



**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública/Modalidade EAD
Pólo de Sapucaia do Sul/RS**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: INSTRUMENTO NORTEADOR DA
PREVENÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Silvana Carolina Barden Gornicki

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: INSTRUMENTO NORTEADOR DA
PREVENÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

Por

Silvana Carolina Barden Gornicki

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão Pública –
Modalidade EAD da Universidade Federal de Santa Maria (UFRS – RS), como
requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão Pública**

Orientador: Prof. Dr. Gilnei Luiz de Moura

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

"O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber".

Paulo Freire

DEDICATÓRIA

Amores eternos!

José Carlos e Maria Clair (in memoriam).

Muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

A Associação Casa de Passagem de Sapucaia do Sul e Casa Lar Meu Refúgio, que proporcionaram momentos de conhecimento e aprendizagem.

A todas as famílias das crianças e adolescentes acolhidas no município de Sapucaia do Sul, que aceitaram a participar do meu Projeto de Pesquisa.

Ao Programa de Planejamento Familiar de Sapucaia do Sul.

As crianças acolhidas na Acapáss e Casa Lar Meu Refúgio, que me incentivaram na realização deste trabalho.

Ao Dr. Gilnei Luiz de Moura (orientador).

A Michele Silveira.

A Carolina Lisowski (Tutora).

Meu muito obrigado a todos!

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Pólo de Sapucaia do Sul
Curso de Especialização em Gestão Pública Modalidade EAD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova
a monografia de especialização

elaborada por
Silvana Carolina Barden Gornicki

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Gilnei Luiz de Moura
(PRESIDENTE/ORIENTADOR)

Prof. Pascoal José Marion Filho
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Prof. Luiz Felipe Dias Lopes
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Santa Maria, 03 de novembro de 2011.

RESUMO

Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública
Universidade Federal de Santa Maria

PLANEJAMENTO FAMILIAR: INSTRUMENTO NORTEADOR DA PREVENÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

AUTORA: SILVANA CAROLINA BARDEN GORNICKI

ORIENTADOR: PROF. DR. GILNEI LUIZ DE MOURA

Data e Local da Defesa: 03 de novembro de 2011, Santa Maria.

O Planejamento Familiar é uma legislação voltada à implementação da promoção de ações governamentais que garantem a todos o acesso igualitário às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Tratando-se de um direito fundamental, não pode ser restringido, devendo ter seus inúmeros obstáculos efetivamente enfrentados e vencidos. Como direito fundamental conferido uma eficácia reforçada em sua aplicabilidade, deve ser considerado em seu sentido amplo. Neste trabalho, enfatiza-se a efetivação das políticas públicas e a atuação em redes territoriais e culturais de famílias e organizações, de forma a articular e construir um pacto entre Estado e sociedade para efetivação da promoção social. Diante da realidade é notório que as mulheres continuam enfrentando sérias dificuldades no que diz respeito à sua saúde reprodutiva, e quanto ao planejamento familiar, o acesso aos meios para regular a fertilidade. Faltam-lhes orientação e informações sobre as possibilidades de intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre ter ou não ter filhos. O planejamento familiar considerado uma política pública representa um direito fundamental, que se garantido enquanto tal, em interface com outras Políticas Públicas, pode ser um grande avanço para a prevenção de muitas vulnerabilidades sociais, como a marginalidade, o abandono, o uso de substâncias psicoativas, o desemprego, o subemprego, a estimulação do trabalho informal, a precariedade financeira, o aborto clandestino, a violência, o acolhimento institucional de crianças e adolescentes entre outros.

Palavras chave: Planejamento Familiar, Política Pública, Vulnerabilidade Social, Institucionalização

ABSTRACT

Graduate program in public management

Universidade Federal de Santa Maria

FAMILY PLANNING: GUIDING INSTRUMENT OF PREVENTION OF INSTITUTIONALIZATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

AUTHOR: SILVANA CAROLINE BARDEN GORNICKI

ADVISOR: PROF. DR. GILNEI LUIZ DE MOURA

Date and place of Defense: November 3, 2011, Santa Maria.

Family planning is an implementation-oriented legislation promoting governmental actions that guarantee everyone equal access to information, resources, methods and techniques available for regulation of fertility. In the case of a fundamental right cannot be restricted, but they must take their innumerable obstacles effectively faced and overcome. As a fundamental right conferred an enhanced effectiveness in its applicability, must be considered in its broader sense. Nfatiza in this work, and the implementation of public policies and acting in territorial networks and cultural families and organizations, in order to articulate and build a pact between State and society for fulfillment of social advancement. In the face of reality is evident that women are still facing serious difficulties as regards their reproductive health, and family planning, access to the means to regulate fertility. Lack guidance and information about the possibilities to intervene in the reproductive process, so that they can consciously choose between having or not have children. The family planning considered a policy publishes represents a fundamental right which is guaranteed as such, interface with other public policies, can be a major breakthrough for the prevention of many social vulnerabilities, such as marginalization, abandonment, the use of psychoactive substances, unemployment, underemployment, informal employment stimulation, financial insecurity, , clandestine abortion violence, institutional care of children and adolescents among others.

Keywords: family planning, Public Policy, Social vulnerability, Institutionalization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Faixa etária.....	18
Figura 2 – Possui trabalho.....	19
Figura 3 – Escolaridade da mãe.....	19
Figura 4 – Religião.....	20
Figura 5 – Praticante.....	20
Figura 6 – Responsável econômico pela casa.....	21
Figura 7 – Idade da primeira relação sexual.....	23
Figura – Motivo da gravidez não planejada.....	23
Figura 9 – Quantos filhos têm?.....	24
Figura 10 – Reside com algum de seus filhos?.....	25
Figura 11 – Conhece o Programa de Planejamento Familiar do Município.....	26
Figura 12 – Motivo do acolhimento.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	14
1.3 Hipóteses.....	14
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
2.1 Delineamento e definição de temas.....	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL.....	17
3.1 Contextualizando o Planejamento Familiar.....	17
3.1.2 Métodos Anticoncepcionais.....	21
3.1.3 Programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde.....	25
3.1.4 Benefícios do planejamento familiar.....	26
3.2 Política de assistência social e a pobreza.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
5 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	61

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como propósito referir à importância do planejamento familiar como política pública na estrutura familiar, considerando esta política como norteadora na prevenção de vulnerabilidades sociais que provocam na maioria das vezes consequências irreparáveis na vida de crianças e adolescentes como a ruptura dos vínculos familiares através do acolhimento em instituição.

Pode-se citar várias vulnerabilidades sociais ocasionadas pela falta de planejamento familiar, como desemprego, marginalidade, a violência, o abandono, a fome e a miséria. Aponta-se um dos problemas sociais mais agravantes, que é a proliferação dos casos de crianças e adolescentes acolhidos em instituições públicas, ocasionados pela desestrutura familiar.

Se o abandono existe, não se trata de crianças e adolescentes abandonados por seus pais, mas de famílias e populações abandonadas pelas políticas públicas. É necessário que, o direito a convivência familiar seja prioritário nas pautas das políticas públicas.

Em relação à institucionalização de crianças e adolescentes percebe-se que a maioria, manifesta um grande prejuízo emocional, refletindo em um comportamento agressivo, sendo a privação emocional um fator fundamental no desenvolvimento deste problema, e que, por isso, é essencial uma maior preocupação das políticas públicas em realizar uma abordagem eficaz dos problemas da família, oferecendo-lhe também apoio e proteção, para a garantia da convivência familiar.

As ações de enfrentamento da pobreza são ainda marcadas pelo assistencialismo e clientelismo, quando não inexistentes. Como consequência, tem-se o enfraquecimento dos vínculos familiares, onde as crianças e os adolescentes se ingressam precocemente no mercado de trabalho aumentando a evasão escolar; passando muitos deles a viverem nas ruas, nos abrigos e no mundo do crime.

A ausência do cumprimento de significativa legislação protetora (a qual muitas vezes se atém apenas no plano legal), não efetivamente aplicada ao cotidiano de milhões de cidadãos e, aliada à ausência de políticas públicas de apoio, remete milhões de famílias à condição de vulnerabilidade, às quais nem sempre conseguem cumprir sua função provedora e protetora de seus membros, acarretando, por vezes, a institucionalização de suas crianças e adolescentes, que, embora prevista na lei

enquanto uma medida de proteção provisória e excepcional, apresenta-se definida durante anos, ocasionando um agravante enorme à vida desta criança, ou seja, a perda do convívio familiar.

O vínculo familiar é um aspecto fundamental na condição humana e particularmente essencial ao desenvolvimento. No momento em que a família não possui meios de garantir a sobrevivência básica dos filhos, cabe ao Estado assegurar aos cidadãos tais direitos, para que a criança e o adolescente desfrutem do vínculo por meio do direito à convivência familiar.

Os abrigos são contundentes provas do abandono pelas famílias que primeiramente foram abandonadas pelo Estado, devido à ausência ou deficiência das políticas públicas voltadas a vida social da maior parte das famílias pobres no país.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O Planejamento familiar pode auxiliar na diminuição de crianças e adolescentes em acolhimento institucional?

Através do projeto de pesquisa estudou-se uma série de casos, entrevistando mães de crianças/adolescentes acolhidos em instituições, por falta e/ou desconhecimento do Planejamento Familiar.

Foram investigados dentro da Casa Lar Meu Refugio e Acapass (Associação Casa de Passagem de Sapucaia do Sul) no município de Sapucaia do Sul, onde são acolhidas nas duas Instituições em torno de 98 crianças/adolescentes.

Nosso questionamento será em torno de:

- Os filhos institucionalizados tiveram suas gestações planejadas?

O objeto de estudo esteve ligado às questões inerentes ao Planejamento Familiar, ou seja, de que forma o Programa de Planejamento Familiar existente no município está atuando na prevenção de gestações não planejadas.

Foram entrevistadas 20 mães de crianças e adolescentes acolhidas nas Instituições mencionadas acima. Os casos foram selecionados a partir das informações fornecidas pelas mães que aceitaram participar do estudo.

Os dados foram obtidos em entrevistas individuais nas Instituições, com auxílio de instrumento de coleta que contém questões fechadas, referentes às características socioeconômicas e familiares, e questões abertas, que dizem respeito ao planejamento da gestação, qual relacionamento com os filhos institucionalizados a partir da concepção de Planejamento Familiar.

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo geral

Estudar a percepção das mães que tem seus filhos acolhidos em abrigos do município de Sapucaia do Sul, pela falta de planejamento familiar.

1.2.2 Objetivos Específicos

Conhecer as dificuldades das mães em acessar o programa de planejamento familiar;

Conhecer seus sentimentos em relação a colocação de seus filhos em abrigos pela desestrutura familiar.

1.3 Hipóteses

- A falta de planejamento familiar influencia na estrutura familiar, em famílias de baixa renda.

- Há relação entre o baixo nível cultural das famílias e o número elevado de filhos.

- Mesmo em municípios que oferecem o Programa de Planejamento Familiar, as famílias de baixa renda não acessam o serviço.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa para fundamentação deste trabalho foi realizada na Casa Lar Meu Refúgio e Acapass – Associação Casa de Passagem de Sapucaia do Sul, localizados no município de Sapucaia do Sul/RS. Os dados foram obtidos em entrevistas individuais com 10 mães da Casa Lar Meu Refúgio e 10 mães da ACAPASS, totalizando 20 mães, com auxílio de questionário com questões fechadas, referentes às características socioeconômicas e familiares, e questões abertas, que dizem respeito ao planejamento da gestação, percepção da maternidade e do acolhimento do seu filho.

Na Casa Lar Meu Refúgio são atendidas 43 crianças/adolescentes, sendo que destes há famílias de irmãos, totalizando 18 famílias atendidas.

Na Casa de Passagem (Acapass) são atendidas 47 crianças/adolescentes, sendo que há famílias de irmãos, totalizando 24 famílias atendidas.

Deste universo entrevistamos 49% das famílias atendidas.

A entrevista definiu-se como uma conversa que possuía propósitos bem definidos. Por meio dela, a pesquisadora buscou obter informações contidas na fala dos atores sociais. Foi possível a obtenção de dados objetivos e subjetivos, sendo que os dados objetivos foram obtidos através de perguntas fechadas, e os subjetivos, relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Para Minayo (1993) é necessário compreender a pesquisa qualitativa como atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. A realização do trabalho de campo deve ser considerada como uma descoberta, uma criação e transformação social. Análise de dados em pesquisa qualitativa como uma totalidade social das realidades (objetivas e subjetivas) que envolvem as diversidades e antagonismos nos variados campos de estudo com a interconexão do pensamento com o mundo da práxis vivida, sentida e percebida.

Os casos foram buscados ativamente e selecionados a partir do banco de dados do questionário aplicado no projeto “Fatores associados à gestação não planejada”, onde foram repassados para planilha de monitoramento (questionário x apêndice).

Os dados qualitativos foram agrupados e categorizados para análise utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (1993, p. 83) que refere que, trabalhar com categorias implica agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger todos os elementos citados. As mesmas podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa ou a partir da coleta de dados. As estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos, as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas.

Esse tipo de técnica apresenta três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretados.

A primeira fase foi a de organização do material e agrupamento de elementos, idéias ou expressões, construindo-se as categorias analisadas posteriormente.

A segunda fase, foi uma leitura cuidadosa dos dados que foram encontrados, foi necessária fazer várias leituras de um mesmo material, para uma análise correta dos termos significativos.

A Terceira fase foi quando se desvendou o conteúdo. Consiste análise final a fim de responder as questões da pesquisa com base nos objetivos.

A pesquisa se deu no período entre janeiro a julho de 2010, através dos acolhimentos ocorridos na Casa Lar Meu Refúgio e Acapass (Associação Casa de Passagem de Sapucaia do Sul), no município de Sapucaia do Sul/RS.

A partir das falas das mães, foram identificadas as unidades temáticas e essas serão categorizadas, permitindo a análise posterior.

2.1 Delineamento e definição de temas

A abordagem utilizada foi a qualitativa e quantitativa.

A metodologia qualitativa em relação às questões sociais trabalhou com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não pode ser reduzidos à operacionalização de variável.

Os métodos quantitativos de pesquisa visaram definir fenômenos em grupos. Foram utilizadas para descrever a forma como a população estudada se comporta em relação a uma determinada variável.

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo série de casos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL

O referencial teórico foi construído por meio da leitura de artigos científicos, publicações e livros relacionados ao assunto. Para a busca de artigos foi realizada pesquisa na Internet com os descritores: Consequências de uma gestação não planejada, Brasil precisa urgente de Planejamento Familiar, bem como, crianças institucionalizadas em função da falta de informação e/ou desconhecimento de métodos contraceptivos.

2.1 Contextualizando o planejamento familiar

No Brasil, a fecundidade começou a cair nos anos 60 e manteve-se em declínio nas décadas seguintes (ALVES, 2006). Em 1970, a mulher brasileira tinha em média 5,8 filhos; em 1980, 4,4 filhos; em 1991 caiu para 2,9 filhos; em 2000 para 2,3 e em 2006 para 1,8 (IBGE, 2002; BRASIL, 2008a).

De acordo com Alves (2006), no Brasil, não havia uma política pública voltada para a dinâmica demográfica, nem qualquer outra política para atender a demanda da regulação da fecundidade. Devido a essa ausência de políticas públicas, as pessoas passaram a procurar outros serviços, como, por exemplo, farmácias, redes de saúde e outras instituições privadas, a fim de atender a necessidade de métodos contraceptivos.

Em 1966, instala-se a BEMFAM (Sociedade Bem-Estar da Família) no Brasil, a primeira instituição privada voltada a oferecer serviços de regulação da fecundidade. Suas ações expandiram-se através de clínicas, empresas particulares, prefeituras e universidades (ALVES, 2006; UNFPA, 2008).

No final da década de 70, as mulheres passaram a defender a regulação da fecundidade como direito de cidadania (COELHO LUCENA e SILVA, 2000). Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, o planejamento familiar passou a ser defendido no âmbito da integralidade da saúde da mulher (ALVES, 2006).

Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa surgiu com propostas e abordagens voltadas para a saúde

da mulher, visando sua integralidade e não somente a saúde reprodutiva. Foi a partir do PAISM que houve um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher em todas as fases de seu ciclo vital (BRASIL, 1984; BRASIL, 2005).

O PAISM preconizava ações que envolvem o pré-natal, parto e puerpério, câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o planejamento familiar com enfoque na concepção e contracepção (BRASIL, 1984). Nesse sentido, a atenção à saúde da mulher deveria envolver ações clínicoginecológicas e educativas, com abordagem em todas as fases de vida, desde a adolescência até a terceira idade (OSIS, 1998).

Dentre as diversas ações do PAISM, está o planejamento familiar, com o objetivo de “desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade” (BRASIL, 1984, p. 17). A concepção e a anticoncepção foram incluídas de maneira distanciada dos objetivos demográficos relacionados à fecundidade (UNFPA, 2008).

O planejamento familiar é descrito como: “[...] um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção”.

Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2006, p. 6).

Complementa-se que “o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos” (BRASIL, 2006, p. 6).

Em consequência do enfoque nos princípios de integralidade propostos pelo PAISM, as ações de regulação da fecundidade passaram a fazer parte de uma atenção completa à saúde das mulheres e não mais como ações isoladas (OSIS, 1998). Espera-se que a assistência ao planejamento familiar seja parte dessa atenção integral e que as mulheres, que procuram os serviços, a fim de utilizarem um método anticoncepcional, sejam acompanhadas em outras questões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva (LOPES e ARCE, 2006).

Para Alves (2006), o PAISM representou o compromisso do poder público com as questões reprodutivas. Porém, segundo o autor, a responsabilidade masculina na questão da regulação da fecundidade, foi pouco destacada.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, foi um marco que determinou as políticas voltadas para o planejamento familiar, hoje amplamente implementado (COSTA, 2005). A Conferência do Cairo estabeleceu a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, superando os objetivos demográficos, com enfoque no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2005).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, reforçou as propostas de Cairo e avançou no que diz respeito ao conceito dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (BRASIL, 2005).

No Brasil, o direito ao planejamento familiar foi previsto pela Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7 do art. 226, disposto no Capítulo da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso:

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, 1988, p. 148).

Em 1996, foi aprovada a Lei nº 9.263, que regulamenta o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar (ALVES, 2006). A lei foi sancionada com veto presidencial no que se refere à esterilização.

Somente em 1997 a lei passou a vigor com as condições para as esterilizações cirúrgicas voluntárias (ALVES e CORRÊA, 2003).

Para Osis et al. (2004), essa lei democratiza o acesso aos meios de regulação da fecundidade nos serviços públicos de saúde e regulamenta essa prática nos serviços privados sob controle do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, através dos seus princípios doutrinários voltados à universalidade, equidade e integralidade das ações, exerce o papel de propiciar recursos que possibilitem a informação, acesso e uso de meios contraceptivos, além de garantir, dessa forma, o direito de cidadania do indivíduo e do casal sobre a decisão da regulação de sua fecundidade.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), as ações voltadas para o planejamento familiar são de responsabilidade do município e por ele devem ser implementadas, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2001).

Atualmente, a assistência ao planejamento familiar é realizada, principalmente, pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) (RAMOS, 2008; SILVA et al., 2008), proporcionando a possibilidade de considerar o planejamento familiar na unidade familiar e não somente em relação à mulher (SANTOS e FREITAS, 2008).

O Ministério da Saúde, em 2004, criou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM) que reitera as propostas do PAISM, apontando ações no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfocando a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual, além da prevenção e tratamento de mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. O PNAISM também amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas (BRASIL, 2004).

O II Plano Nacional de Política para as Mulheres, publicado em 2008, amplia a atuação do governo federal nas políticas públicas às mulheres, incluindo novas áreas estratégicas; apresenta um capítulo específico à saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008).

Segundo a Lei nº 9.263, art. 2º, “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” (BRASIL, 1996).

Para Ventura (2004), essa definição considera o homem, a mulher e o casal, separadamente, fugindo à legitimação apenas na família tradicional.

O público-alvo do Plano de Ação do Cairo é constituído por casais, mulheres solteiras, homens, adolescentes e idosos, que deverão ter a garantia dos direitos reprodutivos através de programas e políticas públicas (VENTURA, 2004). Os Programas e Plataformas de Ação, propostas nas conferências, enfatizam que a igualdade entre homens e mulheres é essencial tanto para a melhoria das condições

de saúde e qualidade de vida, quanto para o efetivo envolvimento e dos homens nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

Contudo, estudos mostram que a responsabilidade do planejamento familiar ainda é da mulher (SANTOS e FREITAS, 2008; SILVA et al., 2008), uma vez que é ela quem participa das reuniões, escolhe o método contraceptivo e assume a responsabilidade pela decisão da quantidade de filhos (SANTOS e FREITAS, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, os homens devem ter o dever e o direito à participação no planejamento familiar, na decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, assim como no acompanhamento da gravidez, parto, pós-parto e educação da criança (BRASIL, 2009).

A ampliação da participação masculina no uso de métodos anticoncepcionais pode ser identificada por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), que, através da comparação dos resultados da pesquisa realizada em 1996 com os obtidos em 2006, evidenciaram o crescimento da esterilização masculina e do uso do preservativo masculino (BRASIL, 2009).

Percebe-se que a questão do planejamento familiar, especificamente a anticoncepção, vem sendo debatida há várias décadas. As conquistas nessa área foram alcançadas devido a diversos fatores, como, por exemplo, o reflexo das conquistas feministas e da nova visão e abordagem dada à saúde da mulher com o surgimento do PAISM. A lei que trata do planejamento familiar contribuiu para a garantia dos direitos reprodutivos em relação ao indivíduo e à família, e o SUS, a garantia de informações e acesso aos métodos necessários para a regulação da fecundidade. Portanto, efetivar esse direito de cidadania proporciona à mulher, ao homem e/ou ao casal o seu planejamento de vida de acordo com suas necessidades, expectativas e realidade.

2.1.1 Métodos anticoncepcionais

O capítulo I, art. 4º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, declara em seu texto que: “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996).

As ações de planejamento familiar, portanto, devem incluir, além do direito de acesso aos métodos, a educação em saúde, a fim de garantir informações adequadas, proporcionando decisões responsáveis por parte do casal ou do indivíduo.

De acordo com Osis et al. (2004), para que as mulheres possam decidir de forma livre e informada, elas precisam conhecer e ter acesso aos métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados e disponíveis, optando por aquele que atenda as suas características e condições de vida.

Dias e Spindola (2007), inferem em seu estudo que muitas mulheres optam por um determinado método por desconhecer os demais, já que a informação sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis não está ao seu alcance, não existindo, assim, a livre escolha.

Para Silva et al. (2008), é necessário haver compatibilidade entre informação e disponibilidade. Ou seja, para que ocorra a livre escolha do método, o indivíduo precisa ter acesso a qualquer um dos métodos que foram orientados.

Os profissionais de saúde adquirem, aqui, um papel fundamental, sendo responsáveis pelas práticas educacionais e assistenciais voltadas para os direitos reprodutivos.

Segundo o Ministério da Saúde, a atuação do profissional de saúde no planejamento familiar deve envolver as atividades educativas, com o objetivo de oferecer conhecimentos relacionados aos métodos anticoncepcionais; atividades de aconselhamento, caracterizadas pelo diálogo e pela relação de confiança e as atividades clínicas, através da consulta, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo (BRASIL, 2002).

Os profissionais da área da saúde devem oferecer informações sobre os métodos considerando suas características, tais como: eficácia, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção contra DST/HIV. É importante considerar os fatores individuais também, como: condições sócio-econômicas, estado de saúde, característica da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas e outros fatores, como medo, a dúvida e a vergonha (BRASIL, 2002).

Métodos anticoncepcionais são descritos como diversas técnicas naturais, mecânicas ou químicas, usadas por homens e mulheres no planejamento familiar (ZAMPIERI et al., 2007).

Os métodos anticoncepcionais (MAC) indicados e orientados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) são métodos comportamentais: Ogino Knaus (ritmo, calendário ou tabelinha), método da temperatura basal corporal, método de Billings (muco cervical), método sinto-térmico, método do colar, métodos de barreira: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermaticida; métodos hormonais: anticoncepcionais hormonais orais combinados, anticoncepcionais hormonais apenas de progestogênio (minipílula), anticoncepcionais hormonais injetáveis com progestogênio isolado (trimestrais), anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados (mensais), anticoncepção de emergência; dispositivo intra-uterino (DIU); e a esterilização: laqueadura tubária e vasectomia.

Entretanto, existem outros métodos anticoncepcionais disponíveis para uso como, por exemplo, o anel vaginal, o adesivo semanal, implantes contraceptivos subdérmicos e os anticoncepcionais vaginais (KUNDE et al., 2006; ZAMPIERI, 2007).

Além dos métodos descritos, a relação sexual interrompida antes da ejaculação (coito interrompido) e a relação sexual sem penetração podem ser consideradas métodos comportamentais (BRASIL, 2002).

É importante ressaltar que a importância dos métodos contraceptivos vai além do enfoque no planejamento familiar. Atualmente, alguns métodos, como os preservativos, são essenciais para o controle das DST/AIDS. Os preservativos masculinos e femininos são método que devem ser indicados e orientados para o controle dessas doenças, pois apresentam a vantagem da dupla proteção: contraceptiva e de redução do risco de transmissão do HIV e DST (BRASIL, 2002).

A distribuição de preservativo masculino é uma prioridade para o governo, entretanto, o aumento do acesso ao preservativo feminino ainda é um desafio em todo mundo (UNFPA, 2008). A disponibilidade do preservativo feminino tem o objetivo de ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres frente à dificuldade na utilização, pelo parceiro, do preservativo masculino (BRASIL, 2005).

Entre 1960 e 2000, em todo o mundo, o número de mulheres em idade reprodutiva utilizando métodos contraceptivos passou de menos de 10% para 60%, estima-se, porém, que pelo menos 200 milhões de mulheres não contam com serviços acessíveis e ações eficazes de planejamento familiar (UNFPA, 2008).

A anticoncepção assume um papel fundamental na saúde reprodutiva da mulher, uma vez que seu uso, de forma inadequada, acarreta diversas

consequências, como gravidez indesejada, gravidez na adolescência, abortos ilegais e aumento da mortalidade materna (SOUZA et al., 2006).

O aborto constitui um grave problema de saúde pública no Brasil. Em 2006, foram realizadas, no SUS 222.840, curetagens pós-aborto, sendo que 37 resultaram em óbitos maternos (BRASIL, 2008).

Para Tavares (2006), mulheres com necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais possuem maior risco de gravidez indesejada e uma de suas consequências é o aborto.

O acesso ao planejamento familiar reduz em um terço as mortes maternas e em até 20% as mortes infantis. Cerca de 90% das mortes e sequelas, decorrentes de aborto, poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a métodos de anticoncepção (UNFPA, 2008).

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2009), que permitiu traçar um perfil das mulheres que abortaram nos últimos 20 anos, identificou-se que as mesmas, predominantemente, possuíam entre 20 e 29 anos, viviam em união estável, tinham até oito anos de estudo. Além disso, eram católicas, tinham pelo menos um filho, eram usuárias de métodos contraceptivos e abortaram com misoprostol (BRASIL, 2009).

Sobre as mulheres que abortaram nos últimos 20 anos, esse mesmo estudo identificou que mais da metade das mulheres jovens adultas, residentes nas regiões Sul e Sudeste, declararam uso de métodos contraceptivos, em particular, a pílula anticoncepcional. A gravidez ocorreu, provavelmente, devido à falha ou uso inadequado do método. Já nos estudos da região Nordeste, a ausência do uso destes métodos no momento da gravidez foi alta (BRASIL, 2009).

Comparando os dados da PNDS de 1996 e 2006, observou-se que, 22,1% das mulheres utilizavam pílula anticoncepcional, número esse superior ao constatado em 1996, que foi de 15,8%. A porcentagem de mulheres esterilizadas diminuiu de 27,3% para 21,8% no período de 1996 a 2006 e a esterilização masculina dobrou em dez anos, passando de 1,6 para 3,3%. O uso do preservativo também aumentou de 4,3% para 12,9% em dez anos (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde, através do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, propõe, entre as suas diversas metas voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher: “garantir a oferta de métodos anticoncepcionais

reversíveis para 100% da população feminina usuária do SUS” e “disponibilizar métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde” (BRASIL, 2008, p. 78).

Em 2008, o Ministério da Saúde adquiriu e distribuiu cerca de 1,2 bilhões de preservativos, além de 50 milhões de cartelas de anticoncepcionais orais combinados, 4,3 milhões de contraceptivos injetáveis, 300 mil DIU e seis mil diafragmas (UNFPA, 2008).

Outra medida desenvolvida para facilitar a oferta de métodos anticoncepcionais foi o redenciamento de farmácias e drogarias no Programa Farmácia Popular, que oferece medicamentos a baixo custo (UNFPA, 2008; BRASIL, 2008).

A Farmácia Popular é um programa do Governo Federal que busca ampliar o acesso à diversos medicamentos (SANTOS-PINTO, CASTRO e COSTA, 2008; BRASIL, 2009), inclusive métodos reversíveis voltados para a anticoncepção, como o anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável e o preservativo masculino.

O Programa atua por meio de Unidades Próprias (parcerias com Municípios e Estados) e o Sistema de Co-Pagamento (parcerias com farmácias e drogarias privadas). A exigência para a aquisição do medicamento é a apresentação da receita médica ou odontológica. De acordo com o Ministério da Saúde, essa é uma forma de combater a automedicação e promover educação em saúde (BRASIL, 2009).

Entende-se que as políticas públicas voltadas para o planejamento familiar devem proporcionar a garantia dos direitos reprodutivos, através da informação e acesso aos métodos de contracepção. A qualidade dessa assistência deve ser fundamentada na orientação e escolha livre e consciente do método, acompanhada de uma oferta individualizada, adequada e de fácil acesso, ou seja, num processo que deve envolver a Participação e co-responsabilidade entre profissional de saúde/indivíduo/Estado.

2.1.2 Programa de planejamento familiar do Ministério da Saúde

A política de planejamento familiar desenvolvida pelo governo federal prevê a oferta na rede pública de anticoncepcionais, e a redução de seu preço nas farmácias populares, de serviços para esterilização voluntária e os voltados à

reprodução assistida para casais com dificuldades de ter filhos. Por isso o nome de programa de planejamento familiar, o direito de ter filho quando, como, onde e com quem quiser.

No entanto, o programa ainda não atende as necessidades das mulheres ou de seus familiares. Na prática ele se restringe à distribuição de preservativos e outros contraceptivos e ainda está focado na responsabilização da mulher, o espaço do cuidado e da família ainda é visto como de responsabilidade exclusiva da mulher, assim como a educação e a cultura da continuidade da relação de gênero, onde o homem é o mantenedor e aquele que decide e a mulher é o ator que "serve" e "obedece". Além disso, vivemos uma política de educação que ainda não forma o profissional para o serviço público e para o diálogo, ele forma apenas para a abordagem íntima do consultório, onde decide o melhor para o paciente, neste caso para o casal.

O Planejamento Familiar se propõe a inserir o homem, o parceiro, no processo, incentivando sua participação através da vasectomia, mas na prática não discute sua importância na formulação das estratégias familiares, não fala do papel fundamental deste no uso de preservativo masculino e principalmente da sua importância em seus momentos decisórios, como realizar ou não um aborto, apesar de o parceiro ser, na maioria das vezes, o "agente estimulador" da interrupção da gravidez.

A metodologia do Planejamento Familiar adotada pelo Ministério da Saúde e sua influência na organização da vida da mulher trabalhadora, tratando-o não apenas como uma política de saúde, mas também como uma política social, que gera conflitos e consequências na sociedade, como a redução do número de abortos.

Questões como em que momento as mulheres decidem ser mães atualmente no Brasil, como as instituições interferem nessa decisão e qual a participação dos parceiros nesse processo.

2.1.3 Benefícios do planejamento familiar

O acesso à informação e a facilidade de obtenção de meios contraceptivos sob orientação médica adequada é a única maneira de preservar a saúde da mulher,

evitando gestações indesejadas, diminuindo o número de gestações de alto risco, abortos inseguros e conseqüentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil.

O planejamento familiar também beneficia as crianças, na medida em que aumenta o intervalo entre as gestações: se elas pudessem nascer pelo menos dois anos depois da anterior, a morte de 3 a 4 milhões de crianças poderia ter sido evitada.

O intervalo curto entre as gestações é descrito, por alguns autores, como de risco para a saúde da mãe e do recém-nascido. Conde-Agudelo e Belizán (2000) mostraram em seu estudo que mulheres com curtos intervalos entre as gestações, tinham as taxas mais elevadas de sangramento no terceiro trimestre da gravidez, partos prematuros, ruptura de membranas, endometriose puerperal, anemia e morte materna. Cecatti et al. (2008) observaram que curtos intervalos entre as gestações estão associados com um maior risco de nascimento de crianças com baixo peso e parto pré-termo.

Proporcionar orientações sobre o intervalo adequado entre as gestações deve fazer parte das ações educativas desenvolvidas no período pós-parto, contribuindo assim, para a saúde materno-infantil.

O benefício do planejamento familiar para os homens e mulheres é evidente: eles podem, com a programação do nascimento de filhos, preparar-se melhor para oferecer uma vida e um futuro mais estável para sua família.

Sempre com a supervisão de um médico, o casal pode ter conhecimento de como fazer para se evitar uma gravidez indesejada, e de como agir futuramente, com tranqüilidade, na hora em que decidirem ter um bebê.

Desta forma, o planejamento familiar é um ato consciente: torna possível ao casal programar *quantos* filhos terá e *quando* os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas.

Programar o crescimento (ou não) da família nos dias de hoje é fundamental. Não apenas porque economicamente a vida está mais difícil, mas também porque muitas vezes investir na carreira pode ser a prioridade do momento tanto para o homem como para a mulher.

2.2 Política de assistência social e a pobreza

Através da promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) evidencia-se, a concepção de pobreza baseada na renda, buscando tal política compensar aquilo que faltava àquele público específico, segundo critérios financeiros (YAZBEK, 2004).

A LOAS deu uma atenção especial à questão da pobreza e possibilitou uma rica contribuição para o debate nacional sobre a Política de Assistência Social. Deste debate emerge a seguinte avaliação:

Grande desigualdade na distribuição de renda nacional; acentuadas disparidades inter e intra-regionais; níveis elevados de desemprego, fome, desnutrição, mortalidade infantil e analfabetismo; violência e insegurança nos grandes centros urbanos e no campo; precarização das relações de trabalho e crescimento do setor informal da economia; crise habitacional agravada pelo intenso processo de urbanização, não acompanhada por políticas públicas condizentes; graves problemas ambientais que afetam a qualidade de vida da população; deterioração e ou insuficiência dos serviços públicos; baixa disponibilidade orçamentária em face da demanda social do país (BRASIL, 1997, p. 11).

A atenção dada às questões ligadas à pobreza começa a problematizar também a idéia da linha de pobreza. O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) destaca, utilizando o critério da renda, que na medida em que a renda não permite aos indivíduos satisfazerem as suas necessidades básicas — alimentares, de moradia, saúde, transporte, educação —, mais de 1/3 da população brasileira é classificado como pobre (BRASIL, 1997, p. 27). O CNAS afirma que esse percentual crescerá se fosse incluída, neste critério, a população que se encontra em situação de vulnerabilidade e mal consegue se manter acima da linha de pobreza. O CNAS aponta para a insuficiência de conhecimento sobre os pobres presentes nas políticas sociais. O que se deve, em parte, à incapacidade de superar os esquemas e vícios da assistência social, dominantes no passado, que inibem avanços mais significativos na política social.

O CNAS identifica estes vícios e esquemas como:

[...] clientelismo, fisiologismo e tutela sobre os pobres, que dificultam a execução de uma política voltada para a cidadania; provisoriedade, intermitência e superposição na oferta de benefícios, serviços, programas e projetos; exigência de provas vexatórias que estigmatizam as pessoas,

mediante a imposição dos testes de meios e do critério da 'menor elegibilidade' (BRASIL, 1997, p. 17).

O Conselho Nacional de Assistência Social (1997) destaca que 12% da população, representando 16,6 milhões brasileiros, são considerados indigentes. Por indigentes entendem pessoas cuja renda não permite satisfazer as necessidades de alimentação. Trinta e nove milhões de brasileiros são classificados como pobres, ou seja, pessoas cuja renda é insuficiente para satisfazer as necessidades básicas (fora as necessidades alimentares), como: moradia, saúde, transporte, educação, etc. Indigentes e pobres constituem 55 milhões de brasileiros, ou mais do que 1/3 da população.

O clientelismo estabelece uma relação personalizada que pressupõe doador e receptor de um direito apresentado como favor. Para Salama e Valier (apud SILVA, 2000, p. 150), o clientelismo é “[...] irmão gêmeo da corrupção, oferece saídas individuais para a miséria e, com isso, acumula os obstáculos para uma melhoria do conjunto da situação dos pobres”. Há uma falta de “[...] reconhecimento dos direitos, como medida de negociação e deliberação” (YASBEK, 2004, p. 25).

Neste ambiente, não são favorecidos nem o protagonismo nem a emancipação dos usuários da Assistência Social no Brasil. O que permanece é o ciclo continuado (com algumas interrupções e avanços limitados) de práticas assistencialistas, clientelistas. Isto reforça a dificuldade de realizar a estratégia-alvo desta política, que é inscrevê-la como responsabilidade pública e dever do Estado em vários níveis de sua gestão.

Yasbek (2004) afirma que a filantropia também contribui para o olhar estigmatizante sobre a pobreza. A filantropia está enraizada na história brasileira e é através dela que a assistência social brasileira se desenvolveu.

A Assistência Social brasileira se desenvolveu mediada por entidades do setor filantrópico, bem como acompanhada dessas formas filantrópicas, caritativas e benemerentes de socorrer os pobres, que se constituíram em mediações fundamentais para o exercício da Assistência Social (não apenas no Brasil). Essas mediações têm sua raiz na relação simbiótica que a emergente Assistência Social brasileira vai estabelecer com a benemerência, tornaram-se mediações para a Assistência Social e são certificadas como tal pelo CNAS em suas atribuições definidas na LOAS (YASBEK, 2004, p.16).

Para a autora, a prática filantrópica não é coisa do passado e, nos anos recentes, vem assumindo cada vez maior relevância no sistema de proteção social no Brasil. Muitos programas influenciados pela filantropia permanecem, especialmente aqueles dos anos 1990 que se caracterizaram por “[...] inspirações neoliberais das ações do Estado face às necessidades sociais da população” (YASBEK, 2004; 1989, p. 16).

Programas de natureza seletiva e privatista, com ações tímidas e erráticas, resultando em políticas compensatórias “[...] centradas em situações-limite em termos de sobrevivência e direcionadas aos mais pobres dos pobres, incapazes de competir no mercado” (YASBEK, 2004, p. 17). São programas que concebem os pobres a partir daquilo que lhes falta e não de sua positividade concreta.

Carvalho (2000) considera que há muito tempo os programas da Assistência Social foram capturados pela filantropia e ações missionárias de igrejas. Este fato contribui para a tendência presente, ainda hoje, de confundir a assistência social com assistencialismo, identificando a ação assistencial com atos de caridade direcionados aos mais pobres dos pobres, em vez de uma política com o objetivo de universalizar e garantir direitos.

A Política de Seguridade Social no Brasil não protege efetivamente os trabalhadores pobres, desempregados e sem direitos sociais assegurados. A Assistência Social foi convocada a intervir na pobreza e acabou tomando feições de um *governo paralelo da pobreza*. Os programas foram direcionados para compensar as carências das populações pobres, sem incluí-las nas políticas públicas; um governo “[...] sem compromisso de universalizar a proteção social e sem compromisso de garantir padrões de qualidade e de controle social” (CARVALHO, 1994, p. 88).

Ao funcionar como governo paralelo, a assistência social ofereceu serviços com um perfil compensatório: pontual, emergencial, transitório, parcelar e com fins corretivos, pouco visíveis na ação global do governo. Serviços que apenas atenuaram a miséria e reduziram a pobreza, mas que não estavam articulados ao conjunto das políticas governamentais (com caráter universal) (CARVALHO, 2004, apud HERKENHOFF).

Para Sposati (1998), a atenção devida ao trabalhador mais espoliado e à sua família assumiu formas de ajuda. A participação da população foi substituída pela tutela do Estado e a caridade ocupou o lugar da luta pela justiça social.

Para Carvalho (2000), as finalidades da política de Assistência Social devem assegurar os mínimos sociais através de ações que visam:

- ofertar serviços de proteção especial ou diferencial, tais como:
- abrigos para crianças abandonadas, centros de convivência e albergues para moradores de rua, casas lares para idosos ou pessoas portadoras de deficiência, cuidadores domiciliares, etc.;
- ofertar benefícios monetários de prestação continuada para idosos e pessoas portadoras de deficiência ou temporários (complementação de renda familiar) e benefícios em espécie (provisão de documentos, medicamentos, cestas alimentares etc.);
- assegurar a seu público-alvo inclusão social nas demais políticas públicas, no mundo do trabalho e na vida comunitária/societária;
- capacitar para a inclusão social, o que significa ofertar programas/processos de ampliação do universo informacional, cultural, fortalecimento de vínculos relacionais, desenvolvimento da autoconfiança e da autonomia; organização de grupos e movimentos locais de conquista de bens e serviços; organização de microempreendimentos produtivos, sociais ou relacionais geradores de trabalho e renda, participação, convivência (CARVALHO, 2000, p. 152).

Num primeiro momento, Carvalho (2000) destaca que a garantia de mínimos sociais não é tarefa exclusiva da Assistência Social; é um projeto e responsabilidade da sociedade como um todo. Assim, também não deve se limitar às condições de sobrevivência dos indivíduos, mas a garantias de cidadania.

Todavia, por ser direcionada àqueles que dela necessitam, a Assistência Social é frequentemente associada aos mais empobrecidos e necessitados, porque estão fora de mecanismos e sistemas de segurança social (via trabalho, acesso às políticas públicas e redes sociais). Desta forma, aponta Carvalho (2000), a assistência social, na prática, se reduz, com freqüência, aos segmentos de máxima destituição e exclusão, aqueles situados na pobreza absoluta (crianças e adolescentes em diversas condições de risco, portadores de deficiências, moradores de rua, desempregados de longo prazo e idosos).

Programas de renda mínima que em outros países são vistos como direito social e fazem parte das Políticas Sociais, no Brasil assumem a forma de políticas compensatórias, sendo entendidos, em grande parte, como uma caridade. Desta forma, giram em torno de políticas e projetos que, segundo se afirma, visam combater a pobreza, sem, entretanto, considerar os pobres como sujeitos de direitos (CARVALHO, 2000).

Para Pereira (2000), até hoje a proteção social no Brasil não conseguiu implantar uma rede de proteção social capaz de impedir e romper com a reprodução da pobreza que afeta grande parte da sociedade.

Pereira (2000, p. 127) considera que o caso brasileiro afigura-se como um misto ou combinação de elementos presentes na classificação de Esping-Anderson (1991), a saber:

[...] intervenções públicas e seletivas – próprias dos modelos liberais –, adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais – típicas dos modelos conservadores – e, ainda, estabelecimento de esquemas universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviços – característicos dos regimes social-democratas. E tudo isso foi mesclado às práticas clientelistas, populistas, paternalistas e de patronagem política de larga tradição no país.

Essas reflexões mostram que as políticas sociais no Brasil não consideraram aspectos fundamentais da realidade da pobreza. As estratégias governamentais não vêm demonstrando preocupação com seu enfrentamento resolutivo. Pelo contrário, têm-se direcionado para atender aos interesses econômicos em detrimento do social.

Os pobres são vistos como desamparados e incapazes, por isso as ações estatais estabelecem uma relação de tutela, com práticas assistencialistas, paternalistas e de trocas políticas. São reforçadas relações de dependência em relação às autoridades, o que impede a sua autonomia. O olhar sobre a pobreza não considera o ponto de vista daqueles que são pobres.

Ao pensar a política social sem romper com as práticas assistencialistas e paternalistas, o Estado optou por programas compensatórios dirigidos exclusivamente aos grupos pobres. Partindo do princípio de que, no Brasil, com alto nível de desigualdade social e pobreza, os programas que oferecem renda mínima tornam-se um mecanismo para atender às necessidades imediatas das famílias pobres.

Entretanto, para não gerar relações de dependência e de subserviência, tais instrumentos não devem estar centrados apenas na obtenção de uma renda, mas ser acompanhados de propostas que garantam, no médio prazo, o acesso ao emprego, por exemplo — “programas que considerem a positividade concreta dos pobres. Os mínimos sociais não devem assegurar apenas condições de

sobrevivência, mas, sobretudo, o exercício da cidadania” (HERKENHOFF, 2004, p. 20).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio da pesquisa realizada com famílias de crianças e adolescentes acolhidas em instituições públicas no município de Sapucaia do Sul-RS, observou-se que são famílias menos favorecidas, que necessitam de políticas públicas para cuidado e formação de seus membros, muitas vezes a institucionalização se justifica pela situação de extrema pobreza e falta de planejamento familiar.

Rizzardo (2006, p. 15) refere que:

À família reconhece-se a autonomia ou liberdade na sua organização e opções de modo de vida, de trabalho, de subsistência, de formação moral, de credo religioso, de educação dos filhos, de escolha de domicílio, de decisões quanto à conduta e costumes internos. Não se tolera a ingerência de estranhos – quer de pessoas privadas ou do Estado - para decidir ou impor no modo de vida, nas atividades, no tipo de trabalho e de cultura que decidiu adotar a família. Repugna admitir interferências externas nas posturas, nos hábitos, no trabalho, no modo de ser ou de se portar, desde que não atingidos interesses e direitos de terceiros. [...] Dentro do âmbito da autonomia, inclui-se o planejamento familiar, pelo qual aos pais compete decidir quanto à prole, não havendo limitação à natalidade, embora a falta de condições materiais e mesmo pessoal dos pais.

Sousa (1999) afirma também que a abordagem teórica da pobreza fundamentada nos princípios liberais e neoliberais apregoa a supremacia do mercado sobre o indivíduo. A pobreza, de acordo com esse ponto de vista, não é pensada como determinada pela estrutura social, mas como sendo causada por problemas ligados ao próprio indivíduo. “A pobreza é concebida, portanto, como uma disfunção individual, atribuída à ausência de disposição física, de iniciativa, de sorte, de aptidão para atuação na sociedade” (SOUSA, 1999, p. 86). Nessa perspectiva, o indivíduo é responsabilizado por sua condição de pobreza.

Para Benevides(2000, apud SILVA, p. 9) define a pobreza como uma categoria histórica que se produz e reproduz nas condições sociais, econômicas, políticas e culturais. Para a autora, sua existência e crescimento estão vinculados à concentração de riqueza e desigualdade social, sendo que a igualdade não decorre, apenas, do reconhecimento da isonomia e da igualdade dentro da lei, mas, sobretudo da igualdade de condições sociais e de oportunidades.

Para Demo (2000,apud SILVA, p. 16), “[...] ser pobre não é apenas não ter, mas ser coibido de ter”. Para o autor, é pobre a pessoa privada de sua cidadania.

Aquela que vive em estado de manipulação ou destituída da consciência de sua opressão, ou coibida de se organizar em defesa de seus direitos. O autor trabalha o conceito de pobreza política que, para ele, significa “[...] uma tragédia histórica, na mesma dimensão da pobreza socioeconômica, e se retrata, entre outras coisas, na dificuldade de formação de um povo capaz de gerir seu próprio destino”. Afirma que [...] é politicamente pobre aquela sociedade tão debilmente organizada, que não passa de massa de manobra nas mãos do Estado e das oligarquias. Um povo politicamente pobre é aquele que não conquistou ainda seu espaço próprio de autodeterminação DEMO (apud SILVA, 2000, p. 16).

Sendo assim, há necessidade de conhecer o perfil das mães entrevistadas para que se possa centrar a preocupação no sujeito e entender o processo de institucionalização de crianças e adolescentes.

Busca-se através da pesquisa a sustentação para o melhor conhecimento do público efetivo, bem como os componentes relacionados a idade, educação, religião, situação econômica e social destes sujeitos.

Para entendermos melhor a relação entre a falta do Planejamento Familiar e a situação de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, foi importante conhecer os fatores que influenciam nas vulnerabilidades sociais que implicam na ruptura dos vínculos familiares.

Os dados sobre o comportamento dessas mães possibilitam determinar o perfil das famílias e a busca de novas alternativas de políticas públicas que possa propor uma perspectiva diferente na vida destas pessoas.

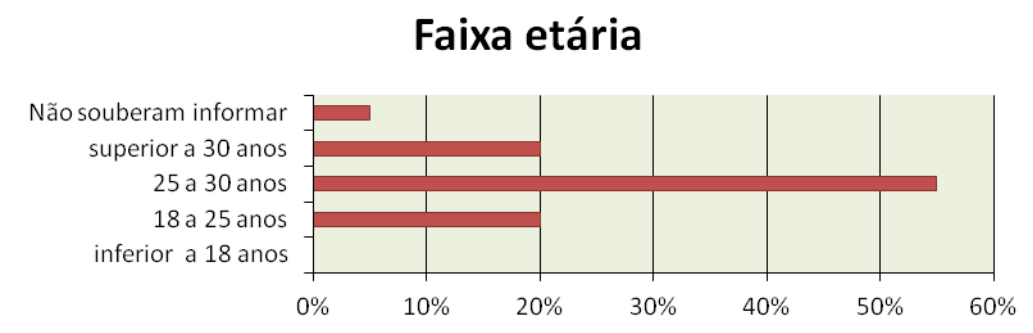


Figura 1

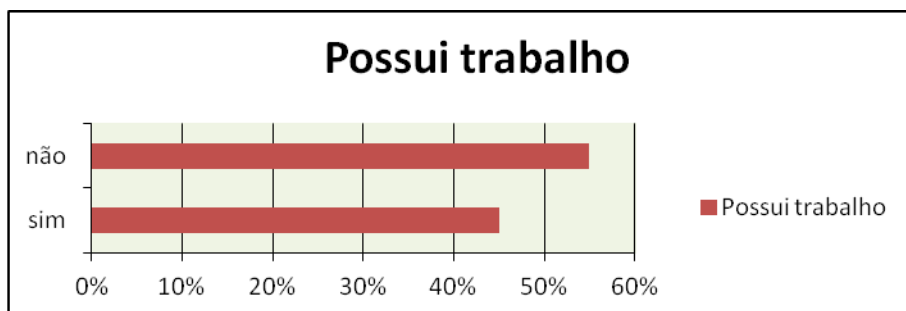


Figura 2

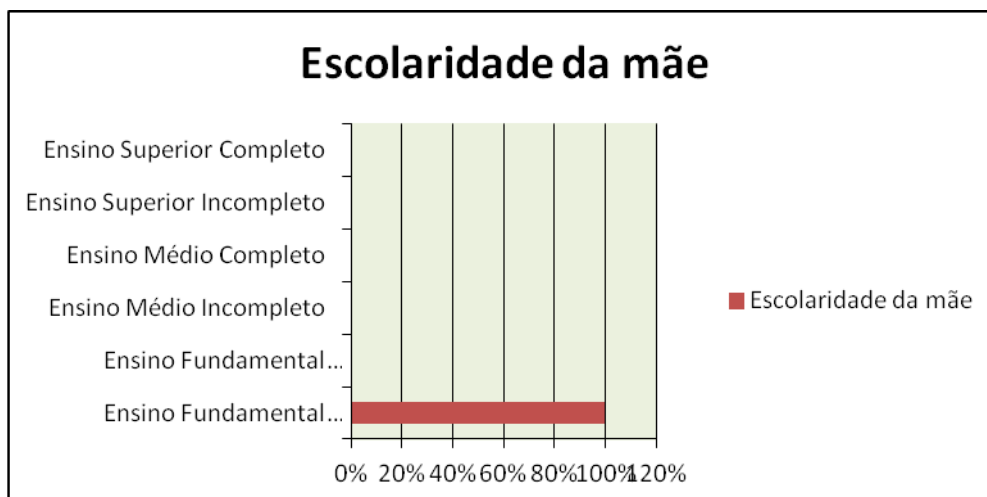


Figura 3

Em análise aos gráficos acima, observa-se que são mães jovens, com baixa escolaridade, ligadas ao setor informal, que é composta por pequenas atividades geradoras de renda, como faxinas, montagem de calçados, caixas de embalagens entre outras, que são mercados desregulamentados, com baixo nível de escolaridade e qualificação. São atividades que se utilizam de técnicas rudimentares e mão de obra pouco qualificada que proporcionam emprego instável de reduzida produtividade e baixa renda.

A inserção na economia informal é a única saída para o desemprego e para dificuldade de reinserção na economia formal. Está ligada ao foco de baixa escolaridade, baixa qualificação, condições precárias de trabalho e falta de direitos trabalhistas e previdenciários.

Brandão (1984, p. 116) coloca que num:

Sentido bem amplo, a educação é uma parte do modo de vida de um povo, um componente fundamental de sua cultura. Sem ela seria impensável a aquisição e a transmissão da cultura dos mais diversos grupos sociais. A educação não se realiza sempre do mesmo modo, mas varia historicamente

de acordo com as necessidades de cada povo e de cada época. Não existe, portanto, um modelo único e definitivo de educação: [...] Da família à comunidade, a educação existe difusa em todos os mundos sociais, entre as incontáveis práticas dos mistérios do aprender; primeiro, sem classes de alunos, sem livros e sem professores especialistas; mais adiante, com escolas, salas, professores e métodos pedagógicos.

O mesmo autor afirma que a educação é um dos principais meios de realização de mudança social ou, pelo menos um dos recursos de adaptações das pessoas, em um mundo em mudança, podendo na atualidade inclusive ser vista como um investimento, mas ela ainda continua a provocar desigualdades. Regional e global.

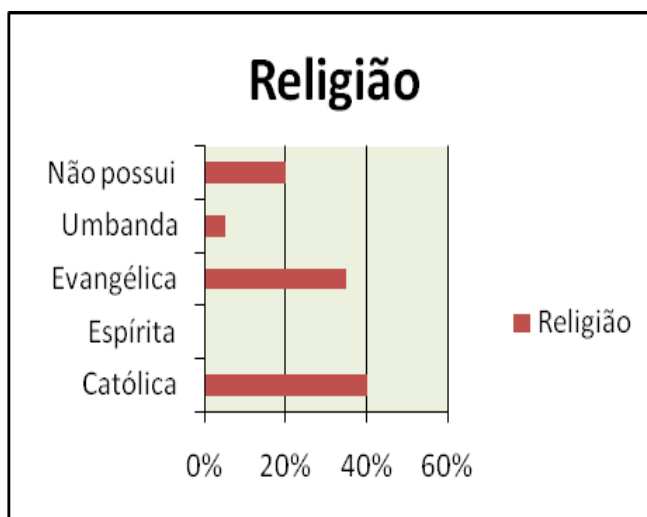


Figura 4

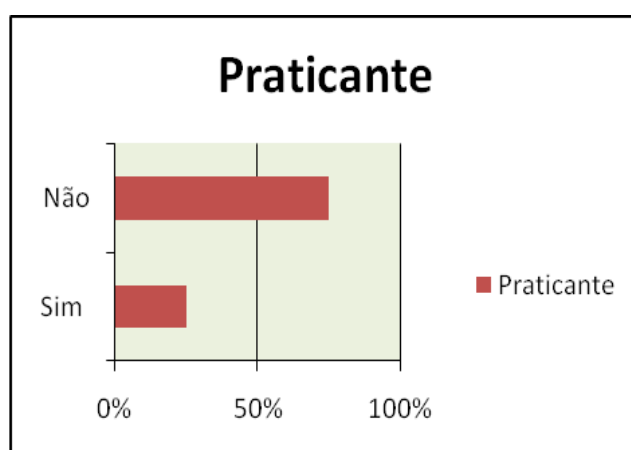


Figura 5

A religião em muitos casos influencia na decisão quanto a questão da busca de um método contraceptivo, em função da posição da Igreja Católica sobre planejamento familiar por exemplo. Na igreja católica a doutrina mais conhecida é a doutrina conservadora defendida pelo Papa, e por muitos membros da hierarquia e,

também, por uma minoria significativa de teólogos católicos. Esta doutrina insiste em afirmar que todos os meios de contracepção artificial e o aborto são contra as leis de Deus. Para esta perspectiva conservadora métodos contraceptivos não podem sequer ser utilizados por uma pessoa cujo cônjuge está infectado com HIV. Certamente esta é uma leitura possível das tradições católicas e cristãs, porém muitas pessoas consideram-na extrema.

Segundo Papa Bento XVI o uso atual e indiscriminado de preservativos e anticoncepcionais incentivam um estilo de vida sexual imoral, promíscuo, irresponsável e banalizado, onde o corpo é usado como um fim em si mesmo e o parceiro (a) é reduzido (a) a um simples objeto de prazer. Esse tipo de vida sexual é fortemente condenado pela Igreja Católica.

O planejamento familiar deve ser um elemento primordial na prevenção de saúde, que mediante estratégias individuais e coletivas orientam as pessoas que buscam tais serviços, oferecendo-lhes informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos que melhor se adaptem às condições atuais de saúde. Compreendido como o direito básico de cidadania e que deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, garantindo ao indivíduo a possibilidade de regular a fecundidade e decidir livre e responsavelmente por ter ou não filhos.

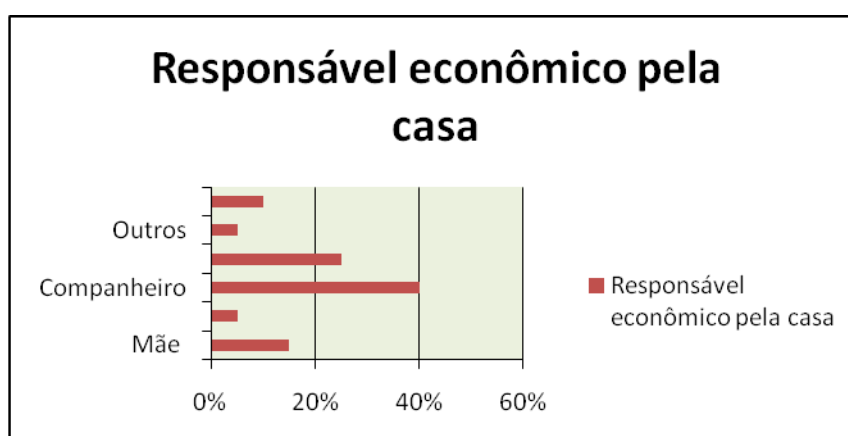


Figura 6

A discriminação econômica que existe entre homens e mulheres é uma das causas que mais reflete no âmbito das relações familiares, trazendo conseqüências desastrosas, uma vez que muitos homens se valem desta diferença sócio-econômica para constranger, humilhar e violentar física e psicologicamente a esposa

ou companheira, utilizando o artifício econômico, para mantê-las sob o mesmo teto, não obstante viverem uma relação desgastada e sem amor.

A Lei Maria da Penha (número 11.340) decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo ex-presidente do Brasil Luiz Inácio Lula da Silva em 7 de agosto de 2006; dentre as várias mudanças promovidas pela lei está o aumento no rigor das punições das agressões contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar. A lei entrou em vigor no dia 22 de setembro de 2006.

Refere no art 7º no Inciso II:

A violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

É evidente que muitas mulheres vivendo situações análogas de constrangimento e humilhação, permanecem convivendo com o homem que as agride fisicamente ou psicologicamente, dada a precária situação econômica em que vivem, bem como o fato de não reunirem condições de sobreviverem sem a ajuda financeira do marido ou companheiro que ostenta poder econômico.

De acordo com Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher (1979):

A discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher.

Conforme Artigo 1º "discriminação contra a mulher" significará toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

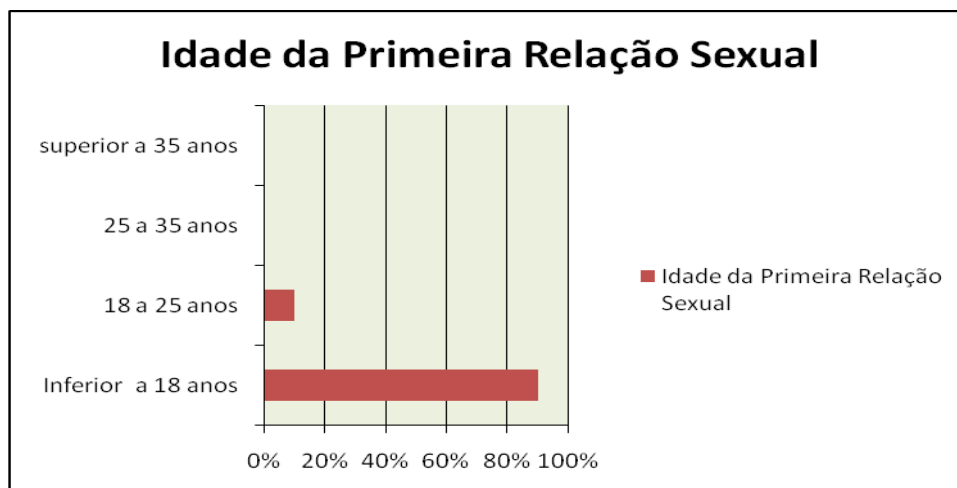


Figura 7

Observa-se que a maioria iniciou a vida sexual na adolescência. O início da vida sexual proporciona grandes mudanças na vida das pessoas. É a iniciação sexual. Essas mudanças trazem grandes dúvidas. Dúvidas a respeito dos métodos contraceptivos, da prevenção, das doenças. A busca de informações com pessoas leigas, muitas vezes de forma errada. Não há informação quanto à importância da orientação com um profissional da saúde que tirem todas as suas dúvidas acabando assim com seus receios e deixando bem esclarecidas todas as responsabilidades que a vida sexual que se inicia trás.

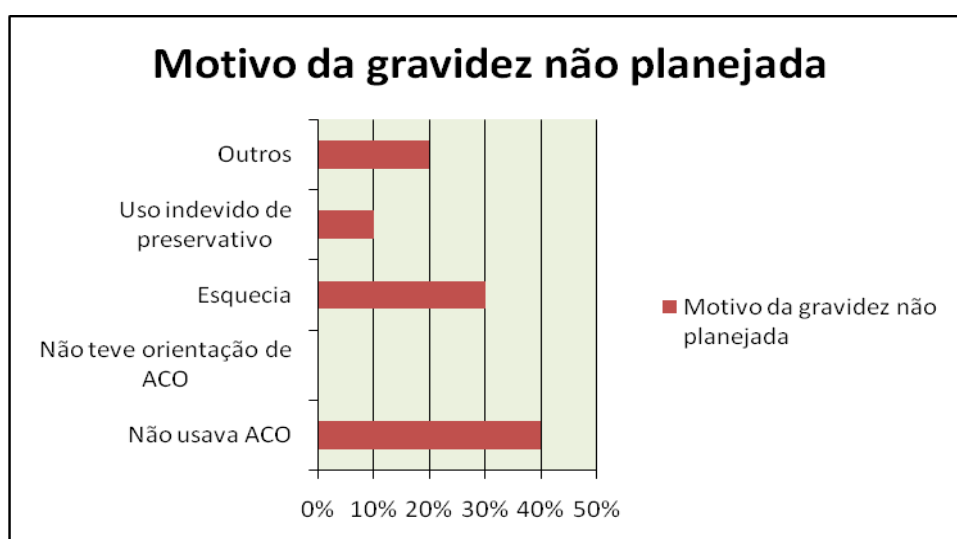


Figura 8

Decorrente de descuido, por omissão, desconhecimento, inabilidade ou problema no uso de contraceptivos, exigindo, portanto, a antevisão do risco associado ao exercício da vida sexual.

Analisando que as mulheres entrevistadas iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos, pode-se considerar em muitos casos a gravidez precoce, e muitas vezes não desejada tornando a vida da adolescente vulnerável, privando-lhe do pleno desenvolvimento a que têm direito, diminuindo a chance de crescimento pessoal e profissional. Também pode-se ressaltar o abandono escolar devido à gravidez.

Ressalta-se também o fato da nossa legislação trabalhista não permitir o trabalho de menores de 16 anos, o que ainda acentua o fato dessas adolescentes mães dependerem financeiramente da família ou terem subempregos.

Faz-se importante destacar que a despeito de uma gravidez “não planejada” em geral traz sentimentos de rejeição, a reação inicial não se cristaliza para sempre: uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação e vice-versa (MALDONADO, 1988). O que comumente ocorre.

Segundo Valente (1989), é que a gravidez não-planejada passa a ser encarada de maneira passiva, por meio do discurso estereotipado: “já que estou, vai continuar”.

Ao se pensar que toda gravidez, segundo Caplan (1964), é vivida de maneira crítica, uma vez que tal etapa na vida da mulher desperta vivências extremamente primitivas, que até então dormitavam, pode-se pensar o quanto essa crise torna-se maximamente presente em uma gestação que irrompeu inesperadamente.

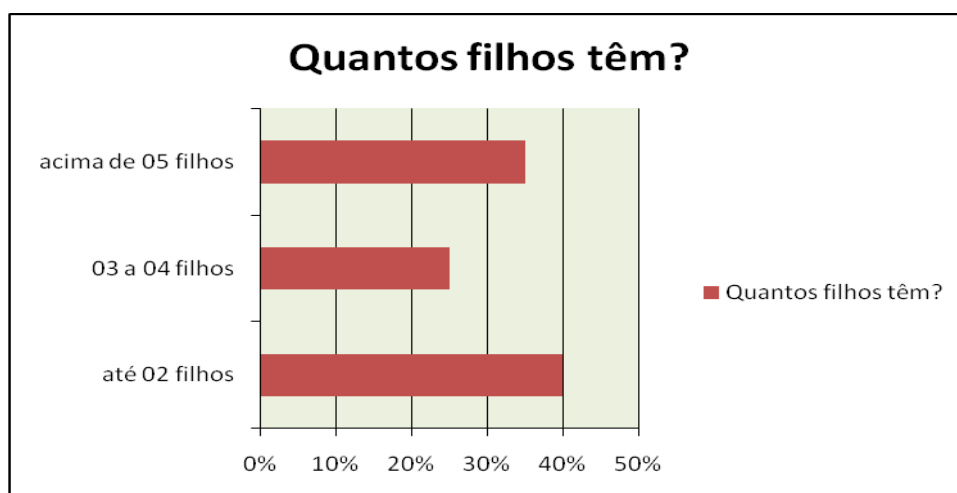


Figura 9

Neste item fica claro que mulheres não acessam o Programa de Planejamento Familiar, 19,6% das mulheres entrevistadas, ou seja, aproximadamente 1/3 possuem acima de 05 filhos.

Observa-se que o número elevado de filhos se justifica entre as mulheres com menores níveis de educação e renda. Esse maior número de filhos é decorrente da falta de informação e acesso a métodos contraceptivos.

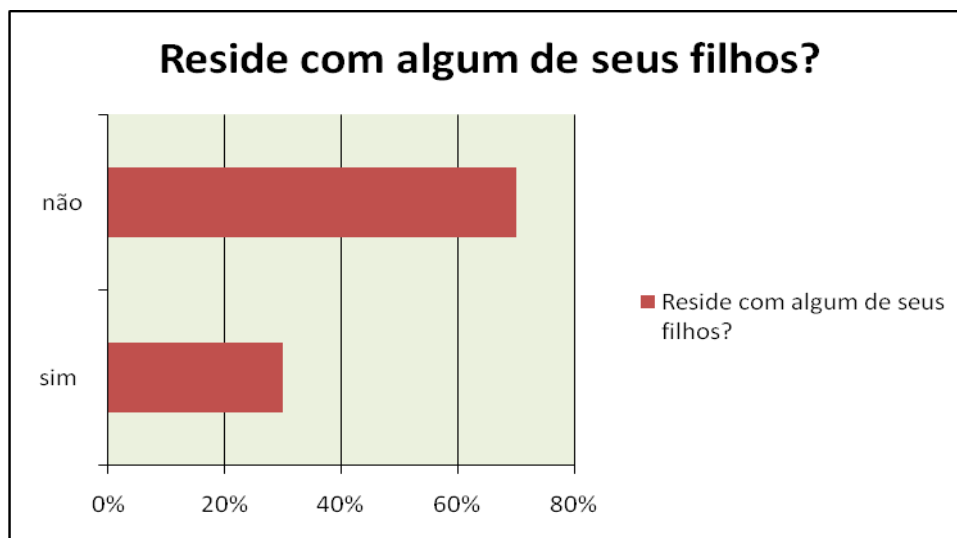
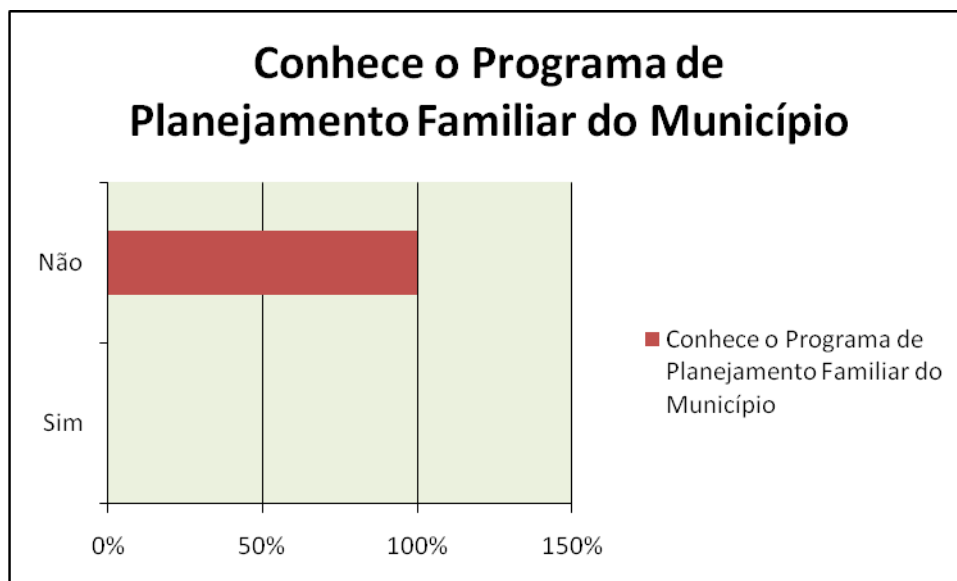


Figura 10

Na maioria das vezes, o filho do último relacionamento fica em casa, e os outros de relacionamentos anteriores acabam sendo negligenciados resultando no acolhimento em instituições públicas. Em muitas vezes o novo companheiro não aceita, há casos de maus tratos, negligência e abuso sexual.

Entre as características de personalidade de mães de crianças abusadas sexualmente apontadas no estudo de Amendola (2004), estavam presentes: permissão para outros tomarem a maioria das importantes decisões, subordinação de suas necessidades às dos outros, relutância em fazer exigências às pessoas das quais dependem, medo exagerado da solidão e de ser abandonada, capacidade limitada de tomar decisões e percepção de desamparo e de incompetência.

Essas características sugerem uma dependência emocional e financeira evidenciada pela necessidade de estar ligada a determinada pessoa.



As mulheres entrevistadas na sua totalidade não acessam o Programa de Planejamento Familiar, alegando desconhecimento e/ou falta de informação.

Conforme a regra instituída no §2º do art. 1565: "O planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito, vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas".

Varella (2006) refere quanto ao Planejamento Familiar no Brasil:

Planejamento Familiar é o acesso dos métodos de contracepção para as classes mais pobres. Hoje isso é privilégio da classe média. Você pega uma família que não quer ter mais filhos e condena essa família a ter mais dois filhos que não pode criar. Isso é condenar essa família à miséria. Eles agem como se as mulheres pobres tivessem que ter o direito de ter quantos filhos desejarem. Não é esse o problema. O problema fundamental é elas não terem o direito de terem poucos. Se você não tem acesso aos métodos anticoncepcionais, você volta à década de 40, quando não existia a pílula.

Rizzardo (2006) refere que o princípio do Planejamento Familiar encontra-se regulamentado na Lei nº 9.263/1996, que assegura a todo cidadão, não só ao casal, o planejamento familiar de maneira livre, não podendo nem o Estado, nem a sociedade ou quem quer que seja estabelecer limites ou condições para o seu exercício dentro do âmbito da autonomia privada do indivíduo.

Lei sobre planejamento familiar, nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regulamenta o § 7º, do art. 126, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências:

Art. 1º - O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.

Art. 2º - Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 3º - O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que incluem, como atividades básicas, entre outras:

Art. 4º - O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fertilidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º - As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestora do Sistema Único de Saúde.

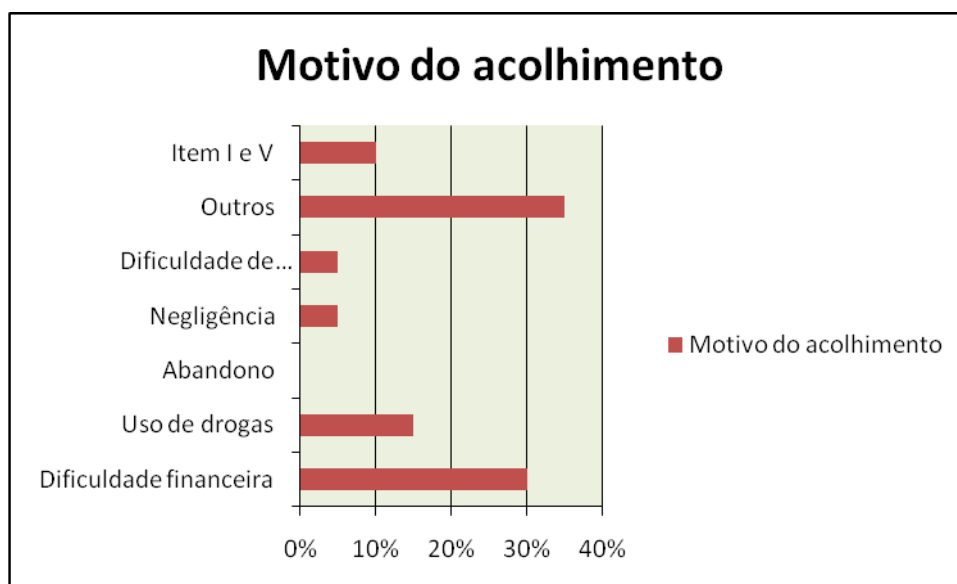


Figura 12

Um dos problemas mais agravantes é acolhimento de crianças e adolescentes em instituições públicas, que está relacionada ao abandono, negligência, a miséria, a dependência química que impossibilita os pais quanto a

garantia de direitos adequados aos seus filhos levando em muitos casos ao desemprego, a marginalidade, ao conflito com a lei.

Em relação a garantia de direitos está previsto no ECA no Art. 4º que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. A mesma lei assegura no Art. 19 que “toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”.

Segundo Milman (1998, p. 17):

Há momentos em que um pequeno gesto, uma simples atitude, uma providência rápida podem evitar que o mal cresça, que a gente se aborreça e que se entre no circuito de dramas, desencontros e perigos excessivos. Muitas vezes é possível de uma forma simples, esvaziar cenas aparentemente terríveis, impedindo que as relações se transformem num desastre e que um afastamento muito profundo se estabeleça.

O presente estudo faz um resgate histórico da formulação e implementação das políticas públicas, com ênfase na política de planejamento familiar. Conclui que esta, em seu início, atendeu a interesses controlistas e hoje, o planejamento familiar, embora oficialmente reconhecido como direito de cidadania, ainda reflete interesses contraditórios das instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder.

As políticas públicas existentes não estão correspondendo às necessidades e demandas para oferecer o suporte básico para que a família cumpra, de forma integral, suas funções enquanto agente de socialização dos seus membros, principalmente no que tange a infância e adolescência.

O Estado deve priorizar a convivência familiar através de políticas públicas que subsidiem o planejamento da instituição familiar, acesso a métodos de pré-concepção, informações sobre os principais cuidados com a maternidade e sobre os acessos a bens e serviços que facilitam a vida da família e o bem-estar dos seus membros. É importante que todos saibam através da iniciativa do Estado, que a pobreza não pode ser fator determinante para o abandono, ninguém tem o direito de institucionalizar a criança ou adolescente pobre.

Segundo Moraes (2005, p. 744), “a família é a base da sociedade e, constitucional e legalmente, tem especial proteção do Estado”.

A convivência familiar garante o cumprimento de outros direitos previstos e expressos no ECA e na própria Constituição Federal, quais sejam: direito à vida e à saúde, direito à alimentação, direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, direito à convivência familiar e comunitária, direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer e direito à profissionalização e proteção do trabalho.

Segundo Guerra (1998, p. 90), os problemas sociais surgem no primeiro meio social que conhecemos, ou seja, a família, pois com ela aprendemos a nos comportar e onde, geralmente, surgem os conflitos por uma falta de tolerância por parte do outro. Tradicionalmente, ensina-se ao indivíduo através do castigo, da dor, do sofrimento, porém são traços culturais do contexto de família que poderemos superá-los. A situação do adolescente é mais delicada quando “a família passa a não garantir de forma segura a vida material de seus membros, não consegue protegê-los do mundo exterior”.

Jordan (1974, p. 9) cita que os problemas sociais estão relacionados ao modo como as pessoas se comportam em suas relações mutuas, as pessoas vivem habitualmente em famílias; portanto, a maioria,

Na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.

Beach (1968, p. 15) coloca que:

A família é o ambiente mais favorável ao desabrochar e ao desenvolvimento normal do ser humano. O homem, quando vem ao mundo, é o ente mais débil de todos os seres vivos. Esta frágil existência tem necessidade dos mais minuciosos e solícitos cuidados, de uma vigilância de todos os momentos.

A atenção à família através de políticas públicas adequadas constitui-se em um dos fatores condicionantes e fundamentais das transformações as quais a sociedade brasileira aspira. No momento em que a família e a comunidade não dão conta de garantir a vida dentro dos limites da dignidade, cabe ao Estado assegurar tais direitos, para que a criança e o adolescente desfrute de bens que apenas a

dimensão política e seu aliado fortalecedor "Estado" podem subsidiar, proporcionando apoio ao desempenho de suas responsabilidades e missão.

Crianças que passam por uma ruptura dos vínculos familiares, através da institucionalização acabam por desenvolver o que se pode denominar de identidade institucional. Esta identidade é artificialmente construída como resposta à necessidade de desenvolver mecanismos de resistência e sobrevivência em um ambiente pouco favorável, funciona como uma máscara, uma identidade virtual, atrás da qual se esconde a real identidade da criança, que é a perspectiva do nosso futuro.

Dentro de um abrigo as crianças não desenvolvem seu lado afetivo, pois não possuem um referencial familiar, os funcionários distribuídos em turnos, têm atitudes e comportamentos próprios, diferente do que ocorre numa família, onde há uma referencia afetiva mais constante. É necessário resgatar a auto-estima das crianças e adolescentes abrigadas, há de se tentar sua reintegração com a sociedade e o despertar de uma consciência social em favor dos projetos de vida familiar.

Normalmente a uma falta de preparo dos funcionários para cuidar das crianças, evidenciado em situações de hostilidade verbal e poucas ocorrências de carinho, palavras incentivadoras e contato físico. Podemos perceber que a maioria das crianças abrigadas manifesta um comportamento agressivo, sendo a privação emocional um fator fundamental no desenvolvimento deste problema, e que, isso, é essencial uma maior preocupação das políticas públicas em realizar uma abordagem eficaz dos problemas da família, oferecendo-lhe também apoio e proteção, para que as crianças possam, quando possível, retornar ao seu convívio. Se não é possível esta volta, encontrar um lar substituto.

É possível uma unidade de abrigo ser comparada a um lar familiar? Em que aspectos? Qual a diferença em ter como contexto de desenvolvimento uma instituição de abrigo ou um lar familiar? O conhecimento já produzido tem evidenciado haver implicações desses contextos para o desenvolvimento humano. Sendo assim, o que dizer da situação de crianças e jovens que permanecem internados em unidades de abrigo, sem uma situação definida, excluídos da convivência de diversos grupos sociais?

A sociedade brasileira é amparada por leis protetoras que, em seu registro escrito, foram elaboradas com a intenção de dar proteção integral. Essas leis, no papel, são capazes de assegurar os direitos fundamentais inerentes à pessoa

humana. Por outro lado, na prática, a legislação modelo é substituída por um conjunto de atitudes de benevolência, que fere a integridade do indivíduo.

As intervenções do Estado no campo social (especificamente na Assistência Social) são pautadas pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742, de 07/12/1993 (LOAS), e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Essas leis conferem o estatuto de política pública, o direito do cidadão e o dever do Estado em relação à Assistência Social, compondo o denominado tripé da seguridade social, juntamente com as áreas da Saúde e da Previdência Social, sendo assim definidas:

Artigo 1º - A Assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizados através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Que tem como objetivo:

- I – Proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II – Amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III – Promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV – Habilitação à reabilitação de pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

Em resumo, as disposições institucionais conferem à assistência social o lugar de política de seguridade social, estabelecida para a preservação, segurança e dignidade de todos os cidadãos, com padrões básicos de cobertura a vulnerabilidade e riscos sociais, com locus específico para sua gestão (SPOSATI, 1995). Isto supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de certezas e seguranças que cubram, reduzam ou previnam os riscos e as vulnerabilidades sociais.

Entretanto, a atual conjuntura social não condiz com a efetiva proteção disposta na legislação, uma vez que o conjunto das leis supracitadas supõe uma proteção efetiva aos indivíduos.

Segundo Oliveira (2005, p. 23),

A violência da pobreza é parte de nossa experiência diária. Os impactos destrutivos de transformações sociáveis em andamento vão deixando suas marcas sobre a população empobrecida e oprimida: é o aviltamento do trabalho, o desemprego, são os empregados de modo intermitente e

precário, é o trabalho que não liberta, são os que se tornaram não empregáveis e supérfluos (os inúteis para o trabalho cf. Castel, 1988), os sem-teto, os sem terra, o envelhecimento sem nenhuma qualidade, o desconforto da moradia precária e insalubre, a moradia nas ruas, a saúde débil, a droga, a AIDS, a prostituição, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, as humilhações, as punições, a resignação, as revoltas, o fanatismo, a busca de explicações 'mágicas' da realidade vivida, a tensão, o medo, a sujeição, a violência e tantas outras situações que anunciam os limites da condição de vida humana dos pobres, dos excluídos e dos subalternizados em nossa sociedade.

5 CONCLUSÃO

Por meio da pesquisa realizada com famílias de crianças e adolescentes acolhidas em instituições públicas observou-se que são famílias menos favorecidas, que necessitam de políticas públicas para cuidado e formação de seus membros, muitas vezes a institucionalização se justifica pela situação de extrema pobreza e falta de planejamento familiar.

A maior parte da população mais pobre, a significativa proporção de filhos não desejados tornou-se parceira da miséria e da degradação social. Mulheres, reféns da sua cidadania incompleta, não têm tido a oportunidade de exercer seus direitos reprodutivos, inclusive o direito de regular sua fecundidade, segundo os seus desejos e necessidades. São socialmente empurradas, pela desinformação e falta de acesso aos meios de regulação, para a geração de uma prole que só tem tornado mais grave a sua situação social.

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.

As alternativas de resgatar a convivência familiar, geralmente são alternativas frágeis, tendo em vista todas as vulnerabilidades sociais em que a família se encontra, que em muitos casos resultam em várias reincidências de acolhimentos institucionais.

A realidade institucional de muitas crianças revela uma faceta sombria da vida a que estão tiranizadas. Privadas do direito fundamental de crescer e se desenvolver no seio de uma família e no aconchego de um lar são cotidiana e silenciosamente aviltadas em seu mais elementar direito: o direito à infância.

Há que se questionar se a vivência institucional não apresenta mais riscos e prejuízos do que oportunidades para o integral desenvolvimento da criança. A busca de alternativas que defendam a convivência familiar e comunitária, direitos fundamentais da criança e do adolescente consagrados pela Constituição da República de 1988 e pela Lei n.8.069/90, e o acolhimento familiar, através da colocação em família substituta, são medidas que favorecem o desenvolvimento pleno, sadio e harmonioso da criança, cuja personalidade está em formação, garantindo o seu bem-estar.

A necessidade de um novo olhar e de uma nova postura em relação à criança institucionalizada é premente. Ainda há muito por fazer. O caminho de superação implica mudanças de paradigmas.

Neste trabalho foi apontado uma das causas que a falta do Planejamento Familiar contribui, que é a ruptura dos vínculos familiares, em consequência da falta de informação e divulgação dos serviços oferecidos na rede pública de saúde para a regulação da fecundidade.

Verifica-se que a mesma sociedade que acusa, que confere atributos de ordem negativa, é a que os diagnostica e estabelece um padrão de tratamento diferenciado, impondo limitações de espaço e de oportunidades em relação a emprego, estudo, formação etc., em uma clara demonstração que não os reconhece como sujeitos de uma mesma ordem social. Essa relação edificada é aprendida no cotidiano e, infelizmente, reproduzida com absoluta naturalidade.

Desta forma, constata-se que a sociedade que não proporciona condições básicas para os desfavorecidos sociais é a mesma que os culpabiliza por sua situação de passividade diante da vida e pelo seu fracasso na criação da prole, é a mesma que lhes empresta descrédito em relação à capacidade de oferecer afeto, proteção e amor aos seus filhos, é a mesma que os estigmatiza, os discrimina e os exclui.

Finalmente, o planejamento familiar, embora representando um passo decisivo em direção à construção da cidadania feminina, na prática, reflete interesses contraditórios que se confrontam numa luta entre as instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder.

Observa-se que a política de saúde no que se refere ao planejamento familiar, está longe de ser uma política preventiva e de fácil acesso, pois embora faça parte dos programas de saúde, não busca atender a sua real demanda.

As duas políticas públicas apontadas neste trabalho, sem dúvidas estão interligadas e ocupando um espaço de grande relevância no debates atuais. Os direitos sexuais e reprodutivos, sendo um de seus pontos centrais é uma solução para muitos problemas sociais. Cidadãos mais bem informados têm maiores oportunidades de emprego, de conhecimento. Estas são condições básicas para que possam fazer suas escolhas e colocá-las em prática. Mas além da educação, é preciso ter acesso a um sistema de saúde democrático, universal, equânime.

É preciso romper com o perverso ciclo da história, mantendo viva a chama da indignação. Compreender para transformar, eis o começo de tudo.

REFERÊNCIAS

A IGREJA e o planejamento familiar. Disponível em:
<www.cnd.org.br/art/domgil/planejamentofamiliar.asp> Acesso em: 20 mar. 2010.

ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetões históricas e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.

AMENDOLA, M. F. Mães que choram: avaliação psicodiagnóstica de mães de crianças vítimas de abuso sexual. In: M. C. C. A. Prado (Org.), **O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana** (pp.103-169). São Paulo: Vetor, 2004.

BEACH, Raimundo. **Nós e nossos filhos**. Santo André. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1968.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo, Brasiliense, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006: fecundidade cai e acesso a serviços de saúde de mães e filhos crescem no Brasil**. 2009b. Disponível em:<
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: MS, 2009.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – relatório**. Brasília: MS, 2008.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Presidência

da República, 2008.

_____. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: MS, 2005.

_____. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília: MS, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1 (1992), a 43 (2004), e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6 (1994), 23. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2004.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007.** Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, setembro de 2004.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente** Secretaria de Estado dos Direitos Humanos – Departamento da Criança e do Adolescente, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** 4. ed. Brasília: MS, 2002.

_____. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso:** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: MS, 2001.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999.** Brasília: MS, 1999.

_____. Conselho Nacional De Assistência Social. **O sistema descentralizado e participativo da assistência social: construindo a inclusão - universalizando direitos.** Brasília: CNAS, 1997.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 15 jan. 1996. Seção 1. p. 561-570.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: MS, 1984.

_____. Lei n 8.742 de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Brasília: MS, 1993.

_____. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Lei Maria da Penha.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 13 mar. 2010.

CAPLAN, G. **Princípios da psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

CARVALHO, M. C. B. O Lugar da Família na Política Social. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) **Família Contemporânea em Debate.** São Paulo: Cortez, 2000, p. 13-21.

CARVALHO, José. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde. 1994. Disponível em:

www.cebepes.org.br/media/File/.../Saude%20em%20Debate_n65.pdf> Acesso em: 15 mar. 2010.

CECATTI, J. G. et al. The associations between inter-pregnancy interval and maternal and neonatal outcomes in Brazil. **Maternal and Child Health Journal**, v. 12, p. 275-281, 2008.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem /USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. **British Medical Journal**, London, v. 321, n. 18, nov. 2000.

CONVENÇÃO sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Disponível em: <<http://www.ambito-juridico.com.br/pdfsGerados/artigos/1521.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2009.

COSTA, N. F. P. (Org.). **BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005.

DIAS, C. N.; SPINDOLA, T. Conhecimento e prática das gestantes acerca dos métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem/UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 59-63, jan./mar. 2007.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisada**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 1998.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 7 jun. 2009. Acesso em: 14 set. 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Fecundidade, Natalidade, Mortalidade**. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>> Acesso em: 12 abr. 2009.

JORDAN, William. **O assistente social nas situações de família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

KUNDE, A. et al. Anticoncepção. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas de ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 219-230.

LOPES, M. H. B. M.; ARCE, X. D. C. E. Anticoncepção. In: LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia: AB, 2006. p. 107-111.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1988.

MILMAN, Lulli. **Cresceram!!!** Um guia para pais de adolescente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 744.

OLIVEIRA, Carmen Silveira; WOLFF, Maria Palma; CONTE, Marta; HENN, Ronaldo César. Direitos sociais: repercussões no cumprimento de penas privativas de liberdade. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 81, mar. 2005.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. Brasília: OMS, 2007. Disponível em: <<http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/PortugueseHanbook.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **La Salud de Los Jóvenes: Ginebra 1995**. Disponível em: <<http://www.emro.who.int/morocco/>> Acesso em: 10 jul. 2009

O PRINCÍPIO do planejamento familiar. Disponível em: <www.ambito_jurídico.com.br> Acesso em: 18 fev. 2010.

OSIS, M. J. M. D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6,

p. 1586-1594, nov./dez. 2004.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, (Supl. 1), p. 25-32, 1998.

_____. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: História de uma Intervenção**, 1994. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1994.

PAPA relembra 40 anos de proibição dos métodos contraceptivos. Disponível em: <www.etadao.com.br> Acesso em: 10 maio 2008.

PLANEJAMENTO familiar. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dgineco/planfamiliar>> Acesso em: 20 mar. 2010.

PLANEJAMENTO familiar católico. Disponível em: <www.amigodecristo.com> Acesso em: 13 jul. 2007.

PEREIRA, Potyara. **As necessidades humanas**: subsídios a crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RIZZARDO, Arnaldo. **Direito de Família**. Focalização e gestão social. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p. 15-16. Disponível em: <www.faleiros.com.br>. Acesso em: 13 mar. 2010.

SAIBA o tempo ideal para segunda gestação. Disponível em: <www.portaleducação.com.br> Acesso em: 23 abr. 2009.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3251> Acesso em: 13 mar. 2009.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; CASTRO, C. G. S. O.; COSTA, N. R. Quem acessa o

Programa Farmácia Popular no Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3056> Acesso em: 10 maio 2009.

SILVA, Maisa Miralva. **Condições de vida e estratégias de sobrevivência de famílias em situação de pobreza absoluta**. 2000. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, 2000.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2658> Acesso em: 15 mar. 2009.

SOUSA, Maria do Socorro Alves. **A pobreza como representação: o que faz um agente social ser considerado pobre no Programa Comunidade Solidária**. 1999. Dissertação (Mestrado em Política Pública) - Departamento de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. Maranhão, 1999.

SOUZA, J. M. M. et al. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá- PR. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.

SPOSATI, A. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania, **Revista Serviço Social & Sociedade**, v. 55, São Paulo: Cortez, 1997.

_____. A política social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social, **Cadernos ABONG**, São Paulo, n. 3, 1995. p. 7.

TAVARES, L. S. **Demanda total por anticoncepcionais no Brasil: uso e necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais**. 2006. Dissertação. (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. **Planejamento familiar no Brasil: 50 anos de história**. Brasília: UNFPA. 2008. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

VALENTE, Maria L.C. Sintomas apresentados pela gestante e sua correlação com a menarca vivida problemáticamente. *Perfil. Assis*. v. 2, 23-37, 1989.

VARELLA, Drauzio. Dr. Drauzio Varella e o planejamento familiar **para pobres**. 30 abr. 2006. Disponível em:
<br.groups.yahoo.com/group/acropolis/message/91820> Acesso em: 18 mar. 2009.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. UNFPA: Brasília, 2004.
MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 744.

YAZBEK, Maria Carmelita. As ambigüidades da Assistência Social brasileira após 10 anos de LOAS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.77, p. 22-47, 2004.

_____. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 10, 2001, Natal. **Anais...** Natal: UFRN, 2001, p. 22.

YAZBEK, M. C. (Org.). Projeto de revisão curricular da Faculdade de Serviço Social/PUC-SP. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, a. 5, n. 14, p. 55–78, mar. 1989.

ZAMPIERI, M. F. M.; NASCIMENTO, M. G. P. Planejamento familiar e métodos anticoncepcionais. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/NFR; 2007.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Inclusão de documentos, que sirvam como ilustração ou para complementarem informações contidas no conteúdo do texto. Inclui necessariamente um exemplar do instrumento de coleta de dados a ser utilizado.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
POLO DE SAPUCAIA DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MODALIDADE EAD

1- Idade da mãe () de 15 a 20 () 21 a 30 () 31 a 40 () acima

2 – Você está estudando?

|_1_| não, em que série você parou? _____ |__|__|

|_2_| sim, em que série você está? _____ |__|__|

3 – Você está trabalhando?

|_1_| não

|_2_| sim, em que você trabalha? _____

|__|__|__|

4 - Como você define sua cor da pele (auto-referida)?

|_1_| branca

|_2_| preta

|_3_| parda

|_4_| amarela (de origem asiática)

|_5_| indígena

|_6_| recusou-se a responder

|_9_| não sabe

5 - Qual é sua religião?

|_0_| nenhuma |_1_| católica |_2_| protestante |_3_| pentecostal

|_4_| espírita |_5_| umbanda, candomblé, batuque

|_6_| judaica |_7_| evangélico

|__| mais de uma (anotar códigos corresponden

|__| outra (especificar): _____

|_9_| não sabe

6 – Você é praticante? Frequenta igreja/culto?

|_1_| não |_2_| sim

7 - Atualmente, com quem você mora?

|_1_| ambos os pais

|_2_| somente com a mãe

|_3_| somente com o pai

|_4_| mãe e padrasto

|_5_| pai e madrasta

|_6_| outros familiares

|_7_| mora sozinha

|_8_| companheiro
 |___| outros especificar _____

8 – Quem é o responsável econômico pela sua casa?

09 – Escolaridade do mantenedor da casa?

|_1_| nunca estudou
 |_2_| ensino fundamental/ primário e ginásio/1º grau. Série: _____
 |_3_| ensino médio/científico/2º grau. Série: _____
 |_4_| superior
 |_8_| não estudou

10 - Com que idade você teve sua primeira relação sexual? |___|_| anos

11 - Você usa de preservativo?

|_1_| Não, por quê?

|_2_| Sim, por que?

12 - Faz uso de algum método anticoncepcional?

() sim () não

13 - Quem indicou?

() médico () por conta própria () amiga () outros

14- Alguma vez você pensou na possibilidade de engravidar? |_1_| não |_2_| sim

15 - Quantos filhos você tem? [incluir o RN] |___|

16 - Você convive com eles? |_1_| não |_2_| sim | 3 | alguns

Obs _____

17 - A gestação foi planejada? |_1_| não |_2_| sim

18 - Qual foi tua reação ao saber que estava grávida? [DETALHAR]

19 - Se não planejada, chegou a pensar em aborto?

() sim () não Porque?

20 - O que você pensa sobre a maternidade?

21 - Na sua opinião, por que as mulheres engravidam sem planejar?

22 - Você conhece o Programa de Planejamento Familiar do município de Sapucaia do Sul?

23 - Motivo do acolhimento de seus filhos.
