UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

RAYANA CARLA PORANGABA TORRES DE MENDONÇA

GESTANTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL E O PROGRAMA CRIANÇA ALAGOANA (CRIA)

Maceió-AL
2023

RAYANA CARLA PORANGABA TORRES DE MENDONÇA

GESTANTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL E O PROGRAMA CRIANÇA ALAGOANA (CRIA)

Monografia apresentada como requisito final, para conclusão do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas – Faculdade de Serviço Social, *Campus* A.C Simões, sob a orientação da Professora Dr.ª Milena da Silva Santos.

Maceió-AL
2023

Catalogação na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

M539g Mendonça, Rayana Carla Porangaba Torres de.
Gestantes em vulnerabilidade social e o Programa Criança Alagoana (CRIA) / Rayana Carla Porangaba Torres de Mendonça. – 2023.
54 f. : il.

Orientadora: Milena da Silva Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 48-54.

1. Alagoas. Programa Criança Alagoana. 2. Gestantes. 3. Vulnerabilidade. I. Título.

CDU: 364.442.2:618.2/.3

01 UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS0, FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL

Documento assinado digitalmente
gov.br RAYANA CARLA PORANGABA TORRES DE M
Data: 03/08/2023 16:30:51-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DISCENTE: RAYANA CARLA PORANGABA TORRES DE MENDONÇA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 26/07/2023

Título: **GESTANTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL E O PROGRAMA CRIANÇA ALAGOANA (CRIA)**

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
gov.br MILENA DA SILVA SANTOS
Data: 27/07/2023 16:10:28-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Milena da Silva Santos (orientadora)

Documento assinado digitalmente
gov.br EDIVANIA FRANCISCA DE MELO
Data: 02/08/2023 19:52:28-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Edivânia Francisca de Melo

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREA PACHECO DE MESQUITA
Data: 02/08/2023 21:41:19-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Andréa Pacheco de Mesquita

Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Campus AC. Simões, BR 104 Norte – Km 96,7 – Tabuleiro do Martins – 57072-970 – Maceió-AL.Telefone: (82) 3214-1232 – E-mail: coord.tcc@fsso.ufal.br – Home Page: www.fsso.ufal.br

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, agradeço pelas vezes que não tive forças e tu fostes minha força, te agradeço pelas vezes em que tudo cooperava para a desistência e tua forte mão me segurou, te agradeço por ter planejado e cuidado de cada detalhe sendo lâmpada para os meus pés me preservando em meio às adversidades e por nunca colocar um sonho em meu coração que não pudesses realizar, a ti toda a honra, glória e louvor.

Ao meu filho, Antônio Eduardo. Filho, na caminhada em busca dos meus sonhos tive que sacrificar muitas coisas, e a maior delas foi o tempo com você. Por isso, desculpa por todas as vezes que precisou do meu cuidado e eu não pude estar ao seu lado, por ter que ficar distante enquanto você era só um bebezinho, obrigada por me dar força com apenas um olhar e por ter realizado esse sonho comigo, desde a gestação. É tudo por você, Antônio.

Ao meu esposo, Caio César. Meu amor, agradeço por sua paciência e cumplicidade em todos os momentos, por ter segurado a minha mão e confirmado o pensamento de que fiz a melhor escolha. Você sonhou comigo, vibrou comigo, me esperou na porta da faculdade inúmeras vezes, mesmo cansado, me levou e buscou no nosso Classic vermelho, obrigada.

Aos meus pais, Carlos Jorge e Ivana Maria. Painho e mainha, vocês são os pilares da minha formação como ser humano, obrigada por acreditarem em mim, por fazerem o possível e o impossível para me ver concluir esse sonho, pelas vezes que cuidaram do meu filho com todo amor, mas principalmente pelas orações e conselhos, sem vocês nada disso seria possível.

Ao meu PET Conexões de Saberes Serviço Social. Minha maior e melhor experiência dentro da Universidade Federal de Alagoas, responsável por maior parte da minha formação como profissional, o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão tem a capacidade indiscutível de preparar profissionais de qualidade, minha gratidão por ter feito parte dessa família.

Às minhas amigas, Nathalia, Bruna, Sarah e Nayanne por todo apoio durante o curso e nos momentos que estive mais vulnerável. Meninas, obrigada por tornarem toda essa caminhada mais leve.

À minha orientadora, Prof. Dr.ª Milena da Silva Santos. Professora, agradeço pela sua atenção dedicada ao longo de todo esse trabalho, pela paciência com minhas dúvidas e angústias durante todo esse processo, a senhora foi essencial com sua presença cheia de otimismo.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de curso aborda sobre as gestantes em vulnerabilidade social e o Programa Criança Alagoana (CRIA). Avaliamos que esse assunto é de suma importância para a coletividade como um todo, pois o benefício do CRIA é exclusivo para gestantes e crianças de 0 a 6 anos em condição de vulnerabilidade social. É fruto de uma pesquisa bibliográfica e documental e teve como o objetivo apresentar a atuação do Serviço Social no Programa CRIA e sua importância para as gestantes e crianças que se encontram em vulnerabilidade. Para tanto, a pesquisa realizou a coleta de informações através da análise de dados, como artigos, teses, monografias, dissertações e livros com assuntos pertinentes ao tema em questão. Contemplou questões referentes às políticas de saúde e de assistência social, como fundamentais no atendimento à situação de vulnerabilidade social às gestantes alagoanas. Portanto, avalia que o Programa Criança Alagoana visa integrar ações nas áreas de assistência social e saúde para garantir políticas públicas em benefício das gestantes e crianças.

Palavras-chave: Gestantes. CRIA. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

This Course Completion Work deals with pregnant women in social vulnerability and the Programa Criança Alagoana (CRIA). We believe that this issue is of paramount importance for the community as a whole, as the CRIA benefit is exclusive to pregnant women and children aged 0 to 6 years in socially vulnerable conditions. It is the result of a bibliographical and documentary research and aimed to present the performance of the Social Service in the CRIA Program and its importance for pregnant women and children who are in vulnerability. Therefore, the research carried out the collection of information through data analysis, such as articles, theses, monographs, dissertations and books with subjects relevant to the theme in question. It contemplated issues related to health and social assistance policies, as fundamental in meeting the situation of social vulnerability of pregnant women in Alagoas. Therefore, it considers that the Programa Criança Alagoana aims to integrate actions in the areas of social assistance and health to guarantee public policies for the benefit of pregnant women and children.

KEYWORDS: Pregnantwomen. CREATE. Social vulnerability.

LISTA DE IMAGEM

FIGURA 01: Fluxograma dos objetivos do Projeto de Alimentação Complementar de Gestantes em Situação de Vulnerabilidade Social e Insegurança Alimentar e Nutricional 30

TABELA 1: Composição da Cesta Nutricional Ofertada Pelo Programa de Alimentação Complementar de gestantes em situação de vulnerabilidade social 31

TABELA 2: Adequação Nutricional Ofertada Pelo Programa de Alimentação Complementar de gestantes em situação de vulnerabilidade social 32

TABELA 3: Políticas Públicas para a garantia dos direitos das gestantes 34

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

AB – Atenção Básica;

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões;

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social;

CRFB/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

CRIA – Programa Criança Alagoana;

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada;

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública;

EC – Emenda Constitucional;

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente;

ESF – Estratégia da Saúde da Família;

FECOEP – Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza;

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões;

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;

NASF – Núcleo de Saúde da Família;

NIS – Número de Identificação Social;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;

PNAS – Política Nacional de Assistência Social;

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social;

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO.....11

2.1 A assistência à saúde no Brasil e sua constituição como direito social 11

2.2 O direito à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) 16

2.3 O Núcleo de Saúde da Família (NASF) e o Serviço Social.....18

2.4 Direitos da gestante na saúde.....22

3 O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA CRIANÇA ALAGOANA (CRIA) 28

3.1 Políticas sociais públicas voltadas à proteção da gestante.....28

3.2 A situação de gestantes em vulnerabilidade social e o Programa Criança Alagoana (CRIA).....34

3.3 Assistência social e o Cadastro Único: porta de entrada para o CRIA 39

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....45

REFERÊNCIAS.....48

1 INTRODUÇÃO

A presente explanação aborda sobre as gestantes em vulnerabilidade social e o serviço social no Programa Criança Alagoana (CRIA). O interesse sobre o tema despertou atenção a partir da vivência pessoal de uma gestação na condição de usuária dos serviços ofertados pelo Estado, em que possibilitou a visão e a experiência do que é ser gestante e usuária de algumas políticas e programas sociais, o que possibilitou perceber a tamanha fragilidade que existe nesses programas.

Por este viés, é importante trazer à baila que entre 2020 e 2021, 11,7 milhões de pessoas entraram em situação de pobreza extrema, elevando a 30,4% a taxa de pessoas nessa condição. Esses dados foram coletados em uma matéria sobre a pobreza social, por André Catto (2023), publicado pelo portal oficial G1, o que implica em uma preocupação constante, principalmente por atingirem inúmeras famílias que já estão em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, é possível afirmar que milhares de cidadãos sofrem diariamente por se encaixarem nesse perfil de extremamente pobres, não tendo empregos, salários, moradias dignas, um nível mínimo de consumo, além do acesso a uma educação e saúde de qualidade que também é um caos. No mais, convivem também com a discriminação racial, cultural, de gênero, econômico e social.

Assim sendo, de acordo com Rosa (2012), a vulnerabilidade envolve um conjunto de características individuais, coletivas, contextuais que considera uma maior chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e à infecção. Assim como na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (2004) a vulnerabilidade surge relacionada a situações de pobreza e condições de vida das/os usuárias/os, sendo, desta forma, associada à privação, principalmente no que concerne a ausência de renda e precário ou nulo acesso aos serviços públicos.

De acordo com a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (2020) Alagoas é o Estado com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil (IDH=0,631) e possui cerca de 96,10% dos municípios em alta ou muito alta vulnerabilidade social. Mesmo com a implantação do Programa do Governo Federal Rede Cegonha que representa grande importância para a qualificação do cuidado materno-infantil no Brasil, Alagoas não apresentou mudança temporal.

Nesse contexto, isso mostra a necessidade de voltar o olhar para a primeira infância que se encontra em vulnerabilidade não só no Estado, mas no mundo inteiro. De acordo com Pinto e Martins (2022) pesquisas e estudos realizados ao redor do mundo apontam para os benefícios relacionados ao combate à desigualdade, à garantia do desenvolvimento humano e ao aumento na produtividade econômica de uma localidade ou região.

De acordo com o Diário Oficial do Governo do Estado de Alagoas, desde os primeiros dias da atual gestão de Paulo Dantas, o Governo do Estado realiza investimentos para elaboração de um programa concebido com a missão de promover e integrar políticas públicas para a primeira infância, que é o período compreendido entre a gestação e os 06 anos de idade de uma criança.

Foi a partir dessa proposta que nasceu o CRIA, que é uma política pública de caráter intersetorial, e um programa estruturado a partir da integração de políticas nas áreas de Saúde, Educação e Assistência e Desenvolvimento Social e tem como objetivo possibilitar o desenvolvimento infantil integral na primeira infância, abarcando fatores físicos, cognitivos e psicossociais, levando em consideração a família e seu contexto de vida. Ele foi criado pela Lei nº 7.967 de 2018 – que institui o Programa Criança Alagoana (CRIA), e dá outras providências. Em suma, o Programa CRIA, segundo essa lei foi criado com a missão de possibilitar às novas gerações um crescimento saudável e uma sociedade mais justa, igualitária e desenvolvida.

De acordo as informações expostas no site Criança Alagoana, até novembro de 2021, o Cartão CRIA alcançou a marca de 180 mil famílias alagoanas cadastras no maior programa estadual de transferência de renda do Brasil. Ressalta-se que esses dados foram os mais atuais já divulgados. Isso significa que, em Alagoas, gestantes e crianças, que vivem em situação de vulnerabilidade social, agora recebem o benefício mensal de R$ 150 reais para assegurar mais cuidados com o desenvolvimento durante a primeira infância.

Assim, compreende-se que o CRIA visa apoiar o desenvolvimento da primeira infância de crianças cujas famílias vivem na pobreza e extrema pobreza. O programa CRIA existe para que a nova geração de alagoanos cresça com mais saúde e ganhe qualidade de vida. O cartão é um dos suportes do desenvolvimento infantil e envolve a garantia de uma alimentação básica, que, infelizmente, ainda falta para muitas famílias.

À *priori*, a pesquisa justifica-se pela importância de o Estado apresentar uma função indispensável na garantia dos direitos das gestantes para o desenvolvimento saudável da criança, de acordo com o art. 8º[1] do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Partindo dessa premissa, tem-se a seguinte problemática: O Programa Criança Alagoana é suficiente para acabar com a vulnerabilidade social das gestantes em Alagoas?

Assim, o objetivo geral da pesquisa foi analisar a relevância do Programa CRIA para as gestantes e crianças que se encontram em vulnerabilidade. Os objetivos específicos, por sua vez, são: discutir acerca da política de saúde no Brasil contemporâneo; enfatizar sobre o atendimento socioassistencial às gestantes em vulnerabilidade social; e discutir Programa Criança Alagoana (CRIA).

Para obter resultados e respostas acerca do problema apresentado, o percurso metodológico foi de pesquisa bibliográfica e documental, que foi desenvolvida a partir de um material já elaborado, através de estudos partindo de livros, artigos científicos, teses, monografias, dissertações pertinentes ao tema em questão. Desta feita, buscou-se conhecer o CRIA sob visão de vários estudiosos sobre o tema.

Por fim, o trabalho está divido em dois capítulos: o primeiro capítulo intitulado "Política de saúde no Brasil contemporâneo" aborda sobre a assistência à saúde no Brasil e como foi estabelecido o direito social no país; bem como, faz uma discussão acerca do direito à saúde frente à construção do Sistema Único de Saúde (SUS); e por fim dedica-se a apresentar um conteúdo de suma importância sobre o Núcleo de Saúde da Família (NASF) e o Serviço Social; e os Direitos da gestante na saúde de qualidade.

O capítulo seguinte, e último, busca discorrer sobre o "O serviço social no atendimento às gestantes em vulnerabilidade social e a importância do Programa Criança Alagoana (CRIA)", que aborda sobre as políticas sociais públicas voltadas à proteção da mulher gestante. Além disso, apresenta a situação de gestantes em vulnerabilidade social e o Programa Criança Alagoana (CRIA), e Assistência social e o cadastro único como uma porta de entrada para o CRIA; e por fim, propicia uma explanação importante sobre a atuação do serviço social no CRIA.

---

[1] Art. 8º – É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016) (BRASIL, 1990).

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Nesta sessão, serão abordadas discussões sobre a política de saúde no Brasil contemporâneo. Logo, serão discutidos os assuntos mais pertinentes ao tema abordando sobre a assistência à saúde no Brasil e a sua constituição como direito social. Além disso, traz um estudo importante acerca do Núcleo de Saúde da Família (NASF) e o Serviço Social, e por fim, sobre os direitos da gestante na saúde de qualidade.

2.1 A assistência à saúde no Brasil e sua constituição como direito social

A política de saúde no Brasil passou por várias mudanças. Porém, antes mesmo de ser alvo de política social, a questão da saúde já era preocupante. Antes da chegada dos europeus no território brasileiro, os povos indígenas já habitavam há centenas de anos (CAPITULINO, 2018).

Devido a colonização portuguesa, os povos indígenas ficaram mais vulneráveis à novas enfermidades. Moléstias comuns na Europa, que não existiam no Brasil, acabaram sendo trazidas. O ponto de atenção é de que os indígenas não tinham imunidade para elas e a consequência foi à morte de milhares de índios.

De acordo com Capitulino (2018), durante os 389 anos de duração da Colônia e do Império brasileiros nada foi feito em relação ao direito à saúde. Não existiam políticas públicas estruturadas, muito menos a construção de centros de atendimento à população. No mais, o acesso a tratamentos e cuidados médicos era pautado em ações filantrópicas e na prática liberal.

É no século XIX, já no Brasil República, que surgem pequenas iniciativas no campo da saúde como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Somente no século XX, quando é iniciado o processo de industrialização no Brasil é que o Estado passa a intervir, mais precisamente devido à questão social a qual é sustentada pelo contexto de exploração existente na relação capital/trabalho e tem como características fundantes a acumulação de riqueza, a pauperização em massa da classe trabalhadora, e o aprofundamento da

pobreza que funda no país uma nova caracterização da pobreza que se estabelece junto com o capitalismo.

Com isso, devido à necessidade de conter as refrações da questão social, novas medidas de políticas sociais são cobradas pelos movimentos de trabalhadores que se organizavam no período reivindicando por melhores condições que deixavam claro que a ajuda voluntária e a caridade já não davam mais conta de conter a massa de trabalhadores, sendo obrigado assim o Poder Público a dar início a ações em proteção à saúde dos trabalhadores.

É a partir desse contexto que são implementadas, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Assim, Oswaldo Cruz adota o modelo de campanhas sanitárias com o intuito de combater as epidemias onde tal modelo gera a conhecida Revolta da Vacina[2].

Diante disso, aos poucos e após muita luta a saúde pública vai ganhando espaço sendo criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a publicação da Lei Eloy Chaves, que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década de 1930, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), onde a Saúde Pública é consolidada entre os anos de 1945 à 1950 (PINTO, 2022).

Assim, mesmo com tantos avanços, a saúde não era um direito que pertencia a todos. Nesse contexto a saúde brasileira era proporcional à contribuição e é no final da década de 1970 e início de 1980 que sindicatos e partidos iniciam uma fase de agitação, questionando a saúde e as políticas de saúde no Brasil, é nesse contexto que os movimentos sociais ganham força e passam a cobrar do Estado soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário (BRITO, 2020).

Deste modo, é na década de 1980 que o Projeto de Reforma Sanitária surge a partir dos movimentos populares e de trabalhadores da saúde em busca de um modelo de saúde universal tendo como principais propostas a defesa da universalização das políticas sociais a garantia dos direitos sociais, o que torna possível afirmar que foi a partir desse projeto que se viabiliza a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para Maria Inês Souza Bravo (2005):

[2] A Revolta da Vacina foi uma revolta de caráter popular que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1904. Sua motivação foi à insatisfação da população com a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola implantada na cidade por Oswaldo Cruz. Houve grande destruição material na cidade e um saldo de 31 mortos (SILVA, 2019).

> O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular. Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e eqüidade das ações (Bravo, 1996). Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. O projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com 2 a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os conselhos e conferências (BRAVO, 2005, p. 2).

Pois bem, apenas com a Constituição de 1988 é que a saúde se constitui como direito do cidadão e dever do Estado, sendo essa uma das áreas que obteve maior avanço com a criação da legislação supramencionada, sendo essas conquistas fruto de lutas de movimentos sociais, sociedade civil, trabalhadores da saúde e de outras categorias. O direito à saúde foi ganhando destaque e se tornando indispensável a todo ser humano, e o Estado deve assegurá-lo com qualidade.

Partindo dessa premissa, a ideia de saúde ainda necessita de um conceito que seja satisfatório, ou seja, destinado para além das referências à doença ou à linearidade biologista e histórica contida na clássica formulação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Isto porque representa "o completo bem-estar físico, psíquico e social" (ELIAS, 2005, p. 10).

Conforme já mencionado, o direito à saúde está positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) em seus artigos 6º e 196[3]. Ao se tratar do direito à saúde é possível vislumbrar que ele está conectado ao direito à vida. Este representa um dos objetivos fundamentais da República, visto por Canotilho (2017), Brito (2018) e José Afonso da Silva (2017), bem como pela legislação como uma obrigação estatal e uma garantia de todo ser humano.

Nessa esfera, no contexto das garantias sociais, o direito à saúde foi tido pelo legislador constituinte como de grande relevância. Percebe-se isso até pela maneira que foi tratado, em capítulo próprio, (art. 196, CRFB/88). Desta feita, em conformidade com a Carta Magna, Canotilho (2017) comenta que:

---

[3] Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

> Os direitos humanos fazem parte de todo processo de evolução da atuação humana. Logo, os direitos sociais, são consagrados pela estreita ligação aos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, compreendidos como garantias alcançadas ao longo do tempo e da história, que estão dispostos em nossa Constituição Federal de 1988 (CANOTILHO, 2017, p. 79).

Dessa forma, segundo o autor, esses direitos imprescindíveis, indispensáveis e inalienáveis, que são os direitos fundamentais, foram reconhecidos com o passar dos anos. Sendo assim, os direitos sociais são considerados através da conexão com os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, entendidos como aqueles que foram alcançados e incorporados pela Constituição Federal vigente.

O princípio da dignidade da pessoa humana pode ser compreendido como a garantia das necessidades vitais de cada indivíduo. É um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito e tem previsão legal no artigo 1º, inciso III[4], da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Logo, é possível afirmar que este princípio é o fundamento basilar da República. Neste sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, propôs planejar uma ordem pública fundamentada no respeito à dignidade humana, e, ao determinar valores básicos universais, consagrou a dignidade da pessoa humana.

De acordo com Siqueira (2018), a dignidade humana tornou-se o valor base dos direitos fundamentais e se converteu no patrimônio jurídico-moral da pessoa humana, estampada nos direitos subjetivos incorporados e garantido pela CRFB/88. Foi a partir desse ponto histórico, iniciando-se pela própria Declaração de 1948, que o princípio da igualdade passou a constar no sistema internacional de proteção dos direitos humanos.

Assim sendo, o princípio da dignidade da pessoa humana é considerado como o basilar de todos os direitos e ele deve ser respeitado tanto pela sociedade quanto pelo Estado, principalmente, quando os indivíduos estiverem em situação de vulnerabilidade, onde sem dúvidas a gestação, sendo sinônimo de fragilidade, é responsável por deixar a mulher nessa condição.

---

[4] Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
[...] III - a dignidade da pessoa humana;

Filho (2018) acrescenta que o Poder Público possui a obrigação de assegurar que as condições mínimas que objetivam garantir a dignidade da pessoa humana sejam colocadas em prática conforme prevê a legislação interna e as garantias previstas em Lei Maior, e nas demais normas que se encontram em vigor no ordenamento jurídico brasileiro.

Nesta modalidade, José Afonso da Silva (2017) comenta acerca do princípio da dignidade humana o seguinte:

> Não basta, porém, a liberdade formalmente reconhecida, pois a dignidade da pessoa humana reclama condições mínimas de existência, isto é, existência digna conforme os ditames da justiça social como fim da ordem econômica. É de lembrar que constitui um desrespeito à dignidade da pessoa humana um sistema de profundas desigualdades, uma ordem econômica, em que, inúmeros homens e mulheres são torturados pela fome, inúmeras crianças vivem na inanição, a ponto de milhares delas morrerem em tenra idade (SILVA, 2017, p. 39).

Dessa forma, e de pleno acordo com o que preconiza José Afonso da Silva, não é possível uma vida com dignidade quando se tem fome, miséria, desrespeito, incultura, discriminação e afronta aos direitos fundamentais. A dignidade humana expressa no texto constitucional exige uma vida digna com o mínimo de respeito para com os outros.

Sendo assim, para a Organização Mundial da Saúde (2019), a CRFB/88 foi considerada um marco histórico da proteção constitucional ao direito à saúde, pois, antes de sua promulgação, as atividades e ações de saúde eram destinadas somente aqueles que contribuíam com a Previdência Social, e os outros cidadãos que não tinham dinheiro dependiam da caridade e da filantropia.

Com a vigência da CRFB/88 o sistema público de saúde torna-se acessível para todos, sem discriminação, desde a gestação e por toda a vida a atenção integral à saúde é um direito. De acordo com as informações publicadas no Portal da Secretaria do Estado de Saúde em 2022, 190 milhões de pessoas têm no Sistema Único de Saúde (SUS) o seu único acesso aos serviços de saúde.

Assim, essa consagração constitucional de um direito universal à saúde pode ser apontada como um dos mais importantes progressos dentro de nossa Lei Maior que é a CRFB/88 que faz uma ligação, nesse sentido, ao constitucionalismo de caráter democrático-social avançado.

É importante enfatizar que o direito à saúde é uma obrigação estatal, que, implica uma postura ativa do Estado, tendo em vista que este se encontra como responsável por colocar à disposição dos indivíduos prestações de natureza jurídica e material (SILVA, 2017).

Em síntese, por a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, deve ser garantida por meio de investimentos em políticas públicas, com a garantia do acesso universal de forma igualitária e eficiente às ações e serviços. Deste modo, nossa Lei Maior assegura a precaução e o tratamento de doenças, através de ações que garantam a integridade física e psíquica de cada cidadão. Assim, verdadeiramente o direito à saúde está entrelaçado ao direito à vida, e evidencia a tutela constitucional da dignidade humana com fulcro no art. 196 da CRFB/88. Vejam-se a seguir o inteiro teor:

> Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o direito à saúde se materializa em um direito público subjetivo, obrigando uma atuação eficaz do Estado para assegurar esse direito. Sabe-se que por muitas vezes a prestação do direito à saúde passa por muitas dificuldades, e principalmente quando envolve grupos de pessoas vulneráveis que exige uma qualificação a mais do profissional que prestará seu serviço. No item seguinte será apresentado com mais detalhes o direito à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 O direito à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

Conforme já mencionado, segundo o que determina a Constituição Federal vigente, a saúde é direito de todos e o Estado tem a obrigação de prestar, através dos seus responsáveis, um serviço de qualidade e eficiência. Neste sentido, analisa-se o art. 198 da CRFB/88:

> Art. 198 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Assim, para assegurar esse direito de maneira eficaz, foi instituído o SUS, o qual se concentra em três pilares, a saber: Universalidade, Igualdade de acesso e Integralidade no atendimento.

Nesta linha de raciocínio, o princípio da universalidade diz respeito a um dos fundamentos do SUS, estabelecendo que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços e ações da saúde. A aplicação desse princípio fundamental, logo após a promulgação da CRFB/88, demonstrou uma enorme conquista democrática, que transformou a saúde em direito de todos e dever do Estado (SILVA, 2017).

No que tange ao princípio da igualdade de acesso, determina este que não deve existir nenhum tipo de distinção entre os cidadãos brasileiros no âmbito da saúde pública, isto é, os serviços deverão ser prestados imparcialmente e direcionado a todas as pessoas de forma igualitária (REIS, 2019).

E por fim, no que diz respeito ao princípio da integralidade no atendimento, significa dizer que a integralidade está associada à condição integral, ou seja, completa e não parcial, de compreensão de cada cidadão. Isto é, o sistema de saúde deve sempre estar pronto para ouvir a pessoa que utiliza o programa, entendê-la a partir disto, atender às solicitações de acordo com as necessidades de cada pessoa (BRITO; COSTA, 2020).

Ressalta-se que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a assegurar assistência integral e completamente gratuita. Assim, SUS foi criado em 1988 através da CRFB/88 que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira.

Na visão de cada usuário do SUS, a ação integral em saúde tem sido regularmente ligada ao tratamento com respeito, dignidade, com qualidade e proteção. Por essa razão, este valor aparece como uma instrução global nos serviços de saúde, isso porque o Estado tem a obrigação de conceder um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como está preconizado pela CRFB/88 em seu art. 198, II. Observam-se:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> [...]II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Todavia, esses três princípios são fundamentais e indispensáveis dentro do SUS. A instituição deste sistema foi sem sombra de dúvidas uma enorme conquista para o Estado democrático. Importante evidenciar que ele ainda continua encarando alguns problemas financeiros, políticos e administrativos, que logicamente podem ser interligados à lógica privatista que assola a existência do SUS desde o seu surgimento, onde tal lógica vê no setor privado a solução para os problemas de saúde da população brasileira, sem levar em conta a exclusão dos cidadãos que não podem pagar um plano de saúde, por exemplo.

Dessa forma, um dos componentes fundamentais da garantia do direito à saúde, que tem sido caracterizado por este acúmulo de ataques estruturais e conjunturais, é o financiamento das políticas, ações e serviços do SUS que, além de enfrentar um processo crônico de subfinanciamento estatal, viu-se mergulhado, a partir da situação política reacionária aberta em 2016, que de acordo com Nascimento (2022) sofreu um intenso processo de desfinanciamento com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC) de acordo com Nascimento (2022).

Nesta seara, importante destacar que desde que a EC 95 foi aprovada, em dezembro de 2016, o orçamento para a Saúde vem sendo reduzido gradativamente. Contudo, em 2019, a perda de investimentos na área representou R$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde. No ano de 2017, quando a referida Emenda entrou em vigor, os investimentos em serviços públicos de Saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. Ao passo que em 2019, os recursos destinados à área representaram 13,54%.

2.3 O Núcleo de Saúde da Família (NASF) e o Serviço Social

Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) –

formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

A Saúde faz parte do conjunto de políticas de proteção social que junto com a Previdência Social e a Assistência Social, forma o tripé da Seguridade Social no Brasil. Após a criação do SUS, as atividades no âmbito dessa política pública vêm sofrendo constantes mudanças, respaldadas, sobretudo, nas normas que organizam o sistema (BRAVO, 2005).

O ambiente de trabalho do assistente social é construído no lugar, de acordo com o contexto social em que convive no mesmo lugar onde estão seus familiares, seus agrupamentos sociais, políticos, públicos e privados e a rede de apoio que fazem com que esse lugar seja mais prático, dinâmico e vivo (PAZ; BRITO, 2018).

Assim, as atividades do assistente social na área da Estratégia e Saúde da Família propiciam aos profissionais o conceito de suas responsabilidades. Logo, são compreendidas como parte de conjunto de atividades e saberes mais abrangentes que se complementam na interlocução, e no convívio do dia a dia com as pessoas da coletividade, bem como com as variadas categorias profissionais, para a efetivação de um modelo de atuação promotor de saúde e cidadania.

No que diz respeito ao ambiente de trabalho do assistente social, enquanto lugar de utilização e acontecimento social, vale ressaltar que ele passa a ter um peso de suma importância na compreensão do processo saúde e doença. Então, prestar serviços de saúde ou possibilitar a saúde junto à população passa necessariamente por conhecer, considerar e interagir com o território, local de referência e de vida da sociedade com a qual se trabalha segundo nos ensina Borges (2019).

Assim sendo, o ambiente da Saúde da Família passa a ser um setor privilegiado para o encontro das obras públicas municipais. Neste sentido, importante destacar o que assevera Borges (2019):

> Exigem-se dos profissionais de saúde competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais. As habilidades e atitudes mais exigidas dizem respeito à capacidade de comunicação, realização de uma escuta qualificada, propiciando o diálogo entre comunidade e profissionais dos serviços, capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local (BORGES, 2019, p.102).

De acordo com a autora, é exigido dos profissionais responsabilidades importantes e qualificação no desenvolvimento de suas atividades. Contudo, sabe-se que a responsabilidade estatal na prestação dos serviços quanto à saúde é indispensável e essencial na garantia do direito.

Nesse contexto, tanto o assistente social como os outros profissionais, buscam atuar de modo a entender, antecipar, intervir, e planejar ações sociais e terapêuticas que irão para além da dimensão biomédica. Assim sendo, a prática do serviço é realizada de forma multidisciplinar, integral, e intersetorial, admitindo-se uma inserção diversificada do assistente social nos serviços de saúde superando a maneira tradicional de profissão paramédica.

Desse modo, essa visão paramédica se dava no início da atuação profissional na saúde onde o assistente social objetivava desenvolver ações e/ou atividades para ajudar aos médicos a entenderem melhor sobre as condições de vida do paciente, atuando com demandas que não eram suas e desenvolvendo como principais atividades a visita aos enfermos em seu pós alta; das instruções à família sobre dietas e administração de prescrições médicas; verificação das influências das condições de vida, sociais e econômicas nas enfermidades dos pacientes; explicações à família sobre a natureza da doença e orientações para evitar a sua reincidência e obtenção de ajuda financeira para o paciente, através de Organizações Sociais.

Outrossim, é essa visão tradicionalista de profissão que busca ser quebrada com a vertente de intenção de ruptura com o conservadorismo, que até a atualidade visa quebrar esse paradigma do assistente social ser “o bom moço que ajuda os pobres”. Entretanto, é neste cenário de ruptura que o assistente social, juntamente com os demais profissionais, busca conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. Formam-se assim uma prática de integralidade, apoiada na

interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde.

Nessa perspectiva, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído em 2008 pela Portaria 154, é referido como dispositivo estratégico para apoio e ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e por consequência na Atenção Básica em Saúde (AB). Essa função tem assegurado ao NASF um lugar privilegiado, junto com a AB na agenda do Ministério da Saúde.

De acordo com a referida portaria, o NASF é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento, entre eles está o assistente social. Os profissionais do NASF apoiam os grupos da atenção básica no que se refere à promoção, prevenção, proteção e a recuperação da saúde (SOUZA; ÁVILA, 2019).

Importante destacar que o NASF não é a porta de entrada do SUS, todavia é a porta de entrada para a atuação do Serviço Social na AB, tendo em vista que atua de modo integrado com a ESF. O NASF além de ampliar a abrangência e os serviços da atenção básica, aumenta sua resolutividade e eficácia e reforçam os princípios da territorialização e regionalização, pilares básicos do SUS.

Todavia, é certo que os propósitos do NASF são vários, e devem ser adaptados às diversas realidades fáticas onde as práticas acontecem, detalhando assim os atos dele. Dentre elas pode-se destacar o crescimento de ações que assegurem a escuta e acolhida dos usuários, a criação de espaços grupais, proporcionando a troca de experiências e o incentivo da participação da sociedade no controle social (PAZ; BRITO, 2018).

Vale destacar que estas e outras ações não devem ser compreendidas como específicas do serviço social, mas sim da interação com todos os profissionais do grupo. No qual, cada ação é articulada relacionando-se com as demandas de cada realidade, para cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo.

Vale ressaltar que o atendimento do Serviço Social no NASF é feito de forma multidisciplinar, onde a atuação do serviço social se dá a partir dos parâmetros de atuação do assistente social na saúde que por sua vez se dão a partir de quatro eixos, sendo eles: Atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação e planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. É importante ressaltar tais eixos, pois em um trabalho multidisciplinar o objeto de estudo ou de intervenção é fragmentado em virtude de os

profissionais centralizarem seus conhecimentos específicos no estudo de determinado assunto que é inerente a sua profissão em específico.

Neste sentido, essa ligação entre o NASF e o Serviço Social deve estar fundamentada em princípios e ideias formadas pela sociedade e legitimadas pela CRFB/88 concretizando que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania

2.4 Direitos da gestante na saúde

De acordo com a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, e a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, toda mulher tem direito a realizar exames de acompanhamento pré-natal, dar à luz com segurança, à licença-maternidade e a amamentar o seu filho. O conhecimento das mães em relação a esses direitos é uma arma fundamental para que eles sejam respeitados na prática.

Por este viés, ressalta-se que a gestante tem direito ao acompanhamento especial durante seu período de gravidez de acordo com a Lei nº 9.263 de 1996 - Regula o art. 7º da CRFB/88, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências (CNJ, 2016).

Tal lei determina que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) têm obrigação de assegurar, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Conforme orientação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser disponibilizados todos os recursos para que ele aconteça.

Vale enfatizar, que muitas gestantes desconhecem seus direitos até mesmo pela ausência de informações, isto é, conhecer seus direitos dentro de suas restrições e possibilidades é um bom caminho para que se possa exigi-los e colocá-los em prática (PAZ; BRITO, 2018).

À *priori,* no que se refere à saúde da mulher, a gestante é amparada por várias leis[5]. Essa proteção se inicia desde o pré-natal até o pós-parto e está consubstanciada em direitos sociais, trabalhistas e os direitos da saúde que torna acessíveis exames de sangue, urina e vários outros (CNJ, 2016).

No mais, a Lei nº 11.634, de 2007, também é um grande marco para a garantia da saúde da gestante. Ela estabelece a seguinte redação:

> Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:
> I - maternidade na qual será realizado seu parto;
> II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.
> § 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.
> § 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.
> Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.
> Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Nesta mesma linha de raciocínio, o atendimento prioritário à gestante e à lactante em hospitais, órgãos e empresas públicas e em bancos de leite é garantido pela Lei nº 10.048 de 2000, assim como pelo Decreto nº 5.296, de 2004.

Nesta senda, as gestantes têm o direito a políticas públicas de saúde a ter um parto humanizado, certidões de nascimento de seus filhos sem qualquer custo, e ao planejamento familiar. O serviço social atua sobre essa questão buscando garantir que os direitos das mulheres gestantes e parturientes sejam respeitados e protegidos (BORGES, 2019).

Assim sendo, vários foram os debates no Conselho Nacional de Saúde, tendo como resultado o documento “Efetivação da Acessibilidade e Humanização da Atenção à Saúde no SUS” (BRASIL/MS/CNS, 2002, p. 45). Desse modo, é possível

[5] A Lei nº 9.263 de 1996; a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007; O PL 2.313/2022 busca garantir à mulher e ao bebê o direito à assistência médica adequada e o acesso a políticas públicas que permitam o pleno desenvolvimento da gestação; a Lei nº 14.326, de 12 de abril de 2022, dentre outras.

vislumbrar que a humanização é um item já inserido no contexto das discussões para implantação e implementação do SUS.

Como já mencionado, o SUS mostra avanços importantes ao longo das datas. Contudo, ainda é bastante atacado corriqueiramente por seus usuários, especialmente no que diz respeito à oferta desorganizada de seus serviços que ocasiona filas enormes de espera e uma demanda sufocada da atenção ambulatorial e hospitalar, segundo Pinotti (2020).

Nesse contexto, diante da grande quantidade de reclamações feitas pelos usuários, no ano de 2019, no Disque saúde 136[6], o assunto tem ganhado bastante destaque através das mídias. Logo, o Ministério da Saúde, enquanto gestor federal do SUS investiu no aperfeiçoamento da gestão hospitalar desde o ano de 2006, por meio da Portaria 199, bem como, na parte do atendimento ofertado à população, buscando colaborar para a formação de uma cultura de atendimento humanizada.

Assim sendo, programas voltados para a área materno-infantil foram implementados como o *Parto Humanizado,* em 25 de setembro de 2020, *Mãe Canguru,* em 2015, e *Hospital Amigo da Criança*, entre 1991 e 1992. Em junho de 2001, foi lançado para o atendimento hospitalar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Deste modo, outra discussão que merece uma atenção especial, ao se falar em assistência humanizada, é que, em 2002, após a eleição, e no mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, houve uma nova fase de Reforma Sanitária no âmbito da saúde, com uma política de inclusão e gestão participativa do sistema, como está colocado nas Diretrizes Sobre a Reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde, ressaltando a função do Ministério da Saúde como agente das modificações em prol da descentralização e da gestão participativa no SUS (SANTOS; JÚNIOR, 2019).

Cumpre observar, preliminarmente, com base nos ensinamentos de Belline (2018) e Souza (2019) que a definição de assistência à humanização ao parto e saúde de qualidade da gestante inclui diversos aspectos, no qual alguns estão ligados a uma alteração na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias.

[6] O Disque Saúde 136 é um canal democrático de articulação entre o cidadão que exerce o seu papel no controle social e a gestão pública de Saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

Transformações na estrutura física também são relevantes, transformando o espaço hospitalar em um local mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Por este viés, o artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção CEDAW), traz a seguinte redação:

> Art. 2º - Os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (BRASIL, 2002).

Assim, compreende-se que a assistência apropriada no que diz respeito aos direitos da gestante na saúde está diretamente ligada aos princípios da dignidade da pessoa humana e igualdade, constituindo um direito humano fundamental e meramente relevante.

Ressalta-se que existe uma ausência de conhecimento quanto à extensão do direito ao parto humanizado, em que está diretamente interligado com muitos direitos humanos, principalmente, quanto ao direito à saúde, compreendido como o direito ao gozo do mais alto nível de bem-estar físico, psicológico e social (PAES, 2016).

Outrossim, a Lei nº 11.634 de 2007 assegura que a segurança da gestante é essencial, pois é necessário ter toda cautela para o bem-estar da mãe e do bebê. Dessa forma, à gestante é dado o direito de toda informação que será realizada durante o trabalho do parto. Partindo dessa premissa, é inegável que a maior parte da população brasileira se utiliza da saúde pública por não ter condições financeiras suficientes para arcar com as despesas de um plano de saúde (BRITO; COSTA, 2020).

Outro marco importante na proteção aos direitos da gestante é a Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, que criou o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*, no âmbito do SUS. A norma traz diversas determinações em relação aos direitos da gestante, como, por exemplo, o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três

no terceiro trimestre da gestação. A portaria determina também que receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades.

Frente a isso, se verifica que as gestantes têm direitos garantidos também no acesso a serviços de saúde. A lei brasileira garante acesso à nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, além de atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal através do Sistema Único de Saúde.

Neste viés, é importante trazer à baila que a Segurança Alimentar e Nutricional é um direito de todos, assim como o acesso a alimentos de maneira regular, permanente e que sejam em qualidade e quantidade suficientes sem que, para isso, haja comprometimento de outras necessidades essenciais (MEDEIROS, 2021).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 8º assegura a mulher gestante o direito à nutrição adequada. Vejam-se o que diz o inteiro teor da norma:

> Art. 8 - É assegurado a todas as mulheres o acesso aos **programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo** e, **às gestantes, nutrição adequada**, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)
> § 1 - O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016);
> § 2 - o Os profissionais de saúde de referência da **gestante** garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016);
> § 3 - Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à **amamentação**. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016);
> § 4 - Incumbe ao poder público proporcionar **assistência** psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência;
> [...]
> § 7 - A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, **alimentação complementar saudável** e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016);
> § 8 - **A gestante tem direito a acompanhamento saudável** durante toda a gestação e o parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016) (BRASIL, 1990). (**grifos nosso**).

Dessa forma, verifica-se que o direito à nutrição à gestante é essencial para a qualidade de vida não só da mãe, mas também da criança. A alimentação nutricional

está completamente ligada à qualidade de vida do indivíduo, pois esse é um processo que garante que o organismo do ser humano consiga os nutrientes necessários para a sobrevivência de cada um. Logo, a alimentação saudável é fundamental para a saúde do ser humano.

Nesse sentido, que enfatiza-se que uma alimentação saudável é aquela que assegura ao organismo todos os nutrientes de que ele precisa. Partindo dessa premissa, afirma-se que para se ter uma alimentação adequada não se pode pensar somente em quantidade, ou seja, é de suma importância pensar na qualidade do que se estar ingerindo, bem como na diversidade e sempre pensar no equilíbrio nas refeições (TEO, 2017).

Nesta modalidade, de acordo com Regiane Botelho (2021), a alimentação adequada é uma necessidade fundamental para a existência do ser humano, é um direito que por mais que esteja consagrado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (nossa Lei Maior) bem como, em muitos tratados do direito internacional, como, por exemplo, no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), permanece sendo sistematicamente negado para grande parte da população mundial.

No mais, ressalta-se que muitas usuárias da saúde pública não possuem em alto nível escolar, e a grande maioria não conhece seus direitos, fatores estes que são adicionados à probabilidade de ocorrência de discriminações e violações aos seus direitos.

Assim, no item seguinte será abordado o serviço social no atendimento às gestantes em vulnerabilidade social e a importância do Programa Criança Alagoana (CRIA) no desenvolvimento de qualidade da criança.

Ante o exposto, este capítulo apresentou um conteúdo de suma importância, no qual, foi possível notar que a política de saúde no Brasil contemporâneo é marcada por uma intersecção de desafios e progressos. É crucial que haja um comprometimento contínuo com a melhoria do SUS, por meio de investimentos adequados, redução das desigualdades regionais e promoção de políticas públicas que fortaleçam a saúde como um direito universal, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos. Por fim, o capítulo seguinte apresentará discussões sobre o serviço social no atendimento às gestantes em vulnerabilidade social, discorrendo sobre a importância do CRIA para estas gestantes.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA CRIANÇA ALAGOANA (CRIA)

Neste capítulo, serão apresentadas discussões sobre o serviço social no atendimento às gestantes em vulnerabilidade social e a importância do Programa Criança Alagoana (CRIA). Além disso, abordará acerca das políticas sociais públicas voltadas à proteção da gestante, bem como a assistência social e o cadastro único: porta de entrada para o CRIA.

3.1 Políticas sociais públicas voltadas à proteção da gestante

A atenção às mulheres gestantes ainda se dá de maneira fragmentada e pontual. Além de alguns serviços permanecerem despreparados, para atender e prestar todo o auxílio necessário a estas mulheres que se encontram em vulnerabilidade, os serviços de saúde disponibilizados pelo Estado deixam muita lacuna na garantia da proteção à mulher gestante.

No ano de 2009, foi lançado o Projeto de Alimentação Complementar de Gestantes em Situação de Vulnerabilidade Social e Insegurança Alimentar e Nutricional, como parte integrante do Projeto Viva Vida. Este derivou da renovação do Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza (FECOEP), e a partir do mês de junho de 2011, retornou aos lares das gestantes atendidas pelas Redes Municipais de Saúde e de Assistência Social.

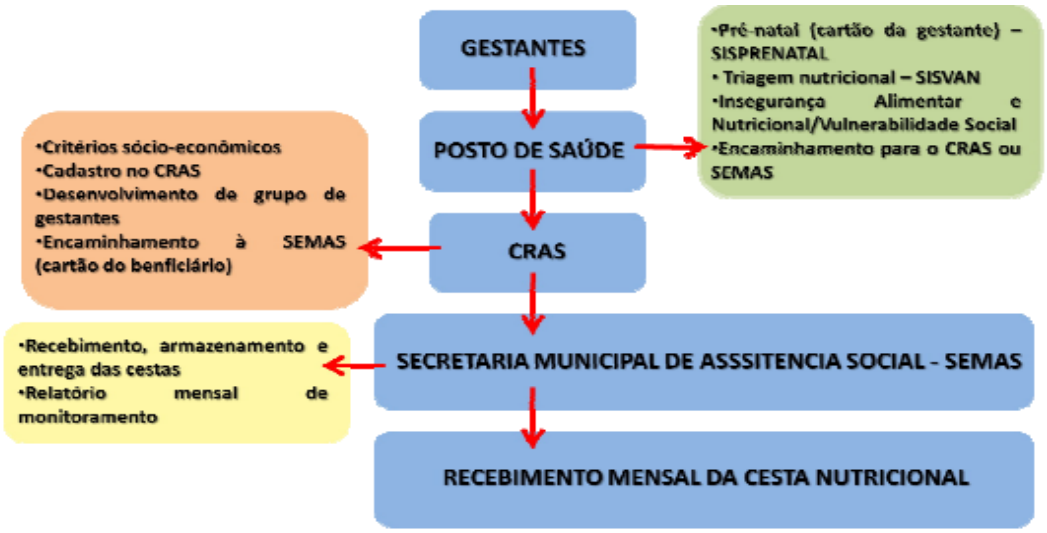
Diante disso, o referido projeto assegura que todas as gestantes que se encontram em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar e nutricional, que realizassem as consultas pré-natais na rede municipal de saúde, seriam assistidas pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), passando a receber a cesta nutricional de alimentos, por meio da interlocução das ações desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Assistência Social e de Saúde.

Diante desta ação, seria garantida a formação de um canal aberto entre Estado e as Prefeituras, que tinha como objetivo reduzir os níveis de insegurança alimentar e nutricional existentes. Este projeto foi um marco na proteção ao Direito

Humano à Alimentação Adequada (DHAA), pois assegura o aporte de nutrientes necessários para o desenvolvimento gestacional; assim o Estado desenvolve a ação de acordo com o seu objetivo, que é reduzir a taxa de mortalidade infantil.

Frente a isso, é de suma importância trazer o seguinte fluxograma sobre o referido projeto. Vejam-se:

Figura 01: Fluxograma dos objetivos do Projeto de Alimentação Complementar de Gestantes em Situação de Vulnerabilidade Social e Insegurança Alimentar e Nutricional



Fonte: http://acervo.seades.al.gov.br/sala-deimprensa/arquivos/documentacaoprojeto-de-alimentacao-complementar-de-gestantes-em-situacao-de-vulnerabilidade-social-e-inseguranca-alimentar-e-nutricional-no-estado-de-alagoas.

Assim, conforme apresentado, tal projeto traz como principal finalidade combater as carências nutricionais das gestantes alagoanas, por meio da complementação alimentar, a que possibilitaria a segurança alimentar e nutricional, e a integração das ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

Assim como explicado anteriormente, o projeto assegura que todas as gestantes em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar e nutricional que sejam atendidas pela rede municipal de saúde e compareçam regularmente às consultas pré-natais, e que está devidamente cadastradas nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), recebam cestas nutricionais mensais, as quais possuam a composição relatada na tabela abaixo:

Tabela 1 - Composição da Cesta Nutricional Ofertada pelo Programa de Alimentação Complementar de gestantes em situação de vulnerabilidade social

Item	Alimento	Quantidade	Especificação do produto
1.	Biscoito cream cracker integral	02	Pacote com 400g
2.	Biscoito Doce Maria	03	Pacote com 400g
3.	Farinha de milho flocada fortificada com ferro e ácido fólico	06	Pacote com 500g
4.	Arroz parborilizado, classe longo fino, tipo 01	03	Pacote de 1 kg
5.	Farinha de mandioca, grupo farinha seca, sub-grupo: fina, classe branca, tipo 1	01	Pacote de 1 kg
6.	Macarrão com ovos, tipo espaguete	02	Pacote de 500g
7.	Feijão comum, tipo I, novo de 1ª qualidade	02	Pacote de 1 kg
8.	Leite em pó integral instantâneo vitaminado	06	Pacote de 400g
9.	Margarina vegetal	01	Pote de 250g
10.	Óleo de soja, tipo I, sem colesterol	01	Frasco de 900 ml
11.	Aveia em flocos finos	01	Lata de 500g
12.	Suco concentrado de frutas, nos sabores: caju, acerola e goiaba	03	Garrafa de 500ml
13.	Açúcar cristal branco, refinado, especial	01	Pacote de 1 kg
14.	Café tradicional, torrado e moído	01	Pacote de 250g

Fonte: http://acervo.seades.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/documentacaoprojeto-de-alimentacao-complementar-de-gestantes-em-situacao-de-vulnerabilidade-social-e-inseguranca-alimentar-e-nutricional-no-estado-de-alagoas.

Ademais, em pesquisa feita em supermercados do município de Maceió, constatou-se que o preço da cesta composta pelos alimentos listados, sendo esses das marcas com valor mais em conta do mercado chega a custar R$ 213,63. Outrossim, além de sua composição ser completa, existia uma preocupação com a sua adequação nutricional, que era composta e estudada por uma equipe de profissionais qualificada. Nessa linha de pensamento, o Estado por meio da Secretaria de Estado, da Assistência e Desenvolvimento Social (SEADES),

disponibilizou uma tabela informando a adequação nutricional contida na cesta, sendo ela:

Tabela 2 - Adequação Nutricional Ofertada pelo Programa de Alimentação Complementar de gestantes em situação de vulnerabilidade social

Adequação Nutricional

Calorias e nutrientes	Quantidade diária atingida	Recomendação diária (RDA)	Percentual (%) de adequação
Energia	2.424,8 kcal	2.670 kcal (média)	105,9%
Carboidratos	379,8 g (62,7%)	= 175 g/dia	100,0%
Proteínas	60,6 g (10,0%)	= 71 g/dia	85,4%
Lipídeos	73,7 g (27,3%)	20% – 35%	100,0%
Fibra	28,3 g	28 g/dia	101,2%
Cálcio	849,61 mg	1.000 mg/dia	85,0%
Ferro	13,8 mg	27 mg/dia	51,1%
Folato	300,3 mg	600 mg/dia	50,0%
Vitamina C	82,3 mg	85 mg/dia	96,8%
Vitamina A	307 ug	770 ug/dia	39,8%

Fonte: http://acervo.seades.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/documentacaoprojeto-de-alimentacao-complementar-de-gestantes-em-situacao-de-vulnerabilidade-social-e-inseguranca-alimentar-e-nutricional-no-estado-de-alagoas.

Assim, entende-se que o Programa de Alimentação Complementar de Gestantes em Vulnerabilidade Social e Insegurança Alimentar e Nutricional carrega consigo a preocupação com a alimentação de qualidade, para que o direito da gestante seja assegurado, não tratando essa questão de forma superficial, mas buscando tratar a insegurança alimentar e nutricional em sua completude.

Segundo Rua (2009), partindo dessa premissa, é importante deixar claro que as políticas públicas são metas, ações e planos criados pelos governos para possibilitar o bem estar da população. Assim, esses métodos são decorrentes das demandas mostradas pela coletividade, como resultado de uma seleção feita pelo poder público das inúmeras necessidades mostradas por estes indivíduos, uma vez que a “sociedade é um conjunto de indivíduos, dotados de interesses e recursos diferenciados, que interagem continuamente a fim de satisfazer às suas necessidades” (RUA, 2009, p. 10).

Nessa linha de raciocínio, Lopes (2008) traz o seguinte posicionamento acerca da responsabilidade estatal na criação de políticas públicas:

> A função que o Estado desempenha em nossa sociedade sofreu inúmeras transformações ao passar do tempo. No século XVIII e XIX, seu principal objetivo era a segurança pública e a defesa externa em caso de ataque inimigo. Entretanto, com o aprofundamento e expansão da democracia, as

> responsabilidades do Estado se diversificaram. Atualmente é comum se afirmar que a função do Estado é promover o bem-estar da sociedade (LOPES, 2008, p. 05).

Diante disso, enfatiza-se que cabe ao poder público analisar as vulnerabilidades das mulheres durante o período gestacional, bem como criar políticas públicas sociais de proteção a este grupo, com o objetivo de assegurar seus direitos. Contudo, o Estado precisa criar políticas eficazes na proteção a gestantes, não somente na área da saúde, como também na educação, e no meio ambiente.

Frente a isso, segundo Neto (2008), as principais modificações nas políticas sociais de saúde tiveram seu início em 1970, em conjunto com a articulação dos movimentos ocorridos na sociedade. Vejam-se:

> No final de 1970 ficou evidenciado pela articulação dos movimentos sociais (de moradia, da saúde, dos médicos, das mulheres, reforma sanitária, etc.), na luta pela redemocratização do país e, consequentemente, pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira (NETO, 2008, p. 47).

Assim, dentre esses movimentos, salientou-se o da reforma sanitária, tendo em vista que possuía como objetivo central o direito à saúde como uma garantia de cidadania de toda a sociedade. Em contrapartida, as políticas de atenção à saúde das mulheres sempre estiveram influenciadas também por dinâmicas e contextos internacionais, caracterizando-se, inclusive, pelo viés materno-infantil. Assim sendo, essa ideia de saúde está relacionada com o papel de submissa banido às mulheres na população brasileira até mesmo por volta de 1980.

Nesta direção, em 1983, as reivindicações do movimento feminista se conectam aos debates mais amplos e à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como método de destinação seletiva de recursos, o qual deveria capacitar o sistema de saúde para atender às necessidades básicas da população feminina, de modo integral (MARQUES, 2012).

A partir disso, passou-se a preconizar o entendimento da mulher como ser integral e sujeito nos planos e processos que envolvem sua saúde. A assistência pré-natal passa a fazer parte da rede de serviços públicos, dando início à implementação gradativa de uma assistência integral.

Conforme supramencionado, a história da saúde no Brasil mudou a partir da criação do SUS. Assim, o SUS trouxe, em sua essência, princípios que tornariam o

sistema mais justo e igualitário, refletindo a igualdade de direitos para todas as pessoas da coletividade como um todo.

Nessa perspectiva, segundo Alexandra Marques (2012), a PAISM desenvolve planos que proporciona atendimento clínico-ginecológico, acompanhamento do pré-natal, planejamento reprodutivo, e atendimento às mulheres e adolescentes em caso de violência doméstica e sexual.

Segundo informações obtidas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), uma das estratégias do Pacto pela Saúde é determinar que o acompanhamento pré-natal de qualidade deve ser ofertado à todas as gestantes no município que habitam.

Nesta linha de raciocínio, importante trazer a seguinte tabela, por Alexandra Marques (2012), acerca das principais políticas públicas focadas na garantia da saúde das gestantes, parturientes e crianças recém-nascidas. Vejam-se:

Tabela 3 - Políticas Públicas para a garantia dos direitos das gestantes

Política pública	***Ações desenvolvidas/metas***
Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal	Desenvolve ações de prevenção e assistência à saúde de gestantes, parturientes e crianças recém-nascidas, garantindo o acesso e a qualidade dessa assistência. Exige, por exemplo, que os estados e municípios tenham serviços de saúde capazes de acolher todas às gestantes e recém-nascidos.
Política Nacional de Atenção Integral à Mulher	Desenvolve ações que promovem atendimento clínico ginecológico, planejamento reprodutivo, acompanhamento do pré-natal e atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
Política de Atenção Integral à Saúde da Criança	Tem como uma de suas metas cuidar da saúde dos recém-nascidos, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de desenvolver ações para reduzir a mortalidade infantil e investigar os óbitos dos bebês.

Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.

Assim, é possível notar mediante dados tabelados acima que houve uma grande evolução na saúde e assistência da gestante. Contudo, ressalta-se que as políticas públicas sociais desenvolvidas não ficam limitadas somente às informadas na tabela. Existem outros Programas de atenção às gestantes, como, por exemplo:

o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, criado no ano 2000, que possui a finalidade de garantir a melhoria da cobertura, do acesso e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Nesta direção, com base nos ensinamentos de Mariely Borges (2021), por volta de 2011, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Rede Cegonha, uma rede de cuidados que tem por finalidade garantir a todas as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e garantir também aos menores o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Por fim, importante salientar que a saúde da população depende muito da atuação das pessoas que governam a gestão, pois devem estar empenhadas em trabalhar em prol de toda a nação, ou seja, na saúde pública, na assistência social, na economia e na educação.

Todavia, observa-se que ao longo da história, o Brasil tem passado por muitos problemas no que se refere à saúde pública, diversos são os aspectos que denigrem a imagem do país em que se vive. Uma sociedade enorme para tão poucas ações.

As estratégias e planos propostos não conseguem suportar a demanda da população, gerando assim vários problemas entre os usuários desta política pública, como falta de local especializado, de acompanhamento de casos que mostra alto risco gestacional, de leitos para bebês que nascem prematuros, de vagas para exames emergenciais quando surgem problemas na gravidez. Portanto, diversas são as dificuldades encontradas e que nem sempre podem ser analisadas em um curto espaço de tempo, mas é realizado tudo que está ao alcance dos profissionais e dos serviços de atendimento as mulheres gestantes.

3.2 A situação de gestantes em vulnerabilidade social e o Programa Criança Alagoana (CRIA)

Segundo Rosa (2012), a definição de vulnerabilidade é compreendida como um conjunto de fatores individuais e coletivos, que considera uma maior chance de

exposição das pessoas ao adoecimento e à infecção. Frente a isso, é possível afirmar que a vulnerabilidade no âmbito da saúde possui um maior índice em pessoas de situação socioeconômica baixa, sendo encontrados maiores números de acidente domiciliares e urbanos, com menos acesso aos cuidados de saúde e menor qualidade prestada que está relacionada às questões sociais.

Partindo dessa premissa, de acordo com Pinto (2022), o cuidado no pré-natal é menor quando as gestantes têm empregos precários, ausência de cobertura social no período da gravidez, baixa escolaridade, moradia insegura, apoio familiar insuficiente, parceiro ausente, sintomas depressivos, que sofrem violência de gênero e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Nesse contexto, acerca da vulnerabilidade da gestante, Pinto (2022) comenta:

> Quanto maior o nível de vulnerabilidade da mulher gestante, maior será o índice de estresse e ansiedade antes e depois da gestação, tendo como resultados um aumento na quantidade de bebês prematuros, com baixo peso ao nascer, desmame precoce, baixa qualidade no cuidado com as crianças, maiores taxas no atraso do desenvolvimento infantil, déficit de atenção e hiperatividade, problemas na linguagem e depressão (PINTO, 2022, p. 02).

Dessa forma, é necessário que as mulheres tenham um acompanhamento de qualidade nessa fase delicada da gravidez, tendo em vista que a vulnerabilidade psicossocial, gestacional e econômica implica na vida tanto das gestantes quanto dos seus familiares.

Em síntese, estar vulnerável é se sentir em situação de fragilidade, desprotegido e visível a uma situação de risco. São muitas coisas que acabam colocando o indivíduo em vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, o não acesso aos serviços essenciais e indispensáveis para uma vida com o mínimo de dignidade.

Assim, compreende-se que a existência ou a ausência de determinadas condições excluem e fazem com que uma boa parte da sociedade fique mais visível e voltada à situação de fragilidade e risco social, condição essa que pode ser minimizada se lhes for facultado o acesso à informação, à renda, à educação e à proteção social do Estado (SIMÕES, 2019).

Destaca-se que essa proteção estatal chega até aos cidadãos por meio das políticas públicas sociais que são criadas através de seus governantes. Em suma, a

expressão vulnerabilidade social transmite a ideia de pobreza, pois o não acesso a bens e serviços essenciais tornam os indivíduos vulneráveis e em situação de risco.

Dessa forma, com o objetivo de proteger essa parte da população considerada vulnerável, foi criado o Programa Criança Alagoana (CRIA), em 2018, no governo de José Renan Vasconcelos Calheiros Filho, com a missão de promover e integrar políticas públicas para a primeira infância de Alagoas, possibilitando às novas gerações crescimento saudável e uma sociedade mais justa, igualitária e desenvolvida, substituindo, assim, o supramencionado projeto de alimentação complementar de gestantes em situação de vulnerabilidade social.

Outrossim, o programa CRIA foi instituído pela Lei nº 7.967 de 2018. Trata-se de uma política pública que possui caráter intersetorial, estruturado a partir da integração de políticas no âmbito da Saúde, Educação e Assistência e Desenvolvimento Social, desde a gestação até os seis anos de idade, abarcando aspectos físicos, cognitivos e psicossociais, levando em consideração a família e seu contexto de vida.

Nesse contexto, a implantação do CRIA trouxe consequências para a vida das gestantes em vulnerabilidade social, pois, ao ser implantado, substituiu a oferta de cestas nutricionais mensais, desenvolvidas a partir de um parâmetro de adequação nutricional elaborado por profissionais extremamente qualificados que visava em sua completude melhorias no que tange ao desenvolvimento alimentar em fase de gestação.

Ao ocorrer a substituição o CRIA foi alvo de críticas, pois iniciou apenas com a transferência de R$ 100,00 às mulheres gestantes e crianças de 0 (zero) aos 6 (seis) anos, em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social; e as gestantes, nutrizes e crianças dos 6 (seis) aos 24 (vinte e quatro) meses em desnutrição e insegurança alimentar, nutricional e vulnerabilidade social.

Assim, a substituição da entrega de uma cesta completa que abrangia as necessidades nutricionais das gestantes pela transferência de inicialmente R$ 100,00 (valor pelo qual não é possível obter metade dos alimentos que compunham a cesta nutricional oferecida) foi vista como um descaso, sendo o governo alvo de críticas e cobranças por parte dos servidores envolvidos na aplicação das políticas pelos municípios do estado.

Nesta modalidade, o governo busca superar a problemática inicial com algumas atitudes buscando a abrangência da intersetorialidade em sua completude

assim, ocorre o reajuste de R$ 50,00 no valor do benefício, onde a transferência de renda passa a ser realizada no valor de R$ 150 reais, a cada mês. Ademais, as gestantes beneficiárias contam com acompanhamento especializado da saúde e as crianças são contempladas com a construção de creches CRIA por toda a extensão do Estado de Alagoas.

Nesse contexto, mesmo com as adequações feitas, o programa continua a deixar uma lacuna no que tange às condições concretas da vida cotidiana dessas mães beneficiárias, visto que, segundo Cisne (2018, p. 6) “a emancipação da mulher não possui apenas uma dimensão restritamente econômica, já que as relações materiais dominantes associam-se às ideologias também dominantes”.

Dessa forma, a insuficiência de se ofertar um benefício de transferência de renda sem se pensar na realidade concreta da vida cotidiana dessas mulheres, respalda na ineficiência do programa, que não leva em consideração pontos como a quantidade de membros da residência, quantidade de crianças, existência de comorbidades e variadas questões de saúde da gestante e das crianças beneficiárias.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2020, das gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), 51,9% apresentavam excesso de peso (que compreende o sobrepeso e a obesidade); e 76% consumiram algum alimento ultraprocessado no dia anterior da entrevista, segundo o Relatório Público do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, o que torna tal problemática um ponto que deve ser superado e levado em conta dentro do programa.

Com base nos dados publicados no Portal CRIA, atualmente, em 2023, 142.000 (cento e quarenta e dois mil) pessoas estão inscritas no Cartão Cria. A meta do governo é alcançar 150.000 (cento e cinquenta mil) aumentando a cobertura do maior programa de transferência de renda de Alagoas e do Brasil, em âmbito estadual, voltado para a primeira infância.

Portanto, o programa CRIA foi uma ação muito importante que traz muitos benefícios para a vida da criança e da família quando estão presentes. Ele atua com ações integradas nas áreas de assistência social, saúde e educação para assegurar políticas públicas eficazes ao desenvolvimento das novas gerações de alagoanos e correções das desigualdades sociais, todavia, a lacuna existente no que tange à segurança alimentar e nutricional na fase gestacional é notória.

Todavia, a grandeza do programa não invalida as problemáticas existentes no mesmo, que como mais uma lacuna não trata em seus objetivos e metas do planejamento familiar[7], onde o acesso a informação referente ao tema é de extrema importância na vida dos alagoanos que por falta desse acesso desconhecem que a partir desse planejamento é possível reduzir a mortalidade e a morbidade materna, perinatal e infantil, preparar e promover uma maternidade e paternidade responsável, melhorar a saúde e o bem-estar da família.

Neste sentido, os estudos demonstram que o investimento para o desenvolvimento e a aprendizagem durante a primeira infância traz um retorno maior para a sociedade do que se realizado em qualquer outra fase da vida. Fornecer o apoio de que as crianças precisam para desenvolver suas habilidades em casa, em programas de educação e cuidados precoces e em outros ambientes aos quais frequentam regularmente é uma das responsabilidades mais importantes da sociedade (LOPES, 2022).

Vale ressaltar que a trajetória do CRIA começa com a análise de experiências semelhantes, reconhecidamente exitosas, no Brasil e no exterior. Por meio de parcerias, o programa avançou na fundamentação teórica sobre a primeira infância e no conhecimento de metodologias práticas para cuidados com crianças desnutridas em situação de vulnerabilidade social. Os exemplos serviram de base para a formatação do CRIA.

De acordo com as informações publicadas no Guia de Implementação do Programa, em 2019, o Programa CRIA foi o grande vencedor do Prêmio Excelência em Competitividade – Destaque Boas Práticas promovido pelo Centro de Liderança Pública (CLP) em São Paulo. A iniciativa alagoana concorreu com mais 123 políticas públicas de todo o Brasil.

Por fim, o reconhecimento indica que as boas práticas adotadas para cuidar das gestantes e crianças em Alagoas demonstram que o Estado está em um bom caminho na busca da garantia de futuras gerações saudáveis e uma sociedade mais desenvolvida. Todavia, não invalida as adequações que o Programa Criança Alagoana (CRIA) precisa sofrer, para que a atenção à primeira infância ocorra de

[7] Planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a concessão de filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, 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).

maneira a tratar com mais completude as vulnerabilidades da primeira infância no estado.

3.3 Assistência social e o Cadastro Único: porta de entrada para o CRIA

De acordo com Pinotti (2020), o Serviço Social corriqueiramente se depara com desafios postos no seu dia a dia profissional. Frente a isso, o assistente social é chamado para controlar os conflitos gerados na sociedade, fruto das contradições entre capital e trabalho, direcionado a realizar práticas profissionais imediatas, fragmentadas, despidas de mediações.

Nesta modalidade, o assistente social defronta-se com políticas públicas focalizadas e fragmentadas, que respondem às demandas dos indivíduos apenas de forma imediata, pontual. Assim, a forma como as atuais políticas públicas estão sendo construídas limitam a atuação do assistente social, fazendo com que este profissional se configure enquanto um mediador de conflitos entre capital e trabalho, logo, um instrumento para atender às necessidades do capital.

Diante desse contexto, uma área de atuação desafiadora para os assistentes sociais é o dos programas sociais, presentes atualmente. Dessa forma, Silva (2013) esclarece:

> Na política de Assistência Social há uma preeminência de programas de transferência de renda, em detrimento da ampliação dos serviços socioassistenciais, comprometendo uma integração do Sistema Único de Assistência Social (Suas) que garanta o acesso por todos aqueles que dele necessitarem, para além da condição da pobreza extrema (SILVA, 2013, p. 97).

Dessa forma, ressalta-se que para se ter acesso à maior parte dos programas sociais criados, os usuários deparam-se com o Cadastro Único, ferramenta instituída pelo Governo Federal, cujo cadastramento é indispensável e imprescindível para o acesso aos benefícios.

Por este viés, quando se fala em programas sociais, as restrições lançadas aos profissionais são várias, e para tal é essencial que os assistentes sociais inseridos nesses campos exerçam sua capacidade crítica e, por meio de

intencionalidades, “invistam na criação e articulação dos meios e instrumentos necessários à consecução das suas finalidades profissionais” segundo Guerra, (2000, p.12).

Assim sendo, a concretude da Assistência Social enquanto política pública tornou-se muito importante na contribuição da efetivação de direitos, revelando definições como clientelismo, caridade, benemerência, sendo concebida não como focalista, fragmentada e clientelista, mas sim como uma política universal tendo o Poder Público como provedor.

Contudo, de acordo com Mariana Aguiar (2015), é essencial e necessário que haja uma luta constante para que os direitos assegurados na CRFB/88 possam ser efetivados na prática e não fiquem somente na teoria. Dessa forma, todas as regras que estão positivadas na CRFB/88 e que diz respeito à Assistência Social, fazem parte do esforço de criar um sistema que existe a reversão do quadro até então desenvolvido pela respectiva política, donde a conexão do Estado com a sociedade não pode em nenhuma situação ser marcada pela cidadania.

Frente a isso, é possível notar mediante as pesquisas realizadas que existe uma grande dificuldade na efetivação de direitos, tendo em vista que o Estado coloca a frente o crescimento econômico em detrimento do social.

Logo, ao analisar o exercício profissional do assistente social frente aos programas sociais, destaca-se o Cadastro Único como porta de acesso aos programas do Governo Federal. Dessa forma, o Ministério da Cidadania (2016), em seu site oficial, estabelece o seguinte conceito.

> O Cadastro Único é uma proposta do Governo Federal que foi implantado para melhor atender a população que está em situação de pobreza, bem como, aqueles que vivem em estado de extrema pobreza, colhendo os dados necessários para incluir as famílias cadastradas em algum programa social do Governo, Estado ou Município. E foi a partir de 2003 que o CadÚnico acabou se tornando um fundamental instrumento para estas coletas de dados no Brasil (BRASIL, 2016).

Assim, compreende-se que o Cadastro Único foi instituído com o objetivo de ser a única base cadastral para todos os programas sociais. Ele funciona como um banco de dados, buscando aperfeiçoar a identificação de famílias e indivíduos aptos a serem inseridas em programas sociais do Governo Federal. Diante disso, o Cadastro Único é uma porta de entrada, ou seja, é através dele que há uma seleção para o acesso aos vários programas e benefícios dos quais a população tem direito.

Nesta linha de raciocínio, Eliza Muniz, Marleide Batista, Suzana Joffer (2022), trazem o seguinte posicionamento acerca dos benefícios que o Cadastro Único permite aos cidadãos cadastrados:

> O CadÚnico permite o acesso a diversos programas e benefícios socioassistenciais brasileiros, tais como: ID Jovem, Carteira do Idoso, Tarifa Social, Isenção de Taxa de Concursos Públicos, Casa Verde e Amarela, entre outros. A inclusão nesses programas e benefícios dá-se de acordo com o perfil e renda per capita de cada uma das famílias inscritas no CadÚnico. Contudo, vale salientar que nem todos os usuários cadastrados no CadÚnico serão beneficiados necessariamente com programas de transferência de renda, eles podem ser inseridos em outros tipos de programas, tudo vai depender das informações que foram coletas para a composição do perfil do usuário (MUNIZ; BATISTA; JOFFER, 2022, p. 10).

Nesta perspectiva, conforme explica os autores acima, o Cadastro Único é muito importante, pois é através dele que os indivíduos conseguem ter acesso aos programas beneficentes do Governo Federal, uma vez que é através dele que será identificado as famílias de baixa renda ou extrema pobreza.

Nessa esfera de discussões, de acordo com Ana Xavier (2019), é importante trazer à baila que uma política pública, após alguns anos, é encerrada, quando o usuário é desligado dela. Partindo dessa égide, é de grande relevância manter o cadastro dos usuários sempre atualizado para que eles possam ter acesso a outros programas sociais encontrados no Cadastro Único.

Por este viés, é possível vislumbrar que com os dados sempre atualizados, o Governo Federal consegue obter informações necessárias e indispensáveis para classificar as famílias que estão em situação de não acesso às necessidades básicas e em situação de pobreza.

Nessa perspectiva, resta lembrar e deixar claro que o programa do Bolsa Família foi extinto em 2021. Em suma, ele foi revogado em 29 de dezembro de 2021, e, no mesmo dia, foi criada a Lei n° 14.284, que dispõe, em seu artigo 1º, sobre o programa Auxílio Brasil. Observam-se a seguir o que diz a mensagem de veto da referida legislação:

> Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nos 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências (BRASIL, 2021).

Posteriormente, através da Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023, o Programa Auxílio Brasil voltou a ser chamado de Bolsa Família. Vejam-se o inteiro teor da norma atual vigente:

> Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento, e a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003; e revoga dispositivos das Leis nºs 14.284, de 29 de dezembro de 2021, e 14.342, de 18 de maio de 2022, e a Medida Provisória nº 1.155, de 1º de janeiro de 2023 (BRASIL, 2023).

Neste sentido, conforme já mencionado, devem estar cadastradas no Cadastro Único as famílias de baixa renda e aquelas pessoas que ganham até meio salário-mínimo, ou que ganham até 03 (três) salários-mínimos de renda familiar mensal.

De acordo com as pesquisas realizadas, a inscrição no Cadastro Único exige documentos pessoais, tais quais: comprovante de renda de todos os integrantes da família, CPF e título de eleitor, RG, certidão de nascimento ou casamento, carteira de trabalho e comprovante de residência. Tais informações estão expostas no site oficial da Caixa Econômica Federal.

Seguindo esta reta, salienta-se que todos os indivíduos cadastrados possuem seu Número de Identificação Social (NIS). De acordo com Regina Santos (2022, p. 15), com o número do NIS é possível gozar do Cadastro Único e acessar todos os programas sociais, ao afirmar que “o Programa Bolsa Família só pode ser acessado por quem tiver o número do NIS cadastrado no Cadastro Único, perfil de renda e atender aos demais critérios de elegibilidade e permanência – as chamadas condicionalidades”.

Logo, é possível compreender que sem a inscrição no Cadastro Único o usuário não consegue receber auxílios ou quaisquer benefícios do governo. Frente a isso, a Assistência Social desempenha uma tarefa muito importante na sociedade como um todo, tendo em vista que é por meio do CRAS que o indivíduo pode obter informações sobre seu cadastro e realizar a atualização, caso necessário.

Nesta modalidade, segundo Regina Santos (2022), é importante enfatizar que o acesso às informações necessárias é indispensável, principalmente para aquelas pessoas que não têm muito conhecimento em relação aos benefícios que têm direito.

Assim sendo, arrisca-se dizer ainda, que vários desses usuários não sabem onde ao menos fazer o cadastramento do Cadastro Único, bem como obter outras informações essenciais sobre documentação obrigatória, quem pode realizar ou não o cadastro, assim como há vários outros indivíduos que não sabem se encaixam ou não nos critérios de concessão.

Dessa forma, destaca-se que esses programas sociais são modificados de acordo com as decisões de cada governo, muitas vezes buscando atender inclusive interesses pessoais políticos para beneficiar grupos financeiros. Salienta-se ainda que é nesse contexto de dicotomia da luta de classes que está o profissional do Serviço Social, o qual atua diretamente com a execução dos programas no âmbito da política nacional de assistência social, ao tempo que também dela se faz necessário o seu fazer profissional. Ressalta-se que para ter acesso ao CRIA é pressuposto necessário que a mãe esteja cadastrada no Cadastro Único.

Em suma, o programa CRIA tem como objetivo integrar, ampliar e fortalecer planos de políticas públicas destinadas às gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias. Frente a isso, a atuação do serviço social dentro do programa é auxiliar e possibilitar às gestantes e crianças de 0 (zero) a 06 (seis) anos de idade obter o direito a eles conferidos que é a renda de R$150,00 (cento e cinquenta) reais mensais por criança.

Nesse contexto, o programa tem sido alvo de críticas por parte da categoria profissional de assistentes sociais que atuam no programa, os quais têm indagado sobre a autonomia relativa de sua atuação dentro do CRIA. Dessa forma, o mesmo tem atuado como meros cadastradores, não podendo realizar acompanhamento, constatação de irregularidades, tampouco sanar as indagações de usuários sobre bloqueios e inserções tendo em vista que seu papel é somente de alimentar uma planilha de excel que é o instrumental utilizado para a inserção das gestantes e representantes familiares das crianças beneficiárias no programa.

No mais, de acordo com os dizeres de Eugênio e Gonzaga (2019), destaca-se que existe limites até onde o profissional de Assistente Social pode atuar na esfera pública da assistência social, proporcionando um diagnóstico aprimorado que busca resolver as demandas e possibilitar as melhorias das condições de vida dos usuários pelo CRAS em situações de fragilidade e riscos sociais.

A figura do assistente social é extremamente importante no programa CRIA, pois seu principal papel é exercer a mediação entre a população usuária de políticas

sociais e as instituições que as executam. Assim sendo, podemos destacar o CRIA nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisamos que as mulheres ficam mais vulneráveis no período gestacional, devido à necessidade de cuidados especiais com a saúde e a dificuldade ainda maior de conseguir trabalho durante e depois da gestação. Isso faz com que o poder de consumo e renda sejam insuficientes para manter uma vida com o mínimo de dignidade.

Dessa forma, consideramos essencial a realização de políticas sociais públicas de saúde e assistência social para possibilitar ações voltadas para a formação educacional, profissional e cuidados básicos de saúde dessas mulheres, com vistas a melhorar suas condições de vida e dos seus filhos. Logo, é importante salientar que há também diversas dificuldades de acesso a serviços de saúde, o que acaba dificultando ainda mais a vida das gestantes e colocando-as em situação de vulnerabilidade social.

Nesse contexto, vislumbra-se que as gestantes convivem com um suporte insuficiente dos serviços de saúde, sendo que a porta de acesso ao sistema de saúde é a Atenção Primária à Saúde. Logo, salienta-se que as gestantes necessitam de ações de políticas públicas que irão possibilitar melhores condições de vida e saúde para elas e suas famílias.

Consideramos que, atento à relevância da primeira fase infantil das crianças, o Governo do Estado de Alagoas criou, em 2009, o Projeto de Alimentação Complementar de Gestantes em Situação de Vulnerabilidade Social e Insegurança Alimentar e Nutricional. Tal ação ofertava às gestantes em situação de vulnerabilidade social cestas nutricionais completas e montadas por profissionais de forma a preservar a alimentação e desenvolvimento nutricional de qualidade na gestação.

Posteriormente, o Projeto supramencionado deu lugar ao CRIA, que congrega uma série de protocolos, ações e realizações que conectam as áreas da saúde, educação e assistência social. Seu objetivo é prover e aprimorar a contribuição da gestão pública aos atores da primeira infância, principalmente àqueles em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Assim, o CRIA é extremamente importante no combate à vulnerabilidade social da gestante, pois atua na proteção daquelas que mais necessitam,

objetivando garantir um futuro de qualidade para as crianças. Ele visa integrar ações nas áreas de assistência social e saúde para assegurar políticas públicas em benefício das gestantes e crianças.

Além disso, verificou-se que embora o programa apresente inúmeros avanços no que tange ao desenvolvimento da primeira infância, o mesmo deixa lacunas em relação à problemática da má alimentação no período gestacional, pois a supressão de um programa que visa melhorias em quesitos nutricionais pela transferência de renda sem necessário direcionamento reflete em uma lacuna de descaso que deve ser levada em conta, pois ainda que a ampliação do CRIA reflita no fortalecimento das ações de combate à vulnerabilidade social a lacuna da má alimentação deve ser levada em conta.

Outrossim, deve ser levada em conta a ineficiência do programa em buscar compreender as condições concretas da vida cotidiana de cada gestante e mãe usuária do CRIA, pois é a partir dessas condições que serão compreendidas as peculiaridades de cada caso, e como deve ser feita a abordagem de cada família, visto que a realidade de uma mãe com cinco filhos é discrepante da realidade de uma mãe solo.

Dessa maneira, o programa também deixa lacunas no que se refere ao planejamento familiar, que não é uma meta, tampouco um objetivo do mesmo. Assim, a importância do planejamento familiar não é perpassada a essas famílias usuárias que por falta de acesso a tal informação não compreendem que a partir desse planejamento é possível reduzir a mortalidade e a morbidade materna, perinatal e infantil, preparar e promover uma maternidade e paternidade responsável, melhorar a saúde e o bem-estar da família.

Frente a isso, enfatiza-se que viver em situação de pobreza ou extrema pobreza durante a infância, ainda que por poucos anos, acarreta impactos negativos de longo prazo sobre o desenvolvimento das crianças. Os efeitos da pobreza na fase infantil estão associados a piores condições de saúde, menores expectativa de vida, baixos níveis de desempenho escolar e menos produtivo – de profissional durante a fase adulta.

Portanto, diante desse quadro que assombra a população, os assistentes sociais se destacam, pois eles são responsáveis por analisar, elaborar, coordenar e executar planos, programas e projetos para viabilizar os direitos da população e o acesso às políticas sociais. São estes profissionais que notam as carências e

orientam a população na busca de seus direitos de acordo com os programas ofertados à população. Todavia, o CRIA têm sido alvo de críticas pela categoria quanto a atuação do serviço social, onde os assistentes sociais têm atuado apenas como cadastradores devido a autonomia relativa que lhes é facultada.

No mais, esta pesquisa traz informações relevantes acerca das práticas do Assistente Social baseadas no Código de Ética que respalda seus direitos, é possível que se tenha uma ideia satisfatória de campos de atuação deste profissional, principalmente no Programa CRIA no qual, se viabiliza um atendimento prático e que objetiva maximização e expansão dos direitos referentes à coletividade como um todo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mariana Santana. **Reflexão sobre o exercício profissional do assistente social frente o cadastro único para programas sociais.** Publicado em Revista: 80 anos de serviço social tendências e desafios. Ouro Preto, 2015. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Reflex%C3%B5es-1-1.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2023.

ALAGOAS. **Guia de implementação do programa**. 2ª edição. 2019. Disponível em: https://www.cria.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/005CRIAGuiaTemticoBaseSegundaedio280x230mmfechadov2.pdf. Acesso em: 25 de mai. 2023.

BELLINI, Maria Isabel Barros. **O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o serviço social:** uma relação mimética?. Publicado em Revista: Internacional de Ciencias *Social es.* 2018. Volume 5. Número 1, ISSN 2530-4909.

BORGES, Mariely Géssica. **O serviço social e o atendimento às adolescentes puérperas na Maternidade Carmela Dutra – Florianópolis/SC**. Publicado em Revista: Repositório. 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/224810/O%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL%20E%20O%20ATENDIMENTO%20%C3%80S%20ADOLESCENTES%20PU%C3%89RPERAS%20NA%20MATERNIDADE%20CARMELA%20DUTRA%20%E2%80%93%20FLORIAN%C3%93POLISSC.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 de mar. 2023.

BORGES, Tainara Marina da Silva. **O trabalho do assistente social na maternidade do hospital universitário de Londrina-PR**: um estudo acerca das demandas, atribuições, requisições e ações profissionais. Publicado em Revista: UelCesa. 2019. Disponível em: http://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/TAINARA%20MARINA%20DA%20SILVA%20BORGES.pdf. Acesso em: 21 de Nov. 2022.

BOTELHO, Regiane da Silva. **Direito Humano à Alimentação Adequada**: a Política de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável no Município de Florianópolis. Publicado em Revista: Repositório. 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/225964/TCC%20-%20Regiane%20pronto%20-%2024_06_2021.docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 de jun. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **CNJ serviços**: conheça os direitos da gestante. Portal CNJ. 2016. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-conheca-os-direitos-da-gestante-e-lactante/#:~:text=Toda%20mulher%20tem%20direito%20a,eles%20sejam%20respeitados%20na%20pr%C3%A1tica. Acesso em: 22 de Nov. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Declaração Universal de Direitos Humanos. 1948**. Disponível em: https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf. Acesso em: 21 de Nov. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm#:~:text=Para%20os%20fins%20da%20presente,com%20base%20na%20igualdade%20do. Acesso em: 22 de Nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.**Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 de jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.Acesso em: 22 de Nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021.** Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14284.htm. Acesso em: 19 de mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 7.967 de 2018.** Institui o Programa Cria Alagoana – CRIA, e dá outras providências. Disponível em: https://sapl.al.al.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2018/1410/1410_texto_integral.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 de jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 07 de jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.**Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e

dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 22 de Nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm. Acesso em: 22 de Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da saúde, Caderno n°2, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 07 de ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 08 de jan. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 569 de 1º de julho de 2000**. Portal Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 21 de Nov. 2022.

BRASIL. **Programa CRIA – Crianças Alagoas.** 2023. Disponível em: https://www.cria.al.gov.br/2023/01/18/governo-de-alagoas-lanca-o-13o-do-cartao-cria/#:~:text=Atualmente%2C%20142%20mil%20pessoas%20est%C3%A3o,voltado%20para%20a%20primeira%20inf%C3%A2ncia. Acesso em: 15 de mar. 2023.

BRASIL. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. **Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro**: uma abordagem espaço-temporal. Portal Scielo. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/c9S8WgmRKQhW5TvrhR7RFmK/?lang=pt. Acesso em: 07 de jul. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Políticas de Saúde no Brasil.** Publicado em Revista: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2005.

BRITO, Cecília Maria Costa; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. **Violência e os direitos da parturiente:** o olhar do Poder Judiciário brasileiro. Publicado em Revista: Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. João Pessoa, Paraíba, 2020. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604. Acesso em: 20 de Nov. 2022.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 10ª ed. Editora: Malheiros. São Paulo. 2017.
DA SILVA, José Afonso. **Comentários à Constituição.** 6ª ed. Editora: Malheiros. Rio de Janeiro, 2017.

CISNE, Mirla. **Feminismo e marxismo**: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 132, p. 211-230, maio/ago. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.138.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde:** os desafios do Brasil contemporâneo. Portal Scielo, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/spp/a/YRRfpsV4btVLhMqbHqgJLyp/?lang=pt. Acesso em: 07 de jan. 2022.

EUGÊNIO, Aparecida Vieira de Souza; GONZAGA, Mary Lucy de Souza. **A atuação do Assistente Social no Centro de Referência da Assistencial Social-CRAS.** Publicado em Revista: Multidisciplinar e de Psicologia. 2019. Id onLine Rev. Mult. Psic. V.13, N. 44, p. 962-977, 2019 - ISSN 1981-1179. Edição eletrônica em: http://idonline.emnuvens.com.br/id. Acesso em: 18 de mar. 2023.

GOVERNO FEDERAL. Ministério da Cidadania. **Relatórios de informações sociais.**2016. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/index.php. Acesso em: 19 de mar. 2023.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff. **Políticas Públicas:** conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. Disponível em: http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/ $File/NT00040D52.pdf Acesso em: 19 de mar. 2023.

LOPES, Tamires Estevam. **Caracterização socioeconômica familiar de crianças assistidas pelo Programa Criança Alagoana (CRIA)**. GEPNEWS, Maceió, v.6, n.3, p. 20-25, set./dez. 2022.

MARQUES, Alexandra Nunes. **Políticas públicas de saúde: análise do acolhimento às gestantes do Município de Guararema (SP).** Publicado em Revista: Riut. 2012. Disponível em: https://riut.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/21506/2/CT_GPM_II_2012_22.pdf. Acesso em: 17 de mar. 2023.

MEDEIROS, Celena Dantas. **Insegurança alimentar**: análise entre famílias residentes de um município de pequeno porte no interior da Paraíba nos anos de 2011, 2014 e 2019. Publicado em Revista: Dspace. 2022. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/24674/1/.pdf. Acesso em: 13 de jun. 2023.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **Uma breve análise da política de saúde brasileira**: no contexto contemporâneo. Publicado em Revista: Jornada Internacional Políticas Públicas. 2013. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/uma-breve-analise-da-

politica-de-saude-brasileira-no-contexto-contemporaneo-.pdf. Acesso em: 07 de jan. 2023.

MUNIZ, Elisa Morais; BATISTA, Marleide Afonso; JOFFER, Suzana da Cunha. **A importância do serviço social na socialização do cadastro único: a experiência do CRAS salinas em Natal/RN**. Publicado em Revista: Repositório. 2022. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/23906/1/TCC%20ELISA%20MARLEIDE%20FINAL.pdf. Acesso em: 18 de mar. 2023.

NASCIMENTO, Alexandre Moura. **A atuação profissional do assistente social no centro de referência de assistência social**. Publicado no Portal Brasil Escola. 2021. Disponível em: https://monografias.brasilescola.uol.com.br/sociologia/a-atuacao-profissionalassistente-social-no-centro-referencia.htm#indice_14. Acesso em: 19 de mar. 2023.

NASCIMENTO, Claudio Ferreira do. **O financiamento do SUS:** uma luta do controle social. Portal Conselho de Saúde. 2022. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/livros-publicacoes/2766-o-financiamento-do-sus-uma-luta-do-controle-social. Acesso em: 25 de mai. 2023.

NETO, Edson Theodoro dos Santos; ALVES, Kelly Cristina Gomes; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita de Cássia Duarte. **Políticas de Saúde Materna no Brasil**: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.Saúde Soc. São Paulo, 2008.

PAZ, Walber Dhully Rodrigues; BRITO, Salete Maria da Rocha Sipriano. **Atuação do serviço social no processo de sensibilização das gestantes sobre seus direitos na saúde em Francisco Ayres (PI).**Publicado em Revista: Ares. 2018. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13315/1/TCC--Agua%20Branca%20-3.pdf. Acesso em: 20 de Nov. 2022.

PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde no Brasil**: provocações e reflexões. 2020. Brasília. Disponível em: https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Saude-no-Brasil.pdf. Acesso em: 19 de mai. 2023.

PINTO, Isabela de Brito Urias. **Gestantes em vulnerabilidade social.** Publicado em Revista: acervo. 2022. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/10497. Acesso em: 15 de mar. 2023.

REIS, Vanessa Alves Batista. **O trabalho do Serviço Social com Gestantes no Hospital Municipal de Rio das Ostras**: Limites e Possibilidades. Publicado em Revista: UFF. 2019. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/5249/TCC%20VANESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 22 de Nov. 2022.

RESOLUÇÃO ONU Nº 217- A. **Norma Federal instituída em 10 de dezembro de 1948**. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-217-1948_94854.html. Acesso em: 21 de Nov. 2022.

ROSA F, et al. **Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade**. RevAssoc Med Bras. 2012.

RUA, Maria das Graças**. Políticas públicas**/ Maria das Graças Rua. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB, 2009.

SANTOS, Regina Maria dos. **Cadastro único e os direitos socioassistenciais no contexto da política de assistência.** Publicado em Revista: Repositório. 2022. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/22834/1/Artigo%20-%20Hingrid%20Luana%20.pdf. Acesso em: 19 de mar. 2022.

SANTOS, Tereza Fernanda Pereira. JUNIOR, Adival José Reinert. **Atuação dos enfermeiros na humanização e no acolhimento da família e dos pacientes em unidade de terapia intensiva.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 10, Vol. 01, pp. 25- 37. Setembro de 2019.

SILVA, Daniel Neves. **Revolta da vacina.** Portal Mundo da Educação. 2019. Disponível em: https://mundoeducacao.uol.com.br/historiadobrasil/revolta-vacina.htm#:~:text=A%20Revolta%20da%20Vacina%20foi%20uma%20revolta%20de%20car%C3%A1ter%20popular,um%20saldo%20de%2031%20mortos. Acesso em: 07 de ago. 2023.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **SUS**: 33 anos transformando a história da saúde no Brasil. 2019. Disponível em:https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7152-sus-33-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil. Acesso em: 08 de jan. 2023.

SIMÕES, Soraia Cassia Morato. **Vulnerabilidade social e sífilis congênita.** Publicado em Revista: Repositório. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/30850/1/TCC%20com%20Ata%20de%20Aprova%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2023.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **O direito fundamental à saúde:** dos Direitos Humanos à Constituição de 1988. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XI, n. 54, jun 2018. Disponível em: <http://www.ambito-jurídico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2970>. Acesso em: 21 de Nov. 2022.

SILVA, Sheyla S. de S. **Contradições da Assistência Social no governo "neo desenvolvimentista" e suas funcionalidades ao capital.** Ser. Soc. Soc., São Paulo, n.113, p.86-105, jan/mar. 2013.

SOUZA, Simone Moreira dos Santos; ÁVILA, Heleni Duarte Dantas. **Atuação do serviço social no núcleo de apoio a saúde da família.** Publicado em Revista: integrativa em inovação tecnológica nas ciências da saúde. 2019. Disponível em: https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1406/904. Acesso em: 08 de jan. 2023.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES PARA A INFÂNCIA. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf. Acesso em: 18 de mar. 2023.

TEO, Carla Rosane Paz Arruda. **Direito humano à alimentação adequada**: percepções e práticas de nutricionistas a partir do ambiente escolar. Portal Scielo. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/zQG7Pw7FfdhC8cLKnXpxRKq/?lang=pt. Acesso em: 12 de jun. 2023.

XAVIER, Ana Luiza Bernardes Pereira. **A relevância do cadastro único nos programas:** Benefício De Prestação Continuada (BPC) E Programa Bolsa Família (PBF). Publicado em Revista: repositório. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/27074/3/Relev%C3%A2nciaCadastro%C3%9Anico.pdf. Acesso em: 18 de mar. 2023.