

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**  
**ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**CLEUSA REGINA FERREIRA DA LUZ**

**TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E**  
**PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE**

**CURITIBA**

**2015**

**CLEUSA REGINA FERREIRA DA LUZ**

**TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E  
PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Escola de Saúde e Biociências, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Mário Antônio Sanches

**CURITIBA**

**2015**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

L979t Luz, Cleusa Regina Ferreira da  
2015 Transição demográfica no Brasil e planejamento da parentalidade / Cleusa  
Regina Ferreira da Luz ; orientador, Mário Antônio Sanches. – 2015  
71 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2015  
Inclui bibliografias

1. Planejamento familiar. 2. Política de saúde. 3. Bioética. I. Sanches, Mário  
Antonio. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-  
Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Escola de Saúde e Biociências  
Programa de Pós-Graduação em Bioética – Stricto Sensu

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 06/2015**

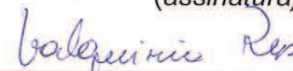
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Aos vinte e três dias do mês de março do ano de dois mil e quinze, às nove horas, na sala 33 do Mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**Transição Demográfica no Brasil e Planejamento da Parentalidade**", apresentada pela aluna **Cleusa Regina Ferreira da Luz** sob orientação do **Prof. Dr. Mário Antonio Sanches** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

**Prof. Dr. Mário Antonio Sanches,**  
PUCPR (Orientador e presidente)

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura)

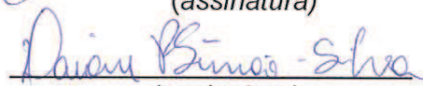
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valquiria Elita Renk**  
PUCPR (Examinador)

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Miriã Alves Ramos de Alcântara**  
UCSal (Examinador externo)

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura)

**Suplente: Dr.<sup>a</sup> Daiane Priscila Simão da Silva (PPGB)**

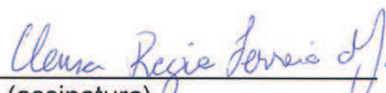
  
\_\_\_\_\_  
(assinatura)


Início: 9:00 Término: 11:20

Conforme as normas regimentais do PPGB e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a) Cleusa Regina Ferreira Nunes

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Mário Antonio Sanches  
Coordenador do PPGB PUCPR

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

A meu orientador, professor Mário Antônio Sanches, por sua competência e sabedoria inspiradora.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto de vida!

Agradeço a minha família, por todo amor,  
carinho, paz e tranquilidade.

“No dia em que a verdadeira cidadania for alcançada no Brasil, teremos o indicador ético mais claro de que a população conquistou os níveis econômicos, sanitários e educacionais compatíveis com a sua dignidade como seres humanos”.

(GARRAFA, 2003, p. 60.)

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População do mundo por regiões: 1950-2025 (em % da população mundial) ..	21
Tabela 2 – Perfil geral dos entrevistados por gênero e idade .....	52
Tabela 3 – Taxa de fecundidade total, segundo as grandes regiões – 1970/2000 e 2010 ...	56
Tabela 4 – Dados relacionados com “idade atual dos entrevistados” cruzados com a “número de filhos”.....	56
Tabela 5 – Brasil: Distribuição etária proporcional (%), por grandes grupos etários, da população enumerada em 1970, 2000 e 2010.....	57
Tabela 6 – Dados relacionados com “Situação de emprego na gravidez do primeiro filho” cruzados com a “número de filhos”.....	58
Tabela 7 – Dados relacionados com “Situação de emprego na gravidez do primeiro filho” cruzados com “Idade atual do entrevistado” .....	60
Tabela 8 – Dados relacionados: <i>Com quem você morava quando soube da gravidez do primeiro filho?</i> cruzados com <i>Você Planejou a gravidez do seu primeiro filho?</i> .....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para as Atividades de População
GE	Grupo de Especialistas
GP	Grupo de Pesquisadores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGB	Programa de Pós-Graduação em Bioética
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO GERAL .....</b>	<b>9</b>
<b>2 ARTIGO 1: OS LIMITES DO CRESCIMENTO POPULACIONAL MUNDIAL .....</b>	<b>12</b>
2.1 INTRODUÇÃO.....	13
2.2 HISTÓRIA DEMOGRÁFICA MUNDIAL .....	14
2.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DO SÉCULO XX .....	16
2.4 MOMENTOS DE REFLEXÃO DO CRESCIMENTO POPULACIONAL .....	18
2.5 PREOCUPAÇÕES ENTRE CRESCIMENTO POPULACIONAL E RECURSOS .....	20
2.6 CONCLUSÃO.....	25
2.7 REFERÊNCIAS .....	26
<b>3 ARTIGO 2: CRESCIMENTO POPULACIONAL DO BRASIL E POLÍTICAS DE SAÚDE E DE PLANEJAMENTO FAMILIAR .....</b>	<b>29</b>
3.1 INTRODUÇÃO.....	30
3.2 BREVE CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE 1500 A 1940.....	32
3.3 PRIMEIROS CENSOS DEMOGRÁFICOS .....	33
3.4 PÓS-SEGUNDA GUERRA MUNDIAL – ELEVADO CRESCIMENTO POPULACIONAL .....	35
3.5 DÉCADAS DE 60 E 70 – TOMADAS DE CONSCIÊNCIA QUANTO AO CRESCIMENTO POPULACIONAL .....	36
3.6 PRIMEIRAS INICIATIVAS CONCRETAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	39
3.7 REFLEXÃO NA APLICAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	42
3.8 CONCLUSÃO.....	44
3.9 REFERÊNCIAS .....	45
<b>4 ARTIGO 3: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE .....</b>	<b>49</b>
4.1 INTRODUÇÃO.....	50
4.2. METODOLOGIA.....	51
4.3 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA .....	53
4.4 DECLÍNIO DA FECUNDIDADE .....	55
4.5 ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA ETÁRIA .....	57
4.6 PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	61
4.7 CONCLUSÃO.....	64
4.8 REFERÊNCIAS .....	65
<b>ANEXO I –INSTRUMENTO DE PESQUISA – PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA BIOÉTICA.....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

O crescimento da população mundial passou a se dar de forma acelerada após a Revolução Industrial. Os índices de duplicação dessa população total acentuaram-se ainda mais no século XX, período em que o Brasil presenciou elevado crescimento da população e entrou na transição demográfica. Pensar no equilíbrio demográfico com compromisso ético de responsabilidade com as gerações futuras é uma forma de valorizar criticamente as políticas demográficas comprometidas com um futuro de maior igualdade entre os habitantes.

Essa pesquisa está inserida em um grupo de pesquisa<sup>1</sup> que aborda a temática do “Planejamento da Parentalidade”, um tema usualmente compreendido como parte da ampla temática do planejamento familiar, no âmbito da bioética. A questão demográfica, nesse contexto, é vista como uma perspectiva relevante e necessária, pois a bioética traz em si uma dinâmica de estudar os temas relacionados com saúde em múltiplas perspectivas, com a contribuição de diversas ciências.

Nesses momentos de reflexão e de consciência dos rumos do crescimento populacional é que a bioética conquista um espaço necessário para traçar um diálogo de compromisso ético entre pesquisadores, estudiosos e governos, no que se refere ao futuro da sociedade. Conforme cita Correia, a bioética “[...] envolve os profissionais da saúde e todos aqueles que, com competência e responsabilidade, dispõe-se a refletir eticamente sobre a melhor conduta a ser prestada à pessoa humana, à sociedade, ao mundo animal e vegetal e à própria natureza” (1996, p. 36).

Conhecer o efetivo populacional e demais indicadores demográficos faz-se necessário na implementação de políticas públicas. Quando se analisa a política populacional, observam-se as diversas opiniões que utilizam argumentos demográficos, econômicos, religiosos, sociais, jurídicos e éticos, para embasar a polêmica do planejamento familiar e da anticoncepção. O planejamento familiar é uma atividade de saúde, com preocupação na saúde do indivíduo e a contracepção ocupa lugar de importância nos serviços médicos.

O equilíbrio populacional muitas vezes apresenta-se cercado de dificuldades, desafios e sofrimentos, por outro lado carregado de esperança para o futuro da humanidade. Faz-se necessária uma análise histórica da situação demográfica atual, após

---

<sup>1</sup> Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética, registrado no CNPq desde 2002, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Bioética e ao Programa de Pós-graduação em Teologia, ambos da PUCPR.

reconhecer os principais contextos e indicadores que afetam o crescimento e o equilíbrio, tecendo uma análise do impacto das políticas públicas de saúde e do planejamento familiar no crescimento populacional, contextualizando socioeconomicamente cada época.

Pensar o equilíbrio populacional é trazer algumas responsabilidades em que se deparam o antigo e o novo; a sabedoria e o comportamento dos seres humanos. Com isso, formularam-se algumas reflexões que orientaram o debate, porém, pela dimensão delas, não foi possível respondê-las em sua totalidade: Como o crescimento populacional integra-se nos modelos das políticas públicas de saúde e de planejamento familiar? Qual o papel do planejamento familiar no efetivo populacional? Qual o valor das políticas demográficas como estratégia para o desenvolvimento com responsabilidade familiar em busca do equilíbrio? É possível o Estado dirigir todo tipo de vida social, inclusive a privada? De que forma o planejamento da parentalidade pode ser entendido na transição demográfica do Brasil?

Buscar o equilíbrio demográfico com compromisso ético de responsabilidade com as gerações futuras é uma forma de valorizar as políticas demográficas que têm pretensões de planificar no futuro e ser responsável frente ao envelhecimento da população. Uma ação responsável em demografia deve estar baseada no desenvolvimento dos povos; nas propostas adequadas de políticas familiares; na promoção da mulher; atenção ao desenvolvimento social das áreas rurais; no papel desempenhado pelas religiões no mundo e das Organizações Não Governamentais (ONG), no sentido de oferecer ações concretas que valorizem a evolução equilibrada da população mundial.

Para tanto, faz-se necessário desenvolver mecanismos para uma expansão demográfica equilibrada entre as mais diversas áreas de seu território e que as políticas públicas de saúde possam atender a todos igualmente. O planejamento familiar deve integrar a quantidade e a qualidade da população, buscando o equilíbrio entre as esferas demográficas e socioeconômicas.

O presente trabalho tem por objetivo geral: analisar a terceira fase da transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil e os resultados do projeto de parentalidade e os seguintes objetivos específicos: analisar o crescimento populacional mundial em alguns momentos pontuais da história; contextualizar os momentos de preocupação acerca do crescimento da população mundial, focados nas três grandes conferências de população que ocorreram em Bucarest, México e Cairo; analisar a evolução do crescimento populacional do Brasil; contextualizar socioeconomicamente as políticas públicas de saúde e de planejamento familiar no Brasil relacionando com o resultado dos censos

demográficos; relacionar os indicadores de parentalidade com a transição demográfica do Brasil; relacionar a queda da fecundidade e a mudança no padrão da estrutura etária visando os indicadores de parentalidade.

Esse trabalho, com seus objetivos, está inserido no grupo de pesquisa acima referido, o qual validou o instrumento de pesquisa *Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética*, instrumento este que permite analisar as causas da presença ou ausência do projeto de parentalidade em pessoas que já tiveram filhos. Trata-se de um instrumento capaz de identificar o impacto dos fatores analisados sobre o projeto de parentalidade, na perspectiva de que “[...] constata-se um grande avanço para a sociedade quando as pessoas passam a explicitar a parentalidade como projeto, isto porque a transmissão da vida requer uma decisão pessoal e responsável” (HAERING, 1971, p. 41).

O conjunto desse trabalho deu-se por meio da elaboração de três artigos, destacando-se o terceiro, que trata da transição demográfica no Brasil e o planejamento da parentalidade. Assim, busca traçar um diálogo com as análises do contexto demográfico mundial e do Brasil, apresentadas nos dois primeiros artigos e dos resultados da pesquisa de campo realizada em parceria com outros membros do grupo de pesquisa.

O primeiro artigo teve como objetivo analisar o crescimento da população mundial e as atitudes de reflexão nos encontros mundiais de população, já que o termo demografia diz respeito a todos os governos. Tratou-se de uma revisão bibliográfica, com intuito de fundamentar teoricamente a evolução demográfica mundial em alguns pontos específicos da história da humanidade.

O segundo artigo analisou o crescimento populacional do Brasil, com enfoque nas políticas de saúde e de planejamento familiar e fez uso dos resultados dos censos demográficos. Também teve a intencionalidade de uma revisão bibliográfica e de suporte teórico para a elaboração do artigo final.

De posse da revisão de literatura dos dois primeiros artigos, elaborou-se o terceiro, que tratou de analisar a terceira fase da transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil e buscou relacionar com os resultados do projeto de parentalidade, que corroboraram na confirmação dos resultados dos censos demográficos.

## 2 ARTIGO 1: OS LIMITES DO CRESCIMENTO POPULACIONAL MUNDIAL

### RESUMO

Nas primeiras civilizações, o crescimento e a redução da população estiveram dependentes dos fatores externos, como as intempéries do clima, colheitas, epidemias, guerras, descobrimento de territórios, entre outros. A partir do século XVIII, a natalidade e mortalidade entraram no domínio humano e a reprodução passou a receber influência de outros fatores, como sociais, religiosos, econômicos e políticos. Esse artigo tem como objetivo refletir a história demográfica mundial e conectar as esferas que contribuíram para esse crescimento no contexto do diálogo multidisciplinar. Visa destacar os momentos de tomada de consciência da sociedade e as propostas que surgiram em busca de ações concretas na redução do crescimento demográfico, bem como pontuar os principais encontros mundiais preocupados com este tema. Para isso, faz uma análise das principais políticas demográficas e de alguns métodos de intervenção que orientaram e ainda orientam o desenvolvimento demográfico.

**Palavras-chave:** Crescimento populacional; Políticas Públicas; Conferências de População; Transição Demográfica.

### ABSTRACT

In early civilizations, growth and the reduction of the population were dependent on external factors such as climate weather, crops, epidemics, wars, discovery of territories, among others. From the eighteenth century, the birth and death entered the human realm and playback started receiving influence of other factors such as social, religious, economic and political. This article aims to reflect the global demographic history and connect the spheres contributing to this growth in the context of multidisciplinary dialogue. It aims to highlight the moments of society awareness of and proposals that have emerged in search of concrete actions to reduce the population growth as well as rate the main global meetings concerned with this topic. For this, it analyzes the major demographic and some intervention methods that guided and still guide the demographic development policies.

**Keywords:** population growth; Public Policy; Population Conference; Demographic Transition.

## 2.1 INTRODUÇÃO

Analisar o comportamento do ser humano dentro da estrutura social de cada época é passar por momentos de dificuldade na história da humanidade, como, por exemplo, o sofrimento diário das pessoas que padecem das consequências de um desequilíbrio populacional. Também a intensa urbanização das últimas décadas colaborou concretamente com mudanças no comportamento demográfico. A história demográfica passou por várias alterações, como descreve Corson:

Dados revelam que o homem desde o seu surgimento, sempre procriou como forma de perpetuação da espécie. Todavia, é evidente que no traço histórico, o homem até o período de 8.000 a.C., não havia se multiplicado de forma tão explosiva como a dos dias atuais. (2002, p. 23).

O crescimento populacional atual está inserido em um contexto em que atuam vários papéis institucionais, como os agentes sociais, dirigentes sindicais, membros de ONGs, atuação religiosa, voluntários e principalmente as políticas demográficas e de saúde. Nisso indica Sanches:

A preocupação com o crescimento populacional surge ao longo da história, e os direitos reprodutivos são questionados por governantes, quase sempre por razões demográficas, seja em virtude da população em geral, seja do crescimento de alguns grupos ou etnias que os governantes gostariam de controlar. (2013, p. 197).

Em alguns momentos, o equilíbrio demográfico parece inatingível, uma vez que resulta das políticas públicas, da decisão dos indivíduos e das famílias, como de interesses e influências de outras esferas. Pode-se destacar que em muitos países o controle da natalidade recebe influência das fontes farmacêuticas, das ideologias liberais e dos movimentos progressistas, bem como de fatores de outras ordens, como religiosas.

Esse artigo tem como objetivo geral detalhar, nas fontes históricas e políticas, uma compreensão do crescimento populacional mundial em alguns momentos pontuais da história demográfica. Para isso, desenvolveu os objetivos específicos: analisar o contexto do crescimento populacional mundial; considerar a importância da teoria de Malthus na demografia; destacar o papel político das três conferências mundiais sobre população. Buscou-se fazer uma análise da situação demográfica atual, após reconhecer a dinâmica dos indicadores mais importantes que afetam o crescimento, o equilíbrio e o impacto demográfico em alguns países. Para cumprir esses objetivos, utilizou-se o método

descritivo-analítico, considerando-se que o tema políticas demográficas é relevante, atual e de grande interesse para a bioética.

O elevado crescimento da população é causa de reflexão, angústia e inquietude em muitos países, em outros o envelhecimento não renova gerações e compromete o bem-estar futuro. Pergunta-se: Qual o valor das políticas demográficas como estratégia global para o desenvolvimento com responsabilidade familiar em busca do equilíbrio? Pode a humanidade continuar crescendo no ritmo atual?

Conhecer a história do crescimento da população, desde o período mais remoto até a atualidade, é uma das formas de se entender a situação demográfica. Principalmente, destacar momentos de tomada de consciência quanto ao crescimento populacional, de Malthus, como iniciador do polêmico controle populacional, até as três grandes Conferências Mundiais sobre população desenvolvidas pelas Nações Unidas, em Bucareste, em 1974, no México, em 1984 e no Cairo, em 1994.

Nesses momentos de reflexão dos rumos do crescimento populacional é que a bioética conquista um espaço interessante para traçar um diálogo de compromisso ético entre pesquisadores, estudiosos e governos, no que se refere ao futuro da sociedade. Assim, a bioética, para Correia, tem responsabilidade que resulta na pessoa: “[...] envolve os profissionais da saúde e todos aqueles que, com competência e responsabilidade, dispõe-se a refletir eticamente sobre a melhor conduta a ser prestada à pessoa humana e a sociedade” (1996, p. 36).

## 2.2 HISTÓRIA DEMOGRÁFICA MUNDIAL

A descrição da história da população mundial propriamente dita começa com o homem de Neanderthal (*homo sapiens neanderthalis*) há 500.000 anos, pois existiu uma população aproximada de um milhão de habitantes. Há 40.000 anos, aproximadamente, existiram cerca de dois milhões de pessoas. Com o aparecimento do homem atual (*homo sapiens sapiens*), ocorreu um crescimento demográfico que resultou, no ano 10.000 (a. C.), em cinco milhões de pessoas, como consequência de uma pequena melhora na qualidade de vida para a época. Para Cipolla (1977, p. 29), desde sua origem até os dias atuais, é possível identificar na “[...] história demográfica três fases: nos domicílios, na agricultura e na indústria”. O normal em cada uma dessas fases é o equilíbrio demográfico, resultante das taxas de natalidade e mortalidade praticamente iguais. No intervalo de uma fase a

outra, é necessário um determinado tempo no qual a população cresce de forma acelerada, como consequência da revolução tecnológica e, para cada fase, com a introdução de novos equipamentos no modo de vida das pessoas.

A Revolução Agrícola foi marcada pela inserção de novas técnicas de cultivo da terra e da domesticação de animais durante o Neolítico. A Revolução Industrial, que se iniciou na Inglaterra no século XVIII, teve na utilização do carvão mineral a fonte de energia e força motriz. Assinalou Frankfort (1951, p. 57): “[...] a grande divergência entre a cidade e o campo, entre a vida urbana e a rural, na forma em que estamos familiarizados com ela, é um produto da Revolução Industrial”.

A partir do Neolítico, o crescimento demográfico acentuou-se como resultado da descoberta da agricultura e da domesticação dos animais, por meio do aparecimento do gado e com isso ocorreu, com evidência, uma melhora substancial nos meios de subsistência, como argumenta Cipolla (1977, p. 19): “No período Neolítico a lavoura e a criação de gado já estavam consolidadas e já se havia atingido o nível básico da efetiva comunidade de cultivo por aldeia”. Assim, o ano 5.000 a. C. foi uma época de incremento populacional marcado por assentamentos rurais que proporcionaram um aumento da densidade populacional.

Nesse período, os seres humanos que viviam em casas e alimentavam-se de frutos silvestres que conseguiam coletar eram escassos e bastante dispersos pelo território. “Nesta época, a dinâmica demográfica se caracterizou com altas taxas de natalidade e mortalidade, uma vez que o crescimento natural sofria influência direta das intempéries do clima, das epidemias e lutas tribais por território” (CIPOLLA, 1977, p. 22).

Na Antiguidade Clássica, há 400 a. C., ocorreu uma aceleração no crescimento populacional e a população aproximou-se dos 250 milhões de habitantes, que chegaram até o início da Era Cristã. Nos séculos seguintes, registraram-se movimentos de fraco crescimento populacional e até reduções drásticas no número de habitantes. As guerras, as epidemias e a fome tiveram um papel fundamental no lento crescimento demográfico, quando não as três atuando conjuntamente. Por exemplo: a Peste Negra europeia que do ano 1348 ao ano 1350 eliminou entre 20 e 25% da população. Em 1400, a Europa havia perdido 40% da população existente em 1348. Como cita Toledano (2004, p. 27), “[...] esse foi um fator de forte declínio demográfico”.

A partir do século XVI, a Europa começou a se recuperar da crise populacional da Peste Negra, segundo dados da ONU (1953): “Por volta de 1750, a população da Europa (incluindo a Rússia europeia) devia ser de cerca de 145 milhões de habitantes. Era de



aproximadamente 265 milhões em 1850, 400 milhões em 1900 e 550 milhões em 1950”. Sobre isso, argumenta Cipolla (1977, p. 105): “Essas cifras não contam toda a história, pois a Europa vivia um período de pressão demográfica interna e com a vantagem da superioridade tecnológica, que se traduziu pelo poderio militar superior, e os europeus se disseminaram por todo o mundo”. Segundo dados da ONU (1953): “O grande êxodo a partir da Europa foi o mais importante movimento migratório da Idade Moderna, e talvez o maior de toda a história humana”.

A América Latina teve o impacto da população atrelado ao contato com a civilização europeia, que produziu um rápido declínio nas culturas pré-colombianas, sendo que a população passou de 40 para 10 milhões de habitantes, entre os anos de 1500 e 1600, enquanto a América do Norte sofreu um declínio similar no século XVII.

Na África, a população passou por uma redução de 10% de 1600 a 1800, passando de 113 a 102 milhões de habitantes, como consequência das lutas resultantes das conquistas europeias e do comércio de escravos. Contudo, a Ásia desfrutou de uma época de expansão demográfica durante os séculos XVI e XVII, aumentando entre 53 e 64% e, mesmo depois da dominação europeia, seguiu progredindo no aumento populacional. Dados da ONU (1953) destacam que a “[...] população mundial total era de 910 milhões em 1800 e 2.010 milhões em 1930”.

### 2.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DO SÉCULO XX

De 1750 a 1950, a população europeia passou de 146 para 572 milhões e, por meio da emigração, influenciou outros continentes. A pressão demográfica na Europa foi ponto crescente de preocupação, embora as migrações para a América do Norte, Austrália e Nova Zelândia tenham de certo modo aliviado essa pressão. Conforme dados da ONU (1953), entre 1881 e 1910, a emigração permanente, em pleno apogeu, absorvia aproximadamente 20% do aumento da população da Europa.

No começo do século XX, o total da população mundial aproximava-se a um milhão e seiscentos mil habitantes. A explosão demográfica estava em seu início e somente 50 anos depois passava da cifra total de dois bilhões e meio de habitantes. Em 1987, alcançou os 5 bilhões e 12 anos depois estima-se que chegou aos 6 bilhões de pessoas.

A taxa de crescimento anual cresceu no século XIX de 0,5% para 0,6% e durante a primeira metade do século XX subiu para 0,9%. Nos anos de 1940-50, iniciou-se o

declínio nas taxas de mortalidade, que colaborou para uma aceleração no crescimento populacional. Isso ocorreu graças ao êxito da luta contra as enfermidades infecciosas e a introdução da medicina ocidental moderna, que aumentou espetacularmente as possibilidades de vida em vários países em desenvolvimento. A esperança de vida aumentou em média 21 anos no período de 1950 a 1985, no conjunto desses países.

Em 1980, o crescimento populacional atingiu o auge de 1,9%, sendo os países subdesenvolvidos responsáveis por grande parte desse crescimento. Posteriormente, as taxas de crescimento iniciaram um processo de redução que, em 1990, atingiu o ritmo de 1,7% anual e em 2003 a taxa mundial de crescimento demográfico natural foi de 1,3%.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para as Atividades de População, nos anos 2000-2010, a taxa é inferior a 1,2%, com disparidades de crescimento dos países subdesenvolvidos em relação aos desenvolvidos, que colaboram com 0,25% do total mundial.

Em população absoluta, a ONU (2000) relata, em 1950, cinco anos após a criação das Nações Unidas, que a população mundial era estimada em cerca de 2,6 bilhões de pessoas. De acordo com estimativas da ONU, a população mundial chegou a 5 bilhões em 11 de julho de 1987, atingindo a marca de 6 bilhões de pessoas em 12 de outubro de 1999. E, 10 anos depois, ela é estimada em aproximadamente 7 bilhões e em 2013 em 7,2 bilhões de pessoas.

Os países em desenvolvimento ainda são os grandes responsáveis pelas altas taxas de crescimento populacional, pois apresentam altas taxas de fecundidade. No entanto, passam pelo mesmo processo de redução do crescimento populacional dos países desenvolvidos. Porém suas populações permanecem com sérios problemas sociais, muitas vezes caracterizados pelo empobrecimento e situação de miséria.

Há algumas décadas, os países desenvolvidos têm vivido um equilíbrio demográfico, como resultado das reduções nas taxas de mortalidade e de natalidade, que teve sua causa na queda da fecundidade. No entanto, os países em desenvolvimento vivem o desequilíbrio demográfico, como fruto das elevadas taxas de natalidade e da entrada da população muito jovem entrando na idade de procriação (16-45) anos. Em casos de elevado crescimento populacional, sem mudança no padrão, a população duplicará em 43 anos, pois apresenta taxas de natalidade elevadas com taxas de mortalidade em declínio, assim o crescimento vegetativo desses países mantém-se acima de 1,0% ano. Dos países mais populosos do mundo, a China, em 2010, apresentou um crescimento de 0,6% ano; a

Índia 1,4%, o que é bastante preocupante; os Estados Unidos 1,0%; a Indonésia 1,2% e o Brasil 1,0% (BANCO MUNDIAL, 2010).

Atualmente vive-se um período de maior precisão dos censos demográficos, o que permite considerar que esse ritmo elevado de crescimento populacional poderá atenuar-se no século XXI, contudo, até atingir o equilíbrio demográfico, esse crescimento é bastante preocupante, principalmente nas primeiras décadas desse século, podendo chegar a 9 bilhões de habitantes no planeta em 2050.

## 2.4 MOMENTOS DE REFLEXÃO DO CRESCIMENTO POPULACIONAL

O aumento da população mundial e a distribuição dos recursos naturais é uma preocupação antiga. Desde a Antiguidade clássica grega, com Platão, já se postulavam argumentações entre o crescimento nulo e de equilíbrio entre os habitantes e os meios de subsistência, como Platão ao descrever em “As leis” (350 a. C.) seu projeto ideal de cidade-estado e Aristóteles em “A política” (322 a. C.). Também outros autores antigos, como Confúcio (551-479 a. C.), desenvolveu a ideia de um equilíbrio quantitativo entre a população e seu meio em uma China muito populosa.

Dentre os momentos mais significativos na história da demografia mundial, destaca-se: Malthus quando da publicação de sua obra provocou um impacto na sociedade no final do século XVIII e início do século XIX. Antes desse período, considerava-se a população como a força e a riqueza dos Estados para garantir e até tomar novos territórios. Pastor e economista inglês, Thomas Robert Malthus (1766-1834) difundiu suas preocupações demográficas em seu “Ensaio sobre o princípio da população”, publicado em 1798.

Malthus, junto a um pequeno grupo de influentes amigos, iniciou a expansão das teorias sobre o controle deliberado da população e da fecundidade como uma medida demográfica e econômica para alertar um futuro de desastre e miséria no país. Há mais de um século e meio, pouco depois da Revolução Francesa, seu ponto de partida foi à comprovação do desequilíbrio entre o crescimento da população e dos recursos de subsistência.

Segundo Malthus (1979, p. 53), “A capacidade de crescimento da população é infinitamente maior que a capacidade da terra em produzir alimentos ao homem”. De fato, o estudo de Malthus reflete o estado do conhecimento dos fenômenos demográficos da

época, em 1898, a Inglaterra teria 112 milhões – atualmente 53 milhões. Malthus (1979, p. 59) defendeu que “A população, se não forem colocados obstáculos ao seu crescimento, aumenta em progressão geométrica, tanto que os alimentos necessários ao homem se fazem em progressão aritmética”. Contudo, Cipolla (1977, p. 119) observa:

É impossível saber-se ao certo se a distribuição dos recursos disponíveis entre a qualidade e a quantidade foi bem executada ao longo da história da humanidade. Segundo o autor, o que se pode afirmar ao certo, é que uma parte muito grande dos recursos disponíveis foi absorvida pelo aumento quantitativo da humanidade, em detrimento de sua melhora qualitativa.

Os estudos de Malthus tiveram por base a observação da lei da natureza e nos estudos das civilizações anteriores e do seu tempo. Desenvolveu uma profunda convicção de que a população e os alimentos crescem a ritmos diferentes e unicamente a miséria em suas diferentes formas de manifestação pode torná-los iguais.

Para Malthus, a população exerce uma pressão constante sobre a oferta de alimentos, o que fatalmente acarretará graves consequências à sociedade. Essa situação leva a um obstáculo natural da população por meio das limitações positivas, como as guerras, as epidemias, a fome, que contribuem para a manutenção de altas taxas de mortalidade. No entanto, Malthus quis substituir esses obstáculos indesejados por outros, como casamento tardio, abstinência sexual e a regulação de nascimentos.

Pode-se entender como lei geral da natureza que o desenvolvimento de uma sociedade é bloqueado pelas altas taxas de crescimento populacional, principalmente quando estas excedem os limites impostos pelos meios de subsistência. Desde a publicação de sua teoria, Malthus recebeu e continua recebendo grandes adesões e críticas, pois marcou sem dúvida o início de uma corrente de pensamento alarmante em demografia, citado por Bandeira (1996, p. 11):

Mas, ao insistir na necessidade do controle individual da fecundidade, Malthus deixa aberta uma larga avenida por onde investirão cada vez mais protagonistas de uma das primordiais expressões da modernidade, isto é, a grande e complexa revolução demográfica.

Dentre as mais severas oposições a sua teoria, manifestam-se os cristãos e os marxistas. Os primeiros mantiveram por base a mensagem procriativista do Antigo Testamento, enquanto que Marx criticava afirmando que a miséria não previne, segundo ele, o número excessivo de habitantes causados pelos abundantes trabalhadores, mas sim o modo de produção capitalista e o regime da propriedade privada, que se instaura nas sociedades. Na continuidade de seus estudos revelada nas edições posteriores, “Malthus

delineou que sua lei demográfica não seria tão inexorável à causa do crescimento da produção da terra e da diminuição dos nascimentos humanos” (TOLEDANO, 2004, p. 37).

Com o passar do tempo, o padrão malthusiano acabou sendo superado pelos neomalthusianos, que afirmam a necessidade de controlar a natalidade, fazendo uso de todos os métodos possíveis, dessa forma esse não seria um motivo do entrave no processo de desenvolvimento econômico. A respeito desse assunto, afirma Brito (2007): “Nos anos 60 e 70, a visão pessimista de Malthus influenciou vários cientistas preocupados com os efeitos negativos das altas taxas de crescimento populacional sobre o desenvolvimento econômico, principalmente em países em desenvolvimento”.

Os neomalthusianos reforçam a ideia de que o peso da população está na origem do problema, a população *versus* os recursos e a causa principal das dificuldades dos países em desenvolvimento reside no crescimento populacional. Enquanto Malthus defendeu que o crescimento populacional compromete os meios de subsistência e torna-se o gerador da miséria, os neomalthusianos afirmam que a pressão demográfica força o aumento da demanda por recursos e, conseqüentemente, o ritmo das atividades industriais, causadoras de danos ambientais.

O movimento neomalthusiano tomou força somente após a Segunda Guerra Mundial, preocupado com as altas taxas de natalidade nos países em desenvolvimento e dos avanços na medicina, que proporcionaram uma queda brusca da taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento. Muitos países começaram a adotar incentivos para a diminuição de filhos por casal e alguns continuam até os dias atuais, como a distribuição de preservativos de forma gratuita, esterilização em massa e permissão do uso de anticoncepcionais sem prescrição médica.

## 2.5 PREOCUPAÇÕES ENTRE CRESCIMENTO POPULACIONAL E RECURSOS

A preocupação entre população e distribuição de recursos foi motivo de muita discussão envolvendo diferentes setores da sociedade. As distorções na quantidade de habitantes são visíveis, como mostra a Tabela 1, que em 2025 a projeção será de 85,1% da população vivendo em países em desenvolvimento, contra 14,9% nos países desenvolvidos.

Tabela 1 – População do mundo por regiões: 1950-2025 (em % da população mundial)

ÁREA	1950	1970	1993	2000	2025
Mundo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Países Desenvolvidos	33,1	28,3	20,9	19,3	14,9
Europa	11,8	9,2	6,7	6,1	4,4
Países Subdesenvolvidos	66,9	71,7	79,1	80,7	85,1

Fonte: Eurostat, *Statistiques Démographiques 1995*.

Essa discussão norteou o Clube de Roma e as três Conferências das Nações Unidas, que têm tido a demografia como objeto de estudo a nível internacional. Vale destacar que o Clube de Roma foi fundado em 1968 por uma centena de cientistas, empresários e intelectuais, com o objetivo de realizar um “Projeto sobre a Condição Humana” envolvendo os limites do crescimento, que nos anos 70 alcançaram a máxima difusão mundial.

Em 1972, foi publicado o relatório “Os limites do Crescimento”, dirigido por Dennis L. Meadows e realizado pelo Massachusetts Institute of Technology (MIT), que iniciou uma polêmica mundial quanto ao futuro da humanidade (TOLEDANO, 2004, p. 38). O estudo concluiu: “[...] se mantiverem as tendências atuais de crescimento da população... este planeta alcançará seus limites de crescimento nos próximos cem anos”. A projeção sobre o futuro do sistema atual de mundo com suas interações mostrava claramente um colapso quanto ao esgotamento dos recursos não renováveis.

Também as Nações Unidas tem-se preocupado com o tema da demografia desde sua fundação. Em 1948 iniciaram a publicação de um Anuário Demográfico e criaram o Fundo das Nações Unidas para as Atividades de População (FNUAP) como uma agência especializada em 1969. A Agência definia sua tarefa em explorar: “[...] como se podem estabelecer programas de ação para integrar as atividades populacionais com programas de saúde, educação, desenvolvimento rural, organização da agricultura, desenvolvimento industrial entre outros”.

Esse alto organismo internacional convocou uma reunião mundial sobre população em Roma, em 1954, e em Belgrado, em 1965, e como consequência das principais reuniões de estudo e acordo internacional sobre assuntos demográficos realizaram-se três grandes Conferências sobre o tema em Bucareste, em 1974; no México, em 1984; e no Cairo, em 1994.

O I Congresso Mundial de População que ocorreu em Bucareste, em 1974, alertou sobre a polêmica existente entre países antinatalistas e países natalistas que eram a grande maioria espalhados na América Latina, África, Ásia e países socialistas. Um dos

apontamentos dessa reunião internacional foi conhecer e discutir “[...] o mundo, a gravidade e a magnitude dos problemas demográficos e sua estreita relação com o desenvolvimento econômico e social” (NAÇÕES UNIDAS, 1984).

Nessa Conferência, representantes dos países em desenvolvimento defenderam a premissa de que o crescimento populacional estava vinculado ao grau de desenvolvimento dos países, bem como da necessidade de acesso das pessoas aos meios de educação e informação e ao exercício do direito reprodutivo.

Na Conferência, o estudo destacou três setores: população e desenvolvimento econômico-social; população, recursos e meio ambiente; e finalmente população e família. Na sequência, aprovaram um Plano de Ação que deu ênfase à população “[...] como fonte inesgotável de criatividade e fator determinante de progresso”. O documento revela uma preocupação com o aumento da taxa de natalidade que estava em 2%, o que levaria a população a duplicar em 35 anos. Ficaram estabelecidos objetivos gerais de respeito à vida humana e afirmou a liberdade de aceitar as políticas de população, em consonância com as grandes declarações de direitos das Nações Unidas. Também insiste que as questões relacionadas à população são um elemento fundamental de planejamento do desenvolvimento, conforme cita Alves (1995): “O Plano de Ação de Bucareste, impreciso em termos de alvos numéricos ou estratégias de ação, convidava os países a considerar a conveniência de adotarem políticas populacionais, no contexto do desenvolvimento socioeconômico”. Os países participantes marcaram algumas metas para 1985, com a taxa anual de crescimento em 1,7% global, de 2% para os países em desenvolvimento e de 0,9% para os países desenvolvidos; a esperança de vida nos países em desenvolvimento deveria ser de 50 anos e a taxa de mortalidade infantil inferior a 120 por mil.

Um debate presente nessa Conferência foi à posição dos neomalthusianos, que defendiam o controle de natalidade como prioridade, pois acreditavam que o alto crescimento demográfico dos países pobres provocava um entrave ao desenvolvimento econômico bem como perpetuava a pobreza. Dessa forma, o país poderia até optar por um controle de natalidade mais severo. Com essa postura, muitos países subdesenvolvidos passaram a denunciar políticas de controle de natalidade como uma medida imperialista que visava controlar as populações pobres do mundo.

A segunda grande Conferência das Nações Unidas sobre população aconteceu na cidade do México, em 1984, com o objetivo de avaliar a execução do plano de ação mundial sobre população aprovado em Bucareste. Assim Alves posicionou-se: “A



Conferência do México ocorria após a adoção, em muitos países, de políticas de apoio ao planejamento familiar ou de programas de planejamento populacional” (1995).

Reconheceu-se a obrigação dos governos de aplicar programas de planejamento familiar, como cita Mattar (2008): “Conseguiu-se avançar ainda mais na conceituação dos direitos reprodutivos, que passou a incluir a obrigação dos governos de tornarem programas de planejamento familiar disponíveis universalmente”.

Nessa época, o crescimento demográfico mundial continuava sendo causa de preocupação. Afirmava-se que as políticas de população eram parte integrante do desenvolvimento e reconheceu-se que a taxa de crescimento da população seguiu reduzindo, desde a Conferência de Bucarest em 1974, de 2,03% para 1,67% anual, dez anos após na Conferência do México. Ocorreu a previsão de um aumento demográfico absoluto até o ano 2000 de 90 milhões de habitantes por ano e que então se alcançaria um total de 6,1 bilhões de pessoas, o que de fato aconteceu. A declaração final da Conferência refletiu sobre as impressionantes diferenças demográficas entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. O documento final da Conferência do México insiste para a cooperação internacional em assuntos de população, sendo fundamental a necessidade de aumentar os recursos nessas atividades. A Conferência diz:

[...] perseverar na execução do Plano de Ação Mundial sobre população com fim de melhorar o nível de vida e a qualidade de vida de todos os povos desse planeta para que possam cumprir seu destino comum em um clima de paz e segurança. (NACIONES UNIDAS, 1984, p. 45).

Nessa Conferência, a maioria dos países participantes mostrava-se aberta à ideia do planejamento familiar. Durante cerca de 200 anos, desde fins do século XVIII, houve um acirrado debate sobre políticas populacionais controlistas e natalistas. Mas a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, teve como objetivo central a queda das taxas de crescimento populacional e a estabilização da população mundial em níveis compatíveis e conscientes com os recursos do planeta. Reflete a consciência de que a população, a pobreza, o meio ambiente, a produção e o consumo estão inter-relacionados e não devem ser considerados isoladamente. Alves comenta sobre o diferencial dessa conferência para as anteriores:



Enquanto as Conferências de Bucareste e do México encaravam a população no contexto dos interesses estratégicos e geopolíticos dos Estados, supervalorizando sua capacidade de controle e atribuindo aos governos o poder de decidir se a população de um país deveria aumentar ou diminuir conforme suas conveniências, a abordagem do Cairo se baseia, acima de tudo, nos direitos humanos e no conceito de desenvolvimento sustentável. (1995).

Segundo o mesmo autor, essa Conferência foi bastante polêmica: “Na Conferência do Cairo, o Vaticano se une ao consenso de maneira incompleta e parcial. [...] O Vaticano apoia o conceito de saúde reprodutiva e a promoção geral da saúde para homens e mulheres, e continuará a trabalhar para a evolução desses princípios” (ALVES, 1995). Porém, a polêmica entrava no tema do aborto, novos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, os anticoncepcionais, por isso, o Vaticano manifestou uma intensa ação diplomática prévia “[...] Nas conferências, a população sempre foi vista como um ‘problema’, numa perspectiva antipopulação” (CAMARANO, 2013, p. 604).

Percebeu-se uma mudança de paradigma com a introdução do conceito de direitos reprodutivos, em que se definiram no parágrafo 7.3 do Programa de Ação de Cairo os direitos reprodutivos como sendo aqueles que:

Se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. (ONU, 1994).

Finalmente, o Programa de Ação, que aprovou a Conferência Internacional do Cairo sobre população e desenvolvimento para as próximas décadas, vincula estritamente a população e o desenvolvimento sustentável, em que as questões demográficas foram abordadas junto aos direitos reprodutivos. Teve como perspectiva integrar população com estratégias econômicas e de desenvolvimento, para assim aliviar a pobreza e acelerar o ritmo de desenvolvimento sustentável, cumprindo-se os objetivos demográficos e de qualidade de vida.

Na Conferência do Cairo, demonstraram-se esforços por reduzir o crescimento demográfico e a pobreza, por meio de melhorias econômicas e de meio ambiente e o consumo e produção sustentáveis são mutuamente complementares, como no Princípio 15 do Capítulo 2:

O crescimento econômico sustentado, no contexto do desenvolvimento sustentável, e o progresso social requerem que o crescimento tenha base ampla, oferecendo oportunidades iguais a todas as pessoas. Todos os Estados devem reconhecer suas responsabilidades comuns, mas diferenciadas. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 15).

Nessa Conferência, pediu-se maior liberdade na procriação e no planejamento familiar. Salienta como é essencial a melhora da condição da mulher para o êxito das políticas de população em longo prazo. “O documento amplia liberdade em temas de procriação e planejamento familiar, devendo-se excluir todo tipo de medidas severas por violar os direitos humanos e as normas éticas” (TOLEDANO, 2004, p. 47).

## 2.6 CONCLUSÃO

A partir da primeira, e de forma mais intensificada com a segunda Revolução Industrial, ocorreu um aumento na produção agrícola, chegando a uma superprodução em alguns países, que resultou numa aceleração do crescimento populacional. Esse período foi marcado por um progresso importante na luta contra as epidemias e enfermidades infecciosas, com isso a mortalidade declinou consideravelmente e o crescimento populacional disparou. Um exemplo dessa realidade foi que em 1650 a população mundial era de aproximadamente 500 milhões de habitantes e após três séculos, em 1950, era de três bilhões.

Os progressos na medicina, a melhora do nível de vida geral da população, a evolução dos costumes por meio da educação e a nova mentalidade favorável para anticoncepcionais significaram uma verdadeira revolução na esfera demográfica, com isso a natalidade e a mortalidade entraram no domínio humano.

Apesar de as críticas e imperfeições, parece que a lei de Malthus opera nos dias atuais em países nos quais a explosão demográfica não tem sido acompanhada de tecnologia suficiente para garantir a subsistência. Esse tema população e desenvolvimento marcaram as pautas das conferências internacionais sobre população.

A conferência do Cairo aconteceu 20 anos após a conferência de Bucareste, em ambiente internacional e dentro de uma geopolítica totalmente diferente. Entre as duas houve a conferência do México, em 1984 – uma espécie de transição, embora dominada pela visão controlista. Suas agendas foram pautadas com formatos e justificativas diferentes, pelo temor da fecundidade elevada dos países do Hemisfério Sul. Desde então, a realidade demográfica mudou muito. A fecundidade declinou expressivamente em quase todos esses países e a pobreza continua sendo um desafio, embora tenha diminuído em parte deles.

Vive-se numa sociedade que tece rígidas críticas a famílias numerosas que apresentam dificuldades em educar seus filhos adequadamente. Esse é um grande desafio para as famílias atuais do século XXI, que participam de um mundo em constante transformação e sem grandes previsões de estabilidade. Para Sanches (2013 p. 39), “A ética se impõe pela existência do outro e dos outros. A ação humana precisa ter sentido não apenas para o indivíduo, o grupo ou a instituição que a realiza, mas também para os envolvidos ou atingidos por ela”. As futuras gerações poderão trilhar o caminho do desenvolvimento sustentável se souberem controlar harmonicamente os poderes e os grandes interesses econômicos.

Uma ação responsável em demografia deve estar baseada no desenvolvimento consciente da população; nas propostas adequadas de políticas familiares; na valorização da mulher; atenção ao desenvolvimento social das áreas rurais; no papel desempenhado pelas religiões no mundo e das ONGs, no sentido de oferecer ações concretas que valorizem a evolução equilibrada da população mundial. Para atingir o equilíbrio demográfico, muitas vezes é um desafio cercado de dificuldades, por outro lado necessariamente carregado de esperança de atingir um futuro digno para a humanidade.

## 2.7 REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. L. **A Conferência do Cairo sobre população**. 1995. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm#\\_ftn1](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm#_ftn1)>. Acesso em: 11 jul. 2014.

BANDEIRA, M. L. Teoria de população e modernidade: o caso português. **Análise social**, v. XXXI, n. 135. 1996, p. 7-43.

BARNEY, G. O. **Global 2000**. Madrid: Tecnos, 1982.

BELTRÃO, Paulo Cesar. **Demografia: ciência da população, análise e teoria**. Porto Alegre: Sulina, 1972.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade**. Minas Gerais: Cedeplar, 2007.

CAMARANO, A. A. Perspectivas para o Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, n. 2, p. 603-608, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982013000200014>>. Acesso em: 14 set. 2014.

CIPOLLA, C. M. **História econômica da população mundial**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

CORREIA, F. A. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética. In: CORSON, Walter H. **Manual global de ecologia: o que você pode fazer a respeito da crise do meio ambiente**. 4. ed. São Paulo: Augustus, 2002.

EUROSTAT. **Statistiques Démographiques** 1995, CE, Luxembourg, 1995.

FRANKFORT, H. **1951: O nascimento da civilização do Oriente Próximo**. Londres: Williams & Norgate, 1951.

LANDRY, A. **La Revolution démographique. Études et essais sur les problèmes de la population**. Sirey, Paris, 1934. Cf. para ampliar BARDET, J.; DUPAQUIÈR, J. *Historia de las poblaciones de Europa*. Síntesis, Madrid, 1999.

MEADOWS, D. H; MEADOWS, D. L.; RANDERS, J.; BEHRENS III, W. W. **Limites do crescimento**. São Paulo: Perspectiva AS, 1973.

MALTHUS, T. R. **Ensaio sobre a população**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

\_\_\_\_\_. **Primero ensayo sobre la población**. Alianza, Madrid, 1979.

\_\_\_\_\_. **Princípios de economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur – Rev. Direitos Hum.**, v. 5, n. 8, p. 60-83, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452008000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452008000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 7 set. 2014.

MORAES, A. C. R. **Geografia: pequena história crítica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional de población do México**. Nueva York, 1984.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. Relatório da Delegação Brasileira, 1992, Brasília, Fundação Alexandre de Gusmão e Instituto de Pesquisas de Relações Internacionais, 1993.

ONU. **Os determinantes e as consequências das tendências da população**. Nova York, 1953.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000.

ONU. **Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994. Documento ONU A/CONF.171/13. Disponível em: <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>>. Acesso em: 7 set. 2014.

ONU. **Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Mulheres**.

Pequim, 1995. Documento ONU A/CONF.177/20. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>>. Acesso em: 7 set. 2014.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

PLATÃO. **Las leyes**. Madrid. Alianza, 2002.

PUYOL, Antolin Rafael. **Geografia humana**. 2. ed. Madrid: Cátedra, 1992.

SANCHES, M. A. **Metaparentalidade: reprodução assistida e bioética**. São Paulo: Ave-Maria, 2013.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec – Ampur, 1997.

TOLEDANO, L. Á. **Hacia el equilibrio de la población mundial**. El equilibrio demográfico y la etica cristiana. Cátedra de Bioética, Comillas Madrid, 2004.

### **3 ARTIGO 2: CRESCIMENTO POPULACIONAL DO BRASIL E POLÍTICAS DE SAÚDE E DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

#### **RESUMO**

O presente estudo busca resgatar, na história, o crescimento populacional do Brasil, com destaque à implementação das políticas de saúde com ênfase no planejamento familiar. Relata a evolução da política populacional e pontua as diversas opiniões nas esferas demográficas, econômicas, sociais, jurídicas e éticas para embasar a polêmica do planejamento familiar e da anticoncepção, num discurso interdisciplinar e de grande interesse na bioética. A história das políticas de saúde está inserida no contexto da formação do Estado brasileiro, desde o Período Colonial, passando por grandes mudanças após a industrialização. O planejamento familiar instituído com a Lei 9263/97, embora oficialmente reconhecido como direito de cidadania, ainda reflete interesses contraditórios dos cenários políticos, econômicos e ideológicos de poder.

**Palavras-chave:** Crescimento populacional. Políticas Públicas de saúde. Planejamento Familiar.

#### **ABSTRACT**

This study seeks to rescue in history , population growth in Brazil , highlighting the implementation of health policies with emphasis on family planning. Recounts the evolution of population policy and points out the various opinions on the demographic, economic , social, legal and ethical spheres to support the controversial family planning and contraception , an interdisciplinary discourse and of great interest in bioethics. The history of health policy fits into the context of the formation of the Brazilian State from the Colonial Period, undergoing major changes following industrialization. Family planning established with Law 9263/97 , although officially recognized as a right of citizenship, still reflects conflicting interests of political scenarios , economic and ideological power.

**Keywords:** Population growth. Public health policies. Family planning.

### 3.1 INTRODUÇÃO

Conhecer a mobilidade do efetivo populacional e demais indicadores demográficos e como se apresentam no território faz-se necessário na implementação de políticas públicas, principalmente no Brasil, um país de dimensões continentais. Percebem-se dois períodos distintos no crescimento populacional: de 1500 até 1940 e de 1940 até os dias atuais.

O período de 1500 a 1940 foi marcado pelo predomínio de altas taxas de natalidade e de mortalidade. Essa época foi marcada por intensas imigrações que contribuíram para um adensamento populacional. Os dados dessa época são imprecisos e representam os poucos recursos tecnológicos da época, muitos deles realizados pela Igreja Católica, como cita Oliveira e Simões (2005):

Enquanto as estatísticas populacionais censitárias, desde sua origem, foram de exclusiva responsabilidade do Estado, o registro das estatísticas vitais (casamento, batismo e sepultamento), em um primeiro momento, coube principalmente à Igreja.

De 1940 até os dias atuais, observa-se a busca por um equilíbrio demográfico, uma vez que ocorreram as mais altas taxas de crescimento populacional, com destaque às décadas de 60 e 70. Também marcou esse período o contínuo declínio da fecundidade, como se pode observar nos dados do IBGE: “[...] a taxa de fecundidade total reduziu em mais da metade; de 6,2 para 2,4 filhos por mulher; e o crescimento anual diminuiu de 2,99% para 1,64% ao ano” (IBGE, 2000).

O crescimento populacional intensificou-se após a Segunda Guerra Mundial e começou a ser visto como um problema que deveria estar na pauta governamental, como também esse tema esteve presente em encontros internacionais, uma vez que essa realidade foi comum a muitos países em desenvolvimento. Entende-se aqui que as variáveis demográficas não são de exclusivo domínio da macroeconomia, mas também são determinantes nos processos que se desenrolam.

As políticas populacionais referem-se a interesses que pretendem atingir determinados objetivos. Por isso, a análise, o estudo e a implementação em tomada de decisões para gerir ações voltadas à dinâmica demográfica, conforme definição de Camargo (1982, p. 86): “Definidas em seu sentido lato, políticas populacionais correspondem a intenções e ações do Estado e de instituições variadas visando alterar, em

um dado momento do tempo, as tendências dos fatores demográficos dinâmicos e influenciar, desta maneira, o número, a composição e a distribuição da população”.

Esse estudo tem como objetivo geral contextualizar o declínio das taxas de crescimento populacional nas últimas décadas na esfera das políticas de saúde e associar esses fatores a conceitos bioéticos, como do planejamento familiar. Também faz parte de um projeto maior de Bioética que envolve a pesquisa de *Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética*.<sup>2</sup> Nesse ponto, cita Sanches (2014, p. 10): “[...] o planejamento familiar pode ser proposto e analisado a partir de perspectivas múltiplas e variadas”. Tem, como objetivos específicos, analisar o contexto das políticas de saúde em relação aos censos demográficos; considerar os diferentes momentos da evolução da população e destacar a importância do planejamento familiar no crescimento populacional.

Dessa forma, buscou-se fazer uma análise da situação demográfica atual e utilizou-se o método descritivo-analítico, considerando-se que o tema políticas demográficas é relevante, atual e de grande interesse para a bioética. Analisar as políticas de saúde no contexto do crescimento populacional do Brasil leva a algumas reflexões: Como o crescimento populacional integra-se nos modelos das políticas públicas de saúde e de planejamento familiar? Qual o papel do planejamento familiar no efetivo populacional?

A problemática aqui apresentada justifica-se no campo da bioética encontrada na reflexão de Sanches (2013, p. 197): “A preocupação com o crescimento populacional surge ao longo da história, e os direitos reprodutivos são questionados por governantes, quase sempre por razões demográficas, seja em virtude da população em geral, seja do crescimento de alguns grupos ou etnias que os governantes gostariam de controlar”. Um grande desafio é pensar o reflexo das políticas de saúde no comportamento das famílias. Muitas vezes, a precariedade está no fato de que as políticas não se tornam efetivas, como cita Sato (2013, p. 27): “Busca-se políticas de saúde quando ainda não se tem profissionais para o exercício desta função. Não se trata apenas de escassez de políticas, mas ainda de estruturas e profissionais”. Ainda nessa temática, argumenta Garrafa (2003, p. 53) que “O Brasil, apesar de ter aumentado um pouco seu orçamento público destinado à saúde nos últimos anos, continua mostrando um sem número de contradições e distorções com relação ao setor”.

---

<sup>2</sup> Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética da PUCPR em projeto de pesquisa de 2010 a julho de 2013.



### 3.2 BREVE CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE 1500 A 1940

O período de 1500 a 1940 caracterizou-se em busca do efetivo populacional, como consequência da colonização e também para justificar a ocupação da extensão litorânea e consequente expansão em direção ao interior, como destaca Alves (2006): “[...] o lema governar é povoar, também é válido para os primeiros 450 anos da história brasileira”. Esse fenômeno colaborou para a formação de um país com dimensões continentais. Assim, havia todo um incentivo para o crescimento da população, bem como da miscigenação com os povos conquistados. O objetivo era fortalecer a posição do colonizador, que fatalmente percebia-se na tendência ao natalismo.

No Período Colonial, a exploração econômica dava-se por meio dos ciclos econômicos, do pau-brasil, da cana-de-açúcar, da mineração e do café. Nessa época, a contagem da população era restrita aos registros religiosos e coloniais e nos censos provinciais, por isso os dados são escassos e de pouca veracidade, como no relato do IBGE (2000): “Assim é que a recomendação às autoridades eclesiásticas, para que procedessem ao arrolamento das populações das áreas subordinadas às respectivas jurisdições, permitiu ao Abade Corrêa da Serra estimar em 1 900 000 almas a população do Brasil no ano de 1776”. As estatísticas na Colônia eram escassas, como pontua Prado: “[...] elas tinham dois objetivos específicos: eclesiástico e militar” (1961, p. 30). Durante o período que o Brasil foi colônia de Portugal, em meio a tantas dificuldades, era comum a oscilação no número de habitantes, o que se percebe no relato de Furtado (2005, p. 78):

A crer nas informações disponíveis, a população do Brasil teria alcançado 100 mil habitantes em 1600, um máximo de 300 mil em 1700 e ao redor de 3.250.000 em 1800. A população de origem europeia seria de cerca de 30 mil em 1600 e dificilmente alcançaria 100 mil em 1700.

Isso permite concluir, segundo o autor, que o crescimento vegetativo no máximo triplicava durante o primeiro século, sem considerar a imigração, como prossegue o autor: “Os dados sobre a população são precários e escassos, mas indicam claramente que a população de origem europeia aumentou lentamente no século XVII” (FURTADO, 2005, p. 79).

Havia necessidade urgente de incentivar o povoamento da nova colônia para afastar a cobiça de outras nações e fortalecer o domínio territorial. Nisso houve a contribuição da população negra, descrito pelo autor Livi-Bacci (2002, p. 147): “O povoamento do Brasil

deve-se principalmente – pelo menos até a grande imigração europeia da segunda metade do século XIX – ao tráfico de escravos africanos”.

A imigração europeia prossegue até mesmo em função da estagnação econômica de Portugal: “Não se conhecem dados precisos sobre o volume da corrente emigratória que, das ilhas do Atlântico e do território português, se formou com direção ao Brasil no correr do século XVII” (FURTADO, 2005, p. 78). Assim, em determinados períodos, o governo português precisou tomar medidas mais concretas para dificultar o fluxo migratório.

### 3.3 PRIMEIROS CENSOS DEMOGRÁFICOS

O primeiro censo demográfico foi realizado no Brasil em 1872, pela Diretoria Geral de Estatística do Ministério de Negócios do Império, e tentou abranger a maior diversidade populacional, tendo como meta estabelecida apresentada por Oliveira e Simões: “[...] o recenseamento de todos os habitantes do Império, nacionais e estrangeiros, livres e escravos, presentes ou ausentes, em 1º de agosto de 1872” (2005, p. 292). O primeiro recenseamento apontou uma população de aproximadamente 10 milhões de habitantes e um crescimento populacional de 2,01% (IBGE, 2010).

Os primeiros censos foram afetados pela instabilidade política, dificuldades de recursos e falta de eficiência administrativa, resultando em dados pouco confiáveis. O crescimento da população esteve atrelado à entrada de africanos, que representavam peso relativamente alto na população total, durante todo o Período Colonial e princípios do Império. Em 1890, o segundo censo apurou uma população total de aproximadamente 15 milhões de habitantes.

No século XIX, as políticas públicas passaram a ter maior influência nas classes populares, com a regulamentação do ensino e da prática médica e a criação de hospitais públicos para atender doenças que exigiam maior controle do Estado, como as doenças mentais, a hanseníase e a tuberculose. Esse também foi um século marcado por epidemias, como a cólera na Europa e nos Estados Unidos.

Aconteceram algumas ações de políticas de saúde, como reformas sanitárias e urbanas, que culminaram com a Convenção Sanitária no Rio de Janeiro, em 1887, embora somente as maiores cidades na época tivessem um atendimento diferenciado. Entretanto, a maior solução para a centralização das ações sanitárias deu-se em 1926, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Com a abolição da escravatura em maio de 1888, intensificou-se o incentivo à natalidade para suprir a falta de trabalho escravo e subsidiar a imigração europeia, que caracterizou o país com a entrada de densas correntes. Com isso, a população continuou a aumentar e, em 1900, aproximou-se de 18 milhões. O censo de 1920 apresentou resultados mais confiáveis, pois apontou uma população com o número de 31 milhões de habitantes (IBGE 1996).

No período em que aconteceu a abolição, o país vivia um crescimento econômico marcado pela expansão das lavouras de café na região sudeste, em consequência da enorme procura mundial por essa cultura tropical. Com isso, a imigração europeia foi privilegiada e em 1914 existiam mais de 5 milhões de imigrantes de diversas nacionalidades, como os italianos, os alemães, os poloneses, entre outros.

Nas primeiras décadas do século XX, permeava na saúde pública o sanitarismo, com enfoque pontual nas cidades, que tinha como objetivo a desinfecção, a notificação dos casos epidêmicos e a atuação da política sanitária, como cita Lima:

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose. (2002).

Porém, com sérias limitações, como argumenta Bertolozzi (1996, p. 382): “Essas medidas eram promovidas pontualmente sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época”. As campanhas sanitárias foram acentuadas na década de 30, porém nesse período o Estado mantinha ações de caráter coletivo e assim a saúde pública mostrava-se bastante ineficaz e precária em escala de atendimento individualizado,

Na década de 40, a população brasileira concentrava-se na faixa litorânea e sua grande maioria nas capitais, o que gerou aumento de trabalhadores que enfrentavam péssimas condições de higiene, saúde e moradia em função da emergente industrialização e urbanização. Assim, o governo ampliou as políticas sociais, como na área da Saúde Pública e da Medicina Previdenciária, ou seja, as estratégias de saúde pública voltadas ao controle populacional do Período Colonial até a década de 40 basearam-se no controle dos problemas de natureza higienista, cabendo às juntas municipais a delegação das atribuições sanitárias.

### 3.4 PÓS-SEGUNDA GUERRA MUNDIAL – ELEVADO CRESCIMENTO POPULACIONAL

Após a Segunda Guerra Mundial, o crescimento populacional tornou-se acelerado em função da diminuição das taxas de mortalidade, que resultaram de vários fatores, como: a expansão do saneamento, campanhas de vacinação em massa e acesso a medicamentos básicos.

A partir da década de 40, o recenseamento começou a ser feito pelo então IBGE, (criado em 1936) e apresentou bases técnicas confiáveis dentro de um planejamento moderno e atualizado, com os padrões internacionais, como constatam Oliveira e Simões (2005, p. 292): “Com o Censo de 1940, o Brasil inicia uma nova etapa da história das estatísticas populacionais, sobretudo no que se refere à dinâmica demográfica”. Esse censo apontou uma população de 41 milhões de habitantes e realizou-se em primeiro de setembro, correspondendo ao quinto censo da população; ao segundo censo da agricultura e da indústria e ao primeiro levantamento do comércio, dos transportes e comunicações, bem como dos serviços (IBGE, 2000).

Na esfera social, esse período foi marcado por fortes mudanças iniciadas no governo de Getúlio Vargas, como a implementação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Já os programas sanitaristas continuaram e foram significativos, como cita Silva (2003): “O final da II Guerra Mundial trouxe não só uma nova ordem mundial, mas também a ideia de que as doenças endêmicas eram passíveis de controle, quando não de erradicação”.

Algumas políticas de saúde tiveram sucesso, quando o Ministério da Educação começou a investir na formação de técnicos de saúde pública, o que mais tarde contribuiu para a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e para o desenvolvimento da fase do sanitarismo desenvolvimentista, como cita Lima (2002, p. 84): “No Brasil, durante as décadas de 1950 e 1960, uma das mais importantes correntes de pensamento em saúde pública ficou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista”. Esse modelo enfatizava o papel da saúde na formação da sociedade brasileira, afirmando que o nível de saúde de uma população depende do nível de desenvolvimento econômico de uma nação.

Em função da aplicação das inovações médicas e sanitárias que foram transferidas dos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade começou a declinar e nas décadas de 1940-50 atingiu um total de 20,9 por mil habitantes, continuando em declínio durante a década de 1960, chegou a 14,2 por mil, em 1970 atingiu 9,8 por mil e em 1980 a

mortalidade chegou a 7,2 por mil. Enquanto isso a taxa de natalidade permanecia alta, em aproximadamente 40 por mil, o que elevou o crescimento populacional, provocando um aumento próximo a 3% em 1960-70 (IBGE 2010).

### 3.5 DÉCADAS DE 60 E 70 – TOMADAS DE CONSCIÊNCIA QUANTO AO CRESCIMENTO POPULACIONAL

Quanto às características demográficas, a população brasileira estava em crescimento desde a década de 1950, com taxas de 3% ao ano, como consequência da queda da taxa bruta de mortalidade e das taxas de fecundidade elevadas. Da década de 60 para 70, observou-se redução no elevado crescimento, visível nos dados do IBGE (1997): “A taxa média de crescimento da população vem mostrando uma tendência regular ao declínio desde a década de 60 (em 1960 a taxa foi de 2,89%, em 1970 foi de 2,48%)”.

A inserção da mulher na sociedade, na economia e nos meios culturais refletiu mudanças no modo de vida e observou-se a queda no número de filhos: em 1970, a taxa de fecundidade total era de 5,76; em 1980, de 4,36; em 1990, caiu para 2,79 filhos, em 2000, a taxa de fecundidade continuou a declinar, atingindo 2,4, e em 2010, atingiu 1,9 filho por mulher (IBGE, 2010). Esse declínio pode ser atribuído às dificuldades financeiras, à concentração urbana, à evolução nas condições de saúde e educação e à popularização dos métodos contraceptivos.

O declínio na fecundidade e no ritmo de crescimento acelerou o país na transição demográfica, conforme pontua Brito (2008): “A transição demográfica leva décadas. A princípio, isso coloca problemas diante da perspectiva temporal dos formuladores de políticas públicas, que normalmente planejam considerando um período muito inferior”. Essa queda na taxa de fecundidade demonstra mudanças no comportamento demográfico, evidenciadas pela prática da esterilização feminina, que ocorre à revelia de políticas populacionais oficiais e com o apoio de instituições privadas nacionais e internacionais. Essas transformações culturais modificam o papel funcional atribuído às mulheres e “[...] abrem perspectivas de incorporação de um projeto profissional como parte de um projeto de vida” (SILVA, 2003).

A expansão da atividade industrial foi reforçada nessas décadas, com a entrada maciça do capital estrangeiro, que alterou as relações espaciais e determinou uma urbanização concentrada e sufocada nos centros emergentes. Segundo dados do IBGE

(1997), “Nos anos 60, o Brasil ainda era um país agrícola, com uma taxa de urbanização de apenas 44,7%”. Nessa década, as correntes migratórias rurais-urbanas tiveram seu ápice, que contribuiu para uma urbanização acelerada e descontrolada.

Os grandes centros urbanos não estavam preparados para o contingente que receberam do meio rural, o que ficou provado na insuficiência dos serviços públicos, com queda na qualidade do atendimento à saúde e à educação, bem como na falta de transporte, moradia e emprego. Outro problema que se fortaleceu foram as disparidades econômicas do Norte e Nordeste para o Sudeste e Sul, o que tornou São Paulo um forte centro de atração. Esse desequilíbrio demográfico resulta desequilíbrios econômicos e sociais, como destaca Brito (2008): “A originalidade da transição demográfica no Brasil está definida pelas particularidades históricas onde ela se insere permeadas pelos fortes desequilíbrios regionais e sociais”.

Mesmo com a modernização econômica, a concentração de renda acentuou-se, o que é possível observar na citação de Lima (2002, p. 80): “Esse quadro suscitou os debates sobre as políticas de saúde nas décadas de 1960 e 1970, intensificando os estudos sobre pobreza urbana e suas relações com temáticas sanitárias”. Vale dizer que a intensa urbanização pedia urgência nos serviços públicos e nas condições de saúde, educação, trabalho e habitação, com demandas populacionais crescentes, e esperava-se que as políticas públicas estivessem à frente, com planejamento, fato que não se percebeu.

Em 1965, no contexto de uma grave crise econômica e política, foi criada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), com o objetivo de ofertar serviços de regulação da fecundidade e facilitar o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, principalmente à pílula, por meio da distribuição. “Atualmente, a BEMFAM realiza convênios de cooperação técnica com o setor público ou em clínicas privadas e fornece anticoncepcionais. A entidade só realiza um convênio por município” (SILVA, 2003).

Outro desenrolar nas políticas públicas de saúde foi a criação do INPS, em 1966, que buscou uniformizar os benefícios prestados à população e nas campanhas de controle e erradicação de doenças. Lima (2002, p. 88) destaca que “A experiência acumulada contribuiu para a formulação e execução do Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-1973), do Programa Nacional de Imunizações (1973) e da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (1975)”. Por outro lado, “O crescimento do setor privado hospitalar que se iniciara na década de 50 e vinha ocorrendo em razoável

ritmo, enquanto os investimentos estatais para a construção de serviços públicos não se ampliaram” (CORDEIRO, 1979, p. 46).

Em meados da década de 70, durante o governo Geisel (1974-1978), ocorreu a implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, com enfoque também ao movimento sanitário, como cita McDonough e Souza (2002, p. 88): “O exemplo mais espetacular foi à vacinação de mais de 80 milhões de brasileiros contra a meningite durante os anos de 1974-1975, em 10 meses”.

Nessa época, ocorreu um enfoque maior no planejamento familiar e minimização da política natalista, conforme afirma Alves (2006, p. 27): “Cresceram as entidades de prestação de serviços de planejamento familiar e o governo deu início ao Programa de Saúde Materno-infantil”. Esse programa foi lançado em 1977 e teve como iniciativa governamental ofertar o planejamento familiar e prevenir a gestação de alto risco.

O Brasil adotou uma posição natalista, que se manteve até 1974. A burguesia brasileira, setores médicos e alguns setores do governo militar, preocupados com o crescimento populacional, aliavam-se às tendências internacionais de contenção populacional. Nesse mesmo ano, ocorreu o I Congresso Mundial de População, organizado pelas Nações Unidas, em Bucareste. O Brasil defendeu “[...] que o planejamento familiar é um direito dos cidadãos e cabe ao Estado fornecer meios adequados para atender às informações e à demanda por métodos contraceptivos seguros e adequados” (ALVES, 2006, p. 27).

O governo brasileiro declarou ser um direito social decidir quanto à composição da família, para isso, o poder público deveria ocupar-se da divulgação de informação sobre a contracepção, o que na prática não se efetivou. “A capacidade de recurso ao controle da natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao Estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos” (FONSECA, 1993, p. 148).

Em 17 de julho de 1975 foi promulgada a Lei 6229, criando o Sistema Nacional de Saúde, que estabeleceu para o Ministério da Saúde ações voltadas ao atendimento de interesse coletivo e para o Ministério da Previdência e Assistência Social, principalmente, o atendimento médico-assistencial individualizado. Enquanto isso, as taxas de crescimento populacional ainda eram motivo de preocupação e deveria haver planejamento familiar, cabendo ao Estado não a imposição do controle de natalidade, mas, sim, “[...] atingir a família por intermédio da educação” (SIMONSEN, 1989, p. 74).



Essas iniciativas não permitiram que essas décadas fossem marcadas pela negligência dos serviços públicos, aumento da mortalidade infantil, abortos ilegais e elevado número de crianças abandonadas, principalmente nas grandes cidades. Esse cenário levantou questionamentos sobre a tolerância ao crescimento populacional, devendo o governo considerar essa questão.

### 3.6 PRIMEIRAS INICIATIVAS CONCRETAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

O Brasil viveu, de 1964 a 1985, os regimes militares de governo e a centralização do poder, em que se desenvolveriam planos que trariam um impacto significativo na estrutura social e econômica. Em 1980, com taxas de fecundidade acima de quatro filhos por mulher, os militares não se atemorizavam com o rápido crescimento da população, uma vez que o extenso território comportaria uma população maior, como cita Carvalho e Brito (2005, p. 355): “Crescer e redistribuir a população, de modo a ocupar o amplo espaço vazio nacional, era um objetivo estratégico para os militares”.

Na década de 1980, com a retomada da trajetória democrática no país, as mulheres passaram a apropriar-se de certos direitos relacionados às suas escolhas, como no campo do planejamento familiar. Também os baixos níveis de fecundidade colaboraram para a popularização do planejamento familiar no país, o que indicou a disseminação de métodos contraceptivos. “A queda brusca da taxa de fecundidade no País, a partir da década de sessenta, indica o crescimento da adoção de procedimentos anticonceptivos” (SILVA, 2000, p. 9).

As informações sobre saúde reprodutiva foram vastamente disseminadas e em 1983 foi criado, pelo governo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que permitiu o acesso ao planejamento familiar, bem como aos meios de contracepção, servindo de marco para romper os modelos tradicionais de abordagem centrados apenas no ciclo reprodutivo e dando atenção integral à saúde da mulher.

Com o PAISM, a atenção federal à saúde da mulher deixou de ser unicamente voltada à relação materno-infantil para incorporar a assistência em todas as etapas da vida. “O programa deu ênfase a preocupações com doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids, além de assistência às mulheres vítimas de violência” (BRASIL, 2011).



O planejamento familiar consolidou-se na Lei 9.263/96, quando no seu art. 1º enfoca ser direito de todo cidadão e no art. 2º, destaca um 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 (BRASIL, 2011). Essa lei incorpora muito do que havia sido discutido no país sobre o planejamento familiar enquanto um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde e mantém a abrangência de sua ação de responsabilidade no Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis.

Em 1988, o governo reconheceu a necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde por meio da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu também como resultado da necessidade de separar saúde de previdência. A criação do SUS pode ser considerada uma ação bem-sucedida de reforma na área social. “A descentralização da política de saúde foi sendo desenhada desde 1983, até ganhar feição definitiva em 1988, com a criação do SUS, completada pela Lei Orgânica de Saúde em 1990” (LIMA, 2002, p. 101).

Com a criação do SUS, ficou entendido que o planejamento familiar é livre escolha das pessoas. Na Constituição Federal, a redação aprovada no §7º, do artigo 226 da Constituição brasileira de 1988, ficou assim redigida:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é 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. (BRASIL, 2011).

O crescimento demográfico apresenta-se bastante desigual, acelerado em algumas regiões e estados mais pobres, quando comparado com outras regiões de melhor desenvolvimento econômico. Por meio das análises censitárias, observa-se que o crescimento da população do país tem predominância da quantidade sobre a qualidade, além do desequilíbrio de sua distribuição pelo imenso território, em que se extremam as grandes concentrações e os grandes vazios.

Após a Segunda Guerra Mundial, a economia do Brasil cresceu a ritmos superiores ao crescimento da população, o que se questiona, por que as áreas mais pobres são as mais deficitárias na aplicação e resultados da ação das políticas de saúde? Essa realidade desigual expressa nos censos mostra-se como um grande desafio nas políticas de saúde para as próximas décadas. Segundo Brito:

Não há dúvida de que qualquer compromisso com a redução das desigualdades sociais passa, necessariamente, por reforçar na agenda política a necessidade de ações visando ao apoio à população mais pobre, para que tenha condições de regular sua fecundidade, pois é este o segmento social com menos informação e acesso à contracepção. (2008).

Outro exemplo são as taxas de mortalidade infantil, que atingem sobremaneira a população mais carente do país, embora tenha ocorrido redução nos últimos anos. Segundo dados da ONUBR (2012), o Brasil promoveu uma redução de 73% da mortalidade infantil (até cinco anos de idade), bem maior do que a média global, que foi de pouco mais de 40%. Em 1990, o Brasil registrava 58 mortes a cada mil crianças nascidas, número que foi reduzido para 16 em 2011.

O acesso à informação e a facilidade de obtenção de meios contraceptivos sob orientação médica adequada é a maneira mais fácil e branda de evitar gestações indesejadas, diminuindo o número daquelas de alto risco, abortos inseguros e consequentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil. (CARDIN, 2010).

Quanto ao planejamento familiar, outro momento de relevância foi a Conferência do Cairo, que aconteceu em 1994, como expressou Sanches (2013, p. 51): “A questão demográfica foi abordada junto com os direitos reprodutivos”. Também estiveram na pauta do Brasil questões relacionadas ao desenvolvimento para problemas ambientais e população e convocaram ajuda e financiamento a programas de população na América Latina, tendo no planejamento familiar o enfoque para o futuro, como relatou Patriota (2004):

A comunidade internacional chegou a um consenso sobre três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, especialmente para as meninas; e o acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. (PATRIOTA, 1994, p. 34).

Contudo, há que se pensar na eficácia ao acesso no sistema de saúde, pois se trata de atendimento a cada vida que procura o sistema, como argumenta Garrafa: “Na área da saúde pública e coletiva, há necessidade de ser radical nas exigências do cumprimento da lei e da participação efetiva no conjunto das lutas” (2003, p. 59).

### 3.7 REFLEXÃO NA APLICAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

O processo de construção histórica do Planejamento Familiar no Brasil perpassa por conquistas de espaços da mulher, do declínio nas taxas de fecundidade nas últimas décadas, da criação de políticas públicas voltadas ao controle da natalidade e da relação entre eles. A formulação da política do planejamento familiar permite concluir a garantia dos direitos sexuais e a possibilidade de poder expressar livremente a sexualidade sem violência ou discriminação, como destaca Silva (2003): “[...] garantir às mulheres e aos homens cuidados preventivos e educativos, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, seja com a finalidade de limitar ou aumentar a prole”. Pensar o planejamento familiar como atitude que vai ao encontro da dignidade humana faz-se uma exigência nesse início de século.

Apesar da legislação vigente e das iniciativas públicas, as ações de planejamento familiar encontram dificuldades quando se trata de um país com tantas carências e distorções regionais na área da saúde, como argumenta Sanches (2014, p. 15): “Esta é uma das áreas da vida humana onde ter legislação é um avanço, mas pode significar muito pouco para mudar a realidade das pessoas em situações de maiores vulnerabilidades”. Nem todas as mulheres têm tido um acesso democrático aos meios contraceptivos e a todo o progresso técnico ligado à saúde reprodutiva. “O processo de escolha das mulheres mais pobres fica reduzido às ofertas dos serviços públicos de saúde” (SILVA, 2003).

A relação entre pobreza e fertilidade excessiva acarreta consequências na saúde geral, além das implicações no impacto da qualidade de vida e do bem-estar dos habitantes. Também representa fortemente o modelo de desenvolvimento econômico implantado no país. “A pobreza, repetindo o óbvio, não é fruto do crescimento populacional, mas a ele se articula em muitas circunstâncias, num círculo vicioso que precisa ser rompido por meio de diversas políticas sociais, entre elas o planejamento familiar” (CARVALHO; BRITO, 2005, p. 366).

Assim, a realidade do planejamento familiar, para se tornar uma prática em todas as camadas sociais, necessita do desenvolvimento das outras esferas sociais, principalmente da educação. Com a regulamentação do planejamento familiar, foi possível limitar a prática indiscriminada da esterilização, uma vez que permite ao casal obter todas as informações sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e optar pelo mais adequado. Também garante à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a rede de serviços, assistência à concepção e à contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência

integral à saúde. O planejamento familiar é uma questão que afeta diretamente o cotidiano das pessoas. “É importante principalmente porque ele é definido pelo público como uma questão de bem-estar social, para a qual se reivindica a prestação de serviços pela via governamental” (MCDONOUGH; SOUZA, 1984, p. 114). Pode-se observar uma evolução nas políticas de saúde, como citam Carvalho e Brito:

Este é um avanço, criar condições, através do poder público, para que todas as mulheres possam cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva e regular a sua fecundidade, segundo seus desejos e necessidades, podendo, assim, caminhar para o exercício de sua cidadania plena. (2005, p. 365).

Precisa-se considerar que outros setores carentes e urgentes da sociedade precisam ser assistidos para dar base e suporte à implementação eficaz do planejamento familiar no Brasil, como parte integrante da saúde pública, como o acesso aos métodos e a facilidade em adquiri-los sob orientação profissional responsável. Também colaboram a elaboração e atuação de programas sociais, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que permitiram grande avanço na assistência ao planejamento familiar no Brasil. Na década de 1990, foram criados os primeiros serviços para o atendimento aos casos de abortos previstos no Código Penal de 1940; como em casos de gravidez por estupro ou quando apresenta risco de morte para a mulher.

Sabe-se que as políticas de saúde, muitas vezes, expressam diferentes interesses, como argumenta Cordeiro (1979, p. 49): “É, portanto, da interação de grupos de interesses e estratégias de poder que se confrontam dentro e fora dos aparelhos estatais que resultam as políticas de saúde”. Dessa forma, o sentido e o lugar das atuais políticas de saúde no país devem ser compreendidos por uma análise histórica e conjuntural que dê conta das relações da medicina na totalidade social, vale dizer, que reconheça suas articulações com as práticas econômicas, políticas e ideológicas que conferem uma historicidade particular às formas de organização da atenção à saúde e aos seus objetivos. Se for considerada a série de censos brasileiros, observa-se que a população vem experimentando sucessivos aumentos em seu contingente, embora a velocidade desse crescimento venha diminuindo progressivamente nas últimas décadas, refletindo a continuidade do declínio da fecundidade, que provocou mudanças comportamentais. Conforme Silva (2003),

Entendemos que a regulação da fecundidade e a conseqüente adoção de uma prática anticonceptiva correlaciona-se com o processo de expansão urbano-industrial e suas conseqüências socioculturais, as quais possibilitam mudanças comportamentais em relação à prática reprodutiva. (SILVA, 2003).

O crescimento populacional continuou em declínio e, em 1991, esteve em 1,93%, no início do século XXI foi de 1,64% e em 2010 encontra-se em 1,17%, com uma população total de aproximadamente 191 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Esse período marcou fortemente a transição demográfica e expressa profundas mudanças que vêm ocorrendo na sociedade brasileira nos setores econômico, social e cultural. Brito (2008) argumenta que “Apesar de levar décadas, a transição demográfica no Brasil tem sido acelerada, como em outros países em desenvolvimento, com um declínio rápido dos níveis de fecundidade e do ritmo de crescimento demográfico”.

A redução no crescimento populacional fundamenta-se não exclusivamente em si, mas também como um dos fatores de implementação das políticas de saúde e assistência à mulher tanto como de planejamento familiar. Dessa forma, a bioética pode contribuir nas discussões que envolvem o acesso da população à saúde pública, bem como das prioridades de aplicação dos recursos nesse setor e dos seus resultados. Sabe-se que a população consciente poderá fomentar mudanças positivas. “Quanto mais organizada a população estiver para reivindicar e defender seus interesses maiores serão as possibilidades de participação e decisão efetiva em todo processo distributivo” (GARRAFA, 2003, p. 53).

### 3.8 CONCLUSÃO

Na época do Brasil colonial, predominou a mentalidade familista e pró-natalista, com incentivo à elevada fecundidade em razão das altas taxas de mortalidade. Eram visíveis na política demográfica os interesses dos colonizadores, com caráter exclusivo de exploração econômica e expansão territorial. Segundo estatísticas apresentadas por Simonsen (2004, p. 271), em 1550 a população era de 15 mil habitantes e em 1810 era de 3.617.900. A política pró-natalista esteve presente na cultura nacional e permaneceu até meados da década de 70, mesmo sem o país demonstrar uma política populacional explícita.

No último século, a população brasileira aumentou e multiplicou-se por dez em relação ao censo de 1900, quando residia cerca de 17 milhões de pessoas e, no ano 2000, quase 170 milhões. Nesse período, o crescimento populacional está em declínio, motivado por diversos fatores internos e externos.

Desde o primeiro recenseamento (1872) ocorreram várias mudanças no padrão demográfico. Até o início da década de 1930, o crescimento da população do Brasil contou com forte contribuição da imigração. A partir de 1934, estabeleceram-se limites à entrada de imigrantes e o aumento da população dependeu principalmente do crescimento vegetativo.

O século XX foi marcado pelos benefícios da medicina moderna, ou seja, grande parte das crianças que nasceu tornou-se adulta. Isso tudo ocorreu um século depois dos grandes estragos nas taxas de mortalidade, provocado pela varíola, febre tifoide, tuberculose, difteria e outras fatalidades que foram superadas e vencidas com a ação de políticas de saúde.

Existe uma melhora acentuada na saúde quando medidas de planejamento familiar estão disponíveis e são adotadas com o objetivo de reduzir gestações precoces e tardias, bem como ter consciência de um limite razoável no tamanho da família. Da mesma forma, são eficazes os intervalos sadios entre o nascimento dos filhos. Todas essas variáveis impactam o crescimento populacional e geram novas possibilidades sobre o conceito de parentalidade e da família em transformação.

Percebe-se, no Brasil, a necessidade do desenvolvimento efetivo de uma expansão demográfica equilibrada entre as mais diversas áreas de seu território e que as políticas de saúde possam atender a todos igualmente. O planejamento familiar deve integrar a quantidade e qualidade da população, buscando o equilíbrio entre as esferas demográficas e socioeconômicas. Entende-se que não se esgotam as discussões em torno das políticas de saúde, como as de planejamento familiar relacionadas ao crescimento populacional.

### 3.9 REFERÊNCIAS

ALVES, J. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf.**, USP, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2011.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7. do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Relatório Preliminar.** BEMFAM/DHS, Rio de Janeiro, 1996.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 25, n. 1, São Paulo, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CAMARGO, C. P. F. **Política populacional no Brasil. Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 3., 1982, Vitória. São Paulo: ABEP, 1982.

CARDIN, Valéria Silva Galdino. **Do planejamento familiar, da paternidade responsável e das políticas públicas.** IBDFAM, Belo Horizonte, set. 2010. Disponível em: <[www.ibdfam.org.br](http://www.ibdfam.org.br)>. Acesso em: 9 out. 2014.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil. **Revista Bras. Est. Pop.**, v. 22, n. 2, São Paulo, p. 351-369, jul./dez. 2005.

CORDEIRO, H. Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde. **Revista Adm. Pública**, Rio de Janeiro, dez. 1979.

DINIZ, J. E. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 31, n. 1, São Paulo, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000100013>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

FONSECA, S. D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos e FNUAP, 1993.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil.** 32. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. **Bioética e Saúde Pública.** São Paulo: Edições Loyola, 2003.

IBGE. **Metodologia do Censo Demográfico 2000.** v. 25. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/metodologia/metodologiacenso2000.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2014.

IBGE. **Série Relatórios Metodológicos.** 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/UvIwF>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

IBGE. **Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960, 1970 e 2000.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2014.

IBGE. **Anticoncepção:** 1986. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, Depto. de Emprego e Rendimentos, v. 1, 1991. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/metodologia.shtm>>. Acesso em: 7 set. 2014.



IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: FIBGE, 1995.

IBGE. **Tendências demográficas**: uma análise a partir dos resultados do Censo Demográfico de 1991. Rio de Janeiro: FIBGE, 1996a.

IBGE. **Contagem da População, 1996**. Rio de Janeiro, v. 1. Resultados relativos a Sexo da População e Situação da Unidade Domiciliar. p. 19, tabela 3, 1997.

LIMA, Nísia Trindade. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <[http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman\\_Jacobo\(Org.\).pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo(Org.).pdf)>. Acesso em: 7 set. 2014.

LIVI-BACCI, M. 500 anos de demografia brasileira: uma resenha. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 1, jan./jun., 2002.

MCDONOUGH, Peter; SOUZA, Amaury. **A política de população no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

OHLIN, G. **Control de la poblacion y desarrollo econômico**. México: Editorial Diana México, 1970.

OLIVEIRA, L. A. P. de; SIMÕES, C. C. da S. O IBGE e as pesquisas populacionais. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 22., n. 2, p. 291-302, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a06.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

ONU/BR. Nações Unidas do Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/brasil-reduziu-mortalidade-infantil-em-73-desde-1990-afirma-unicef/>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

PACHECO, M. V. A. P. **Racismo, machismo e planejamento familiar**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento**. Plataforma de Cairo, 2004. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2014.

PESSINI, L. **Buscar sentido e plenitude de vida, bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E.; HOSSNE, W. S. (Org.). **Bioética, em tempo de incertezas**. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

PRADO JUNIOR, C. **Formação do Brasil contemporâneo: colônia**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, globalização e meio técnico-científico-informacional**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.



- SANCHES, M. A. **Bioética e planejamento familiar**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- SANCHES, M. A. **Metaparentalidade**: reprodução assistida e bioética. São Paulo: Ave-Maria, 2013.
- SILVA, L. O controle das endemias do Brasil e sua história. *Cienc. Cult.*, v. 55, n. 1, São Paulo, jan./mar. 2003. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252003000100026&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252003000100026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 set. 14.
- SIMONSEN, M. H.; CYSNE, R. P. **Macroeconomia**. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1989.
- SIMONSEN, R. C. **História econômica do Brasil (1500/1820) - (1978)**. 4. ed. Senado Federal, v. 34, São Paulo, Brasília, DF, 2004.
- SATO, E. S. **Questões socioeconômicas**: o impacto sobre o planejamento da parentalidade. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2013.
- SILVA, S. V. Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, n. 69, v. 25, 1 ago. 2000, Universidad de Barcelona. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>>. Acesso em: 7 set. 2014.
- SOUZA E SILVA, J. N. de. Investigações sobre os recenseamentos da população geral do Império e de cada província de per si tentados desde os tempos coloniais até hoje. **Relatório do Ministério dos Negócios do Império**, Anexo D, Rio de Janeiro: Typ. Nacional, 1870. 167 f. Reimpresso em edição fac-similada, São Paulo, IPE/USP, 1986.
- TANAKA, O. Y.; CARVALHO, J. A. M.; LINHARES, L.; MELO, C. **Desenvolvimento de capacidades**: a contribuição do FNUAP no Brasil. Relatório final. São Paulo e Brasília: Annablume e FNUAP, 2002.

## **4 ARTIGO 3: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE**

### **RESUMO**

O presente estudo objetiva analisar o desenvolvimento da terceira fase da transição demográfica no Brasil nas últimas décadas, por meio de resultados obtidos no projeto de parentalidade. Para isso, relaciona os indicadores da estrutura etária e das taxas de fecundidade com a interpretação dos dados da pesquisa de campo, sobre planejamento da parentalidade. Essa pesquisa de campo foi realizada nos municípios de Curitiba e Jacarezinho, no estado do Paraná, e busca identificar as causas da ausência ou presença de projeto de parentalidade em pessoas que já tiveram filhos e relaciona com a sexualidade; modelos de família, questões sociais e religião, o que possibilita análises no contexto demográfico. Os resultados obtidos estão de acordo com os últimos censos, nos indicadores demográficos utilizados. A terceira fase da transição demográfica no Brasil foi percebida nas comunidades estudadas acompanhadas também de uma mudança do perfil socioeconômico da população, com destaque à mudança do papel da mulher. A problemática aqui apresentada justifica-se no campo da bioética por se entender que caracterizar a transição demográfica pode ajudar a pensar a estratégia de saúde da família e, mais especificamente, o planejamento familiar no país.

**Palavras-chave:** Transição Demográfica. Parentalidade. Fecundidade. Estrutura Etária.

### **ABSTRAT**

This study aims to analyze the third stage of demographic transition in Brazil in recent decades with the results obtained in parenting project. For this lists the indicators of age structure and fertility rates with the interpretation of the field research data on planning of parenting. This field research was conducted in the cities of Curitiba and Jacarezinho, State of Paraná and seeks to identify the causes of absence or presence of parenting project in people who have had children. The results are according to the latest census, in demographic indicators used. The third stage of demographic transition in Brazil was perceived in the communities studied also accompanied by a change in the socioeconomic profile of the population, especially in the changing role of women. The issue presented here is justified in the field of bioethics because we believe that characterize the demographic transition may help to think of the family health strategy, and more specifically family planning in the country.

**Keywords:** Demographic Transition . Parenting. Fecundity. Age Structure .

## 4.1 INTRODUÇÃO

A população brasileira presenciou, a partir de 1940, um declínio significativo da mortalidade, como consequência direta da transferência de tecnologias médico-sanitárias dos países desenvolvidos e da modernização econômica e social que começaria a ser implantada no país. Nas décadas seguintes, essas mudanças foram acompanhadas de um aumento no número de idosos e do declínio da fecundidade, que ocorreu, de início, nos grupos populacionais mais privilegiados economicamente e residentes nas regiões mais dinâmicas e produtivas do país. “A transição demográfica também tem ocorrido de forma diferenciada nos diferentes grupos sociais” (BRITO, 2008, p. 16).

De 1960 a 2010, a expectativa de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos, passando de 48,0 para 73,4 anos. Por outro lado, o número médio de filhos por mulher caiu de 6,3 filhos para 1,9 nesse mesmo período, valor abaixo do nível de reposição da população (IBGE, 2010). Essas mudanças alteraram a pirâmide etária, com estreitamento da base e o alargamento do topo, refletindo a estrutura de população mais envelhecida, característica dos países desenvolvidos e de uma redução da população jovem, o que poderá contribuir por melhorias na qualidade das políticas públicas destinadas a essa parcela da população, como argumenta Brito: “No caso dos serviços relativos à população jovem, como os educacionais, a redução do ritmo de crescimento da demanda pode favorecer a universalização da cobertura e a melhoria da qualidade do ensino” (2008, p. 10).

Situadas nesse contexto de transformações, crescem as famílias de casais sem filhos, como apontou o último censo do IBGE (2010), que 20,2% das famílias eram formadas por casais sem filhos. Essa mudança no padrão familiar torna o projeto de parentalidade como elemento indispensável do planejamento familiar, como argumenta Sato (2013, p. 26): “Parentalidade não é apenas um projeto de crescimento e satisfação pessoal, pois a sua realização implica necessariamente na geração de vidas humanas”.

A problemática aqui apresentada justifica-se no campo da bioética por se entender que caracterizar a transição demográfica pode ajudar a pensar a estratégia de saúde da família e, mais especificamente, o planejamento familiar no país. Isso implica em uma abordagem ampla, aberta à contribuição de diversas áreas do conhecimento, já que se entende que o planejamento familiar não pode ser confundido com controle de natalidade, mas que precisa respeitar a autonomia do casal. Percebe-se que a bioética tem-se afirmado como indispensável ao avanço da reflexão ética no âmbito das ciências da saúde e das ciências humanas, exatamente por promover o diálogo interdisciplinar. É possível aplicar

essa reflexão interdisciplinar nas mudanças do comportamento populacional do país, uma vez que resulta de diferentes esferas e principalmente da modernização social e econômica das últimas décadas, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e do acesso aos serviços de saúde, conforme argumenta Fortes: “A saúde pode potencializar o crescimento econômico de um país” (2003, p. 111).

Esse artigo teve como objetivo geral analisar a terceira fase da transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil por meio dos resultados do projeto de parentalidade e como objetivos específicos relacionar os indicadores de parentalidade com a transição demográfica do Brasil e relacionar a mudança de padrão da fecundidade e da estrutura etária com os indicadores de parentalidade.

Essa pesquisa, com seus objetivos, está inserida no grupo de pesquisa<sup>3</sup> que aborda a temática do “Planejamento da Parentalidade”, um tema usualmente compreendido como parte da ampla temática do planejamento familiar, aqui situado no âmbito da bioética. Planejar a parentalidade é necessário, principalmente neste início do século XXI, em que as famílias numerosas passam a serem vistas pela sociedade como um problema, sobretudo naquelas em que os pais não têm condições de acompanhar e educar todos os filhos, dentro da expectativa da sociedade.

#### 4.2. METODOLOGIA

Esse artigo resultou do referencial teórico a respeito do tema proposto – a transição demográfica no Brasil – como também da interpretação dos dados da pesquisa de campo sobre planejamento da parentalidade. Dessa forma, não é uma pesquisa longitudinal, mas busca associar os resultados dos últimos censos demográficos ao planejamento de parentalidade, identificando-se como uma pesquisa transversal.

Na pesquisa de campo foi aplicado o instrumento de pesquisa *Planejamento da Parentalidade no Contexto da Bioética*,<sup>4</sup> que compreendeu 53 questões relacionadas ao

---

<sup>3</sup> Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética, registrado no CNPq desde 2002, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Bioética e ao Programa de Pós-graduação em Teologia, ambos da PUCPR.

<sup>4</sup> Este instrumento de pesquisa – *Planejamento de Parentalidade no Contexto da Bioética* – foi elaborado e validado pelo Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética da PUCPR em projeto de pesquisa de 2010 a julho de 2013. A validação desse instrumento é fruto de quatro dissertações de mestrado: KRUM, Juarez Celso. *O impacto dos modelos de família sobre o projeto de parentalidade* (2013); SANTOS, Renato Barbosa dos. *Impacto da tradição bíblica no planejamento da parentalidade* (2013); RIGONI, Miguel Fernando. *O impacto da visão de sexualidade sobre o planejamento da parentalidade* (2013); SATO, Edésia de Souza. *O impacto das questões socioeconômicas sobre o planejamento da parentalidade* (2014).

planejamento familiar. Esse instrumento de pesquisa objetiva identificar as causas da ausência ou presença de projeto de parentalidade em pessoas que já tiveram filhos e busca relacionar com a sexualidade; modelos de família, questões sociais e religião, possibilitando análises diversas. Considerou apenas seis de um total de 53 questões que compreendem o questionário. Os descritores analisados nesse caso estão relacionados às questões demográficas e sociais pertinentes ao tema estudado. Verificar os dados dos últimos recenseamentos e estimativas do Brasil; contextualizar socioeconomicamente as políticas públicas de saúde e de planejamento familiar, relacionando ao resultado dos censos demográficos; analisar a transição demográfica do Brasil.

A pesquisa foi realizada nos municípios de Curitiba e Jacarezinho, no estado do Paraná, no ano de 2014. No total, foram entrevistadas 655 pessoas, conforme informações da Tabela 1, em que está apresentado o perfil dos entrevistados por gênero e idade atual. A abordagem aos sujeitos da pesquisa<sup>5</sup> ocorreu em eventos educacionais, religiosos ou sociais, organizados em comunidades da Igreja Católica. Portanto, o perfil dos entrevistados caracteriza-se por serem agentes da Igreja e que tenham ao menos três anos de participação ativa em alguma atividade eclesial. O perfil dos entrevistados pode ser observado na Tabela 2, por gênero e idade, com uma predominância de mulheres nas faixas etárias de 36, 45, 46 e 60 anos.

Tabela 2 – Perfil geral dos entrevistados por gênero e idade

	Porcentagem	Nº de entrevistados
<i>Gênero</i>		
Masculino	26,9%	176
Feminino	71,5%	468
<i>Idade atual</i>		
Entre 18 e 25 anos	2,1%	14
Entre 26 e 35 anos	15,9%	104
Entre 36 e 45 anos	35,4%	232
Entre 46 e 60 anos	33,3%	218
Acima de 60 anos	10,4%	68

Fonte: Os autores (2014).

A pesquisa abordou pessoas de diferentes faixas etárias, com 43,7% acima dos 46 anos. Dessa forma, a pesquisa não dá um recorte atual, pois uma pessoa acima de 60 anos pode ter tido sua primeira gravidez há cerca de 45 anos, que será analisado dentro desse

<sup>5</sup> O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, com parecer de número 409.841, na data de 25/09/2013.

contexto. Assim, a pesquisa permite visualizar um quadro da situação nas últimas décadas, em que buscou refletir sobre os dados que estão relacionados à transição demográfica.

Foi feita uma análise a partir dos dados coletados na pesquisa de campo com o programa SPSS Statistics, versão 22.0. Na construção das tabelas, foi utilizada a estatística descritiva. Para a análise de correlação, foi utilizado o teste de Correlação de Spearman e considerado como significativo os valores de  $\rho$  maior que 0,05.

### 4.3 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Adolphe Landry propôs, em 1934, a teoria da transição demográfica, baseada na observação da evolução das populações europeias. Essa teoria afirma que as populações passam por profundas transformações econômicas e sociais, de um equilíbrio entre alta fecundidade e alta mortalidade, a um equilíbrio entre baixa fecundidade e baixa mortalidade, em certa etapa de sua história. Segundo Bandeira (1996, p. 14):

Quando Landry escreveu *Les trois theories de la population*, a população francesa constituía um problema, que era o risco de despovoamento, manifestado pela ausência de crescimento natural, devido à baixíssima taxa de reprodução e conseqüente envelhecimento.

A teoria da transição demográfica fundamenta-se em uma observação nas três fases do desenvolvimento pelas quais passaram as populações industrializadas. Na primeira fase, que corresponderia à fase pré-industrial, ocorrem altas e estabilizadas taxas de natalidade e mortalidade. Na segunda, que se refere ao período industrial, à taxa de natalidade permanece alta, enquanto a de mortalidade encontra-se em constante declínio, como consequência de melhorias na nutrição, saúde e saneamento básico. Essa etapa caracteriza-se, sobretudo, por um forte crescimento demográfico e pela diminuição da mortalidade, especialmente mortalidade pré-natal, infantil e de adolescentes.

A terceira fase da transição demográfica, pós-industrial, reflete em taxas de natalidade e mortalidade baixas e equilibradas, em que nascem menos filhos e sobrevivem mais que na primeira fase. Em alguns países, contudo, a taxa de natalidade tem declinado, tanto que está ocasionando uma redução na população, como na Alemanha e em outros países europeus. O Brasil entrou nessa fase a partir da década de 60, quando teve suas taxas de mortalidade drasticamente reduzidas e iniciou o declínio na fecundidade, como

cita Brito (2007, p. 8): “No caso brasileiro, as transições de mortalidade e fecundidade já estão adiantadas e estamos passando, atualmente, pela terceira fase da transição demográfica”.

É necessário que se considere um longo período de tempo para passar de uma fase a outra, uma vez que o crescimento populacional vai moldando-se às novas transformações sociais e econômicas que se desenrolam na sociedade. “A transição demográfica leva décadas. A princípio, isso coloca problemas diante da perspectiva temporal dos formuladores de políticas públicas, que normalmente planejam considerando um período muito inferior” (BRITO, 2008, p. 6).

As transformações econômicas e sociais necessárias para que se verifique o processo de alteração da teoria da transição demográfica envolvem: um maior crescimento econômico, com progressos na produção e distribuição de alimentos, melhorias na nutrição, crescimento industrial, progresso médico e sanitário, controle da mortalidade e fecundidade, popularização de anticoncepcionais, a evolução cultural, aumento do nível de vida e principalmente da mentalidade das populações. Como pontua Bandeira (1996, p. 19), “Essas mudanças resultam em primeiro lugar das transformações das antigas formas de organização familiar”. Mudanças essas que recebem influência da modernização política e econômica no processo de desenvolvimento dos países e alteram suas estruturas. “O objetivo social de perpetuar a família cedeu progressivamente ao lugar de promover a saúde, a educação e o bem-estar material do indivíduo criança”.

A transição demográfica dá-se em épocas e ritmos diferentes, nos países em desenvolvimento. Naqueles que ainda apresentam elevado crescimento populacional, a transição pode ser tornar uma realidade. Contudo, apresenta características diferentes, como argumenta Brito (2008, p. 7): “A transição demográfica nos países em desenvolvimento, latino-americanos e asiáticos, tem sido muito mais acelerada do que naqueles desenvolvidos”. As taxas de mortalidade desses países diminuíram drasticamente nos anos 70, como resultado das intervenções médicas e sanitárias, contudo não se produzia um declínio paralelo da fecundidade.

Alguns países em desenvolvimento, com elevado crescimento, passaram por políticas explicitamente antinatalistas, por ter permanecido longo tempo na segunda fase da transição, caracterizada por um acelerado crescimento populacional. Segundo Puyol (1992, p. 132), “Tudo parece indicar que a maior rapidez na redução da mortalidade nos países subdesenvolvidos, se pode compensar com uma maior aceleração na redução da natalidade”. Algumas medidas de saúde pública são aplicadas em certos países de forma



acelerada, sem dar tempo de as populações adaptarem-se. Além disso, entram em jogo os padrões religiosos e culturais que, por sua natureza, requerem normalmente períodos longos de tempo para que as mudanças realmente ocorram.

Outras causas podem ser levantadas, como a rejeição de algumas famílias frente às mudanças culturais e econômicas, o que justifica os índices de fecundidade mais elevados nas áreas rurais, uma vez que os filhos são vistos como braços para trabalhos domésticos, o cuidado de animais, o trabalho nas terras, em pequenas fábricas familiares e tarefas artesanais. Outra causa são sociedades que, por não oferecerem oportunidades de crescimento, os pais identificam nos filhos a segurança na velhice. E, finalmente, a convivência com os filhos e o fato de receber ajuda por parte dos governos e líderes religiosos.

#### 4.4 DECLÍNIO DA FECUNDIDADE

A partir da década de 1960, o Brasil começou a apresentar redução dos seus níveis de crescimento populacional. Em 1970, a taxa de fecundidade total era de 5,76; em 1980, de 4,36; em 1990, caiu para 2,79 filhos; em 2000, a taxa de fecundidade continuou a declinar, atingindo 2,4 e em 2010 atingiu 1,9 filho por mulher (IBGE, 2010). Esse declínio pode ser atribuído às transformações sociais, concentração urbana, evolução nas condições de saúde e educação e popularização dos métodos contraceptivos.

O declínio da fecundidade colocou o país na terceira fase da transição demográfica. Essa queda na taxa de fecundidade demonstra mudanças no comportamento demográfico, evidenciadas pela prática da esterilização feminina, que ocorre como, por exemplo, à revelia de políticas populacionais oficiais e com o apoio de instituições privadas nacionais e internacionais. Essas transformações culturais modificam o papel funcional atribuído às mulheres e “[...] abrem perspectivas de incorporação de um projeto profissional como parte de um projeto de vida” (SILVA, 1995, p. 6).

Conforme dados apresentados na Tabela 3, observam-se fortes desequilíbrios regionais e por conseqüências sociais na redução da fecundidade de 1970 a 2010. Essa diferença regional resulta também da disparidade no nível educacional e de saúde. Conforme dados do IBGE (2010), “Entre as mulheres sem instrução e com ensino fundamental incompleto, a taxa de fecundidade chega a 3,09 filhos por mulher, enquanto que, no outro extremo (mulheres com ensino superior completo), a taxa é de 1,14 filho”.



Tabela 3 – Taxa de fecundidade total, segundo as grandes regiões – 1970/2000 e 2010

Grandes Regiões	1970	2000	2010
Brasil	5,76	2,38	1,90
Norte	8,15	3,16	2,47
Nordeste	7,53	2,69	2,06
Sudeste	4,56	2,10	1,70
Sul	5,42	2,24	1,78
Centro-Oeste	6,42	2,25	1,92

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1970, 2000 e 2010.

Ao considerar a série de censos brasileiros, observa-se que a população vem experimentando sucessivos aumentos em seu contingente, embora a velocidade desse crescimento venha diminuindo progressivamente nas últimas décadas, refletindo a continuidade do declínio da fecundidade, como argumenta Silva (2000, p. 6).

Entendemos que a regulação da fecundidade e a consequente adoção de uma prática anticonceptiva correlaciona-se com o processo de expansão urbano-industrial e suas consequências socioculturais, as quais possibilitam mudanças comportamentais em relação à prática reprodutiva.

A partir dos resultados apresentados na Tabela 4, observa-se a quantidade de filhos por faixa etária, o que torna possível relacionar com o projeto de parentalidade. Quando comparadas as faixas etárias de 36-45 e 46-60, foi constatado um predomínio de dois filhos, que chega a 48,7% e 38,5%, respectivamente, o que corrobora com a terceira fase da transição demográfica, caracterizada com a redução da fertilidade.

Tabela 4 – Dados relacionados com “idade atual dos entrevistados” cruzados com a “número de filhos”

Idade		Número de filhos					Total
		1 filho	2 filho	3 filho	4 ou +	NR	
Entre	N.	11	1	2	0	0	14
18 e 25	%	78,6%	7,1%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Entre	N	45	33	24	0	2	104
26 e 35	%	43,3%	31,7%	23,1%	0,0%	1,9%	100,0%
Entre	N	55	113	54	9	1	232
36 e 45	%	23,7%	48,7%	23,3%	3,9%	0,4%	100,0%
Entre	N	33	84	68	30	3	218
46 e 60	%	15,1%	38,5%	31,2%	13,8%	1,4%	100,0%
Acima	N	5	26	15	18	4	68
De 60	%	7,4%	38,2%	22,1%	26,5%	5,9%	100,0%
NR	N	5	12	2	0	0	19
	%	26,3%	63,2%	10,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	N	154	269	165	57	10	655
	%	23,5%	41,1%	25,2%	8,7%	1,5%	100,0%

Fonte: Os autores (2014).

O predomínio de um filho entre os mais jovens, de 18-25 e 26-35 anos, que corrobora com a percepção de casamentos tardios e do planejamento de parentalidade. Nos dados apresentados na Tabela 3, houve correlação positiva entre a idade atual do entrevistado com o número de filhos. Quanto maior a faixa etária, maior o número de filhos ( $r = 0,287$ ;  $r = 0,00$ ).

#### 4.5 ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA ETÁRIA

Como foi citado, nas últimas décadas, presenciou-se alteração na estrutura etária da população brasileira, como consequência das mudanças ocorridas na demografia, que se iniciou por meio de um rápido declínio nos níveis de mortalidade após a Segunda Guerra Mundial, seguido pela diminuição dos níveis de fecundidade, desde os anos 60. Essa mudança no padrão demográfico indicou que o país situa-se numa fase de transição que constitui uma das mais importantes transformações da sociedade brasileira, o que gerou consequências em todos os setores, tanto públicos quanto privados. Assim, o crescimento populacional esteve em constante declínio, já que em 1991 era de 1,93%, no início do século XXI foi de 1,64% e em 2010 encontrava-se em 1,17%, com uma população total de aproximadamente 191 milhões de habitantes (IBGE 2010).

O declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade expressa o adensamento no padrão de envelhecimento da população brasileira, conforme Tabela 5, com estreitamento da base da pirâmide, em função da diminuição dos níveis de fecundidade e o alargamento do topo da pirâmide etária, em função da redução dos níveis de mortalidade. No Brasil, a transição demográfica teve início a partir da década de 1960. “As taxas sofreram redução de 24,1% entre 1970 e 1980, de 38,6% na década seguinte e a partir daí, 11,1% entre 1991 e 2000” (BERQUÓ; CAVENAGUI, 2006).

Tabela 5 – Brasil: Distribuição etária proporcional (%), por grandes grupos etários, da população enumerada em 1970, 2000 e 2010

Grupo etário	1970	2000	2010
0-14	42,1	29,6	24,1
15-59	52,8	61,8	68,5
60 e mais	5,1	8,6	7,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1970, 2000 e 2010.

A partir dos dados apresentados, observa-se uma redução da população no grupo etário de 0 a 14. Esse grupo teve uma redução de percentual populacional de 42,1% em 1970 para 24,1% em 2010, o que se percebe fortemente como resultado do declínio da fecundidade. Porém, na década de 70, as taxas de fecundidade eram mais elevadas, com isso ocorreu um aumento da população em idade ativa (15 a 59 anos), de 52,8% em 1970 para 68,5%, em 2010. Também ocorreu um aumento na participação da população acima de 60 anos, que subiu de 5,1% para 7,4%.

Os dados coletados na pesquisa de campo permitiram relacionar as alterações demográficas na estrutura etária com as condições de empregabilidade na gravidez do primeiro filho. Na Tabela 6, é possível verificar a relação entre a questão: *Qual era a sua situação de emprego na gravidez do primeiro filho?* Com a questão que solicitava o “*número de filhos*”. Nessa tabela, ocorreu correlação dos dados ( $r = 0,211$ ;  $\rho = 0,00$ ). Foi possível constatar uma diferença significativa entre os que estavam empregados na gravidez do primeiro filho em relação aos que estavam no lar.

Tabela 6 – Dados relacionados com “Situação de emprego na gravidez do primeiro filho” cruzados com a “número de filhos”

Situação de emprego		Número de filhos					Total
		1 filho	2 filho	3 filho	4 ou +	NR	
Empregado	N.	99	175	80	13	4	371
	%	26,7%	47,2%	21,6%	3,5%	1,1%	100,0%
Desempregado	N	8	13	12	1	0	34
	%	23,5%	38,2%	35,3%	2,9%	0,0%	100,0%
Autônomo	N	13	30	31	5	1	80
	%	16,3%	37,5%	38,8%	6,3%	1,3%	100,0%
Do lar	N	26	44	39	36	5	150
	%	17,3%	29,3%	26,0%	24,0%	3,3%	100,0%
Outro	N	4	4	2	0	0	10
	%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
NR	N	4	3	1	2	0	10
	%	40,0%	30,0%	10,0%	20,0%	0,0%	100,0%
Total	N	154	269	165	57	10	655
	%	23,5%	41,1%	25,2%	8,7%	1,5%	100,0%

Fonte: Os autores (2014).

A partir dos dados coletados, observa-se um predomínio acima de 70% dos entrevistados que estavam empregados na gravidez do primeiro filho, com um ou dois filhos. Essa tabela precisa ser bem compreendida, pois a questão apenas capta a situação de empregabilidade na gravidez do primeiro filho, situação esta que pode ter mudado nas gravidezes subsequentes e ao longo da vida. De qualquer modo, aponta para dados

curiosos, como o fato de que apenas 3,5% das pessoas que estavam empregadas na gravidez do primeiro filho chegaram a ter quatro filhos ou mais, contrapondo ao fato de que 24% que indicaram a situação de “do lar” na gravidez do primeiro chegaram a ter quatro filhos. Isso pode representar a relação entre a participação continuada da mulher no mercado de trabalho com número de filhos.

Essa pesquisa pode indicar que a transição demográfica foi acompanhada, como causa ou consequência, de uma transformação socioeconômica da população. Desse modo, a tabela demonstra claramente o movimento de “mais emprego menor número de filhos” e a situação inversa na questão de número de filhos comparados com a variável “do lar”, que precisa ser analisada em conjunto com outros dados da Tabela 7, na qual a situação de emprego na gravidez do primeiro filho é cruzada com a idade dos entrevistados. Nessa tabela, as faixas etárias diferiram significativamente 26-35 com 46-60 ( $\chi^2 = 4,25$ ;  $p = 0,039$ ) e entre as faixas etárias de 36-45 com 46-60 ( $\chi^2 = 10,15$ ;  $p = 0,00$ ).

As porcentagens de pessoas com quatro ou mais filhos era maior entre as pessoas acima de 60 anos, ou seja, há uma relação entre “situação de emprego na gravidez do primeiro filho e ter menos filhos” ou há uma situação diferenciada entre “ter engravidado na década de 1970 ou ter engravidado na década de 2000”?

A porcentagem de pessoas que estavam empregadas na gravidez do primeiro filho não mudou ao longo dessas décadas, com uma queda de mais 10% para os que teriam engravidado antes dos anos 1970. Desconsiderando a faixa etária entre 18 e 25 anos, por causa do pequeno número de participantes na pesquisa, pode-se ver claramente que a porcentagem que indica “do lar” na gravidez do primeiro filho cai significativa e continuamente conforme diminui a idade dos entrevistados. Na verdade, a porcentagem cai pela metade comparando as pessoas na faixa etária acima de 60 anos para as pessoas na faixa etária entre 26 e 35.

A análise das Tabelas 6 e 7 pode mostrar que a transição demográfica no Brasil foi percebida nas comunidades estudadas, acompanhada também de uma mudança do perfil socioeconômico da população, com destaque para a mudança do papel da mulher, pois sua participação tem sido cada vez mais efetiva na economia e nos meios culturais. “Esta transformação, tanto no interior da família como na sociedade, que torna exigente o debate sobre a libertação da mulher, enquanto ser humano e sujeito de direitos” (SATO, 2013, p. 48).

Tabela 7 – Dados relacionados com “Situação de emprego na gravidez do primeiro filho” cruzados com “Idade atual do entrevistado”

Idade atual		Situação de emprego na gravidez do primeiro filho						Total
		Empregado(a)	Desempregado(a)	Autônomo(a)	Do lar	Outro	NR	
Entre	N	8	0	1	4	0	1	14
18 e 25	%	57,1%	0,0%	7,1%	28,6%	0,0%	7,1%	100,0%
Entre	N	57	15	10	17	5	0	104
26 e 35	%	54,8%	14,4%	9,6%	16,3%	4,8%	0,0%	100,0%
Entre	N	151	13	24	41	3	0	232
36 e 45	%	65,1%	5,6%	10,3%	17,7%	1,3%	0,0%	100,0%
Entre	N	114	4	32	65	1	2	218
46 e 60	%	52,3%	1,8%	14,7%	29,8%	0,5%	0,9%	100,0%
Acima	N	29	2	8	22	1	6	68
De 60	%	42,6%	2,9%	11,8%	32,4%	1,5%	8,8%	100,0%
NR	N	12	0	5	1	0	1	19
	%	63,2%	0,0%	26,3%	5,3%	0,0%	5,3%	100,0%
Total	N	371	34	80	150	10	10	655
	%	56,6%	5,2%	12,2%	22,9%	1,5%	1,5%	100,0%

Fonte: Os autores (2014).

Isso refletiu nas mudanças no modo de vida das famílias brasileiras e observou-se uma queda no número de filhos. Esse declínio pode ser atribuído também à evolução nas condições de saúde e de educação e na popularização dos métodos contraceptivos, que desencadeiam alterações no núcleo familiar, o que é reforçado também por Oliveira (2011, p. 5): “A unidade familiar deve ser uma referência central na formulação de políticas públicas de combate às desigualdades sociais no país e que a política de proteção à família é uma forma eficaz de atuar sobre a realidade de seus membros”.

A urbanização acelerou a divulgação tanto no uso dos métodos contraceptivos quanto no modelo cultural vigente. Também os novos arranjos familiares, como se verificou no último censo, tiveram um aumento na proporção de famílias sob responsabilidade exclusiva da mulher de 22,2%, em 2000, contra 37,3% em 2010 (IBGE, 2010). O percentual de famílias compostas por casais com filhos é superior na área rural, em função das taxas de fecundidade historicamente mais elevadas e também devido a valores culturais mais tradicionais. Observa-se, ainda, nas áreas rurais, um percentual consideravelmente inferior de famílias monoparentais femininas: 9,1% contra 17,4% nas áreas urbanas (IBGE, 2010).

Portanto, vive-se uma época de mudança no cenário do comportamento populacional, como cita Camarano (2013):

O paradigma demográfico atual é bastante diferente do observado nos anos 1950: proliferação de famílias de filho único e de casais sem filhos; esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas em rápido crescimento; diminuição do ritmo de crescimento da população; redução da força de trabalho; e envelhecimento.

Tudo isso remete às atuais mudanças demográficas dessa época, que exigem novas discussões e entrelaçamentos.

#### 4.6 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Na década de 1980, com a retomada da trajetória democrática no país, as mulheres passaram a apropriar-se de certos direitos relacionados às suas escolhas, como no campo do planejamento familiar. Também os baixos níveis de fecundidade colaboraram com a popularização do planejamento familiar no país, o que indicou a disseminação de métodos contraceptivos. Nisso confirma Silva (2000, p. 9): “A queda brusca da taxa de fecundidade no País, a partir da década de sessenta, indica o crescimento da adoção de procedimentos anticonceptivos”. A pergunta que se faz é: o declínio populacional é fruto de fato de um melhor planejamento familiar no país? Ou o declínio da taxa de natalidade deu-se mesmo sem que a população assumisse conscientemente o planejamento familiar?

O planejamento familiar consolidou-se na Lei 9.263/96, quando no seu art. 1º enfoca ser direito de todo cidadão e no art. 2º destaca um 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 (BRASIL, 2005, p. 6). Essa lei incorpora muito do que havia sido discutido no país sobre o planejamento familiar enquanto um direito da mulher, do homem e do casal e mantém a abrangência de sua ação de responsabilidade no Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis.

A redução no crescimento populacional fundamenta-se não exclusivamente em si, mas também como um dos fatores de implementação das políticas de saúde e assistência à mulher, assim como de planejamento familiar. Dessa forma, a bioética pode contribuir nas discussões que envolvem o acesso da população à saúde pública, bem como das prioridades de aplicação dos recursos nesse setor e dos seus resultados. Sabe-se que a população consciente poderá fomentar mudanças positivas. “Quanto mais organizada a população estiver para reivindicar e defender seus interesses maiores serão as

possibilidades de participação e decisão efetiva em todo processo distributivo” (GARRAFA, 2003, p. 53).

É nesse contexto que se indaga sobre questões que precisam ser mais bem exploradas, pois a diminuição da taxa de fecundidade dá-se num ambiente de desigualdade social que precisa ser relacionado. Desse modo, essa diminuição é fruto de “planejamento familiar” ou que se tem conseguido no Brasil é de fato “controle demográfico”? Exatamente o que se pretendia evitar no artigo 2 da referida 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.

Para esse debate, é necessário trazer as questões sociais e as transformações pelas quais passa a família no Brasil. Constata-se que a maioria da população jovem, no Brasil, é pobre, como mostram dados dos dois últimos censos, já que a porcentagem de jovens de família com renda domiciliar *per capita* inferior a um salário mínimo tem diminuído, mas situava-se, no ano 2000, acima de 70%, mais de 32 milhões de pessoas e em 2010, cerca de 24 milhões de jovens (IBGE, 2010).

O aumento do percentual da população acima de 60 anos poderá nortear as políticas públicas e recursos que venham contemplar a sustentação, em níveis dignos, da crescente proporção dessa faixa etária. Como argumenta Berquó e Cavenagui (2006):

Os níveis de fecundidade de um país fazem parte de um elenco de indicadores que orientam os formuladores de políticas públicas, dadas às implicações que taxas abaixo do nível de reposição (número médio de filhos por mulher igual a 2.1) têm na redução do volume da população e no seu envelhecimento.

Normalmente, as políticas públicas são emergenciais e pontuais, tendo como objetivo resolver problemas em curto prazo. A mudança nos padrões demográficos não pode ser percebida como favorável, quando está fortemente atrelada à gravidade social, como argumenta o autor: “Pode tanto criar possibilidades demográficas que potencializem o crescimento da economia e do bem-estar social da população, quanto ampliar as graves desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira” (BRITO, 2008, p. 6).

A situação de desigualdade social, política e econômica encontrada no Brasil tem influência direta na estrutura familiar e no número de crianças. Desse modo, os fenômenos demográficos não são independentes do meio no qual se produzem, por isso faz-se

necessário investigar as relações que podem existir entre as suas variações e os diversos fatores que exercem influência sobre elas. Pode-se entender que a situação demográfica tem repercussões profundas nos diversos domínios, uma vez que conecta e está conectada em todas as esferas. Entendem-se os indicadores demográficos não somente como consequência, mas também e, principalmente, como causa das políticas demográficas, sociais e econômicas que se desenrolam.

Quanto ao planejamento familiar, o instrumento da pesquisa apresentava a questão: *Você planejou a gravidez do seu primeiro filho?* e os 655 participantes foram convidados a *responder à questão com notas de zero a quatro*. O resultado foi o seguinte: zero – 35,9%; 1 – 6,4%; 2 – 5,0%; 3 – 8,7%; 4 – 42,2%, sendo o zero quando não ocorreu planejamento e quatro com ocorrência de planejamento. Se somente 42,2% atribuíram nota 4 à indagação sobre planejamento familiar, esse número pode ser bem diferente (7,9%) para as pessoas que moravam com os pais no momento da gravidez.

Além dos dados demográficos, o planejamento familiar é relevante para a sociedade, pois quando a criança é planejada e recebida com amor e cuidado e contemplada pelos serviços de saúde e educação de qualidade, terá mais chances de se colocar melhor na conjuntura familiar, social e econômica, como argumenta Garrafa (2003, p. 52): “É natural que um cidadão saudável, escolarizado e treinado tenha melhor possibilidade na disputa de um espaço digno no mercado de trabalho do que outro indivíduo doente, com nenhuma ou pouca escolaridade e sem profissão definida”. Pensar uma sociedade justa e com igualdade a todos os indivíduos é um grande desafio para qualquer país.

Na pesquisa realizada, indagou-se sobre o perfil das famílias no momento da gravidez, com a questão: *Com quem você morava quando soube da gravidez do seu primeiro filho?* e as respostas foram as seguintes: *Sozinho* – 1,8%; *Com os amigos* – 1,4%; *Com os pais* – 17,4%; *Com o(a) parceiro(a)* – 72,2; *Outro* – 5,0%; *NR* – 2,1%. Na Tabela 8, foram cruzadas as respostas com a questão *Você planejou a gravidez do seu primeiro filho?*, o que revela, coerentemente, o maior índice de nota 4 para a questão (53,5%) entre os que moravam com o(a) parceiro(a). No outro extremo, situam-se os que moravam com os pais, dentre os quais 76,3% atribuíram nota zero à questão. A partir da análise de correlação, foi possível constatar que o menor número de filhos tem correlação com o maior planejamento ( $r = -0,081$ ;  $p = 0,038$ ).



Tabela 8 – Dados relacionados: *Com quem você morava quando soube da gravidez do primeiro filho?* cruzados com *Você Planejou a gravidez do seu primeiro filho?*

Com quem morava		Planejou a gravidez do seu primeiro filho						Total
		zero	1	2	3	4	NR	
Sozinho	N	8	0	1	0	3	0	12
	%	66,7%	0,0%	8,3%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
Com os amigos	N	7	0	1	1	0	0	9
	%	77,8%	0,0%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	100,0%
Com os pais	N	87	8	3	6	9	1	114
	%	76,3%	7,0%	2,6%	5,3%	7,9%	0,9%	100,0%
Com o parceiro(a)	N	110	33	24	46	253	7	473
	%	23,3%	7,0%	5,1%	9,7%	53,5%	1,5%	100,0%
Outro	N	14	1	4	3	10	1	33
	%	42,4%	3,0%	12,1%	9,1%	30,3%	3,0%	100,0%
NR	N	9	0	0	1	3	1	14
	%	64,3%	0,0%	0,0%	7,1%	21,4%	7,1%	100,0%
Total	N	235	42	33	57	278	10	655
	%	35,9%	6,4%	5,0%	8,7%	42,4%	1,5%	100,0%

Fonte: Os autores (2014).

Portanto, o quadro do planejamento familiar situa-se também na dinâmica das transformações de configurações familiares. A ausência de planejamento familiar pode ser reflexo do perfil social dos estados civis, como se constata também nos resultados dos dois últimos censos. “Os censos de 2000, para 2010, o percentual de pessoas separadas aumentou de 11,9% para 14,6%. Verificou-se também redução no percentual de pessoas que nunca viveu em união, de 38,6% para 35,4%. O percentual de pessoas que vivia com o cônjuge passou de 49,5% em 2000 para 50,1% em 2010”. Na Pesquisa de Planejamento da Parentalidade, o percentual de pessoas que mora com o parceiro foi superior em todas as faixas etárias.

#### 4.7 CONCLUSÃO

A situação demográfica considerada favorável, por si só, pouco significará se não forem aproveitadas com eficiência, quanto aos meios, e com objetivo social de ampliar, pela qualidade, a capacidade de mobilidade social da maioria da população pobre, reduzindo, desse modo, as desigualdades sociais. Segundo Brito (2008, p. 9): “Não há dúvida de que qualquer compromisso com a redução das desigualdades sociais passa, necessariamente, por reforçar na agenda política a necessidade de ações visando ao apoio à população mais pobre, para que tenha condições de regular sua fecundidade”.

Esse artigo pretendeu avaliar a associação entre o comportamento populacional à estrutura social, pois os seres humanos caracterizados pela reflexividade de suas ações constituem um sistema complexo e dinâmico, em que a organização social mostra-se capaz de interferir no ordenamento causal das variáveis demográficas. As estratégias quantitativas, sejam elas aplicadas à demografia ou às outras áreas das ciências sociais, apresentam a particularidade de se constituírem de argumentações e reflexões categóricas e sintéticas. Tais variáveis devem ser sintéticas no sentido de descreverem apenas os atributos comuns e regulares presentes em certa população.

De 2000 a 2010, houve aumento das famílias, em que a mulher é responsável, de 22,2% para 37,3%, respectivamente. Os motivos podem ser creditados a uma mudança de valores relativa ao papel da mulher na sociedade e a fatores como o ingresso maciço no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade em nível superior, combinados com a redução da fecundidade, fase que marca o país na transição demográfica e que teve a confirmação nos resultados obtidos por meio da pesquisa de campo do planejamento da parentalidade.

O Brasil precisa desenvolver mecanismos para uma expansão demográfica equilibrada entre as mais diversas áreas de seu território e que as políticas de saúde possam atender a todos igualmente. Conclui-se, a partir da citação de Carvalho e Brito (2005, p. 365), que: “Este é um avanço, criar condições, através do poder público, para que todas as mulheres possam cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva e regular a sua fecundidade, segundo seus desejos e necessidades, podendo, assim, caminhar para o exercício de sua cidadania plena”.

#### 4.8 REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. L. Teoria de população e modernidade: o caso português. *Análise social*, v. XXXI, n. 135, p. 7-43, 1996.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Assistência ao planejamento familiar. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2011.

BERQUÓ, E.; CAVENAGUI, S. Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Fecundidade em Declínio*, Novos Estudos 74. Março 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n74/29636.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sócias no Brasil. *Rev. Bras. Estud. Popul.*, v. 25, n. 1, São Paulo, jan./june 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002>>. Acesso em: 15 nov. 14.

CAMARANO, A. A. Perspectivas para o Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 30, n. 2, p. 603-608, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982013000200014>>. Acesso em: 14 set. 2014.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil. *Revista Bras. Est. Pop.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005.

CORDEIRO, H. *O Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

CORREIA, F. A. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996.

FORTES, P. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L.; *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960, 1970, 2000 e 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=2240&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-mais-frequentes>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LIMA, Nísia Trindade. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

OLIVEIRA, L. A. P. de; SIMÕES, C. C. da S. O IBGE e as pesquisas populacionais. *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 291-302, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a06.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

PUYOL, Antolin Rafael. *Geografia humana*. 2. ed. Madrid: Cátedra, 1992.

SANCHES, M. A. *Bioética e Planejamento Familiar*. São Paulo: Vozes, 2014.

\_\_\_\_\_. *Metaparentalidade: reprodução assistida e bioética*. Curitiba. Ave-Maria, 2013.

SATO, E. S. **Questões socioeconômicas: o impacto sobre o planejamento da parentalidade.** Dissertação (Mestrado em Teologia) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2013.

SILVA, S. V. *Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil.* **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, n. 69, ag. 2000. Universidad de Barcelona. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SILVA, L. O controle das endemias do Brasil e sua história. *Cienc. Cult.*, n. 1, v. 55, São Paulo, jan./mar. 2003. Disponível em:

<[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252003000100026&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252003000100026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 set. 2014.

SOUZA E SILVA, J. N. de. **Investigações sobre os recenseamentos da população geral do Império e de cada província de per si tentados desde os tempos coloniais até hoje.** *Relatório do Ministério dos Negócios do Império*, Anexo D, Rio de Janeiro: Typ. Nacional, 1870. 167 f. Reimpresso em edição fac-similada, São Paulo, IPE/USP, 1986.

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE PESQUISA – PLANEJAMENTO DA  
PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA BIOÉTICA**

Só responde quem é maior de 18 anos e tenha ao menos 1 filho  
As grávidas não devem responder.

**1 – Gênero:**

Feminino                       Masculino                       Outro

**2 – Idade atual do entrevistado**

Entre 18 e 25 anos     Entre 26 e 35 anos     Entre 36 e 45 anos     Entre 46 e 60 anos     Acima de 60 anos

**3 – Número de filhos**

Consanguíneos	Adotivos	Por Reprodução Assistida
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ≥4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4
	3	

**4 – Atua na Igreja nos seguintes setores:**

Bíblico-Catequético     Litúrgico     Dimensão Social     Família e vida  
 Juventude     Econômico     Movimentos Eclesiais     Outros

**5- Tempo de atuação:**

Menos de 1 ano     Entre 1 e 2 anos     Entre 3 e 5 anos     Entre 6 e 10 anos     Acima de 11 anos

**6 – Qual era seu estado civil na gravidez do primeiro filho?**

Solteiro                       Casado                       Divorciado  
 Viúvo                       União Estável                       Separado  
Judicialmente

**7 – Qual era seu grau de escolaridade na gravidez do primeiro filho?**

Não havia estudado     Estava nas séries iniciais     Havia concluído a 4ª Série  
 Estava entre a 5ª e 8ª série     Estava no Ensino Médio     Havia concluído o EM.  
 Estava na Faculdade     Já havia concluído a Faculdade

**8 – Em que idade você iniciou um relacionamento sexual?**

Menos de 15 anos     Entre 16 e 18 anos     Entre 19 e 21 anos     Entre 22 e 25 anos     Acima de 26 anos

**9 – Em que idade você teve a primeira gravidez/ou engravidou alguém pela primeira vez?**

Menos de 15 anos     Entre 16 e 18 anos     Entre 19 e 21 anos     Entre 22 e 30 anos     Acima de 30 anos

**10 – Qual era a sua situação de emprego na gravidez do primeiro filho?**

Empregado(a)     Desempregado(a)     Autônomo(a)     Do lar     Outro

**11 – Com quem você morava quando soube da gravidez do primeiro filho?**

Sozinha     Com amigos     Com os pais     Com o(a) parceiro(a)     Outro

**12 – Você sentiu pressão para ter filhos?**

De familiares     De amigos     Da escola     De outros     Não houve pressão externa

---

**13 – Se houve pressão externa – a importância desta pressão foi:**

( ) Nula    ( ) Fraca    ( ) Regular    ( ) Forte    ( ) Muito forte

---

**14 – De quem você recebeu mais informações sobre sexualidade?**

( ) Dos amigos                      ( ) De familiares                      ( ) Da escola  
 ( ) De religiosos                      ( ) De profissionais de saúde                      ( ) Da internet                      ( ) Outros

---

**15 – Qual foi a sua reação no anúncio da gravidez do primeiro filho?**

( ) Revolta    ( ) Preocupação    ( ) Surpresa    ( ) Aceitação    ( ) Alegria

---

**16 – Você compreende os filhos como:**

( ) Peso    ( ) Obstáculo    ( ) Algo natural    ( ) Um privilégio    ( ) Bênção de Deus

---

**17 – Quem exerce a chefia da família na tua casa**

( ) O homem    ( ) A mulher    ( ) O casal    ( ) Outro

---

*Responda às questões abaixo com notas de zero e quatro:*

**18 – Você planejou a gravidez do seu primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**19 – Você pensou nos riscos de saúde relacionados a ter filhos – antes da gravidez do primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**20 – Você avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê – antes da gravidez do primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**21 – Você chegou a desejar, em algum momento, o aborto do primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**22 – A gravidez do seu primeiro filho foi um projeto de casal? Decisão dos dois?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**23 – Você dependeu do apoio da sua família para aceitar a gravidez do seu primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**24 – A sua atividade profissional (ou de sua companheira) influenciou na decisão de engravidar mais tarde?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**25 – A possibilidade de adquirir doença alterou a sua prática sexual?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**26 – A religião lhe influenciou na escolha do método contraceptivo?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**27 – O uso de preservativos lhe incentivou a ter relacionamento sexual com outra pessoa, além do parceiro?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**28 – Para você qual a relação entre casamento e ter filhos?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**29 – Você teve acesso a serviços/orientações sobre planejamento familiar na gravidez do primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**30 – Você teve o acesso desejado ao serviço pré-natal na gravidez do primeiro filho?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**31 – A gravidez do seu primeiro filho ocorreu para segurar um relacionamento?**

( ) zero    ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4

---

**32 – Você engravidou do primeiro filho para alcançar uma melhor situação econômica?**

zero  1  2  3  4

---

**33 – Ocorreu alguma dificuldade de se conseguir emprego por ter filho?**

zero  1  2  3  4

---

**Responda Sim ou Não**

---

**34 – Um dos parceiros não queria filho por já ter filho de outro relacionamento?**

Sim  Não  Não se aplica

**35 – Você já assumiu um filho/a sozinho/a?**

Nunca  Por morte do  Por separação  Por opção  Por outra  
parceiro/a situação

---

**36 – Você já se separou devido às dificuldades em ter filho?**  Sim  Não

**37 – Se você decidiu não ter mais filho, qual o motivo?**  Opção pessoal

Já teve um filho doente  Vive com HIV/AIDS  Há enfermidades genética na família  Casamento com consanguinidade  Não se aplica

**39 – Você já perdeu um filho menor de 5 anos?**  Sim  Não

---

**SÓ RESPONDE QUEM TEM MAIS DE UM FILHO (da 40 a 54)**

---

**39 – Qual seu estado civil na gravidez do último filho?**

Solteiro  Casado  Divorciado  
 Viúvo  União Estável  Separado Judicialmente

---

**40 – Qual era seu grau de escolaridade na gravidez do último filho?**

Não havia estudado  Estava nas séries iniciais  Havia concluído a 4ª.  
 Estava entre a 5ª e 8ª.  Estava no Ensino Médio Série  
série  Havia concluído a  Havia concluído o EM.  
 Estava na Faculdade Faculdade

---

**41 – Qual era a sua situação de emprego na gravidez do último filho?**

Empregado(a)   Autônomo(a)  Do lar  
Desempregado(a)

---

**42 – Com quem você morava quando soube da gravidez do último filho?**

Sozinha(o)  Com amigos  Com os pais  Com o(a) parceiro(a)  Outro

---

**43 – Qual foi a sua reação no anúncio da gravidez do último filho?**

Revolta  Preocupação  Surpresa  Aceitação  Alegria

---

**Responda às questões abaixo com notas de zero e quatro:**

**44 – Você planejou a gravidez do teu último filho?**

zero  1  2  3  4

---

**45 – Você pensou nos riscos de saúde relacionados a ter filhos – antes da gravidez do último filho?**

zero  1  2  3  4

---

**46 – Você avaliou as condições econômicas para cuidar do bebê – antes da gravidez do último filho?**

zero  1  2  3  4

---

**47 – Você chegou a desejar, em algum momento, o aborto do último filho?**

zero  1  2  3  4

---

**48 – A gravidez do último filho foi um projeto de casal. Decisão dos dois?**

zero  1  2  3  4

---

**49 – Você dependeu do apoio da sua família para aceitar a gravidez do seu último filho?**

zero  1  2  3  4

---

**50 – Você teve acesso a serviços/orientações sobre planejamento familiar na gravidez**

**do último filho?**

zero     1     2     3     4

---

**51 – Você teve o acesso desejado ao serviço pré-natal na gravidez do último filho?**

zero     1     2     3     4

---

**52 – A gravidez do último filho ocorreu para segurar um relacionamento?**

zero     1     2     3     4

---

**53 – Você engravidou do último filho para alcançar uma melhor situação econômica?**

zero     1     2     3     4