



CONGRESSO NACIONAL

RELATÓRIO N° 2, DE 1993 — CN

RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO

Criada através do Requerimento nº 796/91-CN, destinada a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil”.

Presidente: Deputada Benedita da Silva
Relator: Senador Carlos Patrocínio

BRASÍLIA — 1993

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação e agradecimentos	7
Requerimento nº 796 — CN, de 1991	9
Composição da CPMI	13
Relação das reuniões realizadas	15
Documentos autuados	19
I — Documentos encaminhados pela BEMFAM	
2 — Documentos encaminhados pelo CPAIMC	
3 — Outros documentos	
<i>INTRODUÇÃO</i>	27
1 — Objetivos e metas	
2 — Metodologia e dificuldades encontradas	
3 — Relação dos depoentes	
CAPÍTULO I	
<i>A esterilização de mulheres no Brasil: caracterização do problema</i>	31
1 — Aspectos históricos	
2 — Aspectos demográficos	
3 — Aspectos médico-sanitários	
4 — Aspectos políticos e econômicos internacionais	
5 — Aspectos políticos e econômicos internos	
5.1 — Uso eleitoreiro da esterilização de mulheres	
5.2 — Esterilização e mercado de trabalho feminino	
5.3 — Gratuidade e pagamento da esterilização	
5.4 — Situação atual da assistência pública à saúde	
6 — Aspectos jurídicos	
7 — Aspectos antropológicos e sociais	
7.1 — A esterilização feminina sob o ponto de vista étnico	
CAPÍTULO II	
<i>Análise da atuação das instituições de planejamento familiar</i>	52

- 1 — Principais organizações e instituições internacionais
 - 1.1 — Listagem das instituições internacionais que financiam projetos de população no Brasil
- 2 — Principais instituições brasileiras
 - 2.1 — Exemplos de projetos
 - 2.2 — Listagem das instituições nacionais que executam projetos de população no Brasil
- 3 — Atuação da BEMFAM
 - 3.1 — Natureza e finalidade da BEMFAM
 - 3.2 — Projetos e recursos de entidades internacionais
 - 3.3 — Convênios assinados com as prefeituras e outras entidades
 - 3.4 — Outras atividades da BEMFAM
 - 3.5 — Análise da documentação em face de outros documentos e depoimentos apresentados à CPMI
- 4 — Atuação do CPAIMC
 - 4.1 — Natureza do CPAIMC
 - 4.2 — Fontes de financiamento
 - 4.3 — Outras informações prestadas pelo CPAIMC
 - 4.4 — Análise da documentação apresentada

CAPÍTULO III

Resumo dos depoimentos

66

- 1 — Sara Romero Sorrentino
- 2 — Deputada Brice Bragatto
- 3 — Deputada Lúcia Souto
- 4 — Deputada Denise de Carvalho
- 5 — Humberto Leal Vieira
- 6 — Etelvino de Souza Trindade
- 7 — Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho
- 8 — Elza Berquó
- 9 — Aníbal Faúndes
- 10 — Maria Betânia Ávila
- 11 — Jurema Werneck
- 12 — José Aristodemo Pinotti
- 13 — Roney Edmar Ribeiro
- 14 — Luíza Barrios
- 15 — Dom Luciano Mendes de Almeida
- 16 — Dr. Elsimar Coutinho
- 17 — Hélio Aguinaga
- 18 — Edna Rolland
- 19 — Eurípedes B. de Carvalho

20 — Marcelo Lavenère	
21 — Carmen Calheiros Gomes	
22 — José Hidási	
23 — Antônio Henrique Pedrosa Neto	
24 — Dr. Adib Jatene	
25 — Embaixador Luís Felipe de Seixas Correa	
26 — Sônia Beltrão	
27 — Rosiska Darcí de Oliveira	
CAPÍTULO IV	
<i>Conclusões e Recomendações</i>	116
1 — Conclusões	
2 — Recomendações	
2.1 — Ao Poder Legislativo	
2.2 — Ao Poder Executivo	
2.2.1 — Ministério da Saúde	
2.2.2 — Ministério da Educação e Desporto	
2.2.3 — Secretaria de Ciência e Tecnologia	
2.2.4 — Ministério das Relações Exteriores	
2.2.5 — Ministério da Fazenda	
2.2.6 — Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação	
2.2.7 — Ministério do Trabalho	
2.3 — A outras instituições	
2.3.1 — Estados e Municípios	
2.3.2 — Ministério Público Federal	
2.3.3 — Conselho Federal de Medicina — CFM	
<i>Anexos</i>	122
I — Anteprojeto de lei que “regulamenta o § 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar; estabelece penalidades e dá outras providências”.	
II — Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo IBGE, em 1986.	

APRESENTAÇÃO E AGRADECIMENTOS

Tenho a honra de submeter à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito — RQN nº 796/91, sob a forma de relatório, o resultado do trabalho realizado pelos Senhores Senadores e Deputados seus integrantes, na nobre tarefa de esclarecer à sociedade as causas e consequências da esterilização em massa de mulheres, que compromete o futuro da Nação.

Certamente a CPMI não teria sido instalada e seus trabalhos levados a bom termo, não fosse a obstinação e o alto espírito público de seus membros e, em especial, da sua presidente.

Inestimável foi a contribuição e a abnegação dos servidores das duas Casas do Congresso, empenhados no êxito do empreendimento. Refiro-me, especificamente, aos dedicados assessores da Câmara dos Deputados e aos assessores e funcionários da Assessoria, do Serviço de Comissões Especiais e de Inquérito, da Subsecretaria de Taquigrafia e da Subsecretaria de Biblioteca, do Senado Federal e aos servidores dos gabinetes dos senhores parlamentares. A justiça me impõe agradecer ao Ministério da Saúde, cuja colaboração financeira e técnica foi relevante e ao IBGE, que prontamente forneceu dados elucidativos e comentários valiosos.

Sobressai, contudo, mais que a colaboração, o espírito cívico da Nação, cujas instituições e movimentos organizados despertaram a indignação dos senhores parlamentares e forneceram todos os subsídios para o diagnóstico da grave situação da contracepção e para a elaboração de anteprojeto de lei adequado às necessidades do País.

Brasília, 25 de setembro de 1992. — Senador **Carlos Patrocínio**, Relator.

REQUERIMENTO Nº 796 — CN, DE 1991

Exmo. Sr. Presidente da Mesa do Congresso Nacional
Senhor Presidente,

Requeiro, nos termos do art. 21 do Regimento Comum, a criação de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

Esta comissão será composta de 15 membros escolhidos entre Deputados e Senadores e igual número de suplentes

A solicitação da criação desta Comissão Parlamentar Mista de Inquérito deve-se ao fato de que a esterilização de mulheres é, atualmente, o método anticoncepcional mais usado no Brasil. Estatística divulgadas pelo IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a respeito da esterilização apontam para os seguintes dados: 71% das mulheres casadas ou unidas entre 15 e 54 anos usam algum anticoncepcional, sendo que 33% utilizam a esterilização e 38% os outros métodos. Se considerarmos os métodos utilizados pelas mulheres no Brasil em idade fértil, veremos que a esterilização representa 44%, sendo o método mais utilizado, seguido da pílula com 41%. Para efeito de comparação, nos países desenvolvidos, onde 70% das mulheres usavam algum anticoncepcional, a esterilização corresponde a 7%. E nos países menos desenvolvidos o percentual sobe para 15%. Na Itália é de 1%, no Reino Unido 8% e na Bélgica 5%.

Com esses números podemos concluir que a quantidade de mulheres esterilizadas no Brasil é alarmante, principalmente se considerarmos que esse número foi atingido dentro de uma situação de suposta ilegalidade da esterilização, na medida em que o Código de Ética Médica proíbe esta prática e que não existe, entre nós, nenhuma lei específica que regulamente esta questão. O que existe é o Código Penal Brasileiro que, no Capítulo das Lesões Corporais, artigo 129, penaliza a esterilização quando diz “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”, ou se resulta em “debilidade permanente de membro, sentido ou função”, neste caso a função reprodutora.

Recentemente o IBGE divulgou estatística afirmando que sete milhões e quinhentas mil mulheres brasileiras em idade reprodutiva, entre 15 e 54 anos, estão incapacitadas para ter filhos.

Considerando essa dramática realidade, solicitamos, nos termos regimentais, a constituição de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para apurar a incidência de esterilização massiva de mulheres no Brasil, apontando responsabilidades, com base nas seguintes estatísticas e avaliações:

1º) A evidência de que 45% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estão esterilizadas. Os mais altos índices, conforme dados do IBGE/PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), segundo as Unidades da Federação, estão assim definidos:

— Maranhão	79,8%
— Goiás	74,7%
— Alagoas	64,3%
— Pernambuco	64,1%
— Piauí	62,7%
— Mato Grosso do Sul	61,3%
— Mato Grosso	55,5%
— Amazonas	55,4%
— Distrito Federal	55,5%
— Rio Grande do Norte	51,3%
— Paraíba	47%
— Paraná e Bahia	47%
— Rio de Janeiro	46,3%
— São Paulo	44,9%
— Minas Gerais	42,3%
— Santa Catarina	30,9%
— Rio Grande do Sul	22,6%

É sintomático constatar que o maior percentual de esterilizadas encontra-se exatamente nos Estados da regiões que concentram os maiores índices de miséria e pobreza do nosso País, e onde a composição populacional aponta para uma maioria negra, como por exemplo o Nordeste e Centro-Oeste. Por outro lado, em Estados de maioria branca, como por exemplo o Rio Grande do Sul, o índice de mulheres esterilizadas fica abaixo da média nacional.

2º) A esterilização é apresentada às mulheres como o primeiro, o principal e o único método contraceptivo, atendendo a uma política de controle da natalidade.

3º) A maioria das nossas mulheres não tem informações sobre o processo reprodutivo.

4º) A situação de miséria e ausência de esclarecimento sobre métodos contraceptivos inócuos à saúde fazem com que as mulheres brasileiras se submetam à esterilização como única saída, desconhecendo o caráter irreversível dessa cirurgia.

5º) É notório que grande número de mulheres se arrependem de ter se submetido à cirurgia de esterilização.

6º) A maioria da população feminina que se submete à esta prática é negra, o que revela o caráter racista da esterilização.

7º) A sociedade civil organizada (movimentos populares, sindicatos, partidos políticos) vem denunciando a exigência de atestado de esterilização para admissão de mulheres no mercado de trabalho, desrespeitando a Constituição Federal que proíbe a discriminação em razão do sexo. Fere também a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, ratificada pelo Brasil.

Diante do exposto, propomos a criação desta CPI mista que, esperamos, obtenha mais uma vez o apoio dos companheiros Deputados e Senadores.

Sala das Sessões, 20 de novembro de 1991. — Deputada **Benedita da Silva** (PT — RJ) — Senador **Eduardo Suplicy** (PT — SP).

COMPOSIÇÃO DA CPMI

Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, criada através do Requerimento nº 796/91-CN, destinada a examinar “a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil”.

Presidente: Deputada BENEDITA DA SILVA
Relator: Senador CARLOS PATROCÍNIO

TITULARES

Senadores		Deputados
1) Divaldo Suruagy.....	PMDB	1) Heitor Franco.....Bloco
2) Flaviano Melo.....	PMDB	2) Ivânia Guerra.....Bloco
3) João Calmon.....	PMDB	3) Fátima Pclaes.....Bloco
4) Wilson Martins.....	PMDB	4) Zila Bezerra.....PMDB
5) Carlos Patrocínio.....	PFL	5) Lúcia Vânia.....PMDB
6) Lourival Baptista.....	PFL	6) Rita Camata.....PMDB
7) Hydekel Freitas.....	PFL	7) Jandira Feghali.....PCdoB
8) Almir Gabriel.....	PSDB	8) Lúcia Braga.....PDT
9) Eva Blay.....	PSDB	9) Regina Gordilho.....PDT
10) Marluce Pinto.....	PTB	10) Teresa Jucá.....PDS
11) Magno Bacelar.....	PDT	11) Marco Penaforde.....PSDB
12) Júnia Marise.....	PRN	12) Raquel Cândido.....PTB
13) Amazonino Mendes.....	PDC	13) Benedita da Silva.....PT
14) João França.....	PSB	14) Avelino Costa.....PSB
15) José Paulo Bisol.....	PSB	15) Hamil Haddad.....PSB

SUPLENTES

- | | | | |
|--------------------------------|------|--------------------------------|-------|
| 1) Irapuan Costa Júnior | PMDB | 1) Carlos Roberto Massa..... | Bloco |
| 2) Márcio Lacerda | PMDB | 2) George Takimoto | Bloco |
| 3) Ruy Bacelar | PMDB | 3) Orlando Bezerra | Bloco |
| 4) Antonio Mariz | PMDB | 4) Paulo Duarte | Bloco |
| 5) Marco Maciel | PFL | 5) Adelaide Neri | PMDB |
| 6) João Rocha | PFL | 6) Jório de Barros | PMDB |
| 7) Odacir Soares | PFL | 7) Marua Luíza Fontenelle | PSB |
| 8) Teotônio Vilela Filho | PSDB | 8) Beth Azize | PDT |
| 9) Beni Veras | PSDB | 9) Aroldo Góes | PDT |
| 10) Levi Dias | PTB | 10) Maria Valadão | PDS |
| 11) Lavoisier Maia | PDT | 11) Paulino Cícero | PSDB |
| 12) Moisés Abrão | PDC | 12) Matheus Iensen | PTB |
| 13) Esperidião Amin | PDS | 13) Sandra Starling | PT |
| 14) Eduardo Suplicy | PT | 14) Jair Bolsonaro | PDC |
| 15) Vago | PRN | 15) Wellington Fagundes..... | PL |

CALENDÁRIO — 27-11-91 — Leitura; 1º-4-92 — Instalada a Comissão;
— 23-11-92 — Término do Prazo.

RELAÇÃO DAS REUNIÕES REALIZADAS

- 1º) Reunião — dia 1º-4-92
Instalação da Comissão
Publicação: DCN nº 9, de 14-4-92, pág. 386
- 2º) Reunião — dia 14-4-92
Elaboração do roteiro dos trabalhos da Comissão
Publicação: DCN nº 13 (suplemento), de 8-5-92, pág. 40
- 3º) Reunião — dia 28-4-92
Depoimento da Dra. SARA ROMERO SORRENTINO, Diretora de Saúde da União Brasileira de Mulheres
Publicação: DCN nº 16, de 21-5-92, pág. 634
- 4º) Reunião — dia 30-4-92
Reunião de Trabalho
Publicação: DCN nº 16, de 21-5-92, pág. 642
- 5º) Reunião — dia 7-5-92
Depoimento da Deputada BRICE BRAGATTO, Assembléia Legislativa do Estado do Espírito Santo
Deputada LÚCIA SOUTO, da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
Publicação: DCN nº 17, de 28-5-92, pág. 729
- 6º) Reunião — dia 12-5-92
Depoimento da Deputada DENISE CARVALHO, da Assembléia Legislativa do Estado de Goiás
Publicação: DCN nº 21, de 17-6-92 (suplemento), pág. 2
- 7º) Reunião — dia 13-5-92
Reunião de Trabalho
Publicação: DCN nº 21, de 17-6-92 (suplemento), pág. 7
- 8º) Reunião — dia 19-5-92
Depoimento do Dr. HUMBERTO LEAL VIEIRA, Assessor Legislativo do Senado Federal
Publicação: DCN nº 21, de 17-6-92 (suplemento), pág.8
- 9º) Reunião — dia 19-5-92
Depoimento do Dr. ETELVINO DE SOUZA TRINDADE, Presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília
Publicação: DCN nº 27, de 23-7-92 (suplemento-A), pág. 2

- 10º) Reunião — dia 28-5-92
Depoimento do Prof. Dr. DÉLCIO DA FONSECA SOBRINHO, Chefe do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal de Minas Gerais
Publicação: DCN nº 27, de 23-7-92 (suplemento-A), pág. 6
- 11º) Reunião — dia 9-6-92
Depoimento da Dra. ELZA BERQUÓ, Diretora da Comissão de Cidadania e Reprodução do Estado de São Paulo
Prof. ANÍBAL FAÚNDES, Professor e Pesquisador da Universidade de Campinas
Publicação: DCN nº 27, de 23-7-92 (suplemento-A), pág. 11
- 12º) Reunião — dia 16-6-92
Depoimento da Dra. MARIA BETÂNIA ÁVILA, Secretária-Executiva da Rede Nacional Feminista
Dra. JUREMA WERNECK, Representante do Centro de Estudos de População Marginalizada/RJ
Dr. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, ex-Secretário de Saúde do Estado de São Paulo
Dr. RONEY EDMAR RIBEIRO, Secretário de Saúde e Meio Ambiente do Estado de Goiás
Publicação: DCN nº 30, de 5-8-92 (suplemento), pág. 2
- 13º) Reunião — dia 23-6-92
Depoimento da Dra. LUÍZA BARRIOS, Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado — MNU
D. LUCIANO MENDES DE ALMEIDA, Presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil — CNBB
Prof. ELSIMAR COUTINHO, Professor e Pesquisador da Universidade Federal da Bahia
Dr. HÉLIO AGUINAGA, Presidente do Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança — CPAIMC
Dra. EDNA ROLLAND, Diretora do Instituto de Mulheres Negras — GELEDES
Dr. EURÍPEDES B. DE CARVALHO, Presidente da Federação Nacional de Médicos
Publicação: DCN nº 30, de 5-8-92 (suplemento), pág. 12
- 14º) Reunião — dia 25-6-92
Depoimento do Dr. MARCELO LAVENÈRE, Presidente do Conselho Nacional da Ordem dos Advogados do Brasil
Dra. CARMEN CALHEIROS GOMES, Secretária-Executiva da Sociedade Civil para o Bem-Estar Familiar — BEMFAM
Dr. JOSÉ HIDASI, Vereador da Câmara Municipal de Goiânia — GO
Dr. ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO, Diretor do Conselho Federal de Medicina
Publicação: DCN nº , de 21-8-92, pág. 1590

15º) Reunião — dia 30-6-92

Depoimento do Dr. ADIB JATENE, Ministro de Estado da Saúde
Embaixador LUIZ FELIPE DE SEIXAS CORREA, Secretário-Geral
de Política Exterior do Ministério das Relações Exteriores

Publicação: DCN n° de 21-8-92, pág. 1616

Reunião extraordinária: 6-6-92

Depoimento da Dra. ROSISKA DARCI DE OLIVEIRA, do Instituto
de Ação Cultural — IDAC/RJ

Sra. SÔNIA BELTRÃO, Arquiteta esterilizada à sua revelia

DOCUMENTOS AUTUADOS

1 — Documentos encaminhados pela BEMFAM — Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
I	1987 a 1991	Aplicação de Recursos — Atividades (1987 a 1991)
II	1987 a 1991	Atividades Relacionadas à Esterilização
III	1987 a 1991	Tipos de Treinamento e Profissionais Treinados
IV	Diversas	Acordos de Doações e Recursos Recebidos
V	Diversas	Acordos de Doações e Recursos Recebidos
VI	Diversas	Acordos de Doações e Recursos Recebidos
VII	1987 a 1991	Listagem dos Hospitais Universitários que desenvolveram programas de treinamento em planejamento familiar com a colaboração da BEMFAM
VIII	Diversas	Listagem dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais
IX	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (por Estado)
X	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Bahia)
XI	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Bahia)
XII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Ceará)
XIII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Ceará)
XIV	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Ceará)
XV	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Ceará)
XVI	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Espírito Santo)
XVII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Maranhão)
XVIII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Minas Gerais)
XIX	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Piauí)

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
XX	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Paraná)
XXI	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Paraíba)
XXII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Paraíba)
XXIII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Paraíba)
XXIV	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Paraíba)
XXV	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Paraíba)
XXVI	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Pernambuco)
XXVII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Pernambuco)
XXVIII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Pernambuco)
XXIX	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Pernambuco)
XXX	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Rio de Janeiro)
XXXI	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Rio de Janeiro)
XXXII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Rio G. do Norte)
XXXIII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Rio G. do Sul)
XXXIV	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Rio G. do Sul)
XXXV	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Santa Catarina)
XXXVI	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Santa Catarina)
XXXVII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (São Paulo)
XXXVIII	Diversas	Cópia dos convênios com Prefeituras e órgãos municipais, estaduais e federais (Sergipe)
XXXIX	1986	Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar — PNSMIPF — 1986
XL	Jan/92	Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem — Rio de Janeiro, Curitiba e Recife — 1989/1990
XLI	Diversas	Declarações favoráveis à BEMFAM
XLII	maio/jun. 92	“BEMFAM NOTÍCIAS”, Ano 1 — número 6
	jul./92	Publicação intitulada “Conversando é que a Gente se Entende”, BEMFAM
	ago./92	publicação intitulada “Acorda Adelaide”, BEMFAM
	—	Livro intitulado “Planejamento Familiar, Um Direito Básico”, BEMFAM

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
XLIII	1986	Livro intitulado "Como Planejar a Família", BEMFAM "Sexualidade e Saúde Reprodutiva da Jovem Brasileira", editado pela BEMFAM
XLIV	—	"Falando de Aids — "Um Manual para o Trabalho Comunitário", 2ª edição — BEMFAM
XLV	1992	"Saber ouvir, saber falar — Um modelo de Campanha Informativa sobre a Difusão da AIDS e a Prevenção da Doença", BEMFAM

**2 — Documentos encaminhados pelo CPAIMC — Centro de Pesquisas
e Assistência Integrada à Mulher e à Criança**

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
XLVI	ago./92 1987 a 1991	Informações prestadas à CPMI Projetos, programas e contratos com instituições internacionais
XLVII	1987	Relatório de Atividades — 1987
XLVIII	1988	Relatório de Atividades — 1988
XLIX	1989	Relatório de Atividades — 1989
L	1990	Relatório de Atividades — 1990
LI	1991	Relatório de Atividades — 1991

3 — Outros documentos

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
LII	27-8-91	"Genética Humana e Espírito", Conferência proferida pelo Sr. Jérôme Lejeune
LIII	1988	"A Contracepção no Brasil — Uma Análise Crítica", publicação de autoria dos Srs. José Aristodemo Pinotti e Aníbal Faúndes
LIV	23 e 24 out./91	Transcrição do 9º Simpósio sobre Saúde e Medicamentos — Planejamento Familiar: Anticoncepção cirúrgica — Academia Nacional de Medicina com o apoio do Ministério da Saúde
LV	1991	Anticoncepção — 1986, Vol. I — Brasil, Grandes Regiões, MG, ES, RJ, SP, PR, SC e RS — Editado pelo IBGE
LVI	abr./91	"Evaluation of the Quality of Female Sterilization in the State of São Paulo — Brazil" de autoria dos Drs. Ellen Haroy, Maria José Duarte Osis, Carlos Mora, Sérgio Vera e Aníbal Faúndes
LVII	1980	"Pop. Eco. e Pol. — Reflexões para uma Vida Melhor" de autoria do Sr. Hélio Aguinaga
LVIII	1991	"Estado e População: Uma História do Planejamento Familiar no Brasil" Tese de doutorado do Dr. Décio da Fonseca Sobrinho
LIX	1991 abr./92	Relatório da CPI sobre esterilização de mulheres no Estado do Rio de Janeiro Proposta de pesquisa: "A Esterilização Feminina em Goiás: Identificação do Perfil das Mulheres Esterilizadas" (CPI sobre a Esterilização de Mulheres no Estado de Goiás)
	—	Notas taquigráficas da CPI de Goiás sobre a esterilização em massa de mulheres goianas
	24-3-92	Notas taquigráficas da CPI de Goiás sobre esterilização em massa de mulheres goianas
LX	26-3-92 1992	Pronunciamento do Vereador goiano José Hidasi, proferido na CPI Diversos — CN nº 5, de 1992 — CN — do Sr. Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de Goiás encaminhando o relatório e as conclusões da CPI da Esterilização em massa naquele Estado
LXI	Diversas —	Documentos entregues pela Dep. Raquel Cândido referentes a denúncias contra o Dep. Nobel Moura relacionadas à morte de uma paciente durante uma cirurgia de laqueadura Relatório do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher intitulado "Esterilização"
	2-4-92	Comitê préparatório da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento — Assembléia Geral da ONU — 2-3 a 3-4 de 1992
	maio/92	"Política Demográfica dos Estados Unidos no Brasil — ensaio sobre novas razões para esperança", Christian de Lannoy, março de 1992

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
LXII	26-11-75	Relatório "Kissinger" — Implicações do crescimento da população mundial para a segurança e interesses externos dos Estados Unidos (NSSM-200), cópia em inglês
	1992	Extratos do Relatório "Kissinger" (NSSM-200), Associação Pró-Vida de Brasília
	—	Quem custeia a esterilização de milhões de brasileiras? (memorando especial da EIR — Executive Intelligence Review)
	1992	Projeto de população 1989/91 financiados por organismos internacionais e organizações não-governamentais — Associação Pró-Vida de Brasília
	8-5-92	Artigo: "A Questão populacional e a Rio 92" de autoria do Presidente da República Fernando Collor — <i>Folha de São Paulo</i>
	23-6-92	Ideologia Controlista — Teoria e Prática: Um Exemplo" entregue pela depoente Luíza Barrios (MNU)
	maio/jun./92	Artigo: "A Iniciativa da Maternidade sem riscos do Banco Mundial" publicado no Population Research Institute Review Vol. 2, maio/jun./92 Artigo: "Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos" de autoria da Dra. Elza Berquó, publicado na <i>Revista Brasileira de Estudos e População</i> jan./jun./90
	jan./jun./92	Artigo: "Laqueadura Tubária nos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo", de autoria do Dr. Aníbal Faúndes e outros, publicado na <i>Revista de Genecologia e Obstetrícia</i> , vol. I nº 3
	—	"Procedimentos para Indicação da Esterilização Cirúrgica Definitiva Feminina", Departamento de Tocoginecologia FCM/UNICAMP
	maio/89	Relatório que sumariza os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, realizada em 1986 pela Bemfam — entregue pelo Presidente da Federação Nacional dos Médicos Dr. Eurípedes Carvalho
	—	"Perfil Demográfico da População Feminina Brasileira", de autoria da Dra. Neide L. Patarra
	jan./90	"Esterilização: do Controle da Natalidade ao Genocídio do Povo Negro" — Centro de Articulação de Populações Marginalizadas, de autoria da Dra. Jurema Werneck — jan./90
	set./90	Jornal: Sim da Vida — Boletim Especial do Ceap — set./90 sobre esterilização
	—	Documento intitulado "I — Seleção de Pacientes para Anticoncepção Cirúrgica" (Apócrifo)
LXIII	Diversas	Cópias de Transparências Relativas ao PAISM
	28-5-92	"Controle de População" de Autoria do Dr. Humberto Leal Vieira, Assessor Legislativo do Senado Federal
	Jul./92	"Proposta do Conselho Federal de Medicina para regulamentação de lei sobre a esterilização no Brasil"
	Diversas	Processos de Consulta do Conselho Federal de Medicina nºs 1.318/87, 2.862/89 e 83/90; Processo CFM 72/82, CFM 22/84, CFM 818/87, CFM 1.042/88; Parecer sobre o projeto intitulado "Planejamento Familiar — Brasil — Educação e Serviços de Planejamento no Distrito Industrial de Manaus"
	—	Documento intitulado "A Saúde dos Brasileiros" elaborado pela Federação Nacional dos Médicos e encaminhado pelo Dr. Eurípedes Carvalho

VOLUME	DATA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
LXIV	Diversas	Matérias jornalísticas sobre esterilização
LXV	—	Federación International de Planificación de la Familia — Plan Trienal 1982/84
	—	Servicios de Planificacion Familiar Comunitarios em IPPF
	out./76	Strategy for the Development of Sex Education in Latin America — IPPF
	—	Gente Sin Opción — IPPF
LXVI	1992	“O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher”, de autoria da Dra. Ana Maria Costa
LXVII	dez./92	Depoimento da Sra. Shelma L. Kato sobre a esterilização de índias no Estado do Mato Grosso

INTRODUÇÃO

1 — Objetivos e metas

Com o objetivo de identificar as causas e condicionantes da esterilização em massa de mulheres no Brasil e, ao mesmo tempo, propor medidas corretivas, foi instalada, em 1º de abril de 1992, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) objeto do Requerimento de nº 796/91-CN, retrotranscrito. De autoria da Deputada Benedita da Silva (PT/RJ) e assinado por mais 171 parlamentares, o Requerimento apresentou um conjunto de justificativas que impunham fosse apurada a incidência de esterilização em massa de mulheres brasileiras.

Ciosa do alcance e implicações de tão delicada matéria, a CPMI se propôs a investigá-la com o propósito de:

a) verificar o cumprimento do § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, por meio do estudo dos indicadores epidemiológicos e demográficos, e identificar as necessidades temáticas para a sua regulamentação;

b) investigar as práticas assistenciais dirigidas à saúde da mulher e o uso e abuso da esterilização cirúrgica feminina, analisando sua coerência com os princípios defendidos pelo Brasil na Conferência Internacional sobre População (México, 1984);

c) apurar estatisticamente o índice de esterilização de mulheres no Brasil, sua distribuição geográfica, sua repercussão a curto e médio prazos no comportamento demográfico da população brasileira, bem como proceder a uma comparação com parâmetros internacionais;

d) averiguar a existência de políticas eugênicas ou racistas e sua implementação na saúde reprodutiva do País;

e) conhecer ao certo as responsabilidades atinentes a esta questão, identificando instituições ou grupos atuantes na saúde reprodutiva do Brasil, seus interesses e vínculos internacionais;

f) averiguar a existência e origem de apoio financeiro a essas instituições e grupos, suas formas de utilização, bem como detectar mecanismos de controle por parte do Governo brasileiro;

g) identificar, no plano internacional, países e organismos internacionais promotores de controle demográfico no Brasil;

h) investigar o uso eleitoreiro da esterilização cirúrgica feminina e o seu significado nas estatísticas e índices demográficos;

i) examinar as razões determinantes das altas taxas de esterilização cirúrgica, a situação da assistência à saúde das mulheres, a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM, os locais e as condições em que são realizadas as esterilizações das mulheres.

De posse da caracterização deste quadro, a CPMI apresentará Projeto de Lei específico sobre a matéria, bem como proporá às diversas instâncias do Poder Público e a setores da sociedade civil recomendações estratégicas para a resolução dos problemas apurados, a fim de que sejam assegurados os direitos fundamentais da pessoa humana no exercício de seus direitos reprodutivos.

2 — Metodologia e dificuldades encontradas

Durante a fase de coleta de informações, a CPMI realizou onze sessões públicas de depoimentos e debates e quatro reuniões internas para discussão e deliberação das medidas necessárias ao seu funcionamento. Procedeu-se, ainda, a uma audiência pública durante a ECO/92 na tenda do Planeta Fêmea instalada no Fórum de Organizações Não-Governamentais, no Rio de Janeiro.

Essa fase foi marcada por dificuldades financeiras para o pagamento do deslocamento dos depoentes procedentes de outros Estados. A continuidade dos trabalhos foi, contudo, favorecida pelo apoio dado pelo Ministério da Saúde através da prestação de assessoria técnica à CPMI e do financiamento de passagens aéreas para os depoentes.

A primeira listagem de depoentes, apresentada pela Sra. Presidente da Comissão, agrupava-os em blocos de forma a permitir a coleta das informações por setores. Assim, por exemplo, haveria sessões de audiência do grupo de demógrafos, do movimento de mulheres, etc. Diante das dificuldades acima comentadas, a Comissão delegou à Sra. Presidente a convocação e o agendamento dos depoentes, segundo as possibilidades.

As sessões de tomada de depoimento ocorreram às terças e quintas-feiras, sendo que rotineiramente compareciam mais de um e, às vezes, até quatro depoentes no mesmo dia. Foram cumpridos todos os rituais regimentais, ou seja, abertura formal da sessão pela Presidente, seguida de juramento do depoente. Após um tempo de exposição regulamentar de até vinte minutos, eram feitas as perguntas, sempre iniciadas pelo Relator e, em seguida, pelos demais membros.

Consoante os termos regimentais, a Sra. Presidente solicitava a entrega, à Comissão, dos documentos citados ao longo do depoimento e que fundamentavam a exposição. Anexos, encontram-se os documentos encaminhados à CPMI pelos depoentes e por parlamentares. Também foram solicitados documentos ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, cujo extrato fundamental de dados, relacionado ao tema em estudo, consta em anexo.

A CPMI contou ainda com diversas informações científicas e jornalísticas, as quais são citadas oportunamente. Foi também realizada pesquisa junto às instituições estaduais e municipais de saúde para averiguação da situação atual do PAISM.

3 — Relação dos depoentes

Por indicação da Sra. Presidente e dos membros da Comissão, foram ouvidas as personalidades abaixo listadas, vinculadas às entidades especificadas:

MOVIMENTO DE MULHERES ORGANIZADAS

- Sara Romero Sorrentino, Diretora de Saúde da União Brasileira de Mulheres (médica);
- Maria Betânia de Ávila, Secretária-Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (socióloga);
- Jurema Werneck, representante do Centro de Estudos de População Marginalizada do Rio de Janeiro (médica);
- Luíza Barrios, Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado (socióloga);
- Edna Rolland, Diretora do Instituto de Mulheres Negras — GELEDES (psicóloga);
- Rosiska Darci de Oliveira, dirigente do Instituto de Ação Cultural — IDAC/RJ, representante das mulheres e organizações não-governamentais feministas brasileiras no Fórum Internacional de ONGs na ECO/92 (advogada e jornalista).

PRESIDENTES DE CPI ESTADUAIS EM CURSO OU CONCLUÍDAS SOBRE ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES

- Deputada Brice Bragatto, da Assembléia Legislativa do Espírito Santo (assistente social);
- Deputada Lúcia Souto, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (médica sanitária);
- Deputada Denise Carvalho, da Assembléia Legislativa de Goiás.

ENTIDADES MÉDICAS

- Etelvino de Souza Trindade, Presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, seção de Brasília — DF;
- Eurípedes B. de Carvalho, Presidente da Federação Nacional de Médicos;
- Antônio Henrique Pedrosa Neto, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina.

INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM SERVIÇOS EM SAÚDE REPRODUTIVA

- Hélio Aguinaga, Presidente do Centro de Pesquisa e Assistência à Mulher e à Criança — CPAIMC (médico);

- Dr. Elsimar Coutinho, Diretor do Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva da Universidade Federal da Bahia (médico);
- Carmen Calheiros Gomes, Secretária-Executiva da Sociedade Civil para o Bem-Estar Familiar no Brasil — BEMFAM (pedagoga);
- Aníbal Faúndes, representante no Brasil do Population Council (médico, professor e pesquisador em saúde reprodutiva da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — SP).

DEMÓGRAFOS

- Elza Berquó, Diretora da Comissão de Cidadania e Reprodução Humana (demógrafa e professora da UNICAMP);
- Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho, do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal de Minas Gerais (médico e demógrafo).

IGREJA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA

- Dom Luciano Mendes de Almeida, Presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil — CNBB.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL — OAB

- Marcelo Lavenère, Presidente do Conselho Federal da OAB.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES

- Embaixador Luiz Felipe de Seixas Correa, Secretário-Geral de Política Exterior.

INSTITUIÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Dr. Adib Jatene, Ministro da Saúde (médico);
- José Aristodemo Pinotti, ex-Secretário de Saúde do Estado de São Paulo (médico e professor da UNICAMP);
- Roney Edmar Ribeiro, Secretário de Saúde do Estado de Goiás pela segunda vez (médico).

ASSESSORIA LEGISLATIVA DO SENADO FEDERAL

- Humberto Leal Vieira, assessor e estudioso do assunto (administrador).

DEPOIMENTO-DENÚNCIA

- Sônia Beltrão, mulher esterilizada à sua revelia em hospital público do Rio de Janeiro.

DEPOIMENTO DE POLÍTICO DENUNCIADO POR USO ELEITOREIRO DE ESTERILIZAÇÃO

- José Hidasi, médico cassado pelo Conselho Federal de Medicina e Vereador da Câmara Municipal de Goiânia — GO.

CAPÍTULO I

A ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES NO BRASIL: CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A esterilização em massa de mulheres no Brasil apresenta tamanha multiplicidade de aspectos que, para fins deste relatório, optou-se por discuti-los isoladamente. Com isto, busca-se apenas uma melhor organização das idéias e maior aproveitamento do extenso material coletado pela Comissão. Assim, o assunto é aqui abordado nos seus aspectos: histórico, demográfico, médico-sanitário, político-econômico nacional e internacional, jurídico, antropológico e social.

1 — Aspectos históricos

Nas últimas décadas, houve acentuada queda nos níveis de fecundidade no Brasil. Enquanto o número médio de filhos tidos por mulheres em idade fértil em 1940 era de 6,5 filhos, no período compreendido entre 1985 e 1990 caiu para 3,5 filhos. Os pesquisadores são unâimes em atribuir essa queda principalmente à disseminação do uso de métodos contraceptivos entre a população, especialmente entre as mulheres, já que não tem significado estatístico o uso de contraceptivos masculinos.

O uso de métodos de evitar filhos no Brasil se dá a partir de um histórico cujas referências principais serão discorridas aqui. Em sua tese de doutoramento, o depoente Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho investigou a história do planejamento familiar no Brasil, detectando três fases: I) "Pró-natalismo"; II) "Antinatalistas versus anticontrolistas"; III) Surgimento do planejamento familiar.

A primeira fase vai dos primórdios da Independência até 1964 e se caracteriza por uma formulação pró-natalista difusa. De alguma forma, havia uma concordância geral sobre a vantagem de muitos nascimentos de brasileiros. Havia, então, um sentimento natalista, mas ao mesmo tempo, sob influência dos racistas inaugurais como Gobineau, na França, e Heckel, na Alemanha, existiam evidências de uma ideologia racista, eugênica, que buscava a "melhoria" da raça brasileira. Este sentimento pró-natalista registra, ainda, a marca do positivismo comtiano que, no Brasil, conquistou, entre os médicos, inúmer-

ros adeptos, os quais professavam uma filosofia política pautada na ordem e no progresso. Nessa fase houve enaltecimento da miscigenação em virtude das contribuições de cada raça: a criatividade e a musicalidade trazidas pelos negros e o senso de ordem trazido pelos brancos.

Em Mensagem ao Congresso Nacional, em 1952, Getúlio Vargas louvou o crescimento da população demonstrado pelo censo de 1950, acentuando que houvera incremento da natalidade e queda da mortalidade.

A segunda fase se inicia em 1964, quando se instaura a polêmica populacional sob influxo da tendência mundial por um forte movimento pró-controle de natalidade. A IPPF — International Planned Parenthood Federation, organização de divulgação e financiamento de programas e projetos de ideologia controlista voltados principalmente para o Terceiro Mundo, fora fundada em 1952, mas sua penetração no Brasil era ainda insignificante. Somente a partir de 1965, no contexto das relações dos Estados Unidos com a América Latina, é que a questão populacional ganha prioridade e urgência e a IPPF, assim como outras agências financeiradoras, se instala no País.

Referência histórica de importância é que para os EUA passa a existir uma ameaça de “cubanização” na América Latina a ser tratada no contexto da estratégia de “continentalização”, elaborada, então, para enfrentamento de todas as questões do continente americano nos seus aspectos político, econômico, militar, trabalhista, sanitário, etc.

No bojo de uma conjuntura perturbada, com a atenção dos EUA voltada para o risco de rebelião no Brasil, particularmente no Nordeste, a IPPF tratou de contactar, sob a liderança de Otávio Rodrigues Lima, um grupo de médicos obstetras da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Surgia, assim, a BEM-FAM — Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil.

A esta época, o debate travou-se entre grupos opostos. Em um bloco, estavam os que defendiam o estabelecimento de política explícita de controle demográfico, relacionando esta estratégia à viabilização do desenvolvimento. Em outro bloco, estavam os militares que, preocupados com a segurança nacional, defendiam a necessidade de ocupação territorial, e a Igreja, que, por motivos religiosos e éticos, defendia a não-intervenção controlista. Neste mesmo lado, estava a esquerda, que via no controle populacional uma ofensa à soberania nacional e um obstáculo à vitória socialista, erigido pelo interventionismo norte-americano que queria barrar a libertação dos povos latino-americanos.

Nesse cenário de tão distintas visões sobre o problema, os antagonistas investiram na tarefa de obstruir um ao outro, o que terminou por impedir o sucesso na implantação de projetos governistas como o da “paternidade responsável” e da “prevenção da gravidez de alto risco”, na década de setenta.

Mas, a partir da década de setenta, época em que a BEMFAM se disseminou pelo interior do País, especialmente no Nordeste, foram-se introduzindo mudanças na concepção dos principais atores contrários ao planejamento familiar, até que este acabou por se impor na prática. De um lado, uma facção

militar, sob influência dos sorbonistas da Escola Superior de Guerra, passou a defender a idéia de que a grande ameaça ao País era a interna, a da convulsão social. Fundamentavam-se na observação de que uma família numerosa é mais insatisfeita em suas necessidades básicas, logo é mais vulnerável às idéias perturbadoras da ordem social. Do outro lado, a Igreja modificou, em parte, sua posição, passando a admitir o planejamento familiar, desde que fosse realizado através do uso dos métodos naturais.

Com a mudança de posicionamento dos até então principais atores da questão e com o surgimento no cenário dos movimentos feministas organizados, foi possível ao Ministério da Saúde, articulando os distintos interesses e posições, elaborar e implementar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM, anunciado pelo Ministro Waldir Arcoverde por ocasião de seu depoimento à CPMI do aumento populacional, em 1983.

O PAISM, ao representar uma unificação do discurso, impõe uma contextualização do planejamento familiar como decisão de foro íntimo, como direito de cidadania ao exercício da sexualidade e da assistência à saúde. Delimitava-se, portanto, no campo do não-intervencionismo demográfico.

Todavia, na fase em que a polêmica populacional se alastrava, a contracepção se disseminava na população feminina brasileira como prática corrente e muito precária. Com efeito, a contracepção não estava, como é de mister, vinculada com a assistência à saúde das usuárias dos métodos contraceptivos e com a adequada investigação clínico-epidemiológica, essencial para a qualificação de um planejamento familiar.

O trabalho desenvolvido pela BEMFAM, através de milhares de convênios com municipalidades e entidades comunitárias espalhadas pelo País, foi consolidando uma rede de divulgação e prática de ações de planejamento familiar de larga escala e sem critérios de saúde. Atuando como entidade não-governamental, a BEMFAM não recebia qualquer fiscalização sobre suas ações.

Em 1975, foi criado, no Rio de Janeiro, o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança — CPAIMC, cuja principal atividade consiste em treinar médicos de todo o País para a prática de planejamento familiar pautado essencialmente na laqueadura tubária pela técnica de laparoscopia. Esta estratégia permitiu que a laqueadura fosse se infiltrando como ideologia da contracepção de “alta eficácia”. A predominância dessa ideologia entre os médicos e demais profissionais de saúde decorre, ainda, da crise ética e institucional que incidiu sobre o setor de saúde.

A estratégia escolhida envolvia interferência direta no aparelho formador de profissionais de saúde, ou seja, estas instituições atuavam através das escolas médicas, nos departamentos de ginecologia e obstetrícia.

Apesar da grande expectativa por parte dos setores organizados da sociedade, o PAISM não resultou em indicadores de impacto sobre a saúde reprodutiva das mulheres. Vítima de um aprofundamento da crise setorial dos

últimos anos, a política de assistência integral segue repetindo na prática assistencial baixas coberturas e precária qualidade de serviços.

As altas taxas de esterilização cirúrgica em mulheres representam, sem dúvida a ausência de alternativas contraceptivas que continua incidindo sobre a população feminina.

Segundo o IBGE, no período anterior a 1970, era mínimo o número de mulheres esterilizadas: 312.418, número que corresponde a 5,3% do total das mulheres que se encontravam esterilizadas em 1986. Essa taxa se eleva gradualmente nos períodos seguintes:

1970/1974 — 9,5%
1975/1979 — 21,0%
1980/1982 — 26,5%
1983/1985 — 28,0%
jan./set. de 1986 — 9,2%

2 — Aspectos demográficos

As décadas de setenta e oitenta, acompanhando a tendência mundial, foram marcadas pelo decréscimo da taxa de crescimento geral da população. De acordo com os três últimos levantamentos censitários, a taxa de crescimento no Brasil foi de 2,99%, 2,89% e 2,48% ao ano nas décadas de cinquenta, sessenta e setenta, respectivamente. Já o último censo realizado aponta um decréscimo desta taxa para 1,9% ao ano na década de oitenta observando-se uma redução sem precedentes no ritmo de crescimento da população brasileira.

Como primeiro e grande responsável pela queda do crescimento demográfico, surge o uso de métodos contraceptivos, principalmente pelas mulheres, já que o uso dos métodos contraceptivos masculinos é insignificante.

Embora o procedimento da esterilização cirúrgica feminina não seja ainda considerado método contraceptivo pelo Ministério da Saúde, na prática o é, segundo denunciam os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domíciios — PNAD, realizada em 1986 pelo IBGE.

O relatório desta pesquisa, publicado sob o título “Anticoncepção 1986”, vol. I/IBGE, demonstra que no Brasil, no ano de 1986, 5.900.238 mulheres estavam esterilizadas, o que representa um percentual de 15,8% sobre o total das mulheres brasileiras de 15 a 54 anos. Deste mesmo total, cerca de 37,8% utilizavam métodos contraceptivos. A percentagem de uso de métodos contraceptivos por casais em que a mulher encontra-se na fase reprodutiva era de 65,8%. Esta taxa assemelha-se à dos países desenvolvidos. Entre os métodos utilizados, há uma preferência acentuada e nítida pelos de alta eficácia, cujo índice de falha é considerado baixo em relação aos demais. Entre estes métodos a pílula anticoncepcional e a esterilização cirúrgica feminina são os mais usados no Brasil: 43% e 42%, respectivamente. Entre as mulheres em união, que usam métodos contraceptivos, em idade reprodutiva, o percentual de esterilizadas cresce para 44,4%.

Dentre as regiões do País, a Centro-Oeste é a que possui o índice mais elevado, com 28% de mulheres de 15 a 54 anos esterilizadas. O território que hoje compreende os Estados de Goiás e Tocantins apresenta 31% de esterilizadas. Entre as mulheres tocantinenses e goianas que usavam algum tipo de método contraceptivo na citada faixa etária, 71,9% tinham na esterilização sua opção contraceptiva. Mas, entre os Estados da Federação, é o Maranhão o que mais tem mulheres esterilizadas em relação àquelas que utilizavam alguma contracepção na faixa de 15 a 54 anos de idade: 75,9%.

Do total das mulheres esterilizadas, 3.646.781 (61,8%) eram brancas, enquanto 2.212.148 (37,5%) eram negras e pardas, sendo inexpressivo o número de mulheres amarelas neste contingente populacional. Do total das mulheres brancas brasileiras, 16,9% estavam esterilizadas, enquanto entre as negras e pardas o índice de esterilização atingia 14,3%.

Em relação à situação de domicílio, a grande maioria — 83% — das mulheres esterilizadas reside em área urbana, contra 17% em área rural. No Maranhão está a mais alta proporção — 44,6% — de mulheres esterilizadas residentes em área rural. É de se observar, contudo, que na região Norte, devido às dificuldades de acesso, a área rural não foi pesquisada.

O universo de mulheres em idade fértil foi dividido em quatro classes de rendimento mensal familiar *per capita*, em termos de salários mínimos (SM), a saber: até meio, de meio a um, mais de um a dois e mais de dois SM. Constatou-se que o maior percentual de esterilização — 17,8% — está na classe de mulheres cujo rendimento mensal familiar *per capita* é também o mais elevado, ou seja, acima de dois SM. A menor faixa de renda — até meio SM — abriga, também, o menor percentual de esterilização — 14,3%. Nas classes intermediárias de renda, o percentual de esterilização é parecido: 16,6% e 16,2%, considerando-se a renda crescente.

Quanto à escolaridade, estavam esterilizadas, em 1986, 14,7% das mulheres sem instrução formal e 18,6% das com um a quatro anos de freqüência às escolas. Enquanto isso, entre as mulheres de oito anos ou mais de instrução formal, 14,3% estavam esterilizadas na ocasião de realização da pesquisa. O menor percentual de esterilização — 13% — estava entre as mulheres com cinco a sete anos de escola.

Analizando-se a esterilização por grupos de idade, verifica-se que das mulheres com 25 a 29 anos de idade, 15,8% foram esterilizadas; entre as de 30 a 34 anos, 26,7%; entre as de 35 a 39, 33,4%; entre as de 40 a 44, 30,1%. É relativamente baixo o nível de esterilização entre as mulheres mais jovens: 0,2% entre 15 a 19 anos e 3% entre 20 e 24 anos.

Em relação à idade de ocorrência da esterilização, a PNAD mostra que, do total de mulheres esterilizadas, 15,5% praticaram o ato cirúrgico quando tinham de 15 a 24 anos. É nas faixas etárias de 25 a 29 anos e de 30 a 34 anos que o grande contingente de mulheres se esterilizou. Este contingente totaliza 61% do universo de mulheres, contendo 32% e 29% nas respectivas

faixas. A opção por esterilização nos grupos de idade de 35-44 anos é de 21,7%, decrescendo significativamente, como era de se esperar, para as mulheres de idade superior a este limite: 1,5%.

No exame da variação regional da informação — idade na época de ocorrência da esterilização — chama a atenção o fato de que nas regiões Norte e Centro-Oeste, o volume de mulheres que foram esterilizadas antes de 24 anos é de 24,5% e 24,1%, respectivamente. No Estado de Goiás, 27,4% das mulheres que foram esterilizadas até 1986, o foram em idade anterior a 24 anos. Em seguida, neste lastimável campeonato, vem o Mato Grosso com 26,7%, Pernambuco e Piauí com 23,9% e 23,1% respectivamente.

Quanto ao número de filhos, embora grande parcela daquelas que estão no momento esterilizadas tenha acima de três filhos, chama atenção o fato de que 2,8% das que têm apenas um filho estão esterilizadas e 22% das que possuem dois filhos. Considerando que a paridade constitui critério para a realização do procedimento cirúrgico na indicação médica pelo aspecto “social” e que o número mínimo de filhos é de três dentro deste critério, a estatística evidencia um franco quadro de desobediência à “norma”.

Ao comparar as regiões brasileiras no que diz respeito à paridade, observa-se um claro contraste regional. No Sul, entre as mulheres que têm um filho, 1,8% estava esterilizada, enquanto no Centro-Oeste e Norte o percentual chega a 6,3% e 6,1% respectivamente.

O depoimento da demógrafa Elza Berquó chama a atenção para o fato de que, para efeito de comparação internacional, usando como denominador o número de mulheres em idade reprodutiva alguma vez unidas, a percentagem de mulheres esterilizadas chega a atingir 30% em alguns Estados brasileiros, ficando o País no intervalo entre 20% e 30%. Comparada às cifras encontradas em outros países, esta cifra é extremamente elevada, pois o chamado “mundo desenvolvido” tem hoje apenas 7% das mulheres esterilizadas dentro deste mesmo universo anteriormente referido.

Ainda segundo a mesma pesquisadora, a grande interrogação é: Por que as taxas de esterilização no Brasil são assim tão elevadas? Nos países da Europa e do Ocidente de uma forma geral, além de baixas taxas de esterilização, o que prevalece são os métodos convencionais, tradicionais, de controle da fertilidade. Por outro lado, esses países têm uma baixa taxa de reposição, ou seja, uma taxa de fecundidade menor do que 2,1%, que é a taxa que possibilita o nascimento em média de um homem e uma mulher.

Uma pergunta intrigante em face desta constatação é a de como é possível a manutenção de uma fecundidade tão baixa com o uso predominante de métodos tidos como de “baixa eficácia”? O que se constata é que de fato as mulheres dispõem de amplo conhecimento sobre o corpo, o mecanismo de reprodução, sua fisiologia, tendo, portanto, possibilidade de controlar as falhas destes métodos. Ademais, a maioria destes países tem o aborto legalizado, o que definitivamente contribui para o fato constatado de queda da fecundidade.

No caso do Brasil, o que ocorre é exatamente o oposto: as mulheres não têm informação sobre o corpo e sua fisiologia reprodutiva, não dispõem de métodos contraceptivos na rede pública de assistência à saúde e não podem recorrer ao aborto em condições aceitáveis, pois a clandestinidade confere à prática do aborto um risco elevado para a saúde da mulher. Este quadro não oferece às mulheres outra alternativa senão a esterilização cirúrgica, opção drástica e definitiva.

Segundo dados apresentados pelo depoente Aníbal Faúndes, pesquisador da UNICAMP e representante do Population Council no Brasil, o Japão, Inglaterra e os Estados Unidos têm, respectivamente 2%, 14% e 17% das mulheres esterilizadas, contra 27% existentes no Brasil, segundo a PNAD/86. Note-se que o denominador desta taxa refere-se ao total de mulheres alguma vez unidas e em idade fértil, ou seja, de 15 a 44 anos. Comparando-se com o México, onde os programas de planejamento familiar constituem política pública de governo intensamente implementada, o índice de laqueadura tubária é de 19% no ano de 1987, contra 27% no caso brasileiro.

De acordo com o mesmo pesquisador, nos últimos oito anos, houve em São Paulo um grande incremento das laqueaduras em comparação com a história anterior deste procedimento.

3 — Aspectos médico-sanitários

A esterilização em massa de mulheres no Brasil ocorreu num contexto médico-sanitário específico que explica, em parte, como esse método se constituiu no de maior prevalência dentre os métodos contraceptivos utilizados. Por outro lado, a sua adoção, quase que como única opção disponível, traz uma série de consequências adversas tanto sob o aspecto da saúde individual como coletiva.

O processo de industrialização pelo qual passou o Brasil, no período que vai dos anos cinquenta até meados da década de setenta, provocou uma acelerada urbanização, com constituição de grandes áreas metropolitanas em todas as regiões do País. Com efeito, durante esse período, a população brasileira, que apresenta um perfil predominantemente rural, passa a se localizar majoritariamente em torno das cidades e a vincular-se em maior proporção às atividades secundárias e terciárias.

Em 1950, segundo dados censitários, o contingente populacional domiciliado em áreas consideradas urbanas era de aproximadamente 36% do total da população. Em 1980, portanto em apenas três décadas, esse percentual já se elevara para cerca de 68% da população, demonstrando a velocidade com que se deu o processo de urbanização.

Duas consequências, sob o ponto de vista médico-sanitário, advêm do processo de industrialização citado e da urbanização dele decorrente.

A primeira refere-se ao modelo assistencial implantado nesse período. A partir de meados dos anos sessenta, com vistas a responder às novas necessidades do modelo de desenvolvimento em curso, é implantada e consolidada

uma forma predominante de assistência médica vinculada à Previdência Social. Essa forma baseia-se, fundamentalmente, na prestação de assistência médica à população previdenciária por meio da compra de serviços junto ao setor privado e conveniado que, no período, experimenta grande expansão. As populações não vinculadas ao mercado formal de trabalho, incluindo a população rural, restavam os serviços vinculados às secretarias estaduais e municipais de saúde.

Esse modelo, calcado na medicalização e hospitalização da assistência, visava, primordialmente, à reprodução da força de trabalho, desgastada pelo processo de produção, no mais curto espaço de tempo possível. Não era incorporada ao modelo assistencial qualquer preocupação preventiva ou de direito do cidadão a ações específicas.

A segunda consequência é que a força de trabalho feminina, até então pouco utilizada, passa a assumir um papel maior no mercado de trabalho. Em 1950, apenas cerca de 13% das mulheres eram consideradas economicamente ativas, percentual que salta para 27% em 1980.

Da incorporação da mão-de-obra feminina ao processo produtivo decorre, por parte principalmente das mulheres e, secundariamente, dos casais, uma necessidade objetiva de redução da prole. Não mais disponíveis para cuidar de uma família numerosa, as mulheres passam a demandar formas de evitar ou impedir o prosseguimento de gravidez. Por outro lado, o número limitado, ou mesmo a ausência de filhos, passa a ser condição necessária para obtenção de um posto de trabalho.

Acrece-se a este fator objetivo um outro, de caráter subjetivo, veiculado em grande parte pelos meios de comunicação, que é a pregação de um modelo de família ideal, reduzida e associada com freqüência à prosperidade e ascensão social.

O advento dos métodos contraceptivos, após a década de sessenta, permitiu às mulheres e aos casais a possibilidade de vivência da sexualidade desvinculada da função reprodutiva. Esta situação cria, no sistema assistencial, grande demanda por contracepção.

Diante desse quadro, em que se colocam, de um lado, um modelo assistencial voltado à medicina curativa, não oferecendo à população acesso a métodos ou informações relativas à regulação da fertilidade e de outro, uma crescente demanda, objetiva e subjetivamente determinadas, para a limitação da prole, é perfeitamente comprensível que métodos radicais como a esterilização e o aborto tenham se tornado tão frequentes.

De fato, os dados disponíveis sobre a prevalência da esterilização apontam para um percentual de cerca de 27% de mulheres que se utilizaram desse método, se considerada a população feminina adulta do País. Se considerarmos apenas as mulheres em idade fértil, isto é, na faixa etária de 15 aos 49 anos, e que se utilizam de algum método contraceptivo, este percentual passa a 44% do total, o que é muito elevado.

Em comparação com outros países, o percentual de 27% de prevalência de esterilização em mulheres em idade fértil pode ser considerado elevadíssimo. No mundo desenvolvido essa taxa fica em torno de 7% e mesmo nos países em desenvolvimento encontra-se em torno de 15%.

O abuso na utilização do método cirúrgico traz como consequência imediata a exposição de um grande número de mulheres e crianças a riscos desnecessários. Estudos realizados em São Paulo mostraram que 75% das esterilizações ocorreram durante a realização de cesarianas. Isso explica por que o Brasil ostenta a condição de campeão mundial nesse tipo de cirurgia com taxas da ordem de 32% do total de partos.

Esse procedimento, que não encontra respaldo em nenhuma escola obstétrica do planeta, expõe a mãe a um risco inevitável, existente em todo procedimento cirúrgico. Infelizmente não estão disponíveis dados que quantifiquem a mortalidade atribuível e, portanto, evitável relacionada ao abuso do parto cesariano no Brasil. Estudos realizados internacionalmente estimam, no entanto, que a cesariana aumenta de 2 a 36 vezes o risco de morte, em relação ao parto normal.

Ademais, além da questão relativa à saúde física das mulheres, a realização de esterilização por ocasião do parto agride também o seu equilíbrio mental. Realizadas num momento de extrema fragilidade emocional, em que sentimentos contraditórios estão em jogo, as esterilizações durante o parto provocam nas mulheres uma alta taxa de arrependimento. Pesquisa realizada pelo Dr. Aníbal Faúndes, na área metropolitana de São Paulo revelou uma taxa de arrependimento da ordem de 24%, contra 2,5% encontrada na população esterilizada americana. Se forem consideradas apenas as mulheres esterilizadas até os 25 anos de idade no Brasil, essa taxa se eleva para 50%.

As crianças nascidas de partos cirúrgicos estão, por sua vez, igualmente expostas a riscos, uma vez que dentre elas é sensivelmente mais elevada a ocorrência de complicações neonatais. A chamada Síndrome do Desconforto Respiratório ocorre com freqüência quatro vezes maior em crianças nascidas de parto cesariano.

Além dos problemas concernentes à mãe e à criança, a utilização corriqueira do parto cesariano com vistas à realização de esterilização causa também uma significativa sangria de recursos ao setor saúde. Durante muito tempo, esse procedimento recebeu remuneração superior à do parto normal por parte do INAMPS, fazendo com que se tornasse mais atraente para o profissional médico. Mesmo com a correção desta distorção na gestão do Dr. Hésio Cordeiro, em 1986, a taxa de prevalência de cesarianas continua alta, acarretando custos mais elevados, tanto em termos de instalações necessárias à cirurgia, como em materiais consumidos, ou ainda em função de períodos de internação mais dilatados.

Ainda sem significação estatística, mas ganhando dia a dia importância, mormente no Rio de Janeiro, encontramos também as laqueaduras realizadas

por meio de laparoscopias. Essa técnica exige a concorrência de um aparelho, o laparoscópio, introduzido no abdome da mulher por meio de uma pequena incisão. A ligadura das trompas é então realizada através desse aparelho em poucos minutos, não exigindo internação ou anestesia que não a local.

Embora cômoda, esta técnica tem sido apontada como indutora de erros médicos, uma vez que o campo de visão do cirurgião é restrito, havendo a possibilidade de se danificarem outras estruturas além das trompas. O treinamento de médicos e a distribuição gratuita de laparoscópios foram admitidos pelo Dr. Hélio Aguinaga, Presidente do CPAIMC, e se constituem num estímulo importante à expansão da esterilização como método anticoncepcional.

Embora sem muitos dados de pesquisa sobre as sequelas da esterilização cirúrgica feminina, diversos depoentes relataram que, em suas experiências clínicas, observam efeitos danosos após a prática de esterilização. Em especial, a Dra. Jurema Werneck observa que, no seu dia-a-dia no consultório, as mulheres esterilizadas trazem queixas de alterações menstruais e no sistema nervoso, obesidade, sistema nervoso, frigidez sexual, relacionadas ao período pós-laqueadura. Chama, ainda, a atenção para a necessidade de que estudos clínico-epidemiológicos sejam realizados neste sentido.

De qualquer modo, o que ficou claro dos distintos depoimentos é que a esterilização, tida até então como inócua, acrescenta aos riscos decorrentes de qualquer outro ato cirúrgico (bridas, hérnias, etc.) um risco próprio da perda gradativa da função ovariana.

Todo o quadro descrito decorre da falta de acesso da maior parte da população, em geral, e da população feminina em idade fértil em particular, a ações e informações relativas à saúde reprodutiva.

A mesma pesquisa já citada, realizada com mulheres em idade fértil que se utilizam de métodos contraceptivos, mostrou que, junto com a esterilização, o método mais utilizado são os anovulatórios (pílula). Esse mesmo estudo constatou que 95% das mulheres usuárias desse medicamento o adquirem diretamente nas farmácias, não se submetendo, portanto, a nenhuma indicação ou acompanhamento médico. Segundo o Dr. José Aristodemo Pinotti, esta prática é tão, ou mais prejudicial, quanto a laqueadura, pois 50% das que usam pílula correm risco de vida.

Somente em 1983 o Ministério da Saúde rompeu com o imobilismo governamental nessa área e propôs a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM. Não obstante esse importante passo, passada quase uma década de sua formulação inicial, pode-se afirmar que o PAISM praticamente não saiu do papel. Esse programa visa a dar, conforme a sua denominação revela, assistência à saúde da mulher em todas as fases do seu desenvolvimento biológico e em relação aos eventos e patologias mais comuns na população feminina.

Segundo depoimento prestado à CPI pelo próprio Ministro da Saúde, Dr. Adib Jatene, a implantação do programa nas diversas Unidades da Fede-

ração é ainda muito tímida e desigual em relação às diversas atividades que o compõem. Assim, ainda segundo o Ministro, as atividades de pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama e assistência integral clínico-ginecológica estão totalmente implantadas, respectivamente, em apenas 16%, 19%, 26% e 5% dos estabelecimentos que compõem o Sistema Único de Saúde.

A implantação efetiva do PAISM constitui-se, desse modo, em importante fator no sentido de diminuição do número de mulheres esterilizadas, na medida em que propicia o acesso da população feminina, dentre outras, às atividades, informações e recursos concernentes à regulação de sua fertilidade.

4 — Aspectos políticos e econômicos internacionais

A questão da população passa a ser preocupação traduzida em proposta de política a partir da formulação de Malthus, que relaciona alimentos disponíveis e habitantes no planeta, concluindo que a disponibilidade de alimentos não suportará o ritmo de crescimento da população.

Todos os depoentes que abordaram os aspectos econômicos da questão demográfica são unâimes em afirmar que o conceito de “explosão demográfica”, fundamento de todos os projetos intervencionistas nos países em desenvolvimento, possui um conteúdo ideológico não sustentado pelas bases da demografia e forjado com o objetivo de garantir a manutenção do sistema de poder dos países desenvolvidos.

É importante ressaltar que os países industrializados têm estruturas populacionais envelhecidas, de crescimento demográfico próximo de zero e são dependentes das riquezas naturais dos países não industrializados, localizados predominantemente no Hemisfério Sul.

Dom Luciano Mendes, Presidente da CNBB, lembrou que não é o crescimento populacional que prejudica o mundo, mas sim o desperdício dos recursos naturais: nos países desenvolvidos, consome-se o necessário para alimentar toda a população mundial, aí incluídos os povos mais pobres. Sobre isto não é feito qualquer questionamento ético, conclui.

Responsabilizados pelas desigualdades de condição de vida no mundo e pela destruição da natureza, os países do Norte invocam o crescimento populacional dos países do Sul como o grande culpado pela miséria e desequilíbrio ecológico. Desta forma, intervém abertamente, no Terceiro Mundo, com políticas e financiamentos direcionados para ações de forte controle da natalidade.

No que diz respeito ao desenvolvimento tecnológico em saúde reprodutiva, estes países despejam continuamente sobre os corpos das mulheres dos países em desenvolvimento tecnologias nem sempre inócuas à saúde. Tais tecnologias são testadas sob forma de pesquisa ou de introdução direta no mercado. Assim é que as mulheres tornam-se pagadoras, com sua saúde e dignidade, de uma dívida que não é delas e que inclui o alto custo da política

controlista, intervencionista. É, pois, econômica a principal motivação para esta política de controle demográfico.

A esse propósito vale lembrar que, em 3 de julho de 1989, foi divulgado o documento oficial datado de 10 de dezembro de 1974, anteriormente secreto; “Implicações do Crescimento da População Mundial para a Segurança e os Interesses dos Estados Unidos” — NSSM 200. O documento é assinado pelo Sr. Henry A. Kissinger e dirigido aos Secretários de Defesa e de Agricultura, ao Diretor da CIA, à Secretaria de Estado e ao Administrador da Ciência para o Desenvolvimento Internacional (AID).

Nesse relatório o tema do crescimento demográfico é abordado, no âmbito da segurança, nos seguintes termos:

“As consequências políticas das atuais tendências populacionais nos países menos desenvolvidos — rápido crescimento, migração interna, elevada percentagem de jovens, pouca melhoria nos padrões de vida, concentrações urbanas e pressões para a emigração para o exterior — são danosas para a estabilidade interna e as relações internacionais dos países em cujo progresso os EUA estão interessados, criando assim problemas de segurança nacional para os EUA. Em sentido mais amplo, há considerável perigo de prejuízo grave para os sistemas econômicos, políticos e ecológicos mundiais, se esses sistemas se enfraquecerem para os novos valores humanitários.” (página 19, parágrafo 19).

Mais adiante, preocupado com o acesso dos EUA aos minerais do subsolo dos países enfocados, estratégicos para a indústria e para o uso militar americano, o relatório aborda, assim, o tema (págs. 36 e 37, respectivamente):

“O principal fator que está influindo na necessidade de matérias-primas não agrícolas é o nível de atividade industrial, regional e mundial. Por exemplo, os EUA, com 6% da população mundial, consomem aproximadamente um terço dos recursos mundiais...”

“Nas últimas décadas, os EUA se tornaram cada vez mais dependentes da importação dos países em desenvolvimento e é provável que essa situação continue.”

Sobre a relação com o meio ambiente, o mesmo relatório, à página 4, parágrafo 7º, assim se expressa:

“Além disso, em algumas regiões com superpopulação, o rápido crescimento populacional opõe um frágil meio ambiente, ameaçando a produção de alimentos, a longo prazo, por meio do cultivo das terras marginais, desertificação, desmatamento, e erosão do solo, com a consequente destruição da terra e poluição das águas, rápida sedimentação dos reservatórios e prejuízo na pesca.”

Em virtude de especial interesse político e estratégico para o EUA, 13 países são considerados prioritários (páginas 14 a 15, parágrafo 30): Índia,

Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, Brasil, Filipinas, Tailândia, Egito, Turquia, Etiópia e Colômbia. O documento chama ainda a atenção para o fortalecimento do *status* do Brasil no cenário latino-americano e mundial.

Ao analisar e propor estratégias de intervenção sobre o “problema”, o relatório observa:

“A condição e a utilização das mulheres nas sociedades dos países subdesenvolvidos são particularmente importantes na redução do tamanho da família. O emprego fora de casa é, para as mulheres, uma alternativa ao casamento e à maternidade precoces e um incentivo a um número menor de filhos. A mulher que tem de ficar em casa para o cuidado dos filhos tem que renunciar à renda que ela poderia ganhar fora do lar. As pesquisas mostram que a redução da fertilidade está relacionada com a inserção da mulher no mercado de trabalho” (pág. 151).

Ainda no âmbito das estratégias formuladas no documento, há a recomendação de que a prestação de assistência em planejamento familiar se dê no âmbito de uma assistência global à saúde. Na página 109 são feitas as seguintes ponderações:

“Há também o perigo de que alguns líderes dos países menos desenvolvidos vejam as pressões dos países desenvolvidos na questão do planejamento familiar como forma de imperialismo econômico e racial; isso poderia gerar sério protesto.”

“Para assegurar aos outros, de nossas intenções, devemos mostrar nossa ênfase no direito de cada pessoa e casal em determinar livremente o número e o espaçamento de seus filhos e no direito de terem informações, educação e meio para realizar isto, mostrando que nós estamos sempre interessados em melhorar o bem-estar de todos.”

Mais à frente, o relatório aponta a necessidade de desenvolvimento de campanhas a serem estimuladas pela AID (Aid For International Development) para que as crianças sejam educadas desde a escola primária, para o padrão ideal do tamanho de sua prole: dois filhos.

Como se vê, a ideologia do controle da natalidade, largamente disseminada no Terceiro Mundo, teve sua origem nos Estados Unidos, cuja preocupação primordial era defender seus interesses políticos e econômicos, supostamente ameaçados pela “explosão demográfica” do Hemisfério Sul.

5 — Aspectos políticos e econômicos internos

5.1 — Uso eleitoreiro da esterilização de mulheres

Com os depoimentos das presidentes das CPI estaduais, esta CPMI apurou que o uso da esterilização cirúrgica em troca de votos é hoje fato freqüente em diversas partes do País.

A Deputada Raquel Cândido apresentou documentação denunciando o uso de esterilização para fins eleitorais por parte do Deputado Federal Nobel de Moura, do Estado de Rondônia. Nesta documentação consta que o deputado-médico responde a processo judicial, devido ao óbito de uma mulher durante uma intervenção para laqueadura.

A CPI goiana comprovou que o médico e político José Hidasi, que se elegeu a si e a seu irmão para cargos eletivos em Goiás, realiza esterilizações em mulheres com fins eleitoreiros. O referido profissional teve o seu diploma de médico cassado pelo Conselho Federal de Medicina, mas não foi por esta razão em particular.

O depoimento da Presidente da CPI do Espírito Santo constatou a atuação de políticos-médicos que realizam pessoalmente a laqueadura, e de outros políticos que contratam profissionais para fazê-la, visando a resultados eleitorais.

A depoente Sara Sorrentino denunciou a utilização da Clínica Ralph, em São José dos Campos, pelo seu proprietário, na realização de laqueaduras para eleger-se vereador e deputado estadual. Não sabe, contudo, precisar se tal comportamento passado ocorre ainda na atualidade.

Encontram-se em anexo matérias jornalísticas que relatam o fim eleitoral da laqueadura em Santo Amaro da Purificação (BA) e Guarulhos (SP), nas eleições municipais de 1992.

5.2 — Esterilização e mercado de trabalho feminino

Outra denúncia formulada com freqüência perante a CPMI é o fato de empresas estarem exigindo atestado de laqueadura para admissão ou manutenção no emprego.

As seguintes empresas do Espírito Santo exigem atestado de laqueadura para admissão, pelo que apurou a CPI estadual: Viação Serrana, Transcol, Viação Grande Vitória, Empresa Indústria Docevite.

No Estado do Rio de Janeiro, segundo a Deputada Jandira Feghali, estariam procedendo da mesma forma, entre outras, as empresas: Mineirinho e De Millus. Observa-se, ainda, que estas empresas estão reduzindo o número de mulheres em seus quadros, visando desobrigarem-se do fornecimento de creche, direito trabalhista das mulheres.

Encontram-se em anexo recortes de jornais denunciando exigência de atestado de esterilização para admissão em emprego, enviados pela Comissão sobre a Mulher Trabalhadora da CUT (Central Única de Trabalhadores).

A representante da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Maria Betânia de Ávila, sugere que a “troca de laqueadura por voto ou a exigência da ligadura para conseguir emprego deveriam ser configuradas como crimes contra a humanidade”. Esta observação revela a gravidade que assumem hoje estas duas práticas criminosas, feitas por parte de políticos e empregadores.

5.3 — Gratuidade e pagamento da esterilização

A PNAD consultou as entrevistadas quanto ao local de ocorrência do ato da esterilização. Das respostas apuradas, inferiu-se que 68,2% do total das esterilizações foram realizadas em hospitais, clínicas ou consultórios particulares, 5,4% ocorreram em unidades de saúde pública e 22,6% em unidades de saúde do INAMPS ou conveniadas.

Entre as mulheres que estavam esterilizadas, em 1986, 59,5% declararam pagamento pelo procedimento cirúrgico, enquanto que a gratuidade alcançou 40,2%. Não há dados que especifiquem às expensas de quem ocorreu este procedimento. Mas se se faz um cruzamento de informação de gratuidade com local de ocorrência do ato cirúrgico, o que se observa é que a gratuidade (40,2%) é bem maior que a ocorrência do ato cirúrgico na rede pública ou conveniada (28%). Infere-se, daí, que uma boa parte das cirurgias gratuitas tenha sido custeada indiretamente pelo setor público. Presume-se, ainda, que parte tenha sido custeada por entidades controlistas e políticos. Apenas no Nordeste brasileiro há preponderância da gratuidade sobre o pagamento.

5.4 — Situação atual da assistência pública à saúde

Com o advento da Reforma Sanitária que resultou na formulação do Sistema Único de Saúde, houve a universalização do atendimento público à saúde. Entretanto, o crescimento da demanda e a redução, concomitante, dos gastos governamentais em investimentos e custeio no setor, ocasionaram o desmantelamento do sistema e o sucateamento dos serviços.

Esta situação traduz-se na redução da capacidade resolutiva dos serviços, baixos salários dos trabalhadores, obsolescência de tecnologias que, entre outros efeitos, resultam em precário nível de assistência pública.

Por outro lado, a participação complementar da rede privada vem sendo inviabilizada pela desatualização das tabelas de pagamento de serviços, diárias e honorários. Ao lado desta situação, é evidente o crescimento dos seguros privados de saúde, de significado alternativo para os setores da classe média do País já descrente do atendimento público.

Agravando o quadro de deterioração, é doloroso constatar que o Ministério da Saúde foi palco de vultosos desvios orçamentários pelo chamado “esquema PC”, trazidos a público pela CPMI que investigou as denúncias referentes às atividades do Sr. Paulo César Farias. A apuração dos escândalos de corrupção no Ministério da Saúde revelou a rede de superfaturamento, que redundou em sérios prejuízos para o custeio dos serviços de saúde. A Central de Medicamentos desviou-se de sua função primordial de distribuir remédios à população carente ao ter seus recursos empregados na aquisição de veículos.

O quadro de cobertura de assistência à saúde da mulher é hoje muito precário. Segundo o Sr. Ministro de Estado da Saúde, Dr. Adib Jatene,

o controle do câncer cérvico-uterino é realizado em 5% das unidades públicas do País e o planejamento familiar em 19% da rede. Esta situação é indicativa do grau de prioridade que tem sido dada à assistência à saúde da mulher no País nos últimos anos.

Desta forma, a esterilização cirúrgica de mulheres, seja voluntária ou não, é assunto que não pode ser dissociado de uma discussão que é mais imediata: a implantação da política de assistência integral à saúde da mulher. A situação da epidemiologia da saúde reprodutiva, ao revelar o uso abusivo da esterilização por parte das mulheres, reflete o abandono e a omissão do Estado em sua responsabilidade constitucional de prover saúde integral e métodos contraceptivos para o planejamento familiar no contexto desta assistência.

Formou-se um consenso entre os depoentes de que apenas com a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde e garantia de financiamento que viabilize o seu funcionamento, poderá o PAISM ser implantado. O PAISM proveria as unidades da rede pública de assistência de infra-estrutura, medicamentos e tecnologia que permitam o acesso da população a todos os métodos existentes para o controle da fertilidade, e a prestação da assistência integral à saúde da população feminina.

6 — Aspectos jurídicos

O Governo do Brasil, nas duas Conferências Mundiais de População, realizadas em Bucarest, em 1976, e no México em 1988, firmou uma posição oficial de não interferência na questão demográfica e no controle da fertilidade, entendendo que tal decisão é de foro íntimo das pessoas e da família.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 226, § 7º, estabelece a obrigação do Estado em subsidiar a decisão, que é do casal, nas opções de planejamento familiar, segundo depoimento do Presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados no Brasil, Dr. Marcelo Lavenère. Cabe portanto ao Estado prover as pessoas de métodos e tecnologias científicamente aceitáveis para a realização de suas aspirações.

O mesmo depoente enfatiza que o Constituinte foi preciso ao falar de planejamento familiar, que não pode ser confundido com práticas de controle de natalidade. De acordo com ele, tais práticas, na forma como vêm sendo adotadas em nosso País, constituem violação do texto constitucional.

Indo mais adiante, o representante da OAB cita os artigos 129, § 2º, inciso III e 132 do Código Penal, que criminalizam, respectivamente, a lesão corporal, com perda de função, e a exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo. A Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956 (Lei do Genocídio), em seu art. 1º, condena as práticas que signifiquem a inibição de nascimentos em determinados grupos. Poder-se-ia entender que tal prática estaria ocor-

rendo em Estados como o Maranhão, em que a taxa de esterilização cirúrgica é muito elevada.

Finaliza observando que, não fossem a permissividade e a complacência do sistema jurídico-cultural do povo brasileiro, que prosperaram graças à negligência do Governo brasileiro, poder-se-ia aplicar às práticas de esterilização, que têm sido denunciadas por esta CPMI, o Código Penal, responsabilizando-se, assim, os seus autores.

Aspecto que os depoimentos confirmam unanimemente é o de que a prática assistencial de saúde no País não condiz com os direitos constitucionais adquiridos, visto que a cobertura de assistência à mulher na rede pública é muito precária. Segundo o depoimento do Sr. Ministro da Saúde, apenas 19% das unidades de saúde da rede pública realizam ações de planejamento familiar, sendo que a mesma rede tem apenas 5% de suas unidades fazendo o controle do câncer ginecológico. Constata-se, assim, a desatenção do Estado com seu compromisso constitucional de ser o provedor de métodos e técnicas contraceptivas dentro de um contexto de saúde.

Por outro lado, segundo depoimentos colhidos na CPMI, verifica-se que nos financiamentos internacionais contratados pelo Governo brasileiro constam compromissos de desenvolvimento de políticas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar. Verifica-se também que não há mecanismos de articulação entre as próprias instituições do Governo, no caso o Ministério das Relações Exteriores e o da Saúde — no ordenamento e na coordenação política dos recursos internacionais que concorrem para o financiamento de instituições que aqui realizam trabalhos de planejamento familiar. Estas, além de não prestarem um serviço de boa qualidade, não se submetem às normas do Ministério da Saúde. Isto foi bem marcado no depoimento do Diretor do CPAIMC, Dr. Hélio Aguinaga, que disse realizar a esterilização cirúrgica de mulheres de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde informou, no entanto, que estas normas inexistem, justamente devido ao fato de ser ainda a esterilização não regulamentada, sendo, portanto, até o momento, ilegal.

7 — Aspectos antropológicos e sociais

As representantes dos movimentos organizados de mulheres defenderam com ênfase o direito fundamental à livre escolha de ter ou não filhos, assim como quando e quantos ter. A cidadania integral abrange o corpo e o espírito, porque o corpo é o primeiro lugar da existência individual e o direito de escolha é um direito constitucional no Brasil.

A esterilização feminina, enquanto estratégia para a solução da miséria no País, através da eliminação dos pobres, evidencia o equívoco da proposta, que não resiste ao menor argumento. Mais ainda, evidencia a perversão dos que a realizam, pelo alto custo para a saúde das mulheres decorrente das formas pela quais é feito este procedimento.

O argumento de que se poderá erradicar a miséria pela inibição de nascimentos nas populações pobres não tem definitivamente mais consistência: apesar da queda crescente nas taxas de fecundidade e de aumento demográfico, não se vê sinal de melhoria nas condições de vida da população brasileira. A mortalidade materna, indicador cada vez mais sensível para a avaliação da qualidade de vida, no Brasil, é 25 vezes maior do que a do Canadá. Em nosso País, para cem mil nascidos vivos, 150 mulheres morrem em decorrência de eventos ligados à gravidez, parto e puerpério.

Os direitos reprodutivos, defendidos pelo movimento feminista em todo o mundo, representam uma contribuição fundamental para a ampliação do próprio conceito de democracia. Desta forma, é imprescindível que o Estado garanta o direito das mulheres e das pessoas em autodeterminar suas vidas, independentemente dos interesses gerais, a nível nacional ou internacional.

A maternidade, longe de ser assumida pela sociedade como função social, representa, hoje, um fardo para a grande maioria das mulheres desamparadas pelo Governo e pelos companheiros. As práticas contraceptivas são realizadas quase que exclusivamente pelas mulheres, já que os poucos métodos para o uso masculino são sistematicamente recusados pelos homens. Desta forma, as mulheres convivem com os efeitos colaterais dos métodos hormonais, com o medo do parto, a falta de condições econômicas, o pânico do aborto clandestino e o vazio da ação governamental.

Neste contexto, a questão da esterilização cirúrgica entre as mulheres poderá ser entendida como renúncia à reprodução na sua forma mais radical. Para a reprodução ser considerada como uma opção, é necessário uma desconstrução cultural, pois a “cultura da laqueadura”, hoje, está consolidada, enraizada, legada de mãe para filha, de avó para mãe, constituindo já um caminho “natural”, um projeto de vida.

Para conseguir realizar este desejo, as mulheres não medem esforços para uma poupança, pagamento de um carnê ou para a negociação com os políticos. Há, imersa neste desejo, uma ilusão de “melhoria de vida”. As mulheres esterilizam-se pela impossibilidade de continuarem se submetendo aos inúmeros abortos clandestinos, às precárias e inacessíveis alternativas contraceptivas e à sobrecarga que recai sobre si na prática contraceptiva.

É assim que a esterilização no Brasil merece profunda reflexão, pois no seu bojo está a subordinação de classe, de raça e de gênero, além da omissão do Estado, dos empresários no âmbito do coletivo e dos companheiros na vida privada. A reversão desta situação é processo demorado, pois significa desconstruí-la como projeto de vida.

Já é longo o período de perversão instaurado no modelo reprodutivo brasileiro. Tal perversão é marcada pelo aprofundamento das discriminações de classe e de gênero, nas relações de trabalho e na impunidade e omissão. Quem entra na vida reprodutiva no Brasil não sabe onde vai parar, não tem qualquer controle sobre si, sobre sua vida. A sobrevivência é duvidosa

diante dos altíssimos índices de morte materna. A esterilização surge, então, como única e exclusiva solução.

7.1 — A esterilização feminina sob o ponto de vista étnico

A formação da sociedade brasileira teve grande contribuição dos negros africanos, trazidos como escravos para o Brasil. No entanto, desde sempre ficou estabelecida a marca da discriminação racial da população negra.

O depoimento de Luíza Barrios, Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado (MNU), enfatiza que em 1945 Getúlio Vargas editou um decreto-lei que propugnava a preservação da etnia européia na composição da população brasileira.

Denuncia, ainda, que a população negra nunca foi quantificada corretamente e que, antes do último censo, por conquista do movimento negro, a cor é incorporada como quesito censitário.

Entidades do movimento negro nacional, preocupadas com o resgate da cidadania da raça negra, foram pioneiras na denúncia de esterilização. Desde 1983 estas entidades vêm advertindo para o direcionamento das políticas de controle demográfico para os negros. O que serviu de fundamentação para esta denúncia foi a constituição em São Paulo, durante o governo de Paulo Maluf, de um (grupo de assessoria e participação) cujo objetivo específico era a redução da natalidade entre os negros.

Em 1986 foi realizada uma campanha publicitária na Bahia convocando ao controle da natalidade. Esta campanha destinava-se à inauguração do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana, dirigido pelo médico e pesquisador Dr. Elsimar Coutinho. Nesta campanha foram exibidos *outdoors* com fotos de crianças e mulheres negras, com os dizeres: “defeito de fabricação”.

A Coordenadora do MNU, Luíza Barrios, afirmou também que há entre as mulheres negras uma maior evidência de esterilidade involuntária, oriunda de doenças ginecológicas, que resultam de sua condição sócio-econômica de pobreza e miséria. Desta forma, contesta, ainda, os dados da PNAD — 1986 segundo os quais a proporção de esterilização de negras é menor, pois estes dados não incorporam a “esterilidade involuntária”. Segundo a depoente, a manipulação dos dados estatísticos da PNAD não considera o volume total da população feminina negra na Bahia. Naquele Estado, entre as mulheres brancas de 15 a 54 anos que usavam algum método contraceptivo, 43% estavam esterilizadas. Entre as negras, este percentual era de 39%, mas, na realidade, a população negra é muito maior.

Edna Rolland, representante do Instituto da Mulher Negra — GELEDES — afirma que, do ponto de vista dos países do Hemisfério Norte, todos os habitantes do Sul são negros, ou seja, descartáveis, cidadãos de segunda classe. Chama a atenção para o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas e alerta para a “vacina contra a gravidez”, tecnologia de alta interferência sobre

o sistema imunológico das mulheres, de efeitos, a médio e longo prazos, desconhecidos.

Para Jurema Werneck, do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP), o próprio IBGE refere que 45% da população brasileira é negra. Para os movimentos negros, a estimativa empírica é de que 80% da população é negra. Sua conclusão é de que neste contingente está a maioria das mulheres esterilizadas.

Representantes de entidade do movimento negro nacional consideram, ainda, que apesar de as estatísticas do IBGE dizerem que as mulheres brancas são maioria entre as mulheres esterilizadas, não é possível deixar de analisar as implicações sobre a população negra do processo de esterilização em marcha no Brasil, pois esse processo é dirigido não apenas em nosso País, mas pra todo o Terceiro Mundo.

Os próprios dados do Censo de 1980, do IBGE, indicam que a mulher negra (incluindo-se as “pardas” ou “mulatas”, assim denominadas pelo Instituto), representa 45% da população feminina, sendo que mais de 90% destas mulheres ganhavam até cinco salários mínimos e 42% têm um ano ou menos de estudo. Isto quer dizer que as mulheres negras deste País fazem parte, majoritariamente, do universo de analfabetos, dos que exercem atividades sem qualificação profissional e são as sub-remuneradas, morando em regiões pobres como favelas, mocambos, invasões, alagados. Enfrentam, enfim, toda sorte de dificuldades na luta pela sobrevivência, o que evidencia — e as estatísticas estão aí para comprovar — que ser negro em nosso País é ser candidato natural à pobreza.

Hoje em dia prevalece a idéia, que já virou senso comum, de que famílias pobres, numerosas, é que são os fatores impeditivos para o desenvolvimento do País. Não se pode ignorar que, em todo o mundo, o racismo é dos mecanismos mais eficientes de reprodução de desigualdades sociais e de exclusão política, econômica e social. Por isso afirma-se que o controle da natalidade praticado hoje no Brasil, através da esterilização cirúrgica, visa impedir o crescimento da população pobre, que é majoritariamente composta por negros. Pode-se do mesmo modo afirmar que a presença do negro como componente majoritário da população pobre é decorrência do racismo, responsável por gerar as condições de pobreza do negro no Brasil

Não é mera coincidência que a pobreza no Brasil, e em todo o mundo, tem uma cor, tem uma etnia. É do conhecimento geral o documento do governo norte-americano denominado “Relatório Kissinger” onde está claramente demonstrado o interesse no controle demográfico de países do Terceiro Mundo, dentre eles o Brasil, Índia, Nigéria, México. O que estes países têm em comum, além de serem terceiro-mundistas, é que são todos países “não-brancos”.

Qual é a cor da pobreza? Essa reflexão deve ser o objetivo da sociedade como um todo, incluindo aí o Congresso Nacional, pois, não é pura e simplesmente coincidência quando entidades do movimento negro nacional afirmam

que a maioria das mulheres esterilizadas neste País são negras e pobres. E se não existem estatísticas oficiais afirmando isso, deve o Congresso contribuir para pressionar os órgãos competentes a incluir o item cor nos levantamentos estatísticos realizados, de forma mais competente do que a adotada até hoje. Caso contrário, corre-se o risco de reproduzir o que aconteceu no censo de 1980, quando pessoas não-brancas brasileiras foram indagadas a respeito de sua cor e as respostas variavam entre mais de 150 nomes diferentes de cores, todas esquivando-se de assumir a condição de negro.

CAPÍTULO II

ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1 — Principais organizações e instituições internacionais

As organizações que financiam projetos de controle populacional são classificadas em organizações governamentais e organizações não-governamentais.

Entre as organizações governamentais estão: AID e os organismos da ONU (OMS, OPS, UNICEF, FAO, Banco Mundial etc.)

Segundo dados das Nações Unidas, as organizações internacionais investiram centenas de milhões de dólares no Brasil nas décadas de setenta e oitenta. No período de 1988/90, segundo aquela fonte, foram investidos 28 milhões de dólares em programas de população sob denominações de: cuidados de saúde integral da mulher e da criança; regulação da fertilidade; pesquisas relacionada à área de saúde materno-infantil; treinamento de pessoal; criação de programa de doutorado em população e pesquisa demográfica; ensino de pesquisa de população, educação sexual etc.

A USAID investiu em 1986, 8,3 milhões de dólares em projetos de planejamento familiar, segundo informa o relatório do PNUD (Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento).

As denominadas Organizações Não-Governamentais (ONG) são inúmeras (vide relação no final deste tópico). As principais que atuam no Brasil, diretamente ou através de outras organizações governamentais ou privadas, de acordo com o documento do Fundo das Nações Unidas para Atividades de População — FUNUAP, intitulado “Guias e Fontes de Ajuda Internacional em Matéria de População” são: IPPF, Population Council, Pathfinder Fund, FHI e AVSC.

IPPF — International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional de Planejamento Familiar). Suas atividades em todo o mundo, orientadas do Escritório Internacional de Londres, para os Escritórios Regionais e as 104 associações nacionais, compreendem todos os tipos possíveis de programas, por exemplo, financiamento de programas de anticonceptivos, realização de seminários para médicos de todos os países sobre os aspectos científicos,

médicos e biológicos de planejamento familiar; realização de estudos sobre a legislação que regula a disponibilidade de serviços anticonceptivos, de realização de abortos e de esterilização; e informação especial e campanhas de educação para jovens.

Population Council (Conselho de População). Criado por John D. Rockefeller III em 1952, é dirigido por uma comissão com membros de 12 países. Suas principais atividades são pesquisas biomédicas para o aperfeiçoamento dos métodos anticonceptivos. Entre os novos contraceptivos desenvolvidos pelo Centro, estão os três modelos de DIU de Cobre T e o anticonceptivo intradérmico Norplan. O Conselho avalia os sistemas e políticas existentes, elabora e pesquisa sistemas e políticas mais amplas e inovadoras para a prestação de serviços de anticoncepção, aborto e saúde materno-infantil. Constituem preocupação do centro: crescimento e estrutura da população; população e desenvolvimento; fisiologia do sistema reprodutor masculino com o objetivo de desenvolver novos métodos anticoncepcionais masculinos; vigilância da segurança e os efeitos sobre a saúde dos métodos da regulação da fertilidade. Seus recursos provêm de governos, de organismos internacionais, de fundações e de particulares. A Fundação John D. Rockefeller III, criada em 1988 em memória do fundador do Conselho, é uma base de sustentação que contribui e apoia os programas do Conselho.

The Pathfinder Fund (Fundação Pathfinder). Criada em 1957 para fomentar soluções inovadoras aos problemas de população, a partir de 1977, passou a receber recursos dos Estados Unidos para suas atividades no exterior. Principais finalidades: financiamento, assistência técnica e distribuição de anticonceptivos em programas de planificação familiar dos países em desenvolvimento. Outras atividades: programas para adolescentes, informação, educação sexual e comunicação; intensificação da consciência sobre problemas de população entre funcionários nacionais e locais, parlamentares, grupos profissionais, dirigentes de comunidades, grupos de mulheres e jovens; programas de comunicação para planejamento familiar.

FHI — Family Health International (Associação Internacional para a Saúde da Família). Fundada em 1973 com a denominação de International Fertility Research Program (Programa Internacional de Investigações sobre a Fecundidade), sua sede é em Carolina do Norte. Em 1982, passou a ter a atual denominação. Entre as pesquisas que financia, estão: dispositivos intra-uterinos (DIU); anticonceptivos sistêmicos, entre eles os esteróides de ação prolongada; esterilização masculina e feminina; anticonceptivos de barreira e promoção da consciência sobre a fecundidade.

AVSC — Association For Voluntary Surgical Contraception (Associação para a Anticoncepção Cirúrgica Voluntária). Criada por cidadãos norte-americanos para promover a esterilização voluntária como meio eficaz de planificar a família e regular a fecundidade, iniciou, em 1972, seu programa internacional dirigido aos países em desenvolvimento. Principais atividades: organização

de serviços e programas de esterilização voluntária; capacitação de médicos nas técnicas de esterilização voluntária; formação de pessoal de apoio; organização de grupos dirigentes locais para fomentar a esterilização voluntária; pesquisa operacional e estudos especiais sobre anticoncepção cirúrgica voluntária; conferência e seminários a nível local, regional e nacional. A AVSC não concede ajuda aos serviços relacionados com abortos.

1.1 — Listagem das instituições internacionais que financiam projetos de população no Brasil

AVSC — Association for Voluntary Surgical Contraception

FAO — Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FHI — Family Health International

FIPF — Federación Internacional de Planificación de la Familia

FNUAP — Fundo de População das Nações Unidas

FPIA — Family Planning International

IAPG — Inter-American Parliamentary Group on Population and Development

IDRC — International Development Research Center

IFFLP — International Federation for Family Life Promotion

IPPF — International Planned Parenthood Federation

JHPIEGO — John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics

JOICPF — Organização Japonesa para a Cooperação Internacional em Planejamento Familiar

OMS — Organização Mundial de Saúde

OPS — Organização Panamericana de Saúde

PIP — Population Information Program, The Johns Hopkins University

PMA — Programa Mundial de Alimentos

PNUD — Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UNESCO — Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF — Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID — United States Agency for International Development

WFHA-AVSC — World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception

2 — Principais instituições brasileiras

O Inventário de Projetos de População das Nações Unidas relaciona mais de cinqüenta entidades não-governamentais que, no Brasil, executam os denominados projetos de população. Adiante estão mencionadas essas entidades.

Algumas delas merecem destaque, não somente pelos projetos que realizam, como pela soma de recursos empregados, a saber:

BEMFAM — Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, cujas atividades são discutidas mais adiante.

CPAIMC — Centro de Pesquisas e Assistência Integrada à Mulher e à Criança, cujas atividades são também discutidas mais adiante.

ABEPF — Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar. Entidade civil que congrega as entidades de planejamento familiar. Seu orçamento para o período de 1988/90 foi de US\$8,3 milhões. Principais atividades: treinamento de médicos, enfermeiras e pessoal paramédico em técnicas de esterilização; promoção de entendimentos com o setor público; divulgação de técnicas e de material contraceptivas; publicação na imprensa nacional e internacional sobre temas de população etc.

CESEX — Centro de Sexologia de Brasília. Entidade privada que, com apoio financeiro do Pathfinder Fund, foi encarregada pelo Ministério da Educação de promover ações educativas na área de saúde sexual e reprodutiva, em âmbito nacional para todos os níveis de ensino, segundo Protocolo de Intenções nº 1/91, publicado no *Diário Oficial* da União, de 16 de maio de 1991. Principais atividades: elaboração e publicação de livros sobre educação sexual e reprodutiva; execução de cursos, em nível de pós-graduação para futuros professores do assunto. Para o programa de educação sexual (formação e treinamento de pessoal, elaboração de material de ensino, produção de filmes de educação sexual para adolescentes, pesquisas sobre educação sexual entre jovens etc.) foram reservados no período 1988/90 US\$277,253 do orçamento do Pathfinder Fund.

2.1 — Exemplos de projetos

Os projetos de população são publicados pelo FUNUAP em seu “Inventory of Population Projects in Developing Countries Around The World”

Eis alguns projetos para 1989/1990:

Entidade Financiadora	Projeto	Entidade Executora	Valor em US\$
BANCO MUNDIAL	Segundo Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste (Serviços Básicos e Planejamento Familiar)	Financiamento	610.600.000 267.000.000
FPIA	Distribuição de contraceptivos porta a porta e colocação de DIU	PROFAMILIA	174.000
	Planejamento Familiar e reembolso de procedimentos de contracepção cirúrgica a clientes	CEPECS	788.000
IPPF	Contratos com Secretarias de Saúde do Nordeste e assessoramento ao Grupo Parlamentar de População e Desenvolvimento	BEMFAM	6.000.000

Entidade Financiadora	Projeto	Entidade Executora	Valor em US\$
THE PATHFINDER FUND	Publicação de artigos sobre população	ABEPF	139.271
	Assistência a Parlamentares na Constituinte.		112.755
AVSC	Continuação do programa de contraceção cirúrgica voluntária para homens e melhoria dos serviços da região	PROPATER	637.000
	Treinamento de médicos e enfermeiros em técnicas de vasectomia	ABEPF	872.000
	Treinamento de médicos para estabelecer alto padrão dos serviços de contraceção cirúrgica voluntária	BEMFAM	116.000
	Continuação do serviço de esterilização voluntária pós-parto e fortalecimento da educação em Planejamento Familiar pré-natal e pós-parto para o pessoal da comunidade	MATERNIDADE SÃO PAULO	33.000
FPIA	Manutenção de serviços de planejamento familiar e clientes de referência para contraceção cirúrgica voluntária em 12 unidades externas de saúde; distribuição de contraceptivos para cinqüenta organizações e cem médicos particulares	CPAIMC	473.000
	Serviços de planejamento familiar, reembolso de procedimentos de contraceção cirúrgica, distribuição de produtos de contraceção — MG	CEPECS	788.000
	Programa de distribuição de contraceção de porta em porta e referência de clientes para colocação de DIU e serviço de esterilização voluntária	PROFAMILIA	174.000
	Treinamento de pessoal e execução de atividades de esterilização voluntária	CNBL	213.000
JHPIEGO	Serviços de manutenção preventiva e reparos em equipamentos de endoscopia doados pela JHPIEGO e USAID		
THE JOHN HOPKINS UNIVERSITY	Preparação e implementação de um pacto integrado de "mass media" para difundir informação e uso de serviços de vasectomia	PRO-PATER	305.000

2.2 — Listagem das instituições nacionais que executam projetos de população no Brasil

ABEPF — Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar

ABRAMGE	— Associação Brasileira de Medicina de Grupo
BEMFAM	— Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar
CAEMI	— Centro de Assistência Especial Materno-Infantil
CEDEPLAR	— Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (UFMG)
CEMICAMP	— Centro Materno-Infantil da Universidade de Campinas
CENPLAFAM	— Confederação Nacional de Centros de Planejamento Natural da Familiar
CEPECS	— Centro de Estudos e Pesquisas Clóvis Salgado
CEPIA	— Cidadania, Estudo, Pesquisa e Ação
CISCO	— Centro Comunitário para Informação sobre Saúde Reprodutiva em Londrina
CLAM	— Centro Londrinense de Assistência à Mulher
CMI/PF	— Centro Materno-Infantil/Planejamento Familiar
CNBL	— Centro Nacional Bertha Lúz
CPAIMC	— Centro de Pesquisas e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CPARH	— Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana
CPRH	— Centro de Pesquisas e Reprodução Humana — Universidade Federal da Bahia
FEBRASGO	— Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	— Fundação Oswaldo Cruz
FUNDAJ	— Fundação Joaquim Nabuco
GELEDES	— Instituto de Mulheres Negras
IDESP	— Instituto de Estudos Econômicos Sociais e Políticos de São Paulo
PROFAMILIA	
PROPATER	— Promoção da Paternidade Responsável
RENUMI	— Associação para Reprodução, Nutrição e Saúde Materno-Infantil
SAMEAC	— Sociedade de Assistência à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
UFBA	— Universidade Federal da Bahia
UFMG	— Universidade de Minas Gerais
UFPR	— Universidade Federal do Paraná
UFRJ	— Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	— Universidade de Brasília
UNFPA	— Fundo das Nações Unidas para Atividades de População
	— Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
CMI	— Centro Materno-Infantil
	— Centro para Estudos e Pesquisas sobre Saúde Coletiva
	— Centro de Orientação para Mulheres Jovens em Manaus
	— Centro de Pesquisas e Controle de Doenças Materno-Infantil de Campinas

- Coletivo de Saúde e Sexualidade de Mulher
- Divisão de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal da Paraíba Escola de Medicina do ABC
- Escola de Medicina da Universidade do Paraná
- Escola Paulista de Medicina
- Estado da Paraíba
- Fundação de Assistência à Infância e Adolescência
- Fundação Esperança

SEADE — Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

- Grupo de Suporte e de Prevenção da AIDS de Santos
- Hospital da Encruzilhada
- Hospital Lauro Wanderley — Paraíba
- Instituto de Estudos Religiosos
- Instituto de Saúde
- Instituto de Saúde Reprodutiva
- Maternidade Clémérico de Oliveira
- Maternidade São Paulo
- Movimento de Libertação Gay Atoba
- Grupo Odebrecht
- Pathfinder Fund/Brasil
- Programa Nacional para Treinamento de Educadores Sexuais
- Secretaria de Saúde
- SOS Corpo
- Universidade Federal de Juiz de Fora
- Universidade Federal de Pelotas

3 — Atuação da BEMFAM

Por solicitação da Presidente da CPMI, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil — BEMFAM, encaminhou relatórios de atividades dos últimos cinco anos, cópias de contratos com entidades financeiradoras de suas atividades bem como cópias de contratos com prefeituras municipais, onde exerce suas atividades.

A análise da documentação enviada e o estudo de outros documentos entregues à CPMI sobre a atuação da BEMFAM são feitos a seguir:

3.1 — Natureza e finalidade da BEMFAM

A BEMFAM, fundada em 26 de novembro de 1965, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, é uma entidade privada, sem fins lucrativos, filiada à “International Planned Parenthood Federation — IPPF”, presente em 134 países e cuja finalidade é a implementação de projetos de planejamento familiar. Tais projetos compreendem treinamento de pessoal médico e paramédico, esterilização, distribuição de contraceptivos, cursos de educação sexual e execução de práticas de contracepção em suas unidades próprias.

A IPPF é consultora do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas e recebeu a Medalha de Ouro "Saúde para Todos" da Organização Mundial de Saúde, em 1988.

A BEMFAM é reconhecida pelo Governo como entidade filantrópica, condição exigida pela IPPF para filiação e doação de recursos para execução dos projetos de planejamento familiar. Pelo Decreto nº 68.514, de 15 de abril de 1971, a BEMFAM foi reconhecida de utilidade pública federal.

3.2 — Projetos e recursos de entidades internacionais

Duas são as principais origens dos recursos internacionais recebidos pela BEMFAM: IPPF e USAID. A AID faz transferência de recursos para a BEMFAM diretamente ou através de suas várias instituições: PATHFINDER FUND, FPIA, FHI, POPULATION INSTITUTE etc. Organismos internacionais, como OPAS e o FUNUAP, também repassam recursos para a BEMFAM.

Além dos recursos próprios, a IPPF repassa recursos da AID da ordem de US\$1.300.000,00 segundo contratos constantes da documentação enviada à CPMI pela BEMFAM.

Os recursos internacionais somaram nesses últimos cinco anos (1987/1991) US\$20.311.484,00 que, somados aos US\$1.429.523,00 obtidos de convênios diversos com municípios brasileiros, remontam a US\$21.741.007,00 naquele período.

Além das dez clínicas próprias, conta a BEMFAM em 1991 com 2.676 postos de atendimento conveniados em 1.193 municípios.

Os contratos celebrados entre a BEMFAM e instituições internacionais têm como objetivo, entre outros: treinamento de pessoal médico e paramédico em técnicas de laparoscopia e laparotomia; aquisição e distribuição de contraceptivos orais, DIU, preservativos masculinos, cursos de educação sexual, realização de seminários e congressos bem como material educativo necessário a esses eventos (vídeos, folhetos, apostilas, livretos, cartazes etc.).

Os contratos que incluem a prática de esterilização, a distribuição de laparoscópios e treinamento em laparotomia, contêm cláusulas que asseguram a livre decisão da pessoa que vai se submeter a essa cirurgia:

"A contratante concorda em tomar algumas providências necessárias no sentido de assegurar que os fundos repassados por esse contrato não serão usados para coagir alguém a praticar método de planejamento familiar em desacordo com sua moral individual, sua crença filosófica ou religiosa. Além disso, a contratante concorda em desempenhar suas atividades de maneira que salvaguarde os direitos, saúde e bem-estar de todos que tomam parte no programa.

Nenhum fundo concedido por este contrato será usado para pagar procedimentos de esterilização não voluntária ou para coagir

ou conceder algum incentivo financeiro a alguém para praticar esterilização.

A contratante assegurará que os procedimentos de esterilização, apoiados no todo ou em parte por fundos deste contrato, serão realizados somente após a pessoa voluntariamente procurar o tratamento e, tendo sido informada, consinta em se submeter ao procedimento cirúrgico. Consentimento após ter sido informado significa que o voluntário, conhecendo os fatos, dê seu de acordo após ter sido informado dos procedimento cirúrgicos a serem efetuados, o desconforto e riscos esperados, os benefícios esperados, a disponibilidade dos métodos alternativos de planejamento familiar, o propósito da operação e sua irreversibilidade, e o fato de o consentimento poder ser retirado algum tempo antes da operação. Um consentimento individual é considerado voluntário se é baseado no exercício da livre escolha e não é obtido por uma indução especial ou alguma persuasão, fraude, artifício, coação ou outra forma de coerção ou apresentação incorreta ou falsa.

Além disso, o contratante documentará o consentimento do paciente informado através de: 1) um documento, escrito numa linguagem que o paciente entenda e fale, que explique os elementos básicos da informação consentida com exposto acima e que seja assinado pelo indivíduo e pelo seu médico ou pelo assistente de seu médico; ou 2) quando um paciente é incapaz de ler um atestado escrito e assinado pelo médico-assistente ou pelo assistente autorizado de médico do paciente com os elementos básicos do consentimento informado acima e oralmente apresentado ao paciente, e que depois disso, o paciente dê seu consentimento para a operação. O ciente da explanação oral será obtido com a impressão digital do paciente no certificado e pela assinatura ou impressão digital de uma testemunha que será do mesmo sexo e que fale a mesma língua do paciente” (Tradução do Sr. Humberto Leal Vieira).

Além disso, há cláusulas que proíbem o uso de fundos do contrato para quaisquer ações que proporcionem o aborto como método de planejamento familiar, como: induzir ou motivar a mulher a fazer aborto; pagar pessoas para fazer aborto; realizar programas de informação ou de treinamento para aborto; realizar pesquisas biomédicas relacionadas a aborto, fazer “lobing” para aborto etc.

3.3 — Convênios assinados com as prefeituras e outras entidades

Os convênios assinados pela BEMFAM com os municípios e outras organizações, como, por exemplo, a Polícia Militar do Estado de Pernambuco, têm como finalidade: oferecer assistência técnica, treinar e capacitar recursos humanos; oferecer métodos anticoncepcionais aprovados pela DIMED (métodos anticoncepcionais hormonais, dispositivos intra-uterinos, diafragmas); ofe-

recer condições para a realização de métodos cirúrgicos; fornecer material e informações etc.

Segundo os convênios assinados, à Prefeitura, através de seus serviços e postos de saúde, compete a execução das atividades, fornecendo por sua conta e risco os recursos humanos, instalações, material e equipamento, responsabilidade pela guarda e despesas de transporte dos materiais doados pela BEMFAM. Além disso, a Prefeitura contribui mensalmente com uma importância a título de doação no valor variável de um a dois salários mínimos. No caso em que os convênios estabeleçam como atividades da BEMFAM, além das atividades de planejamento familiar, exames preventivos de câncer ginecológico, a Prefeitura deposita em conta da BEMFAM valores equivalentes a um salário mínimo por lote de 25 lâminas.

O número de convênios em vigor em 1991 foi de 1.773, atingindo 26% dos municípios em todo o País, sendo que a maior concentração é no Nordeste. Os Estados do Rio Grande do Norte (99,3% dos municípios), Pernambuco (97,8%), Alagoas (100%), Paraíba (98,8), Piauí (94,9%) e Ceará (92,1%) são objetos de maior atenção da BEMFAM. Em alguns outros Estados (BA, SE, MA, RS, PR, SC, MG) a incorporação dos municípios nos programas da BEMFAM apresenta um índice bem mais modesto. No Estado do Rio de Janeiro, sede da instituição, 90% dos municípios contam com a sua assistência.

3.4 — Outras atividades da BEMFAM

Além dos convênios com órgãos públicos, empresas e instituições diversas, menciona o relatório da BEMFAM outras atividades como:

a) realização de campanha de promoção do planejamento familiar junto à opinião pública e junto aos membros da Assembléia Nacional Constituinte com vistas a introduzir no texto da Constituição Federal o atual dispositivo sobre planejamento familiar. A campanha constou de anúncio publicado nos cinco principais jornais do País *Jornal do Brasil, O Globo, Folha de S. Paulo, O Estado de S. Paulo e Correio Braziliense*) e, ainda, nas revistas *Veja* e *Exame*;

b) trabalho realizado junto às Assembléias Estaduais com vistas à introdução do planejamento familiar nas constituições e leis orgânicas;

c) publicações diversas voltadas para o planejamento familiar e educação sexual para adolescentes segundo projetos desenvolvidos em conjunto com a Fundação Victor Civita. O objetivo desses projetos foi colaborar com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM. Adicionalmente, buscou a BEMFAM motivar professores de primeiro e segundo graus para levar a mensagem do planejamento familiar a seus alunos, aos pais e a outros professores. A cartilha “Como Planejar a Família” caracteriza o planejamento familiar como uma ação de saúde preventiva e um direito humano fundamental, cuja finalidade é a plenitude da vida, e não a sua restrição;

d) educação sexual de jovens e adolescentes com vistas à orientação sobre planejamento familiar (métodos contraceptivos) e ao combate de mitos e tabus, orientando-os para o livre exercício da sexualidade. Segundo o relatório da BEMFAM (1991), “O aumento expressivo de incidência das DST e AIDS, do aborto e da gravidez na população adolescente impõem a adoção de medidas mais efetivas de orientação sexual e promoção de ações que favoreçam mudanças nesse quadro (...) A BEMFAM, na perspectiva da linha de trabalho definida para esse segmento, elaborou o projeto “Encontro de Adolescentes — Transando a Vida com Amor e Arte”, quando reuniu 120 jovens entre 14 e 17 anos, provenientes de escolas da rede municipal”;

e) comercialização de material e cobrança por prestação de serviços tais como venda de publicação, realização de exames em laboratórios de citopatologia, mediante pagamento, cobrança de serviços em clínicas próprias etc. em laboratórios de citopatologia, mediante pagamento, cobrança de serviços em clínicas próprias etc.

3.5 — Análise da documentação em face de outros documentos e depoimentos apresentados à CPMI

Além da documentação enviada pela BEMFAM à CPMI, foram apresentados outros documentos e informações que se referem às atividades daquela instituição do País.

Segundo o FUNUAP/ONU, o orçamento da BEMFAM para o período 1988/1990, foi de US\$9 milhões de dólares, dos quais US\$6,8 milhões foram doados pela IPPF.

O Relatório Kissinger (NSSM 200) encaminhado pela Deputada Lúcia Souto, da CPI do Estado do Rio de Janeiro, propõe como estratégia para redução de população em países do Terceiro Mundo e em especial de 13 países-chave, entre eles o Brasil.

- fornecimento de recursos, através da AID (Agência Internacional de Desenvolvimento) para instituições que atuem na área de planejamento familiar;
- treinamento de pessoal médico e paramédico em técnicas de planejamento familiar;
- fornecimento de recursos para a contracepção cirúrgica;
- utilização de organizações e de instituições que trabalhem no campo do planejamento familiar etc.

A IPPF, conhecida organização controlista de cunho eugênico, juntamente com a AID, são as principais financiadoras dos projetos da BEMFAM. O “I Encontro de Educação Sexual” promovido pela BEMFAM, no Rio de Janeiro, e o recente *workshop* Saúde do Adolescente” (15 a 19 de junho de 1992), realizado em São Paulo sob os auspícios da IPPF, BEMFAM e FUNUAP, demonstram a coerência dos propósitos da BEMFAM com os da IPPF, financiadora de tais projetos.

Apesar de os contratos celebrados pela BEMFAM e entidades internacionais financiadoras exigirem que os recursos repassados não sejam aplicados em propaganda ou indução de esterilização e aborto, materiais veiculados pela TV no programa “Domingo Especial” (apresentados à CPMI) tentam passar a idéia de que o uso dos citados procedimentos é universal.

Nas estratégias de ação do IPPF, encontramos a seguinte orientação: “As entidades filiadas não devem considerar a existência de uma lei desfavorável para proceder às mudanças, mesmo contra a lei devem agir(...) A legislação dos países devem se adaptar aos objetivos da IPPF”.

Em face das informações colhidas, extraímos as conclusões que se seguem:

— a BEMFAM — Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil é uma das 134 entidades no mundo filiadas à IPPF que tem por objetivo o controle populacional mediante uso de métodos de planejamento familiar e educação sexual de crianças e adolescentes voltada para seus objetivos, condicionada a uma mudança de valores morais e éticos hoje não aceitos por amplos setores da sociedade brasileira;

— a persuasão através dos meios de comunicação, seminários, congressos, grupos de parlamentares criados pela IPPF etc, com vistas à alteração de legislação que favoreça os objetivos controlistas da IPPF e da AID, constitui de fato uma interferência indévida aos assuntos internos no País.

4 — Atuação do CPAIMC

4.1 — Natureza do CPAIMC

O Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança — CPAIMC, criado em 1975, com sede no Rio de Janeiro, é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, considerada de utilidade pública pelo Decreto nº 91.108, de 1985, registrada no Conselho Nacional de Serviço Social sob o nº 242.962/82.

São finalidades do CPAIMC: desenvolver trabalho educativo e assistencial, treinamento e capacitação de recursos humanos, aplicação de tecnologias apropriadas na área de planejamento familiar, disseminação de informações sobre cuidados básicos de saúde, com ênfase na atenção ao grupo materno-infantil.

4.2 — Fontes de financiamento

Duas são as principais fontes de financiamento dos projetos do CPAIMC: 1) recursos externos provenientes da AID e repassados através de instituições internacionais (JHPIEGO, FPIA, PATHFINDER, FHI etc.), e de algumas outras instituições; 2) recursos internos resultantes da venda de serviços e comercialização de produtos.

O contrato com a Family Planning International Assistance — FPIA (abril/89-março/90), no valor de CZ\$148.333.193,00, teve como objetivos:

a) prestar serviços de planejamento familiar e encaminhar oitocentos a um mil clientes para serviços de contracepção cirúrgica voluntária — CCV;

b) distribuir 7.500 ciclos de pílulas, 510.000 preservativos, 25 mil DIU, 1.625 tubos de geléia, 110.000 comprimidos vaginais e 608 diafragmas a cinqüenta instituições de planejamento familiar e a cem médicos particulares.

No contrato com a PATHFINDER (outubro/90-junho/91), no valor de Cr\$2.426.204,00, o objetivo foi: importação, estocagem e distribuição de DIU, diafragmas, condons, geléias, comprimidos vaginais, espumas, kits de diafragmas, kits de inserção de DIU, kits de minilaparoscópios, kits de vasectomia etc.

O contrato com a JHPIEGO (170-8-88 a 31-7-89), no valor de US\$114,902, teve como finalidade;

a) realização de um curso de didática e treinamento clínico em saúde reprodutiva e tecnologia contraceptiva com ênfase sobre técnicas de minilaparotomia e inserção de DIU para vinte médicos e vinte enfermeiras, com duração de dez dias (oitenta horas);

b) realização de um seminário com duração de cinco dias (quarenta horas) sobre tecnologia educacional, avaliação metodológica e uso de meios instrucionais para educação em saúde reprodutiva para dez professores universitários de escolas médidas;

c) realização de cinco vistas/dia de supervisão a dez educacionais, avaliação metodológica para educação em saúde reprodutiva instituições de médicos previamente treinados pelo CPAIMC, mediante acordo com a JHPIEGO.

d) fornecimento de material educacional equipamento médico acima especificado para suplementar programa de treinamento.

O material educacional se refere à literatura em espanhol distribuída pelo Diretor do Projeto, Dr. Hélio Aguinaga, Presidente do CPAIMC; vinte kits de minilaparotomia e vinte kits de DIU doados pela JHPIEGO a médicos com treinamento certificado pelo diretor do projeto.

4.3 — Outras informações prestadas pelo CPAIMC

São as seguintes as informações prestadas pelo CPAIMC à Presidente da CPMI, em correspondência datada de 4 de agosto de 1992;

a) volume de recursos recebidos nos últimos cinco anos:

1987 — CZ\$18.748.387,00
1988 — CZ\$84.765.091,00
1989 — CZ\$981.151,58
1990 — CR\$11.514.222,56
1991 — CR\$17.181.813,00

b) número de anticoncepções cirúrgicas realizadas:

1987 — 1.127
1988 — 659
1989 — 510
1990 — 195
1991 — 71

c) O CPAIMC não distribuiu quaisquer endoscópios nesses cinco últimos anos e jamais forneceu equipamento especializado em endoscopia especificamente a profissionais da área de saúde;

d) O CPAIMC não patrocinou indiretamente qualquer cirurgia anticonceptiva e, eventualmente, realizou esse tipo de cirurgia gratuitamente, por razões sociais, dentro de critérios técnico-científicos. Todas as cirurgias anti-conceptivas realizadas pelo CPAIMC eram pagas pelos próprios pacientes interessados.

4.4 — Análise da documentação apresentada

Das doze instituições que mantiveram acordo com o CPAIMC, foram encaminhados apenas três contratos (JHPIEGO, PATHFINDER FUND e FPIA). Esses contratos não cobrem o período solicitado de cinco anos, não se podendo fazer uma avaliação dos recursos totais destinados à esterilização nem do número de pessoas esterilizadas.

A informação prestada pelo Presidente do CPAIMC, segundo a qual essa instituição não distribui equipamentos endoscópios nem patrocinou direta ou indiretamente cirurgias anticonceptivas nesses últimos cinco anos e “jamais forneceu equipamento especializado em endoscopia especificamente a profissionais da área de saúde não procede, pelas seguintes razões:

a) o acordo celebrado entre a JHPIEGO e o CPAIMC estabelece como responsabilidade do CPAIMC não só a distribuição de material educativo (em espanhol), como a distribuição de minilaparoscópios aos médicos que se submeterem ao treinamento (vinte profissionais) após o certificado emitido pelo CPAIMC;

b) no contrato celebrado entre o Fundo Pathfinder e o CPAIMC está previsto a doação de centenas de kits de vasectomia e minilaparoscópios;

c) no contrato com a FPIA consta o “Programa de Distribuição de Vendas” de materiais contraceptivos e aí estão relacionados 13 kits de minilaparotomia ao preço médio de Cz\$100.000,00.

d) na justificativa do contrato assinado entre o Pathfinder Fund e o CPAIMC, encontramos a seguinte afirmação: “desde 1987, o CPAIMC vem prestando serviços a mais de 150.000 mulheres e treinou mais de 3.200 agentes de saúde. O CPAIMC distribuiu material e equipamentos doados pelo Pathfinder, FPIA, JHPIEGO e a AVSC para organizações de planejamento familiar, com isenção de imposto de importação. O CPAIMC é importante distribuidor de material doado para instituições do setor privado que não têm esse privilégio”;

e) no regulamento do programa constante do contrato celebrado entre a FPIA e o CPAIMC encontramos as mesmas proibições e cautelas quanto ao uso e prática de métodos de planejamento familiar e aborto, relacionados nos contratos celebrados pela BEMFAM e suas instituições financiadoras.

De acordo com o FUNUAP/ONU, o orçamento do CPAIMC para o período de 1988/90 foi de US\$3,5 milhões.

CAPÍTULO III

RESUMO DOS DEPOIMENTOS

1 — Depoimento da Sr^a Sara Romero Sorrentino.

A depoente é diretora da União Brasileira de Mulheres, entidade autônoma, sem nenhuma vinculação a instituição pública ou privada, suprapartidária, que não recebe qualquer tipo de financiamento. Congrega núcleo de ação de mulheres nos Estados, com o objetivo de unificar as lutas, as discussões e os debates e levar à frente bandeiras comuns às mulheres.

A preocupação da depoente com a esterilização de mulheres teve início em 1984, quando trabalhou no Conselho da Condição Feminina, onde pesquisou sobre o funcionamento dos serviços de planejamento familiar. Verificou, então, que havia várias clínicas em São Paulo fazendo este serviço, vinculadas a um serviço hospitalar. A maioria era filiada à Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, sediada no Rio de Janeiro.

Salienta que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD (1986) revelou que 60% a 70% das mulheres brasileiras em idade fértil usavam algum método anticonceptivo. A laqueadura era o método mais usado, ocorrendo na maioria das vezes durante a cesáriana, com hora marcada.

Ressalta que a laqueadura não é prevista nos procedimentos do INAMPS, nem nos procedimentos hospitalares remunerados via serviço público. A rede pública de saúde tem sido omissa, não havendo atuação efetiva na área de planejamento familiar. É preciso que o serviço público ofereça assistência integral ao planejamento familiar e que o mesmo seja regulamentado.

Informa que a laqueadura transformou-se em verdadeira moda em decorrência da desinformação e da dificuldade de acesso a outros métodos contraceptivos. A laqueadura está associada a outra moda, que é a cesáriana. O percentual das cesarianas em relação aos partos totais chegam, em algumas regiões de São Paulo, a 90% contrariando as recomendações da Organização Mundial de Saúde — OMS, que a situam em 12% a 15%; 70% das laqueaduras ocorrem durante a cesáriana.

Relativamente às seqüelas ocasionadas pela laqueadura, estudos realizados indicam um índice em torno de 15%. As mais comuns ocorrem no aparelho reprodutor. Existe, ainda, o problema do arrendimento, constatado em cerca

de 40% das mulheres, segundo uma pesquisa realizada pela Universidade de Campinas — UNICAMP-SP.

A depoente informa ter visitado a Clínica Ralph, em São José dos Campos — SP, cujo proprietário, médico, realizava laqueadura com fins eleitorais, tornando-se vereador e deputado. Não soube informar se a clínica ainda atua no mesmo sentido e sob a mesma direção.

Observou que as clínicas dispunham de algum tipo de financiamento de entidades internacionais, verificando-se a ajuda da Associação para Esterilização Voluntária, dos Estados Unidos — EUA, em todos os serviços. Por outro lado, o posicionamento do Príncipe Charles, exigindo que a questão do controle demográfico fosse abordada na Conferência ECO/92, a ser realizada em junho, no Rio de Janeiro, vinha comprovar que o tema não caíra de moda. O imperialismo, particularmente os Estados Unidos, está preocupado em definir, a partir de seus interesses, qual deve ser o crescimento populacional, principalmente nos países pobres.

Afirmou que a experiência de outros países, em que no máximo 15% das mulheres optavam pela laqueadura, comprova a possibilidade da realização do planejamento familiar com a utilização de outros métodos. No Brasil, pela leitura dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, vê-se que o planejamento familiar desapareceu, tornando-se Programa de Saúde Materno-Infantil. Dentro do Ministério, não há espaço nem canais para comunicação.

Relativamente à controvérsia planejamento familiar *versus* controle da natalidade, observou que o movimento de mulheres havia chegado a uma compreensão que fugia um pouco dessa polarização, que é a concepção de direitos reprodutivos. O controle de natalidade se choca com o direito das pessoas, ferindo o direito elementar da cidadania.

Indagada sobre os aspectos penais da laqueadura, comentou que, mesmo não proibindo expressamente, o Código Penal contém uma brecha, pois em caso de arrependimento, a mulher laqueada pode alegar lesão corporal. Considerou as mulheres arrependidas que procuram os serviços médicos de recanalização das trompas como um canal para se apurarem as denúncias mais graves de esterilização.

2 — Depoimento da Deputada Brice Bragatto

Inicia o seu depoimento informando que preside a CPI da Assembléia Legislativa do Espírito Santo motivada pela necessidade de confirmar, alterar e debater o alto índice de esterilização, a precariedade dos programas de assistência à saúde da mulher e ao planejamento familiar, e também por denúncias constantes, ainda que não formais, da participação de médicos e políticos na esterilização gratuita e massiva de mulheres, especialmente as mais carentes.

Afirma que em nível de Brasil são 15,8% de mulheres esterilizadas, contribuindo a esterilização com 41,8% do controle da gestação.

Detalhando por faixa etária, apresenta os seguintes dados, em relação a 100% das mulheres capixabas que evitam filhos:

15 a 19 anos — 0,4%

20 a 24 anos — 1,5%

25 a 29 anos — 14%

30 a 34 anos — 30,8% (abaixo da idade permitida que seria de 35 anos)

35 a 39 anos — 43,6%

Considerando a faixa de 30 a 39 anos, o índice é de mais de 74%.

Ressalta a importância destes dados, pois mostram que a esterilização não está sendo feita em mulheres mais idosas.

Prossegue fornecendo dados estatísticos, a nível do Estado do Espírito Santo, de acordo com censo IBGE/1986:

a) Idade e época da cirurgia:

20 a 24 anos — 5,8%

25 a 29 anos — 30,1% (considerado alarmante)

30 a 34 anos — 36,7%

35 a 39 anos — 19,3%

40 a 44 anos — 5,2%

45 a 54 anos — 2,5%

b) Esterilizações gratuitas e pagas:

gratuitas — 41,5%

pagas — 58,6%

c) Esterilizações por período:

1983 a 1985 — 40,8%

1980 a 1982 — 25,5%

1975 a 1979 — 19,3%

1970 a 1974 — 13,8%

antes de 1970 — 6%

d) Relação entre renda e mulheres esterilizadas:

— renda *per capita* inferior a 1/2 salário mínimo — 32.000 mulheres, ou seja, 18,9%;

— renda 1/2 a 2 salários mínimos — 17,5%;

— renda acima de 2 salários mínimos — 17,4%.

Destaca que a esterilização atingiu maciçamente as mulheres, independentemente do nível de renda.

a) Número de filhos *versus* esterilização:

— 78.322 mulheres tinham, em 1986, 1 (um) filho nascido vivo e nenhuma havia se esterilizado;

— 2 filhos nascidos vivos — 27,8% foram esterilizadas;

— 3 filhos nascidos vivos — 45% foram esterilizadas;

— 4 filhos nascidos vivos — 36,2% foram esterilizadas;

— 5 ou mais filhos nascidos vivos — 32,6% foram esterilizadas.

Analizando os dados estatísticos, afirma que o índice de laqueadura no Espírito Santo é alto, pois de cada cem mulheres, 16 fazem a laqueadura, a maioria com menos de 35 anos.

Ressalta que 49% das mulheres são esterilizadas em hospitais públicos.

Constatou que 35% dos partos são cesáreos (enquanto a média permitida pela OMS varia de 18% a 20%), de acordo com levantamento feito em 1991 pela AMES — Associação Médica do Espírito Santo, que considera indicativo de esterilização clandestina.

Afirma que os maiores percentuais de cesarianas são encontrados em municípios e hospitais que políticos, envolvidos com esterilização em massa, freqüentam ou nos quais trabalham, militam ou residem.

Assevera que 40% das mulheres esterilizadas, por diversos motivos, arrendem-se e procuram a recanalização.

Com relação à assertiva de que o controle da natalidade ressolveria o problema da miséria, afirma que esse é mais um problema econômico, de distribuição de renda, do que demográfico.

Destaca que a desinformação contribui, também, para que, principalmente nas populações de baixa renda, ocorram esterilizações em massa.

Quanto aos programas de planejamento familiar, os percentuais demonstram que a mulher não tem como fugir da rede de esterilização, pois a oferta por parte do poder público é precária.

Registra o envolvimento de políticos constatado pela CPI do Estado. Reporta-se ao depoimento de Márcia Rangel, do Movimento de Mulheres Negras do Espírito Santo (22 de abril), no qual são citados os seguintes nomes:

— Dr. Fernando Santório — médico ginecologista e ex-Deputado Estadual por Cariacica;

— Jorge Manta — Vereador do Município de Vila Velha;

— Hércules Silveira — Vereador e ex-Presidente da Câmara Municipal de Vila Velha.

Da Vereadora Maria Clara da Silva, em depoimento da mesma data, e também por Márcia Rangel:

— Jorge Rubens — Prefeito de Vila Velha e ex-Deputado Estadual — criou o Hospital da Mulher em sua gestão e afirma que o mesmo carece de diligências minuciosas, e que gostaria de obter a contribuição da CPI federal nesse sentido;

— o Prefeito Dilubinda do Município de Colatina assumiu no Congresso da Mulher Capixaba e através da rádio de Colatina posição favorável à esterilização. É também autor de um projeto solicitando autorização para que o INAMPS pague a laqueadura para a mulher pobre.

O Relator enfatiza que somente se conseguirá fazer uma estatística consensual através de depoimento das próprias mulheres.

Inquirida sobre eventual aliciamento pró-esterilização, afirma a depoente que o Dr. Raphael Muziello, Presidente da Associação Médica do Espírito Santo, que foi um dos representantes da BEMFAM, em seu depoimento (5 de maio) disse que a BEMFAM em 1986 e 1987 fazia planejamento familiar com orientação, sendo a laqueadura a última alternativa. Citou, também, a Pathfinder e que ambas foram desativadas, mas afirma que elas foram

criadas para diminuir a natalidade no Brasil sob o pretexto de depurar a raça; resolver o problema de fome, diminuir as ameaças à segurança nacional, segundo o Relatório Kissinger, de 1974.

Relativamente aos políticos, afirma que há o político que faz diretamente a laqueadura e o médico que a realiza para o político, como cabo eleitoral. Diz que quando era vereadora foi procurada por mulheres e que o aliciamento de políticos é latente, não é explícito, mas existe.

Quanto ao Hospital da Mulher de Vila Velha, diz que é mantido pela Prefeitura, conveniado com o Sistema Único de Saúde do Estado. Afirma que existem denúncias contra o mesmo.

A depoente segue discorrendo sobre o direito da mulher de decidir sobre o próprio corpo e sobre o número de filhos que quer ter. Considera violência a intervenção dos EUA no controle do corpo das mulheres brasileiras, violência com o povo, à dignidade dos cidadãos. Afirma que os trabalhos da CPI devem ter posicionamento de ataque, e que o Poder Legislativo deve dar um basta à intervenção estrangeira.

Quanto à satisfação das mulheres esterilizadas segundo o Dr. Pinotti da USP:

- 72% satisfeitas;
- 13% satisfeitas, com problemas;
- 1,7% insatisfeitas;
- 11,7% arrependidas.

O Deputado Marco Penaforte destaca a necessidade de se debater mais profundamente o controle da natalidade no Brasil, a oferta legal de mecanismos para impedir a gravidez, é que uma das funções da CPI seja a verificação dos projetos que circulam na Casa, que seja apresentado por ela um projeto definitivo que estabeleça como procedimento de rotina, nas instituições de saúde, a laqueadura tubária com critérios, o que evitaria a clandestinidade. Alega que a vida moderna leva ao planejamento das famílias e que, às vezes, numa atitude hipócrita, alegando questões morais, evitamos que camadas mais pobres da sociedade possam ter acesso a esse planejamento.

A depoente discorda do posicionamento, afirmando que gostaria de debater moralidade com igualdade de direitos, com ofertas por parte do setor público. Que as classes mais pobres caem nas mãos do primeiro político e que o preço de uma laqueadura gratuita é muito alto, pois o voto que deveria ser utilizado para escolher representantes do povo, acaba com a mutilação do próprio corpo.

O Deputado Heitor Franco coloca que os métodos alternativos evitam a castração em massa, permitindo uma paternidade responsável.

A Deputada Lúcia Braga cita o art. 226, § 7º da Constituição (planejamento familiar). Lamenta que o preceito continue inerte. Ressalta a importância de denúncias à Nação dessa onda de esterilização em massa por parte de entidades estrangeiras a serviço de interesses imperialistas, inconfessáveis.

Denuncia que no Nordeste vê-se a prática de doações de aparelhos laparoscópicos aos obstetras que apresentarem às fundações (como ROCKFELLER, FORD e outras) estatísticas do maior número de laqueaduras no Nordeste.

O Relator considera o índice apresentado pela depoente (40%) para recanalização exagerado. Afirma que possui dados em torno de 5%. Quanto à eficácia, diz que são técnicas microcirúrgicas feitas em hospitais altamente especializados, com êxito de 35% a 40%, e que, no seu entendimento, seriam pagas.

A depoente apresenta denúncia (citada na *Revista Presença da Mulher*, abr./jun. 89) de empresas que estão exigindo atestado de laqueadura de trompas para admissão em seus quadros de funcionários. São elas:

Viação Serrana — reduziu o quadro para trinta mulheres, em que oito são casadas e seis atestaram esterilidade;

Transcol — reduziu para trinta, para fugir da obrigação da creche — estímulo indireto à esterilização;

Viação Grande Vitória — demitiu 184 dos quais 159 mulheres, sendo vinte grávidas, quatro dias após a aprovação dos 120 dias de licença-gestante;

Empresa Indústria Docevite — exigência de atestado de laqueadura.

Encerra seu depoimento afirmando que, sob o ângulo político, o preço da laqueadura de trompas é o voto.

3 — Depoimento da Deputada Lúcia Souto

A depoente foi presidente da CPI da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro que apurou as responsabilidades de esterilização massiva no Estado do Rio de Janeiro. Inicia seu depoimento discorrendo sobre os trabalhos da CPI/RJ, afirmando que houve uma redução de 50% da taxa de fecundidade da mulher brasileira; que foram tomados depoimentos reservados, desde denúncias de mulheres que foram esterilizadas involuntariamente, à investigação dos trabalhos de duas entidades não governamentais (BEMFAM e ABEPF) através de seus representantes oficiais, Sr^a Carmem Calheiros Gomes e Sr. Hélio Aguinaga.

Segue apresentando os seguintes dados estatísticos:

Das mulheres entre 15 e 54 anos que fazem uso de algum método anticonceptivo (ressalta que só no Brasil a esterilização é considerada método anticonceptivo) 45% está definitivamente esterilizadas.

Destas, 58% tinha entre 15 e 34 anos na época da cirurgia.

Fornece os seguintes dados estaduais:

— Maranhão — 75,9%

— Mato Grosso do Sul — 63,3%

— Goiás — 71,9%

— Rio de Janeiro — 42,5%

Quanto às cirurgias pagas e gratuitas (RJ):

Pagas — 60%

Gratuitas — 40%

Considera preocupante o fato de que estas cirurgias são realizadas também no INAMPS.

Afirma que no Nordeste a parcela de cirurgias gratuitas é extremamente significativa, o que vale dizer que está havendo um incentivo para essa política.

No Rio de Janeiro foram solicitados à Dataprev dados relativos a municípios e estabelecimentos com objetivos de saber como, onde e de que maneira são realizadas as esterilizações; apenas 40% das Secretarias de Saúde responderam, sendo as informações totalmente discrepantes.

Quanto ao planejamento familiar, afirma que mais de 90% das mulheres que fazem uso de algum método anticonceptivo estão usando a pílula ou a esterilização, e que uma política de planejamento familiar caracteriza-se pelo uso plural de várias alternativas. Constatou ser esta uma política ostensiva de controle populacional.

- Compara o Brasil com os países:
- França — 6% estão esterilizadas
- Inglaterra — 7%
- Itália — 4%
- Estados Unidos — 8 a 9%

Ressalta que nem a China, onde a política de controle populacional é acirrada, utilizou a esterilização em massa de mulheres.

Segue comparando esterilização *versus* número de filhos (nível de Brasil):

- Mulheres com 1 filho — 3%
- Mulheres com 2 filhos — 22%
- Mulheres com 3 filhos — 41%

Afirma que o número médio de filhos é entre três e quatro e que um dos temas para discussão na Conferência Mundial do Meio Ambiente será a “necessidade” de se conter a população para diminuir a pobreza, e a insuficiência dos recursos naturais para alimentar a população do planeta. Avalia, com base no censo do IBGE, que a queda da fertilidade da mulher não afetou nenhum dos indicadores sociais.

Quanto à exigência do atestado de esterilidade, significa dizer que a mulher precisa não ser mulher para ser aceita como ser produtivo na estrutura econômica que aí está.

Com relação à política de manipulação do corpo da mulher relata que, ao final da CPI/RJ, concluíram pela necessidade de prosseguir os trabalhos e que criaram a Comissão Especial “Mulher — Procriação e Meio Ambiente”.

A Comissão está investigando denúncias, comprovadas por um série de exames, relativas à introdução de hormônios (cita o caso do Norplant), por

via subcutânea, no corpo da mulher, os quais, por possuírem grande concentração hormonal, agem como uma bomba no corpo da mulher.

Cita as conclusões do Relatório da CPI/RJ encaminhado ao Ministério Público:

Caso Sônia Beltrão: esterilizada involuntariamente na Maternidade Praça XV; por ação judicial, o CRM/RJ suspendeu o médico do exercício da profissão por um mês. Convocado por três vezes a depor, não compareceu.

Caso Marinete: foi submetida ao teste do Norplant feito pela BEMFAM.

A BEMFAM e a ABEPF não forneceram cópia dos contratos; ambas têm receitas oriundas de financiamentos externos, sem participação do Governo, embora haja convênios da BEMFAM com prefeituras e órgãos do Ministério da Saúde.

Questionamento e colocações dos membros da CPI:

Deputada Maria Luíza Fontenelle:

a) se no decorrer da CPI/RJ foi identificada a existência de entidades, com conexão nos Estados, que realizam laqueaduras, inclusive com doação de aparelhos para tal, e se houve mapeamento de clínicas privadas que venham prestando esse tipo de serviços;

b) se foi desenvolvido a partir da CPI/RJ, algum mecanismo para coibir a ação de profissionais que atuam desregradamente nessa área;

c) quais os dados que possui em relação às mulheres que solicitam recanalizações (a deputada que a antecedeu falou em 49%).

Deputada Lúcia Braga:

a) se foi detectado no País processo espúrio de controle de natalidade em relação a adolescentes.

Deputada Jandira Feghali:

a) reforça como prioridade da CPI a caracterização dos financiamentos e da política internacional dos países do Primeiro Mundo relativamente ao Terceiro Mundo;

b) sugere que o Conselho Nacional de Saúde e a Receita Federal atuem na obtenção de dados e na fiscalização sobre ganhos e financiamentos de entidades que atuam no Brasil.

Deputado Heitor Franco:

a) se possui informações sobre o percentual de mulheres esterilizadas no Rio de Janeiro.

O Relator estranha o índice elevado de cesarianas no Rio de Janeiro (90% a 100% dos partos) e afirma que possui dados que aludem a 49%.

Em resposta ao Relator, afirma que no Hospital São Paulo, a laqueadura não é registrada em prontuários. É prática invisível. Segundo informações do PNAD/86, 75% das laqueaduras são realizadas no momento da última cesariana.

Quanto aos elevados índices de cesariana, cita como fontes a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 que demonstra:

— Cesáreas em áreas urbanas — 42%

- Partos normais — 56%
- Parâmetros da OMS — 10% a 12%
- Comparando com outros países:
 - Holanda — cesarianas — 1%
 - França — cesarianas — 4%

Afirma que, mesmo com a Portaria nº 87 do INAMPS estabelecendo teto de 30% para cesariana para efeito de faturamento, a realidade é outra.

Em resposta às Deputadas, afirma que conseguiu detectar ligações entre clínicas no Rio de Janeiro e a BEMFAM.

Em depoimento reservado à CPI/RJ, a BEMFAM afirma possuir convênio com o Hospital Moncorvo Filho, onde teriam sido realizadas 4.471 laqueaduras e que a direção do hospital não confirma o convênio.

Na clínica Drª Narcisa, vistoriada pela Secretaria de Saúde, foram encontrados recibos pagos pelo CPAIMC (de laqueaduras), que é uma entidade filiada à ABEPF; a clínica sublocava um espaço ao CPAIMC.

Com relação às adolescentes, afirma que visitou um hospital em São Paulo, e encontrou meninas de 17 e 18 anos querendo ser esterilizadas.

Esclarece que tanto a BEMFAM como o CPAIMC foram claros quanto às receitas que recebem, oriundas do capital estrangeiro.

Encerra seu depoimento sugerindo campanhas através dos meios de comunicação e colocando sua preocupação quanto à maneira como essa política pública foi desenvolvida sem a participação do Congresso Nacional, do Ministério da Saúde e dos cidadãos. Solicita apuração dos contratos com entidades que são feitos sem a participação do Governo.

4 — Depoimento da Deputada Denise Carvalho

A depoente, que presidiu a CPI da Assembléia Legislativa de Goiás sobre esterilização de mulheres, menciona o documento "NSSM 200" que sugere o controle da natalidade a ser implantado em vários países, entre eles o Brasil. O documento chega ao requinte de sugerir que sejam utilizados termos como "planejamento familiar" e "maternidade responsável" e não "controle da natalidade" para não provocar resistência de grupos feministas e de entidades e profissionais da área de saúde, e propõe como método a laqueadura maciça de trompas.

Chama atenção para a data do documento (1974) pois, a partir da década de 70, observa-se a presença, em forte escala, de grupos e entidades estrangeiras financiando programas ditos de planejamento familiar para o Brasil.

Cita o caso do CPAIMC que em 1975 foi financiado pelo próprio Governo e a partir de 1978 por entidades estrangeiras.

Estranha o alto índice de esterilização em Goiás (71,99%) pelo fato de entidades como BEMFAM, CPAIMC, ABEPF atuarem mais especificamente no Nordeste e no Rio de Janeiro, e também porque foi implantado o PAISM — Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado. Como possível causa do aumento do índice de esterilização, cita a não-conti-

nuidade do PAISM e a implantação parcial do mesmo, que gerou o oferecimento de apenas duas alternativas para o controle da fertilidade: a pílula ou a esterilização.

Afirma que há forte indução à cesariana por parte dos médicos: Chega a 90% em alguns municípios o número de partos através de cesarianas.

Quanto à atuação dos médicos na questão da laqueadura, constatou-se:

- grande número de esterilização feitas sem nenhum critério médico;
- mulheres que ignoravam a irreversibilidade desse método;
- ignorância acerca de outros métodos anticoncepcionais.

Quanto ao envolvimento de políticos, cita o caso de um vereador, médico, que esterilizou 90 mulheres num único município.

Observa que em ano eleitoral o número de laqueaduras aumenta. Cita dados de um pequeno município em Goiás:

1986 e 1987 — 34 a 39 laqueaduras ao ano

1988 (ano de eleições municipais) — 70

1989 — 31

1990 — 30

1991 — 14

Questionamentos e colocações dos participantes:

— Relator

a) se houve participação efetiva da Igreja na CPI/GO e quais foram os depoimentos;

b) por que foi desativado o PAISM em Goiás.

Quanto à participação da Igreja, afirma que foi convidada e não compareceu. Em debates na imprensa, posicionou-se contrariamente à esterilização.

Quanto à desativação do PAISM, informa que houve mudanças na orientação do Ministério da Saúde, que as verbas a ele destinadas foram sendo desviadas para programas de atendimento de emergência, construção de hospitais, etc.

— Jandira Feghali

a) se há vínculo de esterilização com campanhas eleitorais;

b) Se em Goiás já existem dados sobre a relação esterilização/laparoscopia;

c) se há denúncias de empresas que tenham exigido atestado de esterilização;

d) se há denúncias de esterilizações dentro do serviço público;

e) se o Dr. Hélio Aguinaga, em depoimentos na CPI/GO, disse alguma coisa importante, pois em debate na imprensa, afirmou que esteriliza mesmo e que ninguém o prende.

Sobre o vínculo com campanhas eleitorais cita o caso do Sr. José Hidasi, médico e vereador de Goiânia, que declarou fazer a laqueadura por causa da pobreza das mulheres que o procuraram e para obter votos.

Quanto ao método de laparoscopia, informa que é pouco utilizado em Goiás, onde a laqueadura tem relação muito direta com a cesariana.

Com relação à laqueadura no serviço público cita os seguintes dados:

— Maternidade Nossa Senhora de Lourdes em Goiânia — 2.505 laqueaduras de 1972 a 1992.

Hospital Materno-Infantil — 1.943 laqueaduras de 1984 a 1992 registradas, pois em alguns casos, a paciente paga o médico por fora; neste hospital, por não haver regulamentação, adota-se o critério de multiparidade, ou seja, esteriliza-se a mulher que tem três filhos.

Quanto à exigência de atestado de esterilização, não há denúncias. Há denúncias de empresas que obrigam mulheres a assinarem cartas de demissão se engravidarem ou mesmo casarem, quando são, automaticamente, colocadas na rua.

Afirma que, no depoimento, o Sr. Hélio Aguinaga defendeu o controle da natalidade no Brasil e a ajuda dos EUA.

— Presidente:

a) se alguém na CPI/GO apontou o nome de Elsimar Coutinho, tido como porta-voz maior da política de esterilização no Brasil, pois tem projeto e é altamente financiado.

A depoente afirma que ele presidiu a ABEPF, que é uma espécie de federação que agrupa mais de cem entidades controlistas no Brasil, e que ele não foi convidado a depor.

b) se há dados com relação à etnia, já que o documento norte-americano aponta a necessidade de se impedir que haja maior nascimento de negros.

Diz que em pesquisa realizada junto a prefeituras, nenhuma registrou dados sobre etnia, apesar de terem sido solicitados.

A Deputada Raquel Cândido faz denúncias de laqueaduras como instrumento de política eleitoral com envolvimento do Deputado Federal Nobel de Moura e da Fundação Nobel, ambos de Rondônia.

5 — Depoimento de Humberto Leal Vieira

O objetivo declarado do depoimento do Assessor Legislativo do Senado foi dar uma visão global do problema de controle de natalidade e mostrar que a esterilização é apenas uma parte desse processo.

Duas são as origens dos projetos de controle de população: a eugenia e a de origem política.

A origem eugênica remonta ao princípio deste século e teve na pessoa de Margaret Sanger uma de suas mais influentes seguidoras. Ela acreditava, seriamente, que o mundo seria melhor para todos se fosse habitado por raças de puro sangue. Dentro dessa perspectiva, desenvolveu uma série de trabalhos, realizou pesquisas e estudos. Em 1952, criou a IPPF — International Planned Parenthood Federation, com sede em Londres e mais de cem filiais no mundo e que é, hoje, uma das maiores organizações mundiais de controle de população.

Desenvolve a IPPF estudos e pesquisas de métodos artificiais de contracepção e estabelece estratégias para implementação de seus projetos. Uma

dessas estratégias foi a criação do Grupo Parlamentar de Estudos de População. Esse grupo foi criado para implementar políticas de controle de população através da mudança de legislação. Na América Latina, há o Grupo Parlamentar Interamericano, com sede em Washington, cujo diretor é o mesmo da IPPF, que compartilha o mesmo escritório e algumas secretárias. O objetivo desse grupo é remover, da legislação de seus respectivos países, dispositivos que impeçam a anticoncepção.

Segundo a IPPF, a legislação dos países tem de ser adaptada aos seus objetivos.

No Brasil, a entidade filiada à IPPF é a BEMFAM que, só da matriz, recebe cerca de 2,5 milhões de dólares para seus programas. Considerando-se outras doações, a BEMFAM aplica seis a sete milhões de dólares no Brasil em seus projetos de população.

Os projetos de controle da população de origem política surgiram com o Relatório Kissinger (NSSM 200) "Implicações do crescimento da população mundial para a segurança e os interesses externos dos Estados Unidos". Esse relatório chama a atenção para a dificuldade de acesso dos EUA às matérias-primas do subsolo brasileiro e de outros países. Treze países são considerados países-chave; entre eles está o Brasil. Assim, pode-se entender por que os maiores índices de esterilização estão na Amazônia e na região Centro-Oeste, onde se encontram as reservas minerais.

O Relatório Kissinger procura mostrar que para o controle da população devem ser usadas as mulheres e os movimentos feministas, empregando-se eufemismos.

Entidades feministas e religiosas (evangélicas e católicas) são usadas em sua boa fé para projetos controlistas.

Hoje, com a queda do "Muro de Berlim", os projetos controlistas devem ser redirecionados. Não mais se justifica a redução pura e simples do crescimento da população. O mundo hoje está reduzido a três grandes mercados: o asiático com o Japão; o Leste da Europa com o Mercado Comum Europeu e sobra o mercado latino-americano para escoamento da produção dos Estados Unidos.

Para que o mercado latino-americano tenha condições de absorver cada vez mais produtos, a política preconizada no Relatório Kissinger deve ser modificada no sentido de criar poder de compra nesse mercado. Assim acredita devam estar sendo preconizadas políticas de redistribuição de renda, de reforma agrária, de moralização de costumes, etc.

De outro modo, seria muito difícil para nós, com nossas próprias forças, sair dessa situação de controle populacional em que nos encontramos.

6 — Depoimento do Sr. Etevino de Souza Trindade

O depoente, presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília e representante da Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia

e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, inicialmente, opina considerar a esterilização como um método de indicação médica.

Apresenta dados do inquérito realizado no Distrito Federal, em 1987, que apontam, dentre as mulheres que utilizam algum método anticoncepcional, o percentual de 49,5% de uso da ligadura tubária. Números que afirma contrastar com os dos países desenvolvidos, onde não superam os 17%.

Manifesta, também, sua preocupação com o alto índice de arrependimento, principalmente entre as mulheres jovens.

O depoente conclui, em sua análise, haver uma importante distorção do planejamento familiar no Brasil, baseada no uso quase exclusivo de apenas dois métodos: a esterilização feminina e a pílula.

Considera que a esterilização deveria ser um método de exceção, por representar uma "mutilação" irreversível à função reprodutora.

Opina que a decisão do indivíduo sobre o método a ser utilizado deve ser livre e soberana, ressalvando, contudo, que essa decisão deve considerar as contra-indicações inerentes aos métodos.

Entende, ainda, que a indicação da esterilização deve atender, dentre outros critérios: a vontade do casal, riscos reprodutivos, idade, número de filhos vivos e tempo de união conjugal.

Conclui, afirmando ser imperativa a normatização das ações relativas ao planejamento familiar.

Indagado a respeito do número exorbitante de esterilizações, opina ter havido inicialmente interesse dos Estados Unidos, na redução da taxa de natalidade, sendo que para esse fim um grupo, com influência na formação da opinião da classe médica, foi cooptado na década de setenta.

Acrescenta que esse processo gerou uma cultura dominante, na qual os médicos vêem esterilização como sinônimo de planejamento familiar. Acrescenta que muitos deles executam a laqueadura em troca de remuneração.

Afirma, quando inquirido acerca de treinamento de médicos, que várias instituições recebem recursos externos para capacitação de pessoal e fornecimento de laparoscópios. Cita como um deles o centro dirigido pelo Dr. Hélio Aguinaga, o CPAIMC.

Responde a respeito de parâmetros para esterilização, afirmando ser muito perigoso incluir a contracepção cirúrgica em uma lei, sugerindo que o seu disciplinamento se dê através de normas infralegais.

Informa, após indagação, que a laqueadura é reversível em 80% dos casos, mas em apenas 40% das reversões a mulher engravidá e em somente 20% dos casos consegue levar a termo a gestação.

Considera, após argüido a respeito, que existe o risco da mercantilização em consequência da esterilização centrada na decisão do médico. Penso, contudo, que se houver um maior número de situações permitidas para laqueadura do que as vigentes, tal risco poderá ser reduzido.

7 — Depoimento do Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho

O depoente, do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal de Minas Gerais, declarou, de início, que procuraria sintetizar as conclusões da pesquisa por ele desenvolvida, relativa à análise dos discursos sobre o Planejamento Familiar ao longo do tempo no Brasil.

Esclareceu que o ponto de partida de seu trabalho foi a constatação de que, de 1940 para cá, houve uma acentuada queda na taxa de fecundidade no Brasil. Citou que este indicador, que apresentava, à época citada, uma média de 6,5 filhos por mulher, caiu para cerca de três filhos por mulher, segundo dados mais recentes do IBGE.

Afirmou que a maior parte das mulheres, para conseguir essa redução, passaram a utilizar métodos anticoncepcionais e que, dentre estes, o mais comum é a esterilização, com um total de 27% do total de mulheres unidas na faixa etária de 14 a 44 anos, e que a cirurgia era feita, na maior parte dos casos, em hospitais do governo.

O segundo método mais utilizado, segundo o depoente, é a pílula, sendo que 93% das mulheres que a utilizam adquirem-na diretamente nas farmácias, sem qualquer orientação por profissionais de saúde.

Em seguida, relatou que, em seus estudos, identificou três grandes momentos da história do planejamento familiar no País. O primeiro, anterior a 1964, cujas origens remontam ao período imperial e primórdios do republicano, era marcado por um sentimento natalista difuso e pela idéia racista de busca de melhoria da raça brasileira. Esse discurso apoiava-se nas idéias positivistas e baseava-se em pretensas descobertas da biologia. Ressalvou que essa linha de pensamento não se consubstanciou numa política natalista clara.

Segundo afirmou, a polêmica controle versus anticontrolé só apareceria por volta de 1964, quando, na esteira da Revolução Cubana, os Estados Unidos começaram a formular uma política de ajuda aos países latino-americanos. Essa política advogava que o desenvolvimento brasileiro só se daria em função de uma ação no sentido de reduzir o crescimento populacional.

A estas idéias se contrapunham, num primeiro momento, os militares, que buscavam argumentos de ordem estratégica e de segurança nacional; a Igreja, que alinhava razões de ordem moral e religiosa, e as correntes de esquerda, que argumentavam tratar-se de uma manobra imperialista para impedir a libertação do povo brasileiro.

Esse embate perdurou por muito tempo, até que os militares, ainda por razões de segurança nacional, substituíram o inimigo externo pelo interno em seu discurso. A grande ameaça à segurança passou a ser as famílias numerosas e pobres, que seriam presa fácil de propaganda de idéias subversivas.

Por sua vez, a Igreja Católica passava também a admitir o planejamento familiar, desde que se utilizassem métodos naturais, modificando idéias consagradas no Concílio de Trento (século XVII).

Tais fatos propiciaram a construção de um discurso mais unificado em torno do direito à saúde e, como decorrência deste, do direito ao acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais. Atribuiu o Dr. Délcio, a este consenso, o surgimento, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, não com objetivos demográficos, para redução ou aumento da população, mas como parte dos direitos das mulheres e dos casais.

Inquirido, esclareceu que a política norte-americana citada, de ajuda ao desenvolvimento, tomou a forma de auxílio à construção de centros e postos de saúde voltados à chamada medicina simplificada, em razão da não-aceitação das idéias de planejamento familiar àquela época. A seguir, negou possuir provas materiais a respeito do financiamento do controle da natalidade por entidades estrangeiras. Afirmou ser este problema muito mais complexo, oriundo de uma situação de miséria somada à ausência de acesso aos serviços de planejamento familiar pela população mais carente.

8 — Depoimento da Sra. Elza Berquo

A depoente, demógrafa e professora da UNICAMP, iniciou seu relato historiando as pesquisas sobre a reprodução humana levadas a cabo no País. Afirmou que até 1975 não se observara prevalência importante de esterilizações, mas que em 1986, após um longo período sem serem realizados estudos nesse sentido, observou-se um grande aumento neste método contraceptivo. Esclareceu que as diferenças nos percentuais divulgados são oriundas das metodologias utilizadas, já que alguns estudos consideram como universo o número de mulheres em idade reprodutiva, outros o de mulheres unidas e outros o de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais.

Afirmou que o número de mulheres esterilizadas no Brasil — entre 20 e 30% — é extremamente elevado em relação ao observado nos países desenvolvidos, onde este número se situa por volta dos 7% mesmo com taxas de fecundidade baixas. Atribui este fato ao acesso à informação, ao conhecimento sobre o seu corpo e à fisiologia da reprodução que as mulheres nestes países possuem, além da existência do aborto legalizado. No Brasil, ao contrário, por não disporem de acesso à informação e a outros métodos ou ao aborto, as mulheres acabam optando pelo método mais radical e definitivo.

Esclareceu que não é pessoalmente pelo banimento da esterilização do rol de possibilidades à disposição das mulheres, segundo seu livre arbítrio. O que se deve evitar é o abuso deste método e a cobrança ilegal a que muitos médicos submetem suas pacientes por ocasião de partos cesarianos.

Chamou atenção para o expressivo percentual de mulheres jovens ou com um único filho que já se encontram esterilizadas. Defendeu uma norma que legalize a esterilização, por livre arbítrio da mulher, com notificação compulsória e prazo de carência entre a manifestação da vontade e a realização do ato. Isto seria uma forma de proporcionar um período de reflexão à mulher, assim como de diminuir o número de arrependimentos, bastante freqüentes, segundo a depoente.

Relatou que pesquisas realizadas em São Paulo revelaram a falta de alternativa das mulheres, restritas praticamente à pílula e à esterilização. Manifestou-se pela colocação em funcionamento imediato pelo Ministério da Saúde do Programa de Assistência de Saúde à Mulher — PAISM, como forma de superar este quadro.

Denunciou, a seguir, estudo publicado em revista internacional em que o grupo do Dr. Hélio Aguinaga afirma ter realizado 13.423 esterilizações em quatro anos no Rio de Janeiro. Segundo a depoente, isto prova que entidades privadas de planejamento familiar efetivamente realizam número expressivo de esterilizações. Denunciou, também, que os centros de pesquisa, de um modo geral, ignoram completamente a questão dos efeitos colaterais da cirurgia de esterilização.

Por fim, manifestou seu protesto com a situação existente no País e fez votos ao bom desempenho do trabalho da CPI.

Inquirida, afirmou não ter dúvida de que a expressiva desaceleração da taxa de crescimento populacional apresentada pelo País na última década está relacionada ao aumento vertiginoso das taxas de esterilização.

Declarou, também mediante arguição, ter detectado em seus estudos um alto percentual de mulheres que declaram terem sido esterilizadas gratuitamente. Atribui este fato à existência de políticos e empresas que financiam estas cirurgias.

9 — Depoimento do Dr. Aníbal Faúndes

O depoente, professor de ginecologia e obstetrícia e pesquisador da Universidade de Campinas, iniciou sua exposição comparando dados sobre esterilização do Brasil, Japão, Inglaterra, Estados Unidos e México. Afirmou que esses países apresentam, para mulheres em idade fértil, respectivamente, prevalência de 27%, 8%, 14%, 18% e 19%, sendo que o México possui intenso programa de planejamento familiar. Citou, também, estudos realizados em São Paulo que detectaram que 75% das esterilizações naquele Estado ocorreram nos últimos oito anos.

Declarou, em seguida, que via pontos problemáticos relacionados à esterilização em massa, tais como: a existência de dúvidas sobre os efeitos colaterais da laqueadura, a ocorrência de cesáreas desnecessária para a realização de laqueaduras e a alta taxa de arrependimento dentre mulheres esterilizadas.

Atribui a opção pela laqueadura à desinformação e à falta de instrução da população a respeito de outros métodos anticoncepcionais e afirmou que CPI deveria procurar solução para a questão da legalidade da laqueadura — hoje ilegal, segundo algumas interpretações do Código Penal — para a agilização na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM. Colocou que este programa permitiria melhorar o nível de informação das mulheres no que tange aos métodos disponíveis e à irreversibilidade da laqueadura e, igualmente, aprimorar os conhecimentos médicos sobre contracepção.

Defendeu, a seguir, que a regulamentação da laqueadura, caso venha a ser feita, deve ter como regra norteadora o preceito básico da medicina de que toda intervenção sobre o organismo humano deve trazer benefícios, nunca malefícios.

Inquirido, esclareceu quais os critérios para a realização de laqueadura na Universidade de Campinas — UNICAMP e que a entidade que representa no País — o Population Council — financia pesquisas sobre demografia e não na área de saúde reprodutiva. Afirmou, ainda, que a referida entidade não financia qualquer atividade de entidades ligadas à Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar — ABEPF.

Por fim, discorreu sobre estudos ainda em andamento relativos aos efeitos secundários das laqueaduras.

10 — Depoimento da Sra. Maria Betânia Ávila

A depoente, Presidente da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, declara como ponto fundamental o direito à livre escolha de ter ou não filhos, quando tê-los e quantos ter. Ressalta a cidadania integral, de corpo e espírito, porque o corpo é o primeiro lugar da existência individual e o direito de escolha é um direito constitucional no Brasil. Com relação à esterilização feminina mostra-se radicalmente contra essa proposta como solução para a miséria social. Segundo a depoente, essa esterilização é feita à revelia das mulheres, com alto custo para a saúde e até mesmo com risco da própria vida. Exemplifica com a realidade brasileira, pois apesar da queda crescente da taxa de fecundidade, não ocorre nenhum sinal de melhoria de condições de vida. Cita a demógrafa Elza Berquó, afirmando que em Pernambuco, de acordo com os dados da PNAD, 75% das mulheres se esterilizam no último parto e a mortalidade materna revela que a projeção no Brasil é de 150 mortes por 100 mil nascidos vivos, índice 25 vezes maior do que o do Canadá.

O direito de escolha é denominado pela Rede, de direitos reprodutivos, que representam uma contribuição fundamental para o alargamento do conceito de democracia.

Em Pernambuco, os dados estatísticos revelam omissão e irresponsabilidade do poder público. Pesquisas realizadas em 1988 mostraram que apenas nove serviços de saúde da rede pública ofereciam, em condições precárias, algum tipo de planejamento familiar. Além disso, não havia ação educativa, nem profissionais treinados. Em alguns casos, os métodos distribuídos eram trazidos por iniciativa pessoal da médica, pois via oficial nada chegava.

A BEMFAM, por exemplo, exerce uma hegemonia no Nordeste junto às mulheres de baixa renda. Lançou-se nesta região com cartelas de pílulas na mão, mas sem nenhuma preocupação com a saúde física e mental das mulheres. Pesquisa realizada pela Prefeitura do Recife, em 1987, revelou que 60,2% das mulheres haviam feito uso incorreto da pílula.

O exercício da maternidade é pesado e as dificuldades começam na gravidez. Os homens, ausentes dessa vivência, parecem desconhecer a sua participação na concepção. O condom, único contraceptivo masculino disponível no mercado, inventado há mais de 3 mil anos pelos egípcios, teve seu uso associado fundamentalmente à proteção da saúde do homem. Enquanto meio contraceptivo, tem sido alvo de recusa sistemática. Do mesmo modo, o crescimento do uso da camisinha ocorre primordialmente como preventivo de doenças, como a Aids.

As mulheres se defrontam com os efeitos colaterais dos métodos hormonais, o medo do parto, a falta de condições econômicas, o pânico do aborto clandestino, o vazio da ação governamental. Este contexto tem levado as mulheres à opção radical pela esterilização. O pedido em massa, como expressão do desejo de liberdade, nasce em consequência dessas circunstâncias e da revolta contra esta ordem social injusta que não valoriza a reprodução.

Não se pode falar de escolha voluntária, quando não há escolas, casas, trabalho, serviços de saúde, informação, ajuda dos parceiros, acesso a métodos de evitar filhos e há medo de partos feitos de modo desumano nos serviços públicos. Indaga a depoente qual seria a melhor escolha diante desta situação.

Denuncia que trocar ligaduras de trompas por voto, exigir esta ligadura como condição para obter emprego, realizar a ligadura em condições de risco ou sob pressão são formas que deveriam ser configuradas, segundo sua opinião, como crimes contra a humanidade.

A cidadania é ferida pela incidência de um sistema de poder que combina atraso com ganância. A omissão governamental em relação aos fatos da concepção e contracepção e a instrumentalização política ou social desses fatos levam ao estado de barbárie reinante no País. Somos recordistas em esterilização feminina em meninos(as) de rua.

Encerra o depoimento, afirmando que a CPI tem que apurar responsabilidades, trazer propostas de políticas públicas e sociais e esclarecer sobre estas responsabilidades, apontando quem exige, quem negocia e quem frauda neste processo de perversão.

Reafirma suas expectativas em relação à CPI, no sentido da contribuição que a Comissão apresentará para que a sociedade se dê conta do estado de barbárie em que foi colocada a função reprodutiva no Brasil. Todos concordam que o nosso quadro social e econômico é lamentável.

Especificamente, em relação à esterilização e à contracepção não se pode desconsiderar o quadro geral do atendimento à saúde integral de mulher. Qualquer programa de oferta de contracepção tem um viés controlista e tem que estar dentro do programa de assistência integral, porque tem correlação com a possibilidade de parto, pré-natal e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Cita o Dr. Pinotti, sobre a questão de educação para as mulheres sobre a função reprodutiva e o conhecimento do seu próprio corpo. Quando se pensa só em distribuição de métodos contraceptivos, não se pensa nas mulheres, em cidadania. Pensa-se, exclusivamente, em controle da natalidade.

É preciso recuperar e implantar, imediatamente, o PAISM. Esse programa foi implantado em alguns lugares, em microexperiências, mas não podemos dizer que esteja nos serviços de saúde. O PAISM tem que ser alargado, ampliando-se algumas questões que não foram bem tratadas na sua forma original. Como exemplo, lembra a questão da assistência aos adolescentes, principalmente quanto à prevenção da gravidez. Temos que mais uma vez, exclusivamente por medo controlista, as adolescentes se submetam a tratamentos precários. Discorre sobre a preocupação relativa à esterilização precoce de adolescentes verificada em pesquisa realizada pela depoente no Município do Cabo, na periferia do Recife — PE. Embora não concluída, os dados revelam uma tendência de a esterilização estar atingindo cada vez mais as faixas etárias mais novas, conforme o Dr. Pinotti atestou.

Por isso, o PAISM tem que ser reativado, com ações paralelas, como por exemplo, em termos de investigação, o monitoramento imediato, por parte do Ministério da Saúde, de todas as cirurgias realizadas em mulheres em idade fértil.

Existem mil maneiras de escamotear a esterilização. Um município em Pernambuco, por exemplo, apresentou um índice altíssimo de alteração de cisto ovariano, que certamente está camuflando outra cirurgia. O Dr. Pinotti discorreu sobre a questão da cesariana, que antigamente era muito incentivada dentro do serviço público. Isto porque custava mais caro do que o parto normal. Hoje, a cesariana tem preço equiparado ao do parto normal, mas o dinheiro extra entra quando a ligadura de trompas é feita, permanecendo o desvio, que não é monitorado.

Em termos jurídicos, tem que haver punição. As empresas têm que ser punidas. Não é admissível que ao se procurar emprego seja pedido: "Traga a sua ligadura de trompas!" Que cidadania é esta? Uma das lutas das mulheres é para que sejam cidadãs de forma integral, com decisão e possibilidade de opção na sociedade. Enquanto não for restabelecida a ética, infelizmente temos que passar por sistemas punitivos.

Não há dados estatísticos. O PNAD de 1986 apresentou dados defasados.

Finalmente, defende os direitos reprodutivos, como direitos de cidadania, preconizando a possibilidade de decisão das mulheres. Portanto, todos os assuntos devem ser pensados: contracepção, aborto, parto e política de saúde.

A deputada Jandira Feghali saúda a depoente por sua abordagem política, ideológica, considerada fundamental e comenta, em seguida, a denúncia da Sra. Rosiska Darci de Oliveira, na audiência pública no Rio de Janeiro, durante a ECO 92, relativa ao "SOS Corpo" do Recife sobre os dados referentes a laqueaduras.

Embora não tivesse aprofundado a denúncia, falou-se no custo de um salário mínimo por laqueadura. A Deputada quis saber como a depoente via a possibilidade como não sendo um direito da mulher, diante da realidade nacional e do Terceiro Mundo.

Ao responder, a depoente declara que a esterilização tem significado tão profundo que a esterilização voluntária não pode ser considerada de imediato. De imediato considera a implantação do PAISM como o mais importante para reverter essa situação. Embora resolva parte do problema, o PAISM é importantíssimo e fundamental, desde que implantado nos moldes exigidos. O problema é entender o que está significando essa esterilização, essa renúncia à reprodução de uma forma radical neste País. A esterilização, para ser considerada uma opção, precisa passar por uma desconstrução cultural, porque está enraizada, legada pela mãe para a filha, da avó para a mãe. É um caminho natural, destino, projeto de vida. As mulheres juntam dinheiro, vão atrás de políticos, depois vem a frustração, pois nada acontece para melhorar a vida. Mas é impossível continuar com os abortos provocados, as pílulas que fazem doer a cabeça, a rejeição de uso da camisinha pelo marido, companheiro ou namorado, o desrespeito à tabela. São problemas para reflexão. Por que a contracepção é única e exclusivamente responsabilidade das mulheres? Onde estão as pesquisas desenvolvendo métodos masculinos?

A esterilização é assunto de profunda reflexão, porque traz à tona a subordinação de classe, de raça e dos sexos. Além disso, o Estado, os empresários, os companheiros são omissos. Para reverter a situação, é necessário uma longa desconstrução da esterilização como projeto de vida. Citando o Dr. Pinotti, considera fundamental a informação e acredita que os movimentos não são de mulheres e sim movimentos sociais. A impunidade não pode continuar.

Há um lento período de perversão instaurado no modelo reprodutivo brasileiro. Quem entra na vida reprodutiva não sabe onde vai parar! De repente, a esterilização aparece como única e exclusiva solução.

Em relação ao caso de Pernambuco, concorda com o Dr. Pinotti. É dentro do serviço público, na clínica conveniada que se faz esterilização nas mulheres do meio popular. Na clínica privada, não conveniada, que cobra, as mulheres de classe média fazem a esterilização, do mesmo modo que fazem o aborto. Será melhor ou pior, de acordo com o nível financeiro. A idéia do último filho é corrente entre as mulheres, associando esterilização à gravidez da cesariana, dentro do serviço público, na clínica conveniada. Na clínica privada, só as mulheres que têm dinheiro.

Menciona a existência de um vídeo realizado no SOS, em uma clínica conveniada, no Recife, no Município de Paulista, de altíssimo índice de esterilização.

Quando a pesquisa é feita no serviço público, perguntando sobre o índice de esterilização, as respostas são três, quatro ou cinco por mês, em alto risco. Isto significa que não registram causa de mortalidade, esterilização ou aborto. A falta de registro oficial é outro problema sério do serviço de saúde brasileiro.

Sobre a questão de o Governo demorar na tomada de decisão, lembra que até 1974 o discurso oficial brasileiro era natalista. Ao mesmo tempo,

a BEMFAM era declarada de utilidade pública em 1971. Isto permitiu que a BEMFAM fosse conveniada com toda a rede pública e que se transformasse na sua realidade de hoje. É a ambigüidade.

Insiste na inclusão do tema na discussão da democracia, na questão política brasileira. O PAISM vem da inovação internacional. O que tem de bom é por conta do processo de redemocratização brasileira, permitindo que alguns setores influenciassem na construção desse programa, para ele ser o que é hoje. Decisão real não houve. Ela dependerá da correlação de forças políticas e sociais para ser implantada.

11 — Depoimento da Dra. Jurema Werneck

A depoente, representante do Movimento de Mulheres Negras, do Movimento Negro Brasileiro, relata que em 1990 o CEAP — Centro de Estudos de População Marginalizada/RJ lançou no Rio de Janeiro uma campanha nacional contra a esterilização em massa, com o apoio do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro, que atingiu um fórum nacional. A campanha interpretava o controle de natalidade da população brasileira como contribuição para o genocídio da população negra no Brasil.

Do ponto de vista da mulher negra, as estatísticas de esterilização em massa, segundo o IBGE, indicam 45% como montante da população negra brasileira, enquanto observações empíricas do Movimento Negro indicam que a população negra brasileira deve estar chegando a 80% do total dos brasileiros.

Ao admitir que a maioria de nossa população seja negra, a depoente considera que a maioria das mulheres esterilizadas no País seja pobre e deduz que tanto a pobreza brasileira como a do mundo inteiro têm cor negra. Por isso as mulheres negras do País estão sendo as mais esterilizadas.

Destaca a importância de o Congresso Nacional refletir sobre a cor do indivíduo; a cor da pobreza, a etnia e a eugenio. Com repúdio à eugenio, lembrou a primeira lei de esterilização de 1907, nos Estados Unidos e na Alemanha nazista, levada a efeito durante a II Guerra Mundial.

Referindo-se a depoimentos anteriores, que consideravam o fato de as mulheres pedirem a esterilização, é da opinião que se trata do desabafo de quem foi tão dominado pela sociedade racista, machista e de alta concentração de renda. Indaga sobre as consequências da esterilização para a saúde das mulheres, a sociedade, o povo brasileiro, o País, o mundo. A mulher negra, pobre, favelada, que está sendo esterilizada, tem buscado, desesperadamente, uma solução para o seu problema individual. Entre os relatos feitos, a depoente destaca o de uma moradora de rua, que se considerava útil, enquanto fértil. Muitas vezes, a mulher é abandonada pelo marido e desconsiderada pela sociedade, quando se esteriliza.

Do ponto de vista da medicina, o debate abrange a ligadura de trompa. Embora os médicos afirmem que não faz mal à saúde, a depoente observa no dia-a-dia que as mulheres esterilizadas queixam-se, com freqüência, de

alteração no ciclo menstrual e no sistema nervoso, de câncer da mama, após a operação a que se submetem. Indaga, sob o ponto de vista social, que sociedade seria a nossa! Eticamente, contesta o médico que se orgulha por extirpar trompas em 18 segundos. Interroga sobre o futuro do Brasil se não houver mais nascimento e se morrerem tantas crianças. Esse fenômeno, segundo a depoente, atinge todo o mundo.

Mantém grande expectativa em relação ao comprometimento das pessoas que integram a CPI com o problema abordado.

Espera que as informações empíricas do Movimento Negro possam ser confirmadas ou não, de acordo com os resultados do trabalho desenvolvido. Acredita que o apoio do Congresso amplie as possibilidades de vitória na luta do Movimento Negro pelo fim do controle da natalidade, reivindicação compartilhada com o movimento de mulheres, segundo o depoimento da Sra. Betânia.

Denuncia o escândalo relativo ao ano eleitoral, 1992. Segundo a depoente, muitos candidatos procuram conseguir mais votos, manipulando a esterilização. Embora não tenha provas, afirma que a imprensa do Rio de Janeiro tem veiculado notícias a respeito do assunto.

Reivindica a contribuição da CPMI, no sentido de que a Comissão garanta a cidadania da mulher, expondo a face negra do País, bem no centro da discussão.

Conclama novos aliados para a luta contra a esterilização em massa. Pede que interfiram, inclusive, nos compromissos governamentais, federal e de alguns governos estaduais, assumidos com organismos estrangeiros, que venham prorrogar essa situação. Referindo-se ao Dr. Pinotti, afirma que a esterilização em massa não é fato do passado e sim do presente. Isto porque relatórios do censo apontam que a fertilidade geral das mulheres caiu em todo o País, embora tal fato não ocorresse na faixa da população adolescente. Alerta que as adolescentes negras das favelas brasileiras têm sido alvo fácil para a esterilização em massa e pesquisas antiéticas e de vacinas, como por exemplo, o Projeto Genoma, que abre espaço para eugenio moderna ou pós-moderna.

Conclui, reforçando sua solicitação à CPI para o esclarecimento dos fatos relatados. Indagada pelo Relator sobre o que esperava da Comissão, a Sra. Jurema enfatiza o depoimento da Sra. Betânia, concordando com o mesmo, no sentido de esperar que os resultados da CPI contribuam para a construção de uma nova ética, reforçando a nova cidadania das mulheres negras e de toda população brasileira, além de gestionar práticas que possam conter, de modo ágil e imediato, o genocídio do povo negro.

Deseja que o PAISM traga o conceito de planejamento familiar para o seu real significado. Solicita que a CPI divulgue o conceito de planejamento familiar, não como anticoncepção e sim de direito ao acesso livre e gratuito a formas variadas de anticoncepção. O PAISM é a assistência integral à saúde da mulher. O planejamento familiar não deve se restringir ao âmbito da

saúde da mulher, nem ao Ministério da Saúde. Toda a família deve ser planejada, desde o número de filhos, onde morar, creche, escola, faculdade e todas as ações mais complexas, além do âmbito do ambulatório de saúde. Segundo a depoente, a Comissão precisa assumir que o discurso racial não é prerrogativa única do movimento negro. A população negra é a maioria da população brasileira e é população humana do mundo. A CPI deve contribuir para que cada um assuma sua função, impedindo a continuação do genocídio.

Deseja que as manipulações eleitorais sejam bloqueadas e que seja separado o joio do trigo nas instituições públicas, inclusive no Congresso. Menciona o escândalo provocado pelo documento a que a CPI da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro teve acesso.

Acredita que a presente CPMI tem conhecimento do referido, no qual o Ministério da Saúde assinava documentos oficiais com a BEMFAM. Conclui com a certeza de que os deputados e senadores têm consciência de suas responsabilidades em relação ao problema, podendo agir como fortes aliados, contribuindo para alcançar a solução.

A Deputada Jandira Feghali pede esclarecimentos sobre o trabalho realizado pelo Movimento das Mulheres Negras, perguntando que resultados têm sido colhidos do trabalho que vem sendo desenvolvido pelo CEAP, do ponto de vista da conscientização.

Reafirmando o início de seu depoimento, a Sra. Jurema menciona o lançamento da campanha contra a esterilização em massa pelo programa de mulheres do CEAP e seus objetivos que eram mobilizar o movimento negro e mulheres negras para a ação conjunta de mobilização de instituições contra a esterilização em massa de mulheres negras no Brasil. Acredita que as reivindicações não são apenas do CEAP, mas de todo o movimento de mulheres e do Movimento Negro. Considera a realização da presente CPI das demais dos diversos estados e municípios como resultado do trabalho de mobilização que contou com o apoio de muitas pessoas.

Quanto à inexistência de estatísticas mencionada pelo Dr. Pinotti, esse fato não impede que se enxergue a realidade, pois em um país racista ser negro é uma condição terrível. No censo de 1980, quando os não-brancos brasileiros foram indagados sobre sua cor, as respostas variavam entre 180 nomes diferentes, fugindo da condição de negro.

Se não existem estatísticas, a depoente espera que a CPMI ajude a pressionar os organismos competentes a incluir o item cor nos levantamentos estatísticos do censo e em prontuários médicos, com sinceridade e não da forma como tem sido feita, para que seja possível entender nossa realidade.

Relata que o trabalho tem sido refletir, sem medo de fugir às questões polêmicas, defendendo que a esterilização não seja considerada, apenas, um método anticoncepcional. A esterilização, enquanto cirurgia ou vasectomia, extingue a fertilidade da mulher ou do homem. Não pode ser considerada um método.

Quanto à discussão dos direitos, traz a questão do que é ou não esterilização voluntária. O CEAP, toda a campanha e o fórum do Rio de Janeiro afirmam que neste momento não é possível falar em esterilização por voluntário. Não vivemos em um estado de direito e não somos cidadãos. A eugenia está por aí.

Assegura que ela mesma não gostaria de ter que recorrer à mutilação de trompas, embora esteja aberta ao debate do assunto.

Ao finalizar, declara esperar que a CPI desmascare algumas universidades quanto ao papel desempenhado por elas na política de controle de natalidade. Se a UNICAMP pode ser elogiada pelo comprometimento da implantação dessa política, pode ser reprovada se considerarmos a pesquisa Norplant. Este é apenas um exemplo, pois outras universidades aliaram-se a organismos internacionais como o Population Council, o Fundo das Nações Unidas de População e a Organização Mundial de Saúde, interessados em programas de controle de natalidade e comprometidos com a disseminação de vacinas antigravidez, como foi o caso da pesquisa Norplant.

O fato de o Brasil ter sido aceito pelo FUNUAP — Fundo das Nações Unidas para a População é uma vitória. Entretanto, temos que olhar criticamente a atuação do órgão, apesar de pertencer às Nações Unidas. Queremos o País que nós, mulheres, estamos construindo, que, embora semelhante, nem sempre é o mesmo no discurso desses organismos.

12 — Depoimento do Dr. José Aristodemo Pinotti

O depoente, professor da UNICAMP e ex-secretário de Saúde do Estado de São Paulo, inicialmente analisa o contexto que envolve a esterilização em massa no Brasil, destacando os aspectos da dominação e da discriminação da mulher como uma das características fundamentais do quadro que explica ou se relaciona com o processo indiscriminado de esterilização.

Afirma que nos últimos vinte ou trinta anos se implantou no Brasil um programa de controle da natalidade e não de planejamento familiar. Isso, em razão da omissão de forças políticas e científicas nacionais que permitiram que recursos do governo americano financiassem tal programa. Esse programa foi desenvolvido principalmente por instituições privadas, que se utilizaram, em geral, apenas da pílula e da ligadura de trompa como métodos contraceptivos. Estabeleceram-se, aí, as bases para a cultura da esterilização no País.

Para demonstrar a existência do controle da natalidade, o depoente apresenta dados que indicam que em torno de 30% das mulheres brasileiras em idade fértil — de 15 a 49 anos — encontram-se esterilizadas, número que considera altíssimo em relação ao contexto internacional.

Acrescenta que 50% dessas mulheres foram esterilizadas antes dos trinta anos de idade, o que considera um absurdo, por entender que dificilmente alguma mulher antes dessa idade possa tomar decisão definitiva, nesse campo, em sua vida.

Destaca, com base em estudos, que o percentual de arrependimento das mulheres esterilizadas é inversamente proporcional à idade em que foram submetidas à cirurgia. Cita como exemplo que 50% das mulheres até 25 anos que fizeram a ligadura de trompas estão arrependidas.

Informa, também, que 27 a 28% das brasileiras em idade fértil fazem uso de pílulas anticoncepcionais, fato que considera responsável por sérios riscos à saúde e à vida das usuárias. Em decorrência, segundo afirma, morreram centenas — e mesmo milhares — de mulheres.

Defende, em contraposição à utilização de apenas dois métodos, que o ideal em termos de contracepção é o acesso de cada mulher, nas diversas fases de sua vida, ao conhecimento e ao conjunto dos métodos que possam protegê-las contra uma gravidez indesejada, que não a prejudique física ou mentalmente e que se realize no contexto do atendimento das suas demais necessidades de saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM.

Posiciona-se favoravelmente à laqueadura tubária por considerá-la um direito da mulher. Manifesta, contudo, sua crítica à maneira por que vem sendo feita no Brasil nas últimas duas ou três décadas, apontando a necessidade de se transformar o atual programa de controle de natalidade em programa de planejamento familiar.

Indagado a respeito, apresenta dados de pesquisa realizada na UNICAMP que apontam índice de arrependimento de 50% para as mulheres com menos de 24 anos de idade, 28% para as mulheres entre 25 a 34 anos e 8% para as com mais de 35.

Responde sobre cesarianas apresentando dados de pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo e no interior do Estado, que comprova ser essa a via mais freqüente de esterilização de mulheres. Verificou-se, para a região metropolitana, que 80,2% das esterilizações realizadas o foram através de cesáreas. No interior, o índice atingiu 65,6%. Acrescenta, ainda, que em 82% dessas cirurgias, houve pagamento “por fora” para que a laqueadura fosse realizada.

No mínimo, segundo outros dados apresentados, 50% dos partos foram operações cesarianas, taxa que considera extremamente alta. Um bom serviço de obstetrícia não atingiria índices superiores a 20%, segundo sua opinião.

Inquirido sobre o uso da pílula anticoncepcional, afirma ser essa prática tão prejudicial quanto — ou até mais do que — a laqueadura tubária. Informa, ainda, que 50% das mulheres que usam esse método o fazem correndo riscos de vida.

Indagado sobre o currículo médico e a esterilização, manifesta opinião de que os médicos em geral são mal informados sobre o tema, uma vez que, só há pouco, a matéria começou a ser abordada em algumas faculdades.

Sobre a vasectomia, quando arguido, referiu-se ao seu baixíssimo índice de utilização: 1,6% dos métodos anticoncepcionais, que atribui à predominância da cultura machista.

Inquirido acerca do aborto como método anticoncepcional, manifesta-se contrário à sua prática. Afirma, porém, ser muito mais contrário à criminalização da mulher que a ele se submete. Em consequência, considera fundamental normatizar o aborto.

Indagado sobre a oportunidade de se estabelecer um prazo de seis meses entre a manifestação da pretendente à laqueadura e a sua realização, manifesta sua concordância, acrescentando ser fundamental repassar as informações essenciais para as mulheres.

Manifesta, ainda, baseado em estatísticas, que a mulher negra não é mais esterilizada do que a branca. Acredita que tal fato ocorra em razão da impossibilidade de a mulher negra pagar "por fora" a esterilização. Afirma, também, a existência de estudos comprovando distúrbios hormonais decorrentes da ligadura de trompa.

Por fim, manifesta sua grande preocupação com a perspectiva da liberação de patentes para medicamentos, por considerar que ocorrerá profundo agravamento da já deteriorada situação de falta de medicamentos para a maioria da população.

O depoente apresenta resposta escrita à indagação referente aos critérios de esterilização cirúrgica utilizados na UNICAMP.

13 — Depoimento do Dr. Roney Edmar Ribeiro

O depoente, Secretário de Saúde do Estado de Goiás, concentra sua análise sobre a atual situação da esterilização no baixíssimo grau de consciência do povo e, em particular, das mulheres, fato que, na sua opinião, as deixa vulneráveis a imposições de toda ordem.

Questiona se no Estado de Goiás esse quadro seria ainda pior, já que é o vice-campeão de casos de mulheres esterilizadas. Procurando responder ao seu próprio questionamento, destaca como principal causa a falta de continuidade do PAISM após o término de sua primeira gestão como Secretário de Saúde.

Relata as grandes dificuldades encontradas para implantação do PAISM, em 1983, criado como resposta à omissão governamental e administrativa então existente, que permitiu a utilização de recursos que orientaram a população no sentido do controle de natalidade.

Manifesta sua intenção de retomar o PAISM, como reivindicado pelo Movimento Feminista, utilizando-se como estratégia primeira a conscientização e valorização dos profissionais de saúde, que deverão estar integrados a uma nova política de saúde, na qual o atendimento integral à saúde da mulher e da criança seja prioridade.

Considera que, assim, os profissionais de saúde estarão em condições de abrir canais de participação e decisão da população, aumentando seu grau de conscientização sobre as questões relativas ao planejamento familiar.

Reafirma que se essa conscientização acontecer, o povo não mais aceitará imposições, especialmente no planejamento da família.

Indagado a respeito da cassação do diploma médico de Sr. José Hidasi, afirma conhecer apenas o que foi publicado na imprensa e de não saber se houve outros fatores que justificaram tal cassação.

Ao responder sobre as estatísticas no Estado de Goiás, esclarece que 31,3% das mulheres entre 15 e 54 anos estavam esterilizadas e que 73% das que usam anticoncepcional realizam a laqueadura.

Inquirido a respeito, informa que todos os métodos anticoncepcionais, com exceção da esterilização, foram colocados à disposição das mulheres nas unidades de saúde de Goiás.

Responde à indagação acerca das razões da interrupção do PAISM em seu Estado, afirmando não saber esclarecer se o fato ocorreu em função de decisão política ou por incompetência administrativa.

Conclui, afirmando que os dados de que dispõe indicam um número maior de cesarianas na rede privada do que pública, mantendo-se, em consequência, essa mesma relação para os índices de esterilização.

14 — Depoimento da Sr^a Luíza Barrios

A depoente, Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado, declara a existência de discriminação racial nas ações relativas à esterilização de mulheres no País.

Discorre sobre a formação da sociedade brasileira, o tráfico de africanos para o Brasil, a política de incentivo à imigração de trabalhadores europeus, as leis relativas à imigração promulgadas após a abolição, com orientação racista. O decreto-lei de 1945 (Governo Vargas) que enfatiza a necessidade de preservar e desenvolver, na composição étnica da população, as características da ascendência européia. A ambigüidade que tem marcado a relação entre brancos e negros, manifestada de várias formas. A miscigenação das raças, vista e incentivada como forma de prover o desaparecimento físico da marca do negro.

Declara que a população negra nunca foi corretamente quantificada. O censo de 1970 excluía o quesito cor, alegando que esse dado poderia quebrar a unidade do povo brasileiro. Em 1980, o quesito cor retornou ao Censo Demográfico, produto da luta dos movimentos negros. Em 1983, o Movimento Negro Unificado (Seção DF) lança o primeiro manifesto, alertando sobre as implicações do controle de natalidade na população negra. O documento denunciava a existência do Grupo de Assessoria e Participação (GAP), constituído no Governo Maluf (São Paulo), com o objetivo específico de reduzir o crescimento da população negra no Brasil, principalmente em São Paulo.

Cita a campanha de sensibilização da sociedade baiana, ocorrida em 1986, onde foram usadas peças publicitárias racistas para ilustrar a necessidade do controle da natalidade. A campanha visava à instalação do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana, idealizado e atualmente dirigido pelo médico Elsimar Coutinho.

Ressalta que os estudos populacionais, realizados recentemente, demonstram uma tendência declinante no crescimento da população brasileira. A taxa de fecundidade caiu, de cinco a seis filhos por mulher em 1970, para 3,3 filhos no período de 1980 a 1985.

Afirma que, pelo menos até 1960, a taxa de fecundidade das mulheres negras era inferior à das mulheres brancas. Fato importante e não divulgado. Existe entre as mulheres negras um componente de esterilidade que não está sendo levado em consideração. É a esterilidade involuntária, causada por doenças.

Enfatiza que a partir da década de 1980 tem havido várias ações governamentais, objetivando reduzir drasticamente a taxa de fecundidade entre as mulheres negras. Embora os dados da PNAD demonstrem que existe uma proporção menor de esterilização entre as mulheres negras, esses dados não podem ser analisados fora do contexto da chamada "esterilidade involuntária". Em um país racista como o Brasil, não existe possibilidade de políticas que se dirijam a grandes contingentes populacionais, sem que essas políticas tenham efeitos diferenciados e desiguais entre brancos e negros. Por isso, o processo de esterilização entre as mulheres negras tem um significado especial.

Salienta que os dados colocados ao nível de país modificam-se completamente quando analisados ao nível de região. Exemplifica, citando a Região Nordeste, onde vive metade da população brasileira (sic). Entre as mulheres esterilizadas, naquela região, 66% são negras. Nota-se, também, que é maior o percentual de esterilização de mulheres negras jovens (15 a 20 anos).

O Relator da Comissão indaga à depoente:

- se havia estudado aspectos do aborto como forma de controle de natalidade de pessoas de etnia negra;
- se tinha conhecimento do número de negros e brancos no censo de 1991;
- se não seria mais ético se o recenseamento deixasse de lado a coloração da pele das pessoas.

Quanto ao aborto, a depoente salienta que as estatísticas oficiais não trazem esse dado. Enfatiza que a BEMFAM havia realizado uma pesquisa no Nordeste, objetivando mensurar o resultado do trabalho controlista que vinha realizando e deveria ter colhido dados sobre o assunto. Salienta que os dados coletados pela BEMFAM deveriam ser divulgados, para que fossem analisados, e até mesmo utilizados como prova da ação devastadora que a entidade vinha desenvolvendo na área do controle de natalidade.

Quanto à proporção de brancos e negros, declara não ter tido acesso a essa informação. Os dados que possuía era do censo de 1980. Naquele censo, os negros representavam 44% da população do País.

Quanto à reinclusão do quesito cor nos censos demográficos, afirma que antiética era a retirada do quesito. A sociedade brasileira deseja parecer como branca e para isso lança mão de vários mecanismos. É fundamental para o movimento negro que os censos forneçam essa informação.

A depoente cita “Ideologia Controlista, Teoria e Prática“ que tinha sido entregue à Mesa e solicita que o mesmo seja anexado aos Anais da CPI, como contribuição do Movimento Negro Unificado e da Rede de Defesa da Espécie Humana. O documento fornecia informações relativas ao trabalho político e ideológico do médico Elsimar Coutinho.

O Relator pergunta à depoente se tinha conhecimento do número de esterilizações entre mulheres negras de camadas sociais mais baixas e entre aquelas de camadas sociais mais elevadas.

A depoente declara que a PNAD não fornecia esse dado. É um cruzamento de grande utilidade, o da renda e da cor, ou da origem racial do grupo de mulheres que está sendo considerado. Menciona a pesquisa que estava sendo realizada no Recôncavo da Bahia, que deveria fornecer essa informação. Afirma que a oferta de laqueadura gratuita é muito grande entre as mulheres de renda mais baixa (inferior a um salário mínimo). Ressalta que a incidência de esterilizações feitas fora do momento do parto tinha aumentado consideravelmente, ocorrendo até em comitês eleitorais.

A presidente da Comissão pergunta à depoente se possuía algum dado estatístico que evidenciasse a conotação racial na questão da esterilização.

Segundo a depoente, existe manipulação dos dados estatísticos relativos a esse problema. Menciona dados relativos à Bahia. Naquele Estado, entre as mulheres brancas de 15 a 54 anos, que usavam algum método anticonceptivo, 43% estavam esterilizadas. Entre as mulheres negras, o percentual era menor (39%). A leitura que se faz dos dados é que a esterilização é maior entre as mulheres brancas. Contudo, não se leva em consideração que os 43% representam 76 mil mulheres brancas, enquanto os 39% se referem a 243 mil mulheres negras. O que as estatísticas efetivamente comprovam é que ser negro é ser candidato natural à pobreza.

15 — Depoimento de Dom Luciano Mendes de Almeida

Dom Luciano, presidente da CNBB, afirmou que um país que tem uma população relativa de 16 habitantes por quilômetro quadrado não deveria estar pensando em controle da natalidade, mas o faz porque tem naqueles que promovem as esterilizações uma intenção genocida, dentro de uma perspectiva racista.

Frisou que o País aceitou — da parte dos que foram espectadores, ou promoveu da parte dos que foram agentes — a esterilização em massa, ressaltando que a CPMI deveria, também, tratar do problema do aborto.

O depoente declarou que crianças são eliminadas pelo aborto e mulheres são transformadas em estéreis pela ação externa, pois a esterilização desejada não é mais freqüente, muitas vezes sendo o convencimento médico que induz à esterilização.

Segundo Dom Luciano, os órgãos públicos se acobertam no fato de que não houve nenhuma disposição governamental no sentido de promover esterilizações, mas o fato é que houve uma gravíssima omissão por parte do Governo,

e declara que reside em Brasília há mais de quatorze anos, freqüentando assiduamente o Ministério da Saúde, sempre denunciando essas práticas, contudo, nunca lhe deram ouvidos. Afirmou também que a CPMI não pode encerrar apenas com depoimentos, salientando que a mesma deve chamar à responsabilidade aqueles que promovem as esterilizações.

O depoente denunciou que está se difundindo no País a idéia de que o método para um planejamento familiar eficiente são os métodos artificiais, especialmente o da esterilização. Culpa as escolas médicas pelo fato de não disporem de cursos atualizados sobre os métodos naturais já desenvolvidos. Segundo Dom Luciano, não temos médicos bem-informados naquilo que outros países têm e questiona por que razão se opta por métodos que possam acelerar a diminuição da população ao invés de se optar pelos métodos da dignidade da pessoa humana, os quais respeitem a opção do casal.

Afirmou que o Brasil precisa ser consertado eticamente; que se faz necessária uma mudança comportamental.

Manifesta sua esperança de que a Comissão chegue a um relatório que possa ser inovador, fazendo, para tanto, um questionamento sobre o tema e que venha a ter uma repercussão em termos de legislação no Congresso Nacional.

O Relator perguntou ao depoente se o convênio da CNBB com o UNICEF — esta, de acordo com o Relatório Kissinger, faz parte de um consórcio de órgãos que atuam na área de controle populacional — restringe-se apenas ao uso do soro caseiro ou se existem outros compromissos embutidos nessa cooperação.

O depoente respondeu afirmando que em nenhum momento percebeu qualquer atuação no sentido de controle da natalidade por parte do UNICEF. Afirmou também que, além do soro caseiro, existem os programas de aleitamento materno, de melhoria da condição alimentar da gestante, da vacinação e da pesagem, destacando que a CNBB nunca participou de qualquer outro tipo de ação junto ao UNICEF.

Dom Luciano afirmou, ressalvando não ter provas, que o UNICEF no Brasil sofreu repressão do Banco Mundial, como se estivesse facilitando o nascimento em populações pobres e desnutridas através do programa de apoio à gestante.

O Relator salienta que, durante a ECO/92, diversas autoridades, dentre elas o Secretário-Geral da Conferência, Sr. Maurice Strong, afirmaram que a preservação do ecossistema estaria intimamente ligada ao controle da natalidade, principalmente no Terceiro Mundo, e indaga do depoente se a Igreja continua com a mesma posição de sempre ou se ocorreram mudanças em termos de planejamento familiar por parte da Igreja Católica.

O depoente declara que existem estudos que mostram que a população não há de crescer desmedidamente; pelo contrário, já está chegando ao pico, de onde começará a regredir.

Dom Luciano declarou que a posição da Igreja não é contrária ao espaçamento da natalidade, desde que seja feito respeitando-se eticamente o melhor modo de fazê-lo, de modo que a Igreja não defende, sistematicamente, o crescimento populacional.

Entende, outrossim, que não é possível que governos e associações, interessadas nas suas finalidades próprias, exerçam o controle da natalidade.

Afirmou também que o que estraga o mundo hoje não é o crescimento populacional, mas, sim, o desperdício dos recursos naturais, lembrando que nos países desenvolvidos gasta-se, para alimentar suas populações, o que é preciso para alimentar os povos mais pobres, sem que se faça nenhum questionamento ético sobre isso.

A Presidente perguntou se os métodos artificiais de contracepção poderiam ser absorvidos e em que situações e condições, do ponto de vista da Igreja.

Dom Luciano responde que respeita o uso de métodos artificiais apenas nos casos em que a pessoa se encontra em estado de "consciência perplexa", ou seja, quando a pessoa se encontra em situação limite, sem outra alternativa viável; fora disso não há justificativa para esses métodos.

Quanto ao aborto, enfatiza que não há justificativa, sem nenhuma exceção, para o aborto, visto que todos têm direito à vida.

16 — Depoimento do Dr. Elsimar Coutinho

O depoente, professor da Universidade Federal da Bahia e pesquisador de reprodução humana, declarou de início que não concordava com as afirmações de que no Brasil havia esterilização em massa e passou a ler artigo de sua autoria, publicado em jornal do Estado da Bahia em julho de 1991.

O referido artigo afirma que a esterilização é um dos métodos mais utilizados em todo o mundo e que no Brasil não é surpresa a sua larga difusão, uma vez que inexistem serviços de planejamento familiar na rede pública de saúde; logo, esta é a única alternativa.

Defendeu as clínicas de planejamento familiar particulares e filantrópicas, nacionais e estrangeiras, da acusação de esterilização indiscriminada e citou que, em seu serviço, este método responde por 10% do total, sendo que o DIU responde por 30% e a pílula por 27%.

Afirmou que já alertara o Governo Federal há cinco anos sobre a situação e poucas medidas foram tomadas, sendo que, dentre estas, destaca-se o fim do pagamento diferenciado para parto normal e cesariana.

Esclareceu que considera absurdos os números astronômicos apresentados pelo Ministério da Saúde como de mulheres esterilizadas, alegando que os dados do IBGE referem-se a mulheres que se utilizam de algum método contraceptivo.

Negou, com base nestes dados, a existência de um quadro dantesco, alegando que o pequeno percentual de mulheres na faixa de 15 a 24 anos esterilizadas garantiria um expressivo crescimento populacional no País.

Citou pesquisa da UNICAMP que apontava que mais da metade das mulheres esterilizadas é de bom nível sócio-econômico, o que prova que para estas a esterilização já é um direito. Afirmou que, através de sua prática profissional ao longo dos anos, concluiu ser a esterilização um desejo universal.

Apresentou dados comparativos entre países que mostram que, considerando-se a população total, o Brasil apresenta 7% de pessoas esterilizadas, enquanto que nos Estados Unidos este percentual é de 28%, já que lá a vasectomia é muito mais freqüente. Sobre este último método citado afirmou que estatísticas comprovam que a sua utilização causa uma diminuição ou equilíbrio na realização da esterilização feminina.

Por fim, defendeu o aumento da participação de mulheres no planejamento familiar e a multiplicação de centros voltados a esta atividade em todo o País.

Inquirido, reafirmou considerar absurdas, com base em estatísticas do IBGE, as declarações do ex-Ministro Alceni Guerra sobre a existência de 25 milhões de mulheres esterilizadas.

Sobre os anticoncepcionais masculinos que pesquisa há 15 anos, alegou ter realizado testes com três tipos e que todos apresentaram como efeito colateral aumento de peso, e que atualmente realizam estudos com outra substância na China e em outros países.

Sugeriu que o Governo deveria, fundamentalmente, educar a população em planejamento familiar em todos os seus aspectos, inclusive o tratamento da infertilidade.

Procurou esclarecer os testes com medicamentos realizados pela instituição que dirige e negou que agenciasse empregos para pessoas que se submettessem à esterilização, assim como a existência de casos de infertilidade provocados por suas pesquisas no Brasil.

Finalizando, defendeu seus pontos de vista sobre a supressão da menstruação e sobre a eugenia.

17 — Depoimento do Dr. Hélio Aguinaga

O depoente, médico e diretor do Centro de Pesquisa e Atendimento Integral à Mulher e à Criança — CPAIMC, iniciou seu depoimento historiando a criação do Centro, afirmando que participou de estudo que apresentou como conclusão a necessidade de criação de Programa de Assistência à Mulher e à Criança que deveria, dentre outras, oferecer atividades de planejamento familiar.

Alegou que, como naquela época a atividade de planejamento era vista com desconfiança, só mais tarde obteve recursos do Governo Federal e de agências internacionais que permitiram o desenvolvimento de atividades.

Negou que neste período qualquer projeto tenha se voltado especificamente para a ligadura de trompas, e que a instituição, existente há 22 anos, atende precipuamente à população da Baixada Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, chegando a ter 44 unidades. Afirmou que hoje a entidade

encontra-se restrita a uma única unidade devido à escassez de recursos, e queixou-se de que angariou fama de realizar esterilizações em massa, quando, na verdade, atua em diversas outras atividades voltadas à mãe e à criança.

Esclareceu que o CPAIMC diminuiu sua atividade por força da diminuição de recursos provenientes do exterior, mas que por razões de satisfação pessoal continuava a dirigir a instituição.

Interrogado sobre métodos anticoncepcionais, explicou que todos possuem vantagens e desvantagens, dependendo do paciente e defendeu a inclusão do planejamento familiar nos currículos médicos, admitindo que os profissionais de saúde no Brasil têm grande desconhecimento sobre a matéria.

Defendeu a não-alteração do Código de Ética Médica e afirmou que o aludido código não condena a laqueadura, mas apenas proíbe ao médico realizar o que for vedado por lei. Alegou que o Código Penal não proíbe a esterilização segundo o seu entendimento e o de vários juristas, e afirmou que o Conselho Regional de Medicina já visitou seu serviço não constatando irregularidade. A seguir, desafiou a parlamentar inquisidora a denunciá-lo caso entendesse haver ilicitude nas atividades do CPAIMC.

Apontou como grave distorção o acesso à esterilização que as mulheres com recursos têm, a seu critério. Alegou que, diante disso, a entidade que dirige criou cursos, ministrou treinamento e doou laparoscópios para que as cirurgias pudessem ser feitas de forma ética na rede pública, evitando a sua realização durante o parto cesariano.

Por fim, negou que pesquisa realizada pelo CPAIMC fizesse referência a 13 mil laqueaduras em quatro anos, mas sim ao longo dos 22 anos de existência da entidade.

18 — Depoimento da Sr^a Edna Rolland

A depoente é psicóloga e Diretora do Instituto de Mulheres Negras — GELEDES.

Declara não ser possível abordar a questão do controle de natalidade sem considerar as consequências dessa prática no corpo da mulher. Ressalta que, constantemente, se discute o problema da autodeterminação dos povos, porém, não se pode esquecer que não existe autodeterminação dos povos, se não houver autodeterminação dos indivíduos. É fundamental que a política populacional do País respeite esse direito humano, básico e fundamental das mulheres, que é o de determinar a sua vida, independentemente dos interesses gerais a nível nacional ou internacional.

Menciona a necessidade de se analisar as relações entre países ricos e pobres ao abordar a questão da esterilização em massa de mulheres no Brasil.

Cita o surgimento do conceito “população descartável” que teve lugar nos países do Hemisfério Norte. Afirma que, do ponto de vista desses países, somos todos negros, cidadãos do Terceiro Mundo, cidadãos de segunda classe. Desse modo, as políticas demográficas dos países desenvolvidos visam a contro-

lar o crescimento das populações dos países pobres, incluindo em tais políticas a eliminação de determinados povos.

Menciona a existência de uma contradição flagrante na Igreja Católica, pois, ao mesmo tempo em que se opõe ao controle de natalidade, restringe seus dirigentes à prática celibatária.

Declara que a liberdade das mulheres do Terceiro Mundo vê-se ameaçada por práticas e políticas internacionais, que as excluem dos frutos do progresso.

Enfatiza a importância de políticas mais adequadas, que preservem os direitos de homens e mulheres brasileiros decidirem sobre sua sexualidade e sua saúde reprodutiva.

Acredita ser imprescindível considerar o fator saúde ao se discutir métodos contraceptivos, porquanto não existe nenhum método que seja cem por cento perfeito do ponto de vista da necessidade feminina. A maioria dos métodos visa a eficácia, ou seja, promover a queda da fecundidade de forma rápida.

Ressalta a importância de pesquisas na área da reprodução humana. Informa que o movimento de mulheres em nível internacional vem atuando nessa área, pressionando os organismos pertinentes.

Cita a Aids e seu efeito dizimatório sobre as populações. Menciona que em determinadas regiões da África (sul do Saara), existem aldeias cuja população, em idade reprodutiva, foi quase toda dizimada por essa enfermidade.

Declara ter tomado conhecimento, por meio da Dr^a Rennibang (Índia), em reunião realizada em Barbados, da existência de um documento confidencial que circulava no âmbito do Banco Mundial, onde a questão da Aids era colocada como uma possível solução para o problema populacional do continente africano. A médica havia tido acesso ao documento através da International Woman's Her Qualition, instituição não-governamental, sediada na cidade de Nova Iorque (EUA).

Menciona os riscos que as tecnologias da área de reprodução humana representam para a saúde de homens e mulheres, porquanto o que se tem presenciado é que essas tecnologias não são inócuas como parecem. Exemplifica citando o DIU, considerado método de alta eficácia e reversível. Pesquisas recentes demonstram a ocorrência de infertilidade após o uso do mesmo.

Cita a existência de um percentual elevado de mulheres que se arrependem após a esterilização. Informa que, no Estado de São Paulo, o índice de arrependimento, entre mulheres que se esterilizaram com idade inferior a trinta anos, chega a 50%.

Declara sua preocupação com o uso de determinados métodos contraceptivos, como vacina contra a gravidez; menciona que esse método interfere no sistema imunológico da mulher e seus efeitos letais, ocorrem por meio de vírus no sistema imunológico dos indivíduos. Ressalta que um método contraceptivo, que interfere no sistema imunológico, representa uma grave ameaça à saúde da mulher no Brasil e no Mundo.

Referindo-se às colocações feitas pelos participantes reunião, quanto à legalidade da esterilização no Brasil, a depoente menciona que a Secretaria

Municipal de Saúde de São Paulo, há cerca de um ano e meio atrás, resolveu criar o primeiro serviço de aborto legal. Para isso solicitou a uma procuradora do município que fizesse o levantamento da jurisprudência existente sobre o assunto. Informa que, pelo menos no fórum de São Paulo, não foi constatado nenhum caso de médico que tivesse sido condenado pela prática do aborto ilegal. Contudo, a ausência da aplicação da lei não significa, necessariamente, a inexistência da massa. Ressalta que o Brasil não precisa de leis de *apartheid* para produzir um *apartheid* mais brutal do que o da África do Sul. Da mesma forma que não é necessária a existência de leis para produzir determinados efeitos.

Declara que o Governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, nunca assumiu uma responsabilidade real em relação ao controle de natalidade e à saúde da mulher.

Salienta que a sociedade brasileira necessita de leis na área da reprodução humana. As instituições públicas e privadas que atuam na área de saúde, precisam de parâmetros que sejam respeitados por toda a sociedade. Esses parâmetros devem ser criados visando a atender as necessidades dos indivíduos e não a políticas populacionais.

19 — Depoimento do Sr. Eurípedes B. de Carvalho

De início, o depoente, presidente da Federação Nacional dos Médicos, ressaltou que se manifestava em nome da Federação, observando, ainda, que inexistem atualmente dados confiáveis relativos à saúde da mulher.

Passou, então, a ler documento elaborado pela entidade, que condenava a política neoliberal e seus efeitos sobre a área social, sobre o nível de emprego, sobre o salário dos servidores públicos e sobre o custeio da Seguridade Social. Afirmava que as diretrizes econômicas aumentavam a demanda por políticas sociais e, ao mesmo tempo, destruíam o aparelho estatal responsável pela implementação dessa política.

Na área de saúde, destacava, ainda, os escândalos de corrupção no Ministério da Saúde, o caos na rede hospitalar, ocorrência de epidemias já de há muito controladas e o aumento abusivo nos preços de medicamentos essenciais.

Dando prosseguimento, leu o depoente outro documento sobre a saúde da mulher elaborado conjuntamente pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, que arrolava dados relativos ao crescimento populacional, à mortalidade materna, às gravidezes indesejadas e não planejadas, aos abortos, às cesarianas e à esterilização.

Destacava que, desde a década de sessenta, o Governo se furtava a definir uma política de planejamento familiar, deixando as ações nesse campo nas mãos de entidades particulares, algumas financiadas com recursos externos. Apontava que somente em 1983 as ações de planejamento familiar foram incluídas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM, mesmo assim com implantação bastante aquém das necessidades. Afirmava,

inclusive, que entidades privadas de planejamento familiar estariam implantadas em número maior de municípios do Estado do Rio de Janeiro que o PAISM.

Denunciava o sucateamento dos serviços públicos de saúde, particularmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás, sendo que a maioria dos estabelecimentos encontra-se sem equipamentos, medicamentos e profissionais, em face dos baixos salários.

Atribuía a existência de uma indução para a realização de cesarianas, por parte de grande número de médicos, devido à diferença entre as tabelas da Associação Médica Brasileira e do INAMPS para renumeração de um parto e ao longo tempo demandado para acompanhamento de um parto normal.

Quanto ao planejamento familiar, apontava a insuficiência de treinamento e de material para métodos reversíveis como causador de grande demanda de laqueaduras.

Como solução, propunha a viabilização do PAISM com a dotação das unidades públicas de material que permita o acesso da população aos métodos reversíveis. Defendia, igualmente, a legalização da laqueadura com critérios e normas bem definidos, subordinada a comissão autorizadora e precedida de ampla campanha destacando irreversibilidade.

Como forma de controle contra o abuso que poderia ocorrer, propunha auditagem por comissão de ética, conselhos regionais e vigilância sanitária, além de movimentos de mulheres e conselhos de condição feminina.

Por fim, manifestou-se o depoente pela efetiva implantação do Sistema Único de Saúde, com assistência de boa qualidade, de caráter público e democrático e que valorize o parto vaginal através de critérios de remuneração. Defendeu, ainda, a discussão do abuso de cesarianas e do aborto para que o tema da saúde reprodutiva tivesse uma abordagem abrangente.

Na fase de inquirição, citou dados relativos a esterilização, complicações do aborto, arrependimento pós-esterilização e índice de irreversibilidade das laqueaduras.

20 — Depoimento do Dr. Marcelo Lavenère

O depoente, presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados no Brasil, declara que, no plano físico, não adere ao controle da natalidade como necessidade de preservação da humanidade; no plano econômico, não admite nenhuma relação entre densidade demográfica e riqueza ou miséria.

Menciona, também, três níveis de diplomas legais que incidem sobre a questão da esterilização da mulher brasileira, a saber:

1º) a Constituição Federal em seu art. 226, § 7º, estabelece a obrigação do Estado em subsidiar a decisão, que é do casal, nas opções do planejamento familiar. O depoente enfatiza que o Constituinte foi estritamente preciso ao falar em planejamento familiar, que não pode ser confundido com prática de controle da natalidade, de modo que, a partir do Diploma Maior, pode-se

extraír a conclusão de que esta prática, como está sendo adotada em nosso País, constitui violação do texto constitucional.

2º) o Código Penal, art. 129, § 2º, inciso III, criminaliza a lesão corporal considerando-a de natureza grave, se dela resultar perda de função. Já o art. 132 criminaliza o ato de expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente, tipificando-o como perigo para a vida ou à saúde. A Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956 (Lei do Genocídio), que em seu art. 1º condena práticas que signifiquem a inibição de nascimentos em determinados grupos, poderia ser aplicada aos casos em que ocorre altíssima incidência de esterilizações femininas, como é o caso do Maranhão;

3º) o Código de Ética Médica, baixado pelos órgãos fiscalizadores da profissão médica.

Não fosse a permissividade e a complacência do sistema jurídico-cultural do povo brasileiro, que prosperaram graças à adesão, por negligência do Governo brasileiro, poder-se-ia aplicar às práticas de esterilização que têm sido denunciadas na CPMI, o Código Penal, responsabilizando seus autores.

O depoente sugere um tratamento normativo específico para a questão da esterilização, recomendando que se elabore lei que possa ser recebida pela comunidade nacional, não como uma lei que permita a esterilização, mas sim como elemento disciplinador da matéria. E que sirva para conter, reprimir e controlar as esterilizações no País, de modo que o próprio INAMPS que é o maior responsável pelas esterilizações de mulheres no Brasil, feitas de forma camouflada, não possa ser autorizado a praticar tais intervenções cirúrgicas a não ser mediante rígido controle do Estado e da sociedade.

Para tanto, recomenda que o diploma legal sobre a matéria seja elaborado no sentido de vedar, em princípio, a esterilização e o controle da natalidade. Assim, o princípio geral seria o da vedação, prevendo-se penas eficazes para o seu descumprimento. A lei deveria, outrossim, direcionar a atuação dos órgãos públicos e privados que cuidam de planejamento familiar, para uma prática geral de proteção à saúde, de informação e de educação na área de saúde pública. E, finalmente, a lei deveria prover a criação de órgãos de participação mista do Estado e da coletividade — os conselhos nacionais —, que estabeleceriam a política e as diretrizes básicas a serem adotadas nessa área.

O depoente também declara que recebeu informações do Diretor do Conselho Federal de Medicina, que este Conselho tem refletido sobre o assunto e considera que a limitação da idade de trinta anos, abaixo da qual deveria ser proibida a esterilização, salvo por indicação terapêutica, já se constituiria num óbice fundamental ao grande número de esterilizações que são praticadas atualmente.

Por fim, o depoente destaca a conveniência de que todas as entidades que atuam na área sejam submetidas a um processo de fiscalização, proibindo-se-lhes atividades que visem estabelecer o controle da natalidade e o controle da gravidez.

O Relator da Comissão observou que se o INAMPS é o maior responsável pelas esterilizações, o mesmo não é o culpado, haja vista não haver permissão do órgão para que se façam as laqueaduras. Com efeito, os médicos que praticam as esterilizações cobram honorários por fora e o INAMPS não toma conhecimento destas cirurgias.

Visto este fato, o Relator indagou ao depoente se a legislação atual proíbe a esterilização. Indagou, também, sobre a penalidade para a prática da esterilização, nos casos, por exemplo, de esterilizações involuntárias, e se seria o caso de se permitir a esterilização em casos excepcionais. Perguntou, ainda, se o Código Penal tipifica a laqueadura de maneira específica ou se aborda apenas em sentido geral, na parte de lesões corporais com perda de função.

O Sr. Marcelo Lavenère referiu-se à existência de levantamentos que mostram que os altos índices de cirurgias ginecológicas não teriam outro significado, senão o de mascarar intervenções esterilizantes. Ressalta que, se houvesse decisão política do INAMPS em fiscalizar os serviços custeados pelo órgão, com certeza se identificariam essas práticas, com facilidade, pois são realizadas quase que abertamente.

Observa que, se queremos uma lei que funcione como mecanismo mais controlador, mais repressor, a técnica legislativa deverá dizer: "Fica proibida a prática de esterilização", abrindo-se a exceção em artigos e parágrafos subsequentes.

Quanto às esterilizações involuntárias, o depoente afirma que esta prática está sujeita às penas do Código Penal e do Código Civil configurando, inclusive, responsabilização civil acarretando, portanto, imposição de pagamento a título de indenizações por perdas e danos. A aplicação do Código Civil deveria ser estimulada e usada como forma de repressão a estas práticas.

Respondeu, ainda que, apesar de não ser especialista em Direito Penal, desconhecia a existência na legislação penal, de referência específica à laqueadura ou à esterilização.

Indagado se a fiscalização deveria ser feita por órgãos vinculados à Medicina ou por órgãos como a OAB e outros, respondeu que, tendo em vista não ser assunto estritamente médico e tendo o mesmo conotações antropológicas, religiosas, jurídicas, etc., o órgão fiscalizador deveria ser composto de vários setores da sociedade, abrangendo um espectro bastante amplo da sociedade civil organizada.

21 — Depoimento da Sr^a Carmen Calheiros Gomes

A depoente, Secretária-Executiva da BEMFAM, inicialmente, faz a defesa da BEMFAM como uma instituição que tem tratado, em seus 27 anos, o planejamento familiar não como uma ação de controle demográfico.

Esclarece que sua atuação se concentra na área de clínicas próprias, onde possui dez, funcionando em oito diferentes estados, e na área de coope-

ração técnica, através de convênios — há 1.110 convênios, sendo 76% com órgãos públicos.

Afirma que a esterilização jamais foi a prioridade de sua instituição. Esse método só é utilizado quando o casal o elege e havendo indicação médica.

Refere-se à pesquisa realizada pela BEMFAM, em 1986, como muito similar à efetivada pelo IBGE. Esclarece, ainda, que as poucas divergências existentes devem-se às diferentes faixas etárias utilizadas.

Apresenta, em sua conclusão, uma série de manifestos de apoio aos serviços prestados pela BEMFAM.

Nega, contraditando outro depoente, que a BEMFAM tenha feito distribuição indiscriminada de pílulas.

Assume o compromisso de remeter à CPI cópias de convênios da BEMFAM.

Indagada a respeito do Grupo Parlamentar para Estudos de População e Desenvolvimento, afirma desconhecer a atual constituição desse grupo e que a relação da BEMFAM como o mesmo é de apoio a informações sobre saúde reprodutiva, demografia e planejamento familiar, além de realização de seminários.

Esclarece, ao ser questionada, que o IPPF não é a matriz da BEMFAM. Essa entidade dos anualmente recursos que cobrem importante parcela (84%) das atividades de sua filiada nacional.

Afirma, quando inquirida, que a BEMFAM não defende a eugenio, posicionando-se, isso sim, pelo direito ao planejamento familiar. Nega, ainda, qualquer relação com o documento americano que dita regras para a América Latina sobre planejamento familiar.

Indagada sobre atividades da BEMFAM, informa que, de 1983 a 1990, a entidade colaborou no treinamento de 406 médicos, que resultou em 13.529 laqueaduras realizadas por instituições vinculadas a hospitais universitários. Acrescenta que realizou em suas clínicas próprias 209 esterilizações masculinas e 952 esterilizações femininas.

Rebate o posicionamento apresentado por parlamentar, afirmando que a BEMFAM não pretende encerrar suas atividades no Brasil.

Indagada a respeito, informa que a média anual de recursos recebidos do exterior nos últimos vinte anos foi de 3,9 milhões de dólares.

Por fim, informa sobre lista de documentos dirigida à CPI do Estado do Rio de Janeiro, que também é de interesse da presente CPI.

22 — Depoimento do Sr. José Hidási

O depoente, médico e Vereador em Goiânia — GO, critica, inicialmente, a hipocrisia existente em vários campos da vida, em especial na medicina, por permitir que a esterilização seja direito dos ricos e proibida para pobres.

Afirma trabalhar na área de medicina realizando cirurgia de quisto no útero, tratamento de menopausa, infecções e outros males. Acrescenta, ainda, considerar injusto ser condenado por esterilizar mulheres pobres.

Opina que no Brasil se faz controle de natalidade e não planejamento familiar, em razão da ausência de uma melhor educação.

Indagado a respeito de sua manifesta intenção de esterilizar 100% das mulheres do Estado de Goiás, esclarece ter se utilizado desse expediente para fazer “proselitismo” político, já que seria impossível realizar sozinho tamanho número de cirurgias.

Interrogado a respeito das razões da cassação de seu diploma de médico, afirma ter sido vítima de perseguição política.

Afirma, quando inquirido, que cobra das pacientes proporcionalmente ao seu nível de renda.

Nega, quando interrogado, ter recebido pagamento direto de prefeitos para realização de cirurgias esterilizadoras.

Acrescenta, ainda, ao responder a indagação, que não existe nenhuma relação entre os municípios em que realizou mais esterilizações e o número de voto que recebeu na última eleição para Deputado Federal, ressaltando, ainda, que se tivesse operado as mulheres carentes destes municípios, teria sido eleito.

23 — Depoimento do Dr. Antônio Henrique Pedrosa Neto

O depoente, conselheiro do Conselho Federal de Medicina — CFM, relata, inicialmente, a constante preocupação do CFM com a questão da esterilização e cita o seu parecer contrário ao projeto “PF Brasil, Educação e Serviço de Planejamento Familiar”, do Distrito Industrial de Manaus, que objetivava, através da esterilização, evitar o absenteísmo nas indústrias dessa região.

Afirma que ocorre no Brasil um efetivo controle de natalidade, que antes atingia as mulheres da faixa etária em torno dos trinta anos, hoje, faz vítimas entre adolescentes. Toda essa situação, segundo sua opinião sua opinião, teve o beneplácito do Governo brasileiro e do Ministério da Saúde.

Contrapõe-se à prática de esterilização como meio de reduzir a miséria, manifestando que a saída para essa situação de miséria encontra-se na adoção de uma política econômica para o País que propicie o acesso da população à riqueza nacional.

Preconiza a reformulação da Lei do Conselho Federal de Medicina, visando ampliar a sua ação fiscalizadora. Fato que permitiria um maior controle das instituições que atuam no campo do planejamento familiar.

Considera que a atuação da BEMFAM se modernizou, ressaltando, contudo, que ela, como outras instituições, continua visando apenas diminuir a taxa de fecundidade.

Acrescenta que essas entidades incutiram uma cultura de esterilização nas mulheres brasileiras e, por esta razão, defende a proibição de sua ação no País.

Acrescenta como proposta que as entidades internacionais transfiram seus recursos para o Ministério da Saúde, que deverá utilizá-los dentro das normas legais estabelecidas.

Afirma, com base na análise da situação atual, ter chegado o momento de se regulamentar a questão da esterilização, adotando-se parâmetros claros para tal fim.

Dentre esses critérios, destaca: as ações de planejamento familiar devem ser parte integrante de um programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher; as entidades públicas e privadas não poderiam agir apenas visando à esterilização e ao planejamento familiar; as ações de planejamento familiar não poderão ter objetivo demográfico; a decisão do uso do método deve ser livre, da mulher ou do casal; a esterilização só poderá ser realizada após conhecimento e acesso a todos os métodos de planejamento familiar e, ainda, de sua irreversibilidade; a hysterectomy não poderá ser usada como técnica de esterilização; a esterilização será proibida para os menores de trinta anos; o prazo de carência de seis meses deverá ser atendido para os que manifestarem interesse em se esterilizar; durante o período de parto, do aborto, e do puerperio, não será permitida a esterilização cirúrgica.

Aponta, por fim, a necessidade de o INAMPS realizar auditorias sobre esterilizações, baseando-se em dados que indicam altíssimos índices de cesáreas.

Indagado a respeito, considera que a atuação da BEMFAM e de outras entidades financiadas por instituições internacionais deve ser imediatamente interrompida no País.

Afirma, ao ser inquirido, que as escolas médicas oferecem disciplinas relacionadas com a anticoncepção, porém, com a visão distorcida, incutida pelas entidades internacionais de controle de natalidade.

Por fim, considera, após indagação, que o Conselho Federal de Medicina deveria ser mais ativo ainda na fiscalização dos aspectos éticos relacionados à questão da anticoncepção. Ressalta, contudo, ser indispensável a pressão da sociedade e atuação do Congresso Nacional para reverter o atual quadro de esterilização em massa de mulheres.

24 — Depoimento do Dr. Adib Jatene

O depoente, Ministro da Saúde, de início historiou a posição do Governo brasileiro relativamente à questão do planejamento familiar. Ressaltou que esta posição sempre foi, nos foros internacionais, no sentido de defesa da soberania de cada nação sobre a questão de defesa da liberdade de o casal ou indivíduo decidir livremente sobre o assunto e da necessidade de se oferecer assistência integral à saúde da mulher, em consonância com as reivindicações de grupos de mulheres.

Citou a seguir estatísticas que comprovam a pronunciada desaceleração do crescimento populacional e da fecundidade no País, assim como estudos, tanto na área governamental como privada, que atestam a larga utilização

da esterilização como o método contraceptivo mais adotado no Brasil. Sobre a adoção de métodos contraceptivos, destacou que revela um percentual semelhante aos dos países desenvolvidos no que tange à utilização de métodos contraceptivos por parte das mulheres em idade fértil. No entanto, em nosso País, ao contrário daquelas nações, os métodos mais corriqueiros são a esterilização e a pílula.

Afirmou que os problemas advindos da adoção maciça desses dois métodos podem ser deletérios à saúde materno-infantil e que a facilidade para a realização de cirurgias de esterilização é decorrência do número abusivo de partos cesarianos realizados, tanto na rede pública como na rede privada.

Apontou, então, como soluções para a superação deste quadro, o desestímulo pecuniário a estas cirurgias no âmbito do Sistema Único de Saúde e o esforço do Ministério da Saúde na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM.

Este programa, segundo o depoente, visaria ao atendimento integral das necessidades de saúde dos indivíduos do sexo feminino, com destaque para o atendimento integral às patologias mais prevalentes, e incluiria atividades de planejamento familiar. Destacou, então, que essas atividades significam uma real equalização de oportunidades e cumprimento de diretriz constitucional.

Citou os princípios e diretrizes que norteiam o aludido programa e descreveu os esforços envidados pelo Ministério da Saúde em sua implantação, assim como o grau em que cada atividade constitutiva do PAISM está implementada, admitindo grandes diferenças de uma unidade da Federação para outra.

Finalizando, citou o recebimento de auxílio financeiro por parte de órgãos internacionais multilaterais para a implantação de atividades de planejamento familiar.

Inquirido ao final de sua explanação, afirmou que, embora pessoalmente não seja contra a esterilização em determinados casos, a posição do corpo técnico do Ministério da Saúde é contrária à sua adoção como método a ser preconizado pelo PAISM.

Negou, a seguir, desconhecer se o Ministério da Saúde, na gestão do Ministro Borges da Silveira, liberou recursos para entidades privadas de planejamento familiar, destacando que o Conselho Nacional de Saúde desaconselhou a concessão da utilidade pública à Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar.

25 — Depoimento do Dr. Luís Felipe de Seixas Correia

Segundo o Embaixador, Secretário-Geral de Política Exterior do Ministério das Relações Exteriores, a esterilização é a forma mais difundida de contracepção, responsável por 26% do total no mundo.

Citando um relatório recém-divulgado pela Organização Mundial de Saúde — OMS, o depoente afirma que apenas a metade das 910 mil crianças

que nascem todos os dias são efetivamente desejadas, e calcula-se que diariamente 150 mil mulheres interrompem a gravidez, das quais um terço com sérios riscos à sua saúde.

O depoente fala sobre a Conferência Internacional sobre a População, realizada em 1984 no México, sob os auspícios da ONU, declarando que o documento emânado desta Conferência, intitulado "Recomendações para Ulterior Implementação do Plano de Ação sobre População Mundial", reconhece o "direito humano básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsávelmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles", acrescentando que "para este direito ser realizado, casais e indivíduos devem ter acesso à necessária educação, informação e meios para regular sua fertilidade, independentemente das metas demográficas globais do governo"; mais adiante, reza que os governos deveriam tornar universalmente disponíveis informações, educação e os meios para assistir casais e indivíduos no sentido de alcançarem o número de filhos desejado.

Segundo o depoente, a Conferência não se pronunciou sobre a questão da esterilização voluntária, no entanto, o relatório submetido à mesma refere-se ao fato de que em vários países a esterilização voluntária constitui o método contraceptivo mais utilizado, isto devido ao desconhecimento ou à indisponibilidade de outros meios.

As recomendações, adotadas na Conferência de 1984, constituem o marco normativo do Fundo das Nações Unidas para a População — FUNUAP, e, segundo as diretrizes adotadas, não contemplam dispositivos que estimulem ou condenem a esterilização voluntária, sendo vista como um dentre muitos métodos contraceptivos, mas com a ressalva de que a esterilização não é recomendada pela OMS, salvo nos casos em que a utilização de outros meios contraceptivos mostrem-se ineficazes ou atentatórios à saúde.

O depoente afirma que no tocante à questão populacional, a política do Governo brasileiro subordina-se à própria dinâmica do processo de desenvolvimento sócio-econômico, reconhecendo que o planejamento da prole se constitui em um direito fundamental do ser humano. Dentro dessa ótica, a meta de crescimento demográfico para o Brasil seria consubstanciada pelo somatório de ações livres e informadas dos casais e dos indivíduos, visando ao planejamento de sua vida reprodutiva.

Segundo o depoente, qualquer ação por parte do Estado ou de indivíduos que busque a esterilização forçada, ou sem consentimento, constitui a negação do direito da mulher à sua integridade física e ao controle de sua capacidade reprodutiva, caracterizando-se violação de seus direitos e liberdades fundamentais.

O Embaixador informa que o Ministério das Relações Exteriores, através da Agência Brasileira de Cooperação — ABC, coordena as atividades de cooperação técnica que envolvam a participação de governos estrangeiros ou de organismos internacionais no âmbito do Governo Federal. Ressalta que as atividades de cooperação que não incluem órgãos oficiais escapam

ao controle da ABC, ou seja, o Itamaraty não será mandante nem tem os meios necessários para acompanhar atividades de Organizações Não-Governamentais — ONGs, que operam no campo do planejamento de projetos de cooperação técnica oficiais no nível federal. Para que atuem, as ONGs estrangeiras necessitam apenas de autorização conferida por decreto tramitado através do Ministério da Justiça, de acordo com o art. 11, § 1º, da Lei de Introdução ao Código Civil.

O depoente declara que a Conferência do Rio sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento traz, como resumo das negociações, o reconhecimento de que os governos devem adotar medidas para garantir o direito que os indivíduos têm de decidir livremente sobre o número e o espaçamento de seus filhos.

O conjunto dos países em desenvolvimento sublinhou que a questão não deveria limitar-se ao crescimento populacional, mas também a fatores demográficos, de forma a permitir que o assunto fosse tratado de forma mais ampla.

Ademais, destacou o depoente que a Declaração do Rio estabelece que “para atingir o desenvolvimento sustentável e mais alta qualidade de vida, todos os Estados devem reduzir e eliminar padrões insustentáveis de produção e consumo e promover políticas demográficas adequadas”.

A deputada Maria Luiza Fontenele pergunta ao depoente como se justifica o fato de que o FUNUAP, o qual no passado desenvolveu um programa integral de saúde à mulher e à criança, esteja, hoje, destinando recursos tão-somente para a questão do planejamento familiar; pergunta também se há novas exigências por parte da ONU.

O depoente responde que a partir da Conferência Mundial sobre a População, a cooperação do FUNUAP passou a ser dirigida para áreas específicas, salientando que temos atualmente um programa que envolve os seguintes projetos:

1º) reduzir a mortalidade materna e infantil;

2º) reforçar a capacidade institucional do Governo com fins de produzir, analisar e disseminar dados demográficos e integrar variáveis populacionais em modelos de planejamento e desenvolvimento sócio-econômico;

3º) aumentar a qualidade da cobertura dos serviços de planejamento familiar;

4º) reduzir o caso de gravidezes indesejáveis; e

5º) contribuir para a melhoria do *status* sócio-econômico da mulher e aumentar a sua participação no processo de desenvolvimento.

Todos os programas são implementados de acordo com o Plano Mundial de Ação sobre População, ou seja, todas as políticas populacionais devem ser consistentes com os direitos humanos e com as liberdades individuais.

A Srª Josenilda perguntou qual é o controle que o Itamaraty tem da utilização dos recursos repassados.

O depoente respondeu que o Itamaraty não tem o controle sobre isso, visto que o mesmo faz apenas a apresentação dos projetos, ficando a gerência destes a cargo de cada unidade específica, sendo que maioria está sob jurisdição do Ministério da Saúde.

A deputada Jandira Feghali perguntou com que critério as Organizações Não-Governamentais entram em programas no País, quem controla a atuação das ONGs e o que o Governo faz efetivamente sobre isso. Perguntou, ainda, se existem pronunciamentos oficiais do Governo a respeito do Memorando nº 200, elaborado em 1974 pelo Departamento de Estado norte-americano, o qual é ofensivo aos direitos humanos, à questão da liberdade, etc.

O depoente respondeu acreditar que esse tipo de ação perniciosa provenha de Órgãos Não-Governamentais e sobre eles o controle é inexistente em decorrência de a própria legislação vigente não conferir a nenhum órgão governamental atribuição legal para exercer tal controle. Assegurou, porém, que o Itamaraty tem acompanhado e responsabiliza-se por todos os projetos que envolvam o Governo, os quais estão de acordo com a legislação e com as obrigações internacionais do País.

Quanto ao Memorando nº 200, o depoente declarou que não cabe ao Governo comentar um documento interno do governo americano, mas sim defender nosso ponto de vista e nossas posições em qualquer negociação internacional.

Por fim, o depoente destaca que um tratamento legislativo sobre essa questão é muito importante como expressão da vontade nacional, e deve ser o elemento norteador da função internacional do Itamaraty.

Segundo frisou o depoente, a atuação externa do Governo se pauta estritamente pelo respeito às nossas decisões soberanas e à não aceitação de interferências indevidas, de acordo com nossa legislação.

26 — Depoimento da Sr^a Sônia Beltrão

A depoente, arquiteta carioca, denuncia que, ao se submeter a uma cirurgia cesariana para dar à luz o seu quarto filho, em curso do seu puerpério imediato, durante uma visita médica, realizada para orientação de estudantes e residentes, percebeu, pelos comentários de um dos médicos, que fora esterilizada durante o ato cirúrgico. Tendo ido verificar no prontuário médico a confirmação da ocorrência, soube que o mesmo tinha desaparecido do Hospital-Maternidade Praça XV.

Ao ter acesso ao prontuário, facilitado por uma auxiliar de enfermagem do hospital, tomou conhecimento de que havia um documento assinado pelo médico que a havia operado, Dr. Dionísio Cavaleiro de Andrade, CRM 4.288/RJ, constatando, assim, que tinha sido esterilizada. Recebeu pressão dentro do hospital, após saberem de sua intenção de denunciar o fato. Para justificar o ato, o médico operador veio falar com ela e acabou perdendo a paciência querendo impedir que ela prosseguisse em sua denúncia.

Disse estar certa de não apresentar qualquer problema de saúde, pois estava amamentando e tinha sido cadastrada como ama de leite, situação que só é possível se a saúde da parturiente é boa.

A Maternidade Praça XV é uma maternidade-escola com atendimento especializado para prematuros e ela estava amamentando outros bebês prematuros. Logo, no seu entender, não tinha justificativa de saúde para terem nela realizado a esterilização. Acha que a ligadura das trompas não é ato que se justifique com o salvamento de uma vida. Se chegasse à conclusão de que não poderia mais ter filhos e houvesse uma sugestão para este ato, poderia se submeter à laqueadura um ou dois meses depois, ou usar um DIU ou até usar a pílula. O que decidisse. Mas o médico colocou uma evidência de risco que de fato não havia, que não se justificava.

Seu caso chamou muito a atenção das enfermeiras e teve a solidariedade destas mulheres. Arrancou a justificativa médica, assinada por um único profissional, do prontuário, para mostrar, dentro do processo, que era um documento sem fundamento, devolvendo-o à maternidade logo após. Fez isto com a ajuda das mulheres que trabalhavam no hospital.

Uma moça que também tinha tido filho e que também tinha sido esterilizada à sua revelia veio conversar com ela, apavorada com o que tinha descoberto. O que ela tinha em comum com a depoente era o número de filhos. Sua cirurgia foi realizada por um médico chamado Lúcio Flávio Gontijo Andrade, e era uma pessoa bastante simples.

A Maternidade Praça XV atende pessoas provenientes de uma população de baixa renda, sendo, portanto, uma maternidade pública. No depoimento durante o inquérito instaurado, disseram-lhe que não poderia saber que ela era uma arquiteta. Deduziu que, se o soubessem, não teriam ligado suas trompas. Acha importante ter provado o que houve porque se não soubesse o que era laqueadura e se seu caso não houvesse acontecido, ela iria sair sem saber, como devem ter saído de lá muitas outras mulheres ignorando o que lhes fora feito.

A moça, também laqueada à revelia, Jerusa Paes da Silva, concordara em ser co-autora no processo de denúncia formulado junto ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro — CREMERJ, mas os médicos da aludida maternidade acabaram por demovê-la dessa intenção sob o argumento de que tinham feito por ela uma coisa boa.

O hospital instalou uma comissão de inquérito, tendo o processo passado por uma comissão de ética que chegou à conclusão de que não cabia a ela opinar sobre o assunto, passando para o CREMERJ a tarefa. O fato ocorreu em 1985 e o CREMERJ só julgou em 1988 e a pena que o médico recebeu foi a suspensão do exercício profissional por um mês. Tendo apelado ao Conselho Federal de Medicina, este rebaixou a pena para “censura confidencial em aviso reservado” em 1989.

Fica evidente que, no meio médico, a questão corporativa pesa bastante, levando-a a crer que o aspecto corporativo influenciou o rebaixamento da pena.

A depoente revela ter querido a cassação do médico, para que o fato pudesse servir de exemplo para outros médicos, pois resultou claro que o que estava acontecendo naquela maternidade pública, onde vão as mulheres de todo o Rio de Janeiro, era um controle da natalidade com a população de baixa renda, à revelia desta população.

Outro aspecto que confirma esta suposição corporativa é o fato de o documento do hospital, depois, na fase de inquérito junto ao Conselho, aparecer assinado por dois outros médicos afirmando ter estado na sala de cirurgia. O CREMERJ disse que estava reabrindo o processo, mas a depoente não estava certa do que ocorria. Apenas tinha a certeza absoluta de que estes médicos não estiveram presentes na sala de cirurgia onde fora esterilizada. Havia um anestesista e alguns estudantes, para os quais pensa ter servido de cobaia, de aula. Os dois médicos que assinaram ter estado na sala de cirurgia foram Antônio Piragibe Sobrinho, que assinou como auxiliar de cirurgia, e Jaime Rocha Noronha, chefe da equipe de plantão naquele dia.

Até hoje a depoente não conseguiu descobrir o nome da médica anestesista que atuou no seu parto, pois não aparece no prontuário nem nos processos.

Tudo aconteceu no dia 18 de fevereiro de 1985, uma segunda-feira de carnaval. Talvez daí a dificuldade do Dr. Dionísio em conseguir as assinaturas mais rapidamente.

O caso só veio aos jornais e só conseguiu algum apoio às denúncias, após a instalação da CPI da Assembléia Estadual, cuja presidente foi a depoente Lúcia Souto, a quem agradece. Depois disso, esteve no Programa "Sem Censura", onde a médica Jandira Feghali fez uma avaliação médica defendendo-a. O fato de não ser médica foi, durante todo o processo, muito utilizado. O advogado dos médicos dizia que ele não entendia nada e que, sendo leiga, não poderia julgar o ato médico. Assinalou que o processo não contou com o apoio dos médicos do hospital.

Perguntada sobre as justificativas médicas que constavam do processo, a Sr^a Sônia Beltrão informa que não existiam no primeiro momento, quando teve acesso ao seu prontuário, mas que depois de instalado o processo, os médicos alegaram a sua idade de 36 anos, RH negativo e ter tido "debilidade na gravidez anterior", além de produzir excesso de líquidos, fato que não sabe explicar bem, pois não havia escutado, antes, de nenhum médico durante o pré-natal. Conta que, de fato, seu RH é negativo e que teve uma queda durante a penúltima gravidez, submetendo-se a monitoramento rigoroso até o seu curso final. Mas não teve qualquer outro problema de saúde na última gravidez.

Recebeu ameaças do diretor do hospital que disse tê-la poupadão do roubo da justificativa-ata feita pelo médico no prontuário, pois, pacientes não podem ter acesso ao prontuário. Forçou-a a denunciar funcionário do hospital. Três

ou quatro dias depois, o Dr. Dionísio veio falar-lhe, dizendo estar completamente coberto; então, foi ver o prontuário, que antes nem o próprio diretor havia encontrado, e viu a modificação.

Conta, ainda, que o próprio médico, Dionísio, lhe perguntara, antes do parto, se ela desejava fazer a laqueadura, pois estava dentro dos critérios permitidos pelo hospital, ao que ela houvera respondido que não, que discordava do método definitivo, que, de fato, não pretendia ter mais filhos, mas que não queria ser esterilizada. A depoente entende que o que acontece com a esterilização é a amputação e denuncia que esta compreensão não está na população: no programa de TV do qual participou e que contou com a participação do público, houve empate entre aqueles que apoiavam o médico que tomou esta decisão com o seu corpo e os que a apoiavam na busca de fazer justiça pela garantia de sua liberdade de escolher.

27 — Depoimento da Sr^a Rosiska Darci de Oliveira

A Sr^a Rosiska, advogada, jornalista e dirigente do Instituto de Ação Cultural — RJ, depôs na condição de representante do Fórum de Mulheres Brasileiras no Fórum Global de Organizações Não-Governamentais da ECO-92. O registro da audiência, realizada no Rio de Janeiro, foi feito de modo precário, devido à falta de equipamento. O resumo apresenta, assim, falhas.

Denunciou que, no Brasil, está sendo realizado um controle demográfico perverso, e que é inadmissível o número de esterilizações em mulheres sob condições abomináveis de mercantilismo e de uso eleitoreiro.

Condenou a inexistência de outras alternativas contraceptivas para as mulheres brasileiras, a ausência de uma política firmemente definida de implementação do PAISM, programa reivindicado pelas mulheres e visto como capaz de reverter este quadro.

No plano internacional, a depoente revela que o tema população, quando articulado com a questão ambiental, adquire nuances especiais. As mulheres brasileiras tomaram para si o encaminhamento desta discussão que constará do trabalho que o Fórum Global apresentará ao mundo porque aqui no Brasil as mulheres têm avançado nesta discussão e sabem que a questão do meio ambiente não será resolvida com controle demográfico.

Ressaltou que, pela legislação, a laqueadura não consentida é um crime mas, ainda que crime, não contém a legislação instrumento de aplicação prática em termos de punição. O depoimento de Sônia Beltrão a esta CPMI demonstra como se dilui a acusação. A seu ver, a legislação, para ser eficaz, deveria incluir uma investigação penal. Para isso, a obrigatoriedade do registro de cada ato cirúrgico que resultasse em esterilização seria fundamental.

Nos Estados Unidos, quando um hospital supera o índice de cesarianas permitido — 12% — fica sob rigorosa investigação. Poder-se-ia pensar em estabelecer, no País, mecanismos semelhantes não só para cesarianas como

também para laqueaduras. O índice aceitável deveria ser, então, ajustado a partir de uma investigação de acordo com os padrões locais.

Em relação ao trabalho ideológico feito com as mulheres, a depoente afirma que ele é favorecido, entre outras coisas, pelo profundo impasse em que as mulheres, sobretudo as de mais baixa renda, são colocadas, quando confrontadas com a necessidade da contracepção e sem meios para tanto. Há uma indução das mulheres à esterilização, quando o número de cesarianas determina, do ponto de vista médico, uma indicação para a esterilização. O trabalho ideológico opera, ainda, no sentido de convencer as mulheres de que a esterilização é uma promessa de paz em relação à concepção não desejada.

A elevada percentagem de mulheres que se arrependem após serem esterilizadas, aliada à virtual irreversibilidade da função reprodutiva, corroboram a necessidade de tratamento legal da matéria. É necessário estipular-se um prazo mínimo durante o qual a mulher amadureça a sua convicção, antes de optar ou não pela esterilização.

O “tratado” das Organizações Não-Governamentais, no que respeita ao tema população e especialmente à questão da esterilização, foi concebido pelas feministas, não contendo, portanto, diferenças fundamentais de pensamento. É possível, contudo, que no processo de finalização deste tratado, ainda preliminar, surja, no conjunto de opiniões ainda não expressas, um campo de divergências graves. Ninguém ignora, sobretudo nos Estados Unidos, que organizações controlistas têm interesse em implantar nesse tratado um campo de defesa dos programas de controle da natalidade.

É importante dizer que este “tratado” não tem força de lei, posto que é de Organizações Não-Governamentais e permite adesão parcial a parágrafos e não adesão a outros. No momento, as divergências não são acentuadas, visto que se dão no campo do feminismo, mas haverá certamente o embate dos controlistas tanto do Sul como do Norte.

Quanto aos recursos públicos, não são inexistentes para a implementação de uma política de saúde da mulher, mas estariam presentes em uma prática hospitalar em que a esterilização não consentida é possível, como no caso da Sônia. A desculpa de que não existem recursos públicos para uma política eficaz de saúde da mulher envolve, antes de mais nada, um profundo desprezo pelas próprias mulheres no sentido em que se considera que o corpo das mulheres possa ser campo onde jogam interesses políticos e não o lugar de exercício de uma liberdade. Os recursos públicos existem mas não têm sido priorizados, o que se comprova pela ineficácia do PAISM.

É inadmissível que se utilize como desculpa a falta de recurso público. Por trás deste desprezo pela situação das mulheres está uma idéia muito simplificada e até certo ponto cruel de que os problemas das mulheres podem ser resolvidos de maneira brutal como é o caso de se esterilizar sem o consentimento. Este é um tratamento que se dá ao gado, não às mulheres, seres humanos.

A idéia de negar às mulheres os recursos mínimos necessários à realização daquilo que a Constituição chama de escolha livre e consciente é, em certa medida, uma escolha política que precisa ser explicitada e não mantida numa espécie de obscuridade.

Chama a atenção para o fato de que a idéia de controle de natalidade está associada à existência de muita gente no mundo e que, por isso, é necessário reduzir a natalidade. Mas é engano. Em países, como a França, desenvolve-se uma política de incentivo à natalidade. Isto é eloquente. O movimento de mulheres tem se oposto a qualquer tipo de política de controle da natalidade, para mais ou para menos. Na França, as mulheres têm se oposto ao incentivo à natalidade. Nos países do Terceiro Mundo, se opõem à redução dos nascimentos.

O que está por trás disso é uma posição político-filosófica que o movimento das mulheres defende: a decisão sobre a procriação é decisão livre, não podendo ser induzida nem em um sentido nem em outro. É expressão de liberdade individual de cada um e só será verdadeira quando houver opção. Quando não há opção, não há, também, a liberdade individual.

É, portanto, dever do Estado fornecer às mulheres uma assistência médica pública, com informação e acessos aos métodos contraceptivos de tal maneira que elas possam planejar a sua fecundidade.

A depoente não pleiteia um programa nacional de planejamento familiar, mas sim o exercício da liberdade de escolha das mulheres e este é um ponto inegociável do movimento das mulheres.

Nos diversos comitês preparatórios da ECO-92 em que teve oportunidade de participar, em Genebra e em Nova Iorque, nas discussões relativas à população, fica bastante nítida a existência de um discurso que pode redundar em grande ameaça às mulheres: é aquele que vincula a idéia de combate à pobreza ao combate dos pobres, ou seja, a diminuição do número de pobres e não o ataque às causas da pobreza.

Não é por acaso que as famílias do Norte têm um número de filhos mais reduzido, assim como não é por acaso que as mulheres do Norte têm sabido e podido, quando bem querem, controlar sua fertilidade. E isto está ligado diretamente às condições de vida, ao desenvolvimento no sentido da situação econômica, social e cultural, contida na idéia da cidadania. Naqueles países do Norte, o estatuto das mulheres é infinitamente mais bem definido do que nos países do Sul. Há maior nitidez da cidadania, do direito da escolha e é por isso que insiste em dizer que não se combate a miséria, a pobreza, diminindo o número de pobres.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1 — Conclusões

O exame apurado do vasto material a que esta CPMI teve acesso, composto por literatura especializada, documentos oficiais de instituições, dados, estatísticas, e a diversidade e a riqueza das informações trazidas pelos depoentes permitem as seguintes constatações:

Não há no Brasil uma política de saúde da mulher por parte do Governo Federal;

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher — PAISM não passa de uma aspiração dos movimentos sociais e sua implantação na rede pública está em estado embrionário;

Há claro interesse internacional na implementação de controle demográfico no Brasil;

Os governos e os organismos internacionais interessados na implementação desta política demográfica investem vultosas quantias para atingir seus objetivos;

Entre as instituições que realizam o controle da fertilidade no Brasil, as de maior envergadura são a BEMFAM e o CPAIMC, que funcionam subsidiados basicamente por recursos financeiros de procedência internacional;

As instituições citadas executaram, na prática, políticas de controle demográfico concebidas por governos estrangeiros e organismos internacionais, com repercussões negativas sobre a soberania nacional, mas é forçoso reconhecer que contaram com a omissão do Governo brasileiro, que jamais investigou seu *modus operandi*.

A redução, sem precedente, da taxa de crescimento demográfico no Brasil, na década de oitenta, foi de 0,6 ponto percentual, caindo de 2,5% ao ano para 1,9%, não obstante a diminuição da mortalidade;

Tal redução foi determinada pela intensificação do uso de métodos contraceptivos;

Na prevalência de uso, competem como alternativas contraceptivas dois métodos considerados de alta eficácia: a esterilização cirúrgica feminina e o uso de pílula anticoncepcional;

O uso da pílula se dá em um contexto de alto risco à saúde; não há controle da saúde da usuária e quase 50% são automedicadas ou têm indicação no balcão da farmácia;

Está confirmada a esterilização em massa de mulheres no Brasil, pois segundo os dados do IBGE, havia em 1986, 5.900.238 mulheres esterilizadas para evitar filhos, correspondendo a um percentual de 15,8% das mulheres brasileiras de 15 a 54 anos e a 27% do total das mulheres brasileiras de 15 a 54 anos alguma vez unidas (união legal ou informal, atual ou passada), percentual pelo menos três vezes maior que nos países desenvolvidos e superior ao da quase totalidade dos países em desenvolvimento;

O contexto em que as esterilizações são realizadas é bastante perverso: ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis e desinformação quanto aos riscos, seqüelas e irreversibilidade da laqueadura;

Em percentual significativo, as esterilizações são realizadas durante o curso de cesarianas, indicadas com o objetivo de se realizar, simultaneamente, a laqueadura tubária. Esta situação contribui para que o Brasil sustente internacionalmente o lastimável título de campeão da prática de cesarianas;

É especialmente preocupante a alta taxa de arrependimento pós-laqueadura tubária (esterilização cirúrgica), o que comprova não estarem as mulheres disposta de tempo nem informações suficientes para amadurecimento da decisão;

A maior incidência de esterilização em mulheres da raça negra foi denunciada pelo movimento negro, como um aspecto do racismo praticado no Brasil. Os dados levantados pelo IBGE, na PNAD/86, não confirmam a denúncia, mas é fato notório a dificuldade de se apurar com precisão a informação relativa à cor da pele dos brasileiros;

A esterilização cirúrgica é passível de enquadramento nos crimes de: 1) lesão corporal com perda de função ou 2) exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo; por isto não é normatizada como método contraceptivo, ocorrendo à revelia de qualquer controle dentro do Sistema de Saúde;

Pelas razões acima referidas, a cirurgia esterilizadora é realizada em condições de semiclandestinidade, sendo objeto de negociação eleitoral e mercantilista;

O planejamento familiar é direito assegurado pela Constituição Federal, que no § 7º do art. 226 estabelece as diretrizes a serem obedecidas pelo Legislador ordinário;

Os depoentes expuseram o ponto de vista das instituições e dos segmentos sociais que representam, favorável à edição de lei que regulamente os direitos reprodutivos do homem e da mulher e a obrigação do Estado de propiciar os recursos para o exercício desse direito;

À exceção do representante da Igreja Católica e de outros depoentes, como a deputada Lúcia Souto, a Dra. Rosiska Darcy de Oliveira e da Dra. Sônia Beltrão, a maioria dos depoentes defendeu a inclusão da esterilização

cirúrgica voluntária, feminina e masculina, entre os métodos contraceptivos aceitáveis, desde que se configure como verdadeira opção da pessoa com oferta, pelo Estado, de todos os demais métodos e atendidos determinados pressupostos éticos e sanitários na sua realização;

A situação da esterilização em massa de mulheres no Brasil, com suas consequências negativas no campo dos direitos humanos, da cidadania, das relações sociais, econômicas e políticas, internas e internacionais, tende a se agravar, caso medidas eficazes não sejam tomadas em tempo pelos Poderes da República. Todos os Poderes devem se mobilizar para estancar, enquanto não seja tarde, o processo de degradação humana daí decorrente;

As recomendações seguintes, caso adotadas, poderão reverter o quadro negativo e fazer prevalecer os princípios da dignidade da pessoa humana, da paternidade responsável e da livre decisão do casal, insculpidos na Carta Magna.

2 — Recomendações

2.1 — Ao Poder Legislativo

Recomenda-se:

1) A discussão e votação do Projeto de Lei anexo ao presente Relatório, que “Regulamenta o § 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”. A sua rápida aprovação, com as contribuições aperfeiçoadoras ao texto proposto, é condição *sine qua non* para a implementação das diretrizes constitucionais que delineiam o planejamento familiar no Brasil: liberdade de decisão do casal, responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedação de qualquer forma coercitiva e sanção legal para os abusos anti-sociais hoje cometidos contra as mulheres;

2) A aprovação pela Câmara dos Deputados do Projeto de Resolução n. 43/91, que “Cria a Comissão de Direitos Humanos e dá outras providências” de autoria da deputada Benedita da Silva, que já conta com parecer favorável da Comissão de Constituição, Justiça e Redação. A indução à esterilização da mulher, da forma insidiosa como é praticada no Brasil, é, antes de tudo, um desrespeito aos direitos reprodutivos;

3) Instituição, dentro da Comissão de Direitos Humanos a ser criada na Câmara dos Deputados, de uma Subcomissão de Direitos Reprodutivos, para acompanhar e fiscalizar a implementação da Lei de Planejamento Familiar.

2.2 — Ao Poder Executivo

2.2.1 — Ministério da Saúde

Recomenda-se:

1) Implantar, em todo o País, o PAISM — Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, considerado pelo conjunto dos depoentes como

o primeiro passo, na direção certa, dado pelo Governo, no sentido de integrar o planejamento familiar a todos os demais cuidados de saúde da mulher. Na nova fase de ampliação e consolidação do PAISM, é necessário incorporar as diretivas contidas no Projeto de Lei a ser apresentado pelos membros da CPMI ao Congresso Nacional. Neste sentido, faz-se mister inserir o homem como cliente a ser atendido, nas suas necessidades de saúde reprodutiva;

2) Realizar campanha pela mídia de ampla divulgação de informações sobre a saúde da mulher, e os métodos contraceptivos. Estas informações deverão abordar conhecimentos sobre a forma de atuação dos métodos, suas contra-indicações e seqüelas, especialmente a quase total irreversibilidade da esterilização;

3) Estabelecer de imediato auditoria na rede pública e conveniada de forma a coibir o abuso da esterilização de mulheres, sobretudo os atos cirúrgicos feitos à revelia da paciente ou através da indução do “pagamento por fora”;

4) Exercer estrita vigilância sobre os projetos em curso das tecnologias reprodutivas, tanto as conceptivas quanto as contraceptivas, principalmente nos aspectos da vigilância sobre a propaganda;

5) Garantir assento permanente no Conselho Nacional de Saúde para as entidades feministas que trabalham em saúde;

6) Reativar a Comissão de Direitos Reprodutivos, antes instância de assessoria ao Ministro, dentro do Conselho Nacional de Saúde com a finalidade de vigilância e assessoramento nas questões ligadas à saúde da mulher;

7) Estudar formas de desestimular e de coibir o exagero no volume de partos cesarianos na rede pública, privada e conveniada;

8) Fiscalizar e punir a venda irregular de anovulatórios em farmácias e estabelecimentos congêneres, ou seja, sem prescrição médica.

2.2.2 — Ministério da Educação e Desporto

Recomenda-se:

1) Desenvolver e/ou apoiar projetos de pesquisa visando o aperfeiçoamento de tecnologias conceptivas e contraceptivas;

2) Articular-se com o Conselho Federal de Educação e com as universidades federais com vistas a introduzir ou aperfeiçoar os métodos de ensino das técnicas de concepção e anticoncepção modernas e formar uma consciência nos estudantes a respeito dos diversos aspectos inerentes ao planejamento familiar, a ser realizado respeitando-se os princípios constitucionais;

3) Promover o estudo e a pesquisa das seqüelas decorrentes dos métodos cirúrgicos de esterilização.

2.2.3 — Secretaria de Ciência e Tecnologia

Recomenda-se:

Desenvolver e/ou apoiar projetos de pesquisa visando o aperfeiçoamento das tecnologias contraceptivas.

2.2.4 — Ministério das Relações Exteriores

Recomenda-se:

- 1) Promover a divulgação internacional da política de saúde reprodutiva do Brasil;**
- 2) Atuar no sentido de repelir as tentativas de governos estrangeiros e organismos internacionais em impor condicionalidades consubstanciadas em exigências de políticas de controle demográfico, na concessão de empréstimos e financiamentos.**

2.2.5 — Ministério da Fazenda

Recomenda-se:

- 1) Atuar no sentido de repelir as tentativas de governos estrangeiros e organismos internacionais em impor condicionalidades em exigências de políticas de controle demográfico, na concessão de empréstimos e financiamentos;**
- 2) Cumprir e fazer cumprir o disposto no § 3º, do art. 199, da Constituição, que veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei;**

2.2.6 — Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação

Recomenda-se:

- 1) Atuar no sentido de repelir as tentativas de governos estrangeiros e organismos internacionais em impor condicionalidades em exigências de políticas de controle demográfico, na concessão de empréstimos e financiamentos;**
- 2) Determinar que o IBGE atualize as estatísticas de contracepção no País e aperfeiçoe métodos de apuração da cor dos brasileiros, nas pesquisas demográficas e sócio-econômicas.**

2.2.7 — Ministério do Trabalho

Recomenda-se:

Incluir, nas suas atividades de fiscalização às empresas, a preocupação de investigar as denúncias oferecidas a esta CPMI, ou que venham a ser apresentadas por pessoas ou entidades relativas a: a) exigência de atestado de esterilização para admissão ou manutenção de emprego; b) demissão de mulheres pelo fato de não se submeterem à exigência de esterilização.

2.3 — A outras instituições

2.3.1 — Estados e Municípios

Recomenda-se:

Incluir a participação de mulheres e entidades feministas de saúde nos respectivos conselhos, estaduais e municipais.

2.3.2 — Ministério Público Federal

Recomenda-se:

- 1) Investigar as denúncias apresentadas a esta CPMI e referidas no presente relatório, relativamente ao uso da esterilização para fins eleitoreiros, por políticos e candidatos. Realizar ou determinar à Polícia Federal que realize os inquéritos competentes, com vistas à apresentação de denúncias de crimes eleitorais da espécie;
- 2) Investigar, igualmente, as denúncias veiculadas pela imprensa, por pessoas ou entidades, entre as quais as de direitos humanos, relativamente no uso da esterilização para fins eleitoreiros.

2.3.3. — Conselho Federal de Medicina — CFM

Recomenda-se:

- 1) Elaborar e encaminhar ao Congresso Nacional anteprojeto de lei com vistas a ampliar o seu poder de fiscalização e punição sobre os médicos e unidades de saúde, em especial no que diz respeito ao descumprimento de normas legais e éticas concernentes aos direitos reprodutivos, nos seus aspectos de concepção e contracepção;
- 2) Patrocinar ou colaborar em campanha nacional de esclarecimento aos médicos e gestantes das vantagens do parto normal sobre o parto Cesariano; colaborar com as autoridades sanitárias na investigação e repressão do abuso da cesárea nas maternidades e estabelecimentos de saúde, tanto públicos quanto privados.

ANEXO I

PROJETO DE LEI Nº 3.633, DE 1993

Regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar; estabelece penalidades e dá outras providências.

CAPÍTULO I

Do Planejamento Familiar

Art. 1º O planejamento familiar é assegurado a todas as pessoas, observado o disposto nesta lei.

Art. 2º Para os fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações que assegurem direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único. As ações a que se refere o *caput* não podem ser utilizadas com objetivo de redução ou expansão demográfica.

Art. 3º O planejamento familiar será implementado em conjunto com outras ações de atenção à saúde da mulher, do homem ou do casal, no contexto de atendimento integral à saúde.

§ 1º O planejamento familiar, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, é livre e soberana decisão do homem, da mulher ou do casal.

§ 2º É vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições públicas ou privadas.

Art. 4º É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e do sistema educacional, prover informações e recursos educacionais, técnicos e científicos, que assegurem o exercício livre e consciente do planejamento familiar.

Art. 5º As ações de planejamento familiar serão exercidas por instituições públicas, privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta lei e das normas estabelecidas pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Compete à direção nacional do SUS definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 6º É vedado a instituições, entidades e organismos externos ou nacionais financiados pelo capital estrangeiro participarem direta ou indireta-

mente nas ações de planejamento familiar, salvo situações autorizadas pelo órgão de direção nacional do SUS.

Parágrafo único. Cabe ao órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde gerir, disciplinar, autorizar e controlar a aplicação de doações, a contratação de financiamentos, empréstimos ou prestação de assistência técnica, de origem externa, afetos às ações e pesquisas de planejamento familiar no País.

Art. 7º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas científicamente aceitos e de acordo com a legislação vigente do País.

Parágrafo único. O risco eventual à saúde de pessoa, decorrente de pesquisa ou utilização de qualquer método de concepção ou contracepção, ser-lhe-á obrigatoriamente informado.

Art. 8º É vedada a esterilização cirúrgica como método de contracepção, ressalvado o disposto no art. 9º desta lei.

Art. 9º Excetuam-se à vedação do art. 8º as seguintes hipóteses, em que a esterilização voluntária é permitida:

I — aos homens de 30 (trinta) anos ou mais e às mulheres de 25 (vinte e cinco) anos ou mais, desde que observado o prazo de 6 (seis) meses entre a data da manifestação de vontade e a do ato cirúrgico, período no qual será propiciado ao interessado acesso aos demais meios e métodos de regulação da fertilidade;

II — quando a gestação implicar alto risco à vida ou à saúde da mulher, consignado em laudo precedido de relatório assinado por 2 (dois) médicos.

§ 1º A pessoa que irá submeter-se à esterilização será informada dos riscos cirúrgicos, das dificuldades de sua reversão e das opções de contracepção reversível, registrando expressa manifestação da vontade em documento devidamente firmado.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de gestação, parto, pós-aborto ou puerpério, salvo o disposto no inciso II deste artigo.

§ 3º A esterilização cirúrgica somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, vedada a histerectomia para este fim.

§ 4º Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 10. É vedada a indução individual ou coletiva à prática de esterilização.

Art. 11. É vedada a exigência de atestado de esterilização para qualquer fim.

Art. 12. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, observada a esfera de competência, autorizar, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições, unidades e profissionais habilitados a realizar ações de planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições, unidades e profissionais que atuem em base territorial com oferta de todas as informações, meios e métodos de planejamento familiar.

CAPÍTULO II

Dos Crimes e das Penas

Art. 13. Realizar esterilização cirúrgica como método de contraceção, ressalvados os casos do art. 9-, *caput* e incisos I e II desta lei.

Pena-Reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único. A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I — sem consentimento;

II — em mulher menor de 25 (vinte e cinco) anos;

III — em homem menor de 30 (trinta) anos

Art. 14. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena — Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa.

Art. 15. Induzir ou instigar a prática de esterilização cirúrgica.

Pena — Reclusão, de 1 (um) a 6 (seis) anos.

Parágrafo único. A pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra a coletividade.

Art. 16. Auxiliar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena — Reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos.

Art. 17. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena — Restrições de direitos e multa, se não constituir indução ou instigação à esterilização.

Art. 18. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta lei o disposto no art. 29, *caput* e §§ 1º e 2º do Código Penal — Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Art. 19. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I — se particular a instituição:

Pena — de 200 (duzentos) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento;

II — se pública a instituição:

Pena — Afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis, dos cargos ou funções ocupados.

Art. 20. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam, ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta lei, observados, neste caso,

o disposto nos artigos 159, 1.518 e 1.521, e seu parágrafo único, do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

Das Disposições Finais

Art. 21. Aplica-se subsidiariamente a esta lei o disposto no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal e em especial os seus artigos 29, *caput* e §§ 1º e 2º; 43, *caput* e incisos I, II e III; 44, *caput*, incisos I, II e III e parágrafo único; 45, *caput* e incisos I e II; 46, *caput* e parágrafo único; 47 *caput* e incisos I, II e III; 48, *caput* e parágrafo único; 49 *caput* e §§ 1º e 2º; 50, *caput* § 1º e alíneas e § 2º, 51, *caput* e §§ 1º e 2º; 52; 55; 56; 129, *caput* e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV, e § 3º.

Art. 22 O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 23. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação

Art. 24. Revogam-se as disposições em contrário.

ANEXO II

**DADOS DA PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE
DOMICÍLIOS, REALIZADA PELO IBGE, EM 1986**



SENADO FEDERAL
CENTRO GRÁFICO

ANEXO II

Dados da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios Realizada pelo IBGE em 1980

Quadro I

MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR ANO EM QUE FIZERAM A CIRURGIA, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1980

	ANTES DE											
	1970	X	1970 A 1974	X	1975 A 1979	X	1980 A 1982	X	1983 A 1985	X	1986	
BRASIL	312.418	5,3	564.562	9,5	1.237.398	21,0	1.543.453	26,5	1.672.164	28,3	546.274	9,2
NORTE	6.728	3,5	14.570	7,7	41.110	21,7	59.789	31,5	45.437	24,0	22.971	11,6
NORDESTE	32.018	2,4	89.345	6,6	251.547	18,5	349.816	26,6	469.241	34,6	147.994	10,9
Maranhão	2.866	2,0	11.984	8,2	13.142	9,0	45.075	30,9	58.087	38,5	16.564	11,3
Piauí	3.109	3,5	3.673	4,1	16.945	18,9	27.931	36,1	30.713	34,2	8.214	9,2
Ceará	3.151	2,1	8.443	5,7	35.853	23,4	32.329	21,3	59.659	39,3	12.299	8,1
Rio Grande do Norte	5.767	5,2	10.396	9,4	18.192	16,4	32.550	29,4	35.910	32,4	8.943	7,3
Paraíba	4.033	3,6	8.071	7,2	26.990	23,0	32.048	29,1	35.140	31,1	5.848	5,2
Pernambuco	8.093	2,6	26.459	8,3	75.158	22,0	73.444	21,5	110.037	32,2	46.124	13,5
Alagoas	-	-	5.465	9,7	9.666	17,2	15.793	26,1	15.021	26,3	8.724	15,6
Sergipe	340	1,2	1.084	3,7	4.039	13,7	5.923	26,2	14.839	56,4	3.181	16,8
Bahia	3.940	1,2	11.670	3,7	51.712	16,2	95.961	36,0	111.035	34,8	39.464	12,2
SUDESTE	182.186	6,4	275.453	9,7	631.386	22,2	764.074	26,8	735.610	26,5	234.262	8,2
Minas Gerais	25.672	5,0	35.744	6,9	129.504	27,0	142.016	27,5	124.625	24,1	49.382	9,5
Espírito Santo	661	0,5	13.231	12,1	18.582	16,9	24.388	22,3	39.026	35,7	13.171	12,0
Rio de Janeiro	49.810	6,8	85.600	11,6	165.649	22,5	220.531	29,9	163.829	22,2	48.673	6,6
São Paulo	166.923	7,1	140.978	9,5	207.627	20,7	377.159	25,4	420.131	26,8	123.114	8,3
SUL	35.709	4,5	91.549	11,7	147.830	18,0	181.013	23,0	238.343	30,3	90.973	11,6
Paraná	27.210	6,5	58.446	13,9	74.339	17,7	108.469	25,7	166.134	25,2	46.182	11,0
Santa Catarina	2.785	1,8	13.674	9,0	31.515	20,7	35.020	23,0	61.047	40,1	8.454	5,5
Rio Grande do Sul	5.794	2,7	19.435	9,1	41.976	19,7	37.894	17,8	71.162	33,5	36.337	17,1
CENTRO-OESTE	55.857	7,8	89.565	12,5	165.517	23,0	197.963	27,5	163.533	22,7	44.974	6,3
Mato Grosso	6.933	7,4	12.945	13,8	20.453	21,8	20.754	22,1	25.777	27,4	6.810	6,4
Mato Grosso do Sul	8.341	6,8	15.355	12,5	29.598	24,2	34.977	27,8	26.343	21,5	8.393	6,9
Goiás	35.745	9,3	47.016	12,3	89.042	23,3	110.499	28,9	77.405	26,2	22.698	5,9
Distrito Federal	4.838	4,0	14.249	11,9	26.422	22,0	32.622	27,2	33.988	26,3	7.973	6,6

Fonte: Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios

Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1980



SENADO FEDERAL
CENTRO GRAFICO

Quadro II

MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO

		1986	
	ABSOLUTO		%
BRASIL	5.900.238		15,8
NORTE	189.705		16,3
NORDESTE	1.357.855		13,4
Maranhão	145.658		12,8
Piauí	89.707		14,8
Ceará	151.885		9,8
Rio Grande do Norte	110.858		19,6
Paraíba	112.840		13,8
Pernambuco	342.025		19,2
Alagoas	55.975		9,8
Sergipe	29.416		9,0
Bahia	319.491		11,6
SUDESTE	2.848.386		16,2
Minas Gerais	516.943		12,4
Espírito Santo	109.404		16,2
Rio de Janeiro	736.738		19,0
São Paulo	1.485.301		16,7
SUL	785.415		13,0
Paraná	420.394		18,2
Santa Catarina	152.423		12,8
Rio Grande do Sul	212.598		8,4
CENTRO-OESTE	718.877		27,9
Goiás	382.396		31,2
Mato Grosso	94.007		23,6
Mato Grosso do Sul	122.482		27,5
Distrito Federal	119.992		23,6

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL

CENTRO GRÁFICO Quadro III

MULHERES DE 15 A 54 ANOS, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS ANTICONCEPITIVOS,
SEGUNDO O BRASIL E GRANDES REGIÕES

1986

	TOTAL		UTILIZAVAM MÉTODOS		
	NÚMEROS ABSOLUTOS	%	PÍLULA	TABELA	OUTROS MÉTODOS
BRASIL	37.318.709	100,0	16,2	2,5	3,3
NORTE	1.160.565	100,0	11,8	2,3	1,1
NORDESTE	10.067.683	100,0	9,8	1,8	2,3
SUDESTE	17.517.384	100,0	17,5	3,1	4,0
SUL	6.002.916	100,0	25,4	2,8	4,0
CENTRO-OESTE	2.570.151	100,0	12,1	1,5	1,8

	NÃO UTILIZAVAM MÉTODOS		
	ESTERILIZADAS	OUTRAS DE UTILIZAÇÃO	SEM DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO
BRASIL	15,8	44,2	1,0
NORTE	16,3	67,4	1,1
NORDESTE	13,5	70,9	1,7
SUDESTE	16,3	58,5	0,6
SUL	13,1	54,2	0,5
CENTRO-OESTE	28,0	55,1	1,5

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL
CENTRO GRÁFICO

Quadro IV

PREVALÊNCIA DA ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL, ENTRE AS MULHERES DE 15 A 54 ANOS, SEGUNDO BRASIL E VINTE UNIDADES DA FEDERAÇÃO.

1986

	ESTERILIZAÇÃO	PÍLULA	TABELA	OUTROS
BRASIL	41,9	42,7	5,7	8,7
Maranhão	75,9	17,6	2,4	4,1
Goiás	71,9	20,7	3,5	3,9
Alagoas	52,2	41,1	2,4	4,3
Pernambuco	59,5	27,7	6,0	6,9
Piauí	52,8	28,2	2,7	5,3
Mato G. Sul	59,5	33,9	2,7	3,9
Mato Grosso	63,3	31,9	2,5	2,3
Dist. Federal	32,5	37,1	4,6	3,8
Rio G. Norte	50,6	31,4	5,2	12,8
Paraíba	47,4	33,3	10,0	7,3
Paraná	42,8	46,6	3,4	7,2
Bahia	40,3	43,1	6,6	10,0
Rio de Janeiro	42,5	44,1	6,5	6,9
São Paulo	39,4	40,4	8,0	12,2
Espírito Santo	40,3	54,0	3,6	2,1
Minas Gerais	37,2	46,0	8,3	8,5
Ceará	38,3	42,1	10,6	9,0
Sergipe	33,0	49,1	7,3	10,6
Santa Catarina	27,0	53,7	7,7	11,6
Rio G. Sul	18,2	65,3	7,6	8,9

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986

SENADO FEDERAL
CENTRO GRAFICO

Quadro V

MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS,
POR COR. SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1986.

	TOTAL	%	BRANCA	%	PRETA E PARDA	%	AMARELA E SEM DECLARAÇÃO	%
BRASIL	5.900.238	100	3.646.781	61,8	2.212.148	37,5	41.309	0,7
NORTE	189.705	100	72.251	38,1	117.064	61,7	390	0,2
NORDESTE	1.357.855	100	455.803	33,6	902.052	66,4	-	-
Maranhão	145.658	100	46.203	31,7	99.455	68,3	-	-
Piauí	89.707	100	17.354	19,3	72.353	80,7	-	-
Ceará	151.885	100	43.996	29,0	107.889	71,0	-	-
Rio G. Norte	110.958	100	62.253	56,2	48.605	43,8	-	-
Paraíba	112.840	100	41.354	36,6	71.486	63,4	-	-
Pernambuco	342.025	100	135.142	39,5	206.883	60,5	-	-
Alagoas	55.975	100	23.788	42,5	32.187	57,5	-	-
Sergipe	29.416	100	9.336	31,7	20.080	68,3	-	-
Bahia	319.491	100	76.377	23,9	243.114	76,1	-	-
SUDESTE	2.848.386	100	2.068.299	72,6	744.728	26,2	35.359	1,2
Minas Gerais	516.943	100	303.380	58,7	212.635	41,1	928	0,2
Espírito Santo	109.404	100	55.971	51,2	52.843	48,3	590	0,5
Rio de Janeiro	736.738	100	525.894	71,4	209.452	28,4	1.392	0,2
São Paulo	1.485.301	100	1.183.054	79,7	269.798	18,3	32.449	2,2
SUL	785.415	100	658.273	83,8	123.290	15,7	3.852	0,5
Paraná	420.394	100	323.350	76,9	93.192	22,2	3.852	0,9
Santa Catarina	152.423	100	137.149	90,0	15.274	10,0	-	-
Rio G. Sul	212.598	100	197.774	93,0	14.824	7,0	-	-
CENTRO-OESTE	718.877	100	392.155	54,6	325.014	45,2	1.708	0,2
Goiás	382.396	100	198.560	51,9	182.756	47,8	1.080	0,3
Mato Grosso	94.007	100	43.117	46,0	50.558	53,8	332	0,4
Mato G. Sul	122.482	100	70.268	57,4	51.918	42,4	296	0,2
Distr. Federal	119.992	100	80.210	66,8	39.782	33,2	-	-

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL

CENTRO GRAFICO Quadro VI

HULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR COR, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1986

	TOTAL	%	BRANCA	%	PRETA - E PARDAS	%	AMARELA E SEM DECLARAÇÃO	%
BRASIL	37.318.709	15,8	21.548.336	16,9	15.492.075	14,3	278.298	14,8
NORTE	1.160.565	16,3	405.186	17,8	750.421	15,6	4.958	7,9
NORDESTE	10.067.683	13,5	2.941.031	15,5	7.116.304	12,7	10.348	0,0
Maranhão	1.134.440	12,8	306.673	15,1	826.726	12,0	1.041	0,0
Piauí	602.986	14,9	112.915	15,4	490.071	14,8	-	0,0
Ceará	1.544.404	9,8	417.820	10,5	1.121.498	9,6	5.086	0,0
Rio G. Norte	565.188	19,6	295.618	21,1	269.570	18,0	-	0,0
Paraíba	812.780	13,9	306.184	13,5	506.596	14,1	-	0,0
Pernambuco	1.775.277	19,3	648.405	20,8	1.126.364	18,4	508	0,0
Alagoas	565.441	9,9	220.849	10,8	344.592	9,3	-	0,0
Sergipe	325.652	9,0	95.189	9,8	230.463	8,7	-	0,0
Bahia	3.741.515	11,7	537.378	14,2	2.200.424	11,0	3.713	0,0
SUDESTE	17.517.384	16,3	11.824.564	17,5	5.468.350	13,6	224.470	15,8
Minas Gerais	4.161.750	12,4	2.464.299	12,3	1.690.769	12,6	6.682	13,9
Espírito Santo	648.543	16,9	300.124	18,6	347.829	15,2	590	100
Rio de Janeiro	3.857.735	19,1	2.522.163	20,9	1.331.332	15,7	4.240	12,8
São Paulo	8.849.356	16,8	6.537.978	18,1	2.098.420	12,9	212.958	15,2
SUL	6.002.916	13,1	5.066.009	13,0	908.662	13,6	28.245	12,7
Paraná	2.304.085	18,2	1.726.382	18,7	556.255	16,8	21.448	18,0
Santa Catarina	1.185.727	12,9	1.063.261	12,9	118.859	12,9	3.607	0,0
Rio G. Sul	2.513.104	8,5	2.276.366	8,7	233.548	6,3	3.190	0,0
CENTRO-OESTE	2.570.161	28,0	1.311.546	29,9	1.248.338	26,0	10.277	16,6
Goiás	1.221.864	31,3	605.055	32,8	612.489	29,8	4.320	25,0
Mato Grosso	397.081	23,7	158.682	27,2	236.441	21,4	1.958	17,0
Mato G. Sul	443.856	27,6	225.384	31,2	215.850	24,1	2.622	11,3
Dist. Federal	507.366	23,7	322.425	24,9	183.558	21,7	1.377	0,0

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL

CENTRO GRÁFICO

Quadro VII

DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 1986

	TOTAL	URBANA	RURAL	
			ABSOLUTO	%
BRASIL	5.900.238	83,0		17,0
NORTE (1)	971.986	100,0		-
NORDESTE	1.357.855	74,3		25,7
Maranhão	145.658	55,4		44,6
Piauí	89.707	69,5		30,5
Ceará	151.885	77,1		22,9
Rio G. Norte	110.858	75,3		24,7
Paraíba	112.340	75,3		24,7
Pernambuco	342.025	81,8		18,2
Alagoas	55.975	100,0		-
Sergipe	29.416	100,0		-
Bahia	319.491	100,0		-
SUDESTE	2.848.386	90,3		9,7
Minas Gerais	516.943	80,8		19,2
Espírito Santo	109.404	100,0		-
Rio de Janeiro	736.738	95,0		5,0
São Paulo	1.485.301	92,6		7,4
SUL	785.415	71,9		28,1
Paraná	420.394	71,0		29,0
Santa Catarina	152.423	65,4		34,6
Rio G. Sul	212.598	78,2		21,8
CENTRO-OESTE	718.877	78,2		21,8
Goiás	382.396	74,8		25,2
Mato Grosso	94.007	66,9		33,1
Mato G. Sul	122.482	77,0		23,0
Dist. Federal	119.992	99,1		0,9

Fonte: IBGE - Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986

(1) - A pesquisa não cobre a área rural da região norte



SENADO FEDERAL

CENTRO GRAFICO

Quadro VIII

PROPORÇÃO DE MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS) - 1986

	ATÉ 1/2	MAIS DE 1/2 A 1	MAIS DE 1 A 2	MAIS DE 2
BRASIL	14,3	16,6	16,2	17,8
NORTE	13,2	16,9	18,1	19,0
NORDESTE	12,7	14,1	15,1	18,3
Maranhão	12,9	13,7	12,0	15,5
Piauí	14,2	16,4	15,8	25,2
Ceará	9,9	10,9	9,9	9,9
Rio G. Norte	17,9	20,3	29,9	21,0
Paraíba	12,9	14,7	15,6	24,1
Pernambuco	18,6	20,4	20,1	21,1
Alagoas	8,2	11,3	6,8	22,3
Sergipe	7,1	8,0	10,5	21,8
Bahia	11,0	10,7	13,4	18,4
SUDESTE	15,1	17,7	15,9	17,2
Minas Gerais	10,1	12,3	13,0	17,0
Espírito Santo	17,8	18,6	16,2	17,4
Rio de Janeiro	17,4	20,6	19,0	19,7
São Paulo	20,1	19,2	15,7	16,4
SUL	13,4	13,4	13,0	13,3
Paraná	15,2	20,2	20,2	18,4
Santa Catarina	17,3	11,1	9,0	17,4
Rio G. Sul	9,2	7,4	9,8	7,8
CENTRO-OESTE	29,2	27,4	28,7	29,5
Mato G. do Sul	28,5	26,8	26,7	30,2
Mato Grosso	21,2	20,3	28,7	26,4
Goiás	32,3	31,6	30,8	33,3
Dist. Federal	27,4	23,7	25,4	24,6

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL
CENTRO GRAFICO

Quadro IX

PERCENTUAL DE MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR ANOS DE ESTUDO, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1986

SEM INSTRUÇÃO	E MENOS DE 1 ANO	1 A 4 ANOS	5 A 7 ANOS	8 ANOS OU MAIS	ANOS DE ESTUDO	
					NÃO DETERMINADO	E SEM DECLARAÇÃO
BRASIL	14,7	18,6	13,0	14,3		10,0
NORTE	13,0	18,7	14,6	16,4		4,1
NORDESTE	10,3	14,8	13,6	15,9		8,9
Maranhão	8,2	15,0	11,5	19,0		-
Piauí	13,3	14,9	14,3	18,9		-
Ceará	8,8	11,4	8,9	8,9		-
Rio G. Norte	17,4	19,2	20,5	22,6		-
Paraíba	11,2	16,6	13,6	12,2		6,1
Pernambuco	15,8	22,4	19,0	18,5		27,7
Alagoas	9,5	8,3	13,3	12,0		-
Sergipe	6,5	11,1	5,0	13,0		-
Bahia	7,6	12,0	12,2	16,5		-
SUDESTE	17,4	19,8	12,5	13,5		14,8
Minas Gerais	11,5	14,0	9,3	12,0		-
Espírito Santo	22,9	19,0	9,8	14,1		-
Rio de Janeiro	20,8	23,1	17,7	16,8		-
São Paulo	20,3	21,7	11,0	12,2		13,9
SUL	17,7	15,6	8,9	10,6		19,4
Paraná	21,1	22,3	9,6	13,2		22,1
Santa Catarina	16,7	14,9	9,7	9,9		-
Rio G. Sul	11,0	7,3	8,5	8,9		16,1
CENTRO-OESTE	29,9	33,1	24,2	23,4		18,6
Mato G. do Sul	28,1	32,2	23,6	22,6		19,1
Mato Grosso	21,8	28,9	16,2	21,2		25,0
Goiás	33,9	36,6	20,5	24,5		41,2
Dist. Federal	28,4	26,8	21,0	23,1		-

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL

CENTRO GRÁFICO

Quadro X

PROPORÇÃO DE MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO, PARA EVITAR FILHOS POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERAIS

1986

	GRUPOS DE IDADE									
	TOTAL	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	50 A 54	
BRASIL	15,8	0,2	3,0	15,8	26,7	33,4	30,1	18,0		
NORTE	16,3	0,1	5,4	17,3	34,5	33,4	29,2	19,3		
NORDESTE	13,5	0,4	3,6	17,7	25,1	28,0	36,9	12,6		
Maranhão	12,8	0,7	5,4	19,6	23,3	27,9	25,0	7,0		
Piauí	14,9	-	3,4	23,8	32,0	32,2	25,6	9,7		
Ceará	9,8	-	0,3	5,9	23,2	22,9	22,2	13,1		
Rio G. do Norte	19,6	-	7,0	26,1	31,1	32,1	46,1	39,3		
Paraíba	13,9	0,4	2,1	15,3	21,7	35,0	22,6	13,3		
Pernambuco	19,3	1,0	6,5	29,1	34,5	32,5	37,1	14,9		
Alagoas	9,9	0,4	5,8	10,3	20,6	18,3	18,5	9,9		
Sergipe	9,0	-	1,0	11,0	24,3	19,4	19,6	7,9		
Bahia	11,7	0,2	2,8	15,7	20,1	27,4	21,6	10,9		
SUDESTE	16,3	0,1	2,2	14,9	26,4	33,8	30,9	19,0		
Minas Gerais	12,4	-	1,5	12,4	20,2	27,2	27,2	14,5		
Espírito Santo	16,5	0,4	1,5	14,0	30,8	43,6	32,8	21,9		
Rio de Janeiro	19,1	-	2,8	18,3	29,5	36,4	35,7	20,1		
São Paulo	16,8	0,2	2,4	14,5	27,1	35,0	30,3	20,6		
SUL	13,1	-	1,8	9,8	21,1	31,4	24,0	16,1		
Paraná	18,2	-	2,5	16,6	28,5	40,4	40,9	21,7		
Santa Catarina	12,9	-	0,7	4,9	21,7	37,0	19,4	20,0		
Rio G. do Sul	8,5	-	1,6	6,3	12,9	21,5	13,3	9,8		
CENTRO-OESE	28,0	0,2	7,4	30,0	43,4	55,4	54,6	36,6		
Mato G. do Sul	27,6	1,3	6,2	25,8	50,1	44,5	52,3	37,0		
Mato Grosso	23,7	-	7,5	27,6	36,8	46,5	50,2	33,7		
Goiás	31,3	-	9,3	37,1	44,8	62,4	60,5	36,8		
Dist. Federal	23,7	-	4,4	16,1	39,1	53,8	44,9	38,0		

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL
CENTRO GRAFICO

Quadro XI

PROPORÇÃO DE MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE A ÉPOCA DA CIRURGIA, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS-1986

	10 A 14 ANOS	15 A 24 ANOS	25 A 39 ANOS	30 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	
BRASIL	9,0	15,5	32,0	29,0	21,7		1,5
NORTE	-	24,5	31,3	26,6	16,3		1,2
NORDESTE	-	16,0	29,2	29,2	23,9		1,3
Maranhão	-	17,7	38,5	24,5	18,6		0,7
Piauí	-	23,1	29,1	27,2	19,0		1,6
Ceará	-	3,9	29,3	30,7	31,7		4,5
Rio G. Norte	-	13,9	30,4	25,9	28,4		1,4
Paraíba	-	12,9	23,1	37,4	26,6		-
Pernambuco	-	23,9	27,8	30,8	17,3		0,2
Alagoas	-	18,6	28,9	26,8	21,5		3,0
Sergipe	-	9,6	27,9	20,9	36,6		4,9
Bahia	-	12,3	28,2	28,8	27,7		1,0
SUDESTE	-	14,1	32,6	29,9	21,7		1,5
Minas Gerais	-	13,7	30,0	26,9	28,2		1,2
Rio de Janeiro	-	15,5	38,8	27,0	17,9		0,5
São Paulo	-	14,2	30,6	32,0	21,0		2,0
Espírito Santo	-	5,8	30,1	36,7	24,5		2,5
SUL	-	9,7	34,2	30,5	23,5		2,1
Paraná	-	11,2	41,1	27,0	19,4		1,3
Santa Catarina	-	5,1	25,4	35,4	32,4		1,8
Rio G. Sul	-	10,1	26,7	34,1	25,2		3,9
CENTRO-OESTE	0,1	24,1	33,0	24,2	17,2		1,2
Mato G. do Sul	-	21,7	33,3	23,5	19,9		1,4
Mato Grosso	0,4	26,7	31,1	22,1	17,5		1,0
Goiás	-	27,4	33,8	22,2	15,2		1,4
Dist. Federal	-	13,9	31,5	33,1	20,8		0,7

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL

CENTRO GRÁFICO

Quadro XII

MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE TIVERAM FILHOS NASCIDOS VIVOS E FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR NÚMERO DE FILHOS. SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1986

	1 FILHO	2 FILHOS	3 FILHOS	4 FILHOS	5 FILHOS					
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%		
BRASIL	14.787.211	12.815.529	954.122.014	314.086	11.012.601	1.083	37.31	6.186.070	29.01	
NORTE	142.819	16.31	152.026	21.51	126.640	38.71	68.365	42.61	229.726	30.01
NORDESTE	949.109	12.211	1.046.467	16.61	936.745	134.31	692.981	32.41	2.523.672	24.41
Maranhão	106.413	17.41	106.228	11.91	103.899	28.61	93.702	27.31	335.252	20.81
Piauí	43.364	15.81	55.799	8.21	50.515	36.61	48.728	39.51	166.386	27.01
Ceará	143.765	-1	141.724	110.71	143.647	123.81	96.555	25.61	369.513	21.11
Rio Grande do Norte	66.908	-1	67.243	24.71	53.984	151.41	35.985	43.81	139.129	35.91
Paraíba	72.559	12.21	81.388	19.81	63.436	32.91	46.737	41.71	195.733	27.61
Pernambuco	169.726	11.71	203.847	30.31	171.148	147.01	137.231	47.71	411.796	31.91
Alagoas	54.673	13.21	54.512	15.21	40.511	23.71	38.459	13.51	164.753	18.91
Sergipe	35.556	-1	39.349	8.51	25.400	29.61	18.860	31.71	81.577	16.51
Bahia	255.045	11.31	306.477	11.81	284.295	32.71	176.624	24.31	658.613	21.91
SUDESTE	12.514.447	12.812.848	880.252	21.2	134.936	143.111	227.235	38.31	2.176.148	30.71
Minas Gerais	400.627	11.71	493.544	17.41	453.810	36.11	290.574	30.21	707.938	23.91
Espírito Santo	79.322	-1	97.248	27.81	70.742	14.71	39.573	36.21	180.172	32.61
Rio de Janeiro	600.548	14.21	700.736	38.21	473.010	52.11	228.640	40.31	373.948	28.11
São Paulo	11.354.950	12.711	1.567.352	21.711	1.137.374	42.01	668.448	41.21	974.098	36.11
SUL	862.214	11.81	1.095.295	12.41	780.082	35.71	413.324	31.11	839.805	26.61
Paraná	275.465	13.21	374.295	18.21	312.398	44.41	157.329	36.31	411.518	35.71
Santa Catarina	172.505	12.61	220.847	12.11	128.914	31.01	87.168	37.11	186.207	25.61
Rio Grande do Sul	414.244	10.51	500.153	8.21	338.770	29.41	168.827	23.21	242.088	12.61
CENTRO-OESTE	319.622	16.11	387.286	10.81	335.683	59.71	199.278	59.11	416.719	52.81
Goiás	157.892	17.31	186.846	14.01	147.952	16.71	98.945	63.51	213.149	54.31
Mato Grosso	46.649	14.81	53.584	26.51	55.940	51.81	33.440	46.81	78.148	41.81
Mato Grosso do Sul	53.305	16.31	73.237	13.71	64.662	55.31	32.552	53.21	72.068	53.21
Distrito Federal	61.776	13.91	73.619	35.91	67.189	53.41	34.341	64.11	53.354	62.31

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL
CENTRO GRÁFICO

Quadro XIII

MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR ÉPOCA DE CIRURGIA - 1986

	NO ÚLTIMO PARTO		DEPOIS DO PARTO		
	TOTAL	%	TOTAL	%	
BRASIL	4.430.561	75,1	1.449.462	24,6	
NORTE	153.256	90,8	34.878	19,4	
NORDESTE	993.943	73,2	357.439	26,3	
Maranhão	108.418	74,4	36.130	24,8	
Piauí	59.411	77,4	20.296	22,6	
Ceará	117.448	77,3	34.437	22,7	
Rio G. Norte	63.866	75,7	26.992	24,3	
Paraíba	81.636	72,3	29.860	26,4	
Pernambuco	262.766	76,9	77.114	22,5	
Alagoas	35.833	64,0	20.142	36,0	
Sergipe	18.107	61,6	11.309	38,4	
Bahia	216.458	67,8	101.219	31,7	
SUDESTE	2.207.034	77,5	635.790	22,3	
Minas Gerais	354.699	68,6	162.244	31,4	
Espírito Santo	67.652	61,8	41.752	38,2	
Rio de Janeiro	551.575	74,9	182.757	24,8	
São Paulo	1.233.108	83,0	249.037	16,8	
SUL	536.848	68,4	245.057	31,2	
Paraná	275.883	65,6	142.969	34,0	
Santa Catarina	106.148	69,6	45.147	29,6	
Rio G. Sul	154.817	72,8	56.941	26,8	
CENTRO-OESTE	539.480	75,0	176.298	24,5	
Mato G. do Sul	94.026	76,8	28.186	23,0	
Mato Grosso	74.079	78,8	19.542	20,8	
Goiás	281.252	73,5	101.144	26,5	
Dist. Federal	90.123	75,1	27.426	22,9	

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL
CENTRO GRÁFICO

Quadro XIV

MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS POR LOCAL DE
ESTERILIZAÇÃO, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1986

	HOSPITAL, CLÍNICA		UNIDADE DE SAÚDE		UNIDADE DE SAÚDE		OUTROS E	
	OU CONSULTÓRIO	PÚBLICA	DO INAMPS		OU CONVENIADA	NÃO SABE		
			PARTICULAR	EXCETO INAMPS				
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
BRASIL	4.023.385	68,2	319.914	5,4	1.331.692	22,6	204.391	3,5
NORTE	118.328	62,4	19.602	10,3	41.533	31,9	7.948	4,2
NORDESTE	759.482	55,9	147.436	10,9	388.770	28,6	51.348	3,8
Maranhão	91.396	62,7	26.920	18,5	21.463	14,7	4.769	3,3
Piauí	30.981	23,4	36.253	40,4	31.960	35,6	503	0,6
Ceará	92.727	61,1	6.895	4,5	43.333	28,5	8.930	5,9
Rio G. do Norte	34.349	31,0	8.280	7,5	62.940	56,8	5.309	4,8
Paraíba	39.278	34,8	11.360	10,1	48.884	43,3	11.914	10,6
Pernambuco	194.615	56,9	37.840	11,1	103.998	30,4	3.427	1,0
Alagoas	23.524	42,0	2.194	3,9	23.054	41,2	7.293	12,9
Sergipe	27.280	92,7	—	436	1.346	4,6	354	1,2
Bahia	235.332	73,7	17.268	5,4	51.792	16,2	8.939	2,8
SUDESTE	1.976.895	69,4	111.375	3,9	660.943	23,2	97.729	3,4
Minas Gerais	415.066	80,3	1.744	0,3	77.709	15,0	22.424	4,3
Espírito Santo	60.010	63,1	3.701	3,4	25.044	22,9	11.649	10,6
Rio de Janeiro	488.404	66,3	26.820	3,6	205.029	27,8	15.041	2,0
São Paulo	1.004.415	67,6	79.110	5,3	353.161	23,8	48.615	3,3
SUL	587.587	74,8	26.996	3,4	142.181	18,1	26.269	3,3
Paraná	317.341	75,5	12.045	2,9	71.790	17,1	17.576	4,2
Santa Catarina	108.510	74,2	3.991	2,6	36.293	23,8	3.629	2,4
Rio G. do Sul	161.736	76,1	10.960	5,2	34.098	16,0	4.964	2,3
CENTRO-OESTE	581.043	80,8	13.605	1,9	98.265	13,7	21.097	2,9
Mato Grosso Sul	95.619	78,1	3.661	3,0	17.796	14,5	5.406	4,4
Mato Grosso	84.776	90,2	377	0,4	6.635	7,1	1.266	1,3
Goiás	329.022	86,0	5.999	1,6	33.279	8,7	14.096	3,7
Distrito Federal	71.626	59,7	3.568	3,0	40.555	33,8	329	0,3

Fonte: Suplemento sobre Anticoncepção - PNAD - 1986



SENADO FEDERAL
CENTRO GRÁFICO

Quadro XV

mulHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO PARA EVITAR FILHOS, POR CONDIÇÃO DE PAGAMENTO DA CIRURGIA, SEGUNDO BRASIL, GRANDES REGIÕES E UNIDADES FEDERAIS

1986

	PAGAS	GRATUITAS	SEM DECLARAÇÃO
	%	%	%
BRASIL	59,5	40,2	0,3
NORTE	58,9	40,2	0,9
NORDESTE	40,6	58,6	0,8
Maranhão	40,3	58,9	0,8
Piauí	29,1	70,9	-
Ceará	28,9	71,1	-
Rio G. Norte	24,7	75,3	-
Paraíba	34,6	64,2	1,2
Pernambuco	47,6	51,8	0,6
Alagoas	26,1	73,9	-
Sergipe	29,0	71,0	-
Bahia	53,2	44,9	1,9
SUDESTE	64,1	35,8	0,1
Minas Gerais	63,0	37,0	-
Espírito Santo	58,6	41,4	-
Rio de Janeiro	62,6	37,2	0,2
São Paulo	65,8	34,2	-
SUL	66,1	33,6	0,3
Paraná	68,4	31,3	0,3
Santa Catarina	66,2	33,8	-
Rio G. Sul	61,5	38,1	0,4
CENTRO-OESTE	69,4	30,0	0,6
Mato Grosso	69,5	29,5	1,0
Mato G. do Sul	67,3	32,7	-
Dist. Federal	59,0	38,1	2,9
Goiás	73,3	26,7	-

Fonte: IBGE - Suplemento sobre Anticoncepção - PAND - 1986