

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

MARCOS JUNGMANN BHERING

**Controle da Natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas
e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994)**

2014
Rio de Janeiro

MARCOS JUNGSMANN BHERING

**Controle da Natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas
e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994)**

Tese de doutorado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em História das
Ciências e da Saúde, como requisito
parcial para a obtenção do Grau de
Doutor. Área de Concentração: História
das Ciências

Orientador: Prof. Dr. Marcos Chor Maio
Coorientador: Prof. Dr. Gilberto Hochman

Rio de Janeiro
2014

MARCOS JUNGSMANN BHERING

Controle da Natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994)

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Chor Maio (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz) – Orientador

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz) – Coorientador

Prof^a. Dr^a. Maria Martha de Luna Freire (Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense)

Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues (Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz)

Prof. Dr. Marcos Cueto (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz)

Suplentes:

Prof. Dr. Fernando Antônio Pires Alves (Observatório História e Saúde - Casa de Oswaldo Cruz)

Profa. Dra. Simone Petraglia Kropf (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz)

Rio de Janeiro
2014

B575c Bhering, Marcos Jugmann

Controle de natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994) / Marcos Jugmann Bhering. – Rio de Janeiro: s.n., 2014. 202 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014.
Bibliografia: f. 171-178

1. Planejamento Familiar. 2. Controle da Natalidade. 3. Controle da População. 4. Política Demográfica.

CDD 363.96

Dedico este trabalho para minha mãe Norah, meu pai Márcio, minha avó Eliane e para Paola.

AGRADECIMENTOS

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
(Caminhos do Coração - Gonzaguinha)

Dezembro de 2005. Há dez anos ingressei no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz como estagiário do Programa de Estágio Curricular, para organizar o Fundo Família Carneiro, sob orientação de Marcos Chor Maio. Em dezembro de 2014 se passaram exatamente dez anos, e me encontro com uma dissertação de Mestrado aprovada, prestes a defender minha tese de Doutorado na mesma instituição e sob a mesma orientação. Minha formação intelectual e profissional é devedora, com muito orgulho e gratidão, à Casa de Oswaldo Cruz, ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde e à minha ligação com Marcos Chor Maio.

Marcos Chor, assim como o PPGHCS, desde sempre foram compreensivos e me apoiaram durante a minha estada no programa de doutorado. O mesmo deve ser dito de Gilberto Hochman, meu coorientador. Sem a sua paciência e orientação este trabalho não teria sido realizado.

Agradeço especialmente a CAPES que financiou esta pesquisa.

Muitas pessoas foram importantes para a execução deste trabalho. Dentre os professores com quem tive aulas e contato, gostaria de ressaltar a importância de Simone Kropf, Marcos Cueto, Jayme Benchimol, Nísia Trindade, Luiz Otávio Ferreira, Luiz Antônio Teixeira, Claudia Bonan Jannotti, Ilana Lowy, Lorelai Kury, Cristina Fonseca e Maria Luiza Heilborn, que compôs a banca de qualificação da tese. Destaco aqui também meu obrigado a Sandro, Paulo e Maria Cláudia, funcionários do PPGHCS por toda paciência para comigo.

A proposta de estudo desta tese teve como inspiração direta o curso de História da Saúde Internacional, oferecido por Gilberto Hochman e Marcos Chor Maio no segundo semestre de 2009, no âmbito do PPGHCS/COC/Fiocruz. Durante esse período, pude trabalhar diretamente

com Anne-Emanuelle Birn em suas pesquisas sobre saúde e bem-estar infantil, que me possibilitaram entrar em contato com fontes utilizadas nesta tese. Destaco também suas orientações e sugestões para a confecção do projeto.

Durante os estudos de doutorado fiz verdadeiras amizades. Em conversas em mesas de bar compartilhamos felicidades, angústias e projetos de futuro. Carla Lima, Luciana Pinheiro, Tiago Lopes, Miguel Oliveira, Marcela Peralva e Keith Barbosa, obrigado pelo apoio!

Ao final do período do doutorado, obtive uma importante oportunidade de trabalho na Coordenação da Educação de Jovens e Adultos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, a EJA-Manguinhos/EPSJV da Fiocruz. Lá, pude contar com a compreensão da equipe de estudantes, de professores, de gestão e de coordenação. Gostaria de frisar os nomes de Michelle Oliveira, Ricardo Silveira, Marcelo Melo, Simone Cândida, Neyson Candeias, Cátia Nascimento, Daniela Marques, Daniel Frota, Silvia Marcia, Felipe Lima, Rejane Gadelha, Rodrigo Lobo, Marcos Vinícius, Jeanine e Suellen, pessoas que, além de companheiros de profissão, me são muito queridas. Não posso deixar de registrar meu carinho sincero em gratidão às palavras de apoio e o ombro amigo sempre disponível de Rejany Ferreira. Agradeço o apoio da Vice-Diretora de Ensino e Informação, Páulea Zaquini e ao Colegiado da EJA pelas horas liberadas.

Algumas pessoas foram essenciais para as discussões sobre os caminhos e descaminhos desta tese em diversas ocasiões. Deixo aqui registrado o meu agradecimento aos meus amigos Leonardo Brasil Bueno, Bernardo Poças, Juliano Murgel Braz, Marina Sodré, Daniel Pinha, Felipe Eugênio, Leonídio Madureira e Ernesto Gomes. Socorro Calháu, Mozart Noronha e Vilma Pesch, agradeço pela ternura e carinho que sempre tiveram por mim. A Pedro Henrique Pedreira Campos agradeço especialmente pela amizade e revisão do trabalho.

Durante esses anos de estudo para a conclusão do doutorado, a estabilidade que consegui só ocorreu graças ao apoio da minha família, quem eu amo infinitamente. Meu pai Márcio Bhering, minha mãe Norah Jungmann, minha avó Eliane Jungmann sempre me incentivaram. Sempre atentos comigo, sem vocês eu nada seria. Meus irmãos Marcelo e Renato estiveram sempre com as mãos estendidas para o que precisasse, apesar do meu frequente isolamento. Meu tio e padrinho Newton, minha tia Maria Alice e minha tia Lilian foram pessoas que sempre demonstraram entusiasmo e interesse pela minha trajetória. Quero agradecer também à meiguice da minha tia Duda, além dos meus primos André, Anielo e Alexandre.

Ao finalizar este trabalho, não tenho como não me lembrar com carinho e muito amor do meu avô Ruy Jungmann, um dos grandes tradutores brasileiros, autodidata, íntegro, amigo e companheiro, uma referência na minha vida e personalidade. Gostaria que ele estivesse presente testemunhando esse momento.

Uma segunda família que esteve ao meu lado na hora em que mais precisei reside em Barra do Piraí. Lenny, Mario Roberto, Rodrigo e Fabio, Thiago Mateus, Isabella, Scarleth, Wesley e a pequena e agitada Mel: vocês não têm ideia do quanto sou grato a todos. Por causa de vocês, Barra do Piraí tem um significado especial na minha vida. Descanso, sossego, tranquilidade, refúgio, são algumas palavras que expressam meu sentimento pela cidade. Lá também fiz bons amigos: Lúcia Guedes, Tamara Fraga e Lorrann Lamas.

Por fim, meu agradecimento final destina-se a Paola Groetaers, a pessoa que mudou minha vida para melhor, que esteve presente ao meu lado nas horas mais difíceis. Te amo.

Tudo o que esta tese tem a contribuir é devedora do apoio dessas pessoas e instituições. Ao mesmo tempo, todos os seus erros e descaminhos são de minha total responsabilidade.

RESUMO

Esta tese tem como foco o Centro de Pesquisas e Atenção Integral à Mulher e à Criança. O recorte temporal se inicia em 1975, ano de início efetivo do CPAIMC, e finaliza em 1994, ano do seu fechamento. Envolto em polêmicas, acusado de realizar esterilizações em massa em populações pobres da cidade, alvo de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito pelo poder legislativo federal e com dificuldades financeiras, fechou suas portas em 1994. Criado por Hélio Aguinaga junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, defendo a hipótese de que o CPAIMC se caracterizou como um espaço ambivalente em que postulados de atenção primária em saúde, integralidade e atendimento às populações marginalizadas conviviam com um projeto de controle populacional sob influência de entidades internacionais envolvidas com projetos de controle demográfico, principais financiadoras de suas atividades. Inicialmente, abordo a constituição da percepção de que o mundo passava por excesso populacional e a organização de entidades internacionais engajadas em frear o crescimento populacional dos países do chamado terceiro mundo. Em seguida, analiso a recepção dessa tese dentro do Brasil a partir de alguns setores sociais, como economistas, a Igreja e, em especial, médicos ginecologistas obstetras. O segundo capítulo trata da estrutura de funcionamento e do financiamento do CPAIMC, assim como o seu ocaso. O terceiro capítulo trata dos fundamentos ideológicos que justificavam a existência do CPAIMC, tendo como foco a figura de Hélio Aguinaga, seu diretor-geral. Por fim, abordo os movimentos de oposição ao projeto do CPAIMC, a já referida CPMI no início da década de 1990 e que culminaram na criação da Lei de Planejamento Familiar em 1996.

ABSTRACT

This thesis focuses on the Centre for Research and Integral Care for Women and Children (Centro de Pesquisas e Atenção Integral à Mulher e à Criança - CPAIMC). The time frame of this research begins in 1975, year of effective beginning of CPAIMC's activities, and ends in 1994. Involved in controversies, accused of mass sterilization of poor women of Rio de Janeiro, target of a Mixed Parliamentary Commission of Enquiry (CPMI) by the Federal Legislative Power and facing financial troubles, closed its doors in 1994. Created by Hélio Aguinaga next to Federal University of Rio de Janeiro's St. Francis Hospital (Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro), I support the hypothesis that CPAIMC was an ambivalent institution in which postulates like primary health care, integral health and attention to marginalized communities coexisted with a population control orientation, under influence of international agencies, involved in demographic control projects and major funder of CPAIMC. Initially I focus on how the world started to perceive by overpopulation, especially by the end of World War II and how international agencies engaged themselves in limit the population growth of Third World countries. Then, I analyze the reception of this engagement in Brazil by a series of important social actors, such as economists, Catholic Church and, specially, obstetrics and gynecology doctors. The second chapter addresses the CPAIMC's operational and financial structure, as well as its collapse. The third chapter deals with the ideological basis that justified the existence of CPAIMC, focusing on the figure of Hélio Aguinaga, its general-director. I finalize the thesis by focusing the opposition movements against CPAIMC's activities and the CPMI in the beginning of the 1990's that culminated on the creation of the Family Planning Law in 1996.

LISTA DE SIGLAS/ ABREVIACOES

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABEPF	Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
ASVC	Associação para a Esterilização Cirúrgica Voluntária
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEPCS	Centro de Estudos e Pesquisas Clóvis Salgado
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSDM	Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher
CPAIME	Centro de Pesquisa e Assistência Integral  Mulher e  Criança
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
COC	Casa de Oswaldo Cruz
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSN	Doutrina de Segurança Nacional
ECV	Esterilização Cirúrgica Voluntária
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
HGSFA	Hospital Geral São Francisco de Assis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA	International Cooperation Administration
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
II PND	II Plano Nacional de Desenvolvimento
IPPF	International Planned Parenthood Federation
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
NEPO	Núcleo de Estudos de População
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PL	Projeto de Lei
PC	Population Council
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PPGHCS	Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde
PSDC	Partido Social Democrata Cristão
PT	Partido dos Trabalhadores
REHEP	Reproductive Health Education Program
RBE	Revista Brasileira de Estatística
SICON	Sistema de Informações do Congresso Nacional
SNI	Serviço Nacional de Informações
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USAID	United States Agency for International Development

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 1940/2010

Anexo 2 – Tabela de prevalência de esterilização e uso de métodos anticoncepcionais em 20 países em 1986

Anexo 3 – Diretor de Centro nega indução à esterilização

Anexo 4 – Fechada no Rio unidade que fazia controle da natalidade

Anexo 5 – Listas de Senadores e Deputados titulares da CPMI

Anexo 6 – Lista de Senadores e Deputados suplentes da CPMI

Anexo 7 – Esterilização: CPI quer entidades investigadas

Anexo 8 – Lista de depoentes da CPMI

Anexo 9 - Projeto de lei 209/1991

Anexo 10 – Projeto de Lei 3.633 de 1993, apresentado po ocasião da CPMI

Anexo 11 - Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996.

Anexo 12 – Carta de Alma-Ata de 1978

SUMÁRIO

Introdução.....	17
Capítulo 1 – Planejamento familiar, contracepção e controle da natalidade na segunda metade do século XX	
1.1 – Introdução.....	30
1.2 – Contracepção e planejamento familiar no século XIX e na primeira metade do século XX.....	31
1.3 – Superpopulação global: uma nova questão após a II Guerra Mundial.....	34
1.4 – Entidades internacionais e o planejamento familiar para o mundo pobre.....	39
1.5 – Controlistas vs natalistas: os debates sobre contracepção e controle da natalidade no Brasil.....	44
1.5.1 – Militares.....	46
1.5.2 – A Igreja Católica.....	47
1.5.3 – Economistas e demógrafos.....	50
1.6 – A ideologia contraceptiva no Brasil e o campo da ginecologia e obstetrícia.....	53
1.6.1 – A Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM).....	57
1.6.2 – Elsimar Coutinho e suas pesquisas sobre contracepção.....	62
1.7 – Conclusão.....	63
Capítulo 2 - Estrutura e Funcionamento do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança, CPAIMC, 1975-1994	
2.1 – Introdução.....	65
2.2 – A saúde pública e assistência médica durante a ditadura militar de 1964-1985.....	66
2.3 – A Criação do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC).....	71
2.4 – As controvérsias com a UFRJ em torno do Hospital São Francisco.....	74
2.5 – Hélio Aguinaga e a busca de financiamento para as atividades do CPAIMC.....	75
2.6 – A atuação do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança.....	76
2.6.1 – A realização das Esterilizações Cirúrgicas Voluntárias (ECVs).....	77
2.6.2 – As outras atividades do CPAIMC.....	82
2.6.3 – As estratégias do CPAIMC para chegar nas comunidades pobres.....	85

2.7	– Financiamento do CPAIMC.....	88
2.8	– A criação da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPP).....	94
2.9	– A Crise do CPAIMC no final da década de 1980.....	99
2.10	– Conclusão.....	101

Capítulo 3 - Como se constrói uma ideologia contraceptiva? Os fundamentos de existência do Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança.

3.1	– Introdução.....	102
3.2	– Hélio Aguinaga: esboço biográfico.....	104
3.3	– A preocupação com o aumento populacional e o controle da natalidade.....	108
3.4	– A defesa da ação de entidades não estatais para o planejamento familiar.....	113
3.5	– A tradição médico-normativa para as populações pobres do Rio de Janeiro.....	114
3.6	– Integralidade e Atenção Primária em Saúde para mulheres.....	120
3.7	– Debates com o catolicismo e o tema do aborto.....	125
3.8	– Conclusão.....	126

Capítulo 4 - As oposições ao CPAIMC nas décadas de 1980 e 1990 e a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito de 1991-1993

4.1	– Introdução.....	129
4.2	– A Redemocratização e os movimentos feministas nos anos 1980: visões alternativas sobre o corpo feminino.....	131
4.3	– A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).....	133
4.4	– Reações contra a esterilização em massa de mulheres nos anos 1980 e 1990 e contra a atuação de entidades privadas de planejamento familiar.....	135
4.5	– As mulheres e os debates no contexto da elaboração de uma nova Constituição....	138
4.6	– As reações contra a atuação do CPAIMC na década de 1980 e 1990.....	141
4.7	– Reações contra a prescrição do Norplant.....	144
4.8	– Os debates sobre planejamento familiar na Assembleia Nacional Constituinte.....	147
4.8.1	– A criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Incidência de Esterilização em Massa no Brasil.....	147
4.8.2	– As esquerdas e os movimentos feministas na CPMI – denúncias contra Hélio Aguinaga e o CPAIMC.....	151

4.9 – Conclusão: o planejamento familiar nos anos 199.....	156
5 – Considerações finais.....	161
Sítios consultados na rede mundial de computadores.....	165
Fontes primárias.....	167
Bibliografia.....	172
Anexos.....	180

Introdução

Muito pode ser feito em benefício do futuro com os recursos atuais em planejamento familiar, sem necessidade da expectativa de possíveis benesses de achados científicos. O futuro começa agora! Deve-se usar todos os meios que a tecnologia moderna permite para tentar frear a velocidade do crescimento populacional. Por outro lado, já é aceito pelas autoridades no assunto que, nos países em desenvolvimento, se deve fugir a uma atividade de saúde elitista, minoritária, de ações limitadas, para um tipo de atendimento que alcance maior cobertura, a custos mais baixos e com maior produtividade. Uma das formas de se atingir esse objetivo é através da difusão dos cuidados primários, em serviços regionalizados e com delegação de funções na área da saúde.¹

A epígrafe acima, escrita em finais da década de 1970, reflete bem a visão de Hélio Aguinaga, criador e diretor-geral do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC), que funcionou no Rio de Janeiro de 1975 a 1994, objeto de estudo desta tese. De um lado, ele clamava por um engajamento imediato na promoção do planejamento familiar em larga escala, por meio de todos os recursos contraceptivos disponíveis, com vistas à redução da fertilidade e a frear o crescimento populacional. De outro, manifestava preocupação em levar às populações marginalizadas serviços de saúde populares, não elitistas, no nível de cuidados primários. Esta dupla percepção acerca do planejamento familiar e da saúde para populações ‘marginalizadas’ permeou as atividades do CPAIMC.

Criado em 1971, no âmbito do Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo efetivamente entrado em operação em 1975, o CPAIMC consistiu em uma entidade que, por meio de seus postos espalhados por diversas comunidades

¹ AGUINAGA, Hélio. “Perspectivas demográficas para o futuro – soluções possíveis.” Conferência realizada na Universidade de Washington, St. Louis, Estados Unidos. 1978.

nas periferias da cidade do Rio de Janeiro, e com o financiamento de entidades internacionais como o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a USAID, a JHPIEGO e o *Pathfinder Fund*, ofereceu, ao longo da década de 1980, serviços primários em saúde para mulheres e crianças. Entre esses serviços, destacava-se o de planejamento familiar, em especial o fornecimento de métodos contraceptivos, como pílulas anticoncepcionais, inserção de dispositivos intrauterinos (DIUs) e a realização de esterilizações cirúrgicas.

Esta tese tem como objetivo principal compreender a dinâmica interna do CPAIMC. Para tanto, busco analisar a recepção das teses sobre a superpopulação mundial no Brasil, em especial por parte dos médicos ginecologistas e obstetras e, dessa forma, compreender a articulação entre entidades internacionais e atores e entidades locais no campo da contracepção e do planejamento familiar. Também tenho como meta compreender as bases ideológicas que fundamentaram a existência do CPAIMC e compreender as reações e oposições que a entidade que enfrentou.

Hélio Aguinaga foi o diretor-geral do CPAIMC. Fez sua carreira médica no Hospital São Francisco de Assis (HSFA), que tradicionalmente acolhia e atendia população pobre do Rio de Janeiro desde o século XIX, quando possuiu outros nomes, como Asylo da Mendicidade e Asylo São Francisco de Assis.² Argumento que este costume esteve presente nas atividades do CPAIMC.

Mas este costume de atenção às populações pobres presentes no CPAIMC convivia diretamente com uma agenda internacional de controle populacional, condicionada pelos doadores da instituição. Acusado de promover o controle populacional e a esterilização em massa de mulheres pobres e negras, o CPAIMC – assim como outras organizações, como a BEMFAM – foi alvo de oposição de diversos setores da sociedade, com destaque para movimentos feministas, movimentos negros e setores da esquerda. Em meio a estas controvérsias, o CPAIMC manteve sua existência até fechar as portas em 1994, logo após ser objeto de investigação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, iniciada em 1991/92.

² SILVA JÚNIOR, Osir Claudiano da. Do asylo da mendicidade ao hospital escola São Francisco de Assis: a mansão dos pobres. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1997

Entidades internacionais e a questão populacional no pós-2ª Guerra Mundial

A partir da década de 1950, o tema da população emergiu como essencial nos debates sobre desenvolvimento econômico. A lógica difundida era a de que para que qualquer país prosperasse economicamente, era necessária uma quantidade ideal de pessoas que dispusesse dos recursos produzidos internamente. Quanto maior a população de um país, maior a necessidade de dividir os recursos produzidos e, em consequência, ocorreria a expansão da pobreza. Esse fato afetava especialmente os países pobres do mundo, também chamados de subdesenvolvidos, com altas taxas de natalidade, o então chamado terceiro mundo. A preocupação que mobilizou muitos países do chamado primeiro mundo, em especial os Estados Unidos, era de que a médio e longo prazo, o excesso populacional ultrapassaria as fronteiras do terceiro mundo e se tornaria um problema global. Este foi o *leit motiv* que levou diversas entidades internacionais a promoverem uma cruzada para a contenção das taxas de natalidade dos países periféricos.

Este também foi o fundamento para que diversos campos relacionados à população se desenvolvessem na segunda metade do século XX. Áreas de conhecimento como as ciências sociais e antropologia, demografia, biologia, medicina, ecologia, reprodução humana, química, entre outros, sofreram importante influência da preocupação com o excesso populacional, recebendo financiamento para o desenvolvimento de pesquisas de governos e fundações privadas. E na busca de construir um consenso dentro dos países considerados superpovoados, entidades internacionais articularam-se com grupos locais considerados estratégicos, como políticos, integrantes do setor público, pesquisadores de universidades, cientistas sociais e economistas, pessoas capazes de exercer influência dentro da sociedade.

Entre estes setores estratégicos, os médicos ginecologistas e obstetras, assim como profissionais relacionais à saúde reprodutiva, detinham papel fundamental. Muitos atuavam em universidades e eram eles que estavam em contato direto com a população e prescreviam métodos contraceptivos, promoviam o planejamento familiar e estavam à frente de entidades e núcleos criados para o atendimento à mulheres e crianças.

Este foi o pano de fundo em que se desenvolveram as atividades do Centro de Pesquisas e Atenção Integral à Mulher e à Criança. Ao longo desta tese, sustentarei a hipótese de que o CPAIMC se caracterizou como um espaço ambivalente, em que interesses diversos e muitas vezes antagônicos coexistiram. De um lado, havia perspectivas neomalthusianas de controle da natalidade e contenção do aumento populacional. De outro, visões progressistas acerca da

expansão do acesso à saúde para mulheres das populações marginalizadas, ideias de integralidade e atenção primária em saúde. O recorte temporal deste trabalho, 1975 a 1994, corresponde ao período de existência do CPAIMC, no qual houve apoio de entidades financiadoras internacionais.

A definição do CPAIMC como foco de estudo desta tese se relaciona com os caminhos trilhados ao longo do doutorado. Inicialmente, minha proposta era a de estudar a recepção das teses da superpopulação mundial no Brasil entre médicos ginecologistas e obstetras e demógrafos na segunda metade do século XX. A questão norteadora era refletir sobre como esses dois campos profissionais se pensaram, se repensaram e se ressignificaram diante da chegada ao país de teorias neomalthusianas que postulavam o mundo estar passando por um grave excesso populacional, especialmente no chamado terceiro mundo. Tratava-se de compreender a influência desta matriz de pensamento sobre esses dois campos a partir, em especial, da ação de entidades internacionais no país.

Iniciadas as pesquisas, alguns dados e questões vieram à tona, despertando atenção e exigindo um maior aprofundamento. Em primeiro lugar, a necessidade de ir além do universo discursivo dos campos profissionais dos médicos e dos demógrafos, percebendo que era necessário identificar quais as ações concretas foram realizadas no Brasil no período da segunda metade do século XX. Em segundo lugar, a bibliografia que trata dos debates sobre população na segunda metade do século XX destaca a queda acentuada na taxa de natalidade da população brasileira a partir da década de 60. Em 1960, a taxa total de fecundidade no Brasil era de 6,2 filhos por casal. Em 1980, já havia caído para 4,1 e, em 1996, a taxa atingia 2,5.³

Com desenvolvimento econômico que o país passava, a industrialização e a urbanização assinalaram novas configurações familiares, levando ao crescimento da demanda pela regulação da fertilidade.⁴ Nesse contexto, disseminou-se o uso de contraceptivos.⁵ Entre as práticas de contracepção, o estudo de Perpétuo e Wajzman (1993) indica que, no Brasil, em

³ BERQUÓ, Elza. “Sobre a política de planejamento familiar no Brasil” *In Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v.4, n.1, 1987.p.97; CAETANO, André Junqueira. “A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996” *In MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (orgs). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. Pp.229-248. p.229. Ver **anexo 1**, que mostra a evolução das taxas de fecundidade no Brasil desde a década de 1940.

⁴ ALVES, José Eustáquio Diniz. *As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 2006 p.23

⁵ CAETANO, André Junqueira. “A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996” *op cit*

1983, 43% das mulheres casadas em período reprodutivo aderiram à esterilização permanente, seguida pelo uso da pílula, com 36% de adesão. O Brasil se caracterizou como um dos países de maior recurso à esterilização permanente no mundo. ⁶ A prevalência da esterilização cirúrgica como método contraceptivo, segundo Berquó, estava presente em grande parte dos países subdesenvolvidos. ⁷ No bojo das reflexões sobre os motivos da queda da taxa de fecundidade no Brasil no período de 1960 a 1990, emergiu o questionamento sobre o papel que as entidades privadas de planejamento familiar desempenharam nesse processo. Entre elas, o CPAIMC foi percebido como uma das mais atuantes.

*

Grande parte da bibliografia que trata do tema foi produzida no período dos debates acerca do controle da natalidade que ocorria no Brasil, em especial nas décadas de 1970 e 1980. Dois trabalhos de relevância expressivos deste contexto são os Canesqui (1985) e Fonseca Sobrinho (1993). Por estes dois estudos, percebe-se a consolidação de percepção das discussões do período a partir de uma dicotomia entre os grupos que defendiam posições de defesa do controle da natalidade e da percepção de que havia um excesso populacional no Brasil, denominados como controlistas ou anti-natalistas, de um lado. De outro, aqueles que se posicionavam contra a ação destas entidades privadas de planejamento familiar e que não concordavam que o país estivesse passando por um excesso populacional. Estes eram denominados de natalistas ou pró-natalistas.

Ana Maria Canesqui, (1985), utilizou os referenciais de natalistas e controlistas para definir as posições acerca do governo sobre o crescimento populacional no Brasil. Ressalta que o natalismo, ao longo dos anos 1960 e 1970, foi o norte de atuação do governo apesar do pensamento neomalthusiano estar disseminado em altos escalões governamentais, que concebiam o alto crescimento populacional como uma ameaça à segurança nacional e de efeitos nefastos sobre a economia.⁸ Para Ana Maria Canesqui, controlismo e pró-natalismo eram aplicadas apenas a partir da observação das posições oficiais do governo brasileiro.

⁶ PERPÉTUO, Ignez Helena; WAJNMAN, Simone. “A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas. v.10(1/2), 1993. pp.25-39.p.28

⁷ BERQUÓ, Elza. “Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar.” In *Estudos Feministas*. Ano 1, 2º sem. 1993. pp366-381, p.372 Ver **anexo 2** que mostra a prevalência dos métodos contraceptivos em diversos países do mundo

⁸ CANESQUI, Ana Maria. “Planejamento Familiar nos Planos Governamentais” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v.2, n.2, jul./dez.1885. p.3

Por outro lado, o estudo de Fonseca Sobrinho (1993) trouxe um panorama dos antecedentes que levaram à criação em 1983 do PAISM, Programa de Assistência Integral da Mulher. Estabelecendo um recorte de 1964 a 1983, argumentou que até a década de 1960 o Brasil era difusamente pró-natalista, ou seja, o crescimento populacional e a ideia de uma prole numerosa eram disseminados na sociedade e no Estado. Mas esta posição teria sido contrabalançada principalmente após a instauração do regime militar em 1964, a partir da aproximação entre Brasil e Estados Unidos e da disseminação de um discurso controlista acerca da questão populacional, expressado pela criação da BEMFAM em 1965.⁹ Sobrinho destaca a Conferência de Bucareste de 1974 como um momento chave a parti do qual ocorreu uma maior adesão às teses de controle da natalidade. Nesta ocasião, o Brasil se manifestou como não enquadrado no rol de países com excesso populacional, devido aos seus espaços vazios a serem preenchidos, mas defendeu o direito de todas as famílias ao acesso ao planejamento familiar. Essa nova tendência culminaria, assim, com a criação do PAISM.¹⁰

Por outro lado, há trabalhos que fornecem uma visão mais complexa, para além da divisão entre natalistas e controlistas. É interessante a orientação do trabalho de Amaury de Souza e Peter McDonough, *A Política de População no Brasil* (1984) em que, a partir de uma série de entrevistas com “pessoas públicas influentes no Brasil” – membros da Igreja, líderes sindicais, empresários e industriais, técnicos do Estado, médicos e militares – buscaram analisar as diferentes visões acerca do envolvimento do governo nos planejamento familiar e no controle populacional. Uma de suas conclusões foi que, apesar da opinião das elites brasileiras reforçarem a posição do governo junto à Conferência Internacional sobre População em Bucareste, em 1974, onde o Brasil defendeu a tese do “laissez-faire populacional” – de que o aumento populacional era necessário para “preencher espaços vazios” –, de modo algum essas mesmas elites apresentavam homogeneidade no que toca às diferentes visões acerca dos fundamentos que repousavam suas posições, fossem elas de inclinação pronatalista, como a defesa do aumento populacional como questão de segurança nacional, ou antinatalistas, como as distribuição de contraceptivos.¹¹

A visão de Amaury de Souza e Peter McDonough expressa a percepção dos debates sobre o planejamento familiar e o controle da natalidade no Brasil sob uma ótica que não se

⁹ FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ FNUAP, 1993. p.27

¹⁰ *Ibidem*

¹¹ (de Souza e McDonough, 1984)

restringe à dicotomia entre controlismo e natalismo. Nessa orientação vale destacar a contribuição de José Eustáquio Diniz Alvez, de 2006. Em *As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil*, sugere as posições dos grupos chamados natalistas e controlistas estarem permeados de considerações ideológicas típicas do período. O autor ressalta que em debates de caráter macroeconômico, esta dicotomia de fato subsiste, em especial quando se tem em questão a quantidade populacional ideal no país. Mas, no campo das ações concretas para a população e dos debates dentro da sociedade civil, o que estava em jogo era o acesso a serviços de planejamento familiar e quem seria responsável por seu fornecimento.

12

Os dois trabalhos apresentados acima, de Amaury de Souza e Peter McDonough, assim como o de Alvez, são inspiradores de uma abordagem metodológica a ser seguida nesta tese, que se propõe a analisar o debate sobre o planejamento familiar e o controle da natalidade fora da dicotomia entre natalismo e controlismo, na busca por perceber a variedade de perspectivas que esse matiz possui.

O CPAIMC se revela, assim, como um **espaço em** que discursos acerca da necessidade de se universalizar o acesso a serviços básicos de saúde às mulheres e à infância pobre conviviam com postulados neomalthusianos de que era necessário conter a pobreza por meio da limitação dos nascimentos. Princípios de integralidade e de atenção primária em saúde dialogavam diretamente com medidas verticais, normativas e, muitas vezes, autoritárias, de saúde a populações marginalizadas. Mostrarei que a existência do CPAIMC e dos argumentos de Aguinaga sobre a contracepção são expressão de uma posição que se situa entre essas duas posições antagônicas.

Nesse sentido, sugiro que o CPAIMC, assim como os discursos de Hélio Aguinaga, expressou o que denomino de ideologia contraceptiva. Trata-se de uma visão intermediária, ambivalente, que não se opõe a medidas de contenção de natalidade ou com a necessidade de frear o excesso populacional, mas, ao mesmo tempo, defende a contracepção como direito reprodutivos das mulheres e do casal, ainda que de forma verticalizada e normativa.

Quanto à atuação de entidades internacionais no Brasil, merece destaque o artigo de Martine (2005) que estuda a conformação do campo da demografia no Brasil, a partir da análise

¹² ALVES, José Eustáquio Diniz. *As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil*. op. cit.

de uma série de organizações como a Fundação Ford, o *Population Council* e as Nações Unidas, principalmente no financiamento de institutos, na vinda de pesquisadores estrangeiros e na ida de estudantes para centros de referência, especialmente nos Estados Unidos. Martine aponta as décadas de 1960 e 1970 como o período de consolidação do campo da demografia no Brasil e realiza seu estudo com base em entrevistas com sujeitos atuantes no período, como Elza Berquó, Valdecir Lopes, Tom Merrik e Carmem Barroso.¹³

Cabe destacar ainda o artigo de Berquó e Rocha (2005), “A Abep no contexto político e no desenvolvimento da demografia nas décadas de 1960 e 1970” em que analisam a criação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais abordando o contexto nacional e internacional de seu nascimento. Assim como Martine, elas ressaltam a atuação de entidades internacionais na institucionalização do campo da demografia e destacam a atuação da Fundação Ford para a constituição da Abep. Argumentam que houve uma estratégia diferenciada desta agência na América Latina, de interlocução direta com organismos produtores de conhecimento sem interferência dos governos locais.¹⁴ Ambos os artigos de Martine e Berquó & Rocha sugerem um direcionamento de pesquisa que, segundo eles, deve ser mais bem aprofundado: a presença dos organismos internacionais no Brasil na promoção de estudos na área populacional.

Outro trabalho que merece destaque é o de Raul Necochea Lopez (2009). Em sua tese o autor apresenta a história do planejamento familiar no Peru. Ao mesmo tempo em que traz a questão do desenvolvimento como um elemento essencial para o entendimento da execução de programas de planejamento familiar naquele país, ressalta a importância da mediação de valores compartilhados por setores profissionais dedicados a essas atividades, como médicos, para o sucesso dos esforços de limitação da natalidade. Ao mesmo tempo, trabalhando com fontes orais, busca apresentar a articulação entre atores locais e internacionais para a consecução dos esforços do planejamento familiar no Peru, dando destaque para a Igreja Católica. Seu trabalho torna-se, assim, uma inspiração na busca por rastrear os debates internos

¹³ MARTINE, George. “O papel dos organismos internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil: notas preliminares” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. São Paulo, v.22, n.2, p. 262, jul./dez. 2005. p258

¹⁴BERQUÓ, Elza; ROCHA, Maria Isabel Baltar da. “A Abep no contexto político e no desenvolvimento da demografia nas décadas de 1960 e 1970” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v.22, n.2, p. 233-246. p.243

no Brasil sobre o controle da natalidade, assim como entender o papel das entidades internacionais nesse processo.¹⁵

A inspiração para a reflexão sobre as entidades internacionais no Brasil também se deve ao trabalho recente de Mathew Connely (2008), fruto de sua tese de doutorado que se propôs a contar a história do movimento de controle populacional como um todo, mostrando como se organizou o consenso internacional sobre a necessidade de se controlar as populações, a conformação do campo de entidades internacionais ligadas a essas atividades, as articulações internas dentro dos países, etc.¹⁶

Por fim, vale destacar o estudo de Fabíola Rohden, que analisa as práticas de contracepção e controle da natalidade no Brasil do início do século XX, o papel dos médicos ginecologistas e obstetras no envolvimento com as práticas, os debates em diferentes campos – jurídico, médico, etc – a relação entre contracepção, nascimento e Estado. Seu trabalho também se configura como um incentivo para análises posteriores sobre as diversas visões que o tema do controle da natalidade e da contracepção gerou na segunda metade do século XX.¹⁷

Seguirei os direcionamentos apontados por Martine e Berquó no estudo da atuação de organismos internacionais na consolidação na difusão da ideia de superpopulação e na promoção do planejamento familiar no Brasil. Contudo, me distanciarei das perspectivas que partem das noções de natalismo e controlismo, como as de Canesqui e a de Fonseca Sobrino ao analisar empiricamente o cotidiano e as ideias que deram sustentação ao CPAIMC. Dessa forma, procuro ampliar a discussão sobre a atuação das entidades internacionais que atuaram na promoção do controle populacional no período, compreender a articulação internacional-local nesse processo de difusão e como ocorreu a recepção dessas ideias pelo CPAIMC. O meu objetivo não é me centrar no debate entre controlismo e natalismo, mas contribuir para os estudos sobre o controle da natalidade e saúde reprodutiva no Brasil a partir da investigação da dinâmica interna de uma entidade que exerceu tais atividades no Brasil.

¹⁵ LOPEZ, Raúl Necochea. *A History of Family Planning in Twentieth-Century Peru*. UNC Press. 2014.

¹⁶ CONNELLY, Mathew. *Fatal Misconception: the struggle to controle world population*. Londres: Harvard University Press. 2008.

¹⁷ ROHDEN, Fabíola. *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003

Metodologia e fontes

Nesta tese, busco compreender, em um primeiro momento a relação internacional-local a partir da mediação entre agendas e interesses externos de entidades privadas, governamentais e não-governamentais com a realidade local dos campos de estudo. Para tanto, os relatórios internacionais produzidos por entidades como a USAID, Pathfinder Fund, International Planned Parenthood Federation (IPPF) e Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO) presentes em bases de dados internacionais, com destaque para a USAID e a *Popline-K4Health* se tornaram fontes confrontadas com relatos sobre o cotidiano das ações do CPAIMC, presentes em jornais de grande circulação como *O Globo*. Para compreender esta mediação, também recorri às entrevistas concedidas por Hélio Aguinaga, Lia Aguinaga e Amélia Kaufman, todos ex-integrantes do CPAIMC e detentores de papéis-chaves de direção na instituição.

Igualmente importante para compreender esta mediação foi o estudo do campo da ginecologia e da obstetrícia no Brasil previamente à chegada e influência de entidades internacionais de promoção do controle da natalidade. Recorri a revistas de ginecologia e obstetrícia, com destaque para os *Anais Brasileiros de Ginecologia e Obstetrícia*, para compreender como se organizava o pensamento médico deste campo e as modificações que sofreu ao longo da segunda metade do século XX. E para abordar chegada das teses do excesso populacional no Brasil entre demógrafos, recorri a artigos produzidos nas décadas de 1940 a 1970, na Revista Brasileira de Estatística (RBE).

Além das entrevistas e dos documentos presentes nos arquivos pessoais de Hélio Aguinaga e Lia Aguinaga, bases de dados nacionais e internacionais se revelaram importantes instrumentos de coletas de dados para este capítulo. Os relatórios disponíveis nas bases da USAID e da *Popline-K4Health*, desvelaram a estrutura de financiamento do CPAIMC e a sua agenda de atuação. Por meio destes relatórios, também foi possível compreender o escopo das ações do Centro e confrontar com as posições expressas por Aguinaga. Vale ainda destacar a utilização jornais do período, que contribuíram para o rastreamento das unidades de saúde estabelecidas pelo CPAIMC.

Em um segundo momento, optei pela investigação das ideias, teorias e argumentos que deram sustentação ao CPAIMC. Nesse momento, investiguei a biografia e a trajetória médica de Hélio Aguinaga, por meio da leitura de sua autobiografia e do recurso à história oral. Ao mesmo tempo confrontei estas fontes com a realidade do CPAIMC e com entrevistas e

reportagens do período de existência da entidade em jornais de grande circulação para a compreensão das contradições presentes em sua trajetória. Como fontes primárias, além das entrevistas concedidas por Hélio Aguinaga utilizo fundamentalmente os posicionamentos de Hélio Aguinaga na imprensa escrita de grande circulação. São artigos por ele publicados no *Jornal do Brasil* e entrevistas e reportagens sobre o CPAIMC no jornal *O Globo* e, em menor medida no *Jornal do Comércio*.

As reações às atividades do CPAIMC também foram investigadas em periódicos de grande circulação. N' *O Globo*, *Jornal do Brasil*, *Revista Veja* e *Jornal do Comércio*, Aguinaga vinha a público se defender das diversas acusações de que foi alvo. Para compreender essas reações, também utilizei como fontes legislação e documentos oficiais, como o relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil e as propostas de leis sobre planejamento familiar produzidas ao longo da década de 1990.

Ao longo dos estudos de doutorado, foram realizadas quatro entrevistas no total, três com Hélio Aguinaga, sendo que uma em companhia de Lia Aguinaga, sua filha. A última entrevista foi realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman simultaneamente.

Estrutura da tese

No primeiro capítulo, inicio minha reflexão com a emergência da preocupação moderna com o excesso populacional no século XIX e discorro que, desde o advento de técnicas e métodos contraceptivos no período, o corpo feminino foi sujeito à normatização médica, em especial por parte dos ginecologistas e obstetras. Em seguida, analiso como o contexto do pós II Guerra Mundial reavivou as preocupações neomalthusianas de que o mundo passava por um excesso populacional. Nesse contexto, uma série de entidades privadas e governamentais se incumbiram da tarefa de frear o aumento excessivo da quantidade de pessoas no mundo, em especial por meio da contenção dos considerados altos índices de natalidade dos países do terceiro mundo. Nesse momento, descrevo as principais entidades internacionais que tiveram destaque nesse processo e abordo alguns métodos contraceptivos que passaram a ser disseminados, como a pílula anticoncepcional e o DIU. Destaco o papel do *Population Council* no lançamento das bases que fundamentaram a atuação de entidades como a USAID, Fundação Ford, *International Parenthood Federation*, entre outras, e no estabelecimento das frentes de atuação em que se inseriram: pesquisas demográficas, desenvolvimento de medicamentos,

estudos sociais sobre a realidade de países em desenvolvimento, etc. Na segunda parte do capítulo, trato da recepção das teses da superpopulação no Brasil, com destaque para a ação das entidades no país, como a USAID. Retorno ao debate sobre as ideias de natalismo e controlismo e analiso o pensamento e ação de militares, economistas, demógrafos e setores da Igreja na relação com o tema da população. Finalizo o capítulo abordando como parte do campo profissional da medicina gineco-obstétrica se repensou neste contexto e, com financiamento de entidades internacionais, se envolveram ativamente na promoção do planejamento familiar no Brasil. Tenho como objetivo, nesta etapa, demonstrar como os médicos ginecologistas e obstetras foram atores privilegiados na recepção e adesão ao empreendimento internacional de promoção do controle da natalidade.

No segundo capítulo abordo o financiamento do CPAIMC, as relações com entidades internacionais, a relação de serviços prestados e as comunidades onde se estabeleceu. Criado em 1971, mas com existência efetiva apenas em 1975, o CPAIMC tinha como sede o Hospital Escola Sao Francisco de Assis, no centro do Rio de Janeiro e onde seu principal criador, Hélio Aguinaga, atuava como médico ginecologista e obstetra. Tenho como foco o seu processo de criação, funcionamento e ocaso. Principalmente a partir de 1978, o CPAIMC se estabeleceu em diversas comunidades pobres do Rio de Janeiro, que serão apresentadas, e sua inserção por meio do de postos e minipostos de atenção em saúde em nível primário era condicionada às comunidades fornecerem o lugar para de fixação. No capítulo, trato da questão da esterilização cirúrgica voluntária (ECV) realizada por meio da laparoscopia. Como se tratava de um procedimento de intervalo, ou seja, não ocorria durante o parto, o CPAIMC procurou se distanciar da forma como o procedimento de esterilização era realizado pela BEMFAM, de caráter pós-cesárea. Abordo a constituição da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, a ABEPF, por meio da qual o CPAIMC realizava treinamento de médicos no uso de laparoscópios e produzia materiais educativos e manuais, que foram analisados. Finalizo o capítulo com o ocaso do CPAIMC que, envolto em acusações sobre esterilização em massa de mulheres no Rio de Janeiro, com dificuldades financeiras e ausência de recursos internacionais, fechou suas portas em 1994.

No terceiro capítulo me proponho a desvelar as contradições entre as práticas e os discursos que legitimavam a existência do CPAIMC. Ressalto, novamente, que o objetivo não é provar o quanto o CPAIMC estava em sintonia com interesses internacionais que o financiaram. Isso será demonstrado ao longo dos capítulos, mas o foco é compreender a ambivalência em que ele se inseria por meio dos seus posicionamentos públicos. Para tanto,

centro a narrativa especialmente na vida e nos posicionamentos de Hélio Aguinaga no período de existência da instituição. Início o capítulo realizando um esboço biográfico de Aguinaga, ressaltando a influência do Hospital São Francisco de Assis em sua formação e nas ideias de deram sustentação ao CPAIMC. Aguinaga se posicionou sobre diversos assuntos ao longo da década de 1970 e 1980, como planejamento familiar, controle da natalidade e excesso populacional, atenção primária em saúde, integralidade, economia e crise social, desenvolvimento econômico, etc. Mais do que uma entidade controlista, o CPAIMC caracterizou-se como um espaço contraditório em que diversas percepções coexistiram e se materializaram.

No quarto e último capítulo discorro sobre as reações que o CPAIMC sofreu ao longo da década de 1980. Utilizo-me novamente de jornais do período, mas, nesse momento, busco apresentar as ocasiões em que Hélio Aguinaga vinha a público defender o CPAIMC de acusações de esterilização sem consentimento, de más condições de higiene das instalações de seus postos. Frequentemente unidades do CPAIMC eram fechadas. Destaco o caso do fechamento de um posto que funcionou dentro de uma escola municipal, o que gerou grande polêmica na comunidade. O CPAIMC foi também acusado de prescrever o Norplant para pacientes em 1986, medicamento contraceptivo que ainda não tinha sido autorizado no Brasil. O auge destas acusações foi a instalação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 1991, presidida pela Deputada Federal Benedita da Silva, na qual o CPAIMC foi alvo de investigação e Hélio Aguinaga chamado para depor. Finalizo o capítulo tratando da lei de planejamento familiar de 1996, que regulamentou o dispositivo constitucional que trata do assunto. Argumento que a criação desta lei é tributária direta da CPMI de 1991, apesar da pouca visibilidade que esta comissão recebeu, em especial na mídia de grande circulação.

Acredito que o estudo da relação entre entidades locais e entidades internacionais no campo da saúde reprodutiva no Brasil é de relevância para compreendermos hoje o estado atual do campo dos direitos reprodutivos. Este estudo, que se insere no campo da História da Saúde, se propõe a contribuir para os estudos sobre a história da saúde reprodutiva no Brasil, na medida em que analisa empiricamente a atuação de uma entidade que se teve papel ativo nas ações de contracepção e planejamento familiar no Brasil na década de 1980.

Capítulo 1

Planejamento familiar, contracepção e controle da natalidade na segunda metade do século XX.

1.1 – Introdução

Este capítulo tem por objetivo examinar o tema da chamada superpopulação global na segunda metade do século XX. Diversas entidades internacionais tiveram protagonismo no trabalho de construir um consenso de que o mundo passava por um crescimento populacional acelerado no período, em especial junto aos países subdesenvolvidos e suas elites. Convencer intelectuais, autoridades, cientistas sociais, médicos; financiar pesquisas sobre temas diversos relativos à população; testar novos medicamentos e novas técnicas de contracepção foram alguns dos campos de atuação dessas entidades.

Na primeira parte do capítulo será apresentado um panorama geral sobre a construção, na Europa e Estados Unidos do século XIX, da noção de que o mundo enfrentava excesso populacional e como esta questão se articulou com formas de controle do corpo feminino por meio da contracepção. Para tanto, analiso como se organizou a construção da autoridade médico-científica sobre o corpo feminino em alguns países da Europa, em especial por parte dos ginecologistas e obstetras.

A segunda parte terá como foco de estudo o interesse pelo crescimento acelerado da população mundial na segunda metade do século XX. Neste momento, uma série de entidades

internacionais se articularam para a ação no mundo considerado subdesenvolvido, de modo a conter o crescimento demográfico desses países. Essas entidades atuaram em diversas frentes, desde o incentivo a pesquisas sociais e médicas no campo da reprodução humana, até o fomento econômico direto no controle da natalidade. Neste contexto também foram desenvolvidas novas tecnologias na área da reprodução, em especial para o seu controle.

A terceira parte versa sobre o controle da natalidade e o planejamento familiar no Brasil, além das posições assumidas por diversos grupos sociais locais – médicos, economistas, demógrafos, Igreja Católica – após a chegada de entidades internacionais na década de 1960. Abordo a percepção dos grupos que tiveram papel ativo nos debates sobre explosão demográfica e contracepção, como médicos ginecologistas e obstetras, cientistas sociais, militares e a Igreja Católica.

Por fim, nos deteremos no pensamento médico controlista, especificamente dos médicos ginecologistas e obstetras que abraçaram os postulados do crescimento acelerado no mundo e, por meio de recursos, quase sempre advindos de entidades internacionais, atuaram na promoção do planejamento familiar no Brasil. Teremos como foco a forma com que esses médicos e entidades controlistas atuaram em sintonia com as demandas e orientações das entidades internacionais que se inseriram no país.

1.2 – Contracepção e planejamento familiar no século XIX e na primeira metade do século XX

Desde a Revolução Industrial Inglesa, os debates sobre contracepção se vincularam a temas como crescimento populacional e aumento da pobreza. A Inglaterra do início do século XIX assistiu, com a expansão das indústrias e das cidades, ao crescimento populacional de seu país, em especial da classe trabalhadora. A qualidade de vida das populações urbanas também se deteriorava, em comparação com as populações rurais, submetidas a ritmos de trabalho menos intensos e menos danosos ao corpo, e sujeitas a uma alimentação de melhor qualidade.¹⁸ Temia-se o crescimento da população pobre e as ideias de Thomas Malthus, expoente do pensamento econômico liberal inglês, ganhava adesão. Em seu *Ensaio sobre o Princípio da População*, de 1798, argumentava que:

¹⁸ HOBSBAWM. Eric. *Era das Revoluções*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2009, p.119

A população, quando não controlada, cresce em proporção geométrica. A subsistência cresce apenas em proporção aritmética. Uma pequena habilidade com números mostrará a imensa superioridade do primeiro poder em comparação com o segundo. Por lei da natureza, que faz do alimento necessário ao homem, os efeitos desses dois poderes desiguais devem ser mantidos iguais. Isso significa um intenso e constante monitoramento da população no que toca à dificuldade de subsistência. Essa dificuldade ocorrerá em algum lugar e será sentida severamente por uma grande parte da humanidade.”¹⁹

Eric Hobsbawm, em seu livro *A Era das Revoluções*, argumentou que esses princípios da economia política inglesa do período, respaldados por estatísticas, conferiram fundamento teórico a decisões de Estado e à visão burguesa de que os crescentes problemas sociais residiam no aumento generalizado da população pobre no país. Na medida em que se tornaria cada vez mais difícil realizar, por parte do Estado inglês, políticas sociais para o atendimento às populações cada vez mais indigentes, a solução seria criar formas de reduzir a sua natalidade. Era expressão deste pensamento a Lei dos Pobres, de 1834, que exigia o ingresso dos trabalhadores em *workhouses*, generalizadas pela Inglaterra, e que demandava que os que lá residissem e trabalhasse se afastassem das suas esposas e evitassem a procriação.²⁰

A partir da segunda metade do século XIX, as teorias malthusianas ganharam novo vigor na Europa como um todo e nos Estados Unidos. O neomalthusianismo passou a se relacionar diretamente a ideias e políticas de controle da natalidade e promoção da contracepção.

Segundo Hartmann, os neomalthusianos associavam o crescimento populacional acelerado como a causa da pobreza e acreditavam que a contracepção levaria às camadas pobres a possibilidade de terem menos filhos. Dessa forma, aconselhavam os métodos disponíveis para a contracepção, desde o coito interrompido até esponjas vaginais.²¹ Hartmann argumenta que nos Estados Unidos, a chegada dos postulados sobre contracepção se associaram a ideias de emancipação feminina. Em razão de ainda existirem amplos espaços a serem ocupados no país, a preocupação com o aumento populacional parecia não adquirir a premência que detinha na Inglaterra.²² Fabíola Rohden, ao traçar as origens do movimento do *birth control*, ressalta o desenvolvimento de tecnologias contraceptivas, como esponjas e preservativos, assim como o surgimento de novos valores das camadas mais altas da população

¹⁹ MALTHUS, Thomas Robert. *Ensaio sobre o princípio da População. Série os Economistas*. São Paulo: Nova Cultural, 1996pp.4-5

²⁰ HOBBSAWM, Eric. *Era dos Impérios. op.cit.* p.119

²¹ HARTMANN, Betsy. “Population Control I: Birth of an Ideology.” *In International Journal of Health Sciences*. Vol.27, N3, páginas 523-540. p.525

²² *Ibiden*

da Europa e Estados Unidos. O *birth control* foi um elemento fundamental na construção da sexualidade burguesa e, a partir de então, constituíram-se percepções e políticas sistemáticas e racionais de planejamento familiar.²³ Organizar e planejar a família e a quantidade de filhos era um tipo de ação que, conforme o pensamento neomalthusiano, deveria ser compartilhada com todos os setores da sociedade.

A contracepção, no final do século XIX assumiu contornos de combate à pobreza e da difusão de novos valores acerca da natalidade em países como a Inglaterra e a França. Além disso, o progressivo ingresso das mulheres no mundo do trabalho foi um elemento importante para o declínio das taxas de fecundidade nesses países. A prática do aborto também se disseminou e desenvolveu-se assim se um campo médico de especialistas em “medicina da mulher”, bem como uma intensa oposição entre defensores e detratores das práticas de contracepção.²⁴

Ao longo do século XIX houve um progressivo aumento da autoridade médica sobre questões relativas à família, à mulher e à sexualidade. McLaren argumenta que, na França, por exemplo, os médicos passaram a substituir os padres como responsáveis por esses assuntos, mas a relação de subordinação entre homens e mulheres não se alterou. De fato, esta hierarquia se reificou, respaldada na medicina que verificava, por meio da observação, o que a fé cristã postulava. O papel de mãe das mulheres era igualmente reafirmado.²⁵ Tal processo ocorria, segundo Martins, com base em Foucault, no processo de transição epistemológica do saber médico que se organizava a partir da experiência clínica e, acima de tudo, na observação do paciente.²⁶

No final do século XIX, os postulados eugênicos passaram a permear os debates sobre contracepção, aborto e controle da natalidade na Europa e nos Estados Unidos. Teorias sobre a hereditariedade e acerca das possibilidades de se reproduzir indivíduos saudáveis ganharam

²³ ROHDEN, Fabíola. *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. op. cit. p.31-33.

²⁴ *Ibidem*. pp.30-35

²⁵ McLAREN, Angus. “Doctor in the House: medicine and private morality in France, 1800-1850” *In Feminist Studies*, Vol,2, No2/3, 1975. pp.39-54.

²⁶ FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. p.X-XI e MARTINS, Ana PaulaVosne. “A Ciência dos Partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX” *In Estudos Feministas*, 13(3), setembro-dezembro/ 2005. pp. 645-665. p.652

cada vez mais refinamento e passaram a conferir legitimidade científica aos postulados sobre a melhoria da qualidade das pessoas.²⁷

No início do século XX, movimentos pelo controle de natalidade dentro dos Estados Unidos assistiram, segundo Betsy Hartmann, um grande desenvolvimento na década de 1910, quando as questões sociais e de trabalho se associaram a movimentos feministas. Nesse contexto, uma personalidade que despontou como figura de liderança em prol do *birth control* foi Margaret Sanger que, após o declínio dos movimentos feministas, já na década de 20, deixou suas posições mais radicais para assumir uma postura mais conservadora, ligando-se a círculos médicos e eugenistas. Ela fundou em 1921 a *American Birth Control League* e ao longo da década de 1920 e 1930, a eugenia passou a fornecer a pauta de atuação da associação e dos contornos do controle de natalidade, através da defesa da esterilização dos considerados inaptos e do progresso racial. Em 1942 a organização se tornaria a *Planned Parenthood Federation*. Com o fim da II Guerra e com a emergência da “questão populacional”, Margaret Sanger, em associação com a Sociedade Americana de Eugenia, fundou, em 1948, a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Assim, a instituição trazia em sua origem uma marca conservadora, ligada a princípios eugênicos para contenção de uma população qualitativamente inferior através da exportação de um modelo de família estadunidense.²⁸ A partir da década de 1940 os movimentos de defesa do planejamento familiar e da contracepção se internacionalizaram.

1.3 – Superpopulação global: uma nova questão após a II Guerra Mundial

Em 1968, Paul Ehrlich, professor da Universidade de Stanford e especialista em biologia das populações, publicou um livro alertando ao grande público sobre uma catástrofe que, segundo ele, já estava acontecendo: a superpopulação. Este problema possuía diversas facetas, das quais a que mais chamava atenção era os efeitos nefastos sobre o ambiente e a incapacidade da produção mundial de alimentos de suprir uma demanda crescente. Seu livro foi publicado em um momento em que a questão já era consenso entre diversos grupos, especialmente para as entidades internacionais. O livro *The Population Bomb*, que inicia denunciando o mal estar gerado pelas ruas sujas e apinhadas de pessoas da capital de um país como a Índia, trazia o

²⁷ STEPAN, Nancy Leys. *A Hora da Eugenia: raça, ciência e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2005. *passim*

²⁸ HARTMANN, Betsy. *op. cit.* pp.525-530.

conceito de tempo de dobra, que era o período necessário para que o mundo ou um determinado país dobrasse sua população. Segundo o autor, o tempo de dobra cada vez mais aumentava conforme o mundo se desenvolvia e se industrializava, e a diminuição extraordinária desse tempo que o mundo assistiu no pós-guerra era a expressão do grave problema que ocorria. Afinal, se países como Áustria e Reino Unido possuíam, respectivamente, tempos de dobra de 175 e 140 anos, países subdesenvolvidos como o Brasil possuíam um tempo de dobra de 22 anos. Em tempo: Paul Ehrlich expressava um pensamento amplamente difundido entre os círculos políticos e intelectuais do mundo desenvolvido, de que a raiz do problema da superpopulação mundial estava nos países pobres do mundo.²⁹

É consenso na historiografia e nos trabalhos que analisam a emergência do problema populacional no século XX posicionai o fim da II Guerra Mundial como um marco fundamental para a intensificação dos debates acerca da explosão demográfica e todos os problemas que isso acarretaria. Conelly (2008) argumenta que, mesmo devido às grandes proporções que o referido conflito assumiu, não impediu que a população crescesse nas décadas posteriores. Todos os progressos alcançados pelas inovações trazidas pela guerra, como o DDT³⁰, a penicilina, vacinas e novas drogas em geral, acabaram por reduzir a taxa de mortalidade, em especial da população dos países pobres. A consequência foi um grande aumento populacional nos anos subsequentes à guerra.³¹

Um movimento emblemático desse processo foi a Campanha de Erradicação Global da Malária, liderada pela Organização Mundial da Saúde, inaugurada em 1955 e cuja arma básica foram as campanhas verticais e a aspersão do DDT.³² Se por um lado, fracassou por não ter atingido seus objetivos, por outro diminuiu em muito a incidência da doença no mundo.³³

Com o início da Guerra Fria os Estados Unidos buscaram afirmar sua influência sobre o mundo de modo a frear o perigo do comunismo nos países subdesenvolvidos. A “questão da população” emergiu, assim, em um contexto internacional de ascensão dos EUA como potência global que buscou se colocar como a promotora do bem estar para a humanidade. Nesse pano de fundo o problema do crescimento populacional acelerado do terceiro mundo era tomado

²⁹ ERLICH, Paul. *The Population Bomb*. Nova Iorque: Buccaneer Books, 1995 [1968]

³⁰ O DDT foi o primeiro inseticida moderno, amplamente utilizado no mundo após a 2ª Guerra Mundial. Atualmente, é banido em vários países. <http://www.panna.org/issues/persistent-poisons/the-ddt-story>. Acesso em 10/09/2014

³¹ CONNELLY, Matthew. *Fatal Misconception: the struggle to control world population*. Op. cit. p.115,116.

³² BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. “A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde” In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V.13, n.3, p.623-47, jul-set.2006.p.629

³³ CONNELLY, Matthew. *Fatal Misconception: the struggle to control world population*. Op. cit.

como um fator que levaria ao desemprego, à estagnação econômica e ao declínio das rendas, o que geraria desordem e o florescimento do comunismo.³⁴

O desafio da superpopulação mundial acompanhou o processo de descoberta da pobreza em escala global e de consolidação do discurso do desenvolvimento, criado nos Estados Unidos e incorporado pelas Nações Unidas, que postulava levar a todos os países as características das nações mais avançadas da época, como a industrialização, urbanização, modernização agrícola, crescimento da produção e dos níveis de vida, sob os auspícios do capitalismo, da ciência e da tecnologia. Tratava-se, segundo Escobar, de um novo regime de discurso que alterou as concepções de pobreza vigentes até a década de 1940 e que criou a ideia de terceiro mundo, uma nova “territorialidade” que englobava África, Ásia e América Latina. Era dever das nações desenvolvidas intervir no terceiro mundo, de modo a administrar e controlar a pobreza, através da atuação em áreas como economia, saúde, educação, emprego e até mesmo a moral das pessoas. A solução para a pobreza residia, assim, no desenvolvimento que passava a se consolidar como um postulado universal.³⁵

A teoria da transição demográfica se tornou uma justificativa científica para a intervenção dos países desenvolvidos sobre os subdesenvolvidos. No lugar de taxas crescentes de natalidade e mortalidade, com o processo de industrialização os países progressivamente passariam a assistir declínios nos dois polos.³⁶ A ideia corrente era a de que, com base nas experiências do chamado “mundo ocidental” – que englobava principalmente os Estados Unidos e a Europa do Oeste – as taxas de crescimento populacional do terceiro mundo começariam a cair com o processo de desenvolvimento desses países. Ao explicar o processo de organização populacional dos povos europeus e americanos na segunda metade do século XIX, esta teoria sugeria que o mundo subdesenvolvido deveria alcançar o padrão demográfico que os países desenvolvidos haviam chegado.

Nessa conjuntura, setores das sociedades ditas desenvolvidas, em especial grandes empresários, que, à frente de fundações ligadas a importantes empresas, como a Fundação Ford e a Fundação Rockefeller, se envolveram em um verdadeiro empreendimento demográfico a partir da década de 1950. Em 1952, em Williamsburg, Virgínia, John Rockefeller III organizou

³⁴ SHARPLESS, John. “Population Science, Private Foundations, and Development Aid: the transformation of demographic knowledge in the United States, 1945-1965” In PACKARD, Randall & COOPER, Fred. *International Development and the Social Sciences*. Berkeley: University of California Press, 1997 p.186

³⁵ ESCOBAR, Arturo. *La invención del Tercer Mundo: Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Barcelona: G.E.Norma, 2000. p.20, 51, 54

³⁶ SHARPLESS, John. “Population Science, Private Foundations, and Development Aid” *op.cit.* pp.188-189

uma conferência, reunindo cerca de trinta pessoas com o objetivo de analisar informações disponíveis e as diferentes visões “sobre os efeitos do crescimento populacional para o bem-estar humano de modo a se chegar a conclusões e estimular a ação”³⁷ na área. Entre os participantes estavam demógrafos e intelectuais respeitados, como Kingsley Davis, Irene Tauber, Frank Notestein, Frederick Osborn e um dos pontos centrais da conferência foi o debate acerca da superpopulação mundial e medidas a serem adotadas pelos Estados Unidos em particular.³⁸

Apesar do do pensamento malthusiano estar disseminado entre os presentes, ao enfatizarem a preocupação com a quantidade de alimentos que, àquele momento, era produzido no mundo, as preocupações iam além do abastecimento de alimentos. Os participantes da conferência concluíram que o aumento populacional consistia em uma barreira para a qualidade de vida como um todo e existiam diversos aspectos econômicos sociais a serem enfrentados, caso se quisesse aumentar a produção de alimentos no mundo e conter a natalidade. Barreiras culturais, por exemplo, eram vistas com alarde.³⁹

O país que mais despertava atenção entre os presentes era a Índia. Demograficamente volumoso, não conseguia suprir internamente a alimentação de sua população. Era necessário, pois, reduzir o índice de natalidade, em especial nas áreas rurais, de modo a amenizar o problema populacional. Visões eugênicas também estavam disseminadas entre integrantes da conferência. O tema da “qualidade” foi foco de preocupação, tendo em vista que os avanços das tecnologias da civilização moderna impediam o que seria a seleção natural dos mais aptos a permanecerem vivos. Por fim, concluiu-se que o ponto de vista dos participantes daquela reunião era o que foi denominado de ponto de vista “ocidental protestante”, que, em nível mundial, era uma minoria.⁴⁰

Os debates ocorridos em Williamsburg forneceram os parâmetros para as ações da organização que surgiria logo em seguida – o *Population Council*. A orientação geral dizia respeito aos esforços para a promoção da redução da fertilidade no mundo. Para tanto, alguns eixos de ação foram definidos: técnicas de contracepção; pesquisas e experimentos sociais; mudanças culturais; opinião pública e educação; organizações. O primeiro campo de atuação

³⁷ POPULATION COUNCIL. “On the origins of the population council”. In *Population and Development Review*. 1975, p. 493.

³⁸ *Ibidem*

³⁹ *Ibidem*, p. 494

⁴⁰ *Ibidem*, p.496

tinha como foco o desenvolvimento de técnicas de contracepção mais convenientes, seguras e de baixo custo para o uso amplo em países subdesenvolvidos. O campo de estudo da fisiologia da reprodução deveria ser estimulado por meio de bolsas e fundos para atração de pesquisadores e do aprimoramento de técnicas contraceptivas disponíveis.⁴¹

Na área de pesquisas e experimentos sociais focou-se na importância de se desenvolverem pesquisas em países subdesenvolvidos para sensibilizar a opinião pública favoravelmente ao problema populacional. Privilegiou-se como como foco o estudo sobre as barreiras culturais à adesão à redução da fertilidade e sobre a investigação dos determinantes sociais e psicológicos da fertilidade. Como forma de romper as suspeições dos habitantes de eventuais países estudados ante o envolvimento de pesquisadores estrangeiros em assuntos internos, era necessário estimular a pesquisa realizada por pesquisadores locais e a criação de centros de pesquisa nacionais, com destaque para as áreas de ciências sociais, por meio de bolsas de estudo e pesquisa em países ocidentais desenvolvidos. Caberia ainda produzir consenso interno nos Estados Unidos em vista a facilitar a atuação do governo americano como na promoção do controle da natalidade.⁴²

O campo das mudanças culturais relacionava-se a métodos para a indução de novas percepções visando à redução da fertilidade. Este eixo de atuação também tinha a finalidade de avaliar eventuais mudanças, em especial nos campos da saúde e da economia, que indiretamente promovessem tal redução. Como exemplo, destacou-se o incentivo à propriedade privada da terra em sociedades camponesas, por meio da qual os seus donos, na necessidade de deixar o título das suas terras para seus filhos, limitariam a fertilidade. Serviços pagos de saúde também seria um estímulo, pois a população, com medo do aumento de despesas médicas, limitaria a natalidade. Nesse foco de atuação destacou-se a introdução de programas de controle da fertilidade em programas de assistência materna, com fins de controle populacional. Por fim, no eixo de ação das organizações, defendeu-se que ocorresse um esforço internacional de entidades não governamentais para enfrentar o problema da redução da fertilidade. Intelectuais de todo o mundo deveriam ser convocados e se partia do princípio de que tais iniciativas não deveriam soar como intervenção americana sobre questões internas dos países.⁴³

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² *Ibidem*, p. 497

⁴³ *Ibidem*, p. 498

Do encontro de Williamsburg de 1952, os anos seguintes assistiram ao envolvimento dos EUA na questão populacional, cujo marco foi o chamado Comitê Draper, de 1958. Nas conclusões do comitê, argumentou-se que o governo norte-americano financiasse pesquisas e fornecesse apoio para países subdesenvolvidos que iniciassem programas visando o controle populacional.⁴⁴

1.4 – Entidades internacionais e o planejamento familiar para o mundo pobre

O *Population Council* era um órgão vinculado diretamente à Fundação Rockefeller e até a década de 1990, foi a principal agência internacional que atuou nas áreas de demografia e contracepção no mundo, assim como um importante espaço de encontro de diversas entidades internacionais da área.⁴⁵

Segundo Sharpless, a existência do Conselho permitiu que organismos como a Fundação Ford e o *Rockefeller Brothers Fund*, seus dois principais doadores, atuassem na promoção desses estudos sem envolverem diretamente seus nomes nas controvérsias que o tema gerava. Nos anos 50, o *Population Council* e a Fundação Ford financiaram a construção de uma rede de pensamento e treinamento sobre o controle populacional em universidades americanas, cujo principal núcleo era Princeton. Um elemento de grande importância apontado por Sharpless é que esses núcleos de reflexão americanos receberam verbas para o treinamento de pesquisadores estrangeiros, que retornavam aos países de origem imbuídos da visão americana sobre a questão populacional, e chefiavam departamentos de pesquisas e entidades governamentais. Em seguida, as fundações americanas também passaram a financiar centros de pesquisas em países estrangeiros.⁴⁶ A Fundação Ford foi outra entidade que passou a financiar programas de controle da natalidade no mundo. Participou dos recursos iniciais para a criação do *Population Council*, e, no período de 1954 a 1993, despendeu cerca de 88 milhões de dólares em atividades, pesquisas sociais, biomédicas e programas relativos ao controle da natalidade.⁴⁷

O lançamento da revista *Studies in Family Planning* (SFP), do *Population Council*, pode ser entendida como uma expressão dos objetivos e visões expostos na Conferência de Williamsburg. Ao longo dos seus volumes os seus artigos giram em torno de testes e da aceitação

⁴⁴ HARTMANN, Betsy. “Population Control I: Birth of an Ideology” *op. cit.* p.533

⁴⁵ CONNELLY, Matthew. *Fatal Misconception. op cit.* p.159

⁴⁶ SHARPLESS, John. “Population Science, Private Foundations, and Development Aid” *op. cit.* p.183.

⁴⁷ WOOSTER, Martin Morse. *The Ford Foundation: founder of modern population control.* Nova Iorque: Catholic Family and Human Rights Institute, 2004. p.3

ou não de métodos contraceptivos, em especial o dispositivo intra-uterino (DIU) e o aborto, avaliações de programas implementados e panoramas sobre países específicos. Ou seja, tratava-se da avaliação do nível de sucesso em romper as “barreiras culturais” e levar o “ponto de vista protestante” ao mundo pobre. Um exemplo claro disso são as suas edições de “revisão” sobre determinados continentes ou países, em especial a Ásia, onde se discorriam sobre como se comportavam a população de um determinado país ou região de um país, qual a sua dinâmica populacional, em que nível de organização estavam suas entidades direcionadas para a redução de fertilidade, etc.

A *Studies in Family Planning* passou a ser publicada em 1963 e, em 1975, o *Population Council* iniciou a circulação da *Population and Development Review*. Estas revistas, a partir dos anos 1960 e 70, publicaram artigos centrados principalmente sobre a Ásia. Contudo, a partir dos anos 1970, iniciou-se progressivamente a publicação de artigos abordando países da América Latina e, especificamente, o Brasil. Entre diversas organizações, a IPPF, já mencionada anteriormente, figurava nos artigos da SFP na execução de programas de controle de natalidade no terceiro mundo. Cabe ressaltar que, enquanto a primeira divulgava resultados e balanços de programas nesta área, a *Population and Development Review* centrava-se em análises de caráter social e político sobre esses países.

O primeiro diretor do *Population Council* foi Frank Notestein. Um dos fundadores do *Office of Population Research* da Universidade de Princeton e um dos principais divulgadores da teoria da transição demográfica, foi o primeiro presidente da United Nations Population Division.⁴⁸ Na primeira edição da revista *Studies in Family Planning*, Notestein atribuía ao boletim a responsabilidade de dinamizar a circulação de informações e experiências através da comunicação de esforços científicos para a implementação do planejamento familiar. Com o objetivo de romper barreiras culturais de uma determinada sociedade para difundir o planejamento familiar, diversos artigos analisaram as estratégias para esse fim. Nestes estudos, uma ideia difundida era a de chegar em toda a população a partir das *elites locais*. Um dos artigos que primeiro abordaram essa questão foi de Bernard Berelson em 1964, intitulado *National Family Planning Programs: a guide*. Segundo o autor, a primeira atitude em relação a introdução do planejamento familiar em uma determinada sociedade deveria ser trazê-lo a quem o quisesse, ou seja, `satisfazer` o interesse existente e não `espalhar` esse interesse. Isso feito, as ideias circulariam dentro da sociedade.⁴⁹ Outro artigo denomina bem esse grupo apto

⁴⁸ CONNELLY, Mathew. *Fatal Misconception. op. cit.* pp. 122/126

⁴⁹ BERELSON, Bernard. “National Family Planning Programs: A Guide” In *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 5, Supplement (Dec., 1964), pp. 1-12

a receber voluntariamente as ideias sobre planejamento familiar, as elites, que seriam aqueles estratos sociais melhor educados, urbanos e localizados nos setores modernos da economia.⁵⁰

Além do *Population Council*, a década de 1950 assistiu a internacionalização da Planned Parenthood Federation, acima citada que, a partir da década de 1960, se fazia progressivamente presente através de suas diversas entidades nacionais. No caso do Brasil, como veremos adiante, a BEMFAM, criada em 1965, tornou-se sua representante desde 1967. Na América Latina, por exemplo, a Colômbia destacava-se como um espaço de ampla atividade de da IPPF e de seu braço naquele país, a Associação para o Bem-Estar da Família Colombiana (PROFAMILIA), criada em 1965 pelo médico-ginecologista Fernando Tamayo Ogliastri, que em 1967 também se filiou à IPPF. A partir da década de 1970, promoveu marchas e iniciativas visando à esterilização masculina e feminina, como as marchas de vasectomia de 1971 e o Programa Móvel Cirúrgico, assim como promoveu a distribuição de contraceptivos.⁵¹ Além da Colômbia, outros países e programas privados nacionais, afiliados à IPPF, merecem destaque: o Chile, com a Associação Chilena de Proteção à Família (APROFA) criada em 1962; a Bem Estar Familiar no Brasil, BEMFAM, criada em 1963; no México, a Fundação para Estudos de População (FEPAC), criada em 1965 e ligada à IPPF em 1967, hoje sendo conhecida como Fundação Mexicana para o Planejamento Familiar (MEXFAM); na República Dominicana a Associação Dominicana Pró-Bem Estar da Família (Profamilia), de 1967.⁵²

Durante o governo de John Kennedy (1961-1963), ocorreu um maior comprometimento dos Estados Unidos com a questão populacional. Sua atuação deveria se dar em parceria com as entidades sem fins lucrativos e através do apoio às atividades das Nações Unidas. Foi nesse período, em 1961, que a AID, *Agency for International Development*, foi criada, sucedendo a *International Cooperation Administration* – três anos após a organização do Comitê Draper, que postulou ser a superpopulação o maior problema para os programas de ajuda econômica americana⁵³ –, tornando-se um dos polos de atuação americana na questão populacional. Seu primeiro diretor, David Bell, ex-diretor do escritório de orçamento, não era tão entusiasta da questão populacional e defendia a atuação da nova agência em outras frentes. Mas o envolvimento da AID, ao longo da década, tornava-se progressivamente maior e, conforme

⁵⁰ FREEDMAN, Ronald. "Family Planning Programs Today: Major Themes of the Geneva Conference". In *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 8, Supplement (Oct., 1965), pp. 1-7

⁵¹ PROFAMILIA. Acesso em http://www.profamilia.org.co/portal/pdfs/historia_profamilia.pdf no dia 30 de agosto de 2009

⁵² *International Planned Parenthood Federation*.

Acesso em <http://www.ippf.org/en/Where/> em 30 de agosto de 2009.

⁵³ HARTMANN, Besty. "Populatin Control I: Birth of an Ideology." *op. cit.* pp.533

recebia mais fundos, passou do patrocínio discreto de programas ligados a entidades internacionais para a promoção ostensiva do planejamento familiar e controle populacional no terceiro mundo. ⁵⁴ Grande parte dos recursos da USAID no campo da população eram destinados à IPPF e ao *Population Council* e, a partir do final da década de 1960, se tornou uma das principais entidades financiadoras do controle populacional no mundo. ⁵⁵

O sistema da Organização das Nações Unidas se envolveu difusamente na questão populacional, via Unicef, Unesco, Fundo das Nações Unidas para a População, OMS, e FAO cada uma dessas entidades buscando fazê-la de forma diferenciada. Importante ressaltar que por se tratarem de organizações multilaterais, as diversas posições dos países sobre o problema acabaram por impedir que elas assumissem um papel de protagonismo no cenário internacional relativo a políticas populacionais.

Julian Huxley, primeiro diretor da Unesco, em 1946, ao lançar um documento com propondo as bases da organização, *Unesco: its purpose and its philosophy*, defendeu que a eugenia deveria permear as ações desta nova organização. Em suas palavras, logo no início de sua reflexão, argumentava que um dos desafios da eugenia deveria ser o de promover a todas as formas de qualidades dos seres humanos. Especificamente sobre o tema da quantidade de população, defendia:

A importância de uma grande população: ideias e slogans como este são disseminados em nossos pensamentos, e tendem, a não ser que sejamos cautelosos, à promoção da mediocridade, e até a mediocridade em abundância e, ao mesmo tempo, ao desencorajamento da alta e rara qualidade.⁵⁶

Já a busca da Organização Mundial da Saúde em se envolver com a promoção do planejamento familiar após demandas de alguns países membros,⁵⁷ por exemplo, criou forte querela que se expandiu para o sistema da ONU como um todo. O resultado foi o posicionamento desta entidade, em 1976, argumentando que a “definição de sua política em relação ao planejamento familiar foi um reflexo da sua orientação médica e de seu compromisso com o fortalecimento dos serviços de saúde e não como o produto de uma investigação sistemática sobre a relação ideal entre saúde e programas populacionais” assim como

⁵⁴ DONALDSON, Peter J. "On the Origins of the United States Government's International Population Policy" In *Population Studies*, 44 (1990), 385-399. P.389

⁵⁵ CONELLY, Matthew. *Fatal Misconception. op. cit.* p.232

⁵⁶ HUXLEY, Julian. *Unesco: its purpose and its philosophy*. UNESCO, 1946. p. 15

⁵⁷ *Ibidem.* p 151

A pressão inicial para o envolvimento da OMS no planejamento familiar surgiu principalmente de fora do setor saúde dos países membros preocupados com o crescimento populacional. Mesmo cedendo a essa pressão, a OMS abordou o planejamento familiar como medida de saúde preventiva e não como forma de amenizar as condições socioeconômicas das sociedades sobrecarregadas por uma elevada taxa de crescimento populacional.⁵⁸

Ou seja, ao final da década de 1970, a OMS formalizou sua saída do debate político sobre o planejamento familiar e controle populacional, dissociando-o dos interesses médicos e de saúde que guiavam as suas atividades na área. Além de entidades internacionais que se envolveram nos debates sobre controle da natalidade, vale destacar o papel ativo que diversas universidades e centros de pesquisa americanos e europeus detiveram a partir da década de 1960 sobre o problema populacional, como Princeton, Harvard, Michigan e Johns Hopkins. O contexto de expansão da questão populacional do pós II Guerra Mundial foi o mesmo no qual as tecnologias contraceptivas ganharam forte financiamento e expansão.

No âmbito do *Population Council*, dentre os importantes produtos criados sob seu financiamento dois métodos contraceptivos merecem destaque: o Dispositivo Intrauterino (DIU) foi ‘recriado’ após longo período de abandono, e o Norplant.⁵⁹ As pesquisas relativas aos dispositivos intrauterinos financiadas pelo *Population Council* visavam reabilitar um método contraceptivo que poderia ser aplicado em larga escala. Segundo Alan Guttmacher, chefe de obstetrícia do Hospital Monte Sinai, nos EUA, e um dos grandes entusiastas do retorno do DIU como medida contraceptiva, a vantagem deste método residia no fato de que se tratava de controle da fertilidade em nível nacional, não apenas em nível individual, como nos casos das pílulas anticoncepcionais que, até aquele momento, ainda geravam muitos efeitos colaterais e eram caras. O DIU era, dessa forma, pensado nos termos de distribuição em massa, apesar dos efeitos colaterais que poderia promover e da dificuldade em definir quem eram as pessoas qualificadas para realizar a sua inserção.⁶⁰

Outro importante contraceptivo pesquisado e implementado sob financiamento do *Population Council* foi o *Norplant*, anticoncepcional subdérmico implantado sob a pele do braço e que libera progressivamente a progesterona sintética levonorgestrel. Também foi pensado no contexto de mecanismos eficientes para aplicação em larga escala e de realização do controle populacional. Tratava-se desta vez, como alternativa ao DIU, diante das barreiras

⁵⁸ CRANE, Barbara B. e FINKLE Jason L. “The World Health Organization and the Population Issue: Organizational Values in the United Nations” *In Population & Development Review*. 1976.

⁵⁹ WOOSTER, Martin Morse. *The Ford Foundation*. *op. cit.*, p.12.

⁶⁰ CONELLY, Mathew. *Fatal Misconception*. *op. cit.* p.203

culturais que a sua implantação enfrentava, por se tratar de uma forma não invasiva de contraceção, tal como os contraceptivos orais.⁶¹

Neste contexto, as pílulas anticoncepcionais também receberam amplo financiamento. Foi pela primeira vez sintetizada em 1956, nos Estados Unidos, e o primeiro contraceptivo oral, o ENOVID, foi permitido no Brasil em 1962, dois anos depois de sua aprovação nos EUA. Joana Maria Pedro nos mostra que ao longo da década de 1960 até a década seguinte, as pílulas anticoncepcionais passaram a ser amplamente compradas pela população das camadas médias brasileiras e extensamente oferecidas às camadas pobres por intermédio da BEMFAM.⁶² No Brasil o debate acerca da contraceção e das questões populacionais foi moldado pela realidade local. Este será o tema analisado a seguir.

1.5 – Controlistas vs natalistas: os debates sobre contraceção e controle da natalidade no Brasil

Com a Revolução Cubana de 1959, seguida da sua adesão ao comunismo e alinhamento com a União Soviética, a América Latina passou a cada vez mais interesse por parte dos Estados Unidos. Especificamente com relação ao tema da população, o Brasil, assim como América Latina, ao contrário de países como a Índia, apenas a partir da década de 1970 passou a despertar maior interesse de organismos internacionais que atuavam na área de controle populacional e promoção da redução da fertilidade.⁶³ O nordeste do Brasil, em especial, era visto internacionalmente como uma “Cuba em potencial” desde a década anterior. Esta era a percepção de funcionários do governo dos Estados Unidos, como o ex-embaixador no Brasil Lincoln Gordon, que sugeriu um encontro entre Kennedy e Celso Furtado, assim como de integrantes da USAID, como William Brubeck, secretário da agência no país, que atentava para as orientações políticas de algumas das lideranças locais, como Miguel Arraes. Medo este que foi diminuído após o golpe civil-militar de 1964 que depôs o presidente João Goulart.⁶⁴

⁶¹ SIVIN, Irving; ALVAREZ-SANCHEZ, Francisco; DIAZ, Soledad; McDONALD, Olivia. HOLMA, Pentti; COUTINHO, Elsimar; ROBERTSON, Dale. “The NORPLANT Contraceptive Method: a report on three years of use”. In *Studies in Family Planning*. Population Council. Vol.13, No. 8/9 (aug-sep.1982), pp.258-261

⁶² PEDRO, Joana. “A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração.” In *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.23, n.45, pp.239-260, 2003. p.243

⁶³ Em levantamento das publicações sobre a América Latina entre as revistas do *Population Council*, verifica-se que, de 1960 a 1980, dos 39 artigos publicados sobre a região, apenas seis se deram na década de 1960 e 34 na década de 1970. Levantamento realizado na plataforma Jstor em 21 de abril de 2009. www.jstor.org

⁶⁴ FONSECA SOBRINHO, Délcio. *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil*. op cit. pp.81-96.

Na América Latina, uma série de características podem ser evidenciadas. Em primeiro lugar, havia uma forte oposição católica conservadora relutante aos métodos contraceptivos, que se tornou ainda mais intransigente após a divulgação da Encíclica *Humana Vitae* de 1968; um emergente debate na opinião pública e meios estatais a partir da década de 1960 sobre contracepção e controle populacional e, por fim, um papel de destaque da IPPF, através de suas afiliadas. Ao mesmo tempo, analistas das posturas governamentais na região indicavam que as medidas tomadas pelos governos sobre o planejamento familiar visavam unicamente a saúde, sem tomá-lo como uma medida de caráter demográfico. A partir da década de 1970, a aceitação do planejamento familiar pelos estados nacionais se expandiu e a oposição da Igreja, apesar de permanecer, principalmente contra o aborto e a esterilização, tendeu a diminuir. Países como o México, a Colômbia, República Dominicana e o Chile se destacaram como os primeiros a aderirem às propostas de planejamento familiar, enquanto a Argentina era criticada por manter uma postura intransigente quanto à venda de medicamentos contraceptivos.⁶⁵

Especificamente sobre o Brasil, segundo Sobrinho (1993), até os anos sessenta prevalecia uma visão pronatalista no país sobre a questão populacional, ainda que difusa e desarticulada. A partir de 1964, contudo, essa visão passou a entrar em choque com a disseminação das teses controlistas. O pano de fundo dessa disputa foi o golpe civil-militar, que assinalou a aliança efetiva do país com os Estados Unidos, o que possibilitou uma maior difusão das ideias americanas no país. Contudo, a visão antinatalista sobre o crescimento populacional teria encontrado forte resistência de setores de esquerda, da Igreja católica e mesmo de setores militares que defendiam o aumento da população como essencial para expandir o controle sobre todo o território brasileiro. Como consequência desta tensão, ainda informa o autor, não houve, ao longo dos anos sessenta, nenhum esforço formal dos governos militares em promover o controle populacional, apenas da atuação desses organismos privados, internacionais e não governamentais.⁶⁶ A mudança na tendência observada na década de 1970, tanto no Brasil quanto no resto da América Latina, tem como um dos marcos a Conferência de Bucareste de 1974, onde a posição brasileira, tomada como progressista, teve destaque, ao reconhecer os direitos das famílias em ter acesso às informações relativas ao planejamento familiar.⁶⁷

A primeira Conferência Mundial sobre População organizada pela ONU em Bucareste, Romênia, em 1974, reuniu mais de 133 países além de organizações não governamentais como

⁶⁵ MEASHAN, Anthony R. "Latin America 1974: An Overview". In *Studies in Family Planning*, Vol. 6, No. 8, Family Planning Programs: World Review 1974 (Aug., 1975), pp. 281-282

⁶⁶ FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil. op. cit.*

⁶⁷ Ibidem

a Fundação Rockefeller, Fundação Ford e a IPPF. Nesta conferência ocorreram tensões entre as diversas perspectivas em jogo sobre o controle populacional e o planejamento familiar. A principal se caracterizou pela polarização entre aqueles países, liderados por Argélia e Argentinam que acreditavam ser o excesso populacional uma consequência do subdesenvolvimento – e cuja resolução ocorreria apenas através de uma nova ordem econômica internacional –, de um lado, e o grupo liderado pelos Estados Unidos e por antigas potências coloniais que defendiam a implementação do planejamento familiar como elemento impeditivo do desenvolvimento. Como resultado, consolidado no texto *World Population Plan of Action*, definiu-se que a soberania dos países deveria ser respeitada, assim como a tarefa da “comunidade internacional” deveria focar-se no aumento da produção de alimentos.⁶⁸

O direito inalienável das pessoas e dos casais ao acesso ao planejamento familiar também foi outra decisão tomada em Bucareste. O que, para o Brasil, a partir do governo de Geisel, consubstanciou-se no afrouxamento da visão pró-natalista defendida pelos governos militares e maior liberalidade com relação a ações de planejamento familiar, em especial de entidades privadas.⁶⁹ A seguir serão analisados alguns setores nacionais que foram protagonistas nos debates sobre o planejamento familiar, a contracepção e a questão populacional no Brasil.

1.5.1 – Militares

Entre os setores militares, as posições sobre o papel da redução da fertilidade no país associavam-se, frequentemente, às divisões entre os mais alinhados a um discurso nacionalista e os que se afinavam com as posições de aproximação com os Estados Unidos. Dois pontos, ligados à soberania nacional, mobilizavam os debates dos militares sobre a questão populacional: a ingerência de países e instituições estrangeiras nos assuntos internos do Brasil e a necessidade de ocupar espaços vazios do território nacional.

Segundo Borges, a Escola Superior de Guerra, ao longo da sua criação, foi um pilar de desenvolvimento de uma doutrina que, juntamente com forte apoio dos Estados Unidos, entendia que a prevenção contra o comunismo seria um princípio norteador da atuação das forças armadas brasileiras, o que se consubstanciava na Doutrina de Segurança Nacional. A DSN, que se consolidou após o golpe de 1964, significou uma nova relação das forças armadas

⁶⁸ CONELLY, Mathew. *Fatal Misconception*. op. cit. p. 315

⁶⁹ ALVES, José Eustáquio Diniz. “As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil.” op. cit.

com a sociedade, passando de interventores esporádicos na vida política para condutores formais do governo.⁷⁰ Outro ponto relativo à DSN era a relação entre segurança e desenvolvimento, em consonância com as novas orientações políticas e econômicas iniciadas com a consolidação dos militares no poder.⁷¹

Contudo, o pensamento militar brasileiro, a partir do golpe militar de 1964, não possuía uma visão avessa ao crescimento populacional. Pelo contrário, como nos mostra Alves, os militares possuíam uma política expansionista e da crença de que o crescimento populacional era necessário para o preenchimento dos espaços vazios do interior do país. Citando Canesqui, Alves argumenta que a visão natalista defendida naquele momento pelos governos militares foi expressa no Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970) do governo Costa e Silva.⁷²

1.5.2 – A Igreja Católica

Um marco para o entendimento das posições da Igreja católica sobre a contracepção foi a implementação da Encíclica *Humana Vitae*, baixada pelo papa João VI da Igreja Católica em 1968. Segundo o que rezava o documento, que a paternidade responsável era apoiada pela Igreja, mas que o desejo de controlar os nascimentos não poderia entrar em choque com a lei de Deus de que a uma das razões mais fundamentais da união matrimonial seria a procriação. Nesse sentido, o uso de técnicas não naturais para o controle da natalidade, na medida em que impedem processos naturais, eram condenadas. No rol de técnicas estavam descritas formas de esterilização masculina ou feminina, assim como o aborto. Com apresentado na *Encíclica*:

Se, portanto, existem motivos sérios para distanciar os nascimentos, que derivem ou das condições físicas ou psicológicas dos cônjuges, ou de circunstâncias exteriores, a Igreja ensina que então é lícito ter em conta os ritmos naturais imanentes às funções geradoras, para usar do matrimônio só nos períodos infecundos e, deste modo, regular a natalidade, sem ofender os princípios morais que acabamos de recordar. A Igreja é coerente consigo

⁷⁰ BORGES, Nilson. “A Doutrina de Segurança Nacional e os governos militares.” In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Luciana A. N. (orgs.). *O Brasil Republicano: o tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p.13-42. (Coleção O Brasil Republicano, v. 4)

⁷¹ DREIFUSS, René Armand. *1964: A conquista do Estado. Ação política, poder e golpe de classe*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1981. p.110

⁷² CANESQUI, Ana Maria. “Planejamento Familiar nos Planos Governamentais” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v.2, n.2, jul./dez.1885 *apud* ALVES, José Eustáquio Diniz. *As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2006

própria, quando assim considera lícito o recurso aos períodos infecundos, ao mesmo tempo que condena sempre como ilícito o uso dos meios diretamente contrários à fecundação, mesmo que tal uso seja inspirado em razões que podem aparecer honestas e sérias. Na realidade, entre os dois casos existe uma diferença essencial: no primeiro, os cônjuges usufruem legitimamente de uma disposição natural; enquanto que no segundo, eles impedem o desenvolvimento dos processos naturais. É verdade que em ambos os casos os cônjuges estão de acordo na vontade positiva de evitar a prole, por razões plausíveis, procurando ter a segurança de que ela não virá; mas, é verdade também que, somente no primeiro caso eles sabem renunciar ao uso do matrimônio nos períodos fecundos, quando, por motivos justos, a procriação não é desejável, dele usando depois nos períodos agênicos, como manifestação de afeto e como salvaguarda da fidelidade mútua.⁷³

A encíclica ainda chamava atenção para as “graves consequências dos métodos de regulação artificial da natalidade”. Argumentava a que a utilização de técnicas não naturais abriria caminho para a infidelidade conjugal e à degradação moral. Enfim, ressaltava que a imposição dessas técnicas por autoridade para a resolução de eventuais dificuldades sociais significaria a intromissão dessas autoridades nos setores mais pessoais e reservados da intimidade conjugal.⁷⁴

Em estudo publicado em 1970, acerca da recepção internacional da Encíclica *Humanae Vitae*,⁷⁵ realizada no período de pontificado do Papa João VI em 1968, ressaltava a posição favorável dos governos ao documento. O artigo ainda ressaltava a articulação que algumas autoridades latino-americanas faziam da encíclica como uma reação ao que chamavam de política populacional americana, vistas como um “genocídio preventivo”. Essa política de que opunham se materializava, segundo os opositores, nas posições de McNamara, presidente do Banco Mundial. Contudo, apesar dessa postura de algumas lideranças, o artigo ressaltava a posição “complicada” dos países do continente: muitos defendiam o uso de métodos artificiais para o controle de natalidade e ao mesmo tempo possuíam vínculos estreitos com a hierarquia católica em seus continentes. Ao mesmo tempo, a posição dos membros da Igreja Católica no continente latinoamericano tendia a se diferenciar das posições católicas em países desenvolvidos. Em pesquisa realizada na Colômbia, Estados Unidos e Holanda sobre aceitação ou não de métodos contraceptivos, assim com as posições do clero frente à recente divulgação

⁷³ *Encíclica Humanae Vitae*

http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_po.html Acesso em 27/08/2009

⁷⁴ *Ibidem*

⁷⁵ *Ibidem* A encíclica manifestava a condenação da Igreja Católica aos métodos contraceptivos artificiais, ao aborto e às esterilizações masculina e feminina, temporária ou permanente.

da Encíclica, pelo Vaticano, os autores concluíam sobre uma posição mais conservadora do clero colombiano, por exemplo.⁷⁶

A presença do catolicismo, não apenas na sociedade, mas também com influência nas esferas estatais, era um aspecto que não pode ser desprezado na realidade latinoamericana. No caso do Brasil, essa relação era também encarada como um entrave para as políticas de controle de natalidade e planejamento familiar. Nesse sentido, vale citar a posição do Bispo Helder Câmara, do Recife, acerca da encíclica *Humanae Vitae*, baixada pelo Papa João VI em 1968:

As massas latino-americanas, asiáticas e africanas, seriam rapidamente enxurrados com pílulas contraceptivas, caso o Papa Paulo VI não houvesse baixado a Encíclica *Humana Vitae*. Não devemos nos esquecer das palavras do Presidente Johnson, quando ele declarou: `Cinco dólares gastos com o controle de natalidade são muito mais lucrativos do que uma centena de dólares em favor do desenvolvimento. ` Por isso, eu sou grato ao Papa Paulo VI pela sua encíclica, embora eu reconheça que poderia criar problemas para os países em desenvolvimento.”⁷⁷

Contudo, ao longo da década de 1970 a influência católica no Brasil começava a sofrer concorrência mais intensa. O resultado disso foram as posições do país em Bucareste que, se foram tomadas como inclinadamente prónatalistas,⁷⁸ segundo De Souza e McDonough, por outro lado outros analistas as encararam como um passo à frente em comparação com outras realidades latino-americanas, como a Argentina, que restringiu a venda de contraceptivos e banuiu as atividades que encorajassem o controle de natalidade.⁷⁹ Esse otimismo se deu devido ao Brasil ter proclamado oficialmente o planejamento familiar como um direito que deveria ser desfrutado por todos os casais, não apenas pelos mais ricos, e que o Estado deveria promover os meios de acesso a informações e serviços requisitados pelas famílias com menos recursos; planejamento este que deveria ser de decisão unicamente das famílias sem interferência do governo.⁸⁰ Essa posição, de certa forma, legitimava oficialmente as atividades de uma

⁷⁶ SHEA, Gail A.; BURCH, Thomas K.; PEREZ, Gustavo; ORDONEZ, Miriam; van KEMANADE, Joseph; HUTJES, Jan; HELLEGERS, Andre E. “Catholic Parish Priests and Birth Control: A Comparative Study of Opinion in Colombia, the United States, and the Netherlands” *In Studies in Family Planning*, Vol. 2, No. 6 (Jun., 1971), pp. 121-136.

⁷⁷ von GEUSAU, Leo Altling.. ”International Reaction to the Encyclical *Humana Vitae*”. *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 50 (Feb., 1970), pp. 8-12

⁷⁸ De SOUZA, Amaury, McDONOUGH, Peter. “Brazilian Elites and Population Policy.” *op. cit.*

⁷⁹ MEASHAN, Anthony R. “Latin America 1974: An Overview” *In Studies in Family Planning*, Vol. 6, No. 8, Family Planning Programs: World Review 1974 (Aug., 1975), pp. 281-282.

⁸⁰ RODRIUES, Walter. “Brazil” *In Studies in Family Planning*, Vol. 6, No. 8, Family Planning Programs: World Review 1974 (Aug., 1975), pp. 265-267. Vale ressaltar que no mesmo documento o governo brasileiro declarava que a política demográfica do país era de seu domínio soberano, e que não permitiria interferência externa, privada ou oficial.

organização que lutava, desde a década de 1960, para promover o controle de natalidade, mas que sofria fortes críticas, a BEMFAM. Ao mesmo tempo, ia em sintonia com o preceito da *Encíclica Humana Vitae*, de que as autoridades não deveria influenciar nas esferas de foro conjugal dos casais. A posição brasileira em Bucareste representou, assim, uma posição intermediária.

Retornando especificamente aos posicionamentos da Igreja católica, vale ressaltar, como indicado anteriormente, apesar da tradição normativa das decisões gerais do Vaticano, sempre ocorreram divergências sobre o tema da contracepção antes e depois da *Humanae Vitae*, assim como a reação dentro da instituição ao documento foi diversa.⁸¹

1.5.3 – Economistas e demógrafos

Um dos campos de atuação das agências internacionais foi a disseminação de um pensamento afinado com o controle da natalidade entre cientistas sociais, assim como a formação de espaços de reflexão sobre a questão populacional em países onde inexisiam tais espaços ou eram escassos. Uma das iniciativas para esse fim foi o financiamento da criação de centros de pesquisa e reflexão nos campos das ciências sociais, da saúde pública e da demografia. Em relato de 2005, George Martine ressaltou a importância dos organismos internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil. Argumentou que, na “cruzada global” para a contenção da natalidade do mundo, muitos recursos foram destinados para estudos populacionais no Brasil, com destaque para o período de 1965 a 1995. Fruto destes investimentos foi a criação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, a ABEP.⁸²

Contudo, Martine destaca que a “aceitação” de tais recursos vindos do exterior não significou a aceitação incondicional das teses neomalthusianas que circulavam no mundo. Em sua opinião, entidades que financiaram os espaços de pensamento demográfico no Brasil, como a Fundação Ford, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o *Population Council*, permitiram a construção de uma “massa crítica” sobre o tema que pensava sob as próprias características demográficas nacionais. Por fim, Martine expõe importantes espaços criados no contexto para a reflexão demográfica no Brasil, grande parte dos quais com recursos externos:

⁸¹ SOUZA JUNIOR, Aujôr de. *A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção (1960-1980)*. UFSC, Florianópolis, 2006. Dissertação [Mestrado em História Cultural]

⁸² MARTINE, George. “O papel dos organismos internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil: notas preliminares” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. São Paulo, v.22, n.2, p. 262, jul./dez. 2005.

o Centro Latino Americano de Demografia (CELADE), de 1957, sob direção de Carmem Miró; o Centro de Estudos de Dinâmica Populacional no âmbito da Universidade de São Paulo, sob liderança de Elza Berquó e criado com recursos da OPAS; o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), criado em 1969 com recursos da Fundação Ford; o Núcleo de Estudos de População (NEPO), da Universidade Estadual de Campinas, de 1982, com aportes financeiros do Fundo de População das Nações Unidas e da Fundação Ford, etc.⁸³

Mas já em 1944, a Revista Brasileira de Estatística (RBE), vinculada ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística por meio de cientistas sociais como João Lyra Madeira, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Estatística e membro da Comissão Censitária Nacional, emitia posicionamentos sobre a questão populacional. A constituição da RBE, assim como do próprio IBGE, relaciona-se com a necessidade de uma maior centralização das informações geográficas e estatísticas nacionais, dentro da orientação centralizadora do governo de Vargas.⁸⁴ Criado em 1934, subordinado à presidência da República, o IBGE tinha o papel de centralizar as estatísticas nacionais e coordenar as atividades geográficas de modo a promover o maior conhecimento sobre a população e território brasileiros.⁸⁵ Lyra Madeira, apesar de ainda não ressaltar ideias como “explosão demográfica”, destacava o desequilíbrio que o mundo passava em termos de fecundidade e mortalidade e instava aos governos que não reprimissem o uso de métodos anticoncepcionais, frutos do progresso do conhecimento humano, segundo ele.⁸⁶

Mas tarde, em 1957, Castro Barreto, membro da Sociedade Brasileira de Estatística, alertaria em um artigo intitulado “A Superpopulação da Terra e suas perspectivas”, para as tendências demográficas da América Latina que “aliava uma elevada fertilidade e um notável declínio de letalidade à contínua recepção de imigrantes de todo o mundo”⁸⁷ Ressaltava que o Brasil, embora estivesse distante das realidades populacionais da Ásia, principalmente pela sua baixa densidade demográfica, por outro lado possuía todas as condições socioeconômicas

⁸³ *Ibidem*

⁸⁴ MENDONÇA, Sonia Regina. “Da República Velha ao Estado Novo” In LINHARES, Maria Yedda (org.) *História Geral do Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. Pp.302-326.

⁸⁵ Introdução do primeiro volume da *Revista Brasileira de Estatística*, 1940, v1, n1, p.1.

⁸⁶ MADEIRA, João Lyra. “Alguns problemas demográficos atuais” In *Revista Brasileira de Estatística*. 1944, v.5, n.19.

⁸⁷ BARRETO, Castro. “A superpopulação da Terra e suas perspectivas” In *Revista Brasileira de Estatística*. 1957, v18, n. 69-70, p.20.

desfavoráveis daquelas regiões. Por fim, parabenizava os esforços de homens como Julian Huxley e Robert Cook na demanda pelo equilíbrio entre oferta de alimentos e população:

O fato é que enquanto os homens de ciência, como J. Huxley , Robert Cook e tantos outros, mostram as terríveis conseqüências que advirão desse inconsiderado crescimento da população mundial, pedindo equilíbrio entre as populações e as possibilidades de seus territórios, a capacidade de alimentar, vestir e abrigar a sua gente, muitos povos dos mais sofrentes continuam a aumentar, uns por imprevidência outros conscientemente, o seu número e as suas dificuldades e sofrimentos. Observa-se entretanto que várias nações estão adquirindo a consciência da gravidade da situação.⁸⁸

Mostrava em seguida a importância dos estudos da FAO e afirmava que o Brasil e a América Latina sofriam de um forte problema de miséria e subnutrição agravados pela crise econômica, financeira e pela escassez de transportes. Por fim, parabenizava os esforços do sistema da ONU:

A obra gloriosa das Nações Unidas, esclarecendo através de estudos e pesquisas, fornecendo dados para conhecimento da situação mundial, se não logrou ainda todos os seus objetivos, representa um roteiro para a solução dos problemas fundamentais da humanidade, entre os quais se avulta sobre todos demais, o da superpopulação e o da fome: ‘A liberdade desejada por todos os povos é um dos sublimes ideais da Carta das Nações Unidas. Atualmente 10 anos depois do nascimento dessa Organização, metade da espécie humana encontra-se passando fome, vivendo em condições miseráveis e sob a ameaça muitos milhões mais, principalmente devido ao rápido crescimento’^{89 90}

Alguns anos mais tarde, em 1965, Lyra Madeira chamaria a atenção para a explosão demográfica no mundo de uma forma mais clara, ressaltando que o rápido crescimento constituiria:

Um sério ônus para a população, não importa que o país seja despovoado: o ônus resulta do simples fato de que o crescimento rápido exige inversões maciças que não contribuem para melhorar o padrão de vida, mas apenas se destinam a assegurar o crescimento da população dentro do padrão atual, não permitindo a formação de novo capital humano em condições de boa produtividade e eficiência.⁹¹

⁸⁸ *Ibidem.* p.22.

⁸⁹ COOK, Robert. “Born to live – but how long?” In *Population Bulletin*, XI:6, 1955 apud BARRETO, Castro, op.cit. p.25.

⁹⁰ BARRETO, Castro, op. cit. p.25

⁹¹ MADEIRA, João Lyra. “Explosão Demográfica Mundial” In *Revista Brasileira de Estatística*. 1965, v.26, n.103-104, 1965. pp.93-102. p. 101

Por fim, no campo do pensamento econômico brasileiro, o debate também se localizava além de divisões entre natalistas e antinatalistas e a defesa de teses em favor do controle de natalidade possuía e especificidade em relação às teorias chegadas a partir da década de 1960. Thomas Merrick, em estudo sobre o panorama político acerca do planejamento populacional no Brasil, ressaltava que apesar da aparente visão monolítica da posição oficial brasileira acerca da questão populacional que as conferências internacionais poderiam sugerir, havia uma variação considerável de visões no nível dos tecnocratas que dirigiam a economia. Mario Henrique Simonsen e Roberto Campos, por exemplo, assumiam uma postura favorável ao controle populacional. Campos argumentava, ao lançar em 1966 um estudo sobre demografia enquanto estava responsável pela pasta do Planejamento durante o governo Castelo Branco, que as altas taxas de crescimento demográfico do Brasil seriam um impedimento para o crescimento econômico, enquanto Simonsen alertava para os efeitos sobre a distribuição de renda. Por outro lado, na esfera da *intelligentsia* brasileira, Paul Singer, ao contrário dos que argumentavam sobre os malefícios que o crescimento populacional acarretaria para as economias, tal como exposto no início deste texto, defendia que no caso brasileiro o aumento populacional desde os anos 1930 teve o papel de pressionar para que ocorresse a redistribuição da população ao longo do território no período 1940-1970.⁹²

1.6 – A ideologia contraceptiva no Brasil e o campo da ginecologia e obstetrícia

O campo da ginecologia e obstetrícia no Brasil foi um dos espaços profissionais de maior aceitação das teses sobre superpopulação e controle da natalidade no Brasil.⁹³ Ademais, as entidades privadas locais e os espaços de pesquisa na área se tornaram espaços que receberam grande parte dos aportes financeiros das diversas entidades internacionais que atuaram no país. Abaixo estão algumas das principais entidades e personalidades que atuaram nesse campo. Todos eles estavam vinculados como lideranças de entidades locais ou centros de pesquisa que recebiam fundos de entidades como USAID ou o Population Council.

O desenvolvimento dos campos da ginecologia e da obstetrícia no Brasil remonta ao final do século XIX, quando da formação das primeiras cadeiras da área de Clínica Obstétrica e Ginecológica. Assim como ocorria na Europa, a consolidação dessas áreas como

⁹² MERRICK, Thomas W. “Population, Development, and Planning in Brazil”. In *Population & Development Review*; 1976. p.181-199

⁹³ O campo da ginecologia e da obstetrícia no Brasil será analisado no capítulo 3.

especialidades médicas se ligavam a processos de normatização do corpo feminino e construção de um papel social para a mulher, vinculando-as com ideias de família, maternidade, ressaltando este papel para o futuro da nação. No Estado Novo construiu-se um modelo de família ideal, em que à mulher destinava-se um papel de cuidado do lar, que não trabalhasse e deveria cuidar da prole. Nesse contexto os ginecologistas e obstetras tiveram forte atuação na legitimação de um papel social da mulher, reforçando o seu papel de mãe, ressaltando a sua importância para a reprodução da pátria e colocando-se no mais das vezes contra as ideias de contraceção.⁹⁴

As ideias de superpopulação que passavam a circular no mundo, a partir dos anos 1940, tinham condições de conferir um novo papel para esses profissionais. Especialistas do corpo feminino e dos nascimentos, seriam eles os mais aptos a atuar sobre na sua regulação. Em 1960 foi publicado no editorial da revista *Anais Brasileiros de Ginecologia* um artigo de Antônio Vespasiano Ramos, intitulado “Controle da População, a Fertilidade e a Fome” em que alertava para o papel dos médicos ginecologistas, através de seus estudos sobre esterilidade e a busca por formas de combatê-la, para o fomento da natalidade no mundo, mesmo em países onde a fome imperava. Chamava a atenção para os bons resultados obtidos em testes com pílulas anticoncepcionais e com arsenal de métodos contraceptivos que se tornavam disponíveis. Por fim, instava que o governo atuasse de forma indireta para a causa, através da não promoção de campanhas de aumento da população e não concessão de benefícios a famílias grandes, como o salário família, instituído pelo governo Vargas durante o Estado Novo. Em suas palavras:

Sé é verdadeiro que, para alguns casais, a falta de filhos constitui uma infelicidade e causa de muitos aborrecimentos e devemos resolver-lhes o problema de modo satisfatório, não é menos verdadeiro que o problema da fome, em muitos países subdesenvolvidos, é paralelo ao crescimento desproporcional da população. A fome já tem assolado países como a Índia, a China, a Rússia, etc., de modo agudo. Aqui no Brasil a fome é crônica e todos nós temos consciência disto. O assunto tem interessado muitos países cuja população cresce e já tem sido motivo de estudos e pesquisas por parte da Unesco. Agora ele é ventilado até em certas revistas leigas [...] como a ‘LIFE’, por exemplo, cujo número 29 de fevereiro deste ano, traz um bom artigo, que expõe de modo atraente tão importante problema. O artigo me fez considerar mais uma vez se não temos sido um pouco exagerados em querer fomentar a natalidade no mundo, promovendo congressos de esterilidade (...) até em países satisfeitos com seu índice de natalidade onde há, reconhecidamente, fome.⁹⁵

⁹⁴ MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

⁹⁵ RAMOS, Antonio Vespasiano. “Controle da População, a Fertilidade e a Fome” *In Anais Brasileiros de Ginecologia*. Rio de Janeiro, 1960.

Em seguida, argumentava não haver sentido na realização de congressos de combate à esterilidade em países como a China, Rússia, Japão e Índia, assim como em continentes como a Oceania e a América do Sul. Ramos também citou o biólogo Julian Huxley, primeiro diretor da UNESCO, e os progressos da Fundação Rockefeller na produção de anticoncepcionais:

Julian Huxley aborda o problema da seguinte forma: ‘Everything points to one conclusion. While every effort must be made to increase food production to facilitate distribution to conserve all conservable resources and to shame ‘have’ nations into a fairer sharing of the good things for the world with the ‘have nots’ this alone cannot prevent disaster. Birth control is also necessary on a world and as soon as possible’/ Warren Wilson e Sheldon Segal, da Rockefeller, estão investindo em um composto chamado MER 25 que, tomado sob a forma de pílulas, na dose de 1 pílula um ou dois dias depois do coito, atua na trompa e impede que o ovo alcance a cavidade uterina’⁹⁶

Vespasiano Ramos clamava por uma missão, internacional, de que os ginecologistas contribuíssem para a contenção da natalidade em um mundo que estava passando pela fome. A partir da década de 1960, verificamos em revistas especializadas em Ginecologia e Obstetrícia a difusão de temas, artigos e conferências ligados à explosão demográfica, ao controle da natalidade, à contracepção e ao planejamento familiar. Essa convocatória clamava pela reorientação de atividades dos ginecologistas e obstetras, até aquele momento, voltados para problemas de esterilidade, as diversas variedades de aborto e as formas para garantir o nascimento, guiados por um sentimento de responsáveis pelo futuro da nação.⁹⁷ Como nos mostra Fabíola Rohden (2003), ao longo da primeira metade do século XX questões de reprodução progressivamente se tornam questões de Estado no Brasil, em especial durante o governo de Vargas. Controle de natalidade e aborto passaram a ser vistos como problemas que ultrapassam a esfera privada, vinculando-se com interesses nacionais e sendo encarados como práticas que colocavam em risco o futuro da pátria, ameaçando o seu crescimento.⁹⁸ Os ginecologistas e obstetras tiveram papel fundamental nesse processo, envolvendo-se ativamente nos debates acerca dessas questões e, amparando-se no seu conhecimento científico sobre a reprodução humana, colocavam-se como os mais capazes de delimitar o que era permitido ou não em relação ao aborto e à contracepção.⁹⁹

⁹⁶ *Ibidem*

⁹⁷ ROHDEN, Fabíola. *A Arte de Enganar a Natureza: op. cit.* p.33

⁹⁸ *Ibidem*, p.29

⁹⁹ *Ibidem*

Para muitos ginecologistas e obstetras, o planejamento familiar era considerado um elemento essencial para o desenvolvimento nacional. Essa relação foi analisada em 1966, na XVIII Reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em Blumenau, pela médica Hilda Maip. Argumentando que desde os anos de 1950 até aquele momento o crescimento populacional no Brasil promovera um “desajustamento socioeconômico crescente”, argumentava que

Com o controle das doenças transmissíveis através de programas das Agências Mundiais de Saúde e da Fundação Rockefeller em estreita vinculação com o governo do Brasil conseguiu-se reduzir apreciavelmente a taxa de mortalidade. A manutenção elevada taxa de fertilidade teve como resultado um rápido crescimento da população ¹⁰⁰

Em seguida ressaltava que

As nações economicamente desenvolvidas caracterizam-se pela simultânea redução das taxas de mortalidade e natalidade. Como resultado, apresentam diminuição na proporção de jovens e melhoria na eficiência do trabalho, pela aplicação da nova tecnologia. Como o trabalhador médio tinha menos dependentes, foi possível conseguir maiores investimentos sem sacrificar os níveis de consumo. Entre nós, a elevada proporção de dependentes dificulta a formação dos capitais necessários ao desenvolvimento sócio-econômico. Com a assistência técnica e financeira das Nações Unidas, através de seus órgãos especializados como a FAO, Banco Internacional do Desenvolvimento, UNESCO e do Representante Residente do Programa do Desenvolvimento das Nações Unidas no Brasil coordena as atividades assistenciais multilaterais, proporcionando ao nosso país especialistas internacionais, bolsas para aperfeiçoamento de brasileiros, equipamentos especializados. Para obter uma participação efetiva na mudança de estrutura sócio-econômica de nossa Pátria, é imprescindível o esclarecimento de uma elite mentalmente desenvolvida sobre a necessidade de haver um planejamento no tamanho das famílias de poucos recursos. 101

A fala de MAIP deixa transparecer a presença, cada vez mais marcante, de entidades e fundos internacionais assim como os argumentos típicos que legitimavam a percepção de que o mundo subdesenvolvido, como o Brasil, passava por um excesso populacional. A sua argumentação residia, como visto acima, na teoria da transição demográfica. A convocatória para o decréscimo da natalidade no Brasil será aceita por uma série de médicos ginecologistas e obstetras em diversos estados, com destaque para o Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo que,

¹⁰⁰ MAIP, Hilda. “O Planejamento da Família em Face do desenvolvimento no Brasil”. XVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Blumenau, 10 a 16 de julho de 1966. *In Anais Brasileiros de Gynecologia*, volume 62, 1966, n5, pp.276-277.

¹⁰¹ *Ibidem*.

por meio de suas inserções institucionais e recursos externos, puderam empreender a missão de promover o planejamento familiar no Brasil.

Os médicos e instituições abaixo elencadas não esgotam o tema e os protagonistas deste movimento médico no Brasil, mas demonstram de forma efetiva como se articulavam interesses internacionais e atores locais no campo do controle da natalidade e da promoção da contracepção.

1.6.1 – A Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)

Em 1967, ano da vinculação da BEMFAM com a IPPF, Octávio Rodrigues Lima, então Catedrático da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro e primeiro presidente da entidade, escreveu um artigo para a revista *Ginecologia e Obstetrícia* tratando do tema do “Obstetra diante do problema do planejamento familiar”. Argumentava ele que na “história do movimento, hoje universal, do controle da natalidade” o problema deixava de ser “de simples natureza íntima de um casal para alcançar o âmbito de interesse que atinge os povos e os governos”.¹⁰² A argumentação de Rodrigues Lima, que mesclava lutas por direitos femininos de Margaret Sanger, problemas da superpopulação mundial trazidos à tona pela IPPF e a preocupação com o aborto provocado debatido nas XV Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia de 1965, sob sua presidência, culminava na criação da Sociedade Brasileira de Bem-Estar Familiar no Brasil. Rodrigues Lima se referia, no artigo citado, à missão do médico obstetra. Em sua visão, não se tratava, como era veiculado na imprensa, em saber se deveria-se ou não prescrever pílulas. Em suas palavras, tratava-se de

algo mais importante, embora à primeira vista possa parecer não ser o elemento principal. Trata[va]-se de mudar uma atitude psicológica em face de um angustiante problema da humanidade de hoje, que poderá, amanhã, vir a ser catastrófico.¹⁰³

A Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) foi criada em 1965 e, em 1967, filiou-se à IPPF. A idealização da BEMFAM, segundo Sobrinho, surgiu do contato entre Ofélia Mendonça, representante de Honduras junto à ONU e membro da diretoria da IPPF, com Octávio Rodrigues Lima, catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina

¹⁰² LIMA, Octávio Rodrigues “O obstetra diante do problema do planejamento familiar” In *Ginecologia e Obstetrícia*, abril, 1967. p.37

¹⁰³ *Ibidem*, p.40

no Rio de Janeiro. A partir de então, as atenções desse médico se voltaram para o planejamento familiar e, após a publicação de um trabalho denunciando os altos níveis de aborto no Brasil, teria conseguido despertar entre os meios médicos, em especial da área de ginecologia e obstetrícia, a atenção para o problema. Em novembro de 1965 a associação foi criada e o médico Otávio Rodrigues Lima foi seu primeiro presidente. Um dado que merece destaque na análise de Sobrinho é que a BEMFAM, tendo surgido a partir de denúncias contra o “aborto criminoso”, foi responsável pela construção no Brasil de uma ideologia do planejamento familiar, sendo mais importante do que sua participação na distribuição de contraceptivos orais e DIUs. Outro dado ressaltado por Sobrinho foi a resistência de setores da população contra as atividades da BEMFAM, mesmo entre os meios médicos, que teriam ganhado maior impulso a partir de denúncias de esterilização em massa de mulheres na Amazônia por iniciativa de grupos protestantes estadunidenses e brasileiros, fato que levou, em 1967, à criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito.¹⁰⁴

A BEMFAM foi fundada em razão da preocupação de ginecologistas com a alta incidência do aborto provocado. A resposta para esse problema seria a implementação do planejamento familiar através da distribuição de anticoncepcionais cientificamente comprovados.¹⁰⁵ Nasceu a partir da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, em novembro de 1965, mas Délcio Sobrinho mostra que, apesar da entidade reiteradas vezes afirmar que o que norteou a sua criação foi o problema do aborto, a questão populacional estava colocada nas discussões que levaram ao seu surgimento.¹⁰⁶ Mas a versão apresentada pela BEMFAM tem sua validade ao analisarmos os boletins da entidade, percebemos que este tema mantinha-se em evidência, assim como se divulgava dados sobre a sua incidência no Brasil.¹⁰⁷

A BEMFAM, em seu início, contou com o nome de Octávio Rodrigues Lima à sua frente como primeiro presidente. Octávio Rodrigues Lima era filho de um dos fundadores da Maternidade do Rio de Janeiro, hoje Maternidade-Escola da UFRJ.¹⁰⁸ Assim que foi criada, a Sociedade Civil Bem Estar Familiar (BEMFAM) possuiu a seguinte composição: Octavio Rodrigues Lima, como presidente, Walter Rodrigues, secretário executivo, Glycon de Paiva,

¹⁰⁴ FONSECA SOBRINHO, Delcio da. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. op.cit.* pp.102,105,106

¹⁰⁵ RODRIGUES, Walter. *Crescimento populacional e planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1983.

¹⁰⁶ FONSECA SOBRINHO, Delcio da. *Estado e população. op. cit. p.104*

¹⁰⁷ BEMFAM. *Boletim Informativo*. Rio de Janeiro: A Sociedade. Junho, v 6, 1972

¹⁰⁸ “Maternidade-Escola: 106 anos ajudando a nascer.”

<http://www.bibliotecas.ufrj.br/maternidade/historico.htm> Acesso em 25/09/2014

tesoureiro.¹⁰⁹ Em cartilha publicada diversas vezes ao longo da década de 1970 e início da década de 1980, o Planejamento Familiar seria caracterizado pelos seguintes postulados: *reprodução responsável*, a atitude consciente coletiva, que se encontrava nos países desenvolvidos e que dava origem a famílias pequenas; *paternidade responsável*, atitude consciente do casal em ter apenas o número de filhos que pudessem ser criados e educado com dignidade; planejamento familiar, a utilização consciente do planejamento do número de filhos e o espaçamento entre as gestações; Controle de natalidade, medidas de emergência, incluindo o estabelecimento de medidas restritivas, caso o planejamento familiar não fosse aplicado ou fracassasse, como no caso da Índia e da China; Política populacional, políticas de governo ou de Estado visando a programação da quantidade de pessoas dentro do país.¹¹⁰

Segundo Souza (2002), a BEMFAM foi a instituição brasileira que recebeu o maior aporte de recursos da Fundação Ford. O financiamento das atividades da BEMFAM pela Fundação Ford, diretamente ou por meio de instituições parceiras, como a IPPF, ocorreram desde seu início. Sua sede inicial foi a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que coordenava cerca de 30 unidades regionais da entidade. No ápice das atividades da BEMFAM, o número de clínicas espalhadas pelo Brasil chegou a 86, com destaque para áreas rurais, que realizavam distribuição de métodos contraceptivos. Entre as atividades da BEMFAM, destacam-se pesquisas experimentais sobre efeitos colaterais, estudos sobre o comércio de contraceptivos, treinamento, informação e educação em planejamento familiar e estudos sobre a aplicação do DIU.¹¹¹

Em agosto de 1975, o médico Walter Rodrigues, secretário executivo da BEMFAM (denominada no artigo como *Brazilian Society for Family Welfare*) traçou o panorama sobre os desenvolvimentos recentes do país no campo da população. Destacava a ênfase dada à questão no 2º Plano Nacional de Desenvolvimento em 1974 pelo novo presidente, General Ernesto Geisel, e reafirmava o otimismo na posição brasileira em Bucareste.¹¹²

De fato, em relatório de da IPPF de 1979, a entidade demonstrava otimismo nas suas ações no nordeste do Brasil e afirmava que a estratégia de ação da BEMFAM era a de

¹⁰⁹ COSTA, Ney Francisco Pinto (Org.); PIRES, Ana Glória (Colab.). *BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005

¹¹⁰ RODRIGUES, Walter. *O que é planejamento familiar*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1980.

¹¹¹ SOUZA, Cecília de Mello e. “Dos estudos populacionais à saúde reprodutiva” In BROOKE, Nigel; WYTOSHYNSKY, Mary (orgs). *Os 40 anos da Fundação Ford no Brasil: uma parceria de mudança social*. São Paulo/ Rio de Janeiro: EdUSP/ Fundação Ford. 2002.

¹¹² RODRIGUES, Walter. “Brazil” *op.cit.*

persuadir a população em geral e suas elites em particular sobre a importância do problema populacional e seu impacto sobre a saúde das comunidades e no desenvolvimento econômico e social da nação; e convencer a as pessoas do valor do planejamento familiar como contribuição para a solução desses problemas assim como a promoção da paternidade responsável.¹¹³

Destacava também ser a BEMFAM a maior distribuidora de contraceptivos do Brasil, assim como a importância da entidade para o estabelecimento de serviços de planejamento familiar em diversas universidades. Entre as suas linhas de atuação, destacava como feito até aquele momento a formação e conscientização de líderes nacionais como médicos, senadores e deputados, altos oficiais militares e altas autoridades civis, jornalistas, líderes religiosos, professores universitários e cientistas sociais; formação em planejamento familiar de profissionais de saúde, por meio da organização de 139 palestras, seminários, encontros estudantis e universitários. O relatório ainda ressaltou uma palestra proferida por Walter Rodrigues na Escola Superior de Guerra (ESG).¹¹⁴

O relatório descrevia as estratégias de ação da BEMFAM: inicialmente criava clínicas próprias e incentivava a passagem da responsabilidade para as autoridades locais. Em um primeiro momento, buscava lidar com as autoridades estaduais mas, caso não obtivessem sucesso, se articulavam com municípios.¹¹⁵

Um dos principais estados em que a BEMFAM atuou foi o Rio Grande do Norte. Em um estudo de 1976 que consistia na análise do programa executado pela BEMFAM, sob patrocínio do governo do Rio Grande do Norte, de distribuição de contraceptivos orais. O artigo destacou o papel dessa organização, desde 1965, na organização de clínicas na promoção do planejamento familiar através da contracepção assim como a sua participação ativa na busca por influenciar líderes no país, através da organização de congressos e seminários. O relato também destaca as condições tomadas como preocupantes do nordeste brasileiro: trinta milhões de pessoas alto nível de pobreza, marginalidade e precárias condições sanitárias e alto nível de mortalidade infantil. A tudo isso somavam-se os altos números de nascimentos (52 por 1000 a cada ano).¹¹⁶

¹¹³ INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *Family Planning policies programmes: Brazil profile*. 1979. Obtido em USAID www.usaid.gov Acesso em 15/09/2013

¹¹⁴ *Ibidem*

¹¹⁵ *Ibidem*

¹¹⁶ DAVIES, Peter J. e RODRIGUES, Walter. "Community-based Distribution of Oral Contraceptives in Rio Grande do Norte, Northeastern Brazil." In *Studies in Family Planning*, Vol. 7, No. 7 (Jul., 1976), pp. 202-207

Retornando ao relatório da BEMFAM, as ações no Rio Grande do Norte foram consideradas um sucesso, diante da boa recepção do governo locais e dos prefeitos, consenso criado por meio de palestras, seminários, apesar de algumas oposições de lideranças religiosas. Nos estados do nordeste, foram criados cerca de 1000 postos de distribuição de contraceptivos orais e, como já citado anteriormente, 86 clínicas. De fato, a ação da BEMFAM, denominada de *Community Based Distribution Posts* (CBD) no nordeste brasileiro foi encarada por especialistas da IPPF como exemplar para a replicação em áreas má servidas de serviços básicos de saúde e de poucos recursos e pouca infra-estrutura. Em 1978, já haviam treinado por volta de 1708 profissionais na área de planejamento familiar, entre “distribuidores” de contraceptivos orais, médicos, educadores e outros.¹¹⁷

Os postos de distribuição de contraceptivos (CBDs) funcionavam da seguinte forma: mesas instaladas nas prefeituras, em centros de saúde ou em centros sociais das comunidades. Funcionavam próximos a serviços de saúde que pudessem avaliar as condições de saúde das mulheres, mas que não eram de responsabilidade da BEMFAM. Eram dados gratuitamente uma cartela (1 ciclo) para os novos usuários e três cartelas para os usuários antigos. O funcionário local que cuidava do CBD, apesar de treinado pela BEMFAM em informações básicas de saúde, era local e não era pago pela entidade. O relatório afirmou que a BEMFAM possuía uma folha de pagamento de cerca de 1000 pessoas e buscou conscientemente, em seu empreendimento para a promoção do planejamento familiar no Brasil, distanciar-se de argumentos sobre explosão demográfica e mobilizar mais questões nas áreas de direitos femininos.¹¹⁸

Por fim, vale ressaltar as fontes de financiamento da BEMFAM. Até 1978, os recursos advieram principalmente da USAID, via IPPF. Como a principal compradora de contraceptivos orais do país, necessitava de adquiri-los localmente, diante dos impedimentos oficiais de importação que, argumentavam, estavam sendo flexibilizados. Outras fontes de recursos da BEMFAM foram a Fundação Ford, o Pathfinder Fund, a Universidade de Colúmbia. Recursos internos eram escassos e quase nulos.¹¹⁹ Em 1981, a BEMFAM contou com 1681 postos de distribuição de contraceptivos espalhados pelo Brasil com mais de um milhão de mulheres atendidas.¹²⁰

¹¹⁷ INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *Family Planning policies na programmes: Brazil profile*. 1979 *op. cit.* p. 18

¹¹⁸ *Ibidem*

¹¹⁹ *Ibidem*

¹²⁰ USAID. *Development of Operations Research Proposals for Two Brazilian Family Planning Organizations: BEMFAM and CPAIMC*. 1982. Obtido em USAID www.usaid.gov Acesso em 15/09/2013

Entre as figuras chaves da BEMFAM, em relatório da USAID de 1982, figuravam os nomes de Walter Rodrigues, diretor geral, Carmem Gomes, Diretora de Assessoria e Planejamento, Marcio Thome, diretor de Avaliação, Florida Rodriguez, socióloga, Paulo Roberto e Mariana de Marinda Puccini, assistentes técnicos de planejamento, Marcio Schiavo, chefe de Informação, Comunicação e Educação.¹²¹

1.6.2 – Elsimar Coutinho e suas pesquisas sobre contracepção

Elsimar Coutinho foi um dos grandes difusores do controle da natalidade no Brasil, assim como um dos principais médicos que executavam experimentos na área. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, tinha na Maternidade Clinério de Oliveira seu campo principal de atuação. Entre suas pesquisas, merece destaque as relativas aos testes, no Brasil, de contraceptivos subdérmicos. De 1970 até início da década de 1990, publicou diversos artigos em periódicos internacionais relativos a experimentos de contracepção no país sob os auspícios do *Population Council*. Participava como pesquisador brasileiro de uma rede que englobava diversos países, frequentemente lideradas por Irvin Sivin, do Centro de Pesquisas Biomédicas do *Population Council*, que englobava universidades americanas e estrangeiras e clínicas vinculadas à IPPF na América Latina.

Nascido em 1930, formou-se em medicina em 1956 e, em 1958, ingressou na Universidade Federal da Bahia, de onde, em 1970, tornou-se professor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Elsimar Coutinho teve uma relação duradoura com a Fundação Rockefeller. Em 1959, já havia obtido financiamento para estudar nos EUA na área de fisiologia da reprodução. Se tornou Diretor do Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva da UFBA em 1971, vinculado à Organização Mundial da Saúde.¹²²

Em sua biografia, Coutinho informa ter sido precursor ou ter tido papel ativo, entre outros medicamentos, do primeiro anticoncepcional injetável de efeito prolongado, o Depo Provera; da primeira pílula com Norgestrel; de implantes subcutâneos de efeito prolongado; DIUs e a pílula vaginal Lovelle.¹²³ Vale lembrar que muitos destes medicamentos, com destaque para o Depo Provera, os DIUs e implantes subcutâneos tem suas pesquisas

¹²¹ *Ibidem*

¹²² Currículo de Elsimar Coutinho.

<http://www.elsimarcoutinho.com/> Acesso em 20/09/2014

¹²³ *Ibidem*

experimentais envoltas em acusações sobre o não consentimento de pacientes na sua aplicação e a seleção de populações pobres, de periferias dos Estados Unidos e de países subdesenvolvidos para os testes.¹²⁴

Diretor da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, foi objeto de investigação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 1992 sob suspeita de atividades de esterilização de mulheres pobres na Bahia.

1.7 – Conclusão:

Tanto Elsimar Coutinho quanto aqueles que estiveram à frente da BEMFAM, Walter Rodrigues, Otávio Rodrigues Lima, são representantes da corrente controlista, consolidada na bibliografia sobre o tema da questão populacional no Brasil. Assim como as entidades privadas que estiveram sob suas lideranças, eles estavam em plena sintonia com as orientações políticas e programáticas definidas internacionalmente que emergiram principalmente da Conferência de Williamsburg de 1952. Ampla captação de recursos internacionais, construção de consensos sobre o crescimento acelerado no mundo e sobre a necessidade de se expandir o controle da natalidade, cooptação de elites políticas e intelectuais, convocação de pesquisadores locais para o apoio os estudos sociais e de medicina sobre o uso de métodos contraceptivos ideais, etc, todas essas iniciativas foram apresentadas na referida conferência, foco de ação dos referidos pesquisadores e médicos acima citados. Por outro lado, ao observarmos especificamente cada um destes representantes da ‘ideologia contraceptiva’, verificamos grandes diferenças em seu interior.

A ideologia contraceptiva ganhará mais espaço no Brasil ao longo dos anos 1970, tendo seu ápice nos finais desta década e ao longo da década de 1980. Neste período, uma importante instituição será criada no Rio de Janeiro que, assim como a BEMFAM, deteve papel estratégico na difusão do pensamento contraceptivo e na execução de ações na área de planejamento familiar. Trata-se do Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança, sob a

¹²⁴ Segundo o Comitê sobre Mulheres, População e Meio Ambiente da Universidade de Adelphy, Nova Iorque, nas décadas de 1970 e 1980 o Depo Provera foi testado em mulheres negras e indígenas nos Estados Unidos, sem o consentimento da Federal Drug Administration (FDA), que só aprovou o medicamento em 1992, apesar de diversos efeitos colaterais noticiados, como câncer de mama, câncer cervical, osteoporose, sangramento, etc. Cf *Depo Provera Fact Sheet*. <http://www.cwpe.org/node/185> . Acesso em 20/09/2014.

liderança de Hélio Aguinaga, médico ginecologista e obstetra da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ligado, especificamente, ao Hospital Escola São Francisco de Assis.

O capítulo a seguir terá como foco como o processo de criação, funcionamento e o ocaso do CPAIMC. Trata-se de demonstrar, mediante um estudo de caso, a adoção de uma política de controle de natalidade e vislumbrarmos uma forma específica como o que definimos como ideologia contraceptiva se organizou. Durante mais ou menos 20 anos, o CPAIMC será responsável pela expansão do acesso a formas diversas de contracepção em áreas pobres da cidade do Rio de Janeiro, seu lócus de atuação.

Capítulo 2

Estrutura e Funcionamento do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança, CPAIMC, 1975-1994.

2.1 – Introdução

No capítulo 1, analisei a atuação de médicos e entidades privadas que empreenderam, no Brasil, esforços na promoção do controle da natalidade. Elsimar Coutinho, Walter Rodrigues e Octavio Rodrigues Lima, tiveram amplo financiamento externo, desenvolveram pesquisas e contribuíram para disseminar a ideia de que o país tinha um excesso populacional e que necessitava implementar o controle da natalidade. Este entendimento estava presente também na agenda da BEMFAM que, como vimos, promoveu seminários, palestras, visando a construção de um consenso entre médicos e elites, além do treinamento de estudantes e médicos, etc.

Neste capítulo realizarei um estudo de caso tendo como foco o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança. Criado em 1975 no Rio de Janeiro, nas dependências do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o CPAIMC é exemplar de como uma instituição na área de medicina materno-infantil se estabeleceu e subsistiu com financiamento de entidades internacionais voltadas para a promoção do controle da natalidade no mundo subdesenvolvido. No final da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, estabeleceu uma série de postos de atendimento primário em áreas pobres do Rio de Janeiro. Analisarei de onde vinham os recursos que deram

sustentação financeira ao CPAIMC, as práticas de saúde que eram oferecidas nos postos e dentro do HESFA, com destaque para as esterilizações cirúrgicas voluntárias (ECVs) e quais os grupos sociais atendidos pelo CPAIMC. Tratarei da criação da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, organicamente ligada ao CPAIMC. Por fim, abordarei o ocaso do CPAIMC, buscando compreender os motivos de sua crise que levou ao seu fechamento em 1994. Para o entendimento do CPAIMC, é fundamental conhecer a trajetória do médico Hélio Aguinaga.¹²⁵

Em um primeiro momento, apresentaremos o quadro da ditadura civil-militar que se instalou no Brasil em 1964, dando destaque para a organização da saúde e da previdência no período. Em seguida, trataremos dos primórdios do CPAIMC, destacando o processo de constituição da entidade junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro e sua posterior independência. No processo de organização do CPAIMC, articulações pessoais de Hélio Aguinaga foram essenciais para a obtenção dos primeiros fundos internacionais, dado que será destaque neste capítulo. Uma segunda parte enfatizará as atividades do CPAIMC propriamente dita, sua estrutura e funcionamento cotidiano, organizações financiadoras, principais áreas de atuação, etc.

A terceira parte do capítulo terá como foco a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, a ABEPF. A justificativa é ter sido a ABEPF criada diretamente pelo CPAIMC e funcionava diretamente sob os auspícios da primeira. Por fim, trataremos do ocaso do CPAIMC no final da década de 1980 e início da década de 1990, tendo seu fechamento definitivo em 1994.

2.2 – A saúde pública e assistência médica durante a ditadura militar de 1964-1985

O regime de 1964 depôs o presidente João Goulart e iniciou um período de ditadura que durou 21 anos. Reprimiu os movimentos sindicais, cassou direitos de políticos, cerceou liberdades e promoveu prisões políticas. Efetivou-se, nesse momento, um projeto de repressão

¹²⁵ No terceiro capítulo, tomo como foco o pensamento e a vida de Helio Aguinaga, fundador do CPAIMC. A análise de sua trajetória e de sua vida nos revela o caráter contraditório das ações do CPAIMC, respaldada por ideias e conceitos de ponta dos debates sobre saúde, como Integralidade e Atenção Primária em Saúde. Contudo, argumento que o caráter contraditório se expressa exatamente na forma como tais postulados foram efetivamente executados no cotidiano das atividades do CPAIMC.

de setores mais à esquerda na sociedade que, naquele momento, com apoio da classe trabalhadora, estavam no poder através do Partido Trabalhista Brasileiro, o PTB.¹²⁶

Em 1966, logo no início do regime militar, em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que dividiam as contribuições e redes de atendimento ambulatoria entre as diversas categorias de trabalho reconhecidas pelo Estado – comerciários, industriários, etc. –, foram unificados em torno do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a centralizar as contribuições, serviços de saúde e atendimento médico.¹²⁷

Segundo Escorel, Fonseca e Edler (2005), apesar da expansão do atendimento médico na década de 1970, assistiu-se a partir do início do regime militar, uma forte centralização por parte do Estado e uma tendência à mercantilização de serviços de saúde.¹²⁸ A principal instituição deste sistema de saúde que se organizava foi o Ministério da Previdência e Assistência Social que, em 1974, consistia no segundo maior orçamento entre os ministérios. E no comando da instituição, segundo Escorel, estavam uma elite técnica e burocrática de funcionários públicos, de um lado, e representantes de interesses empresariais, de outro.¹²⁹

O INPS passou a contratar serviços médicos de empresas privadas, pagos em Unidades de Serviço. Financiou-se a construção e reforma de redes e hospitais privados de saúde, ao mesmo tempo em que eram criadas faculdades de medicina no país.¹³⁰

Em meados da década de 1970 e início da década de 1980, o Brasil assistiu ao progressivo desgaste do regime militar e a reivindicações por um Estado de Direito. Dentro do Estado, organizava-se a pressão pela abertura, com o fortalecimento da oposição em torno do partido MDB que, em 1974, alcançou vantajosa vitória eleitoral, num contexto de crise econômica. Algumas medidas governamentais são expressivas do período, como a implementação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para os anos de 1975 a 1979 e a organização do *projeto Geisel-Golbery* de abertura lenta, gradual e segura.¹³¹ O II PND

¹²⁶FERREIRA, Jorge. “O Governo Goulart e o golpe civil-militar de 1964.” In *O Brasil Republicano*. 400-401

¹²⁷ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. “As Origens da Reforma Sanitária e o SUS.” In LIMA, Nísia Trindade, GERSCHMAN, Silvia, EDLER, Flavio Coelho, SUÁREZ, Julio Manuel. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005, p.61.

¹²⁸*Ibidem*

¹²⁹ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 51

¹³⁰ ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. “As Origens da Reforma Sanitária e o SUS.” op. Cit. p. 61

¹³¹Da SILVA, Francisco Carlos Teixeira. “Crise da ditadura militar e o processo de abertura política no Brasil, 1974-1985” In DELGADO, Lucilia Neves, FERREIRA, Jorge. *O Brasil Republicano 4: o tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010: 261-265

pretendia implantar uma série de projetos de indústrias e insumos básicos para a manutenção das taxas de crescimento que começaram a declinar no início do governo Geisel. Liderados pelo Ministro do Planejamento, Reis Velloso, da Fazenda, Mario Henrique Simonsen, o Ministro da Indústria e Comércio, Severo Fagundes Gomes e pelo Ministro da Casa Civil, Golbery do Couto e Silva, assinalava grandes investimentos e presença do Estado em setores como petroquímica, hidroelétricas e transportes.¹³² No campo da população, o projeto do II PND não deixou clara a posição do governo sobre o apoiou ou não a políticas de limitação da natalidade.¹³³ De acordo com o II PNAD, o terceiro mundo passava por um rápido crescimento demográfico, que levava a superpopulação, escassez de alimentos, energia, deterioração do meio ambiente e diminuição da renda per capita. Mas, ao mesmo tempo, postulava que:

O Brasil ainda se coloca como país subpovoado, em relação a disponibilidade de terras e outros recursos naturais. Como país soberano, acha-se no direito de adotar posição consequente com essa verificação de ser ainda país subpovoado, ou seja, de deixar que sua população continue crescendo a taxas razoáveis, para efetivar seu potencial desenvolvimento e dimensão econômica.¹³⁴

Mais adiante, afirmaria que:

para uma determinada taxa de crescimento do PIB, quanto maior a taxa de crescimento da população, mais lenta será a expansão da renda per capita; e, dada certa taxa de investimento, quanto maior for a alocação de recursos para atender necessidades sociais, decorrentes do crescimento da população (...) menor será a possibilidade de recursos para investimentos em infraestrutura econômica e em aumento de capacidade nos setores diretamente produtivos.¹³⁵

No campo da saúde, o II PND determinava a necessidade de uma maior definição institucional do setor, que ficava sob responsabilidade, do Ministério da Saúde, com ações executivas com foco no interesse coletivo e vigilância sanitária e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com foco de atuação no atendimento médico assistencial individualizado.

¹³⁶

¹³²MANTEGA, Guido. *O Governo Geisel, o II PND e os Economistas. Relatório de Pesquisa n° 3*. São Paulo: EAESP/FGV/NPP - NÚCLEO DE PESQUISAS E PUBLICAÇÕES. 1997

¹³³BRASIL. II Plano Nacional de Desenvolvimento. 1974, p.41

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/anexo/ANL6151-74.PDF Acesso em 20/01/2013

¹³⁴ *Ibidem*

¹³⁵ *Ibidem*. p.41

¹³⁶ *Ibidem*, p. 56

Especificamente sobre a questão das mulheres, segundo Osis (1994), desde a década de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR), as políticas voltadas para mulheres no Brasil assumiam um caráter materno-infantil, reificando o papel das mulheres como mães e associando-as diretamente com o cuidado com crianças. Nessa ótica, a puericultura assumia um papel central como ciência para o cuidado da espécie. Nas décadas de 1950 e 1960, ocorreram programas internacionais da UNICEF em articulação com o DNCR, com vistas ao combate à desnutrição e fornecimento de leite em pó. De acordo com Osis, até a década de 1960 as ações de proteção às mães e às crianças:

enquanto assuntos de saúde pública, obedecem à tendência geral das políticas dessa área a partir do Estado Novo. Ou seja, ela esteve inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltado para as camadas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação.¹³⁷

De fato, no âmbito do Estado, as deliberações em torno da saúde da mulher guardavam a perspectiva da saúde materno-infantil concebendo-a fundamentalmente como mãe. Na 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1975, destacava-se o grupo materno-infantil como 70,98% da população brasileira. Tendo em vista o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, focou-se nas doenças que atingiam grande parte das crianças, como o sarampo e a meningite, assim como no atendimento obstétrico e puericultura. Argumentou-se que, diante da sua dimensão do grupo que abarcava, a criação de um programa destinado ao público materno infantil estava em consonância com os objetivos explicitados no II Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado ao final do ano anterior.¹³⁸

A questão feminina foi abordada na 5ª Conferência Nacional de Saúde, de 1975. De acordo com o texto final da 5ª CNS, o programa assim definia seu eixo de atuação para as mulheres “no decurso da gestação, parto e puerpério e a criança menor de 5 anos.”¹³⁹ Para isso, previa-se tanto o auxílio médico, com acompanhamento gestacional, controle de doenças venéreas e diagnóstico de câncer, o auxílio nutricional quanto a proteção econômica e trabalhista das gestantes.¹⁴⁰ Segundo Villela e Monteiro, a ação de saúde que de fato visava às

¹³⁷ OSIS, Maria José Martins Duarte. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: história de uma intervenção*. [Dissertação] Mestrado em Antropologia. Unicamp, 1994 p.37

¹³⁸ BRASIL. 5ª Conferência Nacional de Saúde. 1975 p.49

<http://www.saude.gov.br/> Acesso em 08/02/2013

¹³⁹ *Ibidem*, p. 60

¹⁴⁰ *Ibidem*

mulheres era apenas a atenção pré-natal. Diante disso, não se tratava de um programa dirigido ao público feminino, mas às crianças e às mulheres percebidas unicamente como mães.¹⁴¹

É sintomática a ausência, na 5ª Conferência Nacional de Saúde, de debates e propostas em áreas de saúde que se caracterizariam como de planejamento familiar, como o controle da concepção. Como veremos ao longo deste capítulo, a introdução de um programa de saúde materno-infantil que tinha como eixo o fornecimento de serviços de planejamento familiar, se, por um lado, não respondia aos anseios dos movimentos feministas, por outro distanciava-se das propostas tradicionais no âmbito da saúde materno-infantil em vigor.

O silêncio sobre planejamento familiar na 5ª CNS significou um retrocesso quanto ao que foi deliberado no Programa de Saúde Materno-Infantil de 1973. Segundo Canesqui (1987), este programa previa ações de promoção da ‘paternidade consciente’, assim como a distribuição de contraceptivos. Contudo, essas medidas não ocorreram.¹⁴²

Em 1977, foi lançado o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), como uma primeira tentativa do Estado brasileiro de regular esta prática. Segundo Leite e Paes (2009), tinha a finalidade de “operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, prevenção de gestações futuras, quando indicada, e de diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade”¹⁴³ Contudo, o programa, diante das diversas críticas, não chegou a ser implementado.¹⁴⁴

Por fim, na década de 1980 foi lançado o Programa de Ações Básicas de Saúde, o PREVSAÚDE, que, tinha como objetivo fornecer cuidados primários de saúde para a população brasileira, em parceria com entidades estatais e privadas. O programa, que por razões financeiras não chegou a ser efetivado, previa ações em saúde materno-infantil como uma revisão da legislação sobre fecundidade, promoção da paternidade responsável e do espaçamento entre gestações, ou seja, medidas de planejamento familiar.¹⁴⁵

Ainda nessa época, foram lançadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que previam a integração entre os níveis federal, estadual e municipal. Segundo Escorel, Nascimento e Edler,

141 MONTEIRO, Simone & VILELA, Wilza. “Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas”. In MONTEIRO, Simone & VILELA, Wilza (Orgs). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. São Paulo: Editora Abrasco; Brasília: UNFPA, 2005, p.19

142 CANESQUI, Ana Maria. “Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana.” Textos NEPO 13. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987 p.84

143 LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. “Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna.” In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.705-714.

144 MONTEIRO, Simone & VILELA, Wilza. “Atenção à saúde das mulheres...” *op.cit.* p.20

145 OSIS, Maria José Martins Duarte. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa...* *op. cit.* p.44

as AIS, implantadas em todos os estados em 1984, significaram um avanço na rede atendimento ambulatorial e fortalecimento do setor público de saúde no país, apesar de retrocessos no que toca à maior vinculação do INAMPS com a iniciativa privada.¹⁴⁶

2.3 - A Criação do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC)

O projeto inicial do Programa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (AIMC) foi organizado no âmbito do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), da Universidade Federal do Rio de Janeiro e data de 1971. Contava com o seguinte grupo de trabalho: Alvaro Tourinho, diretor do HESFA; Hélio Aguinaga, do Serviço de Ginecologia; Sylvio Sertã, do Serviço de Obstetrícia; Eurico Costa Carvalho, professor da disciplina de Medicina Preventiva; Cesar Pernetta, do Instituto de Puericultura; Dulce Neves da Rocha, da Escola de Enfermagem Ana Neri; e Tecla Machado Soeiro, do Serviço de Assistência Social. Contava com a consultoria de Paul Burgess, da Universidade da Florida; J. Nordstrom, do Conselho de Reitores e com Maria Isabel Mendonça, da Legião Brasileira de Assistência. Paul Burgess, padre jesuíta e chefe da Divisão de População e Planejamento, ligada ao Programa Multidisciplinar em População e Saúde da Universidade da Florida, foi o consultor contratado pela UFRJ para assessorar a organização do programa.¹⁴⁷

Nas suas memórias, Hélio Aguinaga destaca que entrou em contato com a Universidade Federal do Rio de Janeiro para organizar um novo programa:

Quando fui elevado à chefe da 8ª enfermaria, uma das primeiras coisas que fiz foi organizar um programa para que as mulheres fossem melhor atendidas. O programa que nós estabelecemos chamava-se PAIMC, que foi aprovado pela universidade. Mas nós estávamos entrando com uma novidade no sentido de assistência médica à população e ninguém tinha experiência médica na área. Fui então ao reitor da Universidade e informei que gostaria de arranjar uma pessoa que tivesse experiência médica em programas de prevenção médica e que nos ajudasse a montar um programa para ser estabelecido no São Francisco.¹⁴⁸

¹⁴⁶ ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. “As Origens da Reforma Sanitária e o SUS.” op. cit. p. 76

¹⁴⁷ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). *Programa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança*. 1971. Arquivo Hélio Aguinaga.

¹⁴⁸ Entrevista realizada com Helio Aguinaga em 31/08/2012, Rio de Janeiro, RJ.

Este momento era final da década de 1960 e início da década de 1970. Segundo Aguinaga, o objetivo era trazer um médico com experiência e que mostrasse dentro do ambiente do Hospital São Francisco, com suas dificuldades, o que era possível se fazer. Não se tratava de transplantar um modelo pré-existente. O nome definido para ser trazido era Paul Burgess.

Segundo Aguinaga, a proposta inicial era a de organizar o HESFA como “instrumento de experimentação” tendo em vista a qualificação de funcionários em rotinas modernas de atendimentos de saúde para a futura instalação do Hospital Universitário. Segundo o projeto, o quadro que se apresentava era o de distância entre os médicos/instituições de saúde.¹⁴⁹ No relatório de criação do CPAIMC, constava o objetivo de “desenvolver um sistema de cuidados médicos à mulher e à criança dentro de uma visão global de saúde, evidenciando os aspectos curativos e preventivos, assim como as condições econômica-sociais dos pacientes, dando-lhes assistência integrada (bio-psico-social).¹⁵⁰

Para tanto, o programa tinha como seguintes atividades:

Melhoria de condições de saúde materno-infantil através de educação; Assistência Pré-Natal; Assistência Obstétrica; Assistência Ginecológica; Prevenção do câncer feminino e suas conseqüências; Diagnóstico e tratamento de esterilidade; Orientação familiar para a paternidade consciente, por meio de exame pré-nupcial e orientação genética; Imunização – orientação e controle; processamento de dados e análise das operações do sistema; em ação conjunta, o médico, a enfermeira, a assistente social, o sociólogo e o economista tentarão dar ao problema de saúde um tratamento global; um atendimento que encare o paciente, antes de tudo, como uma pessoa humana com seus problemas, dificuldades e angústias.¹⁵¹

O programa contava com as seguintes fontes de recursos: orçamento, pessoal e material já existentes do HESFA; receitas de cobranças particulares e convênios com o INPS e outras organizações; iniciativa privada; apoio financeiro de instituições nacionais ou estrangeiras. As atividades do programa ficariam divididas em etapas de implementação, com a primeira focada na prestação de serviços de atendimento pré-natal, de esterilidade, atendimento pré-nupcial, assistência obstétrica, assistência pediátrica, orientação familiar, imunização, serviço social e prevenção do câncer feminino. A 2ª etapa consistia na integração de todas as clínicas do HESFA

¹⁴⁹ UFRJ. Programa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança. *op. cit.*

¹⁵⁰ *Ibidem.*

¹⁵¹ *Ibidem.*

no programa para, na 3ª etapa de culminância, fornecer efetivamente a assistência integral aos pacientes.¹⁵²

O convênio efetivo entre o PAIMC e o INPS foi firmado em 1974. O programa ficaria responsável por prestar “assistência médica integral em ambulatórios e leitos hospitalares” definida como “assistência de prevenção dinâmica, restauração da saúde e promoção e educação da clientela no sentido de alcançar um auto-desenvolvimento de saúde familiar”. Para tanto, seria composta uma equipe multidisciplinar e utilizado sistema integrado e regionalizado e com quatro níveis: domiciliar, ambulatorial satélite, ambulatório geral e hospitais. A área de cobertura era a III região administrativa do Estado da Guanabara, que englobava a área do Rio Comprido e entornos.¹⁵³

Segundo Aguinaga, a escolha de uma região restrita do centro do Rio de Janeiro para o início das atividades do PAIMC, a III região administrativa, tinha como objetivo adquirir *know how* para atuação. O atendimento ocorreria de forma hierarquizada, regionalizada, com delegação de funções, em quatro níveis. Nos níveis iniciais não havia médicos, apenas assistentes sociais e enfermeiras, responsáveis pelo contato direto com a população residente em favelas. Às assistentes sociais caberia a visita domiciliar. Havia também unidades de atendimento dentro das favelas, locus de atuação idealizado para o CPAIMC. Quando fosse o caso, os atendidos eram encaminhados a unidades hospitalares da prefeitura para procedimentos de maior complexidade.¹⁵⁴

O foco do PAIMC, como se falou, era o público materno-infantil, e tinha como objetivos diminuir, nos cinco anos seguintes, a mortalidade materna em 80% e a mortalidade infantil em 50%, promover a diminuição das complicações de gravidez, cuidado neonatal, diminuição das doenças infectocontagiosas em crianças, prevenção do aborto provocado e suas consequências e cuidado aos problemas relativos à gravidez.¹⁵⁵

2.4 – As controvérsias com a UFRJ em torno do Hospital São Francisco

Hélio Aguinaga assumiu a chefia do PAIMC em 1974. O pedido para a sua organização de fato junto à UFRJ ocorreu apenas nesse ano, quando a universidade concentrava seus recursos na construção do Hospital Universitário na Ilha do Fundão, no Rio de Janeiro. Com

¹⁵² *Ibidem*.

¹⁵³ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Convênio Universitário PAIMC-INPS*. 1974. Arquivo Hélio Aguinaga.

¹⁵⁴ Entrevista com Hélio Aguinaga, 31/04/2012, Rio de Janeiro, RJ

¹⁵⁵ Convênio UFRJ-Estado da Guanabara. 1974. Arquivo Hélio Aguinaga.

assessoria de Burgess, o PAIMC obteve ajuda financeira do *World Church Service* para a criação de sua primeira unidade em uma favela do Rio de Janeiro, na região do Catumbi.¹⁵⁶

Até então, o PAIMC funcionava com poucos recursos. Em 1975 iniciou-se o processo de mudança do hospital escola do Hospital São Francisco de Assis para a Ilha do Fundão. Aguinaga, com o intuito de manter as atividades do PAIMC, afastou-se do seu cargo de médico da UFRJ e negociou um contrato de comodato com a universidade para a permanência do programa no hospital. Para tanto, criou-se uma nova pessoa jurídica, o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança, o CPAIMC.¹⁵⁷

A presença do CPAIMC no Hospital São Francisco de Assis gerou tensão entre Aguinaga e a UFRJ, que se manteve até a década seguinte. Após a conclusão da transferência, era objetivo da universidade a demolição do prédio, mas Aguinaga, em contato com o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) conseguiu o seu tombamento. Mais tarde, nos anos 1980, o CPAIMC se mudaria para outra localidade.¹⁵⁸

Quando a Universidade Federal do Rio de Janeiro transferiu-se para a Ilha do Fundão, Aguinaga afirma que não queria que o CPAIMC fosse transferido para lá, pois não gostaria de perder a base já consolidada e conhecida na área. Fez um acordo com a Universidade de que tomariam conta do HSFA e se desvincularam da UFRJ. Mas não tinham uma base jurídica para o programa, o que foi necessário criar uma. O PAIMC se tornou então CPAIMC, uma personalidade jurídica para poder absorver o programa.¹⁵⁹

A sobrevivência orçamentária do CPAIMC, agora com uma nova pessoa jurídica, dependia de novos convênios. Hélio Aguinaga relata em suas memórias que, ao inserir as atividades de planejamento familiar no corpo de ações do CPAIMC, obteve rejeição de diversos órgãos públicos, entre os quais se destacam a própria Universidade do Rio de Janeiro os Ministérios da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Contudo, em 1977, conseguiu negociar convênios com a Fundação Leão XIII, com o governo do Estado do Rio de Janeiro e com a Secretaria Municipal de Saúde.¹⁶⁰

¹⁵⁶ AGUINAGA, Hélio. *A Saga do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p.185

¹⁵⁷ Entrevista realizada com Hélio Aguinaga. Rio de Janeiro, 31/04/2012, Rio de Janeiro, RJ

¹⁵⁸ *Ibidem*

¹⁵⁹ *Ibidem*

¹⁶⁰ AGUINAGA, Helio. *A Saga do Planejamento Familiar no Brasil*. *op.cit.*

¹⁶⁰ Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amelia Kaufman. Rio de Janeiro, 03/09/2012, Rio de Janeiro, RJ.

2.5 – Hélio Aguinaga e a busca de financiamento para as atividades do CPAIMC

Os recursos para a manutenção do CPAIMC, nova entidade desvinculada da UFRJ, eram escassos. Precisava-se recorrer ao *pool* de recursos que, àquele momento, já chegavam às entidades brasileiras dedicadas ao planejamento familiar e ao controle da natalidade. O problema relativo à sobrevivência do programa era objetivo.

O planejamento familiar figurava entre as 18 atividades do programa. O que, para as diversas entidades nacionais, despertava discórdia e desconfiança, era o elemento essencial para que recursos internacionais se aproximassem do recém-inaugurado CPAIMC. Segundo Hélio Aguinaga, o Fundo de População das Nações Unidas estava pronto para ajudar o CPAIMC, mas como o Estado Brasileiro possuía ainda uma postura pró-natalista, não aceitou o referido item. Hélio Aguinaga, diante desta necessidade financeira, conversou com Leonidas Cortes, diretor da Casa de Saúde São José, que indicou o dono da Casa de Saúde Santa Lúcia, Guilherme Romano, amigo pessoal de Golbery do Couto e Silva, então Ministro Chefe da Casa Civil. Essas relações pessoais permitiram que Aguinaga marcasse um encontro pessoal com Golbery, que aprovou o projeto sem a necessidade de passar pelo Ministério das Relações Exteriores.¹⁶¹

Hélio Aguinaga afirma ter se encontrado com Golbery do Couto e Silva diversas vezes e, inclusive, com o presidente João Figueiredo, para tratar dos recursos advindos do exterior para o financiamento das atividades do CPAIMC. Segundo ele, ambos os militares eram favoráveis a medidas de controle da natalidade e planejamento familiar, mas, devido a políticas internas, deveriam ser receosos em posicionamento públicos e manifestações abertas sobre o tema.¹⁶²

O impulso nas atividades do CPAIMC ocorreu após convênio firmado com o Fundo de População das Nações Unidas também em 1977. O contrato teve início em dezembro de 1979 e contou com a assessoria técnica de Fernando Hurtado, médico chileno exilado de seu país. O convênio, que envolvia repasse de recursos e assistência técnica, foi concluído em junho 1981 e não foi renovado.¹⁶³

¹⁶¹ Entrevista realizada com Hélio Aguinaga. Rio de Janeiro, 31/04/2012, Rio de Janeiro, RJ

¹⁶² *Ibidem*

¹⁶³ AGUINAGA, Helio. *A Saga do Planejamento Familiar no Brasil*. op. cit. p.198

2.6 – A atuação do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança



Posto de atendimento do CPAIMC¹⁶⁴

Em artigo publicado 2000, as pesquisadoras Luciana Marques de Araújo (DEMI/UERJ) e Suely de Souza Batista (EEAN/IFRJ) levantaram a questão da eventual indução da escolha de formas de contracepção por parte da clientela do CPAIMC. Com base em depoimentos de enfermeiras que atuaram no processo de fornecimento de métodos contraceptivos no CPAIMC durante o período de 1975 a 1978. Segundo o estudo, baseado em dados coletados de fontes anônimas, as profissionais que atuavam na entidade trabalhavam com metas de fornecimento de contraceptivos e deveriam induzir a clientela a aderir ao controle da natalidade, sob pena de não permanecer na instituição. Segundo as autoras, os documentos normativos do CPAIMC orientavam que o médico e os profissionais fizessem uso de sua influência sobre as populações de baixa renda. Outro dado que merece destaque era que a maioria absoluta da procura pelo CPAIMC dizia respeito ao planejamento familiar. Nessa orientação, as enfermeiras que

¹⁶⁴ CENTRO luta por recursos para atendimento. O Globo. 16/02/1990

atuavam no CPAIMC passaram, inclusive a praticar a inserção do DIU, atividade de incumbência exclusiva de médicos.¹⁶⁵

2.6.1 – A realização das Esterilizações Cirúrgicas Voluntárias (ECVs)

Em um balanço das atividades do CPAIMC até 1984, Barbara Janowitz, diretora associada do Departamento de Avaliação de Programas do *Family Health International*, abordou as realizações em torno da esterilização voluntária. A autora, junto com sua equipe, acompanhou o processo de aprovação e execução da cirurgia entre clientes novos do CPAIMC.¹⁶⁶ De acordo com o relatório, no período de 1 de junho a 31 de agosto de 1983, foram atendidos 2186 clientes, dos quais 1256 requereram a esterilização. Destes, 925 foram aprovados, 639 cirurgias foram marcadas e 595 foram executadas até três meses depois da aprovação.¹⁶⁷

O relatório menciona como um dos problemas principais do programa a grande quantidade de pacientes que, após serem aprovadas para o procedimento de esterilização cirúrgica voluntária (ECV), não retornavam para a realização do procedimento. Ao mesmo tempo, ressalta o alto número de mulheres que não haviam sido aprovadas. O relatório menciona que não se teve acesso aos critérios do CPAIMC para a aprovação da esterilização.¹⁶⁸

De 1978 a 1984, mais de 18000 ECVs foram realizadas pelo CPAIMC, das quais 95% foram laparoscopias. As cirurgias foram realizadas no Hospital São Francisco de Assis, sede operacional do CPAIMC e os pacientes vinham da sede, o Hospital São Francisco de Assis ou das 44 unidades operacionais do órgão espalhadas por áreas pobres do Rio de Janeiro.¹⁶⁹

Em 1988, Aguinaga escreveu um artigo sobre a esterilização cirúrgica voluntária no Brasil. Iniciou sua reflexão apresentando o país como de maior área e população da América Latina que não recebeu os “benefícios de uma política oficial de planejamento familiar” até aquele momento. Registrava a queda, mesmo sem atuação governamental, do número de filhos por mulher em idade fértil desde final da década de 1960. De 6,9 em 1969, passara para 5,6 na década de 1970 e 4,5 nos anos 1980. Sua explicação para o dado foi o uso de métodos

¹⁶⁵ ARAÚJO, Luciane Marques; BAPTISTA, Suely de Souza. “A participação das enfermeiras na implantação das propostas de contracepção do CPAIMC: 1975-1978” *In* Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v.4,n.2, 2000. pp.187-195.

¹⁶⁶ JANOWITZ, Barbara. *Sterilization Acceptance and Followthrough: Final Report*. Family Health Program, 1984. Arquivo Helio Aguinaga

¹⁶⁷ *Ibidem*

¹⁶⁸ *Ibidem*

¹⁶⁹ *Ibidem*

anticoncepcionais como a anticoncepção hormonal (o Brasil era o terceiro maior consumidor), e a esterilização. Esta última, segundo Aguinaga, era realizada em hospitais oficiais por meio, principalmente da operação cesariana. Em suas palavras:

Até recentemente as atividades de planejamento familiar eram muito sensíveis e recebiam toda a sorte de restrições, sobretudo, em referência a esterilização feminina com o argumento de que ‘as mulheres eram coagidas’ a serem esterilizadas. A tibieza governamental, no campo do planejamento familiar, determinou que entidades particulares, tomassem para si o enfoque do problema, procurando atender às aspirações de grande parcela da população brasileira, principalmente das camadas menos abastadas.¹⁷⁰

Em seguida, apresentou dados sobre o programa de planejamento familiar do CPAIMC, iniciado em 1978: mais de 300.000 mulheres atendidas na clínica central do órgão e nas unidades espalhadas pelo Rio de Janeiro e 23.000 cirurgias de esterilização feminina de intervalo.¹⁷¹ Ressaltou o convênio com o *Johns Hopkins Program for Education in Gynecology and Obstetrics* (JHPIEGO), por meio dos quais mais de 600 médicos brasileiros foram treinados em esterilização tubária – laparoscopia e minilaparoscopia, além de mais 3000 profissionais de saúde.¹⁷²

Mencionou também a Associação Internacional para Esterilização Voluntária, que forneceu apoio técnico-financeiro para tal fim, possibilitando que outras entidades oferecessem esta atividade e reduzindo a utilização da operação cesariana como veículo para obtenção da esterilização.¹⁷³ A Associação Internacional para a Esterilização Voluntária foi criada em 1964 para promover a esterilização em países como a Índia. Foi uma das associações que financiaram a própria utilização e disseminação do laparoscópio pela *Johns Hopkins* em mais de setenta países. Por meio de um laparoscópio, era possível realizar até 19 esterilizações permanentes em um dia.¹⁷⁴

Aguinaga ainda afirmou que, por meio de convênio com o Ministério da Saúde, que o CPAIMC esteve possibilitado de receber, como doação, material para planejamento familiar, desde medicamentos como equipamentos como laparoscópio, laproactors e outros instrumentos de contracepção cirúrgica. O CPAIMC se configurou, dessa forma, nos anos 1980, segundo Aguinaga, como um importante centro de intercâmbio de conhecimento da área de

¹⁷⁰ AGUINAGA, Helio. *Esterilização Cirúrgica Voluntária*, 1988. Arquivo Helio Aguinaga.

¹⁷¹ Esterilizações de intervalo são as esterilizações cirúrgicas fora do ciclo de gravidez ou que não são realizadas após a realização do parto.

¹⁷² AGUINAGA, Helio. *Esterilização Cirúrgica Voluntária*, 1988. Arquivo Helio Aguinaga.

¹⁷³ *Ibidem*

¹⁷⁴ CONNELLY, Mathew. *Fatal Misconception: the struggle to control world population*. *Op. cit.* p. 306

anticoncepção. Após ressaltar que o Código de Ética Médica não deixava claro quais os critérios para a esterilização cirúrgica, iniciou uma explicação sobre as atividades do CPAIMC na área.¹⁷⁵

Segundo Aguinaga, até 1980 o país pouco havia avançado na aplicação da esterilização cirúrgica voluntária, ou ECV. Até então, a quase totalidade das esterilizações ocorria quando do ciclo gravido-puerperal, isto é, logo após o parto cesariano. O CPAIMC teria sido o primeiro a modificar o cenário, com a promoção do treinamento e da utilização em maior escala dos métodos de laparoscopia e minilaparoscopia, o que, posteriormente, foi igualmente praticado por outras instituições nacionais. Isto, segundo o autor, proporcionou maior segurança nos procedimentos de ECV, evidenciando que não era mais necessária a utilização de anestesia geral.¹⁷⁶

Aguinaga apresentou, em seguida, dados nacionais sobre a situação das mulheres no que toca à esterilização em 1988, citando informações de pesquisa da BEMFAM. 27% das mulheres brasileiras, até aquele momento, eram permanentemente esterilizadas, com uma idade média de 31,4 anos. E 65% dos casais no país utilizavam métodos anticoncepcionais. Menciona também que apenas 28% das esterilizações eram de intervalo, contra 72% das esterilizações por ocasião da última gestação. Entre os lugares onde foram realizadas as ECVs, 10% pela rede pública de saúde, 45,3% em hospitais ligados à Previdência Social e 42,7 em hospitais particulares. Ou seja, o principal espaço de acesso à ECV eram os hospitais da rede previdenciária. Sobre os riscos inerentes à prática, Aguinaga afirmou: “Como foi mencionado, anteriormente, grande número de ECV é realizada no decorrer de operações cesarianas em hospitais próprios ou ligados ao governo onde esta prática não tem cobertura e é realizada em semi-clandestinidade.”

¹⁷⁷ Abaixo o gráfico apresentado por Aguinaga de suas atividades de ECV:

¹⁷⁵ AGUINAGA, Helio. *Esterilização Cirúrgica Voluntária*, 1988. Arquivo Helio Aguinaga.

¹⁷⁶ *Ibidem*.

¹⁷⁷ *Ibidem*

Número de casos de Esterilização Cirúrgica Voluntárias (ECVs):

ANO	Número de ECVs
1978	20
1979	162
1980	2180
1981	4401
1982	5429
1983	3404
1984	2796
1985	1853
1986	1710
1987	1127
1988	659
1989	510
1990	195
1991	71
TOTAL	24708

Antes de analisarmos estes números, é necessário nos atermos ao fato de que se trata de dados apresentados pelo próprio Hélio Aguinaga. A composição desses números é oriunda de duas fontes: até 1987, os números foram obtidos em artigo apresentado em 1988, presente no arquivo pessoal de Aguinaga. De 1988 a 1991, os números foram fornecidos pelo CPAIMC por ocasião da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em que o CPAIMC e Aguinaga foram objeto de investigação em 1991. Esses números, ainda que possam não expressar a totalidade de procedimentos realizados pelo CPAIMC, expressam um grande número de procedimentos de esterilização cirúrgica em mulheres pobres do Rio de Janeiro. Se dividirmos o número total pelo período de registro, chega-se a uma média de quase 5 procedimentos de ECV por dia, entre 1978 a 1991.

Aguinaga argumentava que a queda na procura de ECV no CPAIMC se deu devido ao surgimento de novos organismos que ofereciam o procedimento. Sobre os dados sociais da

clientela do CPAIMC, apresentou as seguintes tabelas. A primeira diz respeito aos anos de escolaridade das mulheres que se submetiam à ECV.¹⁷⁸

Anos de escolaridade	Número	%
Nenhum	2.054	8.94
1 a 3	8.592	37.39
2 a 4	5.820	25.33
5 a 7	2.870	12.49
8 ou mais	3.638	15.83
Total	22.974	100.00

Em relação a renda familiar mensal das mulheres que se submetiam à esterilização permanente, apresentou-se o quadro abaixo:¹⁷⁹

Esterilização Cirúrgica Voluntária		
Renda Familiar Mensal das Pacientes		
Renda Familiar Mensal (em salários mínimos)	Número	%
0 - 0.9	4.812	20.94
1 - 1.9	7.681	33.43
2 - 2.9	3.962	17.24
3 +	2.377	10.34
Não soube informar	4.142	18.02
Total	22.974	100.00

Percebe-se que a maioria das mulheres a se submeterem à esterilização permanente possuíam baixo nível de escolaridade – 72% possuíam de zero a quatro anos de escolaridade. Ainda, sem levar em conta as que não souberam informar, 18,02%, 54,37 % das mulheres submetidas à ECV possuíam de 0 até o máximo de 1,9 salários mínimos. Contudo, quase 28% das mulheres submetidas à ECV possuíam uma renda média acima de dois salários mínimos, e

¹⁷⁸ *Ibidem.*

¹⁷⁹ *Ibidem.*

15% com oito anos ou mais de escolaridade, o que indica que, mesmo sendo minoritário, existia uma camada de pacientes com maior poder aquisitivo e escolaridade atendidas pelo CPAIMC.

Após apresentar os diversos fatores que levam a dificuldades durante a ECV – problemas com o equipamento, lesões cirúrgicas, etc. - Aguinaga passou a um estudo das causas das falhas concluindo pela possibilidade de 1% de possibilidade de gravidez após a cirurgia e, sobre as falhas durante a ECV, concluiu, entre outras, que há relação entre o número de procedimentos realizados por dia por médicos e o aumento de falhas.¹⁸⁰

2.6.2 – As outras atividades do CPAIMC



A unidade de saúde do Morro do Catumbi é um dos postos construídos pelo CPAIMC

Unidade de Saúde do CPAIMC¹⁸¹

As atividades de esterilização eram concebidas dentro do planejamento familiar. Este, segundo Lia Junqueira Kropsch, filha de Hélio Aguinaga e diretora-executiva do CPAIMC, fazia parte das medidas de atenção primária em saúde exercidas pelo Centro. Em artigo sobre assistência da enfermagem em saúde da mulher, de 1986, definia a missão do CPAIMC como a de promover a atenção primária de saúde, voltada principalmente para o público materno-infantil, com atuação em assistência, ensino e desenvolvimento de tecnologias. Ressaltava a

¹⁸⁰ *Ibidem*

¹⁸¹ CENTRO de Saúde quer ampliar atendimento. *O GLOBO*, 15/07/1982

importância das enfermeiras na atuação direta na promoção da atenção primária e caracterizava seu atendimento por meio de três áreas:

1. Assistência – oferta de serviços de forma hierarquizada, nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. 1.1 - Primário – atenção básica para a promoção da saúde e prevenção de doenças nas áreas de reprodução humana, ginecologia, pré-concepcional, obstetrícia, infanto-puberal, clínica geral, odontologia, emergências primárias, homeopatia, flora medicinal e saúde mental. Atividades desenvolvidas na unidade central e em 12 unidades externas, em diversas comunidades carentes do Rio de Janeiro. 1.2 - Secundário – Ginecologia geral, patologia cervical, mastologia, reprodução humana, obstetrícia, clínica geral, pediatria, cirurgia plástica. 1.3 - Terciário – ginecologia, pediatria, obstetrícia, reprodução humana, cirurgia plástica. Secundário – Diagnóstico e tratamento especializado em ambulatório./ Terciário – Diagnóstico e tratamento de problemas e entidades que demandam hospitalização. 2. Ensino – fornecimento de capacitação para público externo de diversas instituições e para as equipes do CPAIMC. 3. Desenvolvimento de tecnologias – Essencialmente a adaptação de produtos e métodos de atenção primária e desenvolvimento de sistemas de informação.¹⁸²

Como estratégias de ação, Lia Aguinaga reforçava as postulações sobre integração interinstitucional, hierarquização de atendimentos, regionalização de serviços e participação comunitária. O quadro de enfermagem do CPAIMC era composto por 18% de enfermeiras que atuavam em nível ambulatorial e de gestão, 30% de técnicos, 36% de auxiliares e 16% de atendentes.¹⁸³

As atividades de enfermagem na atenção primária eram:

.Para crianças – acompanhamento do crescimento, alimentação, tratamento de doenças comuns, prevenção de verminoses, controle de diarreia, reidratação oral.

.Mulheres – exame físico e ginecológico, pré-concepcional, pré-natal, detecção precoce do câncer genital, planejamento familiar. Detecção e controle de hipertensão e curativos.¹⁸⁴

¹⁸² KROPSCH, Lia Aguinaga Junqueira. “Assistência de Enfermagem nos Programas de Saúde da Mulher - CPAIMC.” *XXXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 21 de outubro de 1986. Arquivo Helio Aguinaga

¹⁸³ *Ibidem*

¹⁸⁴ *Ibidem*

Especificamente sobre o Planejamento Familiar, Kropsch mostrou que se dava em nível primário, basicamente por meio do aconselhamento, oferta e acompanhamento de métodos anticoncepcionais ao casal. As informações eram passadas preferencialmente ao casal em grupos ou em sessões individuais. Segundo ela, eram oferecidas todas as oportunidades de contracepção, químicas, hormonais, mecânicas, DIUs e a esterilização cirúrgica e a decisão era voluntária. Ressaltou a integração entre profissionais e a clientela como mérito do CPAIMC e a divisão do atendimento em: a) pré-atendimento (contato entre os profissionais e casal, quebra de barreiras, anamnese, antecedentes reprodutivos, sinais vitais, história clínica, resolução de dúvidas); e b) atendimento propriamente dito (exame físico e ginecológico, coleta de material, escolha do método anticoncepcional, solicitação de assessoria médica quando necessário). O pós-atendimento visava o reforço das informações, mas direcionadas ao método escolhido e marcação do próximo atendimento.¹⁸⁵

O CPAIMC funcionava ao lado da Escola Ana Nery, no Hospital São Francisco de Assis, mas possuía ainda pouca interlocução com a formação em enfermagem. Segundo Amélia Kaufman, enfermeira formada pela Escola Ana Nery e funcionária do CPAIMC, só lá que ela pôde ampliar sua formação na área de atenção primária e saúde materno-infantil, temas relegados a segundo plano na Escola. Kaufman se tornou chefe do setor responsável pelo treinamento de profissionais de enfermagem no CPAIMC e, mais tarde, ingressou na Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), criada no Rio de Janeiro no início da década de 1980 e que absorveu conhecimentos e profissionais do CPAIMC.

¹⁸⁶

Maria Amélia Kaufman iniciou em 1975 o curso de enfermagem na Escola Ana Nery, da UFRJ. Naquele momento, o currículo do curso era ‘tradicional’. Foi militante do Partido Comunista Brasileiro junto com seu marido, motivo pelo qual teve de sair do país em 1976 e interromper seus estudos. Em 1975, ocorreu um desmantelamento do PCB, na ilegalidade, e o desaparecimento de seus dirigentes, que culminou com o assassinato de Vladimir Herzog,¹⁸⁷ o que obrigou que muitos de seus militantes deixassem o país.

Kaufman regressou apenas em 1980 quando pôde terminar o curso de Enfermagem, que já possuía um currículo novo, com influência das novas orientações na área de atenção primária em saúde. Relata que sofreu perseguições na faculdade, tanto por sua militância política e envolvimento no Diretório de Estudantes, quanto por suas posições ‘progressistas’ ligadas a

¹⁸⁵ *Ibidem*

¹⁸⁶ Entrevista com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman realizada em 08/11/2012, Rio de Janeiro, RJ.

¹⁸⁷ REIS, Daniel Aarão. *Ditadura e Democracia no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.p.108

atenção primária. Em 1982, recém-formada, com ênfase na área de enfermagem obstétrica, ingressou no curso de formação oferecido pelo CPAIMC análogo a um curso de especialização.

188

2.6.3 – As estratégias do CPAIMC para chegar nas comunidades pobres

As unidades de saúde do CPAIMC eram montadas em parceria com as associações de moradores das diversas regiões carentes em que se estabeleceriam, que deveriam fornecer o espaço para a instalação. A primeira unidade de saúde funcionou numa casa alugada na Rua Itapiru, no Rio Comprido, Rio de Janeiro. Em seguida, se instalaram em algumas favelas como o Morro de São Carlos e o Morro dos Prazeres. Cada unidade possuía uma sala de atendimento à mulher e uma sala de atendimento à criança. Inicialmente a composição era de uma técnica em enfermagem e uma auxiliar de enfermagem em tempo permanente e um médico gineco-obstetra e um médico pediatra que circulavam pelas unidades. Havia uma enfermeira encarregada de supervisionar os grupos. Posteriormente, os profissionais que circulavam foram divididos em duplas e em regiões. Havia uma assistente social permanente na sede e algumas nas unidades de saúde. No caso específico de planejamento familiar, as assistentes sociais atuavam na obtenção de consentimento e aconselhamento. Permanentemente na sede e ocasionalmente nas unidades de saúde eram realizadas palestras de informação sobre planejamento familiar, cuidados pré-natais e puericultura.¹⁸⁹

Segundo Aguinaga, deveria ocorrer uma demanda dos serviços do CPAIMC e haver uma parceria entre o centro e as comunidades:

O indivíduo e a comunidade devem ser co-responsáveis em relação à saúde primária. Não acho que o Estado deve se afastar do processo, mas deve informar e educar o cidadão para que ele seja capaz de preservar-se saudável.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Entrevista com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman realizada em 08/11/2012, Rio de Janeiro, RJ.

¹⁸⁹ Entrevista realizada com Lia Aguinaga em 03/09/2012. Rio de Janeiro, RJ.

¹⁹⁰ PLANEJAMENTO familiar foi o único serviço a ter polêmica. O GLOBO, 27/1/1990

A estrutura de funcionamento do CPAIMC nas áreas em que se instalava era:

.Unidades de Saúde – unidades que funcionavam 8 horas por dia com equipe completa, em tempo integral, de enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Fornecem cuidados pré-natais, pós-parto e pediátrico, atendimentos ginecológicos simples e planejamento familiar.

.Minipostos eram unidades menores, composta apenas uma auxiliar de enfermagem, que fornecia atendimento em atenção primária de baixa complexidade, preservativos, espumas e contraceptivos orais, educação nutricional, acompanhamento do crescimento e de pressão, e tratamento relacionados a vermes e à pele.¹⁹¹

Segundo Aguinaga em reportagem para o jornal O Globo, as consultas e o atendimento, nos centros do CPAIMC, eram cobrados de acordo com as possibilidades dos pacientes e, frequentemente, oferecidos gratuitamente. A reportagem afirmava que as pacientes que chegavam a uma unidade de saúde ou ao ambulatório preenchiam uma ficha, participavam de uma sessão de aconselhamento em que escolhiam o método anticoncepcional a ser usado. Em seguida passavam por uma consulta com uma técnica de enfermagem, que fazia um pré-exame e colhia todos os dados da paciente.¹⁹² Além da esterilização de intervalo, outro método amplamente prescrito pelos profissionais do CPAIMC foi o dispositivo intra-uterino, o DIU.¹⁹³

Vale ressaltar, é claro, que trata-se de uma visão apresentada pelos próprios representantes do CPAIMC. Ao voltarmos às pesquisas de Araújo e Batista, de 2000, há indícios que estes procedimentos nem sempre eram seguidos à risca.¹⁹⁴

A regra de instalação de um miniposto ou unidade de saúde do CPAIMC ocorria através da solicitação de representantes da região pauperizada e a cessão de um lugar para a futura instalação da unidade.¹⁹⁵

Em algumas comunidades ou favelas, o CPAIMC se articulava com instituições locais, como escolas ou associações de moradores. É o caso da Fazenda Botafogo, em Acari, onde o CPAIMC instalou um posto anexo a Escola Municipal Erico Veríssimo, e na Rocinha, onde foi criado um posto junto à Escola Municipal Paula Britto. No caso da Barreira do Vasco, favela em São Cristóvão, o CPAIMC se instalou na sede da associação de moradores.

Algumas favelas e comunidades pobres em que o CPAIMC atuou com Unidades de Saúde e minipostos foram: Areal, Associação de Moradores do Conjunto Residencial Areal,

¹⁹¹ PLANEJAMENTO familiar foi o único serviço a ter polêmica. O GLOBO, 27/1/1990

¹⁹² DIRETOR do Centro nega indução à esterilização. O Globo, 18/03/1984

¹⁹³ *Ibidem*

¹⁹⁴ ARAÚJO, Luciane Marques; BAPTISTA, Suely de Souza. “A participação das enfermeiras na implantação das propostas de contracepção do CPAIMC: 1975-1978” *op. cit*

¹⁹⁵ DIRETOR do Centro nega indução à esterilização. O Globo, 18/03/1984

Irajá; Sociedade de Assistência Habitacional de Vila Eugênia, Deodoro; Associação dos Moradores do Morro do Juramento, Vicente de Carvalho; Rua Gomes Lopes, Morro dos Prazeres; Pré-Escola Castelinho Dourado e, posteriormente, Associação dos Moradores do Parque União, Parque União; Associação de Moradores de Vila Kennedy; Associação de Moradores de Vila São Luiz e Adjacências, São Luiz; Associação de Moradores e Amigos de Bairro Jabour, Senador Câmara; Associação de Moradores de Barreira do Vasco; Associação Atlética Ordem e Progresso, Vila Cruzeiro, Penha; Associação de Moradores do Morro do Adeus, Ramos; Associação Pró-Melhoramentos dos Moradores da Rocinha, Rocinha; Morro do Dendê; Morro do Catumbi; Padre Pedro Scherl; Fazenda Botafogo; Oswaldo Cruz; Coelho Neto; Morro do Bispo; Vila Aliança; Morro dos Prazeres; Parada de Lucas; Favela Padre Pedro Scherl, Região de Santo Cristo; Morro São Cosme, Realengo.¹⁹⁶

Além de serviços de saúde materno infantil, nos quais se incluía o planejamento familiar, formação e capacitação de profissionais em técnicas e rotinas na área, o CPAIMC e profissionais a ele ligados também produziram alguns artigos em periódicos nacionais e estrangeiros, assim como divulgaram suas experiências em congressos e encontros, que serão analisados nesse momento.

Um primeiro tema que merece destaque é o uso de anticoncepcionais anovulatórios. Em artigo de 1983, para o X Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, Lia Aguinaga Kropsch, Karen Lassner e Beatriz Hanff, todas funcionárias do CPAIMC, analisaram a utilização de pílulas anticoncepcionais em três áreas cobertas pelas unidades de saúde do CPAIMC, as áreas do Parque União, Vicente de Carvalho e Jacarezinho. Concluíram que, apesar do amplo uso de anovulatórios orais entre as moradoras, a maioria utilizava incorretamente, o que necessitava maior trabalho de informação sobre este método.¹⁹⁷

Outro artigo, ainda sobre anovulatórios orais, de autoria de Diógenes Silva, Eliane Melo e Cecília Rodrigues, do CPAIMC, discutiram o conhecimento e uso de anticoncepcionais entre adolescentes na cidade do Rio de Janeiro. Alertaram para o alto índice de gravidez na adolescência, 49% do público estudado, e para o uso inadequado dos anovulatórios, o que demandava também trabalhos de educação na área de planejamento familiar na região.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Os locais onde foram estabelecidos as unidades e postos do CPAIMC foram coletados ao longo das reportagens, documentos, relatórios e artigos sobre o tema, não possuindo uma fonte única de referência.

¹⁹⁷ HANFF, Beatriz. Collere; KROPSCH, Lia Junqueira; LASSNER, Karen Johnson. “Pílula Anticoncepcional: o que se diz, o que se faz”. Rio de Janeiro: CPAIMC, 1986. Arquivo Lia Aguinaga.

¹⁹⁸ SILVA, Diógenes Carvalho da; MELO, Eliane Barreto de; RODRIGUES, Cecília Maria Bessa de. “Conhecimento e uso de anticoncepcionais em adolescentes femininas em três favelas do Rio de Janeiro.” Rio de Janeiro: CPAIMC, s/d

Vale mencionar dois artigos, de autoria de Manoel da Costa, do IBGE, publicados pela Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, que surgiu a partir do CPAIMC e a qual o centro era ligado. No primeiro, por ocasião da V Reunião Nacional da ABEPF, o autor faz traça uma diferença entre o público consumidor de anticoncepcionais. De um lado estariam os clientes de programas de planejamento familiar e de outros, clientes do que ele chama de setor comercial, ou seja, pessoas que utilizam os métodos de forma independente.

2.7 – Financiamento do CPAIMC

As atividades do CPAIMC em áreas pobres do centro do Rio de Janeiro, assim como as atividades de treinamento e formação eram financiadas, principalmente, por organismos internacionais, como o FPNU, a Unicef e a Universidade Johns Hopkins. As atividades cirúrgicas e hospitalares eram realizadas mediante convênio com o Instituto Nacional da Previdência Social.¹⁹⁹ Em relatório de 1987, o CPAIMC estava na lista de despesas previstas da USAID, com um orçamento de cem mil dólares para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, além do valor de um milhão e setenta mil, para que fosse dividido com a BEMFAM, em atividades de treinamento de profissionais em saúde reprodutiva com ênfase em ações educativas.²⁰⁰

Em entrevista, Lia Aguinaga Kropsch, diretora executiva do CPAIMC e filha de Hélio Aguinaga, relata que, na década de 1980, um dos principais parceiros do CPAIMC foi a Universidade Johns Hopkins. Por meio dela, o Centro foi pioneiro na introdução do laparoscópio, por meio do qual realizava-se a esterilização cirúrgica de intervalo, ou seja, fora do período do parto, e cirurgias para o câncer do colo do útero.²⁰¹ Lia Aguinaga se formou-se em enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery, da UFRJ, em meados da década de 1970 e logo ingressou no CPAIMC, em 1976. Inicialmente atuou como enfermeira tanto no ambulatório do Hospital São Francisco de Assis como percorrendo as unidades de saúde, junto com outros profissionais.

Até meados da década de 1980, a iniciativa privada ainda era o setor que mais atuava na promoção do planejamento familiar no Brasil. A posição oficial brasileira era vista como dúbia por organismos internacionais com relação a implementação de medidas na área. Como

¹⁹⁹ Entrevista realizada com Lia Aguinaga em 03/09/2012. Rio de Janeiro, RJ.

²⁰⁰ KENNEDY, Barbara; HELMAN, Howard; BRACKETT, Maura; CARLSON, Samuel. Evaluation of A.I.D. Population Assistance to Brazil. USAID. 1987. Obtido em <http://www.usaid.gov/> em 20 de abril de 2012

²⁰¹ Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman em 08/11/2012. Rio de Janeiro, RJ.

mencionado anteriormente, o CPAIMC tinha como financiador principal, nos anos 1980, a USAID. Os recursos da USAID chegavam ao CPAIMC por intermédio de duas entidades. Em menor escala, o *Pathfinder Fund* e, em maior escala, por meio da Universidade Johns Hopkins e o *Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health* (JHPIEGO).

Em 1987, um relatório para aplicação de recursos do *Pathfinder Fund* para o país fazia a seguinte observação:

De um lado [o governo brasileiro] prepara diretrizes para programas de planejamento familiar e por outro estabelecem novas regulações e restrições para a implementação de serviços de planejamento familiar. Funcionários do governo federal criticaram o planejamento familiar cirúrgico, a inserção do DIU, e quase todos os outros métodos. Estão muito preocupados em organizar um bom componente educacional em seu programa, mas o que ocorre é que não possuem nem a expertise clínica nem administrativa para implementar um programa de planejamento familiar bom e eficiente em um curto espaço de tempo. Por razões políticas, estão relutantes em aceitar a experiências e o know-how das instituições de planejamento familiar do setor privado²⁰² (tradução livre)

O *Pathfinder Fund* tinha como foco de seus recursos serviços pré-existent de planejamento familiar em áreas pobres rurais ou urbanas, o que tornava o CPAIMC elegível. O relatório evidenciava a importância do CPAIMC que, em 1987, já se configurava como uma das maiores instituições de planejamento familiar no Brasil, fornecendo produtos, serviços e treinamentos para entidades associadas à ABEPF e que atuava, a fim de custeamento de suas despesas, de forma articulada com o INAMPS.²⁰³ De fato, quando observamos os recursos destinados ao CPAIMC e à ABEPF do montante de 600 mil dólares daquele projeto, verificamos a seguinte destinação:

De 1979 até o ano de 1984, o JHPIEGO promoveu a atuação no Brasil na área de treinamento de profissionais em técnicas e procedimentos relativos ao planejamento familiar. Segundo o seu relatório de atividades, no período de 1979 a 1991, por meio de cinco frentes de trabalho – inicialmente no setor privado e posteriormente junto ao setor público – cerca de cinco mil profissionais de ginecologia e obstetrícia, estudantes de medicina e enfermagem e profissionais de saúde comunitária haviam sido treinados. Outro dado importante dizia respeito ao total de médicos ginecologistas e obstetras treinados pelo JHPIEGO: no período em questão,

²⁰² THE PATHFINDER FUND. *Brazil Strategy Document. FY'87*. USAID www.usaid.gov Acesso em 22/10/2013

²⁰³ *Ibidem*

dois mil destes profissionais de um total de dez mil existentes no país haviam passado pelos “bancos” do programa educacional da Johns Hopkins.²⁰⁴

A USAID, agência americana de ação internacional para desenvolvimento, visava estabelecer parcerias com entidades não governamentais que atuavam no fornecimento de serviços de planejamento familiar no Brasil. A orientação vinda da própria USAID era a de que se intensificassem os esforços com o setor público. As bases de cooperação entre o JHPIEGO e a USAID ficam claras no relatório abaixo:

O objetivo da JHPIEGO, como firmado em seu acordo de cooperação com a A.I.D, é aumentar a oferta de recursos avançados de saúde reprodutiva e o número de profissionais de saúde nos países em desenvolvimento com conhecimento e habilidades em saúde reprodutiva, especialmente em planejamento familiar. Os objetivos do projeto incluem

- Aumentar a capacidade de treinamento em métodos modernos;
- promover treinamentos prévios e em serviço;
- explorar novas tecnologias de ensino;

A estratégia regional de treinamento da JHPIEGO na América Latina inclui:

- maior foco no treinamento em saúde reprodutiva em oposição ao treinamento cirúrgico
- ênfase no risco reprodutivo ;
- institucionalização de capacidade de treinamento, com ênfase particular no setor público, e desenvolvimento de múltiplos espaços de treinamento regionais e no interior;
- aumentar o treinamento clínico sobre o DIU e enfatizar o desenvolvimento de infraestrutura de planejamento familiar, em oposição a treinamento pré-serviços (pre-service) ou durante o serviço ou formação em pós-graduação.²⁰⁵ (tradução livre)

Inicialmente, a JHPIEGO tinha como proposta inicial o treinamento de profissionais em sua sede em Baltimore, Estados Unidos. Segundo o relatório, a ênfase atribuída ao trabalho apenas com organizações não governamentais era reflexo da prática já concretizada de sua financiadora, a USAID, diante das dificuldades em se relacionar com o setor público no âmbito de políticas e ações de planejamento familiar. O “treinamento durante o serviço” de profissionais em planejamento familiar no Brasil ocorria também unicamente por meio de organizações não governamentais. Por fim, a JHPIEGO estabeleceu-se em universidades para incluir o tema do planejamento familiar nos currículos de medicina e enfermagem.²⁰⁶

²⁰⁴ LASSNER, Karen Johnson. *Evaluation of the Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)-Brazil Country Study*. USAID, 1991.p.vii Em www.usaid.gov Acesso em 03/07/2012

²⁰⁵ *Ibidem*

²⁰⁶ *Ibidem*

Entre as diversas estratégias de ação do JHPIEGO, estavam em primeiro lugar, o treinamento em serviço na JHPIEGO/ Baltimore. A JHPIEGO treinou médicos de destaque em cursos na área de saúde reprodutiva sediados em Baltimore. Esses médicos, em seguida, realizaram programas de treinamento fora dos Estados Unidos. Os cursos habilitavam os médicos para a utilização de laparoscópios que eram doados pelo programa. Ao todo 219 médicos receberam este tipo de formação, muitos deles professores universitários.

Em segundo lugar, o Treinamento em serviço no CPAIMC, com ênfase na Esterilização Cirúrgica Voluntária. Ocorreu nas instalações do CPAIMC e funcionou no período de 1979 a 1989. Consistia no treinamento de cirurgiões, equipes de enfermagem e anestesistas que atuavam em conjunto na realização de laparoscopias e minilaparoscopias para os que desejavam a ligação tubária. Vale destacar que o foco da realização da laparoscopia sempre foi a realização da esterilização cirúrgica. Quando, em meados de 1984, a percepção que já haviam sido treinados uma quantidade considerável de profissionais na utilização do laparoscópio, mudou-se a ênfase de treinamento para o minilaparoscópio. Tal mudança gerou insatisfação entre os médicos, que afirmavam que a laparoscopia permitia o diagnóstico de diversos problemas no campo da saúde reprodutiva. Essa mudança, junto com a diminuição do financiamento da USAID/JHPIEGO, levou ao fim do programa em 1989.

Entre 1979 e 1989, os números de profissionais de saúde treinados em planejamento familiar e equipamentos fornecidos por meio do convênio JHPIEGO-CPAIMC foram de 600 médicos, 125 anestesistas, 350 enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem e o fornecimento de 300 laparoscópios, além de contratos de reparos e manutenção.

Uma terceira forma de ação da JHPIEGO foi o treinamento ‘pré-serviço’ junto a universidades. O projeto se intitulava Programa Educacional em Saúde Reprodutiva (*Reproductive Health Education Program - REHEP*), e funcionou entre 1981 e 1986. Atendeu 1240 estudantes de medicina e 550 estudantes de enfermagem nos centros de formação: Hospital Maternidade Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará; Centro de Estudos e Pesquisas Clovis Salgado, ligado à Universidade Federal de Minas Gerais; e o Instituto de Saúde Reprodutiva de Santa Maria, da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul.

Por fim, a JHPIEGO promoveu o Treinamento de Treinadores para o Programa de Saúde da Mulher do Setor Público, o PAISM. Em articulação com o PAISM, o programa tinha como proposta de formar treinadores que atuassem nas unidades de atendimento do programa no país. As despesas seriam custeadas pelo Fundo de População das Nações Unidas, pelo Banco Mundial, e outros fundos do Ministério da Saúde.

A nova orientação de atuação do JHPIEGO se explicava, em primeiro lugar, pela proposta inicial da USAID diante de organizações não governamentais locais, que era a de fornecer financiamento até que estas adquirissem autonomia e sustentabilidade. Outro motivo para o distanciamento do setor privado era a progressiva aproximação do Estado brasileiro com medidas de planejamento familiar.²⁰⁷

Sobre o CPAIMC especificamente, vale citar o que foi apresentado no relatório, especialmente no campo do treinamento ‘em serviço’ entre 1979 e 1989. O CPAIMC era definido como:

Uma liderança no movimento do setor privado do planejamento familiar²⁰⁸, 1) tornou os serviços de esterilização voluntária cirúrgica de intervalo (ECV) disponíveis no Brasil em instituições públicas e privadas e presumivelmente reduziu a taxa de cesáreas onde importantes programas foram implementados; 2) expandiu os serviços a áreas mais pobres do país; 3) criou clínicas que puderam ser usadas como laboratórios de treino para outros programas do JHPIEGO e ; 4) introduziu a tese de que todas as mulheres devem ter acesso a todos os métodos disponíveis²⁰⁹

O relatório finalizava argumentando que talvez o maior legado da articulação entre o JHPIEGO e o CPAIMC teria sido a formação e treinamento de médicos ginecologistas e obstetras que, a partir daquele momento, se dispuseram a encarar favoravelmente o planejamento familiar, profissionais estes que já estavam alcançando importantes níveis de influência como professores universitários, funcionários de altos postos em saúde no Estado e lideranças locais e nacionais nas áreas de ginecologia e obstetra, especialmente junto a associações profissionais da área.²¹⁰

Frequentemente ocorriam sobreposição de atividades entre as diversas entidades internacionais que atuavam no Brasil. Merece destaque os problemas entre a JHPIEGO e a Associação para a Esterilização Cirúrgica Voluntária (AVSC):

No início da década de 1980, as atividades entre as duas organizações eram bem coordenadas: JHPIEGO apoiava o treinamento, com ênfase na esterilização cirúrgica voluntária [...], enquanto a AVSC fornecia apoio para a prestação do serviço de EVC. Assim que a AVSC iniciou o treinamento em minilaparoscopia, problemas surgiram pois cada uma utilizava padrões de treinamento diferentes. Por exemplo, JHPIEGO realizava o treinamento em minilaparoscopia no CPAIMC por meio do uso de pistolas e aplicação de anéis de silástico. Ao mesmo tempo, a AVSC promovia o treinamento em minilaparoscopia junto aos afiliados da ABEPF com ênfase no método

²⁰⁷ *Ibidem*

²⁰⁸ O texto usa o termo *Brazil's private sector Family planning movement*.

²⁰⁹ LASSNER, Karen Johnson. *Evaluation of the Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)-Brazil Country Study*. *op.cit*

²¹⁰ *Ibidem*

tradicional de ligação, que não se baseia em itens caros e importados. Em conseqüência, as organizações de planejamento familiar brasileiras receberam mensagens confusas sobre os métodos idéias para a ligação tubária por minilaparoscopia.”²¹¹

Diante das querelas que envolviam a esterilização cirúrgica permanente, os representantes do JHPIEGO optaram por se distanciarem dos debates sobre o tema, projetando a imagem de que sua preocupação era unicamente a saúde reprodutiva.²¹²

O relatório afirmava que as lideranças do CPAIMC pagaram alto preço por seu pioneirismo na introdução da esterilização cirúrgica voluntária de intervalo por meio do laparoscópio. Naquele momento se sentia isolada devido a falta de apoio nacional e de apoio internacional, diante da retirada de recursos da USAID de entidades não governamentais de saúde.

CPAIMC, in particular, feels it has paid a very high price in terms of its own public image for the pioneering work in VSC it carried out as a result of JHPIEGO training and now feels somewhat isolated as - in response to A.I.D.'s instructions to promote NGO self-sufficiency - JHPIEGO has withdrawn its support.²¹³

O relatório ainda argumentava que, diante do novo desafio de se inserir no processo de organização do setor público na área de planejamento familiar, começava a estabelecer contato com as lideranças de saúde em nível estatal.

Em um balanço das ações da JHPIEGO junto ao CPAIMC, avaliou-se que o maior impacto das suas ações foi, especialmente, a formação de pessoas que mais tarde ocupariam postos chaves nas áreas de saúde do estado. No que tange a institucionalização de serviços de planejamento familiar no Rio de Janeiro, ressalta um certo fracasso, diante da incapacidade do CPAIMC obter outras fontes de recursos, de se articular efetivamente com o sistema público de saúde e de adquirir autonomia financeira para o seu sustento. Por fim, ressaltava que o clima nacional para que o envolvimento do programa em ações de esterilização cirúrgica se tornava insustentável, percepção que era compartilhada por outras instituições financiadas pela USAID.

²¹⁴

Em 1986, o INAMPS passaria pela primeira vez a permitir que os seus médicos receitassem o uso de pílulas anticoncepcionais. Na solenidade de lançamento da iniciativa, Fernando Gabeira, então da coligação PT-PV, declarava que, pela primeira vez, “o Estado leva

²¹¹ *Ibidem*

²¹² *Ibidem*, p.vii

²¹³ *Ibidem*

²¹⁴ *Ibidem*

em conta a participação das mulheres e pretende dar assistência respeitando as características da população em cada região.” Outras manifestações de apoio surgiram da Deputada Lucia Arruda, do PT, e de representantes do PCdoB e do PCB.²¹⁵ Por volta de 1987, reconhecendo o futuro encerramento dos financiamentos externos das atividades do CPAIMC, integrantes do centro já buscavam alternativas para a obtenção de sustentação financeira de suas atividades.²¹⁶

2.8 - A criação da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF)

Lia Aguinaga relata que, durante os primeiros anos do CPAIMC, foram realizadas muitas atividades de treinamento e formação para atuação no centro e chegou a fazer um estágio de um mês de duração em planejamento familiar no Chile.²¹⁷

A técnica do laparoscópio, em fins da década de 1970 e início da década de 1980, estava sendo difundida em diversos países, como a Índia e países da América Latina. Médicos ligados ao CPAIMC foram convidados pela Universidade Johns Hopkins para irem aos Estados Unidos receberem o treinamento. O CPAIMC recebeu laparoscópios e passou a realizar treinamento para médicos de todo o Brasil.²¹⁸ Por meio da ABEPF, que funcionava anexa ao CPAIMC, os profissionais do CPAIMC, com recursos do JHPIEGO, puderam viajar pelo Brasil para a promoção da qualificação de profissionais no uso do equipamento.

Em relatório sobre as atividades e sobre a criação da ABEPF, a entidade foi descrita pela necessidade de uma associação que congregasse e representasse os interesses das diversas entidades privadas e sem fins lucrativos que atuavam na promoção do planejamento familiar e no controle da natalidade:

Acreditando que necessitavam de uma organização que representasse os seus interesses, eles se mobilizaram para criar, durante um encontro patrocinado pela JHPIEGO, uma organização que representasse tais interesses. A rede institucional que resultou do encontro levou à criação da ABEPF – a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar – com 130 afiliados, em sua maioria instituições privadas e sem fins lucrativos. Entre elas incluíam mais de uma dúzia de centros inter-regionais de treinamento que foram criados como parte das iniciativas da JHPIEGO. Durante meados dos anos 1980, configuraram-se como espaços de treinamento prático, em especial para a laparoscopia, após os profissionais

²¹⁵ PLANEJAMENTO familiar do INAMPS dará ênfase à proteção da mulher. O Globo. 28/05/1986

²¹⁶ LASSNER, Karen Johnson. *Evaluation of the Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)-Brazil Country Study*. op.cit

²¹⁷ Entrevista realizada com Lia Aguinaga em 03/09/2012, Rio de Janeiro, RJ

²¹⁸ Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman em 08/11/2012, Rio de Janeiro, RJ

treinados no CPAIMC completavam seus treinamentos no próprio CPAIMC. Praticamente todos os centros de treinamento do JHPIEGO se tornaram receptores de assistência da Family Planning International Assistance (FPIA), Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC) e Development Associates, Inc. (DA)²¹⁹

No processo de treinamento e expansão da experiência construída no CPAIMC para o resto do Brasil, a ABEPF passou a reunir 140 entidades de planejamento familiar. A ABEPF reuniu diversas entidades de planejamento familiar no Brasil, promovia treinamento de recursos humanos em saúde materno infantil e utilização do laparoscópio, com base no *know-how* do CPAIMC. Outra vinculação da ABEPF foram as universidades e centros dentro de universidades. A BEMFAM nunca se associou a ABEPF.²²⁰

A ABEPF surgiu, segundo Kaufman e Lia Aguinaga, como uma entidade com o objetivo de definir protocolos de ação na área de planejamento familiar, diante da falta de legislação e marcos legais.²²¹

Segundo relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, publicado em 1993, as atividades da ABEPF eram as de treinamento de profissionais de saúde em técnicas de esterilização, promoção de entendimentos com o setor público, divulgação de técnicas e de material em contracepção, publicação na imprensa nacional e internacional sobre temas de população. Ainda no relatório da CPMI, consta-se que a ABEPF recebeu 139 mil dólares do *The Pathfinder Fund* para a publicação de artigos sobre população.²²²

De acordo com a Berquó (1987) que descreveu a criação da ABEPF a entidade foi organizada em 1981, sem fins lucrativos e a mais importante instituição do gênero na América Latina, com os objetivos de:

Organizar e promover um programa de iniciativa privada (...) para a prestação de serviços de planejamento familiar, a nível nacional, segundo um plano operacional centralizado, de forma a assegurar sua eficiência e eficácia, mas adaptado às necessidades regionais e locais.

Desenvolver normas, rotinas e procedimentos recomendáveis à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil;

Influir para a criação de uma política favorável à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil, objetivando a revisão da legislação e códigos de ética em vigor e propondo modificações compatíveis.²²³

²¹⁹ LASSNER, Karen Johnson. *Evaluation of the Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)-Brazil Country Study*. op.cit

²²⁰ Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman em 08/11/2012 no Rio de Janeiro, RJ

²²¹ *Ibidem*

²²² BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

²²³ BERQUÓ, Elza. “Sobre a política de planejamento familiar no Brasil.” op. cit

Ainda segundo Berquó, a ABEPF fornecia apoio material, financeiro e político para as entidades de planejamento família afiliadas. Cada clínica filiada recebia:

equipamentos para instalação de laboratórios e consultórios, material didático e artefatos contraceptivos. A formação de profissionais especializados em planejamento familiar [estava a cargo] do CPAIMC. O corpo de profissionais que integra[va] uma clínica – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administradores – [era] enviado à organização para preparo técnico. Enquanto o CPAIMC opera[va] como repassador de recursos vindos do exterior, a ABEPF atua[va] como um verdadeiro sindicato de suas filiadas, dando respaldo jurídico principalmente nas questões relacionadas com a esterilização, tanto feminina quanto masculina, principal conduta contraceptiva adotada por suas clínicas”²²⁴

Amélia Kaufman e Lia Kropsch ressaltam, no entanto, o que para elas seriam importantes especificidades da BEMFAM em relação ao CPAIMC e à ABEPF: a primeira era diretamente financiada e vinculada com a *International Planned Parenthood Federation*, com atuação em todo Brasil e voltada unicamente, até a década de 1980, para o planejamento familiar. Suas articulações eram, fundamentalmente, com estados e municípios, para a realização de programas na área de planejamento familiar. Recebeu recursos da USAID principalmente via IPPF.²²⁵ Contudo, como já foi demonstrado no capítulo anterior, a quase totalidade dos recursos destinados ao controle populacional no mundo subdesenvolvido tinham como fontes a USAID e o *Population Council*.

A ABEPF foi presidida por Elsimar Coutinho, da Bahia, que foi inquirido na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito iniciada em 1991. Em 1987, contava com a seguinte composição: Elsimar Coutinho, presidente; Ronald Berret Bossemeyer, 1º vice-presidente; José Weydson de Barros Leal, 2º vice-presidente; João Fernando Góis, 1º secretário; Sílvia Bonfim Hyppolito, 2ª secretária.²²⁶

A ABEPF produziu um periódico intitulado *Cadernos ABEPF*, em que publicava manuais e orientações em métodos de orientação em técnicas contraceptivas, DIUs, diafragmas, preservativos, espumas, pílulas hormonais e também formas de comunicação em planejamento familiar. O volume 3, de 1987, possuía ilustrações de como comunicar coletivamente e individualmente os métodos contraceptivos, o funcionamento do corpo humanos, etc. Os

²²⁴ *Ibidem*

²²⁵ Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman em 08/11/2012 no Rio de Janeiro, RJ.

²²⁶ ABEPF. *Manual para utilização de materiais de informação e orientação em planejamento familiar Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1987

Cadernos ABEPF de 1986 descreviam os diversos procedimentos e rotinas para a aplicação de métodos contraceptivos e atendimento aos pacientes.²²⁷

Também data de 1986 o volume dos Cadernos Abepf intitulado *Manual de Geração e Captação de Recursos*, em que explicava as diversas formas de obtenção de recursos para as clínicas e hospitais filiados à ABEPF. Dividiu-as em geração de recursos próprios, através da cobrança de serviços pela clínica ou hospital de planejamento afiliado. Captação de recursos privados, em que explicava toda a rotina, técnicas e procedimentos para obter financiamento junto a doadores, empresas ou indivíduos. E captação de recursos públicos, em que apresentava as possíveis fontes de recursos oficiais, como municípios, convênios com o INAMPS, bancos públicos e ministérios.²²⁸

Em 1989, foi publicado um livreto, traduzido da versão original em inglês, do *Population Reference Bureau*, que mostrava as razões para se adotar o planejamento familiar. A publicação iniciava argumentando que a Constituição brasileira consolidava o planejamento familiar como um direito e tornava-se assim obrigação dos profissionais de saúde fornecer informações e métodos adequados para as famílias do país. Afirmava a necessidade do planejamento familiar diante da pobreza em que o mundo passava e como era importante o espaçamento entre as gestações para a saúde do filho mais velho:

o irmão mais velho terá maiores probabilidades de viver, caso o seu irmão mais novo nasça com um intervalo maior do que dois anos. Um espaçamento maior entre os partos oferece à criança a oportunidade de iniciar melhor sua vida, principalmente por aumentar suas condições nutricionais antes e após o nascimento.²²⁹

Outro ponto que merece destaque diz respeito a parte sobre esterilização permanente. Segundo a publicação, tratava-se do método mais utilizado do mundo, argumentavam, de simples execução, e que, ao contrário do que diziam boatos, não se caracterizava como castração nem levava à frigidez ou impotência.²³⁰

Outro livreto, traduzido pela ABEPF, *Anticoncepção: boatos e realidade*, tratava, como o título sugere, de esclarecer à população sobre métodos anticoncepcionais, procurando se contrapor às críticas em torno deles. Sua introdução dizia:

²²⁷ ABEPF *Manual de normas, rotinas e procedimentos em planejamento familiar clínico*. Cadernos ABEPF. Rio de Janeiro: ABEPF, 1986.

²²⁸ ABEPF. *Manual de geração e captação de recursos*. Cadernos ABEPF. Rio de Janeiro: ABEPF, 1986.

²²⁹ ABEPF. *Anticoncepção: uma visão geral*. Cadernos ABEPF. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989. p.6

²³⁰ *Ibidem*. p.12

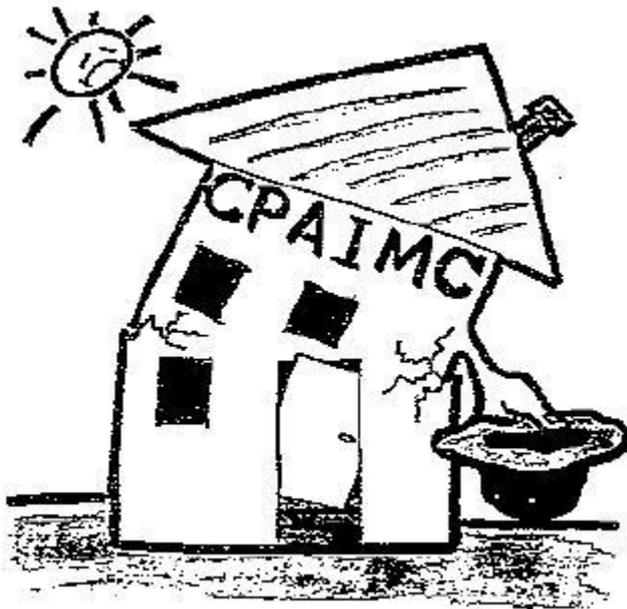
Na medida em que avançam os conhecimentos científicos a respeito das técnicas da anticoncepção, fica cada vez maior a distância que nos separa de um passado marcado por dúvidas e incertezas, Vai longe o tempo em que a utilização dos anticonceptivos era vista como uma opção de riscos (...). A sociedade evoluiu. Planejar a família, hoje, é sinônimo de segurança e saúde.²³¹

Diante de tantas críticas que o CPAIMC recebeu, com relação a esterilização cirúrgica, Lia Aguinaga e Amélia Kaufman afirmaram que elas, assim como o Centro de maneira geral, sempre buscaram proceder corretamente na informação aos pacientes para a escolha dos diversos métodos de contracepção: inicialmente, os clientes eram dispostos em reuniões de grupos, seguidas de entrevistas individuais para a realização de anamnese e, mais tarde, entravam em contato com as enfermeiras sobre os métodos escolhidos. Contudo, afirmam que a posição do CPAIMC não era a regra. Era comum, mesmo em grandes centros como São Paulo, o uso indevido de procedimentos de informação aos pacientes sobre métodos contraceptivos assim como outras formas incorretas de proceder com relação à higienização de aparelhos de laparoscopia.²³²

²³¹ ABEPF. *Anticoncepção: boatos e realidade. Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989

²³² Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman em 08/11/2012 no Rio de Janeiro, RJ.

2.9 – A Crise do CPAIMC no final da década de 1980



Charge do CPAIMC, O Globo, 29/01/1991

Em 1986, a UFRJ requisitou à diretoria do CPAIMC a liberação do Hospital São Francisco de Assis. Em seu ápice, em 1982, contou com 300 funcionários e, ao final, possuía apenas 13 unidades. Em 1990, o CPAIMC lutava por sua sobrevivência. Com recursos internacionais já cessados e com a dificuldade de obter recursos internamente, diante do processo de expansão do PAISM (que será tratado no 4o capítulo) e da falta de interesse que órgãos privados e estatais possuíam em se vincular a uma instituição cujo nome estava vinculado à realização de esterilizações cirúrgicas, a sede do CPAIMC já não era mais o Hospital São Francisco de Assis. Funcionava, naquele momento, na Avenida dos Italianos, Coelho Neto, subúrbio do Rio de Janeiro, desde 1987. Em meados de 1982, contava com unidades em 23 favelas e parcerias com a Fundação Leão XIII e a Secretaria Municipal de Saúde.²³³ No seu ápice, chegou a possuir 44 unidades espalhadas por áreas pobres da cidade. Na passagem da década de 1980 para a década de 1990, contava com apenas 12. No final de 1990, o convênio estabelecido com o INAMPS havia sido encerrado. A esperança de Hélio

²³³ CENTRO de Saúde quer ampliar atendimento. O Globo. 15/07/1982 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 02/08/2014.

Aguinaga era que se firmasse um convênio com o Sistema Único de Saúde, que havia sido organizado.²³⁴

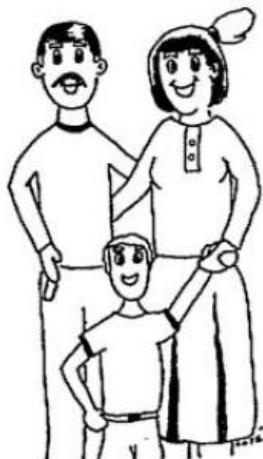
Em 1991, o CPAIMC já havia fechado todas as suas clínicas situadas em locais pauperizados da cidade do Rio de Janeiro, finalizado todas as suas ações de treinamento e funcionava apenas na sua sede.²³⁵ Abaixo está uma das diversas propagandas encontradas no período para a divulgação das atividades do CPAIMC quando passava por dificuldades financeiras:



CPAIMC

VOCÊ JÁ PENSOU EM PLANEJAR O FUTURO? A SUA SAÚDE? A SUA FAMÍLIA?

O CPAIMC se propõe, com a sua longa experiência, a ajudá-lo nesta tarefa de organizar a sua vida oferecendo serviços em:



PLANEJAMENTO FAMILIAR
Todos os métodos anticonceptivos

GINECOLOGIA
Preventivo do câncer genital

PRÉ-NATAL
Diagnóstico de gravidez

PEDIATRIA
Nebulização

CLÍNICA MÉDICA
Pressão arterial

CIRURGIA AMBULATORIAL
Curativos

Mais ainda: **ULTRASSONOGRRAFIA**
EXAMES LABORATORIAIS

Preços módicos - 2ª a 6ª feira
**CENTRO DE PESQUISAS DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA
À MULHER E À CRIANÇA**
Av. dos Italianos, 1280 - Coelho Neto
Telefones: 372-7418 e 372-1781

Propaganda do CPAIMC, O Globo, 24/05/1992

²³⁴ CPAIMC faz 21 anos assistindo e pesquisando mulher e criança. O Globo, 25/01/1991 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 02/08/2014.

²³⁵ CENTRO luta por recursos para atendimento. O GLOBO, 16/02/1990 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 02/08/2014.

Na avaliação de Lia e Amelia Kaufman, o fim do CPAIMC se deveu fundamentalmente à dificuldade de captar recursos internamente diante das orientações internacionais de que os empreendimentos locais de planejamento familiar e contracepção deveriam obter autonomia financeira. Em um contexto em que as atividades do CPAIMC cada vez mais eram alvo de controvérsias, poucos foram os parceiros que tinham interesse em se vincular com uma entidade acusada, ao longo da década de 1980, de promover a esterilização em massa de mulheres.²³⁶ A criação de uma CPMI para investigar a incidência da esterilização em massa em mulheres pobres e negras no Brasil, assim como a criação do SUS, devem ser compreendidas no rol de elementos que levaram ao fim do CPAIMC. As oposições ao CPAIMC, assim como a CPMI sobre a esterilização em massa de mulheres serão foco do quarto capítulo desta tese.

2.10 – Conclusão

O objetivo deste capítulo foi demonstrar a estrutura e funcionamento do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança. Como verificado acima, a prática da esterilização cirúrgica voluntária foi amplamente realizada pelo centro. O número de esterilizações, os indícios de metas estabelecidas para as enfermeiras, as metas estabelecidas internacionalmente sobre as entidades privadas nacionais como um todo, tudo isso fazia com que o CPAIMC, assim como outras entidades congêneres, se consubstanciassem em centros importantes de difusão e execução de uma ideologia controlista, que denominamos de ‘ideologia contraceptiva’.

Por mais que um rol de serviços fosse oferecido à clientela feminina, há indícios de que a quase totalidade dos serviços prestados eram relativos ao planejamento familiar. Ao mesmo tempo, verificamos como a ABEPF se constituiu como um braço de ação externa do CPAIMC no treinamento e difusão de técnicas de contracepção, especialmente no treinamento para o uso do laparoscópio. No próximo capítulo, focarei sobre os fundamentos ideológicos sobre os quais repousavam as atividades do CPAIMC tendo como ênfase o pensamento e a ação do CPAIMC e de Hélio Aguinaga, seu criador e diretor geral.

²³⁶ Entrevista realizada com Lia Aguinaga e Amélia Kaufman em 08/11/2012 no Rio de Janeiro, RJ.

Capítulo 3

Como se constrói uma ideologia contraceptiva? Os fundamentos de existência do Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança.

3.1 – Introdução

Como visto no primeiro capítulo, foi importante o papel de intelectuais locais no processo de difusão das ideias sobre planejamento familiar e da ideologia contraceptiva no Brasil. Contudo, longe de ser um conjunto coeso de ideias importadas, assumiu no Brasil uma miríade de versões, que dialogavam diretamente com os debates locais sobre contracepção, aborto e nascimentos de uma forma geral. No segundo capítulo, analisei como surgiu e como funcionou o CPAIMC, entidade sediada no Rio de Janeiro sob coordenação de Hélio Aguinaga. Dando prosseguimento à reflexão, neste capítulo buscarei compreender os fundamentos ideológicos sob os quais repousavam o CPAIMC.

Meu objetivo neste capítulo não é compreender o CPAIMC e Hélio Aguinaga como repetidores de orientações e visões controlistas vindas de entidades internacionais que financiaram as atividades do Centro. A ideologia contraceptiva de Hélio Aguinaga foi mediada por elementos próprios de sua trajetória médico-profissional, assim como o CPAIMC absorveu elementos que circulavam internacionalmente, como as ideias de atenção primária em saúde e a integralidade, conferindo uma roupagem específica para tais visões. Tratava-se, assim, de um

espaço ambivalente em que visões normativas sobre como lidar com populações pobres se mesclavam com ideais progressistas que circulavam no período.

Seguindo essa orientação, consideramos que o discurso público de Hélio Aguinaga expressava os fundamentos de existência das atividades do CPAIMC, conferindo um caráter socialmente engajado para a prática de controle social da pobreza por meio da ação sobre o corpo feminino, que funcionava a partir de financiamento direto de entidades internacionais.

Como fonte, utilizarei suas manifestações públicas expressas em jornais do período, com destaque para o *Jornal do Brasil*, e entrevistas concedidas por ocasião da pesquisa e material produzido pelo próprio médico. Importante ressaltar o cuidado que o recurso a entrevistas e à produção bibliográfica própria de Hélio Aguinaga exige na busca de conferir sentido histórico ao processo de construção ideológica que justificava a ação do CPAIMC. Nesse sentido, o recurso a tais fontes devem, é claro, ser problematizados.

As manifestações de Aguinaga na imprensa escrita do período de fins da década de 1970 e da década de 1980, são fontes importantes para compreendermos o empreendedorismo moral de Hélio Aguinaga em prol das atividades do CPAIMC. Alguns aspectos desse empreendedorismo podem ser descortinados investigados à luz da sua biografia e/ou quando cotejados com processos históricos mais amplos aos quais estão articulados. Essa será a orientação deste capítulo. Por outro lado, outros aspectos deverão ser analisados à luz das próprias práticas e das estruturas de financiamento do CPAIMC.

Ao recorrer às memórias de Aguinaga, é importante estarmos atentos à crítica ao anacronismo, expressa por Bourdieu, quando afirma que o passado, na confecção de biografias, frequentemente surge como “um todo, um conjunto coerente e orientado, que pode e deve ser apreendido expressão unitária de uma intenção, subjetiva e objetiva, de um projeto.”²³⁷

Nas memórias de Hélio Aguinaga, tanto escritas como relatadas oralmente, seu passado profissional foi organizado e sistematizado a partir de dois principais campos de luta. O primeiro deles foi relativo às suas contendas com a Universidade Federal do Rio de Janeiro para a manutenção do Hospital Geral São Francisco de Assis. A segunda foi no campo do planejamento familiar no Rio de Janeiro e no Brasil, por meio da existência do CPAIMC. A

²³⁷ BOURDIEU, Pierre. “A Ilusão Biográfica” In AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes. *Usos & Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996. p.184

“luta” que permeou ambos os processos teriam se dado contra as oposições natalistas que não concordavam em inserir o planejamento familiar no rol de práticas de saúde materno infantil.²³⁸

Para o interesse deste trabalho, enquanto esforço histórico, assumindo o rigor da crítica às fontes, cabe-nos compreender que, no processo de construção/forjamento de uma imagem e um passado sobre si mesmo desvelam-se o não dito, as contradições e as relações sociais em que estava inserido. Enfim, as ideologias que permeavam o seu discurso.

Feitas essas considerações, como metodologia para a narrativa deste capítulo, diversos temas em que Hélio Aguinaga se manifestou publicamente nas décadas de 1970 e 1980 na mídia de grande circulação foram elencados, de modo a apresentar a sua visão no período em que estava à frente do CPAIMC. Contracepção, aborto, planejamento familiar, subdesenvolvimento, são alguns dos posicionamentos públicos do médico. Em um segundo momento, serão analisados, a partir das narrativas de Aguinaga, orais e escritas, os fundamentos de sua vida em que repousavam tais posições. É importante ressaltar que não me prenderei a uma ordem estritamente cronológica. O interesse é fornecer um arcabouço contextual em que a vida, a trajetória profissional e o pensamento de Hélio Aguinaga se inserem e refletir em que medida conferem significado ao seu discurso, ideológico, de legitimação, funcionamento e existência do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança, foco deste trabalho

3.2 – Hélio Aguinaga: esboço biográfico

Hélio Aguinaga seguiu a carreira médica de seu pai, Armando Aguinaga, que nasceu em 1890 no Rio de Janeiro. Armando Aguinaga ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com 16 anos, em 1906, concluindo o curso em 1911. Durante o curso, atuou na Santa Casa de Misericórdia, sob a supervisão de Barata Ribeiro, Pais Leme e Carvalho de Azevedo. Após seu casamento, mudou-se para o interior de São Paulo, e mais tarde, já com quatro filhos, retornou ao Rio de Janeiro.²³⁹

Segundo Hélio Aguinaga, Armando Aguinaga era um dos únicos médicos da cidade de Lençóis Paulista, o que o obrigava a lidar com diversos tipos de patologias e atender pessoas

²³⁸ AGUINAGA, Hélio. *Recuso-me a esquecer: memórias de um médico*. Rio de Janeiro: Lidador, 2006. p.93

²³⁹ AGUINAGA, Hélio. “A Família” In *Armando Palhares Aguinaga: Centenário de Nascimento*. Rio de Janeiro: Lidador, 1990.

de todas as classes sociais. Ao chegar ao Rio de Janeiro com seus filhos e esposa, ingressou no Hospital da Gamboa e, sob a supervisão de Nabuco de Gouvêa, chefe do Serviço de Ginecologia e Cirurgia, assumiu a função de médico assistente não remunerado. Também atuava em consultório particular no centro da cidade.²⁴⁰

Anos mais tarde, Armando Aguinaga seria convidado por Nabuco de Gouvêa, que também possuía o cargo de professor substituto da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, para ingressar no recém-criado Serviço de Ginecologia, 8ª Enfermaria do Hospital São Francisco de Assis, no início da década de 1920. Entre as diversas questões médicas com as quais Armando Aguinaga se envolveu no Hospital São Francisco destaca-se o câncer ginecológico.²⁴¹ Segundo Teixeira (2010), Armando Aguinaga foi um dos pioneiros, no Brasil, da radioterapia para o tratamento do câncer do colo do útero e no desenvolvimento de pesquisas sobre o tema.²⁴² Em 1926 Armando Aguinaga assumiria a chefia da 8ª enfermaria.²⁴³

Nas memórias de Hélio Aguinaga, vale destacar o fato de que o trabalho dos médicos do Hospital São Francisco não era remunerado, o que permaneceu até o momento em que o Hospital passou para a responsabilidade da Universidade do Brasil, atual UFRJ, em 1946. Armando Aguinaga, quando passara dos 70 anos, foi informado por Hélio Aguinaga que sua situação como funcionário do HESFA se tornara irregular. Armando Aguinaga, então, requereu sua demissão de todas as funções que desempenhava. Hélio Aguinaga foi, em seguida, nomeado no seu lugar para a chefia da 8ª Enfermaria.²⁴⁴

Hélio Aguinaga nasceu em 1916, no interior de São Paulo, em Lençóis Paulista, mas, quando criança, foi para o Rio de Janeiro em 1922. Um entre muitos filhos, completou sua formação ginásial em 1933 e, no ano seguinte, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro.²⁴⁵

A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro tem sua origem na criação das duas escolas médicas do Brasil com a chegada da família real ao Brasil em 1808 e a necessidade de se estabelecer uma estrutura científica e administrativa na nova sede do Império e no Brasil em

²⁴⁰ AGUINAGA, Helio. *Recuso-me a esquecer... op. cit.* p. 25

²⁴¹ SERTÀ, Sylvio Lengruher. “Atividades Científicas” In *Armando Palhares Aguinaga: Centenário de Nascimento*. Rio de Janeiro: Lidador, 1990.

²⁴² TEIXEIRA, Luiz Antônio. “O controle do câncer no Brasil da primeira metade do século XX.” In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, sup.1, jul.2010. p.13-31.p.28

²⁴³ AGUINAGA, Helio. “O Médico” In *Armando Palhares Aguinaga: Centenário de Nascimento*. Rio de Janeiro: Lidador, 1990.

²⁴⁴ Entrevista realizada com Hélio Aguinaga em 31/08/2012, Rio de Janeiro, RJ

²⁴⁵ AGUINAGA, Helio. *Recuso-me a esquecer: memórias de um médico. op.cit.*

geral. Nesse momento foram criadas a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro e a Escola de Cirurgia da Bahia, em Salvador.²⁴⁶

Durante a sua formação, teve contato com o Hospital São Francisco de Assis onde assistiu disciplinas como a de Otorrinolaringologia, Clínica Propedêutica Médica, Doenças Tropicais e Urologia. Àquela época o quadro da faculdade contava com nomes como Clementino Fraga, Oswaldo de Oliveira, Heitor Annes Dias, Juvenil da Rocha Vaz, Afranio Peixoto e Aloysio de Castro. Aguinaga atuava como interno, em dias alternados, na Maternidade Thompson Motta (19ª Enfermaria do Hospital São Francisco de Assis) e na Casa de Saúde São José.²⁴⁷ Aguinaga, quando ingressou na faculdade de medicina, foi trabalhar com seu pai que chefiava a 8ª Enfermaria, o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.²⁴⁸

Devido às relações de seu pai com Fred Soper, Hélio Aguinaga, ao se formar, obteve financiamento da Fundação Rockefeller para continuar seus estudos nos Estados Unidos. Ingressou na Universidade de Michigan e, até 1942, realizou seu estágio no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da instituição. Àquele momento, Fred Soper, médico sanitarista ligado à fundação Rockefeller atuava no Brasil desde a década de 1927. Nesse ano, Soper foi nomeado chefe do escritório regional da Fundação Rockefeller, situado no Rio de Janeiro. Atuou, na década de 1930 como Diretor do Serviço Cooperativo de Febre Amarela no Brasil. No Brasil, Soper atuou nas iniciativas de combate à febre amarela e ao mosquito veto da malária, o *Anopheles Gambiae*. Segundo Magalhães (2013), durante a década de 1930, Soper desenvolveu laços estreitos com médicos e sanitaristas no Brasil.²⁴⁹

A proximidade entre seu pai e Soper foi explicada por Hélio Aguinaga devido às ações da Fundação Rockefeller no processo de institucionalização das escolas de enfermagem no Brasil. Nesse processo, o Hospital São Francisco de Assis foi escolhido como o campo de atuação das enfermeiras formadas na Escola Anna Nery. Seu pai, àquele período, era o chefe da maternidade do Hospital. Ao retornar ao Rio de Janeiro, Hélio Aguinaga passou a atuar no Hospital Escola São Francisco de Assis, vinculado à Universidade do Brasil e atendia em consultório particular. Em 1974, Hélio Aguinaga foi nomeado para integrar a comissão brasileira para a Conferência de Bucareste sobre População, defendendo uma divisão de

²⁴⁶ Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. In Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 28 julho. 2013. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

²⁴⁷ AGUINAGA, Helio. *Recuso-me a esquecer...* op.cit. p.51

²⁴⁸ *Ibidem*

²⁴⁹ MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Campanha Continental para a Erradicação do Aedes Aegypti da OPAS e a Cooperação Internacional em Saúde nas Américas (1918-1968)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2013. p.2

recursos entre países para o financiamento de políticas de controle populacional para países que não tivessem condições financeiras. Ao mesmo tempo, defendia a centralização de todos os recursos internacionais destinados ao controle populacional em um fundo único.²⁵⁰ Hélio Aguinaga assumiu a chefia da 8ª Enfermaria do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), na área de ginecologia em 1975, logo após seu pai, Armando Aguinaga, ter se aposentado devido à sua idade.²⁵¹

Helio Aguinaga como seu pai, Armando Aguinaga, construiu sua carreira médica vinculado ao Hospital São Francisco de Assis. Para Hélio Aguinaga, as atividades de planejamento familiar e do CPAIMC como um todo significavam a extensão de um tipo de medicina por ele definido como ‘medicina dos pobres’, que, segundo ele, era o foco do Hospital Escola São Francisco de Assis junto ao qual o CPAIMC se vinculou no início das atividades da entidade nos anos 1970.²⁵²

Em suas memórias, Aguinaga argumentava que, em sua vida, havia percebido que existiam duas “medicinas absolutamente separadas, a medicina dos ricos e a medicina dos pobres, a primeira baseada no dinheiro e a segunda na caridade.”²⁵³ Afirmava que o tipo de medicina de ricos era centrada na remuneração dos serviços prestados, o que poderia, às vezes, gerar abuso por parte dos médicos. Por outro lado, na medicina dos pobres, baseada na caridade e não no interesse financeiro, e fazia com que médicos dispusessem de seu tempo para atividades de atendimento a populações sem recursos. Remontava ao juramento de Hipócrates – que obrigava os médicos de tratarem gratuitamente os pobres –, passando pelos hospitais das ordens religiosas no século XVII, chegando até o funcionamento do Hospital São Francisco de Assis.²⁵⁴

A partir da década de 1930, a ‘medicina dos pobres’ passou a dialogar diretamente com as formas de acesso a direitos sociais e de saúde vinculados ao acesso ao trabalho legalmente reconhecido. Nesse sentido, ‘medicina dos pobres’, como veremos adiante, era a forma de atender aqueles não assistidos pela rede hospitalar formal vinculada ao Ministério da Previdência Social. Também focaremos esta concepção de atendimento médico em seu diálogo com as políticas no campo da saúde e assistência médica nos tempos da ditadura militar,

²⁵⁰ CONTROLE da População é Problema Social. *In O Globo*, 15/08/1974. Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 02/08/2014.

²⁵¹ AGUINAGA, Hélio. *Recuso-me a esquecer... op. cit.*

²⁵² *Ibidem*, p.95

²⁵³ AGUINAGA, Helio. *Recuso-me a esquecer... op. cit.* pp. 93-95

²⁵⁴ *Ibidem*.

articulando, a partir dos relatos do próprio Hélio Aguinaga, as relações entre este tipo de atendimento e a medicina privada em ascensão no período.

3.3 – A preocupação com o aumento populacional e o controle da natalidade

Segundo a reportagem de 1965 intitulada “Juristas e Médicos Opinam Sobre o Controle Artificial da Natalidade”, publicada no jornal O Globo em 23 de novembro, Aguinaga reconhecia a chegada e a importância de grupos internacionais que aqui se estabeleceram para a consolidação da preocupação da explosão demográfica no país:

Há pouco mais de uma dezena de anos o problema da natalidade começou a se colocar no Brasil, não por iniciativa nossa, mas por inspiração de alguns estrangeiros talvez com espírito mais realista. Grupos de missionários protestantes foram acusados de estar ‘esterilizando’ a mulher brasileira no sertão de Goiás e Maranhão: ensinavam o uso de métodos anticoncepcionais. Desencadeou-se uma vaga emocional que tomou conta do país, insuflada pelos ‘ufanistas da explosão demográfica’. Argumentava-se não haver motivo para modificação da política de expansão populacional, porque: 1) não há problema de superpopulação; 2) o Brasil ainda é um país subpovoado; 3) o crescimento da população brasileira não agrava a superpopulação mundial; 4) o crescimento demográfico natural é um elemento positivo do desenvolvimento econômico, etc ²⁵⁵

Hélio Aguinaga se posicionava favoravelmente às teses de que o Brasil ocorria um excesso populacional. O artigo, publicado no jornal O Globo, prosseguia sobre a visão do médico:

O Prof. Hélio Aguinaga defende o controle da natalidade e cita várias razões, ressaltando como principais, as consequências desastrosas da explosão demográfica no mundo, que reputa como problema dos mais importantes da atualidade, e a necessidade de planificação da família, que precisa melhorar pela qualidade e não pela quantidade. ²⁵⁶

Treze anos mais tarde, em 1978, em entrevista realizada para o Jornal O Globo, noticiou-se sobre Aguinaga:

A seu ver, em termos de realidade brasileira, é necessário ‘frear um pouco a fertilidade, para que o país possa processar o seu desenvolvimento econômico ordenadamente, pois isto não será possível enquanto a massa populacional cresce desordenadamente, demandando cada vez mais escolas, assistência

²⁵⁵ JURISTAS e médicos opinam sobre o controle artificial da natalidade. O GLOBO, 23/11/1965 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 03/08/2014.

²⁵⁶ *Ibidem*

médica.’ (...) Sugere para o Brasil duas premissas: não limitar todas as mulheres em idade fértil; e utilizar todos os métodos não-compulsórios ao alcance da medicina, desde as pílulas, até os dispositivos intrauterinos ou esterilização²⁵⁷

Para Aguinaga, todos os métodos, desde que não compulsórios, seriam válidos para a este empreendimento. Mas frequentemente Aguinaga ressaltava a necessidade de diferenciar controle da natalidade do planejamento familiar propriamente dito. Segundo ele,

Controle de natalidade é política de governo, de natureza compulsória que – por razões econômicas – procura induzir uma comunidade a conter os nascimentos, com objetivo de baixar a taxa de crescimento demográfico. Planejamento familiar é uma decisão livre e voluntária do casal, que recebe informações, educação, saúde e assistência na área de reprodução, concernente tanto à contracepção quanto à infertilidade, para que decida responsabilmente o número da prole, em função da capacidade de criá-la condignamente. Usado, sobretudo, como instrumento de saúde.²⁵⁸

No entanto, segundo Aguinaga, a questão do planejamento familiar para a população pobre poderia ser dissociada de uma questão populacional. Nesse sentido, as teses sobre o preenchimento de espaços vazios do Brasil como uma questão de soberania e desenvolvimento, usadas por aqueles que se opunham ao controle da natalidade, não se opunham à necessidade de se implementar políticas de planejamento familiar. Para ele:

Quando se fala em planejamento familiar surge logo nossa capacidade territorial, que pode abrigar perfeitamente três ou quatro vezes a população atual. Mas a questão central não é de quantidade e, sim de qualidade.²⁵⁹

Os princípios sobre a qualidade da população nos remetem às concepções acerca dos males do Brasil no início do século XX, em que médicos sanitaristas ressaltavam a doença como a pobreza como males para a construção do país. Na década de 1910, foi lançada a campanha pelo saneamento do Brasil e, em 1918, a Liga Pró-Saneamento.²⁶⁰

²⁵⁷ TÉCNICO quer planejamento familiar gradual. O GLOBO, 8/10/1978 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 04/08/2014.

²⁵⁸ ENTREVISTA de Hélio Aguinaga para a Folha de Londrina, 9/12/1979

²⁵⁹ DEBATE sensato: Congresso médico apoia família planejada. In VEJA. Rio de Janeiro, 4 de agosto de 1983 Acervo digital <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx> Acesso em 5/08/2014

²⁶⁰ KROPF, Simone. Doença de Chagas, Doença do Brasil: Ciência, Saúde e Nação (1909-1962). Tese (Doutorado em História Social) Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2006

É importante lembrar as ideias de Miguel Pereira, Roquette-Pinto e de Monteiro Lobato. Ao primeiro se atribui a frase do Brasil como um “vasto hospital”.²⁶¹ A obra de Monteiro Lobato nos remete ao personagem do Jeca Tatu, criado em 1914 e concebido como o caboclo brasileiro, indolente e incapaz de se adaptar à civilização. Após a criação da Liga Pró-Saneamento, esta percepção sofreria uma inflexão, em direção à ideia de que o Brasil não *era* doente, mas *estava* doente.²⁶² Como nos mostra Vanderlei de Souza:

Monteiro Lobato ressuscitaria o seu personagem ao afirmar que “o Jeca não é assim; está assim”. Informado pelo movimento sanitário, que agora proclamava a doença e a falta de higiene como os grandes inimigos do sertanejo, Lobato concluía que o homem do interior possuía “ótimas qualidades de resistência e adaptação”. O “pobre caipira” teria as mesmas virtudes encontradas no italiano, no português e no espanhol. Mas sua riqueza de energia existia apenas em “estado de possibilidade”, na medida em que o caboclo estava “amarrado pela ignorância e falta de assistência às terríveis endemias que lhe depauperam o sangue, caquetizam o corpo e atrofiam o espírito. O caipira não é assim. Está assim. Curado, recuperará o lugar a que faz jus no concerto etnológico”²⁶³

Na argumentação de Hélio Aguinaga, os debates sobre qualidade da população, que remetem a percepções eugênicas, articulava-se também com os debates que a miséria se inseria em um círculo vicioso de subdesenvolvimento:

Precisa-se de população maior e mais constituída de indivíduos sadios, bem alimentados e com grau de instrução capaz de preencher os requisitos de qualificação dos diversos níveis de atividade. Quem pode ser contra, por acaso, a condições que deem ao país perspectivas de poder, ao preenchimento de espaços vazios por atividade agropecuária desenvolvida, à distribuição racional da população em todo o território nacional, e outras estratégias capazes de fazer com que a sua voz seja respeitada dentro do coro de nações mais adiantadas? [...] O fator demográfico não é, sem dúvida, o único nem o mais importante fator casual do ciclo vicioso da miséria, cuja saída é a morte, mas o seu equacionamento é imprescindível para se chegar a uma solução. [...] Não é difícil de se conjecturar, também, o impacto que representa o crescimento demográfico nas necessidades adequadas de alimentos e habitação, e na demanda de cuidados de saúde.²⁶⁴

²⁶¹ *Ibidem*, p.180

²⁶² SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *Em Busca do Brasil: Edgard Roquette-Pinto e o retrato antropológico Brasileiro*. (1905-1935). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. 2011

²⁶³ *Ibidem*. p.144

²⁶⁴ AGUINAGA, Hélio. *População*, 07/07/1979 In *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Rio de Janeiro, 1980

Percebe-se que a interrupção do ciclo da miséria, para Hélio Aguinaga, ocorreria apenas por meio da melhoria da qualidade dos indivíduos, esta que se daria através da melhoria das condições de saúde e os tornariam mais produtivos e capazes, de fato, com os desafios nacionais que o próprio preenchimento de espaços vazios representava. O ciclo vicioso da miséria deveria ser encarado a partir de um esforço do governo em que o “controle reprodutivo” das populações miseráveis deveria ser uma chave de intervenção. Em suas palavras:

O grupo socioeconômico de menor renda, eufemismo para miséria, contribui com alta proporção par morbi-mortalidade devido à falta de assistência hospitalar adequada, falta de controle reprodutivo, recursos econômicos para alimentação, habitação, educação, etc... Consequentemente, ficam cativos de um ciclo vicioso de subdesenvolvimento caracterizado pela pobreza, ignorância, excessiva fertilidade, subprodutividade, doença e sua única saída é a morte. Para quebrarmos esse ciclo vicioso é necessário o impacto de ações sobre cada um de seus componentes de forma coordenada e permanente. Como vemos, é um programa do governo e a longo prazo. Um componente desse ciclo vicioso (...) é a fertilidade em excesso. Três ações podem ser desencadeadas a fim de minimizar os seus efeitos: uma política populacional adequada, o planejamento familiar e a assistência materno-infantil.²⁶⁵

A fertilidade excessiva era relativizada por Aguinaga. Tratava-se de um argumento que contribuía para o aumento da pobreza,

Sem dúvida, não é o fator demográfico o único, nem o mais importante para a satisfação dessas necessidades. A principal contradição se encontra entre a magnitude das necessidades e as condições de vida diversas a que estão sujeitos extensos setores da população; mais ainda, a inércia que representa o déficit de miséria a que está submetida por tanto tempo essa população, torna-a incapaz fisiologicamente de aproveitar as oportunidades que se lhe ofereça²⁶⁶

Na verdade, as teses sobre o círculo vicioso da pobreza, da miséria e da doença circulavam internacionalmente desde a década de 1960. Dois grandes representantes dessas teses foram Gunnar Myrdal e Ragnar Nurkse.²⁶⁷ O primeiro, em diversas ocasiões ressaltava a

²⁶⁵ AGUINAGA, Hélio. *População* 07/07/1979 In AGUINAGA, Hélio. *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Op. cit

²⁶⁶ AGUINAGA, Hélio. “Perspectivas demográficas para o futuro – soluções possíveis.” Conferência realizada na Universidade de Washington, St. Louis, Estados Unidos. Década de 1978. Arquivo Hélio Aguinaga

²⁶⁷ Sobre o tema do ciclo vicioso da pobreza e do subdesenvolvimento, ver MYRDALL, Gunnar. *Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas*. Rio de Janeiro: Instituto Superior de Estudos Brasileiros, 1960. Outro artigo em que Myrdall aborda os aspectos econômicos da saúde, tratando sobre a ideia de um círculo vicioso é MYRDALL, Gunar. “Os Aspectos Econômicos da Saúde” In *WHO Chronicle*. vol6, n78, agosto de 1952.

importância das condições de saúde precária para a manutenção desse círculo, que diminuía a produtividade do trabalhador e impedia assim, a ação do fator humano em prol do desenvolvimento econômico:

Grandes massas da população dos países subdesenvolvidos sofrem de subnutrição, mal nutrição e outras deficiências graves nos seus padrões de vida, em particular com a falta de estruturas de saúde e de educação, e com péssimas condições de vida e de saneamento. Esses elementos enfraquecem seu preparo e habilidade para trabalhar e para trabalhar com intensidade e eficiência. Tudo isso obstrui a produção e indica que medidas para aumentar a renda e os padrões de vida das massas aumentariam o crescimento da produção.²⁶⁸

Como se pode perceber, a argumentação sobre o círculo vicioso da pobreza e do subdesenvolvimento e o papel da saúde e da fertilidade em excesso não deve ser concebido de forma isolada. Mesclam-se argumentos sobre o círculo vicioso do subdesenvolvimento, em que a saúde detém um papel fundamental, elementos eugênicos sobre a qualidade da população e a preocupação com a fertilidade em excesso, como expressão desse ciclo. Todos esses temas circulavam na agenda internacional e nas argumentações que fundamentavam a preocupação com o excesso populacional do chamado terceiro mundo. A saída seria a minimização da questão populacional por meio da política populacional (política de controle da natalidade), o planejamento familiar e a assistência materno-infantil.

A solução que emergia da constatação de que o mundo passava por um excesso populacional e que o Brasil seguia o mesmo caminho, num círculo vicioso da pobreza, era a implementação do planejamento familiar, que diferia do controle da natalidade. Aguinaga argumentava que o Controle da Natalidade se caracterizava como política de governo,

de natureza compulsória que por razões econômicas procura induzir uma comunidade a conter os nascimentos, como objetivo de baixar a taxa de crescimento familiar. Planejamento Familiar é uma decisão livre e voluntária do casal, que recebe informações, educação e assistência na área de reprodução, concernente tanto à contracepção como à infertilidade, para que decida de forma responsável o número da prole em função da capacidade de criá-la condignamente e usado, sobretudo, como instrumento de saúde.²⁶⁹

²⁶⁸ MYRDALL, Gunar. *World Development*, Vol.1, nº 11, Novembro de 1972

²⁶⁹ AGUINAGA, Hélio. *População* 07/07/1979 In AGUINAGA, Hélio. *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Op. cit

3.4 – A defesa da ação de entidades não estatais para o planejamento familiar.

Como vimos anteriormente, logo no início do regime militar, em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que dividiam as contribuições e redes de atendimento entre as diversas categorias formais de trabalho, foram unificados em torno do Instituto Nacional de Previdência Social, que passava a centralizar as contribuições, serviços de saúde e atendimento médico.²⁷⁰

Para Aguinaga, uma medicina voltada para os pobres não deveria assumir um viés paternalista e estava em sintonia com as mudanças ocorridas desde a implantação do regime militar, quando se assistiu um aumento da medicina privada. Segundo ele, era impossível o Estado se responsabilizar pela saúde de todas as famílias do Brasil. O Brasil possuía três subsistemas de saúde: o primeiro era focado na faixa mais carente da população das cidades, baseado no seguro social e sob a responsabilidade dos governos e com papel de destaque dos hospitais e fundações de caridade; o segundo, tinha como alvo as populações rurais e de pequenas cidades, naquele momento precário. O terceiro era o setor privado e semiprivado de saúde, que atendia às classes médias, médias-altas e ricas da população.²⁷¹

Aguinaga considerava que qualquer forma de cobrir por completo a população pobre por parte do Estado seria uma atitude paternalista. Em sua avaliação, com o aumento da população no Brasil obrigaria o aumento de investimentos em infraestrutura social, de modo a manter um atendimento que, naquele momento, já era precário.

O seguro social, nome genérico para todas as entidades governamentais de prestação de serviços de saúde e previdência, cobre com cuidados de saúde, hoje, uma percentagem elevada da população que, em alguns países, chega a 80%. Essa necessidade de estender sua ação sobre parcela ponderável da comunidade tornou sobremodo paternalista a intervenção do Estado e criou uma situação insustentável e um problema de difícil solução para a saúde. Não há governo que possa, de forma ilimitada e permanente, responsabilizar-se sozinho pela atividade de saúde da família, se não houver um comprometimento substancial e uma motivação profunda da coletividade em que se vai atuar; os resultados podem ser compensados a curto prazo, mas, com a

²⁷⁰ ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. “As Origens da Reforma Sanitária e o SUS.” *op. cit.* p.61

²⁷¹ Aguinaga, Helio. “Saúde da Família: evolução no último século”. Baltimore: Johns Hopkins University, s/d In AGUINAGA, Helio. *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Rio de Janeiro, 1980. Mais tarde, em suas memórias, declararia que os “planos de saúde privados, como empresas que visam lucro, procuram obter o máximo de rentabilidade explorando o médico com pagamentos irrisórios dos seus atos e, de certa forma, iludindo os segurados”, o que demonstra, nos parece, uma certa inflexão em suas opiniões sobre a medicina privada. AGUINAGA, Helio. *Recuso-me a esquecer: memórias de um médico. op.cit.*

diminuição do apoio oficial, mais cedo ou mais tarde, tornar-se-ão inoperantes²⁷²

Considerava então que era necessário hierarquizar os serviços, com oferecimento de atenção em nível primário para melhorar o que ele chamou de saúde familiar.²⁷³ Em palestra ministrada nos EUA na década de 1970, no contexto de criação do CPAIMC, ressaltou que o continente se situava em um quadro preocupante e lembrava a velocidade em que a população de países desenvolvidos dobrava, em curtos espaços de tempo. Aguinaga defendia que a maioria dos serviços de saúde demandados pelas populações carentes poderiam ser facilmente resolvidos nos níveis primários, sem a necessidade de uma estrutura hospitalar e de atendimento médico.²⁷⁴ Para Aguinaga, esta seria também a forma de frear o crescimento populacional, por meio de ações regionalizadas e de cuidados primários.²⁷⁵

Na verdade, sua concepção de medicina assistencial para as populações mais pobres se vinculava diretamente com o processo que se desenvolvia durante a ditadura militar de expansão do sistema de saúde privado, analisado no capítulo 2. Não se tratava, assim, de compensar deficiências e ausências do Estado. Ao contrário, a medicina voltada para as populações mais pobres assumia uma função dentro da estrutura que se organizava. Ao mesmo tempo, a proposta de hierarquização dos serviços se assentava adequadamente sobre esta base, na medida em que a crença de que era não necessário oferecer serviços de maior complexidade para populações carentes.

3.5 – A tradição médico-normativa para as populações pobres do Rio de Janeiro

As características do Hospital São Francisco de Assis, assim como a configuração campo da ginecologia e obstetrícia durante o período de formação médica de Hélio Aguinaga, na década de 1930, são essenciais para compreendermos os fundamentos em que repousavam as ações do CPAIMC. Em primeiro lugar, faz-se necessário compreendermos a história do referido hospital. Foi neste hospital que Aguinaga iniciou sua trajetória médica e onde trabalhou. Ainda, foi junto ao Hospital São Francisco de Assis que o CPAIMC foi iniciado.

²⁷² *Ibidem* p.54

²⁷³ *Ibidem*

²⁷⁴ Entrevista realizada com Helio Aguinaga em 31/04/2012 no Rio de Janeiro, RJ.

²⁷⁵ AGUINAGA, Hélio. “Perspectivas demográficas para o futuro – soluções possíveis.” Conferência realizada na Universidade de Washington, St. Louis, Estados Unidos. 1978. Arquivo Helio Aguinaga

A origem do Hospital São Francisco de Assis remete à constituição de hospitais filantrópicos na segunda metade do século XIX. Quando da sua criação, o Brasil e o Rio de Janeiro destacavam-se pela má qualidade de seus hospitais. Segundo Sanglard (2005), ao longo do século XIX surgiram diversos hospitais no Rio de Janeiro, com preeminência da Santa Casa da Misericórdia na prestação de atendimentos públicos.²⁷⁶ Destacam-se, também, entre hospitais abertos a toda a população, o Hospital dos Lázaros, que cuidava da lepra, o Hospital São Sebastião, e a Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Todos esses hospitais forneciam atendimento gratuito às populações carentes da cidade. Nas primeiras décadas do século XX, novos hospitais abertos ao público geral foram criados, como o São Zacharias, dentro do complexo da Santa Casa da Misericórdia, e a Policlínica de Botafogo.²⁷⁷

O início do Hospital São Francisco de Assis remonta à criação, no Rio de Janeiro, do Albergue de Mendigos, em 1854. Sua atribuição principal era a de recolher durante a noite a população que residia nas ruas e espaços públicos da cidade. Em seguida, tinha a função de encaminhar os que estivessem aptos ao trabalho para a Casa de Correção²⁷⁸ e os que estivessem doentes para a Santa Casa da Misericórdia. Com o passar do tempo, passou a acolher os chamados 'alienados mansos', que não eram aceitos no Hospício Pedro II. O Albergue de Mendigos estava subordinado ao Chefe de Polícia da Corte.²⁷⁹

A partir de 1879, o Albergue passou a se chamar Asilo de Mendicidade, funcionando em situação precária, sobrevivendo com dificuldades financeiras e dependente de ajuda filantrópica. Continuava recebendo, segundo Silva Júnior, pessoas portadoras de enfermidades mentais e doenças incuráveis, assim como pessoas vindas da Casa de Detenção da cidade. Tal situação se manteve até 1895, quando voltou à sua atribuição inicial de acolhimento de 'indigentes' moradores de ruas dos dois sexos e maiores de idade. A partir de então passou a se chamar Asilo São Francisco de Assis, o que permaneceu até fins da década de 1910 e início da década de 1920, quando da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.²⁸⁰

²⁷⁶ Como mostra Sanglard, a Santa Casa da Misericórdia consistia em um complexo que abrangia o hospital geral, os Hospícios para alienados Pedro II, São Joao Batista da Lagoa, Nossa Senhora da Saúde e Nossa Senhora do Socorro e o Hospital Nossa Senhora das Dores. Cf. SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Filantropia, mecenato e práticas científicas - Rio de Janeiro (1920-1940)*. Dissertação (Doutorado em História das Ciências da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, 2005. pp.137 e 139

²⁷⁷ *Ibidem*. pp. 135-140

²⁷⁸ SILVA JÚNIOR, Osnir Claudiano da. *Do asylo da mendicidade ao hospital escola São Francisco de Assis: a mansão dos pobres*. op. cit. p.67

²⁷⁹ *Ibidem*

²⁸⁰ *Ibidem*

Segundo Silva Júnior (1997), com base em Foucault, o Asylo da Mendicidade assumia função de instrumento de intervenção médica, apesar de inicialmente sob a jurisdição da polícia. Foi construído com base em presídios europeus e sua localização assumia um caráter estratégico, por estar situado na região que passava a ser denominada de Cidade Nova, na região do aterrado do Mangal, estando assim afastado do centro da cidade. Essas características eram importantes, na medida em que este local poderia ser considerado um foco irradiador de miasmas.²⁸¹

A própria região em que se localizava era tradicionalmente um local de grande população de pessoas consideradas rejeitadas, nas ruas ou em outras instituições: prostitutas, mendigos, e doentes. Situava-se também em proximidade com a Casa de Correção, na Rua Frei Caneca.²⁸² Em 1920, por meio de decreto presidencial e após autorização do Congresso, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, o DNSP, que, segundo Hochman (2013), significaria um “esforço regulador do Governo Central”, redefiniria e alargaria sua autoridade no campo da saúde adentro dos estados. Segundo o autor, com a ampliação da ação do governo central na área de saúde dentro dos estados e, especialmente, nas áreas do interior, tratava-se de um momento chave para a constituição do poder público e consolidação da autoridade do Estado sobre o território nacional e, por meio da interação entre agentes do governo central com políticos, autoridades e populações locais, assinalava “a penetração do Poder Público em territórios onde a doença era diagnosticada como resultado justamente de sua ausência.”²⁸³

Neste contexto, contudo, devem também ser evidenciadas as atividades do DNSP nas cidades. Especialmente no Distrito Federal, diversas atividades e instituições presentes passaram para a subordinação do DNSP. A implementação de serviços destinados especificamente ao Distrito Federal se explicam, pela trajetória de doenças que grassavam a cidade do Rio de Janeiro, com destaque para a febre amarela, a tuberculose. Vale lembrar que, anos antes, o Rio de Janeiro havia sido palco da temida gripe espanhola que causou um elevado número de mortes.

O Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado em 1920, tendo Carlos Chagas como seu primeiro diretor. Significou um processo de reformas no sistema sanitário fruto da

²⁸¹ *Ibidem*, p 44

²⁸² *Ibidem*

²⁸³ HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 2013. p.172, 173

atuação do chamado movimento pelo saneamento do Brasil. Nas palavras de Simone Kropf (2006) este movimento:

Reuniu médicos, cientistas, intelectuais e políticos em torno da ideia de que o atraso do Brasil face às nações consideradas civilizadas não era resultado do clima tropical ou da composição racial de sua população, mas dos prejuízos causados pelas endemias rurais à produtividade do trabalho e do descaso do Estado com as populações do interior. Tal diagnóstico, fundamentando-se sobretudo nos relatos produzidos pelas expedições científicas do IOC [Instituto Oswaldo Cruz], contrapunha-se à visão idílica do interior do país e de seus habitantes propugnada pela literatura romântica e mesmo pelo discurso médico. Como movimento político – associado a outros movimentos de cunho nacionalista, como as sociedades eugênicas –, ele se traduziu na reivindicação de que o Estado brasileiro aumentasse seu poder de intervenção no campo da saúde pública.²⁸⁴

O Hospital São Francisco de Assis se tornou subordinado ao Serviço de Assistência Hospitalar do DNSP. Foi escolhido a partir de um acordo com a prefeitura do Distrito Federal, proprietária do então Asylo São Francisco de Assis que foi adaptado para os novos fins. Segundo Silva Júnior (1996), o DNSP tinha o objetivo de “estabelecimento de hospitais e pavilhões que, provisórios, mas imediatamente, [alojassem] 400 enfermos”²⁸⁵

Com sua nova subordinação, o hospital passou a se chamar Hospital Geral São Francisco de Assis (HGSFA), com apoio financeiro da Fundação Rockefeller. Esta fundação também apoiou a criação da Escola de Enfermeiras, que passou a funcionar contiguamente ao HGSFA. As enfermeiras em formação na Escola de Enfermeiras necessitavam de cumprir, inicialmente, oito horas diárias no Hospital Escola.

Na busca de compreender a relação entre a criação do HGSFA e da Escola de Enfermeiras com o projeto de saúde do DNSP, Silva Júnior argumenta que:

O eixo da higienização da sociedade também se mantém forte no discurso e nas práticas do DNSP. Era preciso vencer as doenças do atraso e da ignorância da população através de estratégias que, superando a etapa da 'polícia sanitária' pudessem ganhar colaboração das pessoas para o projeto sanitário. Neste projeto, o Hospital e o Serviço de Enfermagem eram peças fundamentais.²⁸⁶

A estrutura da saúde consolidada no Brasil a partir do primeiro governo de Getúlio Vargas, de 1930, quando se estabeleceram dois ministérios responsáveis pela saúde: o

²⁸⁴KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. op. cit. pp.179-180

²⁸⁵SILVA JÚNIOR, Osnir Claudiano da. *Do asylo da mendicidade ao hospital escola São Francisco de Assis: a mansão dos pobres*. Op. cit.

²⁸⁶ *Ibidem*, 76

Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública. Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), criou-se, naquele momento, o formato jurídico e institucional de assistência médica individual e previdenciária, e que se tornaria a base dos serviços públicos de saúde no Brasil.²⁸⁷ Tal estruturação, que restringia o acesso à rede de assistência médica quase exclusivamente aos trabalhadores urbanos inseridos no mercado formal, foi definida por Wanderley Guilherme dos Santos como ‘cidadania regulada’.²⁸⁸ O atendimento à saúde para as pessoas não inseridas no mercado formal, pobres, trabalhadores informais e desempregados, ficavam a cargo do MESP.²⁸⁹ A ‘cidadania regulada’, segundo Wanderley Guilherme dos Santos, consiste em uma concepção:

cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido como norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles que são membros da comunidade que se encontram localizadas em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em leis. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei.²⁹⁰

Nesse sentido, o acesso à saúde previdenciária era restrito a um grupo de pessoas que tinham vinculação direta com trabalhos legalmente reconhecidos. Aqueles que não se enquadravam nessa situação deveriam recorrer a hospitais no âmbito da caridade.

Até meados da década de 1940, o HGSA era um dos maiores hospitais do Rio de Janeiro. Ao atender indivíduos indigentes, o Hospital São Francisco de Assis se focou naqueles excluídos do sistema previdenciário formal de atendimento ambulatorial.

Igualmente importante para compreendermos o pensamento de Aguinaga e, em consequência, os fundamentos ideológicos da constituição do CPAIMC, são as transformações que o campo profissional dos médicos ginecologistas e obstetras passou ao longo do século XX

²⁸⁷ LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira; HOCHMAN, Gilberto. “A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica.” In LIMA, Nísia Trindade, GERSCHMAN, Sílvia, EDLER, Flavio Coelho, SUÁREZ, Julio Manuel. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005: p.41

²⁸⁸ SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. apud LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto, 2005. *op. cit.* p.41

²⁸⁹ LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria O.; HOCHMAN, Gilberto. “A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica.” *op. cit.*

²⁹⁰ SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro. Ed. Campus, 1979. p.75

no Brasil. Como será analisado adiante, este grupo, a partir da segunda metade do século, incorporará as ideias acerca da superpopulação global e da preocupação com o excesso populacional no Brasil.

Mas apesar de um apoio oficial à procriação e a defesa da natalidade entre diversos setores da sociedade, como os médicos, temas como aborto e a contracepção já eram debatidos desde a década de 1910. E, através da análise de revistas especializadas, como a *Annaes Brasileiros de Gynecologia*, que passou a ser publicada em 1936, Rohden demonstra que havia dissenso na questão. No seu primeiro volume, a revista expressava o ponto de vista de Francisco Carvalho de Azevedo, que defendia a contracepção em diversos tipos de casos, como socioeconômicas, médicas ou eugênicas.²⁹¹ Em 1932, em artigo intitulado “A Contracepção, ‘Birth-Control’ ou Neo-Malthusianismo”, Afrânio Peixoto saía em defesa do controle de natalidade como uma opção ao aborto criminoso. Após discorrer sobre as diversas práticas anticoncepcionais, desde “ocupação, para os dois sexos, que os [distraiam] da obsessão sexual”, leitões separados, até os meios mecânicos como os protetivos (preservativos) argumentava:

Estamos numa alternativa hipócrita e funesta, ou corajosa e sã: ou a prostituição, o adultério, o aborto...ou o birth control, a contracepção, o neo-malthusianismo até que o filho querido, desejado, possível seja achado...O meio pra facilitar isso será a discutir; para nós agora cumpre remover o crime do aborto./ Para se evitar o aborto, com que até as leis condescendem, e ao qual até a justiça fecha os olhos já vendados, permita-se a anti-concepção, a birth control, honrada e protegida a maternidade, procurada e consciente. Nem obstinação, nem hipocrisia: conformidade e razão.²⁹²

Afrânio Peixoto, médico, era um representante do pensamento eugenista difundido no Brasil nas décadas de 1920 e 1930 que, segundo Nancy Stepan, possuía influência neolamarckiana. Preocupado com a identidade racial e a saúde da nação, esse pensamento atribuía à ciência o dever do progresso racial e nacional.²⁹³ Nesse sentido, a contracepção defendida por Peixoto era também uma medida eugênica, que visava receber o “filho ideal”. Vale ressaltar a presença do pensamento eugenista entre os meios dos médicos obstetras e ginecologistas.

²⁹¹ ROHDEN, Fabíola. *A Arte de Enganar a Natureza: op. cit.* pp. 111-113

²⁹² PEIXOTO, Afrânio. “A Contracepção, ‘Birth-Control’ ou Neo-Malthusianismo” In *Revista de Medicina Legal e Identificação*. Rio de Janeiro, 1932. Pp.25-33

²⁹³ STEPAN, Nancy Leys. *A Hora da Eugenia: raça, ciência e nação na América Latina. op. cit.* p.21

3.6 – Integralidade e Atenção Primária em Saúde para mulheres

Dois princípios que fundamentaram os posicionamentos de Aguinaga e justificaram a atuação do CPAIMC foram as ideias de integralidade e da atenção primária em saúde. O CPAIMC, como o próprio nome pressupunha, por oferecer o que seria uma ampla gama de serviços de saúde na área materno-infantil para as populações pobres nas periferias do Rio de Janeiro. Contudo, é necessário se ter em mente os processos e modelos específicos em que tais princípios foram implementados na prática. O que significavam integralidade e atenção primária em saúde na visão do diretor-geral do CPAIMC? Esta é a pergunta que buscaremos responder nesse momento, mobilizando, para tanto, a historicidade de ambos os princípios.

Em 1982, Hélio Aguinaga defendeu os princípios de Alma-Ata em entrevista concedida ao *Jornal do Comércio*. Argumentou que os sistemas de saúde eram dispendiosos e, ao contrário, necessitava-se de serviços menos dispendiosos e menos complexos. Esses sistemas deveriam ter como foco a prevenção e não as doenças.

Em um país como esse, a assistência à saúde sempre esteve concentrada em um sistema dispendioso, voltado para a doença e acessível apenas para a elite; 40 milhões de brasileiros não tem acesso a qualquer serviço de saúde, o que representa 1/3 da população total do país. É preciso implementar o que foi propalado seguidamente pelas autoridades na área de saúde, mas que permanece apenas nas intenções: levar à grande massa populacional um tipo de atendimento menos complexo e menos custoso, mais efetivo e com enfoque preventivo. A verdade é que a educação primária e um programa elaborado com cuidado de assistência primordial de saúde para o campo e zonas urbanas são investimentos que não podem ser negligenciados por nenhum país em desenvolvimento. (...) São conceitos admitidos e aceitos pela totalidade dos especialistas, como ficou bem demonstrado na reunião de Alma-Ata. (...) Entre as atividades necessárias a um programa de cuidados primários deve-se incluir o planejamento familiar.²⁹⁴

Esses princípios defendidos por Aguinaga em 1982 estavam em consonância com as ideias da atenção primária em saúde. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, ocorreram diversas experiências no mundo em desenvolvimento que tinham como fundamento a execução de métodos simples e que pressupunham forte proximidade dos profissionais de saúde com a população atendida. Muitas dessas iniciativas tinham como orientação de que os próprios

²⁹⁴ AGUINAGA, Helio. O modelo econômico marginaliza a pobreza. *Jornal do Comércio*, 28/6/1982. Hemeroteca Digital http://acervo.bn.br/sophia_web/index.html Acesso em 7/08/2014

residentes das áreas atendidas poderiam ser formados em ações de saúde para o fornecimento de serviços. Missionários cristãos, médicos da China comunista, conhecidos como “pés descalços”, diversas foram as experiências de uma medicina que se vinculava diretamente o profissional de saúde com cotidiano do povo atendido, muitas vezes eles eram mesmo residentes da área em que atuavam. Tratavam-se, em suma, de ações de caráter preventivo, de métodos simples, e que se contrapunham aos princípios de transferência de tecnologias médicas, de mobilização de médicos e fornecimento de serviços complexos para as localidades pobres no mundo. Tais medidas eram endereçadas às principais causas da mortalidade percebidas nos países subdesenvolvidos naquele momento, como a subnutrição, doenças respiratórias, diarreias, etc. Com a subida ao cargo de Diretor Geral por Halfdan Mahler, substituindo o brasileiro Marcolino Candau, essas medidas de ações de base ganharam peso na Organização Mundial da Saúde em a partir de 1973, colocando à sua sombra as tradicionais políticas verticais de atuação da entidade, cujo foco eram intervenções pontuais em doenças específicas e quando se iniciaram os esforços de sistematização dos princípios da atenção primária em saúde.²⁹⁵

Estes esforços se consolidaram com a Conferência de sobre Atenção Primária em Saúde, que ocorreu em Alma-Ata em meados de 1978. Vale destacar a avaliação de Cueto sobre os princípios de Alma-Ata. A ideia de “tecnologias apropriadas” foi defendida na conferência, contrapondo-se à ideia de elitismo e normatividade médica e a concepção da saúde como elemento para o desenvolvimento socioeconômico. Tecnologias mais apropriadas significariam menos despesas para os governos, e sugeriu-se ao invés do foco em grandes hospitais, a construção de postos de saúde locais, em áreas pauperizadas ou rurais. Sugeriu-se que esforços intersetoriais, privados e públicos, deveriam ocorrer para a promoção da saúde nos termos do saneamento básico, educação, habitação e consumo de água adequados.²⁹⁶

O planejamento familiar, defendido por Aguinaga como um dos pontos a serem incluídos no rol de medidas de ação primária em saúde para as comunidades, estava contemplado na Declaração de Alma-Ata, que possuía a seguinte redação, na parte que definia o que se entendia por cuidados primários em saúde incluíam:

²⁹⁵ CUETO, Marcos. “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care.” In *American Journal of Public Health*. Novembro, 2004, Vol 94, no 11.

²⁹⁶ *Ibidem*

Educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.²⁹⁷

Além dos princípios da atenção primária em saúde, o princípio da integralidade era utilizados como justificativa para as atividades do CPAIMC. Contudo, o conceito de integralidade em saúde não pode ser compreendido de forma fechada. Uma das primeiras percepções acerca do termo integralidade remete ao movimento pela medicina integral, nos Estados Unidos, e era definida como um tipo de ação médica em que concebia o paciente como um ser integral, que não se resumisse a sistemas biológicos fragmentados que o compunham. Relacionava-se também como movimento da medicina preventiva, que se difundiu nos EUA.²⁹⁸

No Brasil, a ideia de atendimento integral, com foco na saúde da mulher e da criança, obteve na Universidade Estadual de Campinas um espaço de desenvolvimento, a partir de experiências de programas verticais em saúde da mulher. Tratava-se de uma alternativa de menor custo e horizontalizada de prestação de diversos serviços médicos que antes eram feitos isoladamente e que demandavam, cada um deles, equipes especializadas, como o planejamento familiar, o controle do câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, cuidado puerperal, etc. Na década de 1970 foi criado um Laboratório de Tocoginecologia Preventiva. Quando as mulheres se apresentavam para atendimento, eram realizadas palestras informativas, exames gerais, como o preventivo de câncer do colo do útero. Segundo um dos seus idealizadores, o médico Aníbal Faundes, a ideia do laboratório era a de fornecer todos os serviços médicos relativos ao corpo feminino, fossem eles ligados a maternidade ou não.²⁹⁹ Segundo Osis, o conceito de um atendimento integral em saúde da mulher (AISM), de profissionais da Unicamp, representou uma ruptura com os modelos de atendimento médico destinado às mulheres até então. E o

²⁹⁷ OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 16/09/2014

²⁹⁸ MATTOS, Rubem Araújo de. “Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.” s/d Acesso em www.uefs.br em 20/07/2014

²⁹⁹ OSIS, Maria José Martins Duarte. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa* op. cit. p. 56

conceito de saúde integral à mulher, a partir desse modelo, passou a ser amplamente debatido dentro dos movimentos feministas que se organizavam desde a década de 1970.³⁰⁰

Por outro lado, outro movimento importante, que criticava a concepção acima apresentada dizia respeito à constituição das iniciativas relativas à saúde coletiva, que postulavam concepções distintas acerca da ideia de integralidade. Para esse campo que se organizava, a integralidade pressupunha que as práticas de saúde deveriam ser compreendidas como práticas sociais, e vinculavam-se a percepções que, influenciadas por autores com Foucault, questionavam os princípios da autoridade médica, das instituições médicas e do complexo médico-industrial, que englobava indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos e o processo de formação profissional da categoria.³⁰¹

Quando analisamos as ações do CPAIMC para instalação de novas unidades nas comunidades carentes percebemos um distanciamento dos princípios defendidos em Alma-Ata. Hélio Aguinaga, como vimos no capítulo anterior, defendia a ideia de corresponsabilidade, ou seja, a comunidade deveria ser responsável tanto pelo provimento do espaço quanto pela manutenção da estrutura. Contudo, corresponsabilidade difere do princípio da apropriação por parte da comunidade tanto do planejamento, da manutenção quanto da execução dos serviços, tal como defendido no documento de 1978. Outro princípio ignorado nas ações do CPAIMC foi a consideração das formas próprias, técnicas e medidas populares de cura. Tampouco a hierarquia médico-paciente foi questionada. O CPAIMC oferecia um pacote pronto de atenção médica na área de saúde materno-infantil que poderia ser aceito ou recusado, não negociado.

O tema da corresponsabilidade sobre a prestação de serviços se tornou um elemento essencial para a estratégia de ação do CPAIMC nas comunidades em que se instalavam. Segundo Aguinaga, era a forma de que se mantivessem programas assistenciais em comunidades pobres sem que o Estado, incapaz de arcar com tais despesas, fosse onerado. Ao mesmo tempo, era uma forma de lidar com um princípio básico defendido pelas entidades internacionais que financiavam os programas de planejamento familiar, que era a ideia de, progressivamente se promover a sua auto sustentabilidade. Uma fala de Aguinaga expressa bem a questão dos gastos em assistência.

³⁰⁰ *Ibidem*

³⁰¹ MATTOS, Rubem Araújo de. “Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.” Op.cit

Não há governo que possa, de forma ilimitada e permanente, responsabilizar-se sozinho pela atividade de saúde da família, se não houver um comprometimento substancial e uma motivação profunda da coletividade em que se vai atuar; os resultados podem ser compensados a curto prazo, mas, com a diminuição do apoio oficial, mais cedo ou mais tarde, tornar-se-ão inoperantes³⁰²

Na verdade as ações do CPAIMC se aproximavam mais dos princípios da atenção primária seletiva em saúde, defendidos, inclusive, pela USAID, um de seus grandes financiadores. A ideia de atenção primária seletiva em saúde foi uma reação aos princípios consolidados em Alma-Ata e tinha como foco a maximização da relação custo benefício na oferta de serviços de saúde para as comunidades pobres do mundo.³⁰³

3.7 – Debates com o catolicismo e o tema do aborto

Hélio Aguinaga, em suas memórias, sempre se declarou um católico praticante e que nunca assumiu um conflito direto de suas ideias com o catolicismo. Contudo, diversas foram as ocasiões que padres e membros da Igreja se posicionaram contra a atuação do CPAIMC. Em artigo de julho de 1979, argumenta que não eram opostos o planejamento familiar e o catolicismo. Tratava-se, segundo Aguinaga, de uma questão de método e não de objetivos, pois ambos pressupunham a paternidade responsável. Afinal, a Igreja Católica não se opunha ao planejamento familiar propriamente dito, mas apenas aos métodos antinaturais. Ao mesmo tempo defendia que os documentos lançados pela Igreja sobre o tema, pois não tinham caráter normativo e infalíveis, mas sim orientações de conduta.³⁰⁴

Com relação às posições da Igreja Católica, a partir de 1968, com a publicação da Encíclica Humana Vitae, de 1968, passou a convocar o apoio de médicos católicos para legitimar a sua oposição aos métodos artificiais de limitação da natalidade, o que acabava por reforçar a autoridade deste grupo sobre a contracepção.³⁰⁵

³⁰² *Ibidem*

³⁰³ CUETO, Marcos. “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care.” *op. cit*

³⁰⁴ AGUINAGA, Hélio. Religião e Planejamento Familiar. 07/07/1979 In AGUINAGA, Helio. *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Op. cit

³⁰⁵ SOUZA JÚNIOR, Aujôr de. A política demográfica da Igreja e a Medicalização da Contracepção (1960-1980) [Dissertação de Mestrado em História]. Florianópolis: UFSC, 2006.

Outro elemento mobilizado por Aguinaga em suas argumentações e seu empreendedorismo em favor do planejamento familiar era a questão do aborto. Vale ressaltar uma nota publicada pela Folha de São Paulo, em outubro de 1979, apresentando dados citados pelo médico:

30 por cento das gestações terminam aborto; a mortalidade materna, entre nós, é de cinco a oito vezes maior do que nos países desenvolvidos e os custos de assistência obstétrica consomem 46 por cento do orçamento da assistência hospitalar da Previdência Social. Ainda justificando sua tese favorável ao planejamento familiar, o professor Hélio Aguinaga informou que ‘a cada hora falecem 52 crianças menores de um ano, quase uma por minuto, e uma criança que morre é um alívio inconsciente para uma família presa no círculo vicioso da miséria, mas seu dúvida um método cruel e desumano de encontrar uma saída’³⁰⁶

O aborto era um elemento que fundamentava as posições de Hélio Aguinaga que, segundo ele, refletia sua posição como católico. Em 1955, sobre a recente legalização do aborto na União Soviética, Aguinaga declarava sua surpresa e afirmava: “Pessoalmente, sou contra qualquer espécie de aborto, seja ele legal ou ilegal. Considero-o um assassinato, de acordo com o meu ponto de vista de chefe de família e de católico que sou.”³⁰⁷

3.8 – Conclusão:

Quem tem dinheiro, pode comprar todos os métodos anticoncepcionais. O Brasil é o quarto maior consumidor de pílulas anticoncepcionais. O pobre não tem dinheiro sequer para a condução ou o leite de filho, quanto mais para pensar em comprar isso ou aquilo para se proteger durante uma relação sexual? O que nós queremos é trazer melhorias para essas pessoas que vivem mal, em condições subumanas. Não estamos querendo inaugurar bicas em favelas, porque não concorremos a eleições. O certo é que hoje, com tanta crise, tanta falta de recursos, o pobre, ou seja, 63,3% da população brasileira, só tem dois prazeres de graça, sem pagamento de imposto: uma boa praia e relações sexuais com seus parceiros nos finais de semana. Por que ele terá de estar sujeito a por mais um filho no mundo todas as vezes que for buscar um pouco de prazer na relação sexual?³⁰⁸

³⁰⁶ AGUINAGA, Hélio. “Mortalidade Infantil Supera a da África.” FOLHA DE SÃO PAULO, out.1979

³⁰⁷ REPULSA geral à legalização do aborto na União Soviética. O GLOBO, 1/12/1955 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 04/08/2014.

³⁰⁸ DIRETOR do centro nega indução à esterilização. O GLOBO 18/03/1984 . Esta afirmação foi feita em um contexto em que Aguinaga defendia o CPAIMC de realizar indução a esterilizações cirúrgicas. **A reportagem em questão está no anexo 3**

A passagem acima resume bem as contradições em que residiam o discurso de Hélio Aguinaga e as práticas do CPAIMC. Como vimos neste capítulo, tratava-se de um discurso que se construiu a partir de um sentido de missão social, de levar tecnologias contraceptivas e serviços materno-infantis para a população excluída da sociedade brasileira. Ao analisarmos as manifestações públicas de Hélio Aguinaga e ao cotejarmos com sua trajetória de vida, somos capazes de desvelar alguns fundamentos em que residem esse discurso.

Em primeiro lugar, ele estava fundamentado em uma concepção de medicina de caridade, na suposição de que o Estado não fosse capaz de dar conta da assistência da maioria da população, legitimava a ação de agências privadas junto a populações pobres. Como verificado no capítulo anterior, a ação dessas agências eram vinculadas diretamente a financiamento e metas colocadas por entidades internacionais envolvidas com políticas populacionais nos países subdesenvolvidos. E essa percepção da incapacidade do Estado de prestar serviços para a toda a população não deve ser dissociada da expansão da medicina privada como política de Estado durante a ditadura militar.

Em segundo, os princípios de integralidade e da assistência primária em saúde vinculavam-se a princípios normativos médicos sobre a pobreza e sobre as mulheres, estes que se vinculavam a uma tradição médico-normativa que tinha no Hospital São Francisco de Assis e no campo da ginecologia e obstetrícia no Brasil dois espaços de difusão. Vale ressaltar que a fala consistia em uma defesa contra denúncias da prática da indução da esterilização permanente, da qual Aguinaga e o CPAIMC foram alvos frequentes.

Em suas falas também transparecem uma visão verticalizada de assistência que se apropriava do discurso da assistência primária e da integralidade em saúde mas, ao mesmo tempo, distanciava-se dos pressupostos de Alma-Ata em 1978. Segundo Aguinaga, os serviços assistenciais do CPAIMC eram introduzidos nas comunidades pobres apenas após solicitações de moradores. Estes deveriam, acima de tudo, ceder o espaço para a instalação.³⁰⁹ Contudo, na prática, veremos que este procedimento se distinguia da visão amplamente defendida na referida conferência de 1978, que pressupunha a participação da população na promoção da saúde.³¹⁰

³⁰⁹ *Ibidem*

³¹⁰ OPAS/OMS. *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. 1978. <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 16/09/2014

O objetivo deste capítulo foi, de um lado, apresentar a complexidade em que se inseria o que definimos como ideologia contraceptiva. No Brasil, os argumentos controlistas se revestiam de justificativas nacionais: aborto provocado, esterilização pós-cesárea, tradições médicas, tudo isso constituía o corpo de argumentação para a ação verticalizada em saúde materno-infantil em áreas pobres no Rio de Janeiro.

Lia Aguinaga, filha de Hélio Aguinaga, justificava, em suas memórias, que a metas de atuação colocadas ao CPAIMC eram mediadas por interesses próprios.³¹¹ Contudo, mesmo encarado como missão social, obra de caridade ou medicina dos pobres – tal como Hélio Aguinaga a denominava em suas memórias – a síntese desta prática médica de ação vertical sobre os corpos femininos resultou objetivamente em quase 25 mil mulheres esterilizadas em um período de 14 anos segundo fontes próprias fornecidas pelo CPAIMC.

Essa divergência de visão entre os ideólogos e executores do CPAIMC e diversos outros setores, em especial setores da esquerda e de movimentos sociais, levará à criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil, da qual a instituição será objeto de investigação.

³¹¹ Entrevista realizada com Lia Aguinaga em 03/09/2012. Rio de Janeiro, RJ.

Capítulo 4

As oposições ao CPAIMC nas década de 1980 e 1990 **e a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito de** **1991-1993**

4.1 - Introdução

Integralidade, atenção primária em saúde, assistência à mulher e à criança. Todos esses princípios eram mobilizados nos discursos de Hélio Aguinaga em prol das ações do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança. Ao mesmo tempo, cabia a Aguinaga, por meio do CPAIMC, cumprir uma missão frente aos desafios que a miséria, a desnutrição, enfim, que o círculo vicioso da pobreza impunha às populações pobres do Brasil. Levar cuidados primários a essa população miserável, mas, especialmente, levar o planejamento familiar, era tarefa da entidade em seu papel social de sociedade civil sem fins lucrativos, ainda que amparada por somas, muitas vezes volumosas, oriundas de entidades externas.

Conforme as demandas pela redemocratização da sociedade brasileira emergiam e ganhavam corpo, a atuação de entidades como o CPAIMC, a BEMFAM e a ABEPF eram cada vez mais questionadas e a tão almejada autonomia financeira que os doadores internacionais insistiam como norte em seus diversos projetos de financiamento e intervenção para que as entidades privadas nacionais de controle da natalidade alcançassem tornava-se cada vez mais escassos.

Ao mesmo tempo, o direito ao acesso ao planejamento familiar tornava-se cada vez mais um consenso. Mas sob outras bases: não mais um planejamento familiar fornecido por entidades

estrangeiras, com objetivos de frear a natalidade do mundo pobre, mas um planejamento familiar como direito inalienável do casal. Os métodos disponíveis para o controle da fertilidade passavam progressivamente a serem percebidos como técnicas que permitiam às mulheres autonomia sobre o seu próprio corpo e sexualidade.

Era o momento e o dever do Estado, em meados da década de 1980, se posicionar a respeito do planejamento familiar e ocupar o vácuo deixado há anos à livre iniciativa de entidades privadas financiadas com recursos internacionais e de prover às mulheres e às famílias o direito à contracepção e ao planejamento familiar. Foi nesse contexto em que o CPAIMC, BEMFAM e outras entidades de controle da natalidade que atuavam no Brasil passaram a ser questionadas em seus empreendimentos vistos como controlistas.

*

Hélio Aguinaga, ao se recordar sobre os diversos grupos que se opuseram de alguma forma às políticas de planejamento familiar no Brasil desde a década de 1970, deu especial destaque para os militares e a Igreja Católica. Mas ressaltou que os “grupos de esquerda” sempre foram os que mais se opuseram às atividades do CPAIMC.

De fato com o processo de redemocratização do Brasil a partir de fins da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, diversos grupos sociais – entendidos como “esquerda” para Aguinaga – como representantes dos movimentos sanitaristas, movimento negro e feministas – emergiram como protagonistas no cenário político nacional, com especial destaque para o contexto dos debates sobre a nova Constituição, promulgada em 1988. Com o acesso destes setores ao Estado, com especial destaque para o legislativo federal, as oposições políticas às iniciativas privadas de planejamento familiar ganharam mais força, culminando com a criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 1992. Argumento neste capítulo que a CPMI sobre a incidência de esterilização em massa no Brasil expressou novas orientações acerca do planejamento familiar no Brasil, síntese da ação, desde a década anterior, de grupos envolvidos nas lutas pelos direitos reprodutivos e pela reforma sanitária.

4.2 – A Redemocratização e os movimentos feministas nos anos 1980: visões alternativas sobre o corpo feminino

Durante o governo Geisel articularam-se diversos movimentos sociais, que intensificaram a crise do regime ditatorial e pavimentaram o processo de redemocratização. Destacam-se, entre outros, o movimento operário na região do ABC paulista, artistas, intelectuais, estudantes, assim como o movimento operário e os movimentos feministas.³¹²

Com a ascensão de João Figueiredo, ex-chefe do Serviço Nacional de Informações, o SNI, à presidência em 1979, o Brasil prosseguia no processo de abertura política. Intensificam-se as mobilizações populares e, entre os acontecimentos do período, merece destaque o processo de anistia, fruto também de forte demanda popular, sob o lema Anistia, ampla, geral e irrestrita. Em um contexto de crise econômica e financeira, os movimentos sindicais surgem no cenário nacional com força, realizando greves e mobilizações. Em 1983, ocorre o movimento Diretas Já, em prol de eleições presidenciais diretas. Em 1985, com a eleição indireta de Tancredo Neves, que falece antes de tomar posse, chega ao fim a ditadura militar.³¹³

Desde a década de 1960 no Brasil, assistiu-se a um processo de ruptura com o papel da mulher com seu papel apenas de mãe. O contexto foi a sua progressiva entrada no mercado de trabalho e inovações médicas, como a chegada das pílulas anticoncepcionais, proporcionando maior autonomia.³¹⁴ Os movimentos feministas tiveram papel essencial na ocupação e organização de espaços dentro do Estado que carregavam novas concepções a respeito do corpo feminino e da saúde da mulher, como é o caso do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, de 1983.³¹⁵ No Brasil, os movimentos feministas iniciaram sua articulação mais concreta na década de 1970, denominado de segunda onda feminista.³¹⁶ Na década anterior muitas mulheres estavam inseridas em partidos de esquerda. Contudo, a agenda desses partidos, segundo Goldenberg (1987), era fundamentalmente pensada por homens, com as

³¹² SANTANA, Marco Aurélio. “Trabalhadores em Movimento: o sindicalismo brasileiro nos anos 1980-1990. In DELGADO, Lucília Neves, FERREIRA, Jorge. Op. cit. p.287

³¹³ Da SILVA, Francisco Carlos Teixeira. “Crise da ditadura militar e o processo de abertura política no Brasil, 1974-1985.” In DELGADO, Lucília Neves, FERREIRA, Jorge. Op. cit. p. 271

³¹⁴ COSTA, Ana Maria. “Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.” *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(4): 1073-1083. 2009

³¹⁵ Sobre a participação das mulheres na articulação do PAISM, podemos citar: Osís (1994 e 1998), Ana Maria Costa (2009); Leite e Paes (2009); Cecília Mesquita (2010), Damasco, Maio e Monteiro (2012)

³¹⁶ É importante destacar que na chamada primeira onda do movimento feminista existia disseminado um discurso maternalista, que concebia as mulheres fundamentalmente como mães. Ver MESQUITA, Cecília Chagas de. *Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) Fundação Oswaldo Cruz/ Casa de Oswaldo Cruz, 2010. p.93

mulheres atuando de forma menor. Questões de igualdade e de gênero eram pouco debatidas nos espaços de esquerda.³¹⁷ Destaca-se, nos movimentos feministas, a criação em 1975 do Centro da Mulher Brasileira, o CMB, que, segundo Carvalho (2012), agrupava mulheres de orientação liberal, marxista e radical. Com a democratização, muitas mulheres retornaram do asilo político e possibilitaram um reforço dos movimentos feministas.³¹⁸

Segundo Damasco (2009), a partir da década de 1980 os movimentos feministas passaram a incorporar em suas pautas e reflexões, junto com iniciativas institucionais e coletivas, questões relativas a gênero, violência, saúde. Destaca-se a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985 pelo governo de São Paulo. Damasco ressalta a criação do SOS Mulher, que, segundo ela, prestava assistência em temas como saúde, violência, aborto e planejamento familiar. No contexto da abertura democrática, merece destaque para o surgimento de diversas organizações de mulheres negras, como Grupo Luiza Mahin e o Grupo de Mulheres Negras do Rio de Janeiro, Nizinga, entre outros.³¹⁹

Conforme nos aponta Mesquita (2010), era consenso entre as feministas brasileiras a centralidade dos temas sobre sexualidade e direitos reprodutivos. A autora mostra como o Centro da Mulher Brasileira, por exemplo, promovia ações nas áreas de educação sexual, informação sobre o corpo feminino e métodos contraceptivos.³²⁰ Na década de 1970, ainda merece destaque os movimentos negros dentro dos movimentos feministas, na luta contra a discriminação. Com a criação do PAISM na década de 1980, surgiu a crítica de que o feminismo, no Brasil, era majoritariamente liderado por mulheres brancas da classe média urbana.³²¹

³¹⁷ GOLDBERG, Anette. *Feminismo e autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987. Dissertação (mestrado).

³¹⁸ NEVES, Paula de Carvalho. “Feminismo e Política: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro” *36º Encontro Anual da ANPOCS*. 2012

³¹⁹ DAMASCO, Mariana dos Santos. *Feminismo Negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. p.75

³²⁰ MESQUITA, Cecília Chagas de. *Saúde da mulher e redemocratização...* Op. cit.

³²¹ DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. “Feminismo Negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993).” In *Estudos Feministas*, 20(1), 344, janeiro-abril/2012

4.2 - A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

As origens do PAISM remontam às ideias de saúde integral a partir de experiências de programas verticais em saúde da mulher na Universidade Estadual de Campinas. Tratava-se de uma alternativa de menor custo e horizontalizada de prestação de diversos serviços médicos que antes eram feitos isoladamente e que demandavam equipes especializadas, como em planejamento familiar, no controle do câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, em cuidado puerperal, etc. Na década de 1970 foi criado um Laboratório de Tocoginecologia Preventiva e quando as mulheres se apresentavam para atendimento, eram realizadas palestras informativas, exames gerais, como o preventivo de câncer do colo do útero. Segundo um dos seus idealizadores, o médico Aníbal Faundes, a ideia do laboratório era a de fornecer todos os serviços médicos relativos ao corpo feminino, fossem eles ligados a maternidade ou não.³²² Segundo Osis, o conceito de um atendimento integral em saúde da mulher (AISM), de profissionais da Unicamp, como vimos anteriormente, representou uma ruptura com os modelos de atendimento médico destinado às mulheres até então. E o conceito de saúde integral à mulher passou a ser amplamente debatido dentro dos movimentos feministas que se organizava desde a década de 1970.³²³

O PAISM surgiu a partir de uma convocação feita pelo Ministério da Saúde, durante a gestão de Valdir Arcoverde³²⁴, em 1983, de Ana Maria Costa, médica do referido ministério ligada ao movimento de mulheres, Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Aníbal Faundes e Osvaldo Grassioto, médicos da Unicamp. Como mostra Osis (1994), a composição da equipe de criação do programa já demonstrava a orientação que este iria tomar. Vale destacar que o programa surgiu no contexto da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o crescimento populacional que ocorria naquele momento.³²⁵

De acordo com Ana Maria Costa, no processo de criação do PAISM, “prevaleceu o discurso consensual baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e

³²² OSIS, Maria José Martins Duarte. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa...* op cit. p.56

³²³ *Ibidem*

³²⁴ COSTA, Ana Maria. “Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.” op. cit. p.1076

³²⁵ OSIS, Maria José Martins Duarte. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa...* Op. Cit. p.72

dos casais sobre a definição do tamanho da prole.”³²⁶ O PAISM estava vinculado ao INAMPS, que o definia como “referência para a atenção às mulheres”³²⁷

Além dos movimentos feministas, o movimento sanitarista teve papel fundamental na democratização do acesso à saúde, em especial na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Escorel, Nascimento e Edler, o movimento sanitário no Brasil tem suas origens na crítica ao modelo de medicina preventiva, de influência americana, institucionalizado nos Departamentos de Medicina Preventiva que surgiram após a reforma universitária de 1968. O movimento sanitário, que dialogava com o marxismo, consistiu na contestação de visões da medicina como neutra e atemporal. Defendia-se a ideia de serviços acessíveis para toda a população, a desmedicalização da saúde e valorização de saberes tradicionais. No contexto de crise do regime militar, o movimento sanitarista teve destaque na crítica a ditadura, com destaque para a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) em 1976.³²⁸

Em Março de 1985, José Sarney, candidato à vice-presidência pela chapa de Tancredo Neves, do PMDB, assumiu a presidência da República, após a impossibilidade do último, eleito indiretamente pelo Congresso Nacional, que faleceu. Segundo Reis (2014), iniciava-se, neste momento, a segunda fase do período da transição democrática que o Brasil assistia desde 1979. O período de 1985 a 1990 foi marcado por crises inflacionárias. Mas, ao mesmo tempo, dos trabalhos relativos à elaboração de uma nova Constituição. Em 1986, foram organizadas eleições diretas para governos estaduais e para a composição de uma Assembleia Nacional Constituinte.³²⁹ Os trabalhos para a Constituição mobilizaram diversos protagonistas políticos e sociais. A síntese dos trabalhos do Congresso foi a Constituição de 1988, que consolidou direitos políticos e sociais, como a garantia de liberdades individuais, os princípios da universalização da saúde e da educação.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sob liderança de Sergio Arouca e, em 1987, foi lançado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o Suds, cujos princípios básicos eram a universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária. Merece destaque também a organização da

³²⁶ COSTA, Ana Maria. “Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.” op. cit. p.1076

³²⁷ *Ibidem*

³²⁸ ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. “As Origens da Reforma Sanitária e o SUS.” op.cit.

³²⁹ REIS, Daniel Aarão. REIS, Daniel Aarão. Modernização, Ditadura e Democracia, 1964-2010. Volume 5. p.108

Comissão Nacional de Reforma Sanitária que subsidiou os debates no campo da saúde durante os trabalhos da Constituinte.³³⁰

Em 1986 também ocorreram eleições para os responsáveis pela elaboração de uma nova constituição. A Assembleia Nacional Constituinte era composta por lideranças ligadas ao antigo regime militar e representantes de novos grupos sociais e movimentos populares.³³¹ Em 1998 foi promulgada nova constituição, de caráter progressista, conhecida como Constituição Cidadã, por conter, entre outros, diversos dispositivos no campo da seguridade social: políticas de saúde, assistência social e previdência social, previstos como de acesso universal. Previu-se um Sistema Único de Saúde (SUS) que foi efetivamente estabelecido, com caráter descentralizado e forte papel dos municípios, após a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, em 1991.³³²

4.4 – Reações contra a esterilização em massa de mulheres nos anos 1980 e 1990 e contra a atuação de entidades privadas de planejamento familiar

No início da década de 1980, o Estado, por meio do INAMPS, exercia a esterilização permanente de homens e mulheres, através da vasectomia e da ligadura de trompas. Contudo, segundo o Ministro da Previdência Social de então, Jair Soares, tais procedimentos só deveriam ocorrer em casos de risco de vida dos pacientes e quando recomendados por médicos.³³³ Ao final da década de 1980, o INAMPS tinha sido responsável pela maior parte das cirurgias, seguido de hospitais e clínicas particulares.³³⁴ Segundo dados do IBGE, apresentados no jornal O Globo, 45% das cirurgias de esterilização feminina permanente eram realizadas pela previdência social, 42% pela rede particular de hospitais e clínicas e 10% pelos hospitais do governo.³³⁵

³³⁰ ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. Op. Cit. p.80

³³¹ SOUZA, Celina. “Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças.” *DADOS —Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 44, nº3, 2001, pp. 513 a 560.

³³² CORDEIRO, Hésio. “Descentralização, universalidade e equidade.” *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328, 2001

³³³ JAIR: Inamps vai manter uso de método artificial. O Globo. 30/12/1980. Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26/07/2014.

³³⁴ PREVIDÊNCIA Social para a maioria. O Globo. 20/06/1989. Acervo digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26/07/2014.

³³⁵ DADOS oficiais não refletem a realidade. O Globo. 20/06/1989. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26/07/2014.

Na mesma página do noticiário em que Jair Soares se manifestou, em nota em destaque e sem autoria, mencionava-se, sob o título “Exagerados”, a seguinte colocação:

Os adversários de qualquer tipo de controle demográfico no País espalham, agora, que o Governo vai esterilizar em massa a população brasileira. O ministro da Saúde já explicou que haverá toda a cautela possível na política de planejamento familiar e somente em casos extremos poderão ser utilizados métodos de esterilização definitiva, ‘sempre, porém, sob rigorosa prescrição médica e plena aceitação do casal’. Verifica-se, assim, que em matéria de proliferação os partidários da explosão demográfica praticam também a dos boatos.³³⁶

Vale recordar que os números apresentados no capítulo anterior, precisamente no período em que a observação anônima apresentada no O Globo foi divulgada, demonstram que a prática da esterilização permanente no Rio de Janeiro, não era executada apenas em casos extremos.³³⁷ De toda a forma, no período o tema da esterilização em massa de mulheres mobilizava diversos grupos sociais no início da década de 1980, com especial destaque para membros da Igreja Católica. Os argumentos giravam em torno, em sua maioria, na condenação do aborto e na denúncia da ação de entidades internacionais e de iniciativas de promoção do controle da natalidade.

A Igreja Católica, na década de 1980, apesar de se opor a métodos artificiais de contracepção, assumiu posição favorável ao planejamento familiar, entendido como a “liberdade de opção do casal” acerca da quantidade de filhos. Mas, frequentemente, vinha a público condenar a “propaganda antinatalista indiscriminada a pretexto de exigências econômicas do problema populacional”, segundo o então secretário-geral da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Dom Luciano Mendes de Almeida.³³⁸

Em episódio de 1984, na cidade de Califórnia, Paraná, com o objetivo, segundo a reportagem, de “impedir o aumento da população miserável da cidade”, o prefeito Cirineu Dias, do PMDB, promoveu uma campanha de esterilização em massa de mulheres no âmbito da prefeitura, sob o pretexto de “democratizar o direito à esterilização” (sic). A campanha, levava dezoito mulheres entre 19 e 26 anos a realizar o procedimento na primeira quinzena, o que

³³⁶ ³³⁶ JAIR: Inamps vai manter uso de método artificial. O Globo. 30/12/1980. Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26/07/2014.

³³⁷ *Ibidem*

³³⁸ CNBB aceita explicação de Arcoverde sobre planejamento. O Globo. 30/12/1980. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26/07/2014.

despertou revolta nas comunidades católica local e o vigário local o comparava a Hitler.³³⁹ O prefeito manteve sua posição de defesa da esterilização e, mais tarde, se manifestou que enviaria ao Congresso Nacional um projeto de lei para a liberalização da esterilização de mulheres pobres por meio da ligadura de trompas.³⁴⁰

Anos antes, as políticas de esterilização em massa já eram denunciadas pela Igreja Católica como no caso de Dom Aloísio Lorscheider, Arcebispo de Fortaleza, que, frisando que a Igreja não se opunha ao planejamento familiar e à livre decisão da família em decidir sobre a quantidade de filhos, se opunha às iniciativas de esterilização em massa e afirmava que ela manteria sua posição contrária.³⁴¹ Segundo reportagem publicada no jornal O Globo, a esterilização atingia altos índices de incidência no Brasil. Relatando uma pesquisa executada pela Universidade de Columbia, nos Estados Unidos, apontava para o índice de 60% de mulheres em idade fértil esterilizadas permanentemente por laqueadura na região de Goiás, 50% no Amazonas e 40% no Rio de Janeiro e São Paulo no período compreendido entre 1974 e 1984.³⁴²

Por fim, vale destacar um episódio de 1987, que envolveu setores médicos à esquerda. Tratava-se de embate com a médica Ana Maria Cantalice Lipke, então secretária geral do Conselho Federal de Medicina em 1987, por ocasião de afirmações sobre a relação entre o CPAIMC e políticas de controle da natalidade e um convênio entre o CPAIMC e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal de doação de laparoscópios. Segundo a acusação pública de Lipke, a Fundação se comprometeria a devolver os laparoscópios doados caso eles não fossem suficientemente utilizados na contracepção cirúrgica. Aguinaga acusou de veleidade a informação, argumentando, além do fato de que os detratores do CPAIMC acusavam apenas o planejamento familiar e esqueciam das diversas outras atividades materno-infantis da entidade, que:

³³⁹ PREFEITO promove a esterilização. O Globo. 10/10/1984.

Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 01/08/2014

³⁴⁰ RISCO de vida. O Globo. 24/10/1984. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 01/08/2014.

³⁴¹ D.ALOÍSIO: Imperialismo freia natalidade do país. O Globo. 27/08/1980. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 01/08/2014

³⁴² PESQUISA americana mostra esterilização em massa no Brasil. O Globo. 21 de Julho de 1989. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 01/08/2014

Analisando o teor das acusações da dra. Lipke, verifica-se a sua contradição e má fé, além de mostrar completa desinformação da problemática populacional e afinamento absoluto com a facção política que tão ardorosamente defende que é ‘preciso denunciar o planejamento familiar como tentativa de desviar a opinião pública da luta de classes’³⁴³

Vale ressaltar o uso do termo ‘luta de classes’ por Hélio Aguinaga, que expressava a sua visão de que as oposições às atividades do CPAIMC vinham dos setores das esquerdas. Em resposta posterior, Lipke reafirmou suas acusações, citando cláusulas do contrato e argumentando que apenas 3,8% dos atendimentos no ano de 1983 haviam sido dirigidos para crianças.³⁴⁴ Como veremos mais adiante, as reações contra a esterilização em massa de mulheres alcançará a esfera legislativa e culminará na constituição de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

4.5 – As mulheres e os debates no contexto da elaboração de uma nova Constituição

No bojo dos debates sobre a elaboração de uma nova constituição no Brasil, e diante da mobilização das mulheres e dos movimentos feministas que avançava, lideranças deste grupo se manifestavam em jornais e revistas de grande circulação em fins da década de 1980, mantendo seu protagonismo nos debates sobre o tema. Vale ressaltar a manifestação de Ruth Escobar³⁴⁵, atriz, parlamentar paulista e militante pelos direitos femininos, por ocasião da criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Em janeiro de 1986, argumentava a dificuldade de lidar, dentro do Legislativo, com o tema do planejamento familiar, devido, principalmente, à ignorância de grande parte dos parlamentares sobre o assunto. Ao mesmo tempo, ressaltava que a falta de informação também possibilitava a ação de entidades controlistas que promoviam a esterilização em massa de mulheres pobre.³⁴⁶

O CNDM foi fundamental para a luta das mulheres em relação a direitos sexuais e reprodutivos. Entre as pautas de defesa do Conselho estava o direito ao aborto em caso de risco

³⁴³ AGUINAGA, Helio. Desabafo. Jornal do Brasil, 21/01/1987

³⁴⁴ LIPKE, Ana Maria Cantalice. Controle de Natalidade. 29/01/1987

³⁴⁵ Ruth Escobar foi uma atriz e militante pelos direitos femininos em São Paulo. Foi deputada estadual por duas vezes, de 1983 a 1987, pelo PMDB e de 1987 a 1991 pelo PDT. http://www3.al.sp.gov.br/historia/constituente-estadual-1988-89/constituente/deputados/PDT-RUTH_ESCOBAR.html Acesso em 02/08/2014

³⁴⁶ PARA uma nova sociedade, nova mentalidade. O Globo. 26/01/1986. Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 02/08/2014.

à gestante, liberdade de escolha de métodos contraceptivos, liberdade sexual feminina e a investigação sobre a esterilização em massa de mulheres no Brasil.³⁴⁷

Entre diversas manifestações e denúncias, vale destacar os debates durante a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM), que ocorreu de 10 a 13 de outubro de 1986, em Brasília, organizado pelo CNDM. Nesta Conferência, mulheres denunciaram a sua submissão à condição de cobaias em tratamentos experimentais de métodos contraceptivos, em especial em relação ao Norplant, contraceptivo hormonal injetado sob a pele do braço das mulheres. As denúncias diziam respeito desde as negativas por parte dos médicos na interrupção do tratamento quando requisitada pelas pacientes, diante de efeitos colaterais, até a negligência daqueles em lhes explicar amplamente sobre o caráter experimental do medicamento.³⁴⁸

A CNSD assinalou, em seu documento final, diversas proposições acerca dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Alguns dos direitos relativos à reprodução humana, deixava-se clara o distanciamento das posições de instituições como a BEMFAM, o CPAIMC e a ABEPF. Previa-se, a proibição de qualquer ingerência estrangeira na política populacional brasileira, o “veto à entrada de pessoas e ou instituições ligadas à prática controlista da natalidade e sem idoneidade reconhecida pelos movimentos sociais na Comissão de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana/MS. Ainda, destacava que apenas o Estado brasileiro deveria atuar na promoção de políticas de planejamento familiar e vetava “a participação de pessoas comprometidas as práticas controlistas, como representantes do Brasil, em organismos internacionais”. Para esse ponto especificamente, citava nominalmente Elsimar Coutinho e Anibal Faundes, assim como as entidades privadas BEMFAM, CPAIMC, CEPCS (Centro de Estudos e Pesquisa Clóvis Salgado) e a ABEPF.³⁴⁹

Por fim, vale destacar um artigo que deixava evidente a posição da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher em relação à prática do planejamento familiar. O Estado brasileiro e o Ministério da Saúde deveriam:

³⁴⁷ (Pitanguy, 1999; Berquó, 2003; Damasco, 2010)

³⁴⁸ MULHERES denunciam violência de médicos para impor contracepção. O Globo. 13/10/1986. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 02/08/2014.

³⁴⁹ BRASIL. Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Brasília: Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1987. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNSD_mulher_parte_I.pdf Acesso em 05/08/2014.

Garantir o direito a livre opção das mulheres e dos homens sobre a concepção e anticoncepção, assegurando, através de estratégias de desenvolvimento econômico e social, condições propícias ao pleno exercício da maternidade e da paternidade, a saber: emprego e salário dignos; alimentação; educação; assistência à saúde; direitos trabalhistas; creches.³⁵⁰

Nessa perspectiva, as políticas de Estado de planejamento familiar não poderiam ocorrer de forma vertical e pontual, desconexas de outras iniciativas para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Igualmente importantes foram as denúncias de realização de cirurgias de esterilização permanente em pequenos municípios do interior do nordeste em troca de votos para a eleição de médicos como vereadores ou prefeitos. A denunciante, Amarilis Borba, então secretária de saúde do Piauí e professora da Universidade Federal do Piauí, argumentou que os procedimentos eram computados como cirurgias regulares, como de extração de quistos, por exemplo.³⁵¹ Outro aspecto das denúncias por parte de mulheres contra a esterilização em massa dizia respeito à compra de votos.

À época de finais da década de 1980, médicos ginecologistas e obstetras também se colocavam contra a esterilização cirúrgica permanente da forma como era realizada. Por ocasião do 3º Encontro Paulista de Planejamento Familiar, as falas dos médicos Carlos Di Benedetto e Diogo Mastroço evidenciavam a falta de informação das mulheres que aceitavam o procedimento. Afirmando ser 40% a porcentagem de mulheres esterilizadas permanentemente no Brasil – número maior do que o reconhecido oficialmente -, Di Benedetto declarava: “As mulheres, principalmente das classes mais carentes, em vez de procurarem informações sobre métodos anticoncepcionais, optam pela esterilização.” Já Mastroço afirmava que no planejamento familiar, a livre decisão da mulher sobre o método ideal de contracepção deveria ser orientada a partir de acompanhamento clínico, social e psicológico, ao contrário do que ocorria amplamente no Brasil.³⁵²

Contudo, Caetano ressalta que as formas de acesso à esterilização permanente no período de fins da década de 1980 diferiam em muito de acordo com a região do país. No Nordeste, por exemplo, os procedimentos eram realizados em sua maioria de forma gratuita, muitas vezes em troca de favores de políticos e médicos. No sistema público, que apenas em

³⁵⁰ *Ibidem*

³⁵¹ UMA ligação de trompas vale dez votos no Nordeste. O Globo. 13 de outubro de 1986. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 5 de agosto de 2014.

³⁵² ESTERILIZAÇÃO no Brasil atinge 40% das mulheres. O Globo. 20/06/1989. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26 de agosto de 2014.

1997 foi regulamentada, a esterilização era muitas vezes vinculada diretamente a outros procedimentos, como o parto cesariano, com seus custos cobertos por este tratamento ou ocasionalmente “por fora”. Tal prática favoreceu o acesso à esterilização por segmentos de baixa renda.³⁵³

As denúncias contra a esterilização permanente de mulheres seguia com o início da década de 1990. No Rio de Janeiro, entidades se mobilizavam contra projetos que tramitavam no Congresso Nacional, como o do Deputado Nelson Seixas, do PSDB, que se propunha a legalizar formalmente o método de esterilização cirúrgica permanente para mulheres acima de 25 anos. Vale ressaltar que, até aquele momento, a ligadura de trompas ainda possuía o status de lesão corporal grave segundo o Código Penal. Uma das vozes de liderança entre as mulheres na luta contra a esterilização em massa que se colocou contra o projeto foi Benedita da Silva, então Deputada Federal do PT pelo Rio de Janeiro. Outra importante voz foi a da médica Jurema Werneck, integrante do Fórum Permanente contra a Esterilização em Massa, que argumentava que a entidade recebia denúncias de mulheres que eram esterilizadas antes de terem filhos, de esterilização de adolescentes e da realização de cirurgias em troca de votos.³⁵⁴

4.6 – As reações contra a atuação do CPAIMC na década de 1980 e 1990

No contexto das críticas contra as práticas de esterilização feminina permanente por parte de entidades privadas, não apenas setores mobilizados se opuseram às ações locais do CPAIMC. Ao verificarmos notícias veiculadas em especial em jornais durante a década de 1980, percebemos que nem sempre a instalação de unidades de planejamento familiar e o pacote de serviços de saúde materno-infantil oferecidos pelo centro eram vistos com otimismo pela população. A instalação de serviços de saúde materno-infantil em escolas e as condições de higiene das unidades de serviço, por exemplo, formam alvos de questionamentos.

Em 1982, em publicação no Jornal do Brasil, a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro indagou sobre a cessão de espaço público por parte do município para o CPAIMC. Referia-se ao caso da Escola Erico Veríssimo, em Acari, que havia permitido a utilização de seu espaço para o funcionamento de uma unidade de saúde da entidade. Em seu

³⁵³ CAETANO, André Junqueira. “A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil” op.cit

³⁵⁴ ENTIDADES denunciam esterilização. O Globo. 06/11/1991. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26 de agosto de 2014.

questionamento, a AMERJ argumentava que o CPAIMC, sob o eufemismo de promover o planejamento familiar, propagava e executava o controle de natalidade através da utilização de instrumentos de contracepção, distribuição de pílulas e conduzindo mulheres à esterilização cirúrgica.³⁵⁵

Em relação a instalação das unidades do CPAIMC na escola, vale destacar o fato ocorrido em 1984, por ocasião da chegada de uma nova diretora na Escola Municipal Érico Veríssimo em Acari. Assim que assumiu o cargo, deu a ordem para o fechamento da unidade de saúde do CPAIMC. Em suas críticas, argumentou que as pacientes do serviço utilizavam os mesmos banheiros das alunas e que as portas das instalações permaneciam abertas durante todo o dia. Outro questionamento era a utilização de itens oficiais da escola, como os carimbos, na prescrição e realização de exames de saúde. Queixou-se também da presença de medicamentos e utensílios contraceptivos, como pílulas anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos (DIUs) que eram oferecidos para as pacientes, o que até aquele momento era considerado ilegal. Por fim, apontou a falta de cuidados básicos de higiene na instalação e supôs que o surto de casos de micoses nas áreas genitais que estava ocorrendo entre as alunas devia-se ao fato de compartilharem os banheiros com as pacientes do serviço.³⁵⁶

Anteriormente, um relato de uma usuária dos serviços do local queixava-se de que havia sido induzida a realizar a ligadura de trompa:

Quando fui lá pela primeira vez não me sentia bem e me disseram que era da pílula anticoncepcional. Eu não queria, mas eles insistiram para que eu ligasse as trompas. Acabei aceitando e operei há dois anos, no Hospital São Francisco de Assis, onde fui muito mal atendida. Em dezembro último, no entanto, engravidei novamente e tive de fazer um aborto. O pior é que me sinto tão mal quanto antes e já parei de tomar a pílula.”

Hélio Aguinaga, dias depois, se posicionava contra as afirmações de que profissionais do CPAIMC estariam induzindo mulheres à esterilização cirúrgica permanente.³⁵⁷ Vale ressaltar que, neste episódio, a Arquidiocese do Rio de Janeiro, se posicionou em favor da iniciativa de

³⁵⁵ DECISÃO condenada. Seção Cartas. Jornal do Brasil. 01/02/1982 Hemeroteca Digital Brasileira <http://hemerotecadigital.bn.br/> Acesso em 10/08/2014

³⁵⁶ NUMA escola em Acari, estranha convivência. O Globo. 23/03/1984. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 26 de agosto de 2014.

³⁵⁷ FECHADA no Rio unidade que fazia controle de natalidade. O Globo. 15/03/1984. Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 13/03/2014 A reportagem se encontra integralmente no anexo 4

fechamento da unidade de saúde do CPAIMC e se opôs à presença de postos em escolas. Em reportagem o então Cardeal Eugênio Sales, declarava publicamente:

Em um momento de insensibilidade das consciências diante dos valores éticos e morais, quando tantas vezes se fazem ouvir a favor da onda crescente de imoralidade e falta de ética, é corajoso e digno de elogio e apoio quem busca agir segundo valores fundamentais, que não pertencem apenas à esfera meramente religiosa, mas ao próprio moral da humanidade.³⁵⁸

A polêmica em torno do despejo da unidade permaneceu ao longo do mês de Abril de 1984 e mobilizou a Secretaria Municipal de Saúde. O presidente de uma associação de moradores do bairro apoiava a permanência da unidade de saúde na escola, mas o secretário, em entrevista concedida ao Globo, chamou atenção para a seriedade da situação e afirmou que o CPAIMC não tinha direito e nem aval da secretaria para atuar sem amarras na periferia do Rio de Janeiro. Atentava para a gravidade do fato de se promover o controle da natalidade nas dependências de uma escola pública municipal e que apenas a ação do poder público nas áreas de saúde e educação poderiam coibir a ação de entidades privadas que cresciam e agiam livremente. Em suas palavras:

Distribuição de pílulas anticoncepcionais, aplicação de DIUs e indução a cirurgias são práticas que exigem um acompanhamento rigoroso da classe médica, para que não tragam riscos à saúde das pessoas e ainda necessitam da livre aceitação das mesmas.³⁵⁹

Em outro incidente, a primeira unidade de saúde instalada pelo CPAIMC, que funcionava na região do Catumbi, foi fechada por falta de licença junto ao Departamento de Higiene e Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde. Ao que Lia Aguinaga, então diretora-executiva do Centro, argumentava que isso ocorria pela dificuldade de lidar com a burocracia de Estado para a sua regularização, que já tinha sido requisitada.³⁶⁰

A livre ação do CPAIMC na periferia do Rio de Janeiro também foi alvo de suspeitas de pesquisadores da Fiocruz que elaboraram um projeto, com apoio da Organização Mundial da Saúde, para amparar mulheres residentes nas comunidades do entorno de seu campus central

³⁵⁸ ARQUIDIOCESE aprova fim da unidade do CPAIMC em Acari. O Globo. 24/03/1984 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 13/03/2014

³⁵⁹ SECRETÁRIO de Saúde quer saber o que faz o CEPALIMC. O Globo. 30/03/2014. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

³⁶⁰ AMBULATÓRIO é fechado por falta de licença. O Globo. 07/01/1986 Acervo Digital <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 13/03/2014.

localizado no bairro de Manguinhos. A pesquisadora Sawker Costa, demógrafa da Escola Nacional de Saúde Pública, coordenou uma pesquisa para avaliação do conhecimento dos habitantes acerca do planejamento familiar. A pesquisa também atuaria diretamente nos lugares onde atuavam a BEMFAM e o CPAIMC, onde haviam suspeitas de prescrições inadequadas de pílulas e DIUs, que seriam oferecidos de forma inadequada e indiscriminada pelas entidades sem cuidado com contraindicações.³⁶¹

A Secretaria Estadual de Saúde também assumia preocupações com o crescimento de entidades privadas de saúde que atuavam paralelamente ao poder público na oferta de serviços de planejamento familiar, que, segundo o então secretário Eduardo Costa, estavam longe de fiscalização, supervisão e estrutura do poder público.³⁶²

A prescrição indiscriminada de medicamentos era, de fato, motivo de desconfiança não apenas de diretores de escolas municipais ou pesquisadores. Moradores das comunidades também viam esta atuação com suspeição. Foi este o ocorrido na Cidade de Deus, em 1985, após debates no local sobre o estabelecimento ou não de uma unidade do CPAIMC na região, proposta por representantes da associação de moradores. A possibilidade foi rejeitada por diversas mulheres moradoras, principalmente após relatos de que integrantes da entidade estiveram provisoriamente, junto à Fundação Leão XIII, distribuindo pílulas anticoncepcionais. Em contrapartida, de acordo com a reportagem, as demandas da comunidade se centravam na obtenção de serviços vinculados diretamente ao INAMPS e a construção de postos de saúde.³⁶³ Importante destacar ainda o repúdio às ações desenvolvidas pelo CPAIMC e pela BEMFAM, no contexto de criação do Conselho Comunitário de Saúde de São Gonçalo por ocasião do 1º Seminário de Saúde do Município.³⁶⁴

Por fim, é necessário destacar a fala do médico Laerte Andrade Vaz de Melo em 1987, então presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, acerca do Código de Ética Médica de 1983 que, segundo ele, fazia “parte do entulho autoritário da ditadura”. Em suas palavras, o Código de Ética em vigor no período:

³⁶¹ UM projeto para dar amparo e informação a mulheres carentes. O Globo, 22/06/1984 Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

³⁶² Ibidem

³⁶³ MULHERES da Cidade de Deus: Planejamento Familiar, não! O Globo, 01/08/1985 Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

³⁶⁴ UNIBAIRROS consegue a criação de Conselho Comunitário: Saúde. O Globo, 23/03/1986. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

Eliminou itens de alcance social e silenciou diante dos remédios não liberados para uso no país e das pesquisas experimentais que fazem do brasileiro uma cobaia. A Bemfam e o Cepaimc são dois exemplos: sob o manto de assistência à mulher e à criança, não passam de entidades que se utilizam de projetos experimentais e até mesmo de esterilização em massa.³⁶⁵

4.7 – Reações contra a prescrição do Norplant

A questão da experimentação de métodos contraceptivos em mulheres pobres no Brasil gerou grande repercussão, em especial com a prescrição do medicamento Norplant em fase experimental. Esse fato, para os opositores das entidades privadas de planejamento familiar, atuou como exemplo alarmante da ingerência de interesses e entidades internacionais dentro de países do terceiro mundo, que incluía o Brasil.

O Norplant foi uma droga contraceptiva de injeção subcutânea sob a pele no braço, que liberava o hormônio anticoncepcional durante cinco anos. Foi desenvolvida na Finlândia pelo bioquímico Sheldon Segal e era de “propriedade” do *Population Council*. Desde finais da década de 1970, já estava sendo utilizada experimentalmente em países periféricos, como a Grécia, o Chile e a República Dominicana.³⁶⁶ Contudo, apenas em 1991 seu uso comercial foi liberado.³⁶⁷

A experimentação do Norplant no Brasil não foi de exclusividade do CPAIMC. Em meados de 1985, o medicamento já era utilizado experimentalmente no Brasil e despertava grandes questionamentos.³⁶⁸

A utilização no Brasil do medicamento foi proibida em 22 de janeiro de de 1986 pela Divisão de Medicamentos da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/MS, durante a gestão da médica Suely Rozenfeld. As justificativas para tanto eram as evidências de que as pílulas

³⁶⁵ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, 1993 – Sistema de Informações do Congresso Nacional – Sicon. Acesso em 13/01/2014

³⁶⁶ ANTICONCEPCIONAL sob a pele é dez vezes mais eficaz. O Globo. 08/06/1984. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

³⁶⁷ SHELDON J. Segal, who developed contraceptives, dies at 83. The New York Times. 20/10/2009. http://www.nytimes.com/2009/10/21/health/21segal.html?_r=0 Acesso em 13/08/2014.

³⁶⁸ ANTICONCEPCIONAL usado no braço é mais seguro. O Globo. 25/01/1985. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

injetáveis possuíam uma substância cancerígena e de que os centros em que o Norplant era pesquisado não forneciam assistência conveniente para as mulheres.³⁶⁹

Outro impedimento para a continuidade das pesquisas com o Norplant foi a ultrapassagem do número autorizado previamente de 2000 pacientes experimentais, para 3000; a ampliação para além do permitido de centros de realização dos implantes; e irregularidades nos termos de responsabilidade. Por fim, ressaltava que em relatórios do *Population Council* que datavam de 1975, já sinalizavam a existência de pesquisas no Brasil, apesar da sua autorização condicionada ter ocorrido apenas nove anos depois, em 1984.³⁷⁰

Contudo, a permanência de sua utilização experimental mesmo após a proibição era denunciada em diversos espaços, como fez Ana Maria Costa, coordenadora nacional do PAISM em 1986, durante o I Seminário Mulher e Saúde em Belo Horizonte. Na ocasião, Costa afirmou que, mesmo proibido, o medicamento ainda era utilizado e ainda fomentado dentro de universidades brasileiras.³⁷¹

As pesquisas com o Norplant foram capitaneadas por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas, sob coordenação do médico chileno Aníbal Faúndes. Em meados de 1986, uma série de clínicas ainda utilizavam o medicamento em parceria com a Unicamp, contrariando as orientações do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde. Entre elas destacavam-se as unidades da Benfam e do CPAIMC no Rio de Janeiro. Em reportagem publicada no *Jornal do Brasil* em 22/05/1986, afirmava-se que as mulheres submetidas ao tratamento com Norplant deveriam preencher um termo de responsabilidade e que o Conselho Federal de Medicina postulava que o uso do medicamento no Brasil violava não apenas o Código de Deontologia Médica, mas também diretrizes internacionais que regulavam a pesquisa biomédica em seres humanos, elaboradas pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas.³⁷²

Uma das críticas sobre a atuação da entidade na experimentação do Norplant foi a deputada estadual pelo PT Lúcia Arruda, que presidiu a Comissão Especial dos Direitos da

³⁶⁹ SAÚDE proíbe capsula para evitar filhos. *O Globo* 25/01/1986. Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

³⁷⁰ GOVERNO susta pesquisa de anticoncepcional subcutâneo. *Jornal do Brasil*. 1984 Hemeroteca Digital Brasileira. <http://hemerotecadigital.bn.br/> Acesso em 14/08/2014.

³⁷¹ REUNIÃO denuncia pesquisa de contraceptivo proibido. *O Globo*. 2/6/1986 Acervo Digital. <http://acervo.oglobo.globo.com/> Acesso em 12/08/2014.

³⁷² ANTICONCEPCIONAL proibido é aplicado em 3500 mulheres. *Jornal do Brasil*. 22/05/1986 Hemeroteca Digital Brasileira. <http://hemerotecadigital.bn.br/> Acesso em 14/08/2014.

Reprodução da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Argumentou, por ocasião dos debates sobre o medicamento, que a entidade não apenas não acompanhava adequadamente as usuárias do implante, mas também desconsideravam os sintomas e efeitos colaterais que o Norplant causava.³⁷³

*

Vimos que, ao longo dos anos 1980, com a intensificação dos movimentos pelos direitos reprodutivos, fruto do contexto de mobilizações sociais e de abertura democrática, diversas foram as vozes que se manifestaram contra a atuação do CPAIMC e de diversas outras entidades de privadas de planejamento familiar no Brasil. Temas como a experimentação de medicamentos não autorizados em mulheres, a instalação de unidades de saúde em locais inadequados ou sem os cuidados de higiene, além, é claro, das permanentes e constantes denúncias contra a esterilização em massa de mulheres e prescrição indiscriminada de medicamentos foram capitaneados por médicos, entidades religiosas, pesquisadoras. Mas, sobretudo, foram as mulheres que lideraram os posicionamentos contra a atuação do CPAIMC que, progressivamente, assumiam papéis de maior destaque, em especial em organizações e órgãos públicos. Nomes como o de Ana Maria Costa, coordenadora do PAISM; Ruth Escobar, parlamentar estadual em São Paulo pelo PMDB e uma das fundadoras do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; Suely Rozenfeld, médica que esteve à frente da Divisão de Medicamentos do Ministério da Saúde; Lúcia Arruda, deputada estadual do Rio de Janeiro pelo Partido dos Trabalhadores e presidente da Comissão Especial dos Direitos da Reprodução, são alguns das que lutaram dentro do Estado contra as posições ditas “controlistas”.

Nesse contexto de lutas pela criação de um sistema de saúde universalizado, os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, instalada em 1987, e os esforços pela consolidação de direitos sexuais e reprodutivos após a promulgação da constituição de 1988 ganharão força por meio da atuação de diversos parlamentares.

4.8 – Os debates sobre planejamento familiar na Assembleia Nacional Constituinte

Como nos mostra Rocha (1992), os debates sobre planejamento familiar, controle da natalidade e crescimento da população perpassaram as subcomissões e comissões durante os

³⁷³ QUASE 3 mil mulheres carregam na pele contraceptivo proibido. Jornal do Brasil. 05/10/1986 Hemeroteca Digital Brasileira. <http://hemerotecadigital.bn.br/> Acesso em 14/08/2014.

trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, envolvendo parlamentares de diversos partidos políticos.³⁷⁴ Ao chegar na Comissão da Família, diversos parlamentares da esquerda reforçaram a necessidade de se solidificar em texto constitucional que se vedasse o controle demográfico.

Assim, a Constituição de 1988 consolidou, no seu artigo 226, “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, o planejamento familiar como de livre decisão do casal “competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”³⁷⁵. Tal predicado não entrava em conflito com as posições de nenhum grupo ou instituição que praticava, até o momento, ações de planejamento familiar e, ao mesmo tempo, estava em sintonia com as demandas dos diversos grupos que reivindicavam a associação entre direitos reprodutivos e o planejamento familiar.

4.8.1 – A criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Incidência de Esterilização em Massa no Brasil

Em 1990, com a eleição, por vias diretas, de Fernando Collor de Mello pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN) em 1989, o Brasil ingressava em uma época de grandes escândalos de corrupção e de continuidade de planos fracassados de contenção da inflação. Em setembro/outubro de 1992, Collor sofreu *impeachment*. Nesse pequeno interregno, em 1991, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Incidência de Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil foi encaminhada para criação e iniciou seus trabalhos em 1º de Abril de 1992.³⁷⁶

Em 20 de novembro de 1991, o Senador Eduardo Suplicy e a Deputada Federal Benedita da Silva, do Partido dos Trabalhadores, discursaram no Congresso Nacional requerendo a abertura de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar a incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil. Àquele momento, diversas Comissões Parlamentares de Inquérito ocorriam no âmbito dos estados, como no Rio de Janeiro, Goiás, Espírito Santo e São Paulo. Justificavam-na utilizando dados do Instituto Brasileiro de

³⁷⁴ ROCHA, Maria Isabel Baltar da. *Política Demográfica e Parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade*. Campinas: Unicam/NEPO, 1993 p.99

³⁷⁵Constituição Federal

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 6/7/2014

³⁷⁶ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, 1993 – Sistema de Informações do Congresso Nacional – Sicon. Acesso em 13/01/2014

Geografia e Estatística, IBGE, que indicava ser a esterilização permanente o método anticoncepcional mais difundido no Brasil naquele momento. Segundo os dados apresentados na CPMI, entre as mulheres brasileiras de 15 a 54 anos que utilizavam algum tipo de método contraceptivo, 33% fizeram recurso à esterilização permanente.

Dias mais tarde, em 27 de novembro, a Deputada Benedita da Silva entraria formalmente com o requerimento, junto ao Congresso Nacional, para a criação da CPMI.³⁷⁷ A relatoria ficou a cargo do senador Carlos Patrocínio, do Partido Democrata Cristão (PDC). Esta não tinha sido a primeira iniciativa parlamentar sobre o tema desde a promulgação da Constituição de 1988. Meses antes, o Senador Darcy Ribeiro havia entrado com um pedido de explicações junto ao Ministério da Justiça e ao Ministério da Saúde sobre o caso.³⁷⁸ Os argumentos em favor da CPMI apresentados por ocasião do requerimento merecem ser destacados:

- A evidência de que 45% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estavam esterilizadas. A informação, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD/IBGE, apresentava o seguinte quadro por estados e destacava a esterilização ser mais incidente em estados com maior nível de pobreza, como os do Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Abaixo os seguintes índices, na ordem de maior para menor incidência:

1º - Maranhão – 79%	9º - Rio Grande do Norte – 51,3%
2º - Goiás – 74,7%	10º - Paraíba – 47%
3º - Alagoas – 64,3%	11º - Paraná e Bahia – 47%
4º - Pernambuco – 64,1%	12º - Rio de Janeiro – 46,3%
5º - Piauí – 62,7%	13º - São Paulo – 44,9%
6º - Mato Grosso do Sul – 61,3%	14º - Minas Gerais – 42,3%
7º - Mato Grosso e DF – 55,5%	15º - Santa Catarina – 30,9%
8º - Amazonas – 55,5%	16º - Rio Grande do Sul – 22,6%

- A esterilização era oferecida, segundo o requerimento, como a primeira, principal e única forma de contracepção, dentro de uma orientação de controle da natalidade.

- A falta de informações por parte das mulheres sobre a contracepção e sobre o processo reprodutivo.

- Situação de miséria e falta de esclarecimento sobre métodos contraceptivos faziam com que as mulheres se submetessem à esterilização cirúrgica, desconhecendo seu caráter permanente.

³⁷⁷ Sistema de informações do Congresso Nacional - Sicon -

http://www.senado.gov.br/atividade/materia/Detalhes.asp?p_cod_mate=33842 Acesso em 12/01/2014

³⁷⁸ Requerimentos 73 e 76 de 21/03/1991, autoria de Darcy Ribeiro – Sistema de Informações do Congresso Nacional – Sicon - <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/push/IMateria.asp> acesso em 12/01/2014

- O grande número de mulheres que se arrependeram de realizar a esterilização.
- A maioria da população que se submeteu à prática de esterilização era negra.
- Indícios de que o atestado de esterilização estava sendo exigido na obtenção de vagas no mercado de trabalho.³⁷⁹

A CPMI foi composta de 60 senadores e deputados. Nos anexos 5 e 6 são apresentados os membros da Comissão, dividida por partidos e entre titulares e suplentes.³⁸⁰ As duas principais entidades investigadas na CPMI foram a BEMFAM e o CPAIMC.³⁸¹ Foram-lhes solicitadas a entregar uma série de documentos. O CPAIMC entregou relatório de atividades, projetos e programas de ação de cinco anos antes, de 1987 a 1981.³⁸²

Os objetivos da CPMI foram:

- a) Verificar o cumprimento do inciso 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 (Mexico, 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 no 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 do 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 do controle demográfico no Brasil.
- h) Investigar o uso eleitoral da esterilização cirúrgica feminina e 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

³⁷⁹ Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, 1993 – Sistema de Informações do Congresso Nacional – Sicon. Acesso em 13/01/2014

³⁸⁰ A lista de Senadores e Deputados titulares e suplentes estão anexadas.

³⁸¹ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

³⁸² BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, os locais e as condições em que são realizadas as esterilizações das mulheres.³⁸³

A CPMI, além de dar visibilidade ao PAISM como espaço responsável pelo planejamento familiar no Brasil, foi alvo de importante presença de setores das esquerdas e dos movimentos feministas no Brasil, como veremos adiante.

Hélio Aguinaga esteve entre os diversos depoentes da CPMI, que contou com: representantes de organizações femininas, presidentes de CPIs estaduais sobre o tema da esterilização, entidades médicas, demógrafos, Igreja Católica, pessoas ligadas ao SUS, integrantes da Ordem dos Advogados do Brasil, etc. Entre os representantes de instituições que prestavam serviços em saúde reprodutiva, foram convocados, além de Aguinaga, o médico Elsimar Coutinho, diretor do Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva da Universidade Federal da Bahia, a pedagoga Carmem Calheiro Gomes, secretária-executiva da BEMFAM, e Aníbal Faúndes, indicado como representante no Brasil do *Population Council* e médico e professor da Universidade Estadual de Campinas. A lista de depoentes da CPMI se encontra no anexo 8.³⁸⁴

Entre os depoentes da CPMI estava Sônia Beltrão que alegava ter sido esterilizada sem consentimento em um hospital do Rio de Janeiro. Uma reportagem de 1991 destacava o fato, citando também o caso de Marinete de Souza Farias que havia se tornado permanentemente estéril após o uso do contraceptivo Norplant. Ressaltava o papel da BEMFAM, do CPAIMC e da ABEPF na promoção da esterilização.³⁸⁵

4.8.2 – As esquerdas e os movimentos feministas na CPMI – denúncias contra Hélio Aguinaga e o CPAIMC

Em artigo publicado no Jornal do Brasil em 1992, a então deputada federal Jandira Feghali, do Partido Comunista do Brasil pelo Rio de Janeiro, diante do quadro de preocupação dos Estados Unidos com o crescimento populacional dos países pobres, o Brasil estava entre aqueles que despertavam maior cautela. Apresentando dados do Conselho Estadual da

³⁸³ *Ibidem*

³⁸⁴ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993. <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/85082>

³⁸⁵ ESTERILIZAÇÃO: CPI quer entidades investigadas. O Globo. 31/10/1991. **A reportagem integral se encontra no anexo 7**

Condição Feminina de São Paulo, argumentou que, no período de 1978 a 1989, cerca de 20 milhões de dólares já haviam sido destinados dos EUA ao país para programas especificamente ligados à esterilização de mulheres. Dessa soma, 13 milhões foram para a Benfam e 4,7 para o CPAIMC. Ressaltava a importância das campanhas de redução da natalidade por meio de contracepção e esterilização para a ocorrência da vertiginosa queda na taxa de fecundidade das mulheres brasileiras entre os anos 1960 e 1990. Fez oposição, junto com outras mulheres, à declaração da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF) como instituição de utilidade pública, diante da priorização por parte desta da esterilização cirúrgica como prática de contracepção.³⁸⁶

Jandira foi uma das principais vozes contra o CPAIMC na CPMI. Como alvo de investigações, Hélio Aguinaga, em seu depoimento, argumentou que havia participado dos estudos para a criação do PAISM, e que o CPAIMC naquele momento, estava em situação de dificuldades financeiras, em especial devido à cessão dos recursos advindos do exterior. Argumentava que, apesar da entidade ter adquirido a fama de realizar esterilizações em massa, atuava em diversas outras frentes de cuidados à mulher e à criança.

Hélio Aguinaga defendeu o CPAIMC e argumentou que o planejamento familiar consistia em apenas uma das diversas atividades exercidas pelo CPAIMC e que, se a entidade se encontrava restrita, isso ocorria unicamente pela falta de financiamento. Criticava a falta do ensino do planejamento familiar nos currículos médicos e, segundo o relatório da CPMI, desafiou a “parlamentar inquisidora a denunciá-lo caso entendesse haver ilicitude nas atividades do CPAIMC”.³⁸⁷ A parlamentar inquisidora em questão era Jandira Feghali.

A deputada Denise de Carvalho foi inquirida por Feghali sobre a participação de Hélio Aguinaga na CPI estadual de Goiás. Sua dúvida emergia em função de uma fala em que Aguinaga afirmou que esterilizava mesmo e que ninguém o prenderia. Em resposta, Carvalho afirmou que Aguinaga manifestou apoio ao controle da natalidade e da ajuda externa dos Estados Unidos para tanto.

Outro importante personagem da CPMI foi Benedita da Silva. Como aponta Damasco (2009), citando Roland (2001), a implementação da CPMI de 1991 foi fruto de pressões, em especial, do movimento negro, com destaque à senadora Benedita da Silva (PT), que havia participado do projeto de lei 289/1991, que visava regularizar a prática da esterilização cirúrgica

³⁸⁶ FEGHALI, Jandira. “Ecologia Populacional”. *Jornal do Brasil*. 01/06/1992 Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em 17/08/2014

³⁸⁷ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

no país.³⁸⁸ Damasco, Maio e Monteiro (2012), mostram que militantes ligadas aos movimentos feministas negros defenderam a tese de que, na década de 1980, foram realizadas esterilizações cirúrgicas destinadas a controlar a natalidade da população negra no Brasil. Contudo, tais posições não foram confirmadas pela CPMI.³⁸⁹ Os trabalhos de Benedita da Silva foram, em parte, subsidiados por documentos fornecidos por Luiza Barros, militante de direitos das mulheres negras.³⁹⁰

A demógrafa Elza Berquó, da Unicamp denunciou o CPAIMC como uma das entidades que promoviam esterilização em massa no Rio de Janeiro, citando os próprios números da instituição e que o decréscimo nas taxas de fecundidade no Brasil estava diretamente ligadas ao aumento das taxas de mulheres esterilizadas no país.³⁹¹

A deputada Lucia Souto relatou uma Comissão Parlamentar de Inquérito realizada no Estado do Rio de Janeiro, em que investigava as ações da BEMFAM e da ABEPF, citando como liderança desta última Hélio Aguinaga. Afirmou que 60% das cirurgias de esterilização no Estado eram pagas e 40% gratuitas, realizadas entre outros, no âmbito do INAMPS.³⁹²

Outro posicionamento importante de Aguinaga dizia respeito às brechas que as legislações em vigor abriam para as realizações de esterilizações cirúrgicas permanentes. Segundo ele, o código de ética médica em vigor àquele momento não condenava por meio da laqueadura, apenas em situações específicas e que o Código Penal, de acordo com diversos juristas, não proibia tal intervenção médica. Ainda afirmou que as atividades de treinamento em laparoscopia visavam à contenção das atividades de esterilização permanente após partos cesareanos.

Tal percepção da legislação em vigor sobre da esterilização não era consenso. De acordo com Marcelo Lavenère, então diretor do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, argumentava que três dispositivos legais vedavam a execução de esterilizações cirúrgicas voluntárias. Tal como apresentado no relatório final da CPMI:

³⁸⁸ DAMASCO, Mariana dos Santos. *Feminismo Negro...* op. cit. p. 125

³⁸⁹ DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. “Feminismo Negro” op. cit.

³⁹⁰ *Ibidem* p.141

³⁹¹ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993. <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/85082>

³⁹² *Ibidem*.

1º) A Constituição Federal em seu art. 226, parágrafo 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, de modo que, a partir do Diploma Maior, pode-se extrair a conclusão de que esta prática, como está sendo adotada em nosso país, constitui violação do texto constitucional;

2º) o Código Penal, art. 129, parágrafo 2º, inciso III, criminaliza a lesão corporal considerando-a de natureza grave, de dela resultar perda de função. Já o artigo 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 artigo 1º condena práticas que signifiquem a inibição de nascimento em determinados grupos, poderia ser aplicada aos casos em que ocorrem altíssima incidência de esterilizações femininas, como é o caso do Maranhão;

3º) O Código de Ética Médica, baixado pelos órgãos fiscalizadores da profissão médica”³⁹³

Por fim, Lavenère argumentou que as ações de entidades privadas que realizavam esterilizações de mulheres, investigadas na CPMI, poderiam ser enquadradas no Código Penal e seus autores responsabilizados, caso não ocorresse permissividade, complacência e negligência do sistema jurídico e do Estado brasileiros.

Contudo, o relatório final da CPMI indica que Hélio Aguinaga, ao ser inquirido sob quais parâmetros realizava as cirurgias de esterilização, argumentou que seguia as orientações do Ministério da Saúde que, segundo consta no mesmo, inexistiam.³⁹⁴ Vale ressaltar as informações presentes no relatório sobre as fontes de financiamento do CPAIMC. Em um contrato com o Family Planning International Assistance de abril de 1989 a março de 1990, o CPAIMC deveria encaminhar 800 a mil clientes para a esterilização cirúrgica voluntária; “distribuir 7500 ciclos de pílulas, 510 mil preservativos, 25 mil dispositivos intra-uterinos (DIUs), 1625 tubos de geleia, 110 mil comprimidos vaginais 608 diafragmas a cinquenta instituições de planejamento familiar e médicos particulares.” Com o *Pathfinder Fund*, estaria responsável, entre outubro de 1990 a junho de 1991, por importar equipamentos de minilaparoscopia e de vasectomia, diafragmas, preservativos, DIUs, etc. E com o *John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics* (JHPIEGO), recebeu recursos para organização de eventos educacionais e de formação.³⁹⁵

³⁹³ *Ibidem*

³⁹⁴ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

³⁹⁵ *Ibidem*

A questão da legalidade ou não da laqueadura foi intensamente debatido durante a CPMI. A questão principal em foco era a dubiedade do código penal sobre o tema, assim como a não proibição no Código de Ética Médica.

Entre as conclusões da CPI, vale destacar:

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 o seu *modus operandi* ³⁹⁶

Em seguida, indicava a pílula anticoncepcional e a esterilização cirúrgica feminina como as mais difundidas práticas contraceptivas no Brasil. No primeiro caso, o risco ocorria devido a automedicação e ausência de controle de saúde das usuárias. No segundo caso, apresentava-se que 16% das mulheres entre 15 a 54 anos estavam esterilizadas permanentemente, índice que aumentava para 27% quando se referia apenas às mulheres em algum tipo de união, legal ou informal. Afirmava que o contexto em que a esterilização ocorria era perverso, de ausência de alternativas, informações e por procedimentos de alto-risco, além de alto índice de arrependimento. Afirmou-se também que as laqueaduras tubárias, realizadas logo após o parto cesariano, era o método mais disseminado. Defendia-se que a realização de esterilização era passível de ser encarada como crime de lesão corporal com perda de função e exposição da vida do paciente a perigo. ³⁹⁷

Por fim, além de uma série de recomendações que deveriam ser realizadas no âmbito dos ministérios, estados e municípios, de regulamentação de legislação sobre planejamento familiar e direitos reprodutivos, dever-se-ia promover e ampliação do PAISM que, àquele momento, ainda era considerado de alcance restrito. ³⁹⁸

*

Várias foram as conclusões da CPMI sobre a esterilização em massa de mulheres no Brasil. Sobre a BEMFAM e o CPAIMC, definiu-se que atuaram em políticas de controle demográfico concebidas e apoiadas por organismos internacionais e governos estrangeiros com

³⁹⁶ *Ibidem*

³⁹⁷ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

³⁹⁸ BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.

repercussões negativas para a soberania nacional e que o governo jamais havia investigado o *modus operandi* de ação dessas entidades.

Sobre o PAISM, foi consenso entre os depoentes o seu limite de ação e a necessidade de sua ampliação no âmbito do Sistema Único de Saúde, de modo, inclusive, a conter a ação de entidades internacionais.

A esterilização em massa de mulheres no Brasil foi confirmada pela CPMI, em especial a partir de dados do IBGE. E o contexto de sua ampla utilização era o de ausência de outras alternativas e desconhecimento das pacientes sobre os riscos, sequelas e irreversibilidade. Destacou-se a alta taxa de arrependimento de mulheres que realizaram a esterilização permanente.

A esterilização cirúrgica era passível de enquadramento nos crimes de a) lesão corporal com perda de função e b) exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo, o que a impedia de ser regulamentada como método contraceptivo.

Nesse sentido, concluiu-se que esta era uma das razões pelas quais ela ocorria no contexto de semi-clandestinidade. Com algumas exceções, defendeu-se, no entanto, a oferta da esterilização cirúrgica voluntária, masculina e feminina, pelo Estado, desde que respeitado o direito de livre decisão entre todas os outros métodos disponíveis e respeitados todos os pressupostos éticos e sanitários.

A alta redução dos índices de fecundidade no Brasil na década de 1980 foram resultado da ampla utilização dos métodos anticoncepcionais da pílula e da esterilização permanente. Sobre a primeira, frisou-se a ausência de controle médico, sendo que a maioria das usuárias faziam uso da auto-medicação ou indicação no balcão da farmácia.

Defendeu-se, por fim, a regulamentação o mais rápido possível o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar; a criação da Comissão de Direitos Humanos e de uma subcomissão de Direitos Reprodutivos para a fiscalização do andamento da Lei de Planejamento Familiar.

Muitos outros indicativos foram realizados no âmbito dos diversos ministérios, estados e municípios, como: a fiscalização sobre a exigência para mulheres de atestado de esterilização para admissão ou permanência em empregos, pelo Ministério do Trabalho; investigação pelos Ministérios Públicos das denúncias realizadas no âmbito da CPMI; ampliar o poder de fiscalização e realizar campanhas para a promoção do parto normal, por parte do Conselho Federal de Medicina; repelir tentativas de influência de governos estrangeiros e entidade internacionais ao imporem condições de controle demográfico quando promoverem financiamentos e empréstimo para o país, assim como a atualização de estatísticas sobre

contracepção e cor dos brasileiros por parte do IBGE, no caso do Ministério do Planejamento e Orçamento; cumprimento do parágrafo 3º do artigo 199 da Constituição que vedava a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil.

4.9 – Conclusão: o planejamento familiar nos anos 1990

Durante os trabalhos da CPI mista sobre a esterilização em massa de mulheres no Brasil, ocorriam o andamento de outras CPIs no Congresso Nacional, como a que apurava fraudes na previdência e, outra, que apurava o rombo nos recursos do Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS). Na passagem de 1991 para 1992, surgiam as denúncias de corrupção envolvendo o presidente Collor de Mello e o empresário Paulo Cesar Farias. Este contexto, envolto ainda em graves condições econômicas da população e de altos índices de inflação, talvez tenha esvaziado a atenção que a CPI sobre esterilização de mulheres poderia ter recebido na imprensa. Em 1993, foram iniciados trabalhos, novamente de CPIs mistas, para investigar a indústria farmacêutica e para investigar processos de privatizações.

Ao longo da década de 1990, após os anos iniciais, e no início dos anos 2000, o Brasil ingressou em um período de relativa estabilização econômica. Em 1994, durante o governo de Itamar Franco, formulou-se o plano Real, de efetivo combate à inflação e instaurou-se a Unidade Real de Valor (urv) que, mais tarde, daria origem à nova moeda. Os dividendos foram colhidos por Fernando Henrique Cardoso, então ministro da fazenda e mentor intelectual do plano. Com apoio do PFL, que colocou Marco Maciel com vice-presidente da chapa, elege-se presidente no primeiro turno. Seu governo, devido à sua reeleição, só terminaria no final de 2002. Durante o período também deu-se continuidade às reformas neoliberais promovidas desde a ascensão de Fernando Collor de Mello, com a abertura da economia ao capital externo, a flexibilização da legislação trabalhista e o desmantelamento de instituições públicas e diminuição do Estado, com a venda da Companhia Siderúrgica Nacional em 1993, a Vale do Rio Doce em 1997, além de outras instituições em níveis locais como bancos públicos. No período, algumas crises econômicas internacionais afetaram a moeda recém instalada, com a do México em 1995, Tigres Asiáticos em 1997 e da Rússia em 1998.³⁹⁹

Neste contexto de relativa estabilidade política e econômica, três anos depois de finalizados os trabalhos da CPMI, as tendências em relação a práticas de contracepção entre as mulheres brasileiras ainda não apresentava mudanças. Pelo contrário, a utilização de métodos

³⁹⁹ REIS, Daniel Aarão. *Modernização, Ditadura e Democracia*. op. cit. pp.117-118

irreversíveis de contracepção saltou de 27% das mulheres em idade reprodutiva em 1987 para 40,1% em 1996.⁴⁰⁰

Durante os trabalhos ocorridos pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito presidida por Benedita da Silva, circulava no Congresso Nacional o projeto de Lei 209/1991, de autoria do então Deputado Federal Eduardo Jorge, do Partido dos Trabalhadores e também capitaneados pelas deputadas Jandira Feghali (PCdoB/RJ), Maria Luiza Fontelle (PSB), Benedita da Silva (PT/RJ), Luci Choinaki (PT/SC) e Sandra Starling (PT/MG). Tratava-se, basicamente, de pessoas que também estavam envolvidas nos debates dentro da CPMI.

A justificativa para o projeto de lei ordinária possuía a seguinte redação:

O Projeto de Lei ora apresentado contempla a questão da regulação da fertilidade, situada no âmbito da saúde reprodutiva. O tema regulação da fertilidade é assunto focalizado na Constituição Brasileira, no parágrafo 7º do artigo 226, do Capítulo da Família, da Criança e do Adolescente e do Idoso, bem como vem sendo objeto de polêmica nos espaços do Governo, do Congresso e da Sociedade, no País, desde meados dos anos 1960. A proposta aqui defendida procura preencher esse vazio legal e percebe a regulação da fertilidade como um direito das pessoas, direito este que envolve a constituição da prole, sua limitação ou aumento. Inserida nessa proposta, encontram-se dispositivos que buscam normalizar a esterilização cirúrgica. Tema controverso que envolve, ao mesmo tempo, a questão do direito ao uso dos meios de limitação dos nascimentos, mas que também se relaciona com os abusos que vêm sendo cometidos nessa área. Nesse último aspecto, está se referindo ao grande número de esterilizações cirúrgicas realizadas no País, que alcançam taxas das mais elevadas do mundo. Ao se estabelecer regras para a realização da esterilização cirúrgica está se buscando coibir abusos, que vem sendo amplamente denunciados no País, por parte de vários segmentos de nossa sociedade. Abusos que se cometem principalmente contra populações pobres. No contexto da população pobre registre-se a grande violência praticada contra a mulher negra, sem poder de deixar de salientar abusos contra as mulheres camponesas. As cautelas presentes neste projeto de lei, na parte que se refere à limitação da prole, deve-se ao fato dessa área vir sendo objeto de ações de instituições estrangeiras e internacionais e de entidades privadas de planejamento familiar – controle da natalidade que atuam no país, geralmente preocupadas com a alegada e não comprovada “explosão demográfica”. Face tudo isso, o projeto situa a questão da limitação dos nascimentos no contexto da saúde referente aos direitos reprodutivos e da atenção integral à saúde das pessoas, inserindo-a, assim como as demais questões da saúde reprodutiva, no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como seu controle e fiscalização.⁴⁰¹

⁴⁰⁰ SCAVONE, Lucila. “Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas: entre la salud, la ética y los derechos”. In SCAVONE, Lucila (comp.). Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional, 1999, pp. 21-56. *Apud* PEDRO, Joana Maria. “A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. In *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.23, nº45, pp.239-260, 2003. p.251

⁴⁰¹ PROJETO de Lei Nº 209, de 1991. Diário do Congresso Nacional (Seção 1), Março de 1991

Ao longo do processo de tramitação do projeto de lei 209/1991, foram apensados diversos outras propostas, entre as quais se destacava o anteprojeto de lei apresentado por ocasião da CPMI. Por meio da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, os indicativos da Constituição de 1988 sobre o planejamento familiar foram regulamentados. Diversos foram os avanços nessa lei que merecem ser analisados e que estavam em sintonia com os debates da CPMI e quando cotejados com o projeto inicial de 1991. Em primeiro lugar, a dissociação, em parágrafo único, da relação entre controle demográfico e planejamento familiar e a definição em definitivo do conceito. Tal indicação estava em sintonia com os indicativos e com as orientações da CPMI:

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.⁴⁰²

Também estava em sintonia com as orientações da CPMI o princípio de que o planejamento familiar só poderia ser exercido mediante a disponibilização e informação sobre todos os métodos cientificamente aceitos e que não colocassem em risco a vida das pessoas. Ao mesmo tempo, consolidava-se como o Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, a entidade responsável pela definição das normas, acompanhamento, promoção de atividades educativas, nas áreas de planejamento familiar, experiências científicas na área de regulação de fecundidade.

Igualmente importante foi a regulamentação legal das práticas de esterilização cirúrgica permanente. A lei do planejamento familiar proibiu a esterilização permanente pós-cesárea, prática de maior incidência no Brasil, amplamente disseminada em especial pela BEMFAM, desde a década de 1960. Também foi vedada tal prática pós-aborto. Ambas foram vedadas a não ser em caso de comprovada necessidade. Foram proibidas as práticas de retirada de ovários, histerectomia e ooforectomia.⁴⁰³ O SUS deveria ser notificado sobre toda a prática de esterilização cirúrgica e vedou-se a sua indução ou instigação, individual ou coletiva. Ao mesmo tempo, definiu-se os critérios de elegibilidade para a esterilização cirúrgica:

⁴⁰² *Ibidem*

⁴⁰³ Respectivamente, a retirada do útero e a retirada do ovário.

Homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.⁴⁰⁴

No projeto original, a idade estabelecida para a elegibilidade para a realização de esterilização cirúrgica permanente era de 30 anos, tendo assim baixado para 25 anos. Dois artigos merecem destaque, em comparação com as orientações da CPMI:

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Essa duas definições representaram orientações na contracorrente do que se definiu nas conclusões da CPMI e no projeto de lei original. Argumentou-se, naquele momento, que apenas ao Estado caberia promover as ações de planejamento familiar. Ao mesmo tempo, a CPMI havia vetado a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas sobre planejamento familiar no Brasil. Mas, em ambos os casos, estariam subordinados às orientações e fiscalizações do Sistema Único de Saúde. Em anexo encontra-se o texto final da lei de 1996.

⁴⁰⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm Acesso em 18/08/2014

Considerações finais:

A lei de planejamento familiar de 1996 significou, ainda que de forma limitada, a expressão de um movimento que ocorria desde a década de 1980 e que demandava ao Estado que assumisse a responsabilidade pelas ações e regulação das atividades na área. A lei consolidou o planejamento familiar como um direito reprodutivo, de foro íntimo dos casais, dos homens e das mulheres, e colocou fim, ao menos legalmente, na liberdade com que as entidades privadas operavam, em especial nas esterilizações cirúrgicas.

Tal procedimento estava agora sob regulação do Sistema Único de Saúde, e estava banida da letra da lei o princípio do controle demográfico. Argumentos repetidos frequentemente de que o planejamento familiar era uma forma de conter a miséria e a expansão populacional, muitas vezes mobilizado por Hélio Aguinaga, perderam sua validade.

No primeiro capítulo, demonstrei o *pool* de entidades internacionais, privadas, governamentais, não-governamentais, que incluíam *think tanks*, universidades, redes de reflexão, revistas especializadas, que tinham como atividade precípua a redução da fertilidade do mundo subdesenvolvido. Também apresentei o panorama geral dos debates sobre o planejamento familiar no Brasil, conferindo especial destaque para a ação e recepção dos médicos ginecologistas e obstetras sobre o problema do planejamento familiar e com relação a contenção da natalidade. Verificamos, brevemente, por meio da BEMFAM e da trajetória do médico Elsimar Coutinho, que tratou-se de um importante grupo nos quais as entidades internacionais investiram seus recursos.

A análise realizada no primeiro capítulo abriu o espaço para o estudo de uma entidade específica, o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança, o CPAIMC, que funcionou oficialmente no Rio de Janeiro de 1975 a 1994. Analisei qual era o escopo de suas atividades, como funcionavam seus postos e minipostos, quais atividades desempenharam, em sua maioria relativas ao planejamento familiar, e como obtinham o financiamento para a sua existência. Verificou-se que o seu ocaso se deveu a dois fatores: em primeiro lugar, à incapacidade do CPAIMC obter recursos próprios e sobreviver de forma autônoma e, associado a isso, a dificuldade de legitimidade diante de tantas polêmicas e a progressiva pressão para que o Estado intervisse no tema do planejamento familiar, ocupando o vácuo histórico de omissão até então.

Tendo apresentado o funcionamento do CPAIMC, o tema do terceiro capítulo foi compreender quais os fundamentos discursivos em que repousavam as atividades do CPAIMC. Nesse momento, procuramos abordar os seus fundamentos *ideológicos*, que permitiram desvendar a sua atuação cotidiana. Contudo, vale ressaltar, essa ideologia contraceptiva do CPAIMC não estava isolada do processo histórico ou era apenas fruto de das percepções de Hélio Aguinaga: estava orientada por uma tradição médica no Rio de Janeiro de atendimento a populações pobres e que se desenvolveu no Hospital São Francisco de Assis, situado em uma área da cidade tradicionalmente considerada marginalizada, reduto de pobreza e prostituição. Foi nesse espaço que se construiu a preocupação de que era dever de Aguinaga levar o planejamento familiar às populações miseráveis.

Contudo, tal percepção médica mesclou-se com orientações e discursos internacionais acerca do desenvolvimento, da explosão demográfica, do ciclo vicioso da miséria e do dever do médico ginecologista em contribuir em sua missão social de frear a natalidade no mundo por meio da contenção dos nascimentos da população pobre.

O quarto e derradeiro capítulo teve como foco as polêmicas em que Hélio Aguinaga e o CPAIMC se envolveram com o decorrer da década de 1980, diante dos novos movimentos e atores sociais que começaram a se mobilizar desde a década anterior. Integrantes da Igreja Católica, movimentos feministas, entre outros, se posicionavam contra as atividades de controle da natalidade que era promovida pela entidade, em articulação com as comunidades locais. Observamos como diversas vezes ambulatórios do CPAIMC foram fechados, envoltos em querelas com as comunidades locais. Ao mesmo tempo, demos especial ênfase neste capítulo para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito que, no ocorreu no início da década de 1990,

denunciando as atividades de esterilização em massa das mulheres negras e pobres no Brasil, tendo como alvo especificamente a BEMFAM e o CPAIMC. Acompanhava, na verdade, comissões estaduais que se detinham sobre o mesmo tema. Paralelamente às atividades da CPMI, foram elaborados projetos de lei visando regular o dispositivo sobre planejamento familiar presente na Constituição de 1988. A síntese dos debates que ocorreram no parlamento federal se consubstanciou na Lei de Planejamento Familiar de 1996 que, se por um lado não impediu a ação de entidades internacionais e de financiamento externo para ações de planejamento familiar, por outro estabeleceu regras claras para a consecução de tais procedimentos.

Retornando à hipótese apresentada no início deste trabalho, verificamos que o CPAIMC se caracterizou de fato como um espaço ambivalente em que visões progressistas mobilizadas pelos seus integrantes frequentemente entravam em choque com as suas práticas cotidianas. Os argumentos de uma medicina voltada para os pobres, baseada nos princípios da integralidade, da atenção primária em saúde e fundamentadas na Carta de Alma-Ata pouco tinham a ver com as atividades do CPAIMC, muito menos com a tão defendida corresponsabilidade argumentada por Hélio Aguinaga.

Cabe então levantarmos uma importante pergunta central: qual a justificativa que levou um centro dedicado à atenção e à assistência, integral, às mulheres e às crianças das periferias do Rio de Janeiro, a realizar, em seus 19 anos de existência (1975-1994), quase 25000 cirurgias de esterilização permanente?

Não se trata uma questão com resposta simples, está claro. Em primeiro lugar, os profissionais do campo da saúde devem sempre estar atentos para uma linha tênue que separa, de um lado, a livre escolha do casal, da mulher ou do homem, sobre a qual método contraceptivo aderir, respaldado por aconselhamento qualificado. De outro, o poder inerente à relação médico-paciente, ou profissional de saúde-paciente, que tende inevitavelmente para o primeiro lado, e que é capaz, ainda que de forma inconsciente, ou realizada na melhor das intenções, de impor ou de violar o princípio da livre escolha ao sugerir um procedimento que não seja o mais interessante para a pessoa ou para o casal. Tal questão se torna ainda mais grave quando se tem como um público-alvo pessoas das camadas mais pobres, como grande parte do público atendido pelo SUS hoje. Vale lembrar, tal como apresentado no 2o capítulo, que mais de 50% das pacientes do CPAIMC possuíam até 4 anos de escolaridade.

Mas esta questão é apenas um dos aspectos da complexa teia que envolveu as atividades do CPAIMC. Permeando as atividades da entidade haviam interesses internacionais

objetivamente colocados. Havia metas e linhas de ação a serem executadas, existiam programas de treinamento em técnicas de esterilização modernas, com amplo financiamento internacional, em especial oriundos da USAID, tal como vimos nos dois primeiros capítulos desta tese.

O que podemos aprender então com esta breve História do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança?

Em primeiro lugar, precisamos reconhecer que a ação de entidades privadas no planejamento familiar, com financiamento e metas internacionais, foi uma realidade concreta que fez e ainda faz parte da história do planejamento familiar no Brasil. Entidades internacionais atuaram e ainda atuam na área, hoje sob novas regras e orientações, e devem ser alvo de constante observação e regulação das autoridades de saúde da União, dos Estados e dos municípios.

Em segundo lugar, precisamos estar atentos para medidas de saúde que visam, de alguma forma, o controle social da pobreza. Temas e polêmicas como gravidez precoce de adolescentes e falta de educação sexual adequada possuem a teimosa tendência para a busca de se resolver o problema da pobreza por meio do impedimento dos pobres de nascerem.

Por fim, a participação em saúde de um modo geral é um princípio basilar do SUS e deve ser permanentemente afirmado e perseguido. Ações verticalizadas de saúde, com pacotes de intervenções prontos e definidos de cima para baixo como o CPAIMC realizou devem ser superadas. A participação popular nas decisões sobre a saúde da comunidade necessita de mecanismos consolidados em que os próprios atendidos tenham voz. Nesse sentido a Carta de Alma-Ata de 1978 é um documento que possui uma irrepreensível atualidade.⁴⁰⁵

⁴⁰⁵ A Carta de Alma-Ata está disponível no Anexo 12. <http://dssbr.org/site/> Aceso em 20/11/2014

Sítios consultados na rede mundial de computadores:

Acervo Digital da Revista VEJA

<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>

Acervo Digital do Jornal O Globo

<http://acervo.oglobo.globo.com/>

Base COC – Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz

<http://basecoc.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/?IscScript=iah/iah.xis&lang=P&base=coc>

Base Minerva – Universidade Federal do Rio de Janeiro

www.minerva.ufrj.br

Biblioteca Jorge de Rezende da Maternidade-Escola da UFRJ

<http://www.bibliotecas.ufrj.br/maternidade/historico.htm>

Biblioteca Nacional

http://acervo.bn.br/sophia_web/index.html

Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde

<http://bvsmis.saude.gov.br/>

Depo Provera Fact Sheet

<http://www.cwpe.org/node/185>

Determinantes Sociais da Saúde – portal e observatório sobre iniquidades em saúde

<http://dssbr.org/site/>

Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)

<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

Google Acadêmico

<http://scholar.google.com.br/>

Hemeroteca Digital Brasileira

<http://hemerotecadigital.bn.br/>

International Planned Parenthood Federation.

<http://www.ippf.org/en/Where>

Página pessoal de Elsimar Coutinho

<http://www.elsimarcoutinho.com>

Palácio do Planalto – Presidência da República

<http://www2.planalto.gov.br/>

Pesticide Action Network

<http://www.panna.org/issues/persistent-poisons/the-ddt-story>

Popline by K4Health

<http://www.popline.org/>

Portal de Periódicos CAPES

<http://www.periodicos.capes.gov.br/>

PROFAMILIA

<http://www.profamilia.org.co>

SciELO – Scientific Electronic Library Online

www.scielo.org

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM

www.bemfam.org.br

United States Agency for International Development - USAID

www.usaid.gov

Universidade de Adelphi

www.adelphi.edu

Vaticano

<http://w2.vatican.va/content/vatican.html>

The New York Times

<http://www.nytimes.com>

Fontes primárias:Arquivo Hélio Aguinaga e Lia Aguinaga

AGUINAGA, Hélio. “Perspectivas demográficas para o futuro – soluções possíveis.” Conferência realizada na Universidade de Washington, St. Louis, Estados Unidos. 1978

AGUINAGA, Hélio. Religião e Planejamento Familiar. 07/07/1979

AGUINAGA, Hélio. *População* 07/07/1979 In *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Rio de Janeiro, 1980.

AGUINAGA, Hélio. “Saúde da Família: evolução no último século”. Baltimore: Johns Hopkins University, s/d In AGUINAGA, Hélio. *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Rio de Janeiro, 1980.

AGUINAGA, Hélio. *Esterilização Cirúrgica Voluntária*, 1988

HANFF, Beatriz. Collere; KROPSCH, Lia Junqueira; LASSNER, Karen Johnson. “Pílula Anticoncepcional: o que se diz, o que se faz”. Rio de Janeiro: CPAIMC, 1986

JANOWITZ, Barbara. *Sterilization Acceptance and Followthrogth: Final Report*. Family Health Program, 1984.

KROPSCH, Lia Aguinaga Junqueira. “Assistência de Enfermagem nos Programas de Saúde da Mulher - CPAIMC.” *XXXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 21 de outubro de 1986

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). *Programa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança*. 1971 Arquivo Hélio Aguinaga.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Convênio Universitário PAIMC-INPS*. 1974.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). *Convênio UFRJ-Estado da Guanabara*. 1974.

Biblioteca da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

PEIXOTO, Afrânio. ”A Contraceção, ‘Birth-Control’ ou Neo-Malthusianismo” In *Revista de Medicina Legal e Identificação*. Rio de Janeiro, 1932.

Biblioteca Nacional

ABEPF *Manual de normas, rotinas e procedimentos em planejamento familiar clinico. Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1986.

ABEPF. *Manual de geração e captação de recursos. Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1986.

ABEPF. *Manual para utilização de materiais de informação e orientação em planejamento familiar Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1987

ABEPF. *Anticoncepção: uma visão geral. Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989

ABEPF. *Anticoncepção: boatos e realidade. Cadernos ABEPF*. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989

BEMFAM. *Boletim Informativo*. Rio de Janeiro: A Sociedade. Junho, v 6, 1972

Revista Population and Development Review

POPULATION COUNCIL. "On the origins of the population council". In *Population and Development Review*. 1975

United States Agency for International Development/ Popline

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *Family Planning policies na programmes: Brazil profile*. 1979

KENNEDY, Barbara; HELMAN, Howard; BRACKETT, Maura; CARLSON, Samuel. *Evaluation of A.I.D. Population Assistance to Brazil*. USAID. 1987

THE PATHFINDER FUND. *Brazil Strategy Document. FY'87*.

USAID. *Development of Operations Research Proposals for Two Brazilian Family Planning Organizations: BEMFAM and CPAIMC*. 1982

Jornal O Globo

AMBULATÓRIO é fechado por falta de licença. O Globo. 07/01/1986

ANTICONCEPCIONAL sob a pele é dez vezes mais eficaz. O Globo. 08/06/1984.

ANTICONCEPCIONAL usado no braço é mais seguro. O Globo. 25/01/1985.

ARQUIDIOCESE aprova fim da unidade do CPAIMC em Acari. O Globo. 24/03/1984

CENTRO de Saúde quer ampliar atendimento. *O GLOBO*, 15/07/1982

CENTRO luta por recursos para atendimento. O GLOBO, 16/02/1990

CNBB aceita explicação de Arcoverde sobre planejamento. O Globo. 30/12/1980

CONTROLE da População é Problema Social. In *O Globo*, 15/08/1974.

CPAIMC faz 21 anos assistindo e pesquisando mulher e criança. O Globo, 25/01/1991

D. AIOÍSIO: Imperialismo freia natalidade do país. O Globo. 27/08/1980.

DADOS oficiais não refletem a realidade. O Globo. 20/06/1989

DIRETOR do Centro nega indução à esterilização. O Globo, 18/03/1984

ENTIDADES denunciam esterilização. O Globo. 06/11/1991.

ESTERILIZAÇÃO: CPI quer entidades investigadas. O Globo, 31/10/1991

ESTERILIZAÇÃO no Brasil atinge 40% das mulheres. O Globo. 20/06/1989.

FECHADA no Rio unidade que fazia controle de natalidade. O Globo. 15/03/1984.

JAIR: Inamps vai manter uso de método artificial. O Globo. 30/12/1980.

JURISTAS e médicos opinam sobre o controle artificial da natalidade. O GLOBO, 23/11/1965

LIPKE, Ana Maria Cantalice. Controle de Natalidade. O Globo, 29/01/1987

MULHERES da Cidade de Deus: Planejamento Familiar, não! O Globo, 01/08/1985

MULHERES denunciam violência de médicos para impor contracepção. O Globo. 13/10/1986.

NUMA escola em Acari, estranha convivência. O Globo. 23/03/1984.

PESQUISA americana mostra esterilização em massa no Brasil. O Globo. 21 de Julho de 1989

PARA uma nova sociedade, nova mentalidade. O Globo. 26/01/1986.

PLANEJAMENTO familiar foi o único serviço a ter polêmica. O GLOBO, 27/1/1990

PLANEJAMENTO familiar do INAMPS dará ênfase à proteção da mulher. O Globo. 28/05/1986

PREFEITO promove a esterilização. O Globo. 10/10/1984.

PREVIDÊNCIA Social para a maioria. O Globo. 20/06/1989.

REPULSA geral à legalização do aborto na União Soviética. O GLOBO, 1/12/1955

REUNIÃO denuncia pesquisa de contraceptivo proibido. O Globo. 2/6/1986

RISCO de vida. O Globo. 24/10/1984.

SAÚDE proíbe capsula para evitar filhos. O Globo 25/01/1986.

SECRETÁRIO de Saúde quer saber o que faz o CEPAIMC. O Globo. 30/03/2014.

TÉCNICO quer planejamento familiar gradual. O GLOBO, 8/10/1978

UM projeto para dar amparo e informação a mulheres carentes. O Globo, 22/06/1984

UMA ligação de trompas vale dez votos no Nordeste. O Globo. 13 de outubro de 1986.

UNIBAIRROS consegue a criação de Conselho Comunitário: Saúde. O Globo. 23/03/1986.

Folha de São Paulo

AGUINAGA, Hélio. Mortalidade Infantil Supera a da África. FOLHA DE SÃO PAULO, out.1979

Revista VEJA

DEBATE sensato: Congresso médico apoia família planejada. In VEJA. Rio de Janeiro, 4 de agosto de 1983

Jornal do Comércio

AGUINAGA, Hélio. O modelo econômico marginaliza a pobreza. Jornal do Comércio, 28/6/1982

Jornal do Brasil

ANTICONCEPCIONAL proibido é aplicado em 3500 mulheres. *Jornal do Brasil*. 22/05/1986

DECISÃO condenada. Seção Cartas. *Jornal do Brasil*. 01/02/1982

FEGHALI, Jandira. “Ecologia Populacional”. *Jornal do Brasil*. 01/06/1992

GOVERNO susta pesquisa de anticoncepcional subcutâneo. *Jornal do Brasil*. 1984

QUASE 3 mil mulheres carregam na pele contraceptivo proibido. *Jornal do Brasil*. 05/10/1986

Sistema de Informações do Congresso Nacional – SICON

BRASIL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993

Requerimentos 73 e 76 de 21/03/1991, autoria de Darcy Ribeiro

PROJETO de Lei Nº 209, de 1991. Diário do Congresso Nacional (Seção 1), Março de 1991

Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde

BRASIL. *Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1987.

Bibliografia:

AGUINAGA, Hélio. *Pop Eco Pol: reflexões para uma vida melhor*. Rio de Janeiro: 1980.

AGUINAGA, Hélio. “A Família” In *Armando Palhares Aguinaga: Centenário de Nascimento*. Rio de Janeiro: Lidador, 1990.

AGUINAGA, Hélio. “O Médico” In *Armando Palhares Aguinaga: Centenário de Nascimento*. Rio de Janeiro: Lidador, 1990.

AGUINAGA, Hélio. *A Saga do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

AGUINAGA, Hélio. *Recuso-me a esquecer: memórias de um médico*. Rio de Janeiro: Lidador, 2006

ALVES, José Eustáquio Diniz. *As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE.

ARAÚJO, Luciane Marques; BAPTISTA, Suely de Souza. “A participação das enfermeiras na implantação das propostas de contracepção do CPAIMC: 1975-1978” In *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.4,n.2, 2000. pp.187-195.

AMARAL, Maria Lucia Lacaz. “Maternidade-Escola: 106 anos ajudando a nascer.” In *Biblioteca Jorge de Rezende da Maternidade Escola da UFRJ*
<http://www.bibliotecas.ufrj.br/maternidade/historico.htm>

BERELSON, Bernard. “National Family Planning Programs: A Guide” In *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 5, Supplement (Dec., 1964), pp. 1-12

BERQUÓ, Elza. “Sobre a política de planejamento familiar no Brasil” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v.4, n.1, 1987

BERQUÓ, Elza. “Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar.” In *Estudos Feministas*. Ano 1, 2º sem. 1993. pp366-381

BORGES, Nilson. “A Doutrina de Segurança Nacional e os governos militares.” In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Luciana A. N. (orgs.). *O tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p.13-42. (Coleção O Brasil Republicano, v. 4)

BOURDIEU, Pierre. “A Ilusão Biográfica” In AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes. *Usos & Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.

BRASIL. II Plano Nacional de Desenvolvimento. 1974
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/anexo/ANL6151-74.PDF

BRASIL. 5ª Conferência Nacional de Saúde. 1975
<http://www.saude.gov.br>

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. “A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde” In *História, Ciências, Saúde – Mangueiras*. V.13, n.3, p.623-47, jul-set.2006.

CAETANO, André Junqueira. “A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996” In MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (orgs). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. Pp.229-248

CANESQUI, Ana Maria. “Planejamento Familiar nos Planos Governamentais” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v.2, n.2, jul./dez.1985.

CANESQUI, Ana Maria. “Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana.” Textos NEPO 13. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987

CONNELLY, Matthew. *Fatal Misconception: the struggle to control world population*. Harvard University Press. London, England, 2008.

COOK, Robert. “Born to live – but how long?” In *Population Bulletin*, XI:6, 1955

COSTA, Ana Maria. “Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.” In *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(4): 1073-1083. 2009

COSTA, Ney Francisco Pinto (Org.); PIRES, Ana Glória (Colab.). *BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005

CRANE, Barbara B. e FINKLE Jason L. “The World Health Organization and the Population Issue: Organizational Values in the United Nations” In *Population & Development Review*.

CORDEIRO, Hésio. “Descentralização, universalidade e equidade.” *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328, 2001

CUETO, Marcos. “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care.” In *American Journal of Public Health*. Novembro, 2004, Vol 94, no 11.

DAMASCO, Mariana dos Santos. *Feminismo Negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. “Feminismo Negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993).” In *Estudos Feministas*, 20(1), 344, janeiro-abril/2012

DAVIES, Peter J. e RODRIGUES, Walter. “Community-based Distribution of Oral Contraceptives in Rio Grande do Norte, Northeastern Brazil.” In *Studies in Family Planning*, Vol. 7, No. 7 (Jul., 1976), pp. 202-207

DONALDSON, Peter J.” On the Origins of the United States Government’s International Population Policy” In *Population Studies*, 44 (1990), 385-399.

DREIFUSS, René Armand. 1964: A conquista do Estado. Ação política, poder e golpe de classe. Petrópolis: Ed. Vozes, 1981

ERLICH, Paul. *The Population Bomb*. Nova Iorque: Buccaneer Books, 1995 [1968]

Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. In *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Capturado em 28 julho. 2013. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

ESCOBAR, Arturo. *La invención del Tercer Mundo: Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Barcelona: G.E.Norma, 2000.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998

ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene Raimundo, EDLER, Flavio Coelho. “As Origens da Reforma Sanitária e o SUS.” In LIMA, Nísia Trindade, GERSCHMAN, Silvia, EDLER, Flavio Coelho, SUÁREZ, Julio Manuel. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005

FERREIRA, Jorge. “O Governo Goulart e o golpe civil-militar de 1964.” In FERREIRA, Jorge; DELGADO, Luciana A. N. (orgs.). *O tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. (Coleção O Brasil Republicano, v. 4) p.400-401

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ FNUAP, 1993.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977

FREEDMAN, Ronald. “Family Planning Programs Today: Major Themes of the Geneva Conference”. In *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 8, Supplement (Oct., 1965), pp. 1-7

GOLDBERG, Anette. *Feminismo e autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987. Dissertação (mestrado).

HARTMANN, Betsy. “Population Control I: Birth of an Ideology.” In *International Journal of Health Sciences*. Vol.27, N3, páginas 523-540

HOBSBAWM. Eric. *Era dos Impérios*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2003

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ ANPOCS, 2013

HUXLEY, Julian. Unesco: its purpose and its philosophy. UNESCO, 1946

KROPF, Simone. Doença de Chagas, Doença do Brasil: Ciência, Saúde e Nação (1909-1962). Tese (Doutorado em História Social) Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2006

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. “A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica.” In LIMA, Nísia Trindade, GERSCHMAN, Silvia, EDLER, Flavio Coelho, SUÁREZ, Julio Manuel. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. “Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna.” In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.705-714.

LIMA, Octávio Rodrigues “O obstetra diante do problema do planejamento familiar” In *Ginecologia e Obstetrícia*, abril, 1967

LOPEZ, Raúl Necochea. A History of Family Planning in Twentieth-Century Peru. UNC Press. 2014.

MADEIRA, João Lyra. “Alguns problemas demográficos atuais” In *Revista Brasileira de Estatística*. 1944, v.5, n.19.

MADEIRA, João Lyra. “Explosão Demográfica Mundial” In *Revista Brasileira de Estatística*. 1965, v.26, n.103-104, 1965

MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Campanha Continental para a Erradicação do Aedes aegypti da OPAS e a Cooperação Internacional em Saúde nas Américas (1918-1968)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2013

MAIP, Hilda. “O Planejamento da Família em Face do desenvolvimento no Brasil”. XVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Blumenau, 10 a 16 de julho de 1966. In *Anais Brasileiros de Ginecologia*, volume 62, 1966, n5, pp.276-277.

MALTHUS, Thomas Robert. *Ensaio sobre o princípio da População. Série os Economistas*. São Paulo: Nova Cultural, 1996

MANTEGA, Guido. *O Governo Geiseil, o II PND e os Economistas. Relatório de Pesquisa nº3*. São Paulo: EAESP/FGV/NPP - NÚCLEO DE PESQUISAS E PUBLICAÇÕES. 1997

MARTINE, George. “O papel dos organismos internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil: notas preliminares” In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. São Paulo, v.22, n.2, p. 262, jul./dez. 2005.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, Ana Paula Vosne. “A Ciência dos Partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX” In *Estudos Feministas*, 13(3), setembro-dezembro/2005

MATTOS, Ruben Araújo de. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. Universidade Estadual de Feira de Santana, s/d www.uefs.br

McLAREN, Angus. “Doctor in the House: medicine and private morality in France, 1800-1850” In *Feminist Studies*, Vol,2, No2/3, 1975

MEASHAN, Anthony R. “Latin America 1974: An Overview”. In *Studies in Family Planning*, Vol. 6, No. 8, Family Planning Programs: World Review 1974 (Aug., 1975),

MENDONÇA, Sonia Regina. “Da República Velha ao Estado Novo” In LINHARES, Maria Yedda (org.) *História Geral do Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. Pp.302-326.

MERRICK, Thomas W. “Population, Development, and Planning in Brazil”. In *Population & Development Review*; 1976. p.181-199

MESQUITA, Cecília Chagas de. *Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) Fundação Oswaldo Cruz/ Casa de Oswaldo Cruz, 2010

MONTEIRO, Simone & VILELA, Wilza. “Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas”. IN: MONTEIRO, Simone & VILELA, Wilza (Orgs). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. São Paulo: Editora Abrasco; Brasília: UNFPA, 2005,

MYRDALL, Gunar. “Os Aspectos Econômicos da Saúde” In *WHO Chronicle*. vol6, n78, agosto de 1952

MYRDALL, Gunnar. *Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas*. Rio de Janeiro: Instituto Superior de Estudos Brasileiros, 1960.

MYRDALL, Gunar. *World Development*, Vol.1, nº 11, Novembro de 1972

NEVES, Paula de Carvalho. “Feminismo e Política: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro” *36º Encontro Anual da ANPOCS*. 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978 <http://www.opas.org.br>

OSIS, Maria José Martins Duarte. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: história de uma intervenção*. [Dissertação] Mestrado em Antropologia. Unicamp, 1994

PEDRO, Joana. “A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração.” In *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.23, n.45, pp.239-260, 2003.

PERPÉTUO, Ignez Helena; WAJNMAN, Simone. “A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda” In Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Campinas. v.10(1/2), 1993. pp.25-39

RAMOS, Antonio Vespasiano. “Controle da População, a Fertilidade e a Fome” In *Anais Brasileiros de Ginecologia*. Rio de Janeiro, 1960.

REIS, Daniel Aarão. *Ditadura e Democracia no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014

REIS, Daniel Aarão. REIS, Daniel Aarão. *Modernização, Ditadura e Democracia, 1964-2010*. Volume 5

RODRIGUES, Walter. “Brazil” In *Studies in Family Planning*, Vol. 6, No. 8, Family Planning Programs: World Review 1974 (Aug., 1975), pp. 265-267

RODRIGUES, Walter. *O que é planejamento familiar*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1980.

RODRIGUES, Walter. *Crescimento populacional e planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1983.

ROHDEN, Fabíola. *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. *Política Demográfica e Parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade*. Campinas: Unicam/NEPO, 1993

ROSS, J. A. *Sterilization: past, present, future*. Working Papers nº29. The Population Council, 1991

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Filantropia, mecenato e práticas científicas - Rio de Janeiro (1920-1940)*. Dissertação (Doutorado em História das Ciências da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz . FIOCRUZ, 2005.

SANTANA, Marco Aurélio. “Trabalhadores em Movimento: o sindicalismo brasileiro nos anos 1980-1990. In DELGADO, Lucilia Neves, FERREIRA, Jorge. *O Brasil Republicano 4: o tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010)

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro. Ed. Campus, 1979

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998

SCAVONE, Lucila. “Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas: entre la salud, la ética y los derechos”. In SCAVONE, Lucila (comp.). *Género y salud reproductiva en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional, 1999

SHARPLESS, John. "Population Science, Private Foundations, and Development Aid: The Transformation of Demographic Knowledge in the United States, 1945-1965" In PACKARD, Randall & COOPER, Fred. *International Development and the Social Sciences*. Berkeley: University of California Press, 1997

SHEA, Gail A.; BURCH, Thomas K.; PEREZ, Gustavo; ORDONEZ, Miriam; van KEMANADE, Joseph; HUTJES, Jan; HELLEGERS, Andre E. "Catholic Parish Priests and Birth Control: A Comparative Study of Opinion in Colombia, the United States, and the Netherlands" In *Studies in Family Planning*, Vol. 2, No. 6 (Jun., 1971), pp. 121-136.

SILVA, Diógenes Carvalho da; MELO, Eliane Barreto de; RODRIGUES, Cecília Maria Bessa de. "Conhecimento e uso de anticoncepcionais em adolescentes femininas em três favelas do Rio de Janeiro." Rio de Janeiro: CPAIMC, s/d

SILVA, Francisco Carlos Teixeira da. "Crise da ditadura militar e o processo de abertura política no Brasil, 1974-1985" In DELGADO, Lucilia Neves, FERREIRA, Jorge. *O Brasil Republicano 4: o tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010: 261-265)

SILVA JÚNIOR, Osnir Claudiano da. *Do asylo da mendicância ao hospital escola São Francisco de Assis: a mansão dos pobres*. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1997

SIVIN, Irving; ALVAREZ-SANCHEZ, Francisco; DIAZ, Soledad; McDONALD, Olivia. HOLMA, Pentti; COUTINHO, Elsimar; ROBERTSON, Dale. "The NORPLANT Contraceptive Method: a report on three years of use". In *Studies in Family Planning*. Population Council. Vol.13, No. 8/9 (aug-sep.1982),

SOUZA, Celina. "Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças." *DADOS—Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 44, nº3, 2001, pp. 513 a 560.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *Em Busca do Brasil: Edgard Roquette-Pinto e o retrato antropológico Brasileiro. (1905-1935)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. 2011

SOUZA, Cecília de Mello e. "Dos estudos populacionais à saúde reprodutiva" In BROOKE, Nigel; WYTOSHYNSKY, Mary (orgs). *Os 40 anos da Fundação Ford no Brasil: uma parceria de mudança social*. São Paulo/ Rio de Janeiro: EdUSP/ Fundação Ford. 2002.

SOUZA JUNIOR, Aujôr de. *A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção (1960-1980)*. UFSC, Florianópolis, 2006. Dissertação [Mestrado em História Cultural]

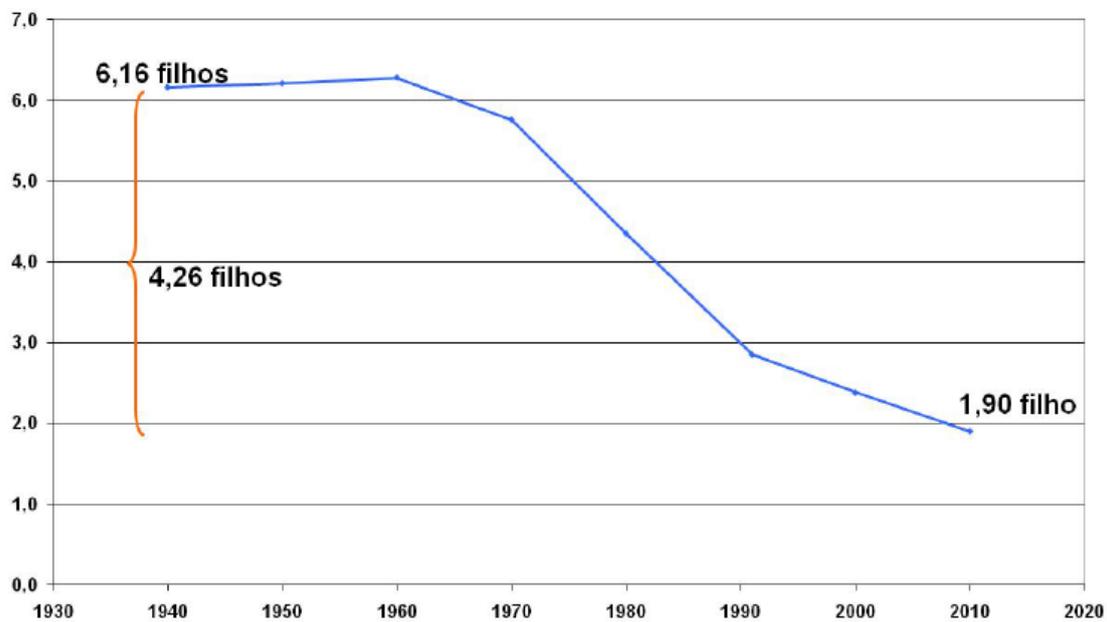
STEPAN, Nancy Leys. *A Hora da Eugenia: raça, ciência e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. “O controle do câncer no Brasil da primeira metade do século XX.”
In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, sup.1, jul.2010. p.13-31

von GEUSAU, Leo Alting.. ”International Reaction to the Encyclical *Humana Vitae*”. *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 50 (Feb., 1970), pp. 8-12

WOOSTER, Martin Morse. *The Ford Foundation: founder of modern population control*.
Nova Iorque: Catholic Family and Human Rights Institute, 2004

ANEXO 1

Taxa de fecundidade total – Brasil – 1940/2010

BRASIL. *Censo demográfico de 2010*. IBGE, 2012, p.18

ANEXO 2 – Tabela de prevalência de esterilização e uso de métodos anticoncepcionais em 20 países em 1986

PAÍS	PROPORÇÃO DE MULHERES		PROPORÇÃO DE ESTERILIZADAS DENTRE USUÁRIAS DE ALGUM MÉTODO
	Esterilizadas	Usando algum método	
Coréia do Sul	47,6	76,1	62,5
Porto Rico	46,8	74,8	62,6
Panamá	37,7	66,4	56,8
China	36,8	74,9	49,1
Rep. Dominicana	36,5	55,3	66,0
El Salvador	36,1	52,6	68,6
Sri Lanka	31,4	65,5	47,9
Índia	31,3	44,9	69,7
Brasil	30,4	69,2	43,9
Tailândia	30,4	73,5	41,4
Taiwan	26,0	78,0	33,3
Hong Kong	23,4	82,6	28,3
Cingapura	22,8	73,5	31,0
Urugual	22,5	69,5	32,4
Coréia do Norte	22,3	68,4	32,6
México	21,8	57,9	37,6
Chile	20,9	64,4	32,4
Argentina	19,9	61,5	32,4
Colômbia	19,6	66,7	29,4
Costa Rica	17,7	70,9	25,0

ROSS, J. A. Sterilization: past, present, future. Working Papers nº29. The Population Council, 1991 apud BERQUÓ, Elza. "Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar." In *Estudos Feministas*. Ano 1, 2º sem. 1993. pp366-381

ANEXO 3 – Diretor de Centro nega indução à esterilização

MÉDICO LANÇA DESAFIO AOS SEUS ACUSADORES**Diretor de Centro nega indução à esterilização**

Indignado com a acusação, por uma diretora de escola e um deputado federal, de que médicos do posto do Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME), em Acari, teriam induzido casais a se esterilizar, o Diretor-Presidente do Centro, médico Hélio Aguinaga, desafiou a Secretaria Municipal de Educação, a Câmara dos Vereadores, setores do Governo ou qualquer particular a fazer uma devassa na instituição: ele garante que jamais suas equipes desrespeitaram a dignidade e o direito de autodeterminação de quase meio milhão de clientes atendidos pelo Centro em seis anos de existência.

BRIGA DE DIRETORAS

Para o médico Hélio Aguinaga, o fechamento, há três dias, do posto do CPAIME que funcionava na Escola Erico Veríssimo, em Acari, pelo Diretor do 20º Distrito de Educação e Cultura, Zélio Teixeira da Silva, foi o lance final de uma briga entre a nova Diretora, Heloisa da Silva Vieira, e sua antecessora, Laura Aparecida Coelho.

— Foi maldade da diretora. Foi maldade do deputado — disse Aguinaga — o que eles não sabem é que nos fizeram um bem, porque depois desse episódio pudemos aferir a penetração do programa. Recebemos inúmeros telefonemas de solidariedade e listas com assinaturas de pessoas humildes atendidas naquela escola. E não vamos sair de Acari, local sem qualquer outra assistência materno-infantil. Já temos oferecimentos de três endereços para nos instalar naquela região.

O CPAIME funciona em 44 pontos do Rio, a maioria em favelas e subúrbios, sempre em imóveis cedidos. A instalação de um novo posto é precedida de solicitação de comunidades, invariavelmente desassistidas, como pode ser constatado nos arquivos do Centro. Lá encontram-se requerimentos da Associação de



Hélio Aguinaga

Moradores do Morro São Cosme, em Realengo, ("a Associação cederá o local para instalação dos consultórios de atendimentos e colaborará com o trabalho, responsabilizando-se pela limpeza e manutenção do local"), e da Escola Municipal Santa Francisca Xavier Cabrini, Senador Camará, entre outras.

Nesses postos, técnicos em enfermagem formados no Hospital São Francisco de Assis, no Centro, cumprem um programa de cuidados primários de saúde na área materno-infantil, e atendem a questões ligadas e planejamento familiar, não só no que respeita à anticoncepção, mas também à esterilidade.

SOLUÇÃO PARA MUITOS

Na sala de espera do Hospital São Francisco de Assis, Maria Lúcia Rosário de Sousa, 36 anos, preocupou-se quando soube do fechamento do posto de Acari. Casada há dois anos, Maria Lúcia vem sendo submetida a tratamento para cura de infertilidade. Seu marido, Jorge Leal de Sousa, também tem-se medicado, em obediência à orientação dos médicos. Segundo informou, a moça não teria condições de pagar um tratamento desse tipo em clínicas particulares. Lá, ela paga quantias pequenas pelo atendimento ("a gente dá o que tem no momento, Cr\$ 300 ou Cr\$ 400") e ainda recebe muitos medicamentos grátis.

Além do que arrecada com "pagamentos simbólicos", conforme explica o Presidente do Centro, há também doações e convênios com

fundações médicas e técnicas que asseguram o atendimento às camadas menos favorecidas. Uma cliente, Sônia A. Albuquerque, 37 anos, dois filhos, pagou Cr\$ 4 mil para se submeter a uma cirurgia de ligadura de trompas. Na sala de espera do Hospital São Francisco de Assis, ela contou que havia encontrado ali a solução para um problema que a atormentava: o medo de fazer abortos com pessoas inexperientes. Antes de frequentar o CPAIME, Sônia procurou o Inamps para se operar, mas não conseguiu ser atendida. Orgulhosa, mostrou uma cicatriz mínima, abaixo do umbigo:

— Nem em clínicas de cirurgia plástica os médicos fazem tão bem feito — disse.

ÚNICOS PRAZERES

Com relação à questão do planejamento familiar, o médico afirma ser "um crime dar assistência materno-infantil sem aientar para o fato de que as pessoas podem querer ou não ter mais filhos". Em sua opinião, existe muita hipocrisia em não se admitir que o pobre também pode se sentir penalizado com a chegada de filhos e mais filhos.

— Quem tem dinheiro, pode comprar todos os métodos anticoncepcionais. O Brasil é o quarto maior consumidor do mundo de pílulas anticoncepcionais — diz ele — o pobre não tem dinheiro sequer para a condução ou o leite de filho, quanto mais para pensar em comprar isso ou aquilo para se proteger durante uma relação sexual.

— O que nós queremos é trazer melhoria para essas pessoas que vivem mal, em condições subumanas. Não estamos querendo inaugurar bicas em favelas, porque não concorreremos a eleições. O certo é que hoje, com tanta crise, tanta falta de recursos, o pobre, ou seja 63,3 por cento da população brasileira, só tem dois prazeres de graça, sem pagamento de imposto: uma boa prata e relações sexuais com seus parceiros nos finais de semana. Por que ele terá de estar sujeito a pôr mais um filho no mundo todas as vezes que for buscar um pouco de prazer na relação sexual? — concluiu.

DIRETOR de Centro nega indução à esterilização. O Globo, 18/03/1984

ANEXO 4 – FECHADA no Rio unidade que fazia controle da natalidade



Zélio da Silva (à esquerda) reunido com representantes do Centro. Ao lado, o cartaz na porta da unidade fechada

Fechada no Rio unidade que fazia controle da natalidade

O Diretor do 20º Distrito de Educação e Cultura (DEC), Zélio Teixeira da Silva, disse ontem que determinou o fechamento da unidade do Centro de Pesquisa e Atendimento Integrado à Mulher e à Criança na segunda-feira, após receber denúncias de que a entidade estaria fazendo o controle da natalidade, aplicando dispositivo intra-uterino (DIU) nas mulheres e induzindo casais à esterilização. A unidade do Centro funcionava em duas salas da Escola Municipal Erico Veríssimo, na Fazenda Botafogo, em Acari.

— Acharmos o controle da natalidade necessário, desde que seja feito a partir de uma conscientização. Recebi denúncias de que o Centro estaria induzindo casais a fazerem ligadura de trompas ou vasectomia, e não posso permitir que isso seja feito dentro de uma escola — disse o Dire-

tor do DEC, que ontem teve uma reunião com representantes do CPAIMC.

As denúncias foram feitas pela Diretora da Escola, Heloísa da Silva Vieira, e pelo Deputado Federal Jacques D'Ornellas (PDT-RJ), que apresentou um documento à Secretária Municipal de Educação, Maria Yedda Linhares, pedindo providências. A unidade da Escola Erico Veríssimo funcionava há pouco mais de dois anos e tinha cerca de quatro mil mulheres inscritas.

RECLAMAÇÕES

Ontem, ainda há uma fila de mulheres na porta da escola, à espera de atendimento, a maioria mães de alunos, muitas das quais, ouvidas pelo GLOBO, reclamaram do atendimento.

— Quando fui lá pela primeira vez não me sentia bem e me disseram que era da pilula anticoncepcional. Eu não queria, mas eles insistiram para que eu ligasse as trompas. Acabei aceitando e operei há dois anos, no Hospital Francisco de Assis, onde fui muito mal atendida. Em dezembro último, no entanto, engravidei novamente e tive que fazer um aborto. O pior é que me sinto tão mal quanto antes e já parei de tomar pilula — disse a dona-de-casa Paulina dos Santos Pereira, mãe de três filhos.

Alguns pacientes relataram ainda que para cada operação é necessário levar três doadores de sangue. O Chefe do Departamento Médico, Sérgio da Silva Nunes, alegou que o sangue é armazenado no banco que funciona no Hospital São Francisco de Assis.

ANEXO 5 – Lista de Senadores e Deputados titulares da CPMI

Senadores titulares	Deputados titulares
Divaldo Suniagy – PMDB	Heitor Franco – Bloco
Flaviano Melo – PMDB	Ivanio Guerra – Bloco
João Calmon – PMDB	Fatima Pelaes – Bloco
Wilson Martins – PMDB	Zila Bezerra – PMDB
Carlos Patrocínio – PFL	Lucia Vania – PMDB
Lourival Batista –PFL	Rita Camata – PMDB
Hydekel Freitas – PFL	Jandira Feghali – Pcdob
Almir Gabriel – PSDB	Lucia Braga – PDT
Eva Blay – PSDB	Regina Gordilho – PDT
Marluce Pinto – PTB	Tereza Jucá – PDS
Magno Bacelar – PTB	Marco Penaforte – PSDB
Júnia Marise – PRN	Raquel Cândido – PTB
Amazonio Mendes – PDC	Benedita da Silva - PT
João França – PSB	Avelino Costa – PSB
José Paulo Bisol – PSB	Hamil Haddad – PSB

ANEXO 6 – Lista de Senadores e Deputados suplentes da CPMI

Senadores suplentes	Deputados suplentes
Irapuan Costa Junior – PMDB	Carlos Roberto Massa – Bloco
Márcio Lacerda – PMDB	George Takimoto – Bloco
Rui Bacelar – PMDB	Orlando Bezerra – Bloco
Antonio Mariz – PMDB	Paulo Duarte – Bloco
Marco Maciel – PFL	Adelaide Neri – PMDB
João Rocha – PFL	Jório de Barros – PMDB
Odacir Soares – PFL	Maria Luiza Fontelle – PSB
Teotônio Vilela Filho – PSDB	Beth Azize – PDT
Beni Veras – PSDB	Aroldo Góes – PDT
Levi Dias – PTB	Maria Valadão – PDS
Lavoisier Maia - PDT	Paulino Cícero – PSDB
Moisér Abrão – PDC	Mateus Ienseng – PTB
Esperidião Amin - PDS	Sandra Starling – PT
Eduardo Suplicy – PT	Jair Bolsonaro – PDC
Vago – PRN	Wellington Fagundes – PL

ANEXO 7 – Esterilização: CPI quer entidades investigadas

Esterilização: CPI quer entidades investigadas

ATIVANDO MIMADA

A Comissão Parlamentar de Inquérito da Assembleia Legislativa que apurou a alta incidência de esterilização em mulheres no Estado quer que o Ministério Público investigue as atividades das entidades de planejamento familiar. Essa é uma das conclusões do relatório da CPI, entre as que estão em audiência pública.

A Comissão sugere ainda que sejam apurados os casos de Sonia Betetto e Marizete de Souza Freitas. Sonia foi esterilizada sem consentimento na Maternidade Praga Quinze e Marizete ficou esterilizada após submetida a experimentos com o contraceptivo Norplant, aplicados pela Sociedade de Celyl Bern-Estar no Brasil (Benbram) em sua clínica no Mato.

— A situação dessas entidades está muito nebulosa — afirmou o Presidente da CPI, Euzébio Soares (PCB). — A Constituição Federal proíbe a participação de capital estrangeiro na assistência à saúde e essas entidades não entregam a documentação sobre os encaminhamentos que recebem do exterior.

As instituições citadas são, além da Benbram, o Centro de Pesquisas de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAMIC) e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF). O trabalho da Comissão servirá de base para a CPI a ser instalada no Congresso Nacional.

— Nosso trabalho não tem como prioridade a esterilização — disse a secretária Executiva da Benbram, Carmen Carneiro Gomes. — Planejamento familiar não implica apenas limitar filhos, mas também salvar vidas.

Em março, o Ministro da Saúde, Alceu Guerra, informou que 25 milhões de mulheres brasileiras estão esterilizadas. A CPI cita ainda números do IBGE de 1986, que mostram que 41 por cento das mulheres brasileiras em idade fértil, que moram com transpêns, estavam esterilizadas na época. Segundo o relatório da CPI, Deputada Helenoide Simões, a esterilização — prática proibida pelo Código de Saúde Médica — se tornou a realidade das mulheres pobres como método contraceptivo.

Os parlamentares concluíram que a não implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) abre espaço para a atuação das entidades "tombadas por instituições de controle de população em países do Terceiro Mundo".

Os parlamentares concluíram que a não implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) abre espaço para a atuação das entidades "tombadas por instituições de controle de população em países do Terceiro Mundo".



Sônia Betetto esterilizada sem consentimento, segundo relatório da CPI

ANEXO 8 – Lista de depoentes da CPMI

Depoente	Atividade/ descrição
Sara Romero Sorrentino	Diretora da União Brasileira de Mulheres
Deputada Brice Bragatto	Presidente da CPI mista do Espírito Santo sobre a esterilização em massa de mulheres
Deputada Lúcia Souto	Presidente da CPI mista do Rio de Janeiro sobre a esterilização em massa de mulheres
Deputada Denise de Carvalho	Presidente da CPI mista de Goiás sobre a esterilização em massa de mulheres
Humberto Leal Vieira	Assessor Legislativo do Senado
Etelvino de Souza Trindade	Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília/ Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia/ Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
Délcio Fonseca Sobrino	Departamento de Medicina Comunitária da UFMG
Elza Berquó	Demógrafa e professora da Unicamp
Aníbal Faundes	Pesquisador e professor de Ginecologia e Obstetrícia da Unicamp
Maria Betânia Ávila	Presidente da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
Jurema Werneck	Movimento de Mulheres Negras/ Movimento Negro Brasileiro
José Aristodemo Pinotti	Professor e Pesquisador da Unicamp/ ex-secretário de Saúde do Estado de São Paulo
Roney Edmar Ribeiro	Secretário de Saúde de Goiás
Luíza Barrios	Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado
Dom Luciano Mendes de Almeida	Presidente da CNBB

Dr. Elsimar Coutinho	Médico, professor e pesquisador da UFBA
Hélio Aguinaga	Médico e presidente do CPAIMC
Edna Rolland	Psicóloga e diretora do Instituto de Mulheres Negras
Eurípides B. de Carvalho	Presidente da Federação Nacional dos Médicos
Marcelo Lavenère	Presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
Carmem Calheiros Gomes	Secretária Executiva da BEMFAM
José Hidási	Médico e vereador em Goiânia/GO
Antônio Henrique Pedrosa Neto	Conselheiro do Conselho Federal de Medicina
Dr. Adib Jatene	Ministro da Saúde
Emb. Luís Felipe de Seixas Correa	Embaixador e Secretário-Geral de Política Exterior do Ministério das Relações Exteriores
Sônia Beltrão	Alvo de esterilização sem consentimento no Rio de Janeiro
Rosiska Darci de Oliveira	Instituto de Ação Cultural e Fórum de Mulheres Negras junto à ECO-92

ANEXO 9 – Projeto de lei 209/1991

Projeto de lei No 209/1991 (Do Sr Eduardo Jorge e outros 6)

Estabelece normas e condições para os exercícios dos direitos referentes à saúde reprodutiva e coíbe o atual processo de esterilização indiscriminada da população brasileira e determina outras providências.

(ÀS COMISSÕES DE CONTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO; E DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA – ART. 24, II)

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º - É assegurado a todas as pessoas o direito ao exercício pleno da regulação da fertilidade, observado o disposto nesta lei.

Parágrafo Único – A regulação da fertilidade, a que se refere o caput deste artigo, pressupõe direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal.

Art. 2º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, prover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos, que assegurem o livre exercício da regulação da fertilidade, para ambos os sexos, mediante:

I – Disponibilidade aos interessados de informações técnicas fidedignas e orientações médicas eficientes, isentas de caráter propagandístico, relativos aos vários aspectos da regulação da fertilidade.

II – Acesso igualitário e gratuito aos serviços de saúde da rede pública direta e indireta para fins de assistência médica à esterilidade e a regulação da fertilidade, incluindo informações sobre os riscos e contraindicações sobre cada procedimento.

Parágrafo Único – O serviço de assistência à concepção, bem como à limitação da natalidade, devem ser oferecidos juntamente com as demais ações de saúde da mulher, ao homem, ao casal, numa visão integral de atendimento à saúde.

Art. 3º - A esterilização cirúrgica voluntária será feita através da laqueadura tubária, da vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, não sendo permitida a esterilização por histerectomia.

Art. 4º - A esterilização cirúrgica voluntária é admitida para homens e mulheres, de 30 (trinta) anos de idade ou mais, desde que o método usado para realiza-la seja de comprovada segurança e não impliquem em risco para a saúde do paciente.

I – É vedada a esterilização para pessoas com menos de 30 (trinta) anos de idade.

II – Para a realização da intervenção cirúrgica de esterilização é obrigatório observar-se um período de espera de 06 (seis) meses, durante o qual lhe será propiciado acesso aos serviços

de regulação da fertilidade incluindo o aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a prática da esterilização precoce.

III – A pessoa interessada em esterilizar-se, deve ser perfeitamente informada dos riscos da cirurgia, das dificuldades de sua reversão e das opções de contracepção reversíveis, legais, existentes no Brasil, registrando expressa manifestação de vontade, em documento escrito e devidamente firmado.

Art. 5º - Excetua-se ao Art. 4º e incisos, a situação onde existe condições clínicas que coloquem em risco a saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhada em relatório escrito e assinado por 2 (dois) médicos.

Art 6º - É vedado a instituições, entidades e organismos internacionais ou financiadas pelo capital estrangeiro, desenvolver ações de regulação da fertilidade ou pesquisas experimentais “animanóbilis”, exceto nos casos autorizados pelos Conselhos de Saúde do Sistema Único de Saúde.

Art. 7º - Constitui-se crime a exigência de atestado de esterilização para quaisquer fins.

Art. 8º - É vedado qualquer tipo de incentivo à pessoa, para que se submeta à esterilização.

Art. 9º - O Sistema Único de Saúde deverá estabelecer mecanismos de fiscalização, no sentido de que, instituições públicas, particulares, filantrópicas, e similares não fujam às normas estabelecidas na lei.

I – Caberá à Secretaria de Saúde do Estado, o credenciamento dos serviços autorizados a realizar as esterilizações cirúrgicas voluntárias.

II – É exigido, para fins de fiscalização, que todas as esterilizações cirúrgicas sejam notificadas ao órgão máximo de saúde do município e que esta informação seja encaminhada à Secretaria de Saúde do Estado.

Art. 10º - Incorre nas penas do art. 129 , inciso 1º, do Código Penal aquele que efetuar esterilização cirúrgica em menores de 30 anos, pessoas portadoras de necessidades especiais, ou em paciente que não tenha autorizado a cirurgia.

Parágrafo Único – Na mesma pena incorre o responsável pela instituição em que se realizar a cirurgia nas circunstâncias previstas no ‘caput’ deste artigo.

Art. 11º - A inobservância dos procedimentos informativos e de fiscalização do SUS referidos nesta lei implicará em responsabilidade administrativa.

Art. 12º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação

Art. 13º - Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

O Projeto de Lei ora apresentado contempla a questão da regulação da fertilidade, situada no âmbito da saúde reprodutiva. O tema regulação da fertilidade é assunto focalizado na Constituição Brasileira, no parágrafo 7º do artigo 226, do Capítulo da Família, da Criança e do Adolescente e do Idoso, bem como vem sendo objeto de polêmica nos espaços do Governo, do Congresso e da Sociedade, no País, desde meados dos anos 1960. A proposta aqui defendida procura preencher esse vazio legal e percebe a regulação da fertilidade como um direito das pessoas, direito este que envolve a constituição da prole, sua limitação ou aumento.

Inserida nessa proposta, encontram-se dispositivos que buscam normalizar a esterilização cirúrgica. Tema controverso que envolve, ao mesmo tempo, a questão do direito ao uso dos meios de limitação dos nascimentos, mas que também se relaciona com os abusos que vêm sendo cometidos nessa área. Nesse último aspecto, está se referindo ao grande número de esterilizações cirúrgicas realizadas no País, que alcançam taxas das mais elevadas do mundo. Ao se estabelecer regras para a realização da esterilização cirúrgica está se buscando coibir abusos, que vem sendo amplamente denunciados no País, por parte de vários segmentos de nossa sociedade. Abusos que se cometem principalmente contra populações pobres. No contexto da população pobre registre-se a grande violência praticada contra a mulher negra, sem poder de deixar de salientar abusos contra as mulheres camponesas.

As cautelas presentes neste projeto de lei, na parte que se refere à limitação da prole, deve-se ao fato dessa área vir sendo objeto de ações de instituições estrangeiras e internacionais e de entidades privadas de planejamento familiar – controle da natalidade que atuam no país, geralmente preocupadas com a alegada e não comprovada “explosão demográfica”.

Face tudo isso, o projeto situa a questão da limitação dos nascimentos no contexto da saúde referente aos direitos reprodutivos e da atenção integral à saúde das pessoas, inserindo-a, assim como as demais questões da saúde reprodutiva, no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como seu controle e fiscalização.

Sala das Sessões, 1

Deputado Eduardo Jorge PI/R5

Deputada Jandira Feghali PC/08/RJ

Deputada Nayla Lúcia Fontenelle PSE

Deputada Benedita da Silva PI/RJ

Deputado Luci Coimbra PT/SC

Deputada Sandra Starling PI/MG

Deputado João Gomes PC/03/PA

ANEXO 10 – Projeto de Lei 3.633 de 1993, apresentado po ocasião da CPMI

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 cientificamente 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 contracepção, ressalvados os casos do art. 9^o, *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 §§ 1^o e 2^o do Código Penal — Decreto-Lei n^o 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 11 – Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996.

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I**DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a 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 - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. 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:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. 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, nesse caso, o disposto nos arts. 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. 22. 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, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e 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; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

ANEXO 12 – Declaração de Alma-Ata de 1978

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país

interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.