

OS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO NORDESTE: CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS (1)

Ivonete Batista Xavier (2)

R E S U M O

O objetivo do trabalho é examinar o papel dos programas de planejamento familiar na queda da fecundidade. Na primeira seção se fala das posturas do governo acerca da política populacional e da tolerância diante de práticas de serviços de planejamento familiar. A seguir, através de dados estatísticos disponíveis, aborda-se a influência dos programas organizados sobre o comportamento reprodutivo. Na terceira seção, são feitas considerações críticas de ordem epistemológica e prática acerca do modelo dos programas de distribuição comunitária, examinando-se alguns aspectos da prática do Rio Grande do Norte. Na última seção são elaboradas as considerações finais acerca do tema estudado.

-
- 1) Trabalho apresentado no Seminário: "Nordeste — Diferenciais Demográficos e seus Determinantes". Promovido pela Fundação Joaquim Nabuco, SUDENE e Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Realizado na Fundação Joaquim Nabuco, Recife, fev. 1984.
 - 2) Profª Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco.

1. A POLÍTICA E A PRÁTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Já se foi o tempo em que se homenageava, no “dia das mães”, a mulher que tinha mais filhos. O que se observa nas últimas décadas por parte das autoridades do país, é uma atitude ambígua, diante do planejamento familiar, mesclado de uma atitude de ‘laissez-faire’. Canesqui (1982), ao estudar as diferentes posturas no país diante do planejamento familiar, no período de 1965 a 1977, refere que tanto o discurso liberal democrático quanto o discurso controlista “reconheciam o planejamento familiar como resposta preventiva ao aborto provocado. Porém, os controlistas não escondiam a vontade de reduzir a população através desta via, com intuitos de corrigir os desequilíbrios familiares e populacionais, por extensão”. A campanha contra o aborto provocado constituiu-se mais num discurso e retórica para justificar a implantação das atividades de planejamento familiar no Brasil e em outros países da América Latina.

Efetivamente, são os controlistas que além da divulgação e expansão dos meios anticoncepcionais através dos serviços de planejamento familiar, vão propor a legalização do aborto a partir de 1972.

Desse modo constata-se que a única preocupação dos controlistas da natalidade, identificados com a **Bemfam** (1) e seus aliados, é a de evitar nascimentos, independentemente dos meios utilizados e da vontade popular. São adeptos do princípio de que os fins justificam os meios. E a atitude de ambigüidade ideológica do Estado face a problemática da política populacional, como era de se esperar, acabou por beneficiar determinadas instituições de objetivos controlistas, as quais aumentaram seu espaço de atuação, permitindo inclusive que as mesmas renovassem seus métodos de ação, implicando em ligações formais e comprometimento de Estados da Federação, através de convênios sem existir na época e até hoje, uma política populacional oficial no país.

O papel da **Bemfam** — principal fonte de serviços organizados de planejamento familiar no Brasil — é reconhecido

1) Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil.

quando se compara dados por Estados em que ela é ativa, com aqueles onde esta instituição não atua, conforme Merrick e Berquó (1983).

A atitude do sistema de saúde pública do país, diante da provisão de Serviços de planejamento familiar e de esterilização cirúrgica constitui um outro exemplo eloqüente da postura "tolerante" do governo, pois, apesar de o governo brasileiro não ter adotado um plano de saúde nacional que poderia, eventualmente, incluir o planejamento familiar entre seus serviços, o sistema de saúde pública vem adotando uma abordagem mais liberal do que antes, uma vez que permite dentro dele o trabalho de médicos para prescrever pilulas, realizar esterilizações cirúrgicas, implantar DIU, em seus consultórios e clínicas particulares.

O que foi dito acima, carecendo de aprofundamento, permite concluir que a tolerância do Estado em relação a entidades voltadas para o controle do crescimento da população, assim como a repercussão das atividades destas entidades aliada a atitude do sistema de saúde pública diante dos serviços de planificação familiar, constituem indicadores de uma crescente disposição dos poderes públicos em aceitar a legitimidade e a conveniência da implantação de projetos de planejamento familiar no país.

Em depoimentos de autoridades públicas, observa-se até uma disputa em efetivar primeiro a implantação de serviços de planejamento familiar, como se pode observar no relato a seguir. Costa (1980), refere que Pernambuco realizou convênio do Governo do Estado com a **Bemfam** em 1976; todavia, na prática, este Estado antecedeu aos Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba, cujas datas de convênios foram anteriores as daquele Estado.

Finalmente o "laissez-faire" do Estado, face a questão da política populacional, não apenas permitiu o fortalecimento das atividades de certos grupos interessados em controlar nascimentos, mas propiciou espaço ao aparecimento de novos personagens que participam do jogo na constituição da política de planejamento familiar no país: a Igreja, os partidos políticos, as instituições profissionais, os movimentos feministas, os meios de comunicação de massa, são os novos protagonistas na controvertida política populacional no Brasil. Com discursos

de teor variado e com pesos diversos, estes agentes têm conseguido retardar a oficialização de uma política populacional na nação. Resta saber até quando terão forças para tanto.

2. OS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E A QUEDA DA FECUNDIDADE

As investigações relativas à questão da expansão do consumo de serviços de planejamento familiar, através de um conjunto de Instituições, são escassas.

As fontes principais de dados estatísticos disponíveis sobre o uso de meios anticoncepcionais no Brasil são a nível de Estado, os **surveys** de prevalência contraceptiva empreendidos pela **Bemfam** e, a nível nacional, a "Investigação Nacional de Reprodução Humana", realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

As pesquisas desenvolvidas pela **Bemfam** admitem os programas de planificação familiar como uma variável interviniente no declínio recente da fecundidade no Brasil. Vale salientar que as investigações foram conduzidas após 1976, o que significa que as mesmas fornecem uma visão posterior do impacto dos programas de planejamento familiar na fecundidade.

É notório que a queda da fecundidade no país iniciou-se na década de 60 e acentuou-se na última década. Coincidentemente, a **Bemfam** iniciou suas atividades na metade dos anos 60, montando clínicas em vários pontos do país e distribuindo métodos anticoncepcionais para mulheres de baixo poder aquisitivo. De acordo com fontes industriais, 9% das pilulas produzidas no Brasil, em 1976, foram distribuídas por aquela instituição.

A **Tabela 1** revela a extensão das atividades desenvolvidas pela **Bemfam** no período de 1966-1976. Pode-se observar que, de 1968 a 1969, dobrou o número de novas usuárias da pílula, assim como de 1968 a 1970. As pesquisas estaduais de saúde materno-infantil (**surveys**) empreendidas pela **Bemfam** revelam a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, segundo estados do Brasil: Piauí e Bahia — estados sem programas de planejamento familiar na época da entrevista, 31% Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco, onde foram im-

plantados programas de planejamento familiar, respectivamente em 1973, e 1975 (nos dois últimos), a prevalência contraceptiva se situa em torno de 42%, e no Rio Grande do Sul, onde não ocorre programa de planejamento familiar, a prevalência é de 71%. Para Rodrigues e colaboradores (1981), há indícios de que a prática contraceptiva constitui o principal fator intermediário na explicação do declínio recente da fecundidade nas áreas pesquisadas. E deve-se à existência de programas organizados pela **Bemfam** as diferenças encontradas no uso dos métodos contraceptivos nos diversos Estados do Brasil.

E como se explica a taxa de prevalência contraceptiva encontrada no Rio Grande do Sul — a mais alta dentre as citadas?

Tavares Thomé e colaboradores (1982) reforçam a opinião dos autores acima referidos, ao dizerem que a criação de programas específicos de planejamento familiar assume papel decisivo no aumento do uso e na socialização dos métodos.

Efetivamente, os dados disponíveis quanto ao uso de contraceptivos — vide **Tabela 2** — no Nordeste parecem estar relacionados, ao menos em parte, aos programas organizados de planejamento familiar, se estes são operativos. Na tabela 2, observa-se que nos Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco, onde os programas comunitários existem há mais tempo, o número de usuárias dos métodos contraceptivos é superior aos dos Estados onde os programas são recentes ou não existem; observa-se também de modo geral, uma incidência significativa de mulheres que se têm submetido à ligadura de trompas. É curioso o fato, porque os programas comunitários não trabalham com este método.

Os dados acerca das fontes (vide **Tabela 3**) de serviços para a aquisição dos contraceptivos orais revelam que nos Estados onde os programas organizados são limitados — como é o caso da Bahia — 82% de usuárias da pílula procuram médicos particulares, clínicas e hospitais privados. No Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco, onde os programas de distribuição comunitária têm sido operativos, o sistema Bemfam/rede hospitalar do Estado/ do município provê em torno de 60% de serviços de acesso aos métodos contraceptivos.

Para Berquó (1980), uma das investigadoras da “Pesquisa Nacional de Reprodução Humana” (conduzida pelo CEBRAP), o exame das variações da fecundidade revela que, ape-

sar de diferenças regionais marcantes, o declínio ocorreu em todo o país, porém é maior na região nordestina.

Os determinantes próximos do declínio, podem ser: retardamento da idade ao casar e aumento do celibato, da duração da infertilidade pós parto, da prevalência de aborto provocado e do uso de meios anticoncepcionais eficientes. A contracepção foi o fator decisivo na queda da fecundidade (Berquó, 1982).

A autora ainda especula se o intenso processo de urbanização, associado ao declínio da fecundidade, ocorreu paralelamente ao aumento significativo da concentração de renda, gerando uma deterioração das condições de vida da população de escassos recursos.

Nesta conjuntura pergunta-se se a pauperização não estaria sendo o principal contraceptivo da atualidade (?) Ou o ajuste do casal às condições existenciais não agiria como uma força propulsora na adoção de métodos para evitar nascimentos (?) Seria o incremento da disponibilidade dos métodos anticonceptivos eficientes que levaria às mudanças nos padrões reprodutivos da sociedade (padrões estes desejados por instituições de caráter controlista) ou mudanças (anteriores ou simultâneas) básicas a nível individual, familiar ou da sociedade, que estariam levando as pessoas a alterarem seus padrões reprodutivos independentemente de serviços de planejamento familiar? Estas perguntas são contempladas nas hipóteses explicativas dos autores Merrick e Berquó (1983), sobre a mudança na fertilidade marital no Brasil. Para eles, o declínio ocorreu através da convergência de dois conjuntos de forças: 1.º) aumento da disponibilidade de meios de contracepção efetivos, particularmente pelos grupos de baixa renda e regiões do país, os quais não tinham participado do declínio da fertilidade anteriormente; 2.º) a emergência de condições sócio-econômicas, as quais conduziriam a padrões de famílias pequenas, motivando os casais ao uso de métodos contraceptivos disponíveis com a finalidade de reduzir, espaçar ou encerrar suas vidas reprodutivas.

Neste contexto, outras questões podem ser colocadas; casais com motivações reprodutivas "negativas" (de não ter filhos) intensificariam ou melhorariam sua prática contraceptiva se o custo para fazê-la se tornasse reduzido? Casais com motivações reprodutivas "positivas" (de ter filhos) resis-

tiriam aos apelos dos meios de comunicação de massa relativos aos custos dos filhos, às vantagens de se possuir uma família pequena? Recusariam os programas organizados de planejamento familiar que envolvem a comunidade e realizam uma lavagem cerebral para legitimarem suas atividades?

Para concluir, detecta-se consenso entre os estudiosos de diferentes orientações teóricas e metodológicas de que o declínio da fecundidade no Brasil, nas últimas décadas, é um fato consumado, como também de que a prática contraceptiva tem se constituído num fator decisivo na explicação deste processo. Todavia, não se dispõe de dados concludentes para se avaliar o papel dos programas, ou o impacto deles enquanto mediadores na queda da fecundidade; os surveys fornecem uma visão *ex-post* dos programas e só foram conduzidos, na melhor das hipóteses, após 3 anos de existência dos programas; o uso maciço de métodos contraceptivos em Estados da Federação onde não ocorrem programas de planejamento familiar constitui um outro aspecto que merece exame cuidadoso. Em relação ao primeiro, Rodrigues e colaboradores (1980) comentam que "para se avaliar o impacto do programa comunitário é importante medir o seu impacto, não apenas no uso atual, mas também sobre o uso fora do mesmo pelas antigas usuárias e a participação passada no programa pelas não usuárias no momento". Em outras palavras, avaliar o impacto dos programas de planificação familiar tem trazido polêmicas, porque sua análise depende de estimativas especulativas do nível de contracepção efetiva e da fecundidade na ausência dos programas. Na avaliação de programas, uma questão permanece teórica e controvertida, ou seja, a de nascimentos evitados por ano por clientes do programa que teriam sido evitados se não houvesse programas de planificação familiar. Resta a dizer que a abordagem dos fatores psico-sociais e culturais tem o seu espaço na avaliação de programas. Provavelmente, o estudo desses aspectos ajudaria a elucidar as contradições e "incoerências" detectadas nas atitudes dos usuários (ou de não usuários) dos programas. Contudo, tal tipo de abordagem tem sido subestimada ou ignorada na prática dos pesquisadores.

3. O MODELO DOS PROGRAMAS DE DISTRIBUIÇÃO COMUNITÁRIA: A PRÁTICA DO RIO GRANDE DO NORTE

O Nordeste constituiu a região preferida de atuação da Bemfam; as altas taxas de mortalidade infantil e de fecundi-

dade associadas à pobreza endêmica e à fome abrangem os motivos explícitos para se justificar a implantação de serviços de planejamento familiar e a extensão deles às áreas rurais.

Tavares Thomé e colaboradores (1982), comentam que uma gravidez em cada quatro não foi desejada nos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba e São Paulo; uma gravidez em cada conjunto de três gestações não foi planejada nos Estados de Piauí e Bahia, Estados com menores taxas de prevalência contraceptiva e sem programas na época de investigação; uma gravidez em cada grupo de dez gestações não foi planejada no Estado do Paraná. Estes dados também constituíram argumentos utilizados para se criarem serviços organizados de planejamento familiar, ao lado de outros que serão comentados no decorrer deste trabalho.

A Bemfam avançou na produção de serviços de planificação familiar a partir dos anos 70, o que mostra que recebia veladamente apoio estatal, apesar do discurso pró-natalista de muitos governantes nesta época. Porém, foi no período de 1972-1975 que se observaram mudanças na forma de prestação de serviços de planejamento familiar por parte daquela instituição. As "clínicas" não estavam atingindo as populações rurais, tradicionalmente muito fecundas e foram substituídas pelos programas de distribuição comunitária, os quais traziam a marca dos convênios com o Estado, com a finalidade de expandir a rede de atividades de planejamento familiar, através dos serviços de saúde das secretarias estaduais e municipais dos Estados nordestinos.

Os programas de distribuição comunitária foram propostos também como suplemento ao sistema de saúde pública considerado inadequado, constituindo os programas um meio para prover ampla cobertura da população a custo operacional baixo, envolvendo os suportes político e institucional locais.

O primeiro Estado da região nordestina a receber o programa de distribuição "comunitária" de contraceptivos foi o do Rio Grande do Norte. O governo deste Estado, em 1971, considerava como um dos principais problemas o crescimento rápido de sua população.

Refletir sobre o Rio Grande do Norte passa a ser relevante, não só pelo fato de ter sido o Estado pioneiro em ado-

tar um programa oficial de controle de nascimentos, mas porque a experiência realizada nesse Estado tem se constituído num paradigma de ação para diversos pontos do País, notadamente outros Estados nordestinos onde atua a **Bemfam**.

Mas, o que são programas de distribuição comunitária?

Conforme Gorosh e colaboradores (1979), os ingredientes básicos do modelo dos programas de distribuição comunitária são os seguintes:

a) distribuidores e educadores voluntários; b) envolvimento de líderes da comunidade; c) distribuição de contraceptivos orais grátis; d) educação pública; e e) envolvimento de secretarias de saúde e esforços intensivos visando à participação de organizações políticas a níveis local e de Estado.

Detendo-se em alguns dos “ingredientes”, observa-se que na prática do Rio Grande do Norte foram delegadas às parteiras ou “curiosas” as funções de distribuidores de pílulas anticoncepcionais. A parteira é uma das figuras mais respeitadas nas comunidades rurais do Nordeste. Sua influência, frequentemente maior que a do médico, decorre não de educação formal ou de treino fora da comunidade, mas de seus longos anos de experiência dentro dela. Ela define se uma gravidez é “complicada” ou não, se sua “cliente” deve ir ou não à cidade para ser cuidada pelo médico. No trabalho de Gorosh e colaboradores, eles dizem que as “clientes” apreciavam a cortesia e a personalidade das distribuidoras. “Poucos encontraram algo para criticá-los”. Mas, quais teriam sido as atitudes das “curiosas” diante dos programas de distribuição “comunitária”? Quais os motivos que as levaram a participar de tais programas?

Pelo que se sabe das curiosas do Nordeste, notadamente daquelas que moram nas áreas rurais, elas teriam oferecido resistência em colaborar com um programa de objetivos controlistas... Estudo feito por Nunes (1979), em João Pessoa, sobre atitudes acerca do planejamento familiar por pessoa de saúde (do qual participaram 21 parteiras que trabalhavam na cidade), revela que as parteiras (todas mulheres) apresentam uma atitude em relação ao papel da mulher mais na direção tradicional, ou seja, percebem a mulher como dona de casa e mãe.

As parteiras, como os outros profissionais de saúde entrevistados, revelam uma atitude favorável ao planejamento familiar; todavia, quando se trata dos programas, a opinião favorável decresce. Quando lhes foi perguntado se recomendariam o uso de métodos anticoncepcionais, as parteiras, em sua maioria, responderam negativamente, justificando que esta tarefa era de competência do médico.

As "aparedeiras", como são também chamadas as parteiras nas comunidades rurais, não costumam receber dinheiro pelo seu trabalho. É comum as beneficiadas mostrarem seu reconhecimento, fornecendo-lhes produtos alimentícios ou lhes dando outros presentes; este gesto deveras significativo mostra que, em sua tarefa de ajudar uma mulher a dar à luz a um filho, não há espaço para o dinheiro como uma forma de pagamento.

Um outro aspecto que merece reflexão nos programas "comunitários" diz respeito à criação de demanda. "Surveys" realizados onde ocorrem esses programas, investem muito sobre um contingente feminino denominado de "carentes de serviços". Operacionalmente, as mulheres "necessitadas de serviços" de planejamento familiar foram definidas como pertencentes ao grupo etário de 15 a 44 anos, são sexualmente ativas, férteis, não desejam engravidar atualmente e não usam contraceptivos eficazes por razões não relacionadas à gravidez ou infertilidade (!).

Utilizando os dados apresentados por Tavares Thomé e colaboradores (1982) (vide **Tabela 4**), o Estado em que aparece menor contingente populacional de "carentes de serviços" é o do Rio Grande do Norte, onde o programa de distribuição comunitária atua há mais tempo, seguido, respectivamente, pelos Estados da Paraíba, Paraná, Piauí e Pernambuco, onde os citados programas foram implantados a partir de 1975. Os outros não têm programas de distribuição "comunitária".

Rodrigues e colaboradores (1981) acrescentam outros rótulos às mulheres carentes de serviços: em quase todos os Estados, a proporção destas é em torno de duas vezes mais nas áreas rurais do que nas áreas urbanas; a "carência" aumenta geralmente com a paridade; há maior incidência de "carentes" dentre as mulheres que não têm nenhuma instrução ou que não concluíram o curso primário; a proporção de mulhe-

res “carentes” é inversamente correlacionada com a renda familiar e a maioria delas não trabalham. (Vide Tabela 5). Por que tanto investimento com o grupo denominado de mulheres “carentes de serviços” ?

A estimativa da “necessidade de serviço” é relevante para se estabelecer a natureza e a dimensão dos programas de planejamento familiar, assim como para realizar projeções populacionais. Certamente estas explicações respondem em parte pela preocupação que revelam os condutores de programas com a temática.

Deixando um pouco os aspectos específicos dos programas de distribuição “comunitária”, o modelo destes programas como um todo deixa muito a desejar. Ele traz em seu bojo a marca do empiricismo em que se é levado a fazer depender os fenômenos sociais de certas características individuais. Nota-se, na prática de pesquisa, um desprezo pela elaboração teórica, ao lado de uma supervalorização da observação, concebida em moldes positivistas. Como diz Bourdieu (1982), essas operações sempre são alimentadas por uma problemática implícita, muitas vezes ideológica.

É criticável também o caráter anti-dialético dos procedimentos utilizados, pretendendo captar a realidade social a partir de uma “fotografia” instantânea de um segmento da opinião pública, sem problematizar o que é a opinião pública, suas estruturas e dinâmica.

Bourdieu diz que, na prática da pesquisa marcada de empiricismo, o investigador é voltado para a obtenção e o processamento de dados, sem suficiente problematização das condições de produção dos mesmos. As condições sociais da verbalização e as condições de produção das opiniões — que variam consideravelmente em função das classes ou das conjunturas — não são levadas em consideração.

É exatamente esta percepção que a autora deste trabalho tem, do colosso de dados colhidos das pesquisas realizadas pela **Bemfam**. As investigações conduzidas partem de uma pretensa neutralidade e impõem uma problemática aos entrevistados. Isto significa que os estudos requerem das pessoas respostas a perguntas às quais ainda não se colocaram para elas, ou que não são colocadas numa hierarquia de valor tal

como é atribuída pelo entrevistador, ou ainda que os entrevistados respondem a uma pergunta diferente da questão colocada, por conta da decodificação individual, da situação de classe, etc, sendo que a interpretação apenas registra o mal entendido.

A guisa de ilustração, quando se perguntou às mulheres participantes do programa de distribuição "comunitária" do Rio Grande do Norte por que tinham abandonado as visitas aos distribuidores de pílulas, observou-se que 44% delas referiram motivos relacionados ao método anticoncepcional distribuído; menores proporções das mulheres mencionaram que não precisavam utilizar método contraceptivo (17%), enquanto apenas 2,0% disseram que não visitaram mais o distribuidor por razões concernentes ao programa; a proporção de "outras" respostas atinge 37%. (Vide **Tabela 6**).

Estes dados aparentemente mostram que as mulheres tinham muito pouco a dizer sobre o programa em si, mas se o programa era conhecido pelas mulheres apenas por via da distribuição de pílulas, as respostas não poderiam ser diferentes...

Cada indivíduo ao receber uma comunicação pode entender e interpretar a informação à luz de suas próprias e relevantes experiências do passado. Cada experiência constitui um quadro de referência pessoal a partir do qual a resposta é formulada pelo respondente, lembra Bourdieu.

Saliente-se que nos programas de distribuição "comunitária" se tem oferecido às mulheres apenas a pílula. Esta postura não só reforça a atitude anti-democrática dos condutores do programa, como também revela o descaso dos mesmos pela saúde da mulher. É notório através de inúmeros trabalhos realizados no mundo inteiro, no Brasil e no Nordeste (Xavier, 1979 e Nunes, 1979), que as mulheres usuárias da pílula deixaram de usá-la por conta dos efeitos colaterais.

Observa-se, também, nos programas "comunitários" a não referência à figura do marido, o que constitui sem dúvida uma atitude discriminatória contra a mulher e uma minimização do papel do homem na planificação familiar.

Os programas de distribuição "comunitária" aqui considerados não deveriam ser assim chamados, pois estes simples-

mente utilizam-se da população como mão de obra barata para implantar os serviços de planejamento familiar. Em nenhum momento se detectou, na preparação nem na execução destes programas, a preocupação de auscultar a comunidade em relação às suas necessidades e desejos de planejar suas famílias. Muito pelo contrário, observam-se estratégias com o fito de impor uma idéia partindo de um grupo, ao mesmo tempo em que os procedimentos são camuflados pela participação coletiva, quando se utiliza de pessoas de reconhecido valor social para legitimarem as atividades desenvolvidas. Como lembra Ammann (1981), o conceito de participação objetiva a distribuição dos bens da sociedade, assumindo um caráter transformador dos mecanismos que mantém e/ou reproduzem as desigualdades sociais e não visa a legitimação e consolidação de uma situação ou um sistema dados.

Para concluir, as palavras do educador Paulo Freire (1982), quando adverte pessoas envolvidas direta ou indiretamente com trabalho de educação popular, sobre a **transferência ao povo de necessidades**:

“...num país que há 480 anos o povão leva porrete, é a coisa mais fácil do mundo se você chega com pinta de intelectual e você termina insinuando, sugerindo que há uma necessidade que o povo deve atender a ela”.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos programas organizados de planejamento familiar apresenta dificuldades; uma delas é de natureza metodológica. No decorrer deste trabalho detectou-se a necessidade de se definir operacionalmente os termos a fim de se examinar o papel desempenhado pelos referidos programas no campo demográfico, ao mesmo tempo que se colocou questões sobre a constituição da amostra.

A crescente integração dos programas em projetos de desenvolvimento e de saúde, com setores públicos e privados da economia na prestação de serviços de planificação familiar, torna mais complexa a tarefa de analisar o papel que esses programas estariam desempenhando no fenômeno recente da queda da fecundidade no Brasil.

Os “surveys” realizados nos Estados do Nordeste onde operam os programas “comunitários” de planejamento familiar

são alvo de críticas, por conta da postura de desprezo pela elaboração teórica e supervalorização da observação concebida em moldes positivistas e, no plano psico-sociológico, pela pretensa neutralidade e imposição da problemática pelos pesquisadores.

Concluindo, as pesquisas empíricas realizadas sobre a atuação dos programas, parecem apresentar utilidade para os que "fazem" os programas — uma vez que os resultados de tais pesquisas são utilizados como informação aos mecanismos de poder para fins de legitimização de sua política. Mas qual a relevância delas para a ciência, sobretudo quando esta é concebida num sentido crítico?

Que estas considerações finais sirvam de desafio para realização de estudos futuros acerca do papel dos programas de planejamento familiar no país, e a sua possível (?) influência no comportamento reprodutivo da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Ammann, S. B. — Considerações críticas sobre o conceito de participação in **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.º 5, São Paulo. Editora Cortez, 1981.
- Berquó, E. — Algumas indagações sobre a queda da fecundidade no Brasil. **VI Reunião do Grupo de Trabalho sobre o Processo de Reprodução da População**, do CLACSO. Tere-sópolis, abr. 1980.
- Berquó, E. — Evolução da População Brasileira e Implicações Futuras. **Anais do Terceiro Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Vitória (E. S.), Brasil, 1982.
- Bourdieu, P. — A opinião pública não existe. In Thiollent, M. J. M. — **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária** (3.ª ed.). São Paulo, Ed. Polis, 1982.
- Canesqui, A. M. — Notas sobre a constituição da política de planejamento familiar no Brasil: 1966-1977. **Anais do Terceiro Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Vitória (E. S.), Brasil, 1982.
- Costa, Pedro Velozo — **Planejamento Familiar — aspectos sociais e políticos**, Rio de Janeiro, Ed. Prof. Walter Rodrigues, BEMFAM, 1980.

- Freire, P. — **Como Trabalhar com o Povo**. São Paulo, Centro de Capacitação Cristã, 1982 (impresso).
- Gorosh, M. E.; Ross, J. A.; Rodrigues, W.; Arruda, J. M. — **Brasil: community-based distribution in Rio Grande do Norte. International Family Planning Perspectives**, vol. 5, N.º 4, dec. 1979.
- Nunes, M. L. T. — **Atitudes acerca do planejamento familiar por pessoa de saúde**. João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba. Tese de Mestrado, 1979 (mimeo).
- Merrick, T. W. e Berquó, E. — **The Determinants of Brasil's recent rapid decline in fertility**. Committee on Population and Demography, Report n.º 23. National Academy Press, Washington, D. C., 1983.
- Rodrigues, W., Arruda, J. M., Janowitz, B., Morris, L. — **Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar — Rio Grande do Norte, 1980** — Rio de Janeiro, Ed. BEMFAM, 1980.
- Rodrigues, W., Arruda, J. M., Morris, L., Janowitz, B.; Gorosh, M. & Goldberg, H. — **Contraceptive practice and community-based distribution program impact in Northeast Brazil**. Paper presented at the American Public Health Association, Los Angeles, Califórnia, nov. 1981.
- Tavares Thomé, A. M.; Rodrigues, W.; Costa, M. A.; Arruda, J. M. & Morris, L. — **Prática contraceptiva atual em alguns Estados brasileiros. Anais do Terceiro Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Vitória (E. S.), Brasil, 1982.
- Xavier, I. B. — **Análise da Aceitabilidade dos Anticoncepcionais Orais**. João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba, Tese de Mestrado, 1979 (mimeo).

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DE ANTICONCEPCIONAIS À NOVAS USUÁRIAS PELA BEMFAM NO PERÍODO 1966-1976

ANO	1966 ¹	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973 ²	1974 ³	1975 ⁴	1976 ⁵
Novas usuárias (em milhares)	-	11,9	18,5	35,8	71,1	111,2	131,3	143,4	164,0	203,0	216,5
Contracep. orais	1,0	6,7	10,9	25,4	58,3	90,1	101,8	106,1	-	-	211,7
DIUs	1,2	4,3	6,2	10,1	12,0	18,9	28,1	34,5	-	-	-
Outros	-	0,9	1,3	0,3	0,8	2,2	1,4	2,7	-	-	-

FONTES: (1) 1966-1972. Rodrigues, W. Reflexions on Brazil Action During the 1966-1972 Period. BEMFAM. 1973:25

(2) IPPF. Overview, 1973:11

(3) e (2) Citados pelo US. Department of Commerce. Family Planning Statistics 1965-1973:56-58

(4) IPPF. Report to Donors. 1974-1976:258

(5) IPPF. Report to Donors. 1975-1977:365

(6) IPPF. Report to Donors. 1976-1977:110

TABELA 2

PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS COM IDADES DE 15-44 ANOS QUE ADOTAM REGULARMENTE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS,
POR MÉTODO, SEGUNDO DADOS DE PESQUISAS ATENIENTES A SEIS ESTADOS DO BRASIL

ANO DE PESQUISA	SÃO PAULO (1978)	RIO GRANDE DO NORTE (1980)	PARAÍBA (1980)	PERNAMBUCO (1980)	BAHIA (1980)	PIAUÍ (1979)
ADOTAM REGULARMENTE	63,9	47,0	43,2	41,4	31,1	30,9
ESTERILIZAÇÃO	16,1	17,4	15,7	18,9	9,6	15,4
CONCEPTIVOS ORAIS	27,8	17,9	14,3	12,5	11,7	10,0
INTERRUPÇÃO	7,3	3,4	5,7	3,6	3,2	2,5
TABELA (RITMO)	5,2	6,0	6,6	3,5	3,6	2,6
CONDOM'S	6,6	0,7	0,2	0,6	1,4	0,1
OUTROS MÉTODOS*	0,9	1,7	0,6	2,3	1,7	0,3
NÃO ADOTAM REGULARMENTE**	36,1	53,0	56,8	58,6	68,9	69,1
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Rodrigues et al (1981)

Nº DE CASOS

1880

1300

1183

1259

1396

1270

* Inclusive geleias vaginais, DIU e implantes contraceptivos (Bahia)

** Inclusive mulheres que fazem uso de lavagens e ervas

TABELA 3

FONTES DE FORNECIMENTO DE CONTRACEPTIVOS ORAIS A MULHERES CASADAS COM IDADES DE 15-44 ANOS,
EM CINCO ESTADOS DO BRASIL

(DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL)

FONTES DE FORNECIMENTO DE CONTRACEPTIVO (ANO DE INÍCIO DO PROGRAMA CED)	RIO GRANDE DO NORTE (1973)	PARAÍBA (1975)	PERNAMBUCO (1975)	PIAUÍ (1979)	BAHIA (-)
HEMFIAM/SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL	63,2	50,5	59,8	35,9	7,6
INPS*	1,6	0,5	2,6	2,4	9,6
MÉDICO PARTICULAR/ CLÍNICA/FARMÁCIA	33,6	48,0	34,0	58,8	81,7
OUTRAS FONTES	1,6	1,0	3,7	2,8	1,1
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Rodrigues et al. (1981)

* Instituto Nacional de Previdência Social

Nº DE CASOS

231

169

160

134

203

T A B E L A 4

**MULHERES DE 15-44 ANOS NECESITADAS DE SERVIÇOS
DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, POR VOLTA DE 1980 (EM
MILHARES)**

ESTADOS	POPULAÇÕES	ESTADOS	POPULAÇÕES
PIAUI	93,3	BAHIA	367,3
RIO G. DO NORTE	46,2	SÃO PAULO	533,7
PERNAMBUCO	149,0	PARANA	87,3
PARAÍBA	70,7		

FONTE: Tavares Thomé et al (1982)

TABELA 5

PERCENTUAL DE MULHERES QUE ESTÃO NECESSITANDO DE SERVIÇOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR* POR CARACTERÍSTICA SELECIONADAS, EM QUATRO ESTADOS DO NORDESTE

1980

CARACTERÍSTICAS	RIO GRANDE DO NORTE	PARAÍBA	PERNAMBUCO	PIAUI
TOTAL	10,9	11,9	11,0	18,3
<u>RESIDÊNCIA</u>				
URBANA	8,4	9,8	7,5	11,9
RURAL	15,3	14,6	13,5	24,9
<u>SITUAÇÃO CONJUGAL</u>				
ATUALMENTE CASADAS	17,5	18,0	19,2	27,8
ANTERIORMENTE CASADAS	5,8	12,7	2,7	5,8
NUNCA SE CASARAM	2,1	4,2	1,4	4,3
<u>Nº DE FILHOS VIVOS</u>				
0	1,8	15,0	1,0	2,7
1	19,2	13,2	16,1	24,1
2	11,3	18,8	16,5	24,0
3	11,9	13,0	14,2	23,5
4	15,0	19,9	21,5	28,4
5	24,1	20,2	18,5	24,4
6+	22,2	26,3	25,2	39,7
<u>INSTRUÇÃO</u>				
NENHUMA	19,9	18,7	18,6	32,5
PRIMÁRIO INCOMPLETO	13,1	13,1	15,0	15,2
PRIMÁRIO COMPLETO	9,9	11,8	9,3	15,5
ALÉM PRIMÁRIO COMPLETO	4,6	4,5	2,9	4,7
<u>NÍVEL DE RENDA**</u>				
MENOS DE 1 S.M.	11,5	12,8	16,9	23,6
1 - 2 S.M.	14,1	11,8	12,1	23,1
2 - 5 S.M.	7,2	15,6	4,4	17,7
5 e mais S.M.	3,4	5,2	3,8	4,5
<u>SITUAÇÃO DE ATIV. ECONÔMICA</u>				
NÃO TRABALHAM	12,4	11,9	11,9	20,6
TRABALHAM	7,8	12,0	8,6	12,7
Nº DE CASOS	1,949	1,845	1,956	2,095

FONTE: RODRIGUES et al. (1983)

T A B E L A 6

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ENTREVISTADAS
SEGUNDO AS RAZÕES MENCIONADAS PARA A
PARALIZAÇÃO DAS VISITAS AO DISTRIBUIDOR**

R A Z Õ E S	N.º	%
RELATIVAS AO MÉTODO		
EFEITOS COLATERAIS	173	32,8
DESEJAM OUTRO MÉTODO	61	11,6
NAO SENTEM NECESSIDADE		
DESEJAM ENGRAVIDAR	48	9,1
ESTERILIZADAS	6	1,1
MARIDOS AUSENTES	27	5,1
DOENTES	8	1,5
RELATIVAS AO PROGRAMA		
INCONVENIÊNCIA	4	0,8
DISTÂNCIA	4	0,8
MUDARAM-SE	2	0,4
OUTRAS	194	36,8
T O T A L	527	100,0

FONTE: Gorosh et al. (1979)