



Serviços de planejamento familiar na África subsaariana

Para atender à demanda potencial desses serviços, os governos têm de enfrentar questões de difícil solução no campo das políticas de planejamento familiar

Nancy Birdsall e Frederick T. Sai

A população da África subsaariana vem aumentando com rapidez extraordinária. De 1970 a 1982 aumentou 3% ao ano, em comparação com 2,5% em 1965, sendo a única região do mundo em que as taxas de aumento populacional continuam em alta.

Esse rápido aumento populacional resulta da combinação de taxas de fecundidade extremamente altas e taxas de mortalidade declinantes, que caíram em um terço nos últimos 20 anos. Sem esforços específicos para reduzir as taxas de natalidade, o aumento populacional pode vir a se acentuar ainda mais em muitos países africanos, pois espera-se que as taxas de mortalidade continuem caindo, à medida que melhora a oferta de alimentos e amplia-se o acesso a educação, água potável, saneamento e serviços de saúde.

Com tais taxas de aumento populacional, mesmo que os recursos humanos e outros complementares venham a crescer a um ritmo comparável ao observado nos países desenvolvidos nos últimos 50 anos, isso não bastará para se obter um aumento significativo nas rendas *per capita*, a menos que os governos africanos usem seus recursos disponíveis de forma bem mais eficiente. Os efeitos econômicos de um rápido aumento populacional, porém, vão além de um declínio a curto prazo do crescimento da renda *per capita*. Podem ser observados na elevação da mortalidade materna e infantil e nas doen-

ças decorrentes de partos pouco espaçados e em grande número; na maior degradação do meio ambiente, já sob pressão da população; no agravamento das dificuldades para tirar a educação e os cuidados sanitários básicos dos níveis rudimentares em que se encontram; e na redução dos salários, uma vez que a força de trabalho cresce mais depressa que os investimentos complementares.

Pelas projeções do Banco Mundial, a população da África subsaariana passará de cerca de 460 milhões em 1985 para 730 milhões por volta do ano 2000 e 1,8 bilhão em 2050. Essas projeções pressupõem a manutenção do progresso sócio-econômico, uma intensificação dos esforços para estimular o planejamento familiar e, portanto, o declínio da fecundidade, a ter início nos próximos cinco a 10 anos. Porém, um esforço mais coordenado dos governos africanos no sentido de fornecer informações e serviços de planejamento familiar poderia produzir uma grande diferença na taxa de aumento da população, e em seu tamanho, sobretudo após o ano 2000. Por exemplo, se a fecundidade declinar mais depressa do que o previsto nas projeções, em parte devido a um uso maior que o esperado de serviços de planejamento familiar, a população da África subsaariana poderá ficar abaixo de 1,3 bilhão em 2050.

Hoje, mais de três quartos dos governos africanos apóiam oficialmente o planejamento familiar, mas só uns poucos países aliaram o comprometimento retórico com a redução da fecundidade a um sólido apoio político e financeiro a programas específicos. Para transformar a demanda potencial em uso efetivo de métodos eficazes por amplos

segmentos da população, os escalões superiores dos governos africanos devem apresentar, enérgica e sistematicamente, o planejamento familiar como um programa nacional importante e legítimo e tomar a si a iniciativa de promover a difusão de informações sobre planejamento familiar e de estimular o uso de contraceptivos. Os governos devem também ir além dos aspectos corriqueiros dos programas tradicionais — administração, formação de pessoal, fornecimento de serviços e logística — e estabelecer políticas de planejamento familiar em certas áreas potencialmente controversas que contribuam para a eficácia dos programas de planejamento familiar e a intensificação do uso de contraceptivos. Os governos, por exemplo, terão de estabelecer políticas que encorajem:

- O uso de contraceptivos por certos grupos, como adolescentes e homens, que são praticamente desconsiderados nos programas de planejamento familiar atuais, apesar da preocupação verificada em alguns países de que a oferta de informações e serviços de contracepção a adolescentes solteiros estimule seu comportamento sexual.

- A ampliação dos tipos de contracepção disponíveis, inclusive esterilização, abolindo ou atenuando as restrições impostas pelo governo ao seu uso.

- A distribuição de contraceptivos por mulheres da região sem qualificação profissional na área da saúde, mesmo que tal iniciativa sofra oposição dos círculos médicos tradicionais.

- O setor privado, inclusive o comercial, a fornecer serviços, facilitando as iniciativas locais e privadas e colaborando com organizações privadas em áreas como informação

Este artigo foi adaptado de um Estudo de Políticas do Banco Mundial, Population growth and policies in Sub-Saharan Africa, publicado em 1986.

e formação em que tais esforços podem melhorar a eficiência.

A demanda de planejamento familiar

Hoje, somente 3-4% dos casais africanos recorrem à contracepção. Mas é cada vez mais evidente que as baixas taxas de uso de contraceptivos na África subsaariana não decorrem da falta de interesse no planejamento familiar, e sim da pouca disponibilidade de contraceptivos. Na verdade, a experiência com projetos-piloto e programas de planejamento familiar de pequena escala indica que se forem fornecidos informações e serviços de planejamento familiar de modo amplo e regular, as taxas globais de frequência de uso de contraceptivos podem chegar, em grande parte da região, a 25% em 10 anos. São quatro os indicadores de uma significativa demanda potencial de planejamento familiar na África: uma necessidade aparentemente não-satisfeita de contracepção, como indicado pelas pesquisas; diferenças, de um grupo para outro, no tamanho desejado da família; taxas ascendentes de aborto; e o uso elevado de contracepção em algumas áreas.

Pesquisas de âmbito nacional revelam que até 10% das mulheres africanas têm uma necessidade não-satisfeita de contracepção. (Diz-se que uma mulher tem "necessidade não-satisfeita" de contraceptivos quando ela não usa contraceptivos e ao mesmo tempo declara que não quer mais filhos.) Caso se tivesse perguntado a essas mesmas mulheres se gostariam de períodos de gravidez mais espaçados, a necessidade não-satisfeita provavelmente se revelaria bem maior.

As diferenças no tamanho desejado da família entre mulheres de idade e nível de instrução diferentes sugerem declínios futuros no tamanho desejado da família e na fecundidade a partir dos anos 90. As ganenses de 15 a 19 anos, por exemplo, querem pouco mais de cinco filhos, enquanto as de 40 a 44 acham que sete é o número ideal. As africanas com pelo menos 10 anos de escolaridade desejam, em média, 3,3 menos filhos do que as sem qualquer instrução. Além disso, é cada vez maior o número de africanas que entram na idade de procriar com mais anos de instrução do que suas antepassadas.

Na África subsaariana, o aborto costuma ser ilegal e, portanto, perigoso. Mas as mulheres continuam a abortar. A evidência dos fatos e estudos em pequena escala (a partir de amostras não-representativas) sugerem estar aumentando o número de abortos provocados, na região. O fato de que 25-50% das mortes ligadas a gestação e parto estejam associados a abortos é mais uma prova da necessidade não-satisfeita de planejamento familiar. Certamente, se houvesse meios mais seguros e simples de evitar nascimentos, seria esta a opção das mulheres.

A taxa de abortos provocados é especialmente elevada nas cidades e áreas urbanas

O Zimbábue apresenta os níveis mais elevados de uso de contraceptivos modernos na África subsaariana: a taxa de uso é de 39% das mulheres casadas em idade de procriar nas áreas urbanas, e de 20% nas áreas rurais; em todo o país, é de 27%. Assim, não surpreende que seja o único país africano onde se verifica um evidente declínio da fecundidade. A taxa total de fecundidade caiu de 8 em 1965-70 para 6,6 em 1980-85.

A que se pode atribuir este fato? A maior instrução das mulheres, a urbanização, uma renda *per capita* de US\$740, alta para os padrões africanos, e os elevados custos de manter uma família grande, tudo isso contribuiu para aumentar a procura do planejamento familiar. A saúde também melhorou: a expectativa de vida ao nascer aumentou e a taxa de mortalidade infantil, de 100/1.000 em 1965, caiu para 70/1.000.

A política governamental desempenhou um papel decisivo na difusão da adoção do planejamento familiar. O governo tem adotado medidas para alcançar um consenso a respeito da legitimidade do planejamento familiar. Uma delas é o hábil uso da educação. A educação da população é oferecida em escolas secundárias e faculdades, e a educação relativa à vida familiar é dada em escolas primárias. Semanalmente, as estações de rádio transmitem programas sobre planejamento familiar.

E, o que é mais importante, o governo mantém e reforça seus programas de difusão dos serviços de planejamento familiar. Para ele, tais serviços são parte integrante dos serviços governamentais regulares de saúde materno-infantil, e por isso existem em todos os serviços sanitários e também podem ser prestados pelos que atuam na área da saúde. Cerca de metade do trabalho é realizada pelo Conselho Nacional de Planejamento Familiar do Zimbábue, hoje um organismo paraestatal subordinado ao Ministério da Saúde. O Conselho mantém 28 clínicas em todo o país, mas a maior parte de seus serviços é prestada por aproximadamente 600 funcionários que atuam nas comunidades, dos quais mais de 90% são mulheres que trabalham sobretudo nas áreas rurais. Esses funcionários, após um treinamento de quatro semanas, incumbem-se dos serviços de planejamento familiar, de motivação e de proteção, e também fornecem contraceptivos orais e preservativos.

O que se verifica no Zimbábue — a facilidade de acesso aos serviços de planejamento familiar induzindo a um uso mais amplo de contraceptivos — também se verifica em outras partes do mundo. Não há dúvida de que os programas de planejamento familiar foram eficazes em vários contextos culturais e econômicos — tanto rurais e tradicionais como urbanos e modernos — em todo o mundo. Em outros países em desenvolvimento, além do Zimbábue, os programas visando a difundir os serviços de planejamento familiar no nível das comunidades e às vezes de cada família foram responsáveis por acentuados aumentos do uso de contraceptivos, mesmo entre pessoas pobres e sem instrução. Não será surpresa se o acesso ao planejamento familiar, por meio de programas bem elaborados, apresentar também resultados positivos.

da África subsaariana, sobretudo entre mulheres jovens, solteiras e com certo nível de educação, cujo acesso aos contraceptivos ainda é limitado. Um estudo feito em Acra, Gana, revelou que 46% das jovens de 20 anos ou menos que tiveram filhos num grande hospital urbano já haviam tido um aborto, e cerca de dois terços levaram a termo a primeira gravidez. Ainda de acordo com o estudo, são mais prováveis abortos entre mulheres que receberam instrução; cerca de 5% das mulheres sem instrução relataram que sua primeira gravidez terminara em aborto; entre mulheres com instrução secundária essa proporção foi de 40%, e de 50% ou mais entre mulheres com instrução universitária. A Federação Internacional de Planejamento Familiar estima a taxa de abortos clandestinos, no Zaire, entre 50 e 200 para cada mil nascimentos.

Já nos poucos lugares da África onde se dispõe de serviços de planejamento familiar, o uso de contraceptivos é muito difundido. Em Chogoria, Quênia, área rural com 200 mil habitantes, existe um programa-piloto

que oferece serviços sanitários e de planejamento familiar e também acompanhamento. Nessa área, cerca de 27% dos casais utilizam meios anticoncepcionais modernos, enquanto no restante do país essa proporção é de aproximadamente 8%.

Num projeto rural efetuado no Zaire, a taxa de uso de métodos contraceptivos (apenas os modernos) é de mais ou menos 25%, enquanto a média do país é de 3%. Mesmo no nível nacional, havendo programas bem elaborados de planejamento familiar, as taxas de uso são elevadas. No Zimbábue e em Botsuana, 27% e 19% dos casais, respectivamente, adotam métodos contraceptivos modernos, enquanto a média na África subsaariana é de 3-4%.

A difusão dos serviços

Para que a demanda potencial de contraceptivos se transforme em utilização de fato, os governos precisam criar políticas de planejamento familiar nas quatro áreas já citadas.

Atingir um número maior de pessoas. A maioria dos programas africanos de planejamento familiar está incluída em programas de saúde materno-infantil e concentra-se apenas em mulheres em idade de procriar que desejam controlar o intervalo entre seus períodos de gravidez. Sem dúvida, é importante atuar junto a este grupo; mas também outros — adolescentes, homens e mulheres que não querem mais ter filhos — deveriam ser incluídos nos serviços de planejamento familiar.

Os atuais programas governamentais raramente incluem os jovens, embora se disponha de boa documentação acerca dos riscos à saúde, tanto da mãe quanto da criança, em casos de gravidez na adolescência. É raro adolescentes casados receberem aconselhamento que os ajude a protelar a primeira gravidez até quase o fim da adolescência ou os 20 e poucos anos, quando o parto apresenta menos riscos. Em alguns países, existe o temor de que os adolescentes não-casados, caso tenham mais informações sobre planejamento familiar, se sintam estimulados a maior atividade sexual; mas a falta de informações quanto a métodos contraceptivos e serviços correlatos não garante que os adolescentes deixem de praticar sexo. Um estudo acerca de jovens solteiros realizado em Ibadã, Nigéria, mostrou que, na faixa dos 18 anos, 50% das moças e 75% dos rapazes eram sexualmente ativos, mas apenas 48% dos homens e 66% das mulheres sexualmente ativos adotavam métodos de contracepção. Entre os que não adotavam tais métodos, um número surpreendente declarou que agia assim por desconhecer o planejamento familiar.

Na África subsaariana, como em outros lugares, as atitudes tradicionais dos homens impedem o planejamento familiar. Até agora, os programas visaram principalmente às mulheres, consideradas mais receptivas e mais diretamente envolvidas na procriação. Mas as atitudes dos homens afetam as decisões das mulheres no tocante à contracepção, e evidentemente o planejamento familiar é de responsabilidade tanto de homens quanto de mulheres. Se for dada maior atenção às atitudes masculinas, o planejamento familiar pode ser estimulado. Alguns programas nacionais, como os de Botswana, Quênia, Tanzânia, Zaire, Zâmbia e Zimbábue, também oferecem informações e serviços a homens.

Em muitas regiões da África, a infecundidade é muito elevada; o temor da infecundidade faz os casais relutarem em adotar métodos contraceptivos. Assim, embora a infecundidade elevada mantenha a fecundidade em níveis baixos, ela também impede o uso de contraceptivos e desacelera o eventual declínio da fecundidade. Os programas de planejamento familiar podem evitar a infecundidade e a esterilidade secundária (a impossibilidade de conceber ou voltar a dar à luz depois do primeiro parto), porque in-

formam acerca das causas de esterilidade e tornam disponíveis os meios de contracepção, que permitem às adolescentes adiar a gravidez e às mulheres evitarem a gravidez não-desejada que pode ser interrompida por um aborto ilegal, uma das principais causas da esterilidade secundária.

Aumentar as opções de métodos contraceptivos. A tecnologia dos contraceptivos progrediu muito nos últimos 20 anos. Surgiram novos e promissores métodos de contracepção, como injeções e implantes, e além disso as pílulas, os dispositivos intra-uterinos e a esterilização estão sendo considerados mais seguros. De fato, os contraceptivos modernos são mais seguros que a concepção, mormente na África, onde no máximo uma mulher entre 100 mil que usam a pílula anticoncepcional pode morrer, enquanto morrem de 200 a 600 ou mais em 100 mil parturientes.

Apesar dos progressos da tecnologia, ainda há poucas opções na África, em parte devido às restrições governamentais quanto a seu uso. As pílulas e os preservativos (que além de evitarem a gravidez protegem contra doenças sexualmente transmissíveis) são os métodos mais difundidos. Métodos utilizados pelas mulheres (como espumas espermicidas) só estão sendo adotados em alguns países. As injeções são utilizadas apenas em bases muito restritas, ligadas à idade da mulher e ao número de filhos que já tem. Também a possibilidade de esterilização — que se tornou um dos principais métodos contraceptivos em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento — é muito limitada na maioria dos países subsaarianos. A mulher que deseja ser esterilizada deve ter bem mais de 30 anos e pelo menos quatro filhos, e precisa do consentimento do marido. Caso a es-

terilização seja viável, são principalmente as mulheres que recorrem a ela. Em geral, a vasectomia é rejeitada, porque os homens a encaram com desconfiança.

A maior variedade de métodos anticoncepcionais disponíveis e a suspensão ou eliminação das restrições a seu uso possibilitarão aos casais escolher o método mais adequado a seu caso e difundir mais o uso de contraceptivos. Mulheres jovens costumam preferir a pílula e os espermicidas; as mais velhas preferem métodos mais duradouros, como o DIU ou injeções, ou mesmo a esterilização, no caso de não desejarem mais filhos.

Os governos africanos podem prever que, no caso de os casais passarem a querer menos filhos e se familiarizarem com os métodos contraceptivos modernos, passarão a buscar cada vez mais os de longo prazo, sobretudo a esterilização. Essa tem sido a tendência em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Na China, El Salvador, Índia, Sri Lanka e Tailândia, mais de 17% dos casais em idade de procriar optaram pela esterilização. Na República Dominicana e no Panamá, mais de 27% fizeram essa opção. Nos EUA, mais de 30%.

Já se pode notar na África o interesse pela esterilização. Em Nairóbi, as pessoas interessadas já precisam esperar muitos meses, e o governo planeja disseminar os serviços de esterilização por todo o país. A esterilização também está sendo adotada, de modo tentativo, no Mali, Nigéria, Sudão e Zaire. Os governos começam a facilitar a esterilização voluntária, impondo menos restrições a esta opção e aumentando a disponibilidade do processo por meio de clínicas itinerantes e visitas regulares de médicos às clínicas rurais.

Distribuição a partir das comunidades. Os administradores de vários países africanos, muitos deles médicos, opuseram resistência à distribuição de contraceptivos por estabelecimentos não-médicos. Mas vários contraceptivos — pílulas, preservativos, espermicidas e até injeções — podem ser fornecidos com segurança e eficácia por pessoal não-médico. (No caso das pílulas e injeções, deve haver supervisão médica ou serviços de acompanhamento para controlar e cuidar dos efeitos colaterais.)

A maior desvantagem de os serviços de planejamento familiar e saúde ficarem restritos a clínicas é que estas são passivas; só prestam serviços aos que as procuram. Seu trabalho é relativamente bom em tratamentos de saúde, que são muito procurados, mas já não é tão bom no tocante à medicina preventiva e aos serviços ligados a áreas mais delicadas, como o planejamento familiar. Talvez por isto tenha sido pequeno o número de pessoas que adotaram o planejamento familiar só por terem consultado uma clínica, e muitas das que o fizeram abandonaram a prática ao fim de alguns meses. Em Botswana, onde as clínicas dispõem de um programa relativamente atuante, cerca de dois terços dos usuários de contraceptivos não vol-



Nancy Birdsall das EUA, é chefe de Operações sobre População e Recursos Humanos do Departamento Brasil, do Banco. PhD pela Universidade de Yale, já publicou obras sobre financiamento da educação, população e saúde.



Frederick T. Sai de Gana, entrou para o Banco em 1985 e é conselheiro sênior para População do Departamento de População e Recursos Humanos. Graduiu-se em medicina pela Universidade de Londres em 1953.

tam à clínica ao fim do primeiro ano de acompanhamento.

Muitas vezes, os membros da comunidade que prestam serviços sanitários podem estar mais capacitados a dar orientação quanto ao planejamento familiar. Têm como procurar os clientes e manter contato com eles, e em geral são seus amigos e vizinhos. Após um período de treinamento, bom embora curto, essas pessoas estão preparadas para informar regularmente as famílias e os grupos da comunidade acerca do planejamento familiar e de outros serviços sanitários básicos. Porém as informações obtidas a partir da comunidade não substituem os cuidados dispensados pelas clínicas, e deveriam, de fato, contar com o respaldo destas. Mas poderiam encarregar-se de alguns serviços prestados pelas clínicas e, com o tempo, difundir mais a prática da contracepção. No Zimbábue, o aumento do uso de métodos contraceptivos — 22% em 1982 e 27% em 1984 — coincidiu com o período em que aumentaram e se intensificaram as tentativas nesse sentido.

A distribuição de contraceptivos a partir da própria comunidade funciona por vários

motivos. Por ser fácil, reduz os custos financeiros e psicológicos da adoção do planejamento familiar. Os que prestam esse serviço na comunidade têm com ela vínculos estreitos que os ajudam a criar um relacionamento mais direto com os clientes. Profissionais da área de saúde, sendo estranhos, não conseguiriam esse resultado. A distribuição a partir da comunidade estimula a a participar mais dos cuidados com a própria saúde.

Estímulo a programas não-governamentais. Devido a restrições financeiras e administrativas, os governos africanos não têm possibilidade de ser os únicos provedores de serviços de planejamento familiar, sobretudo se desejam aumentar significativamente o acesso a tais serviços. Por isso deveriam estimular as associações locais de planejamento familiar, os grupos femininos e comunitários, os clínicos particulares e o setor comercial a cooperarem para o planejamento familiar. Os governos da Etiópia e da Tanzânia contam com organizações nacionais de planejamento familiar para o treinamento de pessoal para atuar nessa área e fornecer contraceptivos. As organizações femininas

aumentam a clientela do planejamento familiar, porque dão às mulheres mais habilidades práticas e as capacitam a aumentar suas rendas; também podem fornecer diretamente informações sobre planejamento familiar e serviços. Os grupos ligados a igrejas também participam desse processo. No Zaire, organizações religiosas estão introduzindo a esterilização voluntária em 15 hospitais, como parte dos serviços sanitários rurais básicos. O papel que cabe ao setor privado, inclusive aos médicos, pode também ser muito importante, como é em outras regiões, por prestar assistência a grupos que podem e querem pagar pelos serviços de planejamento familiar.

Os serviços públicos e os privados, atuando paralelamente, oferecem aos clientes uma vasta gama de opções quanto a tipo, qualidade, custo e localização dos serviços, e havendo concorrência todos os programas podem melhorar a longo prazo. Os serviços paralelos, além disso, liberam recursos governamentais que podem ser usados para criar serviços de planejamento familiar em áreas remotas, para onde as agências não-governamentais relutam em ir.

THE WORLD BANK RESEARCH OBSERVER

VOLUME 3

NUMBER 1

JANUARY 1988

Government Wage Policy in Africa: Some Findings and Policy Issues
David L. Lindauer, Oey Astra Meesook, and Parita Suesbsaeng

Export-Promoting Trade Strategy: Issues and Evidence
Jagdish N. Bhagwati

The State and the Invisible Hand
Stanislaw Wellisz and Ronald Findlay

Technological Priorities for Farming in Sub-Saharan Africa
Hans Binswanger and Prabhu Pingali

Education and Development: A Review
George Psacharopoulos

The World Bank Research Observer, publicado duas vezes por ano, procura manter os leitores não-especialistas informados acerca da pesquisa econômica que está sendo feita dentro do Banco e em áreas específicas de economia, atinentes à política de desenvolvimento.

As assinaturas são de US\$ 20 para leitores da *mailing list* nos países-membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os leitores com endereços fora dos países da OCDE estão habilitados a receber assinaturas de cortesia a pedido.

Favor registrar minha assinatura de The World Bank Research Observer. Os assinantes com endereços nos países da OCDE devem anexar cheque, pagamento por cartão de crédito, ou pedido de compra institucional a este cupom.

Anexo meu cheque de US\$ _____

Debitar de meu Visa MasterCard American Express
 Eurocard (American Express aceito somente para pedidos a Washington, D.C. e Eurocard para pedidos a Paris)

Número do cartão de crédito _____ Data de vencimento _____

Assinatura _____
 Favor faturar (apenas para instituições)

Número de pedido de compra _____

Nome _____

Endereço _____

Cidade _____ Estado _____

Código postal _____ País _____

Devolva o cupom para:
World Bank Publications
PO Box 0552
Washington, D.C. 20073-0552
U.S.A.

ou:
World Bank Publications
66, avenue d'Iéna
75116 Paris, France

Os preços variam de país para país. Para fazer pedidos de outros países, solicite lista dos distribuidores locais das publicações do Banco Mundial.