicitando que haja uma audiência pública no estado do Rio de Janeiro, bem como indicar a Senhora Deputada Benedita da Silva para representar a Comissão na Eco-92. Em votação, é aprovado o Requerimento. Com a palavra o Senhor Relator presta esclarecimentos a cerca da audiência que teve com os Senhores Ministro Goldemberg e Embaixador Macedo Soares, sobre planejamento familiar, controle de natalidade e esterilização da mulher no terceiro mundo. Em seguida, a Senhora Presidente convida o Prof. Décio da Fonseca Sobrinho, do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal de Minas Gerais, para tomar assento à Mesa e solicita ao depoente que preste o juramento de praxe. Com a palavra o Prof. Décio tece considerações sobre pesquisas que elaborou tendo como resultado final uma tese que defendeu no DECEPIA, na qual aborda a história do planejamento familiar no Brasil. Faz referências à Conferência dos 21 em Bogotá, Colômbia, na qual concluiu Relatório final intitulado "Ata de Bogotá". Cita ainda, artigo publicado no New York Times, abordando o nordeste brasileiro. Finalizando, enfatiza que houve um Pool de interesses diversos ao controle de natalidade no País. Prosseguindo, passa-se a fase interpelatória, quando usam da palavra pela ordem os Senhores Senador Carlos Patrocínio, Deputado Marco Penaforte, e Deputada Maria Luíza Fontenele. Com a palavra a Senhora Presidente agradece a contribuição da ilustre depoente e comunica que a Comissão irá realizar audiência pública no próximo dia 6 de junho, na Cidade do Rio de Janeiro, por ocasião da reunião da Rio-92 e solicita a Secretária que comunique aos demais Membros. 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 10ª 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 EM MULHERES NO BRASIL, DESTINADA A OUVIR O DEPOIMENTO DO PROF. DÉCIO DA FONSECA SOBRINHO, DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, QUE SE PUBLICA COM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO DA SENHORA PRESIDENTE DA COMISSÃO:

Presidente: Deputada Benedita da Silva
Relator: Senador Carlos Patrocínio

(Sem gravação na abertura)

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Está aberta a reunião.

...na casa de amigos, parentes, enfim. Então, para tomarmos essa deliberação, hoje, seria extremamente difícil do ponto de vista financeiro. Mas, mesmo assim, eu vou pedir à Assessoria que faça esse levantamento, saber dos Deputados e Senadores desta Comissão que estarão na Eco-92 e articular para que possamos ter uma audiência pública no Rio de Janeiro, o que acho difícil. Mas, de qualquer forma, também é válida a iniciativa e o só lamentação não termos pensado antes, porque já teríamos articulado e garantido esse fórum.

Quanto à Assessoria, não teremos problema, porque já temos tanto do Senado quanto da Comissão uma representante nossa no assessoramento que estará no Rio. A maioria de nós, Parlamentares, estará no Rio. Valeria saber se os membros da Comissão custeariam a sua passagem.

A SRA. MARIA LUÍZA FONTENELE — (Intervenção fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — No entendimento da Presidência, encaminharemos por escrito o requerimento, que já poderíamos aprovar, da Deputada Maria Luíza Fontenele, que pede não só que haja uma audiência pública no Rio de Janeiro, como também seja delegada à minha pessoa a representação desta CPI na Eco-92, no Fórum da ONG, porque oficialmente não teríamos como fazer.

Em votação.
Os Srs. e Srs. Parlamentares que aprovam queiram permanecer sentados. (Pausa.)

Aprovado.
Passo a palavra ao Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Sr. Presidente, Srs. Membros desta Comissão, minhas Senhoras, meus Senhores: eu gostaria de prestar um esclarecimento que julgo de muita importância para esta Comissão, porque ontem tive oportunidade de conversar com o Ministro Goldemberg e também com o Embaixador Macedo Soares a respeito do tema Planejamento Familiar. O Controle da Natalidade ou Esterilização das Mulheres Brasileiras ou do Terceiro Mundo. E como era propósito desta Comissão eu inquiri ao Exmo. Sr. Ministro sobre a posição brasileira com relação a este tema. Com o auxílio do Embaixador Macedo Soares eles foram categóricos em afirmar que houve também a preocupação de outros países, que participam da Eco-92, com relação a este tema, e parece-me que não será abordado, pois o tema Controle de Natalidade nos Países de Terceiro Mundo não será um tema para a Eco-92. Todavia, se porventura alguém levar à baila esse assunto, a posição do Brasil já está definida: o nosso País não abre mão da sua autonomia, das suas prerrogativas; poderá até discutir esse assunto, mas sem jamais aceitar qualquer tipo de ingerência internacional no controle ou no planejamento ou numa política de planejamento familiar para o Brasil. Isso foi o que me afirmou, com toda segurança, o Ministro Goldemberg e o Embaixador Macedo Soares, que é também um dos coordenadores da Eco-92.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Agora chamaremos o Dr. Décio da Fonseca Sobrinho, que é Professor do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal de Minas Gerais, e Demógrafo do Cedepla — dentro Demográfico de Desenvolvimento e Planejamento de Belo Horizonte. E ele tem defendido, recentemente, a tese de Doutorado sobre o Planejamento Familiar e Instituições de Financiamento Internacional e Programas Oficiais de Saúde da Mulher.

Gostaríamos de chamar à Mesa, então, o Dr. Décio da Fonseca Sobrinho, que sentará ao meu lado direito.
Pediria que ficassem de pé para o juramento.

O SR. DÉCIO DA FONSECA SOBRINHO — "Juro, como dever de consciência, dizer toda a verdade e nada omitindo que seja do meu conhecimento sobre quaisquer fatos relacionados com 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) - Dr. Décio, o senhor disporá de vinte minutos.

O SR. DÉCIO DA FONSECA SOBRINHO - Exm^a Sr^a Deputada Benedita da Silva, Presidente da Comissão de Senadores e Deputados, primeiro quero declarar da minha honra em estar aqui presente e poder dar alguma contribuição para os trabalhos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

Pretendo falar em vinte minutos, que é pouco tempo para sintetizar, mas, de qualquer forma, posteriormente, alguma coisa a mais poderá ser dita, ou seja, uma síntese da pesquisa que fiz e que teve como resultado esse trabalho, essa tese que defendi no Cedepla, em dezembro do ano passado.

O que quis nessa investigação foi contar, de alguma forma, a história do planejamento familiar no Brasil. A minha preocupação não foi de fazer uma investigação do que ocorreu na prática do planejamento familiar; que nesse período todo em que investiguei estavam acontecendo atos concretos e houve uma queda muito forte dos níveis da fecundidade no Brasil. Só para citar alguns dados, em torno de 1940, a taxa de fecundidade total no Brasil, que significa um número médio de filhos tidos pelas mulheres entre 15 e 49 anos, era de 6,5, mais ou menos. Quer dizer, a média de filhos tidos por mulheres, em 1940, era entre 6,3 e 6,5 filhos e, mais recentemente, os últimos levantamentos feitos pelo IBGE indicam que a média nacional já é bem abaixo disso, está em torno de três filhos por mulher.

Então, houve de fato, na prática, uma queda muito forte, muito grande nos níveis da fecundidade no Brasil. Ou seja, as taxas de natalidade, falando em outra terminologia, caíram.

Já está demonstrado, também, por outras pesquisas - não foi esse ponto que abordei - que a maior parte dessas mulheres, obviamente, recorrem a métodos anticoncepcionais e que o método - se é que pode ser assim chamado, pessoalmente, acho que não - mas utilizado nesse período foi a esterilização.

Um dado de uma pesquisa realizada em 1986 aponta que do total de mulheres, em união, com a idade de 14 a 44 anos, quase 27% delas estavam esterilizadas, com ligaduras de trompa. Essa pesquisa foi feita nacionalmente, conduzida pela Bemfam e por uma instituição norte-americana que assessorou a Bemfam. E, dentre outras coisas, foi identificado que 27% das mulheres, em união, na faixa de idade de 14 a 44 anos, estavam esterilizadas. E esse era o "método" de maior incidência de utilização.

Outro dado que ficou claro nesses levantamentos é que as fontes principais de obtenção da esterilização, dentre as suas usuárias, foram hospitais da Previdência Social, hospitais do Governo. Outro dado interessante, antes de entrar no tema propriamente que eu quero abordar, é o de que dentre as usuárias da pílula, que era o segundo método mais utilizado, 93% compravam essas pílulas diretamente nas farmácias, sem passar por qualquer tipo de atendimento prévio para a sua obtenção.

Não foi esse o tema da minha investigação. Procurei ver como o discurso, em torno do assunto, foi se organizando no País. Nesse sentido, procurando ser sintético, identifiquei que se pode contar essa história do planejamento familiar no Brasil em três grandes momentos. Houve um período anterior - 64, cujas raízes são bastantes longínquas, do século passado, quando o que predominou no Brasil foi uma espécie de sentimento pró-natalista difuso.

Não me foi possível identificar, antes de 64, uma formulação teórica clara pró-natalista. Mas é como se todo mundo, mais ou menos, concordasse com o seguinte: é bom para o Brasil que haja cada vez mais brasileiros. Dessa constatação de buscar um crescimento da população - estão algumas evidências - vou apontar algumas - de que se buscava um crescimento em quantidade e qualidade. Existia uma ideia racista, eugênica de busca da melhoria da raça brasileira, que foi expressa em várias oportunidades desde o século passado. Hoje ainda, pode-se encontrar, de uma forma mais camuflada, expressões dessa ideia de crescimento, em qualidade, da raça brasileira.

Há um autor que expressou esse tipo de pensamento, cuja predominância foi até 64 no Brasil - uma data um tanto quanto arbitrária, mas que tem uma razão de ser - e que colocou isso com muita clareza. Trata-se de Oliveira Vianna, que publicou, em diversos livros, a sua ideia sobre a população brasileira. Traduzindo-se numa das primeiras expressões desse pensamento demográfico brasileiro no passado. Parece incrível que alguém tenha tido coragem de escrever como ele escreveu, numa época em que as pessoas não se sentiam tão à vontade para falar qualquer absurdo e camuflavam o seu pensamento. Sua posição era a de que a raça brasileira era de má qualidade, principalmente por causa da miscigenação das raças, da presença do elemento negro e do índio. Ele fazia discursos e estudos sobre o assunto num tom pretensamente científico. No seu estudo, distinguia entre numerosas nações negras. Dizia assim:

Entre as numerosas nações negras que aqui se fixam, há diversidade de tipos e de mentalidades mais sensíveis do que as que existem entre portugueses, espanhóis, ingleses, franceses, italianos e alemães, quando comparados entre si. Tribos há de negros absolutamente indomesticáveis e incivilizáveis, de instinto selvagem, de mentalidade rudimentar, incapazes de qualquer melhoria ou ascensão. Outras revelam inteligência superior, capacidade progressiva, talentos artísticos, temperamento dócil, generosos e obedientes - é o caso dos egbás, dos iorubás, dos minas. Outras há ainda de negros inteligentíssimos, vivazes, saques, ardilosos, mas de caráter pouco sólido, como os angolas.

Então, no seu discurso, ele vai vinculando o caráter à raça, à biologia. Da união entre o branco e negro surgiu o mulato. Ele disse:

"Em regra, o que chamamos mulato é um mulato inferior, incapaz de assear, degradado nas camadas mais baixas da sociedade, provindo do cruzamento de branco com negro de tipo inferior. Há, porém, mulatos superiores, arianos pelo caráter e pela inteligência, ou pelo menos suscetíveis de ariização, capazes de colaborar com os brancos na organização e civilização do país. Produtos diretos do cruzamento de branco com negro, herdando, às vezes, todos os caracteres físicos e, mesmo, somáticos da raça nobre. Do matiz do cabelo à coloração da pele, da moralidade e dos sentimentos ao vigor da inteligência, são de uma aparência perfeitamente ariana.

Uma das marcas desse sentimento pró-natalista que prevalecia no Brasil foi essa ideia. Por que era bom para o Brasil que houvesse esse crescimento, em quantidade, da raça brasileira. Porque esse crescimento significava miscigenação e a população seria resgatada de um patamar inferior da evolução, através da miscigenação.

Eram as ideias que já estavam presentes nos racistas inaugurais, como Gobineau, na França; Heckel, na Alemanha, que teve uma influência muito grande no Brasil, principalmente através dos médicos. Mais à frente, veremos que essa categoria profissional, na transmissão dessas ideias, foi muito importante e continua sendo. Os médicos foram os procuradores de alguns núcleos médicos no País, como a Escola Tropicalista baiana, através, por exemplo, de um Nina Rodrigues, um médico do século passado, que teve uma influência muito grande e que era adepto das teses racistas, discípulos de Lombroso, um médico italiano que entendia que a criminalidade estava ligada à degenerescência da raça. Ele descreveu um biótipo do criminoso; ou seja, ele tinha as medidas e as características biológicas daquele que seria o criminoso nato. A obra mais famosa falava da inibridade penal dos mestiços no Brasil. Quer dizer, os mestiços não poderiam ser julgados com o mesmo rigor da lei, da mesma forma que a raça nobre, porque eles tinham uma propensão genética para o crime que não dependia da vontade deles.

Essa marca racista era acompanhada por outra - estou falando ainda desse primeiro movimento do pensamento brasileiro sobre a questão populacional: o sentimento pró-natalista - a marca do positivismo contínuo. Mais uma vez, o veículo de transmissão da filosofia continuista no Brasil, em grande parte, foram os médicos, os grandes transmissores da ideologia positivista no Brasil, que se casava com essa questão populacional pelo lado não propriamente do positivismo enquanto método, enquanto teoria do conhecimento, mas enquanto filosofia política. A ideia da ordem e do progresso, a miscigenação, da mesma forma, seria necessária porque, por um lado, precisava-se de ordem, de organização, de civilização, de civilidade, cuja portadora era a raça branca; por outro lado, precisava-se de progresso, de criatividade. Silvio Romero, por exemplo, tem textos que louvam a miscigenação, mas pelo lado da criatividade, da musicalidade, que seria trazida pelo negro, e da civilidade e do senso de ordem, trazidos pelo branco.

Não vou me alongar muito nessa etapa. Há mais detalhes sobre esse primeiro grande momento do discurso do pensamento nacional sobre a questão populacional. Mas o fato é que, até 1964, isso era difuso. Existiam expressões que podem ser pinçadas, mas não havia um discurso formulado claramente defendendo essas ideias. Existiam alguns momentos em que as coisas pareciam mais cristalinas. Em Mensagem ao Congresso Nacional, em 1952, Getúlio Vargas, diante dos resultados do censo de 1950, dizia: que bom que aumentou a população brasileira, que diminuiu a mortalidade geral, porque caminhamos com um contingente populacional maior para um futuro próspero, brilhante.

Havia, então, o sentimento pró-natalista no ar.

A polémica controle versus anticontra da natalidade só surgiu, na verdade, a partir de 1964. Esse tema não estava em pauta antes. Não havia essa discussão, mas um consenso difuso. Isso, a nível de Brasil, a nível mundial, já existia um movimento forte pró-controle da natalidade. A IPPF, que viria a ser um instituto internacional financiador, inclusive da Bemfam, no Brasil, fundado em 1951 ou 1952, já estava em atuação. Os primeiros contatos informais de membros da IPPF com médicos brasileiros haviam começado muito suavemente, mas foi só no contexto de 1965 que o assunto tornou-se urgente. Ali, por que de repente, no contexto internacional, foi mais especificamente, no contexto das relações entre os Estados Unidos e a América Latina, a questão populacional ficou importante? É muito claro quando identificamos. Consequi documentar algumas coisas interessantes, e a História tem a ver com a Revolução Cubana muito claramente. Nesse ponto da pesquisa, fiquei ao mesmo tempo satisfeito e frustrado, porque o que imaginava como hipótese estava tão claramente expresso nos documentos oficiais do Departamento de Estado Norte-Americano que não havia muita dedução a ser feita. A historinha, nesse nível internacional, foi mais ou menos a seguinte: em 1959, houve a Revolução Cubana, vitoriosa; em 1960, Kennedy tomou posse como Presidente dos Estados Unidos, promovendo a nacionalização das propriedades norte-americanas em Cuba. No mesmo ano os Estados Unidos começaram a luta econômica, cortando a cota de importação do açúcar cubano; em abril de 1961 houve a famosa tentativa de invasão de Cuba, via baía dos Porcos. O fato é que, naquele momento, houve uma espécie de continentalização dos temas latino-americanos. Até aí, todas as questões políticas e econômicas surgidas na América Latina eram tratadas como questões locais ou regionais. Quem detectou e usou o termo continentalização foi Otávio Young. Houve uma continentalização da problemática latino-americana. Qualquer evento passou a ser tratado por comissões interamericanas, por comissões de caráter político, econômico, militar, trabalhista, sanitário etc. Qualquer tema era tratado como problema continental.

Em um desses encontros ocorridos em 1960, em Bogotá, reunindo 21 países, a Conferência dos 21, como ficou conhecida na época, o documento gerado foi a Ata de Bogotá; aprovada com um só voto contrário, o de Cuba. Esse evento é superimportante porque inaugura uma fase nova nas relações entre os Estados Unidos e a América Latina. Até então, a fórmula química entre Estados Unidos e América Latina podia ser sintetizada a partir de expressões usadas por documentos oficiais norte-americanos, com a dobradinha "diplomacia e intervenção militar". A partir da Ata de Bogotá, um terceiro elemento foi acrescentado, que foi o apoio ao desenvolvimento econômico, à ajuda externa. A ideia foi muito defendida pelo Presidente Juscelino Kubitschek, na ocasião e na época, foi louvada a mudança como uma vitória da sua postura política. Realmente, houve uma mudança.

Há um documento que consequi, escrito por uma comissão da qual participaram vários membros do Departamento de Estado Norte-Americano. O informe desse grupo de trabalho, que foi intitulado "A Universidade e os Problemas Mundiais", dizia o seguinte na primeira página: "Os Estados Unidos acabam de despertar apenas os diplomatas e soldados. Esse despertar americano apressou-se com o surgimento de demandas pró-independência e avanço econômico de centenas de milhões de pessoas pelo mundo, as quais tiveram um pouco disso até agora. Se o desenvolvimento tecnológico e social rápido, reclamado por essas nações, vai se dar sob um regime totalitário ou em condições que favorecem o crescimento da liberdade individual e da responsabilidade é a questão crucial dos nossos tempos".

Outro exemplo de uma outra comissão superimportante, que teve o seu documento final, terminado em novembro de 1961, nesse mesmo contexto, foi o relato de um grupo de trabalho sobre educação em Medicina e campos relacionados na América Latina, África e Ásia. O interessante é que a comissão era formada por onze representantes do Departamento de Estado, várias organizações e instituições de importância internacional estiveram presentes nessa comissão, como a Organização Pan-Americana de Saúde, a Fundação Kellogg's Peace Corps, Associação Norte-Americana de Saúde Pública, entre outros.

O interessante é que esses documentos revelam a sua essência, a sua motivação na primeira página. São documentos superimportantes, pelo peso das pessoas que participaram da sua elaboração. Eles dizem o seguinte: "A democracia não pode florescer em uma atmosfera de pobreza, doença e frustração. As instituições livres não podem ser mantidas e, menos ainda, estendidas em um clima de instabilidade econômica e insatisfação política. Em resumo, os Estados Unidos têm o dever para consigo próprio e para com as nações em desenvolvimento de ajudar a fortalecer as fibras da vida nacional daquelas nações com uma defesa contra todas as formas de agressão comunista. Os povos podem perfeitamente voltar-se para métodos totalitários, se estão dominados pela pobreza e não encontrarem alívio por meio da adesão às instituições livres e democráticas. Ajudando-os nós ajudamos a nós mesmos. A Medicina deverá constituir uma contribuição significativa, não apenas para a saúde pública, mas para o fortalecimento das estruturas econômicas e sociais das nações em desenvolvimento, assim como para a segurança, a longo prazo, dos Estados Unidos".

É tão impressionante isso, na minha opinião! Era a questão da segurança nacional que estava em jogo, não a nossa segurança nacional, sobre a qual nos acostumamos a falar tanto. Era a segurança nacional norte-americana. A questão brasileira, como vem logo em seguida demonstrada aqui, tornou-se uma questão de segurança nacional norte-americana. É claro que, como minha preocupação pessoal nessa investigação, era o exame dos discursos, dos pensamentos. Não estava preocupado em verificar se realmente havia uma ameaça à segurança norte-americana. Não era esse o assunto. O importante é que eles acreditaram que sim.

Naquela conjuntura de 1961, 1962, 1963 o Governo norte-americano acreditou mesmo que a sua segurança poderia ser ameaçada pelo que estava acontecendo na América Latina. Essa crença, por mais fantasiosa ou paranoica que fosse, no longo prazo, levou a várias ações, como vamos ver.

Aqui, nesse clima, em 1961, surgiu a preocupação norte-americana diante da América Latina, foi o Nordeste brasileiro. Existe um depoimento dado pelo Sr. Lincoln Gordon, Embaixador dos Estados Unidos no Brasil, numa entrevista que deu a uma espécie de Memorial John Kennedy, nos Estados Unidos, onde ele fala que o Nordeste do Brasil foi colocado no mapa, para os norte-americanos, através de dois artigos de primeira página escritos por um jornalista norte-americano, Ted Sulk, que recentemente escreveu uma biografia de Fidel Castro e ficou badalado há alguns meses.

Em 1960, nesse mesmo contexto de revolução cubana, etc. Red Sulk escreveu dois artigos de primeira página, no New York Times, sobre o Nordeste brasileiro. Esses artigos, em resumo, descreviam o Nordeste da seguinte forma: o Nordeste brasileiro é um lugar superpobre, com grande tradição de secas, onde estão se desenvolvendo as chamadas ligas camponesas. Nesse artigo, falava-se de Recife como a capital comunista do Brasil, e a impressão geral que o artigo passava era a de uma área que estava quase explodindo e que ia virar uma Cuba. Que o Nordeste era Cuba em potencial, só que com um potencial de explosão muito maior porque Cuba era uma ilha e o Nordeste tinha uma população, só na região muito maior do que a de Cuba — era três vezes maior do que a de Cuba, e o Brasil era um país muito maior do que Cuba e muito mais importante geopoliticamente. Então, se aquilo explodisse ia ser o caos. Esse era o tom do artigo.

O artigo foi tão importante que gerou, na ocasião, segundo depoimento do Lincoln Gordon, várias reportagens demoradíssimas na televisão norte-americana — nas redes ABC e CBS — sobre o Nordeste, com entrevistas, com membros de ligas camponesas filmando a seca, quer dizer, grandes reportagens sobre o Nordeste.

A coisa mexeu tanto com a opinião pública norte-americana na ocasião que o Presidente quis uma entrevista com Celso Furtado, que era o Superintendente da Sudene. A Sudene tinha sido criada em 1959, era um órgão ainda de expressão pequena no Governo brasileiro e ficou importante de repente.

Foi aberto um espaço na agenda do Presidente Kennedy para receber Celso Furtado. O pedido de entrevista com o Presidente, para o Dr. Celso Furtado, escrito pelo Secretário Executivo do Departamento de Estado, fazia um briefing da situação do Nordeste. E, mais uma vez, ele descreve o Nordeste como um lugar muito pobre, com taxa alta de analfabetismo, com renda per capita baixíssima, e que essas condições constituem um campo fértil para crescente agitação comunista pró-Castro, e que seria apropriado receber o Dr. Celso Furtado.

Enfim, o tom geral era esse e sugeria que o sucesso de uma ação no Nordeste requereria um esforço sincronizado, grande, que seria uma resposta dramática opinião crescente de que o comunismo de Fidel Castro representa a tendência do futuro.

Então, era uma situação superclara, documentada, e motivação era essa mesmo, não é dedução de sociólogo, nem de politólogo. É realmente uma coisa que ele acreditava. Em função disso, foi sugerida a criação de uma Comissão, liderada pelo Embaixador Merrillyn Bohan, que veio ao Brasil, no segundo semestre de 1961, ficou três meses fazendo um estudo do Nordeste, sugeriu uma etapa antecipada da aliança para o progresso, começou a história toda a aliança para o progresso com essa motivação totalmente clara, e no que se refere à questão populacional, era muito discreta.

Na mesma ocasião, as gestões junto a alguns professores universitários, médicos, obstetras, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dr. Otávio Rodrigues Lima, já falecido, principalmente. Essas pessoas foram buscadas por representantes da IPPF, com o objetivo de criar alguma coisa por aqui.

Outros movimentos nesse sentido, um general norte-americano, o general Iraper — estou procurando resumir porque vou me entusiasmando com o assunto e já devo ter ultrapassado os 20 minutos.

Enfim, surgiu no segundo momento, no segundo passo primeiro o prônatalismo difuso, segundo, uma grande polémica que surgiu entre vozes que começaram a defender a instauração de uma política de controle de natalidade no Brasil, vinculando o desenvolvimento, o desenvolvimento brasileiro só se daria em função de uma ação nesse sentido, de redução de crescimento populacional, e vozes que combatiam essa ideia.

No exame da composição desses dois blocos que eram novos, na verdade, eram muito complexos na sua composição: por exemplo, do lado dos anticoncepcionistas, aqueles que eram contra o controle da natalidade, estavam ao mesmo tempo militares que tinham uma concepção de segurança nacional que era mais ou menos assim: o Brasil tem territórios vazios que são um convite à invasão por parte de países fronteiriços, então, é contra a segurança nacional, o controle da natalidade. Precisamos do contrário; precisamos do crescimento da população, para que esses territórios vazios possam ser ocupados e a segurança nacional fique preservada.

Também contra o controle da natalidade estava a Igreja, por motivos completamente diferentes dos militares. A Igreja já argumentava na linha da moral individual: qualquer método de controle de tentar impedir a emergência da vida era, alguma coisa pecaminosa, ética, amoral ou imoral, e não havia possibilidade disso.

Também no mesmo bloco de opinião, com outras motivações, a esquerda de uma maneira geral argumentava que o controle da natalidade não passava de uma manobra norte-americana, para impedir a libertação do povo latino-americano e de um caminho para o socialismo que devia ser combatido.

Então, havia um pool de interesses completamente diversos que coincidia no combate ao controle da natalidade. Do lado favorável do controle da natalidade estavam grupos médicos, instituições como a IPPF, que foi muito importante, aliás ainda o é havia pressão nesse sentido também.

Esse embate virou uma espécie de empate político que perdurou por muito tempo. Na verdade, os dois blocos, um não conseguia realizar o seu projeto, mas também não permitia que o outro o fizesse. Então, ficou aquela situação de empate, até que mudanças foram acontecendo no interior de cada um desses setores. Por exemplo, os militares, ainda fiéis à ideia da segurança nacional, por influência dos chamados sorbonistas, na Escola Superior de Guerra, passaram a definir outras ideias, ainda dentro da segurança nacional.

Passaram a defender que a ameaça — depois que o Brasil passou por um desenvolvimento tecnológico em relação aos países fronteiriços — pois surgiu um gap entre o Brasil e os países fronteiriços nesse sentido — que não havia muito mais bom senso nessa ideia de que a ameaça à segurança nacional era uma ameaça externa. Na verdade, a grande ameaça era interna, era de convulsão social.

Uma família numerosa é mais insatisfeita porque passa por maiores necessidades; então, essa família é mais vulnerável a ideias perigosas que podem continuar a ordem. Então, era necessário, agora, ainda em nome da segurança nacional, reduzir a natalidade.

Essa ideia ganhou corpo no meio militar e houve uma mudança interna naquele meio. A Igreja também mudou, ela que tinha um posição do Concílio de Trento, do século XVII, de que o sexo só era válido enquanto vinculado à reprodução, mesmo dentro do casamento católico.

Um casal católico que se permitisse a vivência do sexo e não estivesse aberto à reprodução nesse ato, estaria incorrendo em pecado. Quer dizer, de uma posição assim, a Igreja evoluiu por mudanças internas também, por estudos teológicos para outra ideia de que o sexo é uma linguagem de comunicação, uma linguagem do amor. Então, é válido que a única função do sexo não é reprodução, foi uma influência existencialista de Haidger, uma influência na igreja que começou a valorizar esse lado da comunicação.

A Igreja, de repente passou — de repente não, foi um longo processo de mudança — a defender, inclusive, o planejamento familiar, desde que com métodos naturais.

Enfim, atores mudaram de posição e surgiu um clima novo, por volta de 1978/79, surgiu a possibilidade de que um discurso unificado fosse construído. A primeira vez, então, que foi possível ser construído um discurso de aceitação geral, foi com o surgimento, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que abandonou, que conseguiu impor, passar, fazer ser hegemônica uma defesa do planejamento familiar, não com objetivos democráticos, para reduzir ou aumentar a população, mas como uma parte dos direitos das mulheres e dos casais a assistência à saúde.

Dentre os vários direitos humanos está o da assistência à saúde, e no bojo do direito à saúde, está o direito às informações e aos métodos de anticoncepção. Então, o direito a ampla informação e ao acesso concreto a métodos de anticoncepção, foi a tônica do discurso construído, vamos dizer, expresso nos documentos fundantes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e que foi uma espécie de resumo, de um novo consenso, só que ainda cheio de problemas. É tanta coisa que realmente não sei se é a hora de eu parar e retomar algum ponto, se necessário. Eu teria ainda muitos pontos a abordar, mas já passei de muito o meu tempo aqui.

A SRA. BENEDITA DA SILVA — Concedo a palavra ao Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) — Sr. Presidente, Dr. Décio da Fonseca Sobrinho, Sr. Depoente, Srs. Membros da Comissão Mista Parlamentar de Inquérito, minhas senhoras, meus senhores: antes de mais nada, gostaria de cumprimentar o Dr. Décio pelo brilhante trabalho que apresentou nessa pesquisa, fruto de uma tese que ele desenvolveu e certamente deve ter recebido todos os louvores, porque efetivamente é um trabalho de conteúdo filosófico, de conteúdo científico e histórico de muita valia. E sei que a exiguidade do tempo nos privou de ouvir mais coisas interessantes que certamente trariam subsídios a esta Comissão Mista.

Mas faria tão-somente algumas pequenas colocações, algumas perguntas. Gostaria de saber se o ex-Ministro, à época Superintendente da Sudene, fez algum pronunciamento a respeito da conversa que teria tido com o Presidente John Kennedy e, posteriormente, gostaria de saber se à época da Aliança para o Progresso, que foi instituída na década de 60 e adentrou-se pelo Nordeste, eles já faziam essa política de controle de natalidade no Nordeste, de esterilização; se isso é do conhecimento de V. S., nesse seu trabalho, teve oportunidade de conversar com o ex-Ministro Celso Furtado.

O SR. DÉCIO FONSECA SOBRINHO — Começando pelo final, não tive oportunidade de conversar com ele.

A consequência imediata do encontro que houve entre o então Ministro Celso Furtado e o Presidente John Kennedy foi um acordo assinado entre o Governo norte-americano e o Governo brasileiro, no qual primeiro definiu-se a vinda ao Brasil da Comissão liderada pelo Embaixador norte-americano Bohan. Ao final do trabalho, essa comissão recomendou a instauração imediata, com uma antecipação das atividades da Aliança para o Progresso, que ainda não havia sido deflagrada, mas como parte já das atividades da aférida Aliança, recomendou um programa amplo de ajuda ao Governo brasileiro, em programas de desenvolvimento do Nordeste, que não incluía explicitamente nenhuma atividade de controle da natalidade. Apesar de que na argumentação toda do documento por eles elaborado há a referência à superpopulação, há uma preocupação permanente com a questão política, há uma recomendação, por exemplo, no documento dessa comissão, de que a atividade concreta dos programas se iniciasse nos locais onde houvesse maior grau de insatisfação política. Então, não era um critério técnico de priorização dos locais de ação da Aliança para o Progresso, mas um critério explicitamente político.

Houve um dado interessante também: a comissão sugeriu e propôs uma verba que era de pouco mais de US\$90 milhões na ocasião; o Governo norte-americano aprovou a proposta da comissão, mas alterou a verba, multiplicando-a por 10; portanto a verba liberada foi de pouco mais de US\$900 milhões, que é uma coisa inédita, pois estamos acostumados com o contrário, a verba é cortada, mas nesse caso foi multiplicada. Era um empréstimo, tenho os termos dele aqui — mas um empréstimo de carência de 20 anos; uma história assim; era como empréstimo.

Agora, não havia nenhuma atividade de planejamento familiar, controle populacional; o que houve, que não teve a oportunidade de relatar, foram as iniciativas paralelas. A essas alguns anos depois. Foi depois de uns três, quatro anos que surgiu ao norte de Minas Gerais, em primeiro lugar e depois no Nordeste todo, programas de medicina simplificada — como eram chamados na ocasião — e esses programas eram financiados também por verbas da Usaid, da Aliança para o Progresso ainda, e na versão brasileira, vamos dizer, desses programas também não havia nenhuma referência a controle da natalidade.

Mas consegui documentos norte-americanos que foram os preliminares à fundação desses programas, onde a motivação, a preocupação inicial era essa, mas o diagnóstico era o seguinte: o contexto brasileiro, hoje, não admite que se fale em planejamento familiar, controle da natalidade ou qualquer coisa parecida. Nesse documento é citado, por exemplo, que a única instituição que existe no Brasil, de maior peso, voltada à questão do planejamento familiar chama-se Sociedade Civil para o Bem Estar da Família, que é a Benfam. Então, se os próprios brasileiros evitam tocar no tema, nós, com maior razão, não podemos fazer isso.

E mesmo que quiséssemos entrar com uma ação mais agressiva nessa linha precisaríamos de uma infra-estrutura de postos de saúde, de centros de saúde que não existe no Brasil ainda. Portanto, o primeiro investimento seria uma rede de assistência mínima à saúde, que foi essa idéia da medicina simplificada e não falar nada sobre esse assunto de planejamento familiar. Lentamente, o escalonamento do trabalho — e isso também, está documentado — seria o seguinte: Primeiro, uma rede de assistência à saúde; segundo, priorizar dentro dessa rede a atenção materno-infantil, e, em terceiro lugar, começar a dar um atendimento na linha de planejamento familiar para as mulheres e para os casais, respeitando exatamente o que está presente na cultura brasileira em relação ao assunto, mesmo que os métodos mais aceitos não sejam eficazes, para que a idéia de que o planejamento familiar é necessário vá se difundindo; e, quando houve possibilidade, quando a conjuntura brasileira permitir, entrar com métodos eficazes de planejamento familiar.

Então, havia um planejamento estratégico de longo prazo que era centrado numa experiência havida no Estado de Louisiana, nos Estados Unidos, onde existia — não tenho informações mais recentes sobre isso, mas nessa ocasião, entre 1970/80, era considerado o maior programa de saúde pública norte-americano organizado — que era a chamada Family Health Foundation. Lá, aliás, Family Planning Foundation, Fundação do Planejamento Familiar da Louisiana.

O diretor desse programa era, ao mesmo tempo, professor na Universidade de Tulung e esse professor foi orientador de tese de um outro norte-americano chamado Leslie Scofield, que trabalhou no norte de Minas. Ele era pastor da Igreja Adventista do 7.º Dia e depois deixou a igreja e começou a montar postos de saúde no norte de Minas. Primeiro ele fez uma atividade ambulante; tinha barcos que subiam e desciam o rio São Francisco e prestavam assistência à população ribeirinha e ao mesmo tempo orientação de planejamento familiar etc.

E esse Leslie Scofield, que era enfermeiro, voltou aos Estados Unidos e a tese dele de doutorado, orientada por esse Bisle, norte-americano, foi uma proposta exatamente com essa idéia, de que só era viável a introdução de serviços de planejamento familiar no Brasil de uma forma gradual: primeiro através de implantação de serviço de saúde, depois a atenção materno-infantil e depois, enfim, o planejamento familiar. Essa era a tese dele, era uma proposta para um sistema desse tipo no Brasil.

Esse médico norte-americano, Bisle, criou uma sessão internacional da Family Planning Foundation da Louisiana, que passou a se chamar Family Health Foundation, Fundação de Saúde da Família. Essa instituição financiou a criação do primeiro modelo de extensão de cobertura com o serviço de saúde do Brasil, que foi no norte de Minas e depois no Nordeste, com o PIAS, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que existiu durante algum tempo. Houve depois um sucedâneo — quer dizer, a história é bem complexa. Mas teve o Previ — saúde depois, que também é da mesma tradição de serviços de atenção básica. E apesar de que os brasileiros envolvidos na coisa não tinham conhecimento dessas motivações de leiros, elas existiam, quer dizer, a verba foi liberada com muita facilidade. Na época, para esse programa do norte de Minas, foram US\$4 milhões para financiar a implantação da rede básica. Por razões internas, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais não queria a verba, o grupo que se organizou no norte de Minas, em Montes Claros, conseguiu a liberação da verba mesmo assim.

É um caso raro uma Secretaria de Estado não tomar nenhuma iniciativa de receber um montante de verba desse e esse montante vir assim mesmo ser liberado, porque havia um interesse estratégico maior.

O SR. CARLOS PATROCÍNIO — Gostaria também de perguntar se V. Sa. teria provas materiais, na atualidade, de que instituições estrangeiras estariam ainda financiando o controle da natalidade em nosso País.

E, por último, não sei como foi a conclusão desse brilhante trabalho, mas gostaria de conhecer a sua opinião sobre um programa que eventualmente venha a ser instituído no País sobre planejamento familiar.

Gostaria também de pedir à Presidente que limitasse o tempo para as perguntas e respostas. Obrigado.

O SR. DÉCIO DA FONSECA SOBRINHO — Com relação à primeira pergunta, acho que as coisas não seriam bem assim, ou seja, instituições estrangeiras que financiam o controle de natalidade no Brasil. A coisa é bem mais complexa porque o que foi constatado, por exemplo, por essa pesquisa de opinião feita junto às mulheres, como disse no início da minha colocação, é que a maioria das esterilizações acontecidas ocorreram em hospitais da Previdência.

Pude colher a informação do Rio, na própria Benfam, que sempre teve um preocupação muito grande com a sua imagem e sempre foi denunciada, por que era verdade — de estar sendo financiada por dinheiro estrangeiro,

porque a IPPF é a grande financiadora da Benfam. Mas ela se defende dizendo que não faz esterilização.

Nesse estudo que ela patrocinou ficaram demonstradas duas coisas que já citei: uma, que 93% das usuárias de píululas anticoncepcionais no País compravam-nas diretamente nas farmácias e não recebiam as píululas de nenhum tipo de instituições e muito menos da Benfam. E a segunda coisa é que a maioria dos casos de ligadura de trompas era realizada em hospitais da Previdência.

O que ocorreu de interessante nessa história é que, de fato, a Benfam conseguiu demonstrar com essa pesquisa que ela não tinha uma participação tão grande assim, como se imaginava, nessas ações; mas, por outro lado, ela foi cobrada pela IPPF, não sei em que termos, mas houve pressões, tipo: "Final de contas, o que vocês estão fazendo com a grana?" Houve esse questionamento sobre a Benfam, que ficou apertada diante da IPPF apesar de ter conseguido, a nível da opinião pública nacional, limpar um pouco a imagem que tinha.

Agora, quanto à segunda questão, já não é mais meu trabalho, minha investigação, mas penso que a alta incidência de esterilização que está acontecendo no País ocorre em grande parte, talvez, da ausência de serviços bons e honestos de planejamento familiar. Acho que as mulheres são quase pressionadas pelas circunstâncias a buscar meios radicais de solução; ao invés de terem acesso a alternativas tecnológicas que existem de espaço entre os números de filhos, elas buscam logo o meio mais radical e irreversível que é a ligadura de trompas, porque há uma demanda. Existe sempre o argumento de que as mulheres brasileiras demandam, elas querem ser esterilizadas, e não ser em alguns casos quando a mulher é esterilizada sem conhecimento durante uma cesariana. Existe uma demanda grande, quem já trabalhou como médico — eu tive essa oportunidade de trabalhar em postos de saúde — verá que há realmente essa demanda das mulheres pobres por esterilização.

Agora, que demanda é essa? É uma demanda que entendo como sendo provocada por uma circunstância trágica, por uma péssima condição de vida associada a uma ausência total de alternativas de informações sobre meios de evitar filhos de uma maneira civilizada, vamos dizer. Então, a pessoa só pode partir para essa alternativa.

Acredito que, talvez, se tivéssemos uma varinha mágica para criar, de repente, no País, uma rede ampla, democrática, honesta, bem equipada de atenção à demanda por planejamento familiar, é provável que os níveis de fecundidade aumentassem ao invés de diminuir porque o que acontece é que há uma oscilação. É fácil perceber isso, não está devidamente estudado, mas a intuição e o bom-senso nos diz que seria assim. Um casal que passa por uma crise momentânea que dura um ou dois anos, como atualmente, uma situação de crise generalizada, ele tem a alternativa de optar por esperar mais uns dois ou três anos para ter o filho. Se ele tem um serviço de planejamento familiar bom, ele pode exercer essa liberdade e aí daqui a dois ou três anos poderá ter o filho dele. Mas se ele não tem esse serviço, como é o caso que existe hoje no Brasil, ele decide pela esterilização, pressionado pelas circunstâncias.

Então, é uma liberdade de opção mentirosa também. Resumindo, a minha opinião é essa.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Gostaria de dizer que o nobre Relator, Senador Carlos Patrocínio, baseado no art. 92, § 2º, lembrou que os membros da comissão poderão, terminada a leitura, interpellar o orador exclusivamente sobre a exposição lida por prazo nunca superior a três minutos; o orador terá o mesmo prazo para responder a cada Senador, sendo-lhe vedado interpellar os membros da comissão. Mas tenho sido flexível, principalmente por se tratar de tema relevante e importante e até porque tenho somente uma inscrição que é a seguinte à Deputada Jandira Feghali. Por isso, permito que o expositor se prolongasse em suas respostas até para que complementasse a sua exposição que ficou um tanto quanto prejudicada num prazo de apenas 45 minutos.

Agora, dando resposta aos membros da comissão, podemos falar um pouco mais sobre o seu trabalho.

Gostaria ainda de dizer que hoje estamos tendo uma manifestação a nível nacional internacional pelo dia internacional de luta contra a mortalidade materna e estamos aqui, nesta CPI, neste dia que para nós é de talidade grande importância, também nos manifestando e buscando nas nossas atividades grandes indivíduos poder também contribuir para esse momento de debate. Acho desafortunado aqui hoje do Dr. Décio da Fonseca Sobrinho mostra realmente como ainda estamos abandonadas — porque a maioria somos nós mulheres — nessa questão de saúde e planejamento e sofrido consequências graves no que diz respeito à mortalidade materna.

Nesse sentido, está aqui a manifestação da CPI, e passo a palavra à Deputada Jandira Feghali que dispôs de três minutos.

A SRA. JANDIRA FEGHALI — Podemos tirar algumas consequências nesta análise, seja por câncer ginecológico, seja por aborto ilegal, seja por falta de assistência ao parto, tudo isto caracteriza não só o atraso, mas uma grande omissão do Poder Público. É uma questão que esta CPI pode ajudar a apontar, e que devemos hoje fazer o máximo de manifestação possível de plenário, e de divulgação da opinião dos parlamentares sobre a mesma.

Em relação ao Dr. Décio, creio que o seu trabalho e a sua contribuição dão um perfil diferente ao que venha a ser o trabalho da CPI, porque o nosso grande receio, às vezes, é o de que saíamos daqui com um relatório e um posicionamento que se repita em relação à denúncia que temos feito, por anos e anos — denúncia da esterilização em massa e da política controlista do 1.º mundo. Entretanto, o trabalho que o Dr. Décio apresenta nos facilita fundamentar as denúncias, fundamentar as causas, historicamente localizadas nas relações políticas entre a América Latina e o Governo Norte-Americano, e nos permite obter uma autoridade maior para podermos enfrentar este debate lá fora.

Neste sentido, gostaria que o depoente precisasse algumas questões que para mim sempre ficam um pouco diluídas.

O problema é que durante todo este tempo — e isto perguntei ao representante da Febrasp também — colocamos sempre as reações de um ministro com o Governo, ou colocamos que o Governo nunca assumiu posições oficiais no Brasil, apesar de ter sido conveniente com toda a ação no território nacional, sempre dizemos que o Governo nunca teve uma política oficial de planejamento e controle. Logo, gostaria de saber, se no seu trabalho o senhor conseguiu detectar, na história de posições do Governo brasileiro em relação a isto, se elas existiram mesmo, se existem documentos concretos. O máximo que conseguimos foi ter acesso a um documento do Governo Médico, sobre uma comissão que, na realidade, não se oficializou, nem como portaria, nem como lei. Então, seria importante sabermos se neste estudo conseguimos detectar posições de Governo, no Brasil, quanto à questão do planejamento ou da política controlista.

A segunda pergunta é a questão de onde se esteriliza mais. Ouvimos muitos depoimentos da questão do hospital público, mas sabemos também que a rede pública em muitos locais, inclusive do Norte e do Nordeste é a menor, mesmo havendo os convênios etc. Além disso, sabemos que, além do serviço público, existem os postos da Cpaín e os da Benfaim, e desejamos abalizar se realmente é concreta a denúncia que fazemos de que, além do serviço público, há uma incidência alta de esterilização em outros setores que não seja este.

O terceiro, se há dados étnicos de esterilização, quer dizer, se atinge mais a mulher negra, porque ela está mais mal localizada na população pobre, ou se se percebe no direcionamento controlista uma visão racista ou discricionária nesta questão.

Por fim, gostaria de colocar a seguinte questão: que quem esteriliza é os médicos, pois na verdade é ele quem faz a esterilização. Sou médica e esse é um ponto que está começando a me chamar muito a atenção: qual é o papel do trabalho ideológico junto aos profissionais? Vimos, recentemente, em um documento ou portaria oriunda do Ministério da Saúde, ser transferida toda a decisão da esterilização para o poder médico, quer dizer, se há uma esterilização voluntária, ou uma indicação ela tem que estar centrada na figura do médico.

Contra-ponho-me a esta posição, e é importante que nesses dados, até para que essa contraposição se dê de uma forma mais fundamentada ou não; entender-se um pouco desta história: qual é o papel do médico dentro desse trabalho ideológico que foi feito de forma estratégica a médio ou a longo prazo?

O SR. DÉCIO DA FONSECA SOBRINHO - Vou tentar responder. Primeiro; não fez parte da minha investigação um exame, como eu disse, do que aconteceu na prática do controle da natalidade ou da esterilização do planejamento familiar. Eu estava preocupado focando a questão dos discursos, das idéias e o que sei não sobre o meu trabalho, mas de leitura de outro trabalho, é que há estudos localizados que evidenciam a maior incidência de esterilização em mulheres negras, mas não há critério ainda suficiente - e isto tinha que ser estudado imediatamente - como uma metodologia mais adequada para identificar o que a senhora disse, se há uma maior incidência porque as mulheres estão num estrato mais pobre da população ou se há uma escolha racista - vamos dizer - para essa esterilização. Isso não está evidenciado em nenhum estudo que conheço.

Há uma outra evidência - essa esterilização é maior na região Nordeste do País, isso já está evidenciado - há outra evidência que também é mais ou menos óbvia, mas é importante citar, que é uma esterilização que incide mais sobre os estratos mais pobres, de uma maneira geral, independente da raça.

Agora, o ponto que não tive a oportunidade de desenvolver muito, tentei preparar o caminho para ele mas não tive tempo, que é do papel dos médicos na história. Acho fundamental porque o que aconteceu no País foi algo talvez incompreensível para quem não está acostumado, como nós, com a maneira pela qual este País funciona. Mas, o Governo brasileiro só tomou uma posição oficial sobre a questão em 1983, com a emergência no PAIM - do Programa de Assistência da Mulher. O que houve, antes, não foi tomada de posição sobre essa questão. Houve uma tentativa chamada Prevenção de Gravidez de Alto Risco. Mas era uma coisa supercamuflada. Existia a intenção de que houvesse, através desse Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, em 1975, por aí, e talvez seja o documento, mas, ele foi logo denunciado pelo movimento de mulheres, pela Igreja, como sendo uma forma camuflada de introduzir controle da natalidade e, ficou só no papel. Houve, depois, uma outra tentativa, que foi o Programa Nacional de Paternidade Responsável, na época do Governo Figueiredo. Também, foi denunciado pelas mulheres, pela Igreja, pela esquerda, de maneira geral, como sendo uma outra tentativa de introdução de controle de natalidade.

Então, não houve, realmente - quer dizer - o que me motivou, inclusive, a fazer essa investigação, foi o fato de que, pela primeira vez na História do País, em 1983 e 1984, o Governo brasileiro assumiu uma posição oficial sobre a questão. Agora, o interessante é que, enquanto isso, o controle da natalidade - vamos dizer - já estava em curso e num ritmo inusitado. Já estava em processo, uma enorme queda da fecundidade o que, desestabilizou um pouco a polêmica da época. A guerra ideológica entre controlistas e anticontrolistas foi um pouco ultrapassada pela realidade da fecundidade. De repente, pronto. E, no acompanhamento dos boletins da Bwefam, é interessante notarmos como o discurso vai se tornando mais pragmático. No começo, era um discurso de maior marcação de posição, procuravam demonstrar como, para o desenvolvimento do País, era importante uma abordagem do tema e, isso era denunciado, gerava debates, quando as mulheres - então acho que a grande contribuição das mulheres, para que fosse encontrado um discurso novo, entra nisso - quando as mulheres começaram a falar em direito reprodutivo, começaram a falar em acesso a meios e à informação, como um direito à assistência e à saúde, o direito das mulheres de decidirem quantos filhos querem ter, etc. e tal, imediatamente o boletim da Bwefam incorporou o discurso. Então ele começa a falar em direito das mulheres - é um pouco assim - não interessa o argumento. O que queremos é botar o negócio para funcionar. A fecundidade está caindo, ótimo, a argumentação não interessa. O que interessa é uma coisa bem pragmática e não interessa tanto que tipo de discurso vamos colorir a nossa prática; o importante é que ela aconteça. E aí, nesse caso, acho e uma coisa que também está me despertando muito a curiosidade é como é que os médicos, em especial os obstetras, os ginecologistas funcionaram nessa história. Porque essas agências como o Bwefam, e outras, essas outras iniciativas que estão até relatadas em documentos oficiais do governo norte-americano de ação sobre as consciências, sobre a universidade, sobre a medicina; que a medicina vai ter um papel não só para melhorar a saúde pública mas, também, a nível do mundo das idéias, vai ser um veículo importante. E, dado à longa história dos médicos como portadores de idéias, os médicos do século passado foram os grandes portadores do positivismo contante, foram os grandes portadores do engenho que, como contamos aqui, era uma eugenia racista. Aliás, esse é o tipo da redundância, é um pleonismo.

Mas o papel desse grupo de profissionais está mal investigado, porque acredito, como hipótese e, sendo médico, também, que a coisa terá funcionado - estou falando de hipótese - mais ou menos assim: houve uma ação importante de convencimento desse grupo de profissionais e, a partir daí, não foi mais necessária nenhuma decisão governamental, não foi necessário nada mais disso.

Esse grupo passou a funcionar como se tivesse incorporado, nas suas convicções profissionais e éticas mais profundas, a necessidade de serem agentes dessa atividade. Isso somado com a demanda do desespero, a demanda que realmente existe por esterilização, deu no que deu!

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Gostaria de, antes de passar a palavra ao Deputado Marco Penaforte, gostaria de, baseada no art. 95, dizer o seguinte:

"Art. 95 - Da reunião de audiência pública será lavrada a Ata, arquivando-se, no âmbito da Comissão, os pronunciamentos escritos e documentos que os acompanharem."

Nesse sentido, gostaria de solicitar ao expositor que passasse a esta CPI os documentos de que fez uso para a sua exposição.

Concedo a palavra ao Deputado Marco Penaforte.

O SR. MARCO PENAFORTE - Sr. Presidente, meu ilustre colega e brilhante conferencista, externo, aqui, as minhas desculpas e o meu profundo arrependimento por não ter conseguido chegar mais cedo porque, não tenho dúvidas, pelas respostas do nosso conferencista e pelo final da sua explanação, indiscutivelmente, tivemos hoje uma das maiores contribuições para o desenvolvimento e fundamentação desta CPI.

Eu gostaria de, animando um pouco a nossa Presidente, que tantas dificuldades vem enfrentando para levar a termo os trabalhos da CPI, dizer que, embora S. Ex. esteja com muitas dificuldades sob o ponto de vista material, para levar seu objetivo a seu termo, a CPI vem produzindo alguns frutos. E, apenas para animá-la, eu relataria que, estando neste final de semana em contato com os meus companheiros "tucanos", da Assembleia Legislativa do Ceará, forcei um pouco a barra para que eles saíssem de cima do muro sobre a questão da esterilização da mulher e, juntamente em contato com a Dr. Fátima Dourado, que é Presidente do Conselho de Direção da Mulher, nós, praticamente, formalizamos uma CPI sobre a esterilização das mulheres para que o Estado do Ceará também participasse, de uma maneira mais formal, desse processo e fizesse um diagnóstico formalizado na Assembleia Legislativa sobre o problema.

Então, acho que são resultados que estão aparecendo em função desta CPI, parte da minha animação particular com relação à necessidade de fazer enriquecer esse diagnóstico, e acredito que, apesar das dificuldades, vamos chegar a bom termo.

O nosso conferencista chega a uma conclusão muito brilhante quando coloca que a pressão da miséria e a falta de alternativas levam, realmente, à grande esterilização em massa que se observa no Brasil. Eu mesmo, como médico, como ele, tive a oportunidade de, em postos de saúde, posteriormente, na própria Secretaria de Saúde do Ceará, intervir, pessoalmente, em muitos pedidos de pessoas carentes, que exigiam que, naquele terceiro parto, fosse feita laqueadura tubária.

Eu colocaria uma questão, talvez não fora do tema que o nosso conferencista abordou, mas sobre o que acho importante termos consciência.

Meu caro doutor, se formalizamos a fundo, extensivamente, todas as possibilidades de opções de planejamento familiar, mesmo dentro do contexto e avançando para a discriminação sobre critérios da laqueadura tubária, de acordo, inclusive, com o texto de um projeto de lei que tramita nesta Casa, se avançamos até esse ponto, não temos a varinha mágica a que o senhor se referiu tão bem. Quer dizer, não vamos acabar com a miséria da noite para o dia e não vamos dar condições a que uma rede de assistência precária hoje existente particularmente no interior dos sertões, dos municípios, das vilas, dos povoados, tenha aquela adequação necessária, em termos de instrumentos, técnicos e pessoal, para operar, mesmo que haja uma formalização, os instrumentos alternativos para evitar a concepção. O meu receio é que, como esses instrumentos, a pressão da miséria e essa consciência histórica de que pode haver um planejamento familiar, se se oferece os meios, inclusive a discriminação da laqueadura tubária e o procedimento como um instrumento do serviço público de saúde, nesse contexto, não se avança ainda mais a esterilização das mulheres brasileiras? De que maneira, em face das dificuldades que encontramos - pobreza, falta de alternativas, pois tão cedo não teremos os postos de saúde aparelhados com pessoal adequado, não havendo essa consciência histórica, pode se avançar na oferta de meios para as mulheres brasileiras planejarem suas famílias, sem que isso signifique, na verdade, um aumento ainda mais acelerado do processo de esterilização, porque esses meios passam a estar legalizados e à mão, gratuitamente, dos serviços públicos de saúde?

O SR. DÉCIO DA FONSECA SOBRINHO - Na verdade, é difícil responder, porque não existe a varinha mágica. Mas acredito que ou se começa a fazer a coisa certa, desde o início, mesmo que só no longo prazo isso venha a dar frutos, ou vão se consolidando situações injustas, equivocadas e distorcidas, que vão retardando para mais longe ainda uma solução correta do problema.

Há um depoimento de Dom Luciano Mendes numa CPI sobre essa questão, que ocorreu em 1967, sobre a conveniência ou não da instauração de um programa de controle da natalidade no Brasil, sugerida pelo então Deputado Mário Covas. Nesse rol de depoimentos prestados, se não me engano, Dom Luciano fez uma afirmação que eu achei lapidar:

"Antes de uma CPI sobre essa questão, deveria haver uma CPI sobre as condições de vida."

Na medida em que a situação geral de miséria, de pobreza é considerada como um dado, como o qual temos que contar e do qual não há como escapar mas sobre o qual, por enquanto, não vamos mais pensar, sabemos que haverá uma demanda forte por controle da natalidade. De que forma podemos atender a isso da melhor forma possível? Acredito que o último recurso de um programa de planejamento familiar completo - estou falando de minhas opiniões pessoais - seria o da esterilização, a referida laqueadura de trompas. Antes disso, há muita informação que pode ser dada, pois há um desconhecimento geral da população, privada de informações como funcionamento do seu próprio corpo, a reprodução, sobre os vários meios que existem e que podem funcionar bem, sobre disponibilidade desses meios. Há tanto que pode ser feito antes da laqueadura que eu acredito que o caminho - é impressão frágil e insegura minha, neste momento - não seria esse - começar por aí. Não sei se respondo à pergunta.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Eu gostaria de, antes de encerrar, fazer algumas perguntas, também ao expositor, Dr. Décio.

Dr. Décio, foi citada a participação de organismos internacionais de saúde, pan-americanos, como a Fundação Kellog, na articulação e na execução dessas políticas no Terceiro Mundo. Eu gostaria de saber qual o papel que essa instituição tem hoje. Na questão da esterilização, nas Universidades, como os médicos procedem à execução da ideologia controlista? E qual a sua opinião com relação aos militares, que, em diversos momentos da história, se pronunciaram sobre a questão demográfica?

Senhores Parlamentares Deputada Benedita da Silva (Presidente), Senadores Carlos Patrocínio (Relator), Levy Dias, Deputados Ivônio Guerra, Heitor Franco, Marco Penaforte, Maria Luíza Fontenele, Jandira Feghali e Adelaide de Mello, 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, convida a Dra. Elza Berquó, Diretora da Comissão da Cidadania e Reprodução do Estado de São Paulo, para tomar assento à Mesa e solicita a deponente que preste o juramento de praxe. Com a palavra a Dra. Elza relata que no mundo desenvolvido as cifras de esterilização estão em torno de 7% e em países subdesenvolvidos, este percentual alcança até 15%, tendo a Nicarágua, Guatemala e El Salvador os índices mais elevados de esterilização da América Latina. Aborda também, o Código de Ética Médica Brasileiro e a falta de conhecimento, por parte da população de classes "C" e "D", dos meios anticoncepcionais. Concluindo, discorre sobre a atual situação do País. Com a palavra a Senhora Presidente agradece a Dra. Elza e convida o Prof. Anibal Faondes, Pesquisador da Unicamp para tomar assento à Mesa e solicita que preste o juramento de praxe. Após o depoimento do Prof. Anibal, passa-se a fase interpelatória, quando usam da palavra pela ordem os Senhores Senador Carlos Patrocínio, Deputados Maria Luíza Fontenele, Jandira Feghali, Heitor Franco e Benedita da Silva. Com a palavra a Senhora Presidente agradece a contribuição dos ilustres deponentes e convoca reunião da Comissão a realizar-se na próxima terça-feira, às quatorze horas. 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 11ª 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 DA DRA. ELZA BERQUÓ, DIRETORA DA COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO E PROF. ANIBAL FAONDES, PESQUISADOR DA UNICAMP, QUE SE PUBLICA COM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO DA SENHORA PRESIDENTE DA COMISSÃO:

Presidente: Deputada Benedita da Silva
Relator: Senador Carlos Patrocínio
(Íntegra do apanhamento taquigráfico da reunião)
STAQ - SACC Nº 127 - Data 9-6-92 - Hora: 14:50
CPI- Esterilização à Mulher
Benedita da Silva, Presidente - Carlos Patrocínio, Relator
Convidados: Maria Luíza Fontenele - Jandira Feghali - Heitor Franco - Elza Berquó - Anibal Faonde.
Obs.: Não houve gravação do início da reunião. Fala do Sr. Anibal Faonde algumas vezes incompreensível.

número médio de filhos para uma mulher se esterelizar também era um número mais elevado, contrastado com o que se observa hoje.
Acontece que, daquele momento para cá, através de pesquisas do tipo de levantamentos ocasionais, ficamos durante um período muito grande no Brasil sem informações, com cobertura mais ampla, a respeito da questão da reprodução humana e, portanto, da utilização de métodos anticoncepcionais, da esterilização, alguma coisa sobre aborto, e essas informações todas cruzadas com indicadores sócio-econômicos da posição da mulher.

É muito curioso, realmente, que isso tenha acontecido; passou um tempo muito grande. Retomamos a pesquisa em 1975 - portanto, quase 10 anos depois - que tinha um enfoque muito amplo e que foi conduzida em nove regiões brasileiras. Essa pesquisa tinha uma finalidade, como eu disse, bem mais ampla, que era uma tentativa de verificar se os diferentes modos em que, no Brasil, havia uma relação com a questão do comportamento reprodutivo, traduzido, na época, por número médio de filhos, espaçamento e uso de anticoncepcionais.

Além dessa visão mais ampla, tínhamos ver, também, uma visão macro, fazendo uma mediação entre essa visão macro e o comportamento individual. Qual o papel das instituições, tanto as instituições de saúde, como as educacionais. Qual o papel da igreja e assim por diante.

Como o enfoque era muito mais amplo, não houve, digamos, uma análise que perseguisse tão de perto questões que mais tarde vieram a ser de interesse mais marcante para quem transitava nessa área de investigação.

Mas mesmo assim, na época, em 1975, a questão da esterilização tinha aumentado um pouco, mas não significativamente e também não se encontrava ainda um diferencial que marcasse no sentido contrário daquele da pesquisa de 75.

Juntando essas informações com os também, produzidas por outros pesquisadores nesse período, o que podemos observar é que houve uma mudança em vários sentidos em que a Benfan conduziu uma pesquisa em 1986, no Brasil. A verdade, não foi uma pesquisa da Benfan, ela é o canal institucional brasileiro através do qual essa pesquisa se realizou aqui, porque a um outro conjunto de pessoas, instituições sediadas nos Estados Unidos. Essa pesquisa é conduzida em vários países do mundo, hoje em dia em mais de 44 países. Então apenas a Benfan coleta essa informação, depois tenta analisar, mas os dados ficam à disposição de qualquer usuário que queira fazer uso desse material. Inclusive pode comprar os disquetes a um preço bastante reduzido em Washington.

Para retomar o que estava dizendo, ficamos, durante um certo período, com pouca informação de estudos, de levantamentos diretos e com cobertura nacional, com relação a essa questão. A surpresa, quando se passou a analisar os dados de 1986, foi muito grande naquilo que se refere especificamente à esterilização. As duas pesquisas, nesse sentido, com resultados muito similares, vieram mostrar que a esterilização no Brasil, de uma maneira geral, já tinha superado, em termos globais para o País, até o uso da pílula.

Verificou-se, também, uma ausência muito grande da prática e do uso de outros meios de regular a fecundidade no Brasil, de tal maneira que, se considerássemos as mulheres na idade reprodutiva e mulheres alguma vez unidas e mulheres usuárias de algum método anticoncepcional, que no fundo são esses dois, chegávamos a uma cifra alarmante de 44% de mulheres esterilizadas.

Estou chamando a atenção para isso porque essa estimativa de percentagem de esterilização no Brasil está muito controversa. Precisamos saber qual o denominador que está sendo utilizado para o cálculo, se se está utilizando o número total de mulheres, ou o número total de mulheres em idade reprodutiva, ou o número total de mulheres unidas e em idade reprodutiva, de vez que a esterilização é praticamente ausente em mulheres que

nunca tiveram uma união, ou, ainda, se se está utilizando o número de mulheres em idade reprodutiva. Alguma vez unidas e usuárias de algum método anticoncepcional.

É fundamental saber isso para desmistificar um pouco essa dificuldade quando se está comparando cifras.

Normalmente, calcula-se essa percentagem dentre usuárias de métodos anticoncepcionais até para efeito de comparação internacional. Aí, essa cifra de 44% passa a ser muito elevada. E quando ela está referida não às usuárias, mas à população de mulheres em idade reprodutiva, alguma vez unidas, essa cifra, às vezes, chega a atingir 30% - fica entre 20 e 30% -, que comparada à cifras de outros países é considerada extremamente elevada.

Hoje, o mundo desenvolvido tem uma cifra de 7% de esterilização comparado com esses "20 e 30%". Temos apenas 7% de esterilização no mundo mais desenvolvido.

No mundo em desenvolvimento, como cifra global, essa taxa chega a 15% com maior ou menor intensidade, dependendo dos países.

Então, a primeira questão que chama a nossa atenção é: por que no Brasil acabamos por ter uma percentagem de uso esterilização tão elevada assim.

Se observarmos, por exemplo, os países da Europa, do Ocidente, verificaremos que a percentagem de uso de esterilização é muito baixa. É muito baixa e o que está muito prevalente nesses países são métodos muito tradicionais de regulação da fecundidade.

Chama a atenção, por outro lado, o fato de esses países terem uma taxa de fecundidade muito baixa, tanto assim que estão todos abaixo do chamado nível de reposição, ou seja, uma taxa de fertilidade menor do que 2,1%, que seria a taxa de fecundidade necessária para que nascesse em média um homem e uma mulher, o que é uma média, e, portanto, se é uma média, é um ente abstrato. Ninguém vai ter 2,1 filhos. Mas, enfim, como uns vão ter três filhos, outros vão ter dois, assim por diante, a média acaba sendo esta.

Entre os países desenvolvidos do mundo, só vamos encontrar três onde essa taxa de fecundidade está acima do nível de reposição, todos os outros estão abaixo.

Quando consideramos esses países da Europa, do Ocidente, como eu dizia, onde os métodos utilizados são muito tradicionais, e temos tão baixas taxas de fecundidade, surge imediatamente a pergunta: como é possível em se utilizando "métodos tidos de baixa eficácia" manter-se uma fecundidade tão baixa?

Por dois motivos: um é que as mulheres têm muita informação e, portanto, elas sabem, conhecem o mecanismo da reprodução, elas conhecem o seu próprio corpo, a fisiologia da reprodução, e, por outro lado, elas têm informações das falhas dos métodos tradicionais que usam e, portanto, podem tentar evitar essas falhas utilizando os métodos de maneira melhor.

Além do mais, em quase todos esses países existe o aborto legalizado. Em maior ou menor grau, com maior limitação, mas a verdade é que existe.

Portanto, elas utilizam métodos tradicionais de uma forma adequada e, no caso de falha, recorrem ao aborto, e que contrasta enormemente com a situação do Brasil porque aqui as mulheres não dispõem de informações suficientes, não conhecem a fisiologia da sua própria reprodução, não podem recorrer a um aborto - acabam por recorrer, mas é um aborto clandestino, sujeito a todas as intempéries e problemas que estamos acostumados a ver e dos quais tomamos conhecimento -, e, aí, então, a esterilização numa sociedade em que não se dispõe dos outros métodos, em que não se tem informação a respeito dos mecanismos de atuação de cada um deles, de forma que, os métodos mais tradicionais se tornam de difícil uso e, não podendo recorrer ao aborto, acabam sendo a solução, as mulheres optam por uma coisa drástica, definitiva que acaba sendo a esterilização feminina.

A nossa posição com relação a essa questão da esterilização não é, de maneira nenhuma, que a esterilização devesse ser banida do calendário ou do rol de possibilidades que uma mulher possa lançar para regular ou por fim a sua fecundidade.

Esse é um direito reprodutivo conquistado pela mulher, como deveria ser também a questão do aborto, mas não estamos aqui para falar sobre o aborto. Mas há uma relação entre este aumento da esterilização e a não discriminação do aborto no Brasil. A meu ver, a minha posição clara é a seguinte: não negar à mulher o direito que ela tem de poder uma vez inventada utilizar o seu livre arbítrio e, portanto, fazer com a regulação da sua fecundidade o que acha melhor.

Mas, deve-se evitar, por outro lado, o abuso que tomou conta do nosso País com relação à esterilização. Esse abuso se traduz, como acabei de dizer, pela desinformação, pela não disponibilidade de outros métodos e pelo fato de que a esterilização tem um preço, ou seja, todo mundo já falou, acredito que nesta CPI isso também já tinha sido bastante desmistificado, é que as mulheres acertam com os médicos que vão fazer o seu parto a questão de pagar "por fora" para que elas possam fazer a esterilização.

O Código de Ética Médica Brasileira, a meu ver, é retrógrado com relação a essa questão da esterilização. Dizer que uma mulher só pode fazer a esterilização sob o testemunho de dois médicos que vão atestar que existem problemas graves de saúde para ela que justificariam que ela fizesse a esterilização pela própria conduta das mulheres e dos movimentos mais esclarecidos de mulheres no País.

Um outro ponto que leva, também a esse status que é o fato de que ambas as pesquisas a que me referi, de 1986, que já é um dado envelhecido, mas lá uma pesquisa mais recente sobre esterilização, e é de 1988, possivelmente o Dr. Anibal Faundes vai se referir a ela, e, portanto, mais recente do que a de 86, mostra essas mesmas informações que a outra pesquisa mostrou.

Ou seja, a pesquisa de 1986 mostrava que em 74% dos casos, ao se perguntar para as mulheres esterilizadas quando fizeram a esterilização, a resposta era: foi no último parto. E, se foi no último parto, esse parto foi cesárea.

Então, como há um abuso das cesáreas no Brasil, que é um País que detém o recorde de cesáreas, hoje em dia parece que está difícil um médico fazer um parto normal. Então, a cesárea é o locus mais apropriado para a esterilização.

Verifica-se que o abuso da cesárea, também, é um fator agravante para essa conduta.

Chamo a atenção, também, para o fato de que nessas pesquisas, há um contigente não desprezível de mulheres que estão fazendo a esterilização muito jovens ainda. Mulheres, às vezes, com um filho só, muito embora eu não me coloque dentre aqueles que acham que a normatização da esterilização deveria obedecer critério de número de filhos ou de idade, porque po-

No interior do estado predominava 34,4% das cesarianas que foram feitas para fazer laqueadura e outra indicação.

Há um problema ainda mais importante do que o simples fato de ser cesariana, que a grande maioria das cesarianas, para fazer laqueadura, é feita com data e hora marcadas; não se espera a data do parto para fazer cesariana. Faz-se antes do parto sem ter certeza se o feto está em condições de já nascer. Falarei sobre isso mais à frente.

Eu diria: 43,5% só para laqueadura e 31,2%, no interior, só para fazer laqueadura com data marcada.

Agora, qual a importância disso quando não há indicação para fazer a cesária, quando não é indicação de uma patologia materna que indique a cesária, o parto normal tem muito menos risco que a cesariana.

Em distintas pesquisas realizadas em todo o mundo, o risco de morte materna em cesária sem patologia varia entre 2 vezes e 36 vezes maior que do parto vaginal; submete-se a mulher a um risco de morte desnecessária porque é absolutamente desnecessário fazer-se uma laqueadura para uma cesária.

Agora, quanto à criança, esta, também tem maior risco. Quando a gente interrompe a gravidez antes do início do trabalho de parto, o recém-nascido corre um maior risco, pode haver a patologia que se chama de síndrome de desconforto respiratório-sindromo de angústia respiratória. A criança não consegue esticar o pulmão para respirar. Este problema é quatro vezes mais frequente quando a criança não é submetida ao processo de parto normal. Quando se interrompe a gravidez antes que se inicie um processo de parto. Se a cesariana se faz quando o parto já avançou, isto não acontece. A interrupção da gravidez, sem parto, provoca, nesse momento, a patologia do recém-nascido. Portanto, a cesária é realizada, possivelmente para fazer laqueadura. Então, é aí que é grave a situação da laqueadura no Brasil, é que há uma porcentagem tão grande de cesáreas e as cesáreas são feitas apenas para fazer a laqueadura tubária.

Apenas avançando na análise, eu teria que discutir mais para a frente, porque a laqueadura se faz necessária? Porque como a laqueadura é "ilegal", o Inamp não paga pela laqueadura. Então, para a mulher fazer a cirurgia, tem que engravidar, porque a grávida pode fazer a laqueadura. Ela não quer ter um filho mas engravidou para numa cesária ser laqueada. Ela prefere ser laqueada. Então, a mulher tem que ter uma cesária, para poder ser laqueada, porque a laqueadura não é paga pelo Inamp.

O segundo problema é o arrependimento. A Dr.ª Elza já mencionou uma pesquisa que nós fizemos na Unicamp, já há algum tempo, em que entrevistamos um grupo de mulheres que tinham sido laqueadas há mais de três anos antes da entrevista. Vinte e sete por cento delas tinham se arrependido. A Dr.ª Elza mencionou que essa porcentagem era muito superior a que registram as estatísticas americanas. As estatísticas americanas andam por aí, mas as estatísticas brasileiras são dez vezes maior em países onde a laqueadura é feita com maior cuidado. Agora, façamos justiça. Levamos em conta fatores que demandam o risco de arrependimento. Esses fatores são fundamentalmente três: ser maior do que 35 anos; entre as mulheres de 35 anos no momento da laqueadura. Cinquenta por cento declararam que se fosse possível voltar atrás, não teriam feito a laqueadura. Temos ainda aquelas que foram laqueadas antes de cinco anos de união ou de cinco anos de união consensual, legal ou ilegal. E aquelas que têm uma relação bem estável com seu parceiro legal ou de vida comum. Agora, por isso é que cada vez mais, assim como estão aumentando a proporção de laqueaduras ao longo do tempo, também aumenta a proporção de mulheres menor e entre 25 anos sobre o total de mulheres laqueadas. Mas a pesquisa do ano de 1986, que a Dr.ª Elza mencionou antes em distintos estados, a porcentagem do total de mulheres laqueadas antes de terem 25 anos, foi de 16% no Rio, 14% em São Paulo, 21% no Nordeste e 30% no Norte.

Na pesquisa que fizemos em São Paulo, 17% das mulheres no interior do estado foram laqueadas antes dos 25 anos. No período 1979-1981, e em todo o ano de 1980, esquecendo as consultas das mulheres que consultavam por esterilidade, que vinham ao nosso consultório de esterilidade para conseguirem engravidar, 2,4% eram mulheres laqueadas arrependidas. De cada 100 mulheres que vinham consultar por esterilidade, 5,4%, no ano de 1980. No período 1979-1981, essa porcentagem subiu para 12,4%. Uma em cada oito mulheres que se consultam por esterilidade, hoje, no nosso consultório, uma é laqueada arrependida.

Existem evidências de que à medida em que aumenta a laqueadura antes dos 25 anos, seguramente a condição que ela estava controlando, aumenta o arrependimento. A imensa maioria delas fica em casa com seu problema. Mas aquelas que têm algum tipo de arrependimento, aumentam, também, de forma alarmante. Agora, se a gente vai ver o porquê essa mulher de 25, ou de 23, ou de 22 foi laqueada - a Dr.ª Elza já mencionou, na sua pesquisa, que está fazendo agora, e na pesquisa que foi feita na Unicamp, no ano de 1991 - com o grau de conhecimento, havia naqueles 84% que falaram que conheciam. Seguramente, isto é muito pouco. Mas quando foram perguntadas se conhecem o aparelho DIU - Dispositivo Intra-Uterino, 16% falaram que não o conheciam; 29% não conheciam os anticoncepcionais injetáveis e 70% não conheciam o diafragma, aquele método que a Dr.ª Elza mencionou que as mulheres mais usavam nos países mais desenvolvidos. Setenta por cento das laqueadas não conheciam o diafragma; 86% não conheciam o método de abstinência periódica, em que a mulher tem que conhecer o ciclo menstrual através dos sinais que aparecem na vagina.

Então, é evidente que uma parte muito importante das mulheres é laqueada porque não conhece outra alternativa, que é a pílula. De fato, quando a gente vai perguntar às mulheres arrependidas depois de terem sido laqueadas, porque o foram, a resposta mais frequente é: "porque não me senti bem com a pílula". Como se a pílula fosse a única alternativa existente para a anticoncepção.

Em contraste com o nosso País, por exemplo, os Estados Unidos, em que o total de mulheres que usam métodos anticoncepcionais é maior do que no Brasil, que tem 17% de laqueadura, não tem 5% do uso do DIU e 10% do uso do condon. Por exemplo, contra 12% ou 2%, no Brasil, respectivamente. Países como o México, por exemplo, tem 11% do uso do dispositivo, contra 1% no Brasil. Por isso é que o México tem 19% de laqueadura contra 27% no Brasil. Então, é evidente que há uma relação clara entre conhecimento de vários métodos anticoncepcionais e o fato de a mulher se laquear, não foi se laquear, numa idade em que a possibilidade de arrependimento é muito alto, com todas as consequências, tanto sociais quanto de saúde. Nessas mulheres, quando novamente, seus maridos desejam ter filhos, não há como conseguir este objetivo.

Esse problema de que a laqueadura é feita por falta de conhecimento de outros métodos, também se manifesta - a Dr.ª Elza já mencionou, mas eu

quero insistir - na pesquisa feita nos anos de 1988 e 1991 na área metropolitana de São Paulo, no interior do estado, em três mil, setecentas e poucas mulheres, onde encontramos que a proporção de laqueadas era maior quanto menor o grau de instrução. Vinte e sete por cento de mulheres que não tinham nenhuma instrução estavam laqueadas, na área metropolitana, e 30% no interior, contra 16% daquelas que tinham curso superior, na área metropolitana e 26% no interior. No interior acontece uma coisa estranha, porque enquanto aquelas que têm de quinta série até o segundo grau completo, 19% estavam laqueadas contra 30% daquelas que não tinham nenhuma instrução, a percentagem naquelas que têm nível superior de instrução. Entretanto todas as laqueadas correm o risco de serem precoces, antes dos 25 anos. E fazendo uma análise multivariada em matéria de estatística, que nos permite separar quais são as verdadeiras causas, o fator que está mais relacionado com as que se laquearam antes dos 25 anos era desconhecimento de outros métodos anticoncepcionais. Quanto menos métodos conheciam, mais passível de serem laqueadas antes dos 25 anos. É interessante notar que a imensa maioria das laqueaduras são feitas em hospitais públicos, ou filantrópicos, ou privados, credenciados pelo Inamp.

Essa imensa maioria de laqueaduras é financiada pelo Inamp, não como laqueaduras, mas disfarçadas como qualquer outro tipo de cirurgia.

E nessa pesquisa que nós fizemos na área metropolitana de São Paulo e no interior, daquelas mulheres laqueadas em serviços públicos, 37% declararam ter pago, além do parto pelo Inamp, diretamente pela laqueadura; 37% na área metropolitana e 28% no interior. Isto das laqueadas em hospitais públicos, que, teoricamente, não deveriam ter pago absolutamente nada. Das mulheres laqueadas em hospitais filantrópicos, que também teriam que cobrar apenas o Inamp, 76% das mulheres declararam ter pago, na área metropolitana e 45% no interior.

Então, para nós, o maior problema não é apenas a porcentagem de mulheres laqueadas, porque a laqueadura se faz em mulheres, muitas delas que têm a possibilidade de ter filhos mais tarde e fazer cesárea apenas para fazer a laqueadura e deixam-se laquear por não conhecer ou não ter outra possibilidade, outras alternativas ou certos métodos. Eu, como a Dr.ª Elza, concordo no direito de a mulher decidir pela laqueadura, mas isso tem que ser com pleno conhecimento, em primeiro lugar, do que é a laqueadura e, em segundo lugar, de que existem outras alternativas, além da laqueadura e além da pílula para a mulher controlar a sua fertilidade. O que pode ser feito? A nosso ver, há quatro pontos mais importantes. O primeiro é esclarecer a situação de legalidade da situação da laqueadura tubária no Brasil. Falando com distintos experts em legislação, alguns nos disseram que a laqueadura é perfeitamente legal e outros nos disseram que a laqueadura é um crime punido pelo Código Penal, dependendo de interpretações, que têm que ser esclarecidas. Enquanto não o são, o Inamp não poderá pagar pela laqueadura para acabar com as cesáreas para laqueaduras e nem poderá regulamentar em que casos podem, quais as condições necessárias para se fazer as laqueaduras.

A segunda questão é aquilo que a Dr.ª Elza já colocou: acelerar a implantação, no País, dos programas de assistência integrada de saúde à mulher, oferecendo anticoncepcionais alternativos. Todos aqueles que a ciência moderna coloca hoje em condições à disposição da mulher.

A terceira questão é a de que o público e os médicos deveriam estar corretamente informados sobre a ligadura tubária, cesárea e contracepção. A imensa maioria das mulheres laqueadas não sabem quais são os riscos da laqueadura, muitas delas não sabem que é irreversível. Algumas acham que por cinco anos, depois de cinco anos ela vai voltar a ser fértil. Os próprios médicos não têm conhecimento de quais são os fatores de risco, arrependimento da laqueadura, por exemplo, não sabem o bastante sobre anticoncepção, continuam sem entender que a cesária é um risco desnecessário para a mulher e uma série de informações que é necessário divulgar com muito mais universalidade.

O quarto ponto é a necessidade de aprimorar o conhecimento e treinamento prático de todos quanto à contracepção e suas consequências. A faculdade de Medicina no Brasil deve ter uma forma de meios de contracepção. São indústrias complacentes com as que formam o médico quanto à concepção. Isto tem que ser corrigido, e quanto mais for corrigido, os médicos não têm confiança em perquirir, porque não os conhecem.

Eu estou aqui pensando num depoimento, no primeiro seminário organizado pelo Conselho Estadual da Condição Feminina, em fevereiro de 1988. O Conselho Estadual da Condição Feminina, em São Paulo, junto com a Secretaria de Saúde, no ano de 1988. Qual foi o critério para regulamentar a laqueadura tubária? Considerando que é um ato médico, com propósitos preventivos, deve obedecer ao preceito básico da Medicina, isto é, a sua prática deve trazer benefícios e nunca malefícios a quem se submete à cirurgia. É evidente que todo ato médico, particularmente quando envolve relação aos benefícios esperados. A laqueadura tubária tem fundamentalmente dois tipos de risco. Os riscos envolvidos dependem da qualidade do atendimento dado. É justamente esta qualidade que se mantém desconhecida, na medida em que não se aceita a laqueadura tubária ilegal. A autoridade orgânica não sabe que são feitas as laqueaduras e o risco da laqueadura também é desconhecido. Por exemplo, não sabemos qual é a mortalidade da laqueadura no Brasil. Somente com o reconhecimento é que a laqueadura poderá ser objeto de controle social e, importante, controle de qualidade.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Gostaria de solicitar dos Srs. Deputados, logo após a fala do Relator, que, por favor, usassem os três minutos para interrogar os depoentes, porque, pelo que eu saiba, um deles tem horário para tomar o avião e independentemente disso é importante que usamos o Regimento, até porque, hoje, estamos prejudicados com um som duplo. Vamos aproveitar o máximo. Pediria, então, que usassem apenas os três minutos para fazer as perguntas aos depoentes e que estes usassem o mesmo tempo para responder.

Concedo a palavra ao Sr. Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Petrócinio) - Antes de cumprimentar o brilhantismo das exposições, gostaríamos de lamentar que a outra CPI tenha solapado a frequência aos nossos trabalhos em um assunto que acho mais importante do que aquele que está sendo tratado na outra sala, mesmo porque lá acho que o caso é mais da Procuradoria, da Secretaria da Receita Federal ou de Justiça. A simultaneidade tirou até um pouco a nossa atenção porque poucas pessoas têm o poder de conciliar dois sons de uma só vez. Cumprimentando a Professora Elza Berquo, gostaria de fazer rápidas perguntas.

Quero saber se a entidade que ela dirige tem desenvolvido algum trabalho de orientação quanto aos métodos contraceptivos, ou se atém apenas a fazer pesquisa nessa área.

Achei muito importante a colocação que S. S^a fez sobre código de ética, que, segundo ela, seria retrógrado. Concordo perfeitamente. Na conclusão dos nossos trabalhos teremos que propor modificações nessa parte, para que ela possa ser inserida no Código de Odontologia Médica, que, na realidade, está um pouco anacrônico nessa área.

Um aspecto para o qual ela chama a atenção e para nós é novidade é o da carência: uma mulher que deseja se esterilizar, teria mesmo que ser submetida a uma carência para que, tendo acesso a todos os métodos contraceptivos, pudesse se decidir pela laqueadura ou não.

E eu ia perguntar sobre o percentual de laqueadura à revelia, mas o Professor Aníbal já explicitou bastante esse fato: parece que está em torno de 12%.

Gostaria de perguntar se a Professora Elza conhece alguma mulher em que houve falha na cirurgia de laqueadura, e se ela ficou revoltada por ter outro filho, ou não.

Na minha experiência, tenho tido casos de falhas em laqueadura - minhas próprias e de outras colegas - e senti que quando a pessoa tem outro filho, fica satisfeita. Nunca fui repreendido por causa disso. É um detalhe que gostaria de deixar patenteado aqui nesta reunião.

E também quero perguntar ao Dr. Aníbal Faundes se a Unicamp já elaborou um modelo - tive conhecimento de que teria elaborado - de planejamento familiar, para o nosso País.

Gostaria de saber do Professor Aníbal tão-somente isso. Cumprimento-os mais uma vez, e acho que V. S^s trouxeram uma enorme contribuição para esta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

A SRA. ELZA BERQUÓ - Com relação às questões que me foram apresentadas, a começar pela primeira, entendi que V. Ex^a quer saber se a entidade que dirijo na Unicamp trabalha diretamente com os métodos anticoncepcionais.

Não. Na qualidade de demógrafa, tenho interesse em acompanhar o crescimento populacional, a composição da população e a sua distribuição espacial.

O crescimento populacional, resulta, na verdade, quando se trata de uma população ainda fechada à imigração internacional, como é o caso do Brasil, de duas forças: a mortalidade, de um lado, e a fecundidade, de outro. Do equilíbrio dessas duas forças é que a população cresce mais, ou menos. Em se tratando da fecundidade, quando se quer dar conta do porquê ela está crescendo ou diminuindo, é fundamental considerar que a questão da anticoncepção está no capítulo das variáveis intermediárias que acabam por ter um efeito sobre as alterações na fecundidade.

Nessas variáveis intermediárias estão a nupcialidade, a saúde e, especificamente, a questão da anticoncepção e do aborto.

Então, no que se refere à anticoncepção, o nosso interesse científico na matéria vem por essa via.

Agora, o nosso interesse como cidadã brasileira com um comprometimento social e político vem pela via do abuso e do fato da esterilização ser um fenômeno de massa no Brasil.

Então, como sou uma pessoa só, tenho o meu compromisso acadêmico, mas ele não está divorciado do meu compromisso como cidadã brasileira.

Na verdade, na escolha dos temas que pesquiso, que se encaixam no que eu chamo de demografia das desigualdades, cabe perfeitamente a denúncia do problema da esterilização.

Sobre a carência, que mencionei, essa é uma proposta pessoal. Já, inclusive, atuando, por convite, em vários grupos que se preocuparam com a questão, inclusive o Conselho Estadual da Condição Feminina, e outros grupos ligados a parlamentares que estão preocupados em normatizar esse problema, penso que a carência - vivo me batendo nesse sentido - deveria fazer parte das exigências que deveríamos colocar antes que uma laqueadura realmente fosse realizada. Não no sentido de impedir, mas o sentido exatamente de dar mais um tempo à mulher.

Vejam bem, é a mesma coisa que pensar em fazer uma laqueadura quando uma mulher está fazendo um aborto. O parto não é o momento adequado para se fazer uma laqueadura; assim como o aborto não é o momento adequado para se fazer uma laqueadura. O parto é o parto; e a laqueadura é a laqueadura. E, portanto, a laqueadura deve ser uma decisão. É possívelmente, como já salientou o próprio Aníbal, há pouco, um dos graves problemas é que ela é feita junto com uma cesárea, quando há todas as recomendações para que a cesárea não se avoluma de forma como está se avolumando no País.

Agora, sobre a laqueadura à revelia, não sei muito bem se no "à revelia" está configurada a falta de informação, porque sinto que hoje em dia, no Brasil, cada vez menos mulheres estão sendo esterilizadas sem saber que naquele exato momento estão sendo esterilizadas. Realmente, acho que isso era maior no passado do que é hoje.

Agora, que muitas mulheres não fazem porque não têm outra alternativa contraceptiva, ou de vida etc., não há dúvida; que muitas vão fazer sem saber que é irreversível e que também existem riscos maiores para ela e para recém-nascido, também é verdade.

Se chamarmos isso tudo de à revelia, então é o índice muito elevado.

Agora, a mulher ser esterilizada sem saber que está sendo, isto é realmente um crime que tem que ser denunciado, o médico deve ser processado. Mas, de acordo com os trabalhos que faço, verifico que cada vez esse número é menor.

E quanto à revolta na falha da laqueadura, eu, particularmente, não tenho pesquisas a respeito.

Mencionarei aqui uma pesquisa feita pelo Hélio Aquinaga e seu grupo, que mencionava, então, haver 1% de falhas.

Agora, nos grupos focais o que existe é uma ideologia, vamos dizer assim, de que até os sete anos a laqueadura pode falhar.

Realmente, não sei por que sete. Estou tentando aprofundar essa questão: por que está no imaginário feminino que são sete anos? De repente, o Dr. Aníbal, como médico, pode saber se antigamente as laqueaduras, ao cabo de sete anos, terminavam. Não sei. Não tenho informações científicas a respeito deste assunto.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Concedo a palavra ao nobre Deputado Ivãno Guerra. (Pausa.)

Concedo a palavra à nobre Deputada Maria Luíza Fontinelli.

A SRA. MARIA LUÍZA FONTINELLE - Sr^a Presidente, gostaria de dizer que a cada momento da nossa CPI nós estamos enriquecendo a reflexão sobre o tema e logicamente novas indagações se apresentam.

Concordo com o posicionamento da Dr^a Elza em relação à questão de que os setores da saúde, os médicos, devam ser chamados a uma responsabilidade sobre a questão. Queria solicitar da CPI exatamente, com relação a esse trabalho que foi feito no Rio de Janeiro, como é que nós poderíamos, Sr^a Presidente, aquilatar melhor essas 13.423 operações realizadas num período de três anos, a meu ver, a partir das publicações sobre o assunto poderíamos ter uma identificação maior no sentido da responsabilidade. Entendo que nesta CPI tanto se deve apurar por que as mulheres estão sendo esterilizadas, como também a responsabilidade de quem está fazendo isso.

Conforme esse requerimento, peço ao relator que registre a possibilidade de, uma vez de posse desse documento que a Dr^a Elza nos apresenta, termos um conhecimento maior das responsabilidades com o procedimento dessas operações. Um outro dado, considerando que há uma política, não só nacional, mas também internacional, a nacional é resultado da política internacional que é controladora, seria exatamente tentar entender - e aí as pesquisas nos ajudam - por que em países como o México, que apresentam um índice de crescimento populacional, a utilização da esterilização por laqueadura é bem menor do que no Brasil. Talvez aí a pesquisa se dirija tanto à Dr^a Elza como ao Dr. Aníbal, se os Srs. têm informações a esse respeito. Isso se deve ao fato de que o serviço de saúde no México esteja oferecido à população uma variedade maior de outros métodos contraceptivos do que o caso brasileiro, exatamente para que possamos melhor avaliar a natureza do problema que estamos vivendo.

Outra questão: clico há uma experiência de realização de laqueadura no centro onde o Dr. Ermes trabalha uma sugestão da Dr^a Elza, já que estamos tratando aqui de estabelecer uma legislação sobre a questão, que parâmetros realmente tirar para normatizar a questão da esterilização? Porque no projeto assinado por três das deputadas aqui presentes, um dos pontos que destacamos era exatamente a relação idade e quantidade de filhos; não elementos soltos, mas numa correlação; o período de carência é um dos pontos que destacamos no projeto, sem esquecer, no entanto, que uma questão fundamental é que haja uma opção quanto ao método.

Tenho uma outra pergunta que formularei em seguida à resposta da Dr^a Elza.

A SRA. ELZA BERQUÓ - Bem, com relação a essa questão do México não estou com todos os dados, mas tenho os seguintes: a proporção de usuárias de algum método anticoncepcional no México está por volta de 53%. Estou me baseando para isso num trabalho de 1990, da Mary Seth Weinmeyer apresentado em uma reunião em Buenos Aires sobre a transição na América Latina.

Então, o México tem 53% de usuárias de algum método. Dos usuários 37% são esterilizadas em contraposição aos nossos 44%, mas tem 48% que utilizam pílulas, injetáveis, dispositivos intra-uterinos, ou o "condom" ou a sarreira vaginal; ou seja, métodos considerados eficazes, e 15% utilizam o ritmo ou a interrupção do coito ou outros métodos. Essa é a situação do México. Por outro lado, o México tem uma fecundidade da ordem de 4,1 filhos por mulher e o Brasil tem hoje 3 filhos por mulher - a última estimativa.

Então, é preciso salientar uma outra coisa: o México tem uma política explícita de população; o México estabeleceu uma meta para o crescimento populacional, ou seja, que o País, até o ano 2000, terá de atingir uma determinada taxa de crescimento. Não quero dizer aqui que eles estabeleceram uma taxa de 1% de crescimento da população - o que é uma loucura - e já se debateu em vários fóruns acadêmicos que só se no México, começam a matar gente porque não é possível que o México, com a população que tem, com a fecundidade que tem, possa atingir uma taxa de 1% de crescimento ao ano, a não ser daqui a uns 40 ou 50 anos, nunca antes disso, com os parâmetros demográficos que ele tem.

Mas, de qualquer maneira, o México é uma dessas experiências, a meu ver, que servem para mostrar que não adianta um país estipular uma meta de crescimento populacional, infelizmente. Nesse particular, o Brasil nunca entrou; o Brasil nunca estabeleceu uma taxa de crescimento da população para ser atingida até determinada ano ou década. Isso não foi estabelecido, o que acho algo positivo. O Brasil não estabeleceu metas e fechou os olhos para que as entidades privadas fizessem o controle da natalidade. Está certo?

Agora, o México estabeleceu metas, mas não conseguiu atingir com a rapidez que queria, porque a taxa de fecundidade ainda é considerada, para eles, elevada.

Portanto, já que tinham essa meta estabelecida, eles têm métodos eficazes; a esterilização está presente, mas não como no Brasil.

Agora, o aborto é freqüente e clandestino, como no Brasil.

A SRA. MARIA LUÍZA FONTINELLE - Outra questão, só para completar: essa informação sobre a correlação que existe entre a realização da laqueadura, solicitar aos órgãos públicos que apurem o que tem sido feito sem uma razão explícita, ou as cesáreas.

A SRA. ELZA BERQUÓ - Isso não existe, praticamente.

A SRA. MARIA LUÍZA FONTINELLE - Há um outro dado que seria interessante examinarmos, por quê.

A SRA. ELZA BERQUÓ - Qual é o dado, Deputada Maria Luíza? V. Ex^a poderia repetir a pergunta?

A SRA. MARIA LUÍZA FONTINELLE - O Dr. Aníbal falou que há grande quantidade de cesáreas que são realizadas exclusivamente para atender ao objetivo da laqueadura, uma vez que ela não pode ser realizada como tal, porque não há recursos, ela não está segura.

Então, a informação que gostaria de ter é se teríamos a possibilidade de obter junto a esses hospitais a relação de cesáreas e as justificativas pelas quais elas foram realizadas, a fim de que pudéssemos, nessa busca, saber a quem responsabilizar. No primeiro momento da nossa CPI, dirigimo-nos muito para os órgãos estrangeiros que estão a financiar ou a criar essa cultura, esse procedimento médico. Seria interessante que colocássemos as responsabilidades nos devidos lugares. Se o maior número de laqueaduras está sendo feito em hospitais públicos - foi o que entendi -, será mais fácil obter esse tipo de informação.

O SR. RELATOR (Carlos Patrocínio) - Concedo a palavra ao Dr. Aníbal.

O SR. ANÍBAL FAONDE - (Sem condições de tradução.)

O SR. CARLOS PATROCÍNIO - A pergunta seria qual o método mais usado no Brasil atualmente além da laqueadura e da pílula anticoncepcional?

O SR. ANÍBAL FAONDE - (Incompreensível.)

A SRA. ELZA BERQUÓ - Posso dar uma sugestão?

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Pois não.

A SRA. ELZA BERQUÓ - Na Declaração de Nascimento, que é nova no Brasil - o que tínhamos era a Certidão de Nascimento; agora existe uma Declaração de Nascimento, que é preenchida no hospital quando a criança nasce, e há uns quatro anos que foi instituída no Brasil - consta o tipo de parto. Inclusive, já aconselhei a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo que utilize essas declarações de nascimento para, em primeiro lugar, estimar a proporção de cesáreas para esses partos, porque todos os nascimentos terão uma Declaração de Nascimento. E se isso for acompanhado pari passu, com uma defasagem muito pequena entre o nascimento e a leitura dessa declaração - porque há uma cópia que é arquivada no sistema - poder-se-ia, perfeitamente, através de uma amostragem, junto aos nascimentos por cesárea, conversar com essas mulheres para saber se elas fizeram esterilização. A esterilização nunca vai constar dessa Declaração de Nascimento, mas os partos por cesárea fornecem uma excelente pista para se poder fazer estudo no Brasil inteiro, porque essa declaração agora está valendo para todo o País. É uma fonte muito útil para se fazer estudos a respeito. Tenho aconselhado algumas pessoas a que emprendiam esse tipo de pesquisa, que é uma forma de poder esclarecer, com grandes números, essa situação.

O SR. ANÍBAL FAONDE - Há uma pergunta que o Deputado fez, como é feita a laqueadura na Unicamp. Em geral, o que acontece é o seguinte: a paciente solicita na Secretaria da Saúde, a laqueadura tubária. Seja durante a gravidez ou fora dela. Elas são primeiramente avaliadas pelo posto de saúde e depois encaminhadas para a Unicamp. Na Unicamp elas passam por duas comissões distintas: uma comissão para as pacientes que estão grávidas e aquelas que não estão grávidas. São duas comissões diferentes, constituídas por assistentes sociais, psicólogos e médicos, que avaliam a paciente. Seguindo normas que contêm aqueles elementos da carência, contêm elementos de laqueadura em situações de stress, como é o aborto, tem elementos da idade da mulher. A idade, nós consideramos o fundamental, porque quanto mais novas, mais chance têm de resistir. Mais tempo de suas vidas para que mudem as circunstâncias gerais que fazem com que elas não desejem outro filho. Entretanto, não existem condições rígidas, e cada caso é avaliado em sua individualidade. Isso é mais importante para a gente poder decidir, para não cometer erros. O mais importante de tudo é que ela é especificamente informada, do que significa a laqueadura, dos riscos da laqueadura, do fracasso da laqueadura e de todos os outros métodos que ela pode utilizar para prevenir uma gravidez.

A SRA. MARIA LUIZA FONTENELE - Esperamos que os senhores tenham isso sistematizado e que possam nos fornecer para orientar os nossos trabalhos.

O SR. ANÍBAL FAONDE - Eu não trouxe, mas temos normas de laqueadura que poderíamos encaminhar à comissão, sem dúvida.

A SRA. PRESIDENTE (Benedita da Silva) - Eu pediria às senhoras e senhores Deputados que fizessem a pergunta em três minutos. Eu estou controlando o tempo aqui. Realmente, é preciso concluir os nossos trabalhos às 17 horas.

Com a palavra a Deputada Jandira Feghali.

A SRA. JANDIRA FEGHALI - Sra Presidente, em primeiro lugar, quero saudar, em particular, a presença da Dra Elza, porque, sem dúvida, é sempre um aprendizado ouvir suas explicações. Hoje, perdi a aula. Quero me desculpar pelo atraso e, certamente, não foram questões secundárias que me atrasaram, inclusive porque eu sabia a importância dos depoimentos. Mas, assim mesmo, já conhecendo um pouco do seu trabalho que, sem dúvida, foi a base a fundamentação do desenvolvimento da maior parte dos movimentos de mulheres e dos trabalhos que temos feito, pergunto, em primeiro lugar, se temos hoje em perspectiva o prejuízo, ou as consequências da atual taxa de esterilização - disse em termos de Brasil. Como esse percentual de mulheres esterilizadas, do ponto de vista demográfico, ou do ponto de vista do Brasil que queremos para as próximas décadas, temos como imaginar, enquanto perspectiva, que prejuízos temos? Isso inserido dentro da polêmica do país senão, da perspectiva de crescimento demográfico, segundo as estatísticas que temos hoje.

A segunda pergunta é a velha polêmica de onde é feita a maior parte das esterilizações: se é no serviço público ou não, porque os dados que nos chegam a senhora mesma citou os do Cepaim e outros - sempre deixam a impressão: se são as entidades controlistas, ou o serviço público. E se for esse, onde está o centro da atuação das entidades controlistas? É no campo ideológico, da formação dessa cultura de esterilização; ou é no treinamento dos profissionais? Onde está a ação central dessas entidades controlistas na questão do controle da fertilidade.

E, por fim, a questão da legislação. Uma outra polêmica, que temos vivido muito, é o problema do Brasil ilegal que temos hoje. Quer dizer, existe um Código Penal que como o Dr. Aníbal falou, tem suas debilidades, apesar de haver coisas muito claras, principalmente quanto à laqueadura à revelia, temos tido uma polêmica, em particular com alguns setores do movimento de mulheres, quanto à possibilidade de se legislar sobre o assunto. Inclusive, o projeto que apresentamos aqui, a Deputada Benedita da Silva, a Deputada Maria Luíza Fontenele, eu e outros quatro Parlamentares, parou um pouco a sua tramitação em função desse debate: se deveria ou não haver uma lei que proibisse a ação massiva da esterilização, mas que criasse uma regulamentação quanto à saúde da mulher, sem negar a questão da esterilização voluntária, estabelecendo critérios, entre eles o prazo de carência.

Mas gostaria de ouvi-la, porque o representante que aqui esteve - esqueci o seu nome - da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, colocou que a única regulamentação que deveria haver seria a de se passar a questão da esterilização para a decisão do médico. Seria, na verdade, não tanto uma esterilização voluntária, mas que ela não tivesse vinculação com o Planejamento - com isso eu concordo, ele não pode estar vinculada a uma política de planejamento - e que se entendesse onde está o poder de decisão, afóra os casos de indicação absoluta, etc. Discordo de que essa decisão deva estar na mão do médico. Mas essa é uma vertente que vai crescendo, que está dentro do manual de planejamento do Ministério da Saúde, que tivemos a vitória de não deixar publicar. O Ministério da Saúde, pelo próprio Ministro, assumiu o compromisso de tirar o capítulo da esterilização desse manual, a partir de uma pressão nossa, mas é um

manual que deixa as decisões de esterilização exatamente na mão do médico, como indicação médica. O que penso ser extremamente perigoso e complicado, do ponto de vista da concepção que temos. Queríamos, então, nesta contraposição que é uma normatização legal, colocando a questão da esterilização voluntária nas mãos de quem opta por ela e essa vertente que cresce de deixar nas mãos do médico, eu gostaria de ouvir a sua opinião e do Dr. Aníbal Fontes, farei três perguntas, aí, rápidas: a primeira é que, me parece, se não estou enganada, o próprio convite do Dr. Aníbal Fontes - a convocação em CPI - tem a ver com a sua representação Corporação Consult, no Brasil e no seu depoimento, quando cheguei ele ainda estava ocorrendo, - eu não ouvi nenhuma citação em relação a essa instituição. Eu gostaria de saber o que essa instituição - a Corporação Consult - realiza no Brasil, como ela age e que grupos ela financia? E, se financia, que grupos são?

Nessa questão dos critérios para esterilizar, que a Sra Deputada Maria Luíza Fontenele levantou gostaria de entender, aqui, porque, na verdade, pelo que percebi, na Unicamp é admitida a esterilização voluntária. Como pensa o Departamento de Unicamp na relação Código Penal e esterilização voluntária? Como isso é feito diante do Código Penal que temos? Eu gostaria de entender melhor porque existem outras ações que não estão dentro da Universidade, mas que também utilizam argumentos desse tipo. E se existe, no ponto de vista médico e o técnico - esta, também, é uma grande polêmica se existe o tal médico e técnico, prejuízos à saúde da mulher, pós-laqueadura que não sejam os riscos da cirurgia ou a incapacidade reprodutiva, porque esta, também, é uma grande polêmica que se estabelece, que gostaria de ter uma opinião técnica do Dr. Aníbal Fontes.

O SR. ANÍBAL FAONDES - Vou responder na ordem que foi colocada. Foi apresentado apenas aos professores da Unicamp. No entanto, tenho 17 anos como representante da Population Council no Brasil, e hoje reconheço bem a história do que a Population Council tem feito. Ele tem sido programas de doenças. Mas primeiramente eu tenho que dizer que a Population Council é uma organização de pesquisas. Ela não financia programas de ação. Somente pesquisas. E alguma coisa de discussão do conhecimento, também. Publicações, treinamento de profissionais. Isso, ultimamente, tem sido, no Brasil, praticamente, na área de demografia. Acho que a Dra Elza sabe muito bem, dos programas de treinamento em demografia, da Population Council. Aqui, quanto tempo durou a pesquisa financiada.

Uma boa parte das pesquisas que tenho feito referência nesta apresentação tem algum tipo de financiamento da Population Council, parcial. Sempre foi parcial. É por isso que não se faz pesquisa na área de saúde reprodutiva que inclui planejamento familiar, inclui mortalidade materno-perinatal, inclui doenças de transmissão sexual e AIDS, inclui qualidade de atendimento de saúde à mulher, e temos um par de projetos nesta área, e assistência no pós-parto. Temos, também um programa de que o Brasil participa, Programa de Pesquisas operacionais para a América Latina e temos duas pesquisas, uma que está sendo realizada no IMP, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, que é uma avaliação da aceitabilidade da lactação da mulher como método natural de anticoncepção e outro, que está sendo feito em Salvador, que é uma avaliação da aceitação e o resultado da inserção de dispositivo Intra-Uterino no pós-parto imediato. Há muitos outros casos, mas que não tem interesse, aqui.

A SRA. JANDIRA FEGHALI - A Population Council participa, é filiada à ABEFF, Associação Brasileira de Entidades e Planejamento Familiar?

O SR. ANÍBAL FAONDES - A Population Council não financia e nem participa dela e nem eu, pessoalmente, nunca aceitei ser membro da ABEFF, como Professor da Unicamp. E posso até dizer que da forma que foi colocada a apresentação da ABEFF era que se eu participava da ABEFF, à época, só queria financiamento para fazer laqueaduras. Nós não queríamos financiamentos para fazer laqueaduras porque temos que ver clara indicação de laqueadura porque já que é necessário alguém que financie. Como interpretamos o Código Penal na questão da laqueadura sendo que o Código Penal não permitiria a laqueadura. O Professor de Medicina Legal nosso interpreta o Código Penal da seguinte forma, ou seja: o Código Penal diz que é crime um ato cirúrgico que prive a mulher do órgão ou função. Então, isto seria privar da função reprodutiva. Entretanto, o ato médico, correntemente, é o de remover da função. Se você constantemente faz ações curativas ou preventivas, extirpa órgãos, suprime funções. Então, se existe uma situação médica ou existe, se você está querendo prevenir danos, está bem autorizado a suprimir órgão ou função. Esta interpretação não é só da Medicina Legal da Unicamp. É uma interpretação que existe amplamente no Brasil. Agora, o importante para nós é quem faz a laqueadura não é quem decide que a privação do órgão ou função se justifique. Tem que ser outro corpo a não ser quem faz a laqueadura, ou quem se beneficia monetariamente fazendo a laqueadura e quem decide que realmente se justifica a laqueadura. No que diz respeito à laqueadura, esse efeito secundário da laqueadura, esta é uma área cinzenta do conhecimento médico. Exceto uma descrição de uma síndrome, que se chama síndrome pós-laqueadura, só que não é pós-laqueadura, ainda não se definiu se se deve à laqueadura ou se apresenta com a mesma frequência na mulher laqueada e na mulher não laqueada. Eu, principalmente, me interessei muito por esta área, eu tenho uma pesquisa publicada em revistas internacionais, de maior circulação, com respeito a alterações endócrinas pós-laqueaduras. E a gente fez uma pesquisa em que tinha como objetivo essas alterações endócrinas, mas não encontramos. É possível definir-se que o prazo de seguimento foi curto, e com seguimento mais longo a gente consiga encontrar alguma coisa. Não existe na literatura médica, hoje, fundamentos sólidos para dizer que existe uma síndrome por laqueadura. Por isso que eu dou muito mais ênfase nos efeitos psicológicos, psicossomáticos e psicossociais, econômicos, sociais, da pessoa laqueada que precisa ter outro filho. E que se laqueou em condições em que ela não tinha pleno conhecimento do que estava acontecendo, não porque ela sabe que foi laqueada. Se não sabe porque a laqueadura ocorreu e porque não tinha outras alternativas, mas na hora decidiu-se pela laqueadura.

A SRA. ELZA BERQUÓ - A Sra Deputada Jandira Feghali colocou, realmente, questões que estão no fulcro das preocupações de todos nós, nesses últimos tempos e que são questões bastante difíceis de encontrarmos respostas para todas elas.

Então, vamos lá. A primeira, se já podemos ter uma idéia do impacto das mulheres, na proporção de esterilização, com reflexos no crescimento da população? Não há dúvida nenhuma que a desaceleração no crescimento da população brasileira, nesta última década, se deve, exclusivamente, a esse aumento vertiginoso da taxa de esterilização - não há dúvida. Esse

crescimento estimado, agora, no último censo, por mais problemático que, na minha opinião, tenha sido esse último censo brasileiro, nos surpreendeu, os demográficos. Essa taxa de crescimento de 1,9% não surpreendeu de maneira nenhuma, contrastada com 2,5% que tínhamos antes porque, conhecedores que éramos do que vinha acontecendo com a esterilização e a sua ressonância, cada vez maior, como eu mencionei, assim como o Dr. Aníbal, também, ou seja, uma maior proporção que nós vamos encontrar entre as mulheres esterilizadas. Tudo isso afeta, realmente, essa taxa de crescimento da população, porque a saída de brasileiros, que é um fenômeno novo no Brasil, ainda pesa muito pouco na diminuição da taxa e como a mortalidade, por outro lado, continua caindo — não tanto quanto nós gostaríamos — mas continua caindo, então, se levaria a aumentar a população. Portanto, o declínio da taxa de crescimento da população brasileira, que caiu para 1,9 — é diretamente relacionada com a queda da fecundidade que, por sua vez, é diretamente relacionado com o aumento da esterilização no Brasil.

Essa foi a resposta à primeira pergunta, e não foi tão difícil responder, pensei que era mais difícil.

Agora, a questão que você coloca sobre onde são realizadas essas esterilizações: se são em hospitais públicos, se são em hospitais privados, como é que é isso? Quando você faz a pesquisa de campo junto às mulheres, elas têm muita dificuldade em identificar se o hospital era um hospital público, se era filantrópico, ou o que era, porque têm os conveniados.

Então, pelo menos na pesquisa do IBGE, acho que essa informação ficou muito prejudicada. E agora, na pesquisa que estamos fazendo em São Paulo, estamos tentando ver se com o aprofundamento, chegamos a algum diferencial, polietnia, nessa questão toda da reprodução, porque são 990 mulheres que estão sendo entrevistadas, das quais 330 brancas e 660 negras.

Então, estamos aprofundando um pouco mais essa questão de saber se foi no hospital privado, enfim, para termos uma maior informação. Acho que isso ainda é um nó que a gente realmente precisa desvendar.

Porque, você veja, na pesquisa de 86, perguntado às mulheres se a esterilização foi paga ou foi gratuita, encontraram-se altos percentuais de declaração que a esterilização foi gratuita.

Por exemplo, no Rio Grande do Norte, 75% das mulheres que fizeram laqueadura disseram que não pagaram nada; no Piauí, 72% também disseram que não pagaram nada; no Maranhão, quase 60%. Isso varia, por exemplo, em Goiás, 26%; em São Paulo, 34%.

Agora, a verdade é a seguinte: é um pagamento que não está sendo esclarecido, porque alguém tem que pagar, pois médico não trabalha de graça de forma alguma. Então alguém está pagando por essas esterilizações.

Agora, às vezes é um político que está pagando, como já houve várias denúncias: troca o voto pela esterilização. Alguns entes estão pagando, ou então a empresa tem um convênio, no caso de essa mulher ser trabalhadora — e isso nós verificamos em Rio Claro, quando fizemos esse estudo, e 88, que realmente a empresa tinha um convênio com clínicas privadas e pagava a esterilização das mulheres. Então, nesse caso, eram gratuitas. Isso também precisa ser muito mais esclarecido do que está até o momento, eu diria.

Agora, penso enormemente, porque com a decisão nas mãos dos médicos temos esse alto percentual de cesárias. Como é que podemos realmente confiar na decisão dos médicos, hoje, no Brasil, se vamos encontrar alarmantes taxas como as que temos? Então, temos que criar canais que exerçam uma vigilância sanitária naquilo que os médicos estão fazendo e encontrar canais para realmente permitir à mulher que se esterilize, se ela realmente quiser, e aí vai entrar nessa normatização, onde todos nós estamos envolvidos e que não tem nenhuma fórmula mágica, tem a preocupação.

Esse manual do Ministério é de antes do Jatene, não é? Então dá para entender.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Concedo a palavra ao Deputado Heitor Franco.

O SR. HEITOR FRANCO — Sr. Presidente, acho que nunca é demais realçarmos, sempre, quando temos a felicidade de ter convidados tão ilustres e tão brilhantes.

Pena, como já disse o nosso Relator, que tivéssemos tido, em uníssono, uma reunião lá do outro lado, que muito veio a esvaziar a nossa e também dificultar, visto que estávamos aqui, parede e meia, fazendo as estações se misturarem. Foi uma pena.

Mas queríamos, então, parabenizá-los pela beleza e pela grandeza dos ensinamentos que os senhores nos trouxeram.

Drª e Dr. Aníbal, esta Comissão não está formada única e exclusivamente assim com o objetivo de repulsa total e maciça ao processo de laqueaduras; não.

Acreditamos que as histerectomias, as salpingectomias parciais, as salpingectomias totais sejam exatamente alguns recursos, quando não uma indicação clínica inclusive.

Complementando aquilo que a nobre Deputada Jandira Feghali colocou, eu gostaria de dizer que deverá caber ao médico algum poder de decisão quando houver indicação clínica para tal, do contrário, em absoluto.

Mas, ilustríssimos conferencistas, está a responsabilidade: estudarmos até exaurirmos totalmente esse assunto, para que, então, possamos propor alguma coisa para normatizar essas ações dentro do nosso País. Não somos radicalmente contra; achamos que é um processo que precisa e deve ser normatizado, mesmo por que, como disseram Drª Elza e o Dr. Aníbal, apenas a mulher tem o direito de responsabilidade de definir o processo que ela deve usar no caso de querer ou não a laqueadura. Para tal muitos critérios devem ser desenvolvidos.

Fiquei entusiasmado quando a Drª Elza nos falou sobre um prazo de carência das mulheres que desejam se laquear. Apenas gostaria que a senhora aprofundasse essa questão, pois aí se encontra um dos fatores importantes para que a mulher, em decidindo laquear-se, o fará com responsabilidade. Drª Elza, dentro desse prazo mencionado, de seis meses de carência — que poderia ser um pouco mais ou um pouco menos —, a senhora coloca que a mulher deva refletir sobre aquilo que pretende fazer, ou, durante esse período, deva ser orientada por orientadores, para auxiliá-la na decisão final?

A SRª ELZA BERQUÓ — Eu não estava pensando num conjunto de orientadores. A minha ideia era de que, neste período de carência, dependendo da estrutura, que seriam centros de referência para a esterilização, a mulher estivesse exposta a mais conhecimento não só de outros métodos como também a respeito das implicações de uma laqueadura, cabendo-lhe a decisão final. Como ficou demonstrado nas nossas observações e no

estudo Sr. Aníbal, as mulheres não conhecem outros métodos. Vão às farmácias e compram os comprimidos — é assim que se diz nas classes mais simples, C e D, em que se concentra a minha pesquisa — tomando-os de forma certa ou errada. A verdade é que essas mulheres não tem noção, nunca aprenderam em lugar nenhum, porque o País não está funcionando, não há serviços de planejamento familiar, instalações onde deveriam estar para informar-lhes dos usos de outros métodos, mesmo porque, nesse período de carência, ela vai precisar adotar outros métodos, seja abstinência, coito interrompido, condon ou Billings.

Esses meios precisam estar disponíveis e as mulheres bem informadas, isto que cada uma tem uma diferente, para que possa concepção de vida disto que acontece é que o PAISM não funciona. Quanto ao resto, consigo plenamente com a Drª Elza, não preciso fazer mais comentários.

O SR. HEITOR FRANCO — Não precisa se por laparoscopia.

A SRª ELZA BERQUÓ — Exatamente, também não precisa. Há formas diversas que devem ser divulgadas para conhecimento da população.

O SR. HEITOR FRANCO — Drª Elza, estou de pleno acordo com a Srª. Gostaria de entrar um pouco nesse assunto, uma sugestão, Dr. Aníbal: seria possível organizar grupos de trabalho, junto aos nossos órgãos de saúde pública, no sentido de se orientar quanto aos processos opcionais para que a decisão ocorra somente após ter-se conhecimento dos outros métodos alternativos?

O SR. ANÍBAL — Não é o que se está dizendo: O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher funciona. Há garantia, teoricamente, de informação e opção a todas as mulheres sobre os métodos anticoncepcionais. O que acontece é que o PAISM não funciona. Quanto ao resto, consigo plenamente com a Drª Elza, não preciso fazer mais comentários.

A SRª ELZA BERQUÓ — Mas só o PAISM implantado não é suficiente, porque a legislação com relação à esterilização precisa ser alterada, trata-se, portanto, da combinação dos dois e da alteração da legislação, que precisa ser normatizada com alguns critérios. A meu ver, deve-se substituir o critério de idade ou de número de filhos, também é impositivo. Que autoridade é capaz de definir que uma mulher só pode ser esterilizada depois do terceiro filho? Isso só é possível quando o país quando o país está acoplado a uma política populacional definida, segundo a qual as mulheres não podem ter mais nem menos do que aquele número. No Brasil, infelizmente, não há meta demográfica fixada e temos que lutar para que não haja, porque, no momento em que houver, haverá correção ou para menos. Portanto, é a combinação do PAISM funcionando que, certamente, diminuirá a proporção de esterilização. Mas não num primeiro momento, porque agora isso faz parte da cultura, na parte reprodutiva. É preciso reverter essa situação através de um programa que funcione e de uma legislação mais moderna, porém atuante.

A SRª PRESIDENTE (Benedita da Silva) — Estamos chegando ao final da nossa reunião. Antes dos agradecimentos, gostaria de fazer algumas perguntas.

Drª Elza, que critério identificaria o percentual real da esterilização no Brasil, já que os estudos feitos, até então, não nos permitem alcançar uma precisão. Temos uma projeção dentro de uma variável, mas não temos realmente o critério que possa identificar esse percentual correto, o mais aproximado possível.

A outra pergunta é com relação à população, já que entendemos que essa questão da esterilização está bem colocada no ponto de vista político, com um aumento populacional ou um melhor controle demográfico. Gostaria que V. Sa. falasse um pouco a esse respeito.

Qual é o papel do Itamaraty e qual o controle exercido pelos Ministérios da Saúde e da Educação, visto que essas políticas estão subordinadas a eles e que a esterilização ocorre nos hospitais universitários. Quais os papéis que cada um deve desenvolver?

A próxima pergunta é para os dois depoentes. Nas pesquisas sobre a esterilização, como estão as seguintes variáveis: classe social, religião e etnia, para o Dr. Aníbal: quais as relações entre a Semicamp e a Unicamp? E que ações são realizadas pela Semicamp? Quem financia? De onde saem esses recursos?

A SRª ELZA BERQUÓ — Com relação à primeira pergunta que V. Sa. fez, creio que haja algum problema de comunicação, porque as várias pesquisas feitas no Brasil, tanto a do IBGE, como a de pesquisa de demografia e saúde, também de 1986, quanto à pesquisa da Semicamp e a que o Cebrap conduziu, assim como a que atualmente estamos conduzindo, todas elas apontam para uma convergência muito grande com relação à proporção de mulheres esterilizadas no Brasil. As estimativas convergem. Chamei a atenção, inicialmente, para que tenhamos um pouco de cuidado quando se está falando numa proporção de mulheres esterilizadas, se é dentro as usuárias de métodos ou se é com relação a todas as mulheres. Na medida em que vou restringindo, cada vez mais, o meu denominador, é óbvio que aquele mesmo número de esterilizadas dividido por um número cada vez menor que ponho no denominador vai dar um percentual maior. Mas isso não significa falta de critério. Significa que temos que definir 44% das mulheres brasileiras de 15 a 49 anos de idade, unidas, ou alguma vez unidas, usuárias de algum método anticoncepcional, estavam e estão esterilizadas: Isso é uma coisa! Outra coisa é dizer: 26% das mulheres brasileiras, de 15 a 49 anos, alguma vez unidas, estão esterilizadas. Agora não estou me referindo a usuárias de algum método. Essas estimativas batem, não há divergência entre elas. O que precisamos é ter cuidado, senão uma pessoa pode dizer: "Mas disseram que era 44, como é que é 26%?" Não são denominadores diferentes. Se cada um responde a um tipo de indagação.

Com relação à questão do controle demográfico, não há dúvida alguma de que a preocupação dos países ricos com os pobres já é uma questão antiga que começou a estar mais vinculada à estabilidade social, à estabilidade socialista, comunista etc. Isso faz parte dos documentos que, afinal de contas, nortearam toda essa preocupação controlista com os continentes menos desenvolvidos. Isso está presente e tem que ver, na verdade, com a quantidade de recursos que entrou no País, a quantidade de atuação das entidades privadas, mas é preciso que não se esqueça que tudo isso aconteceu quando estavam na ditadura militar. Foi um período muito longo. Não havia informação a respeito de como andava a concepção e a contracepção, como também não havia informação a respeito de todos esses mecanismos que iam se avolumando e entrando no País.

Quanto à posição do Itamaraty, não sou pessoa indicada para responder, porque já houve tentativas várias de se conhecer até que ponto existem pré-requisitos por parte da diplomacia brasileira para a entrada de contraceptivos no País. Creio que essa seja uma questão que a CPI deva aprofundar. Considero válida a questão. Não sou a pessoa informada o suficiente para isso, mas não há dúvida alguma de que tudo isso aconteceu sob as vistas do poder constituído que aí estava e do qual o nosso corpo diplomático faz parte.

Tudo isso aconteceu nesse período. Agora temos que colocar mais visibilidade em tudo isso. O Ministério da Saúde tem um papel a desempenhar, não há dúvidas. Houve essa promessa explícita, pública, do engajamento do atual Ministro e, portanto, do Ministério, na apuração desses fatos, na melhoria da situação atual. Mas precisamos ver que nos últimos anos o Ministério da Saúde vai mudando um atrás do outro, o que vai ficando é muito pouco também.

Com relação às pesquisas, V. Sa. me falou da questão de classe social, religião e etnia.

A esterilização era há tempos uma prática mais utilizada por mulheres com maior nível de escolaridade e, portanto, via de regra, com melhor nível de renda; hoje em dia não existe esse diferencial. Ao contrário, encontra-se uma maior prevalência de esterilização em mulheres de classe mais desfavorecida, portanto, com nível de escolaridade mais baixo e com renda também, com essa simetria da distribuição de renda que estamos no Brasil, cada vez mais baixa.

Com relação à religião, não tenho pesquisado ultimamente, muito embora a pesquisa que menciono entre fundo na questão religiosa, de cultos e assim por diante. Então vou ter informações muito brevemente, dentro de uns três meses, para poder responder essa questão.

Com relação à etnia, a pesquisa do IBGE não mostrou nenhum diferencial por etnia com relação à questão da esterilização. Nessa pesquisa que estamos conduzindo em São Paulo, conforme eu disse, e que engloba quase mil mulheres, eu já tenho algumas informações que recolhi só na parte de esterilização por etnia. Já tenho resultados para 384 mulheres.

Essa pesquisa é importante que se diga - quem entrevista mulher branca é mulher que se auto-identifica como branca e quem entrevista mulher negra é mulher que se auto-identifica como negra, para não haver problema na questão da identificação. E a mulher entrevistada se auto-identifica também como branca ou como negra. No final do questionário o que vale é a auto-identificação, por respeito a como as pessoas se vêem. No final há uma anotação que a entrevistadora, branca ou negra, que entrevistou mulher branca, negra ou branca, coloca qual seria a avaliação que ela faria daquela mulher que ela entrevistou, quanto à questão da etnia. E isso tem batido em cima. Creio que foi uma inovação importante, nossa, o fato de termos colocado entrevistadoras negras para entrevistar mulheres. E é uma pesquisa complicada, porque vão aos pares: uma entrevistadora branca e uma negra, porque elas não sabem, na casa, o que vão encontrar, quem é e como é que se identifica segundo a etnia. Uma vez identificadas, a outra vai embora e essa fica para fazer a entrevista.

E há um projeto também, na verdade, que traz no seu bojo a preparação de cinco estudantes negras com bolsa para, durante dois anos, se prepararem em pesquisa para depois poderem continuar, com seus próprios recursos, e poderem fazer as investigações daqui para frente.

Repetindo aqui, veja bem como vou ler: "23% de mulheres brancas de 15 a 50 anos de idade estavam esterilizadas". Não estou me referindo a mulheres usuárias de algum método, porque essa é uma apuração rápida. Vejam bem, não estou apurando o questionário inteiro, mas eu estava muito curiosa para ver isso. E das mulheres negras, 19,7%. Então é 23,12% esterilizadas para brancas contra 19,7% para mulheres auto-identificadas como negras. Portanto, se houver um diferencial, que acho que não há porque essas proporções não são estatisticamente diferentes, seria no sentido contrário, de mais mulheres brancas esterilizadas do que negras nesta subamostra da minha amostra que não está terminada.

O SR. ANIBAL FAQUUNDES - Não repetiu daquilo que já se falou, com que concordamos absolutamente.

A SRA. JANDIRA FEGHALI - Eu gostaria aqui de agradecer muito rapidamente. Realmente, no auditório estamos desesperados com horário.

Só desejo dar uma sugestão, em função - eu não me lembro se está no roteiro - da questão do depoimento de juristas. A questão Código Penal x Legislação x esterilização voluntária é algo em que devemos nos aprofundar

dar mais. Se não estiver no roteiro, talvez pudéssemos sugerir à Leila, do Rio, e talvez a mais alguém da OAB, que avaliassemos de uma forma rápida a possibilidade de trazer o depoimento jurídico em relação a esses problemas, porque é algo de que vamos precisar. Quero lembrar à Presidenta a preocupação de algumas diligências. Estava aqui informando-me a assessora da CPI, Costa, que há um serviço bem documentado em Goiás, em Ceres, que é pertinho daqui, onde talvez fosse o caso de fazer uma diligência. Estando aqui em Brasília os membros da Comissão, talvez devêssemos fazer uma diligência a alguns setores, a alguns lugares, onde pudéssemos adquirir material e visitar, ouvir os médicos, ouvir os pacientes, quer dizer, fazer uma coisa ao vivo e a cores, para trazermos dados mais reais.

Então fica a sugestão para ser pensado pela Mesa da CPI. Nessa diligência a Ceres, que é perto, pode-se ir de carro, quer dizer, não precisa de gasto maior. Há outras em que podemos pensar. Fica também a questão do depoimento jurídico. Talvez a Lília Linhares seja um bom nome, mas também poderíamos sugerir outras pessoas para isso.

A SRA. PRESIDENTA (Benedita da Silva) - Cuidaremos de aceitar a sugestão da Deputada Jandira Feghali, apenas com uma preocupação: sair um pouco de Rio/São Paulo, até porque o trabalho desenvolvido por essas pessoas em outros Estados vai enriquecer todos os depoimentos que já foram dados e poderemos introduzir novos dados.

Por um outro lado, temos uma condição financeira que não poderemos deixar de lado. Se possível vamos escolher juristas mais próximos e dar uma contribuição. É uma sugestão válida.

A SRA. JANDIRA FEGHALI - Gostaria de perguntar à Dra. Elza se nessa pesquisa, como estamos trabalhando a esterilização a nível de Brasil, há alguma coisa referente às regiões Norte e Nordeste?

A SRA. ELZA BERQUÓ - Não. A pesquisa que estou conduzindo é sobre mulheres residentes em São Paulo. Mas, como estou trabalhando por cotas, estou tomando uma cota fixada por nível de instrução e uma cota fixada por nível de renda e também cotas étnicas e de etnia. Conhecendo o Brasil como conheço, sabendo do nível de instrução e de renda das mulheres e trabalhando com cotas, posso, na verdade, tentar inserir para o Brasil.

Foi só isso que a senhora perguntou? Gostaria de dar uma outra informação. Essa mesma pesquisa demográfica e de saúde conduzida no Brasil pela Benfam foi conduzida novembro e dezembro de 1991 nos Estados do Nordeste. Então essa informação do ponto de vista demográfico não é planejada pela Benfam, que recebe a pesquisa pronta e a aplica utilizando um delineamento da pesquisa nacional por amostragem de domicílio, que é a Penad, para o Nordeste. Portanto, a base, a amostragem é preestabelecida, não depende dela, e o questionário também não é feito por ela. Ela apenas recolhe as informações. Então essas informações para o Nordeste são bastante recentes, e vários demógrafos brasileiros terão acesso a elas e sobre as quais poderão trabalhar. Mas os dados ainda não estão disponíveis.

A SRA. PRESIDENTA (Benedita da Silva) - Gostaria de dizer à nobre Deputada que esta CPI já tem alguns documentos, de depoimentos anteriores, que falam a respeito de pesquisas e percentuais do Norte e Nordeste. Em oportuna ocasião poderemos passá-los às mãos de V. Ex^{as}.

Gostaria de agradecer à Dra. Elza Berquó, também ao Dr. Aníbal Fagundes e dizer que a contribuição foi extremamente importante. Lamentamos, novamente, que não tenhamos podido estar todos aqui.

Aproveito para pedir que todo e qualquer documento, inclusive o usado pela Dra. Elza, fossem passados à Comissão. Se porventura possuírem outros documentos que possam ser passados à Comissão, criam, os mesmo serão bem-vindos.

Gostaria ainda de pedir-lhes, diante da sugestão feita pela Deputada Jandira Feghali, que se pudessem sugerir algum nome, dessa área, que pudesse contribuir conosco e para o qual não precisássemos pagar a passagem, (risos) ficaríamos gratos.

Dra. Elza, Dr. Aníbal, muito obrigada. Antes de encerrar nossos trabalhos, gostaria de lembrar que esta Comissão está convocada para terça-feira, às 14 horas. Esperamos que todos estejam de volta da Eco-92 a fim de que possamos dar continuidade aos depoimentos.

Está encerrada a reunião.

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.

REVISTA DE INFORMAÇÃO LEGISLATIVA Nº 107

(julho a setembro de 1990)

Está circulando o nº 107 da **Revista Informação Legislativa**, periódico trimestral de pesquisa jurídica editado pela subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal.

COLABORAÇÃO

Medidas provisórias – *Raul Machado Horta*

Os serviços de telecomunicações na Constituição Brasileira de 1988 – *Gaspar Vianna*

A Constituição de 1988 e o sistema financeiro nacional – *Arnoldo Wald*

A autonomia universitária e seus limites jurídicos – *Giuseppi da Costa*

A aposentadoria dos servidores na Constituição de 1988 – *Palhares Moreira Reis*

Direito urbanístico e limitações administrativas urbanísticas – *Diogo de Figueiredo Moreira Neto*

Controle parlamentar da administração – *Odete Medauar*

Observações sobre os Tribunais Regionais Federais – *Adhemar Ferreira Maciel*

O recurso especial e o Supremo Tribunal de Justiça – *Sálvio de Figueiredo Teixeira*

Tribunal de Contas e Poder Judiciário – *Jarbas Maranhão*

Jurisdição e competência: nota sobre o sentido histórico-político da distinção – *Nelson Saldanha*

A atuação dos Procuradores da República no atual contexto de competência jurisdicional federal em tema de combate a entorpecentes – *Vitor Fernandes Gonçalves*

Conceito de "underselling" ("dumping") dentro do Anteprojeto da nova Lei Antitruste – *Mário Roberto Villanova Nogueira*

Os direitos de autor e os que lhes são conexos sobre obras intelectuais criadas ou interpretadas sob o regime de prestação de serviços – *José Carlos Costa Netto*

Bem de família – *Zeno Veloso*

Fundamentos da arbitragem no Direito brasileiro e estrangeiro – *Jorge Barrientos Parra*

"Lobbies" e grupos de pressão como agentes de informação para o Poder Legislativo – *Yamil e Souza Dutra*

Desequilíbrios regionais no atendimento às demandas de educação – *Ediraldo M. Boaventura*

A biblioteca legislativa e seus objetivos – *Eduardo José Wense Dias*

Recepción de la sociedad unipersonal de responsabilidad limitada en el Proyecto de Unificación Civil y Comercial en Argentina. Protección de los acreedores – *Dr. Daniel E. Moeremans*

La influencia de la Jurisprudencia del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Español – *Antonio M^a Iorça Navarrete*

PUBLICAÇÕES

Obras publicadas pela Subsecretaria de Edições Técnicas

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.

PREÇO DO EXEMPLAR

Cr\$ 1.000,00

Os pedidos a serem atendidos através da FCT deverão ser acrescidos de 50% (cinquenta por cento) de seu valor para a cobertura das respectivas despesas postais e acompanhamento de cheque nominal à Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal ou de vale postal remetido à Agência FCT do Senado – CGA 470775.

ESTATUTO DA CRIANÇA 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\$ 1.000,00**

À venda na Subsecretaria de Edi-
ções 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 a 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.

REVISTA DE INFORMAÇÃO LEGISLATIVA

JANEIRO A MARÇO 1991
ANO 28 _ NÚMERO 109

Em circulação com estas matérias:

HOMENAGEM

Luiz Viana Filho – *Edivaldo M. Boaventura*

Afonso Arinos – *Jarbas Maranhão*

COLABORAÇÃO

A reforma monetária cruzeiro – *Letacio Jansen*

O planejamento na economia brasileira – *Clovis V. do Couto e Silva*

Os valores e a Constituição de 1988 – *Eduardo Silva Costa*

A Constituição Brasileira de 1988: subsídios para os comparatistas – *Ana Lucia de Lyra Tavares*

Inovações constitucionais – *Silveira Neto*

O pluralismo jurídico na Constituição de 1988 – *Silvio Dobrowolski*

A segurança pública na Constituição – *Diogo de Figueiredo Moreira Neto*

A Constituição Federal de 1988 e o mandado de segurança contra ato judicial – *Alvaro Lazzarini*

A propósito da extradição: a impossibilidade do STF apreciar o mérito no processo de extradição. Indisponibilidade do controle jurisdicional na extradição – *Negi Calixto*

Cinco temas controvertidos do Direito Penal – *Edilson Pereira Nobre Júnior*

O Direito Internacional e os Direitos dos Povos – *Pedro Pinto Leite*

O "status" jurídico dos países sem litoral e as regras da Convenção de Montego Bay sobre

o Direito do Mar – *Georgenor de Sousa Franco Filho*

Sobre o Direito Natural na Revolução Francesa – *Marcela Varejão*

"Ermächtigung": proposta de leitura de hermenêutica na Teoria Pura do Direito – *Glads-ton Mamede*

Direito Romano em Gramsci – *Ronaldo Polatti*
A filiação ilegítima e a Constituição de 1988 – *Clayton Reis*

Solidariedade e fiança – *Arnoldo Wald*

Proteção jurídica das embalagens – *Carlos Alberto Bittar*

Contratos estipulados por computador: declaración de voluntad. Forma y momento de su perfeccionamiento – *Daniel E. Moeremans y Carlos E. Saltor*

A Ação Civil Pública no Estatuto da Criança e do Adolescente – *Hugo Nigro Mazzilli*

Recurso adesivo e ordem constitucional: são compatíveis? – *José Pitas*

A arte e o obsceno – *Everaldo da Cunha Luna*

A PMCE, os servidores militares e a Carta Estadual/89 – *Adauto Rodrigues de Oliveira Leite*

O Conselho Constitucional Francês: ator da lei, mas nunca seu autor! – *Paulo Rodrigues Vieira*

Os Direitos Fundamentais na Lei Fundamental de Bonn – *Luis Afonso Heck*

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 a 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.

REGIMENTO INTERNO

(Resolução nº 93, de 1970. Texto editado em virtude da Resolução nº 18, de 1989, consolidado com as alterações decorrentes das Resoluções nº 51, 58, e 63, de 1989 e 1, 9, 17 e 52, de 1990.)

À venda na Subsecretaria de Edições
Técnicas — Senado Federal, Anexo I,
22º andar — Praça dos Três Poderes,
CEP 70160 — Brasília, DF — Telefo-
nes: 311-3578 e 311-3579

Lançamento: Cr\$ 1.000,00

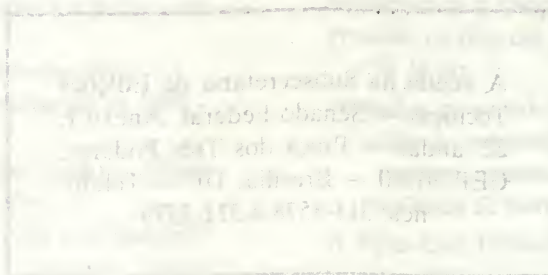
Os pedidos a serem atendidos através da ECT deverão ser acrescidos de 50% (cinquenta por cento) de seu valor para a cobertura das respectivas despesas postais e acompanhados de cheque nominal à Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal ou de vale postal remetido à Agência ECT do Senado CGA 470775:...

REVISTA DE INFORMAÇÃO REGIMENTO INTERNO LEGISLATIVA

JANUÁRIO A MARÇO 1991
ANO 28 NÚMERO 101

(Resolução nº 93, de 1970. Texto editado em virtude da Resolução nº 18, de 1989, consolidado com as alterações decorrentes das Resoluções nº 21, 28, e 63, de 1989 e 1, 9, 17 e 22, de 1990)

Centro Gráfico do Senado Federal
Caixa Postal 07/1203
Brasília — DF



Preço: Cr\$ 1.000,00

EDIÇÃO DE HOJE: 24 PÁGINAS