

As posições da OMS nas conferências de população da ONU nos últimos 50 anos¹

Elza Berquó²

Às vésperas da comemoração dos 20 anos da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, na qual é ampliado e ratificado o conceito de saúde reprodutiva, proposto pela Organização Mundial de Saúde, e válido até os dias de hoje, pareceu-me um exercício interessante analisar os recuos e avanços da OMS nos últimos 50 anos durante as conferências da ONU.

Nos mais de 50 anos de atuação das Nações Unidas, as questões sobre população sempre ocuparam papel de destaque em sua agenda. Criada em 1945, a ONU estabeleceu sua Comissão de População um ano mais tarde, a qual teve como tarefa, após calorosos debates, preparar estudos e informar o Conselho Econômico Social sobre tamanho e estrutura populacionais e suas mudanças, interações entre fatores demográficos, sociais e econômicos e políticas delineadas com o propósito de influenciar as dinâmicas populacionais.

A despeito de diferenças de opinião, principalmente quanto a incluir políticas em seu mandato, a Comissão foi capaz de decidir sobre um programa de trabalho e estabelecer uma Divisão de População, o que permitiu à ONU desenvolver uma série de estudos e publicações sobre causas e consequências da dinâmica demográfica que iriam influenciar suas agências especializadas, como FAO, OIT, Unesco e OMS, em razão das implicações setoriais – alimentação, emprego, educação e saúde –, visando as relações entre população e desenvolvimento. O *Demographic Year Book*, publicado pela primeira vez em 1948, tornou-se peça central de referência: termômetro mundial das questões populacionais, medidas anualmente.

Uma demonstração de que o mundo havia assumido forte preocupação com o campo da população por meio da ONU foi a realização da sua primeira CONFERÊNCIA MUNDIAL DE POPULAÇÃO, EM ROMA, 1954, contando com a participação de 80 países. O copatrocinio da União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP), ao dar um caráter científico ao encontro, não evitou um acalorado debate sobre o papel da população no desenvolvimento dos países capitalistas do Ocidente e daqueles de economia planejada e centralizada, ficando a maior parte do Terceiro Mundo como

¹ Apresentação no Seminário Internacional “La CIPD más allá de 2014 y la dinámica demográfica de América Latina y del Caribe”, promovido pela Associação Latinoamericana de População – Alap e a Associação Brasileira de Estudos Populacionais – Abep. Rio de Janeiro, 15-17 de julho de 2013.

² Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), Brasil, berquo@cebrap.org.br.

mera expectadora. Entre as conclusões figuraram questões de caráter político sobre a possibilidade de o crescimento populacional vir a obstar expectativas de progresso econômico, de modo que todos os governos deveriam estudar as inter-relações entre população, crescimento econômico e progresso social e levá-las em conta na implementação de políticas.

Importante salientar que nesta conferência de 1954, a OMS não participou ao lado das demais agências especializadas da ONU. Uma interpretação possível para esta ausência foi o registro de certo constrangimento causado na Liga das Nações pelo relatório preparado por sua Divisão de Saúde, sobre os resultados da Conferência Mundial de População, convocada por Margareth Sanger e realizada em Genebra, em 1927, que incluía questões sobre aborto e controle da natalidade.

Segundo estudiosos, o preâmbulo para a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, ao definir saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, permitiu a seus dirigentes interpretar que se um governo recorresse à assistência da OMS, por julgar que o crescimento populacional de seu país constituía um problema de saúde, esta teria o dever de atender. Este debate foi ampliado na 5ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1952, em que alguns países apoiaram a tese de que, do ponto de vista médico, problemas populacionais não requeririam nenhuma ação particular por parte da OMS, enquanto certos países do Terceiro Mundo insistiam na relevância da “explosão demográfica” para o mandato da OMS. Por fim, a maioria dos membros da Assembleia se opôs ao envolvimento da Organização em atividades de planejamento familiar, de modo que, na prática, colocou-se um ponto final a qualquer expansão da OMS nessa área. Ficou estabelecido claramente, a partir de 1953, que os governos que recorressem à OMS para assistência nesta área seriam informados que tais atividades, por mais relevantes que fossem, não faziam parte do mandato da OMS.

Esta situação, entretanto, iria mudar na década seguinte. A necessidade de tal envolvimento foi expressa nos debates das Assembleias Mundiais de Saúde de 1963 e 1964, que precederam a Conferência Mundial de População de Belgrado, de 1965, por um grande número de países em desenvolvimento. Em 1965, a OMS realizou e publicou vários estudos sobre reprodução humana.

A CONFERÊNCIA MUNDIAL DE BELGRADO, de 1965, também copatrocinada pela IUSSP, pretendeu igualmente ser uma reunião de caráter técnico-científico, mas a emergência de certos temas denotou a permanente presença de uma visão neomalthusiana, embora não se alcançasse consenso. Salientava-se que os ganhos recentes no controle de doenças poderiam ser comprometidos pela fome e desnutrição decorrentes da persistência de altas taxas de fecundidade, ou seja, as tentativas de desenvolvimento econômico seriam frustradas pelo rápido crescimento populacional. Surgiram discussões sobre a possibilidade de o sistema das Nações Unidas tornar-se um referencial essencial para ações nacionais e supranacionais. Assim, os estudos sobre população deveriam ser estendidos além dos tópicos tradicionais da demografia.

Por outro lado, na Assembleia Mundial de Saúde de 1966, vários países propuseram uma resolução, instando a OMS a incluir em suas atividades a provisão de assessoria para elaboração, execução e avaliação de programas de planejamento familiar, mas foi aprovada proposta menos radical, da direção da OMS, segundo a qual esta poderia, quando solicitada por seus membros, oferecer tal assessoria como parte de um serviço organizado de saúde. Note-se que a ênfase até então colocada pela OMS no treinamento de médicos e na importância dos serviços nacionais de saúde para programas de erradicação de doenças – mediante o controle da malária, febre amarela, cólera e tracoma –, todos bem-sucedidos, ajudou a criar uma infraestrutura essencial à implantação de programas de planejamento familiar. A OMS foi então autorizada a dar assistência também no treinamento de equipes responsáveis por atividades de planejamento familiar.

Nesta oportunidade a OMS declarou que não endossava nem promovia nenhuma política populacional, postulando que o problema da reprodução humana envolve uma unidade familiar e a sociedade, e que o tamanho da família é de inteira liberdade da escolha de cada indivíduo na família. Esta declaração implicava definir o papel da OMS no estrito campo da saúde. Desta forma, nos anos que se seguiram, a OMS fez grandes investimentos em pesquisas médicas, biológicas e epidemiológicas sobre métodos anticoncepcionais: sua eficácia, eficiência e efeitos colaterais. Mais tarde, por iniciativa do saudoso Dr. Barcelato, as ciências sociais e do comportamento passariam a integrar dimensões importantes dos estudos da OMS na área da reprodução humana.

A posição expressa em Belgrado de que a ONU deveria tornar-se um referencial para ações supranacionais foi, a nosso ver, o sinal decisivo para a ideia da criação, no âmbito das Nações Unidas, do United Nations Fund for Population Assistance (UNFPA), que se concretizou em 1969. Vale salientar que em quatro anos os recursos do Fundo mais que se quadruplicaram.

A bipolaridade da ONU nas atividades em população torna-se explícita na terceira CONFERÊNCIA MUNDIAL, EM BUCARESTE, em 1974: Divisão de População e UNFPA passam a ter territórios bem definidos no cenário populacional. Primeira de caráter governamental oficial, a Conferência de Bucareste foi palco de grandes controvérsias quanto ao controle populacional. Os países em desenvolvimento se opuseram à visão dos mais ricos de que o rápido crescimento populacional dos países mais pobres se constituía em séria barreira ao desenvolvimento. Este foi o momento de maior tensão e polarização entre “controlistas” e “não-controlistas”. Para o bloco socialista, a população era vista como um “fator neutro”, cujos problemas se deveriam unicamente às injustiças dos sistemas econômicos e à propriedade desigual dos meios de produção. O Plano de Ação da Conferência não propôs metas temporais explícitas para as taxas de crescimento populacional. Vale salientar que a Conferência de Bucareste, ao absorver o impacto dos trabalhos da Comissão das Nações Unidas sobre o *status* da mulher de 1968, registra que a mulher tem direito a uma integração completa no processo de desenvolvimento, particularmente por meio de igual acesso à educação e participação na vida social, econômica, cultural e política. Registra ainda que medi-

das devem ser tomadas no sentido de facilitar esta integração com as responsabilidades familiares que devem ser divididas entre os parceiros. A paternidade responsável surge como a chave mestra do planejamento familiar. Firma-se uma posição de que todos os casais e indivíduos têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e de ter informação, educação e meios para tanto; a responsabilidade de casais e indivíduos no exercício deste direito deve considerar as necessidades de seus atuais e futuros filhos, bem como suas responsabilidades com a comunidade. Interessante notar também que a preocupação com a comunidade e a geração futura, que pela primeira vez aparece explícita em uma conferência de população, deve ter sido influenciada pelas conclusões da Conferência sobre Human Environment, realizada em Estocolmo em 1972, que chamava a atenção para os perigos de uma ameaça ao planeta Terra.

Ao abrir a CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO DO MÉXICO DE 1984, o UNFPA enfatizou a necessidade da estabilização da população mundial – isto é, “crescimento zero” – dentro do mais curto período de tempo possível. Para o UNFPA, esta estabilização tornaria mais fácil aos países em desenvolvimento melhorar seus padrões de vida. O planejamento familiar voluntário, respeitados os direitos humanos individuais, crenças religiosas e valores culturais, é visto como a panaceia para resolver a pobreza instalada no Terceiro Mundo e intensificada com os programas de reajuste estrutural em marcha nos anos 1980. Pela primeira vez aparecia, explicitamente, certa instrumentalização da mulher visando o planejamento familiar, pois melhorar seu *status* e seu papel era visto como meta importante em si mesma, mas também porque isso influenciaria a vida familiar e seu tamanho de forma positiva.

Durante a CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO DO MÉXICO DE 1984, o diretor geral da OMS, M. F. Fathalla, referiu-se ao programa “Saúde para todos até o ano 2000”, instituído na Conferência Alma-Ata de 1977. No âmbito do programa, a atenção básica constituía a chave dos problemas de saúde, cujas características mais importantes eram o cuidado com as famílias, o respeito ao *status* da mulher e o cuidado materno-infantil que incluía o planejamento familiar. Fathalla enfatizou que o planejamento familiar poderia levar à melhoria da saúde e bem-estar das mães e crianças e, portanto, de toda a família, além de salientar a relevância de se incluir a participação do homem no planejamento familiar, informando que no âmbito da OMS pesquisas estavam sendo realizadas sobre a pílula masculina e acenando para as vantagens de uma vacina anticoncepcional para homens.

Nos anos seguintes, a OMS deu passos importantes no sentido da extensão de seu conceito global de saúde à área da reprodução, cunhando, em 1988, a denominação saúde reprodutiva. O surgimento da Aids e a preocupação com o aumento de doenças sexualmente transmissíveis trouxeram para a sua agenda as questões ligadas à sexualidade, ou seja, a saúde sexual. Para o Dr. M. F. Fathalla, no contexto da OMS, “saúde reprodutiva deve conter os seguintes elementos básicos: (a) que todos tenham autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; (b) que as mulheres tenham gestações e partos seguros; e (c) que o resultado da gestação seja bem

sucedido em termos do bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contraírem doenças sexualmente transmissíveis”.

Esta concepção vai orientar toda a fase de preparação da CONFERÊNCIA DO CAIRO, no que se refere à reprodução. Mulheres organizadas de todo o mundo aderem à ideia de um conceito mais amplo do que aquele do planejamento familiar, em virtude de sua própria limitação e de sua vinculação a visões neomalthusianas.

O Cairo, após calorosos debates, amplia e ratifica o conceito de saúde reprodutiva.

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para a reprodução e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.