



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
UNIDADE PALMEIRA DOS ÍNDIOS
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO
SOCIAL**

GECIANE SILVA DE FREITAS

**A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS DOS
NEFROPATAS RENAI CRÔNICOS: um olhar para a realidade de Palmeira dos Índios**

PALMEIRA DOS ÍNDIOS – AL

2023

GECIANE SILVA DE FREITAS

**A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS DOS
NEFROPATAS RENAI CRÔNICOS:** um olhar para a realidade de Palmeira dos Índios

Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito final na Universidade Federal de Alagoas do curso Bacharelado em Serviço Social, como requisito básico para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Martha Daniella Tenório de Oliveira.

PALMEIRA DOS ÍNDIOS-AL

2023



Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Unidade Educacional Palmeira dos Índios
Biblioteca Setorial Palmeira dos Índios - BSPI

F866a Freitas, Geciane Silva de
A atuação do a assistente social frente as demandas dos nefropatas renais crônicos: um olhar para a realidade de Palmeira dos Índios / Geciane Silva de Freitas. – Palmeira dos Índios, 2024.

51 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Martha Daniella Tenório de Oliveira.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, Palmeira dos Índios, 2023.

Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus Arapiraca*).
Referências: f. 47 - 51.

1. Serviço social. 2. Assistentes sociais. 3. Políticas de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Oliveira, Martha Daniella Tenório de. II. Título.

CDU 364

Bibliotecária responsável: Kassandra Kallyna Nunes de Souza
CRB - 4 / 1844

GECIANE SILVA DE FREITAS

**A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL
FRENTE AS DEMANDAS DOS NEFROPATAS
RENAIS CRÔNICOS: Um olhar para a realidade
de Palmeira dos Índios/AL.**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas/Unidade Educacional Palmeira dos Índios, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **MARTHA DANIELLA TENORIO DE OLIVEIRA**
Data: 08/01/2024 16:21:28-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Orientadora: Profa. Dra. Martha Daniella de
Oliveira**

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDO DE ARAÚJO BIZERRA**
Data: 05/01/2024 07:42:30-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**1ª Examinador: Profº. Dr. Fernando de Araújo
Bizerra**

Documento assinado digitalmente
 **KARINA LIMA DUARTE NEVES ROCHA**
Data: 18/12/2023 21:21:05-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**2ª Examinadora: Profª. Ma. Karina Lima Duarte
Neves Rocha**

Data de defesa: 26/10/2023

Aos meus queridos pais Juarez e Mariselma e a minha irmã Jéssica que me deram todo o apoio ao longo dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que é a minha rocha e proteção, meu alicerce, ele que me sustentou todos os dias ao longo da minha jornada dentro da Universidade, diante dos dias difíceis busquei força nele para que ele pudesse me encorajar a não desistir diante dos obstáculos que surgiram ao longo do caminho, aos meus pais e a minha irmã que é a minha base, que sempre me apoiaram e me incentivaram a seguir sempre em frente, me encorajando até mesmo nos dias que eu achei que não conseguiria, quando o cansaço batia mais forte e eu buscava forças e por muitas vezes não encontrava, se não fosse por vocês eu não teria chegado até aqui, destaco aqui também um homem íntegro e que sempre me apoiou nos estudos meu querido e saudoso Avô Odilon Freitas (em memória) dedico todo o meu sucesso profissional ao senhor vô, como não mencionar a minha vozinha Geranice Freitas que é a minha segunda mãe aquela que se orgulha com cada conquista minha que assim como meu avô sempre me deu total apoio, em todas as decisões tomadas, de um modo especial destaco todos os meus familiares que vibraram com o meu ingresso na universidade que hoje estão comigo compartilhando a doce realização da formação acadêmica.

Aos meus amigos que compartilharam comigo todas as fases dentro da universidade, que aguentaram os meus dias mal humorada, os dias que nem eu mesmo conseguia me suportar, vocês sempre estiveram ali, me apaludindo e vibrando diante das minhas conquistas, eu não teria chegado até aqui se não fosse por toda força que vocês me deram, eu não consigo descrever em palavras o quanto vocês foram e são especiais na minha vida, e o quanto vocês foram essenciais para que eu pudesse hoje chegar até aqui, ao longo do caminho quando encontramos pessoas especiais, os dias se tornam mais leves.

Aos meus professores que me fortaleceram com o aprendizado, me fazendo tornar-se uma profissional que honra a sua profissão e a exerce com amor e dedicação, quero deixar aqui todo o meu respeito e admiração a cada um de vocês, obrigada por cada palavra dita para que eu melhorasse e corrigisse tudo que não caberia ao momento, as críticas construtivas são fundamentais para a formação de um profissional.

A minha Orientadora Professora Martha Daniella, por todo apoio e por me auxiliar no desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso, por toda paciência e dedicação que me foi cedida, sou imensamente grata a sua pessoa, e levarei os aprendizados que adquiri com você durante toda a minha vida profissional que se inicia a partir dos dias vindouros.

À banca examinadora composta pelo Professor Dr Fernando de Araújo Bizerra, Professora M^{re} Karina Lima Neves Duarte, e Professora Martha Daniella de Oliveira,

orientadora deste trabalho, agradeço pelas considerações, por todas as críticas construtivas e contribuições para o amadurecimento do estudo.

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada
CDR – Clínica de Doenças Renais
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
CNAS- Conselho Nacional de Assistência Social
CNS- Conselho Nacional de saúde
CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social
CF/1988 - Constituição Federal de 1988
IAPS- Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS- Instituto nacional do sefuro social
IRC- Insuficiência Renal Crônica
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PIS - Programa de Integração Social
SUS - Sistema Único de Saúde
SUDS- Programa de deesenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
UPA- Unidade de pronto atendimento
UBS- Unidade básica de saúde
UFAL- Universidade Federal de Alagoas

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Mapa Populacional de Palmeira dos Índios

RESUMO

O presente estudo tem por tema a atuação do/a assistente social frente as demandas dos nefropatas renais crônicos: um olhar para a realidade de Palmeira dos Índios. Possui por propósito principal compreender a prática do/a assistente social neste espaço sócio-ocupacional. O método utilizado materialista histórico-dialético de Karl Marx , que busca compreender a realidade por aproximações sucessivas e a metodologia pesquisas bibliográficas e documentais. Seguindo essa direção dessas três dimensões, os resultados obtidos demonstram que o serviço social na área da saúde de alta complexidade, no caso específico em um setor de nefrologia, busca defender o projeto ético-político da profissão e consequentemente a afirmação e defesa de uma saúde pública, de qualidade e universal, enquanto responsabilidade do estado. Ao analisar a dinâmica da CDR foi possível constatar que nessa instituição é perceptível a escassez de conhecimento dos mesmos acerca dos direitos que possuem, como também de seus familiares/ acompanhantes em relação aos direitos, especialmente aos previdenciários que em sua maioria desconhecem o benefício que recebem e até porque recebem, seja ele benefício de prestação continuada (BPC), o auxílio doença ou aposentadoria por invalidez.

Palavras Chaves: assistente social, nefrologia, políticas saúde.

ABSTRACT

The theme of this study is the work of the social worker in the face of the demands of chronic renal nephropathy: a look at the reality of Palmeira dos Índios. Its main purpose is to understand the practice of the social worker in this socio-occupational space. The method used is Karl Marx's historical-dialectical materialism, which seeks to understand reality through successive approximations, and the methodology is bibliographical and documentary research. Following the direction of these three dimensions, the results obtained show that social work in the area of high-complexity healthcare, in this specific case in a nephrology sector, seeks to defend the ethical-political project of the profession and consequently the affirmation and defense of public, quality and universal healthcare, as a responsibility of the state. When analyzing the dynamics of the CDR, it was possible to see that in this institution there is a noticeable lack of knowledge among the patients about their rights, as well as among their family members/carers in relation to their rights, especially in relation to social security, most of whom are unaware of the benefits they receive and even why they receive them, whether it's a continuing benefit (BPC), sickness benefit or disability pension.

Keywords: social worker, nephrology, health policies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	QUESTÃO SOCIAL, AS ALTERAÇÕES DA SOCIEDADE E SUAS INTERFERÊNCIAS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	13
2.1	<u>Um olhar sobre a “questão social” e sua historicidade na sociedade brasileira</u>	14
2.2	<u>A História da Política de Saúde no Brasil e seus principais marcos históricos</u>	16
2.3	<u>O atual momento vivenciado pelo sistema único de saúde- SUS e a saúde no Brasil</u>	25
3	BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS, APONTAMENTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS: A IMPLANTAÇÃO DA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS-CDR	26
3.1	<u>Desenvolvimento da Clínica de Doenças Renais de Palmeira dos Índios, e os usuários/ pacientes Renais Crônicos</u>	29
4	ATUAÇÃO PROFISSIONAL E ATRIBUIÇÕES DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE	34
4.1	<u>Atuação e atribuições do serviço social na área de hemodiálise, com ênfase na Clínica de doenças renais de Palmeira dos Índios</u>	34
6	DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS	38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) tem condução na atuação do/a assistente social frente as demandas dos pacientes renais crônicos: um olhar para a realidade de Palmeira dos Índios

O estudo apresenta e faz um recorte da Política de Saúde no Brasil, com ênfase nos objetivos do exercício profissional do/a Assistente Social, no sentido de compreender melhor essa prática na clínica de doenças renais de Palmeira dos Índios (CDR), junto aos nefropatas renais crônicos, visando alcançar e aprimorar a promoção em saúde e qualidade de vida dos(as) usuários(as), assim como também tem por objetivo levar a informação acerca dos direitos dos (as) usuários (as) desta unidade, bem como promover a socialização e reflexão de informações e ampliação e garantia dos direitos sociais e promoção da cidadania, favorecendo a participação dos (as) usuários(as) portadores de doenças renais, nas decisões institucionais, na articulação da rede socioassistencial e promovendo o acesso a informações acerca dos direitos sociais que beneficiam os (as) usuários(as) / pacientes renais crônicos.

É importante salientar o leque de serviços que o/a assistente social executa nessa área, dentre tantos destaca-se: atuação diretamente na viabilização de direitos nas políticas públicas para os (as) usuários(as); no acolhimento; no acompanhamento do tratamento, em orientações educativas e na melhor forma de convivência com a doença e com a família, os encaminhamentos para a rede de serviços, etc.

Em se tratando ainda sobre o Serviço Social no setor de nefrologia, observa-se a importância do papel do/a assistente social como sujeito mediador, na garantia da qualidade de vida e dos direitos dos pacientes / usuários (as) renais crônicos da clínica de doenças renais de Palmeira dos Índios.

A ideia que conduziu o este estudo iniciou-se ao pesquisar a atuação do profissional o/a Assistente Social e sua prática, e as dificuldades enfrentadas por este na materialização do seu trabalho, despertaram a curiosidade em conhecer e refletir com maior aprofundamento teórico, esse exercício profissional.

A metodologia utilizada foi por meio do método materialista histórico-dialético de Karl Marx e pesquisas bibliográficas contando com as produções científicas dos seguintes autores(as) Maria Inês Bravo, Marilda Vilela Iamamoto, Elaine Rossetti Behring, Yolanda Guerra, Célia Regina Mito e Paulo Netto, e também por meio de pesquisa documental.

Ao analisar a dinâmica da CDR foi possível constatar que nessa instituição é perceptível

a escassez de conhecimento dos mesmos acerca dos direitos que possuem, como também de seus familiares/ acompanhantes em relação aos direitos, especialmente aos previdenciários, que em sua maioria desconhecem o benefício que recebem e até porque recebem, seja ele benefício de prestação continuada (BPC), o auxílio doença ou aposentadoria por invalidez.

Observa-se que para transpor as barreiras encontradas na atuação do/a Assistente Social é preciso que este tenha consciência da posição que tem, dos recuos e avanços que é preciso fazer, bem como as mediações necessárias com articulações de organização, mobilização e saber.

"O saber é o trabalho para elevar à dimensão do conceito uma situação de não-saber, isto é, a experiência imediata cuja obscuridade pede o trabalho da clarificação. A obscuridade de uma experiência nada mais é senão seu caráter necessariamente indeterminado e o saber nada mais é senão o trabalho para determinar essa indeterminação, isto é, para torná-la inteligível. Só há saber quando a reflexão aceita o risco da indeterminação que a faz nascer, quando aceita o risco de não contar com garantias prévias e exteriores à própria experiência e à própria reflexão que a trabalha" (CHAUI, 1993, p.1-309).

O Estudo está estruturado da seguinte forma: Na primeira seção abordaremos acerca de "questão social", as alterações da sociedade e suas interferências na política de saúde brasileira e tendo ainda como discussão o atual momento vivenciado pelo sistema único de saúde- SUS e a saúde no Brasil, na segunda seção iremos trazer um breve histórico do município de Palmeira dos Índios mostrando os seus dados econômicos e sociais, na terceira seção abordaremos o contexto histórico da clínica de doenças renais-CDR da cidade de Palmeira dos Índios, partindo para a quarta seção será abordada a clínica de doenças renais-cdr: usuários(as)/pacientes renais crônicos na cidade de Palmeira dos Índios, na quinta seção discutiremos acerca da atuação profissional e atribuições do/a assistente social no serviço de hemodiálise, com ênfase na clínica de doenças renais da cidade de Palmeira dos Índios e na sexta e última seção abordaremos os desafios da atuação profissional do/a assistente social no serviço de nefrologia de Palmeira dos Índios.

2 QUESTÃO SOCIAL, AS ALTERAÇÕES DA SOCIEDADE E SUAS INTERFERÊNCIAS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Nesta seção tomamos como referência a questão social, seu surgimento no Brasil, partindo sobre a historicidade do surgimento da política de saúde no Brasil,

O recorte exposto no presente estudo dar-se-á a partir das alterações ocorridas na sociedade brasileira na década de 1930, que teve como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. A conjuntura de 1930, possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem as “questões sociais” de forma orgânica e sistêmica.

É importante salientar que por sua vez a história das políticas de saúde no Brasil está vinculada ao campo da assistência médica. A história da ação do Estado nesta área social desenvolveu-se a partir de duas trajetórias principais: a das ações e serviço de saúde pública / saúde coletiva, dirigida à população em geral sob responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do ministério da saúde; e das ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar realizada pela previdência social, dirigidas, principalmente aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano, cada uma com financiamento, administração, lógica e cultura institucional pública.

De forma geral, podemos dizer política de saúde tem três fases. A primeira fase previdencialista-assistencialista, com predomínio de relações clientelistas, fisiológicas. A segunda fase privatista, vinculada ao mercado para os trabalhadores que podem adquirir planos privados de saúde, e por último, sua fase universalista, especialmente contida e afirmada na Constituição de 1988.

2.1 Um olhar sobre a “questão social” e sua historicidade na sociedade brasileira

A expressão “questão social” começa a ser empregada maciçamente a partir da separação positivista, no pensamento conservador, entre o *econômico* e o *social*, dissociando as questões tipicamente econômicas das “questões sociais” (Paulo Netto, 2001, p. 42). Portanto, o “social” pode ser visto como um “fato social”, algo natural, a-histórico, separado dos fundamentos econômicos e políticos da sociedade e, portanto, dos interesses e conflitos sociais. Se um problema social “questão social” não tem base estrutural, resolvê-lo também não

significa mudar o sistema.

Então começamos a pensar “questão social”, na miséria, na pobreza e em todas as suas manifestações, não como resultado da exploração econômica, mas como responsabilidade autônoma e individual ou coletiva das áreas relevantes. Portanto, as “questões sociais” são entendidas como “questões” isoladas, mas também como fenômenos naturais ou criados pelo comportamento dos sujeitos que os sofrem.

Assim, o tratamento das chamadas "questões sociais" passa a ser *segmentado* (separado por tipo de problemas, por grupo populacional, por território), *filantrópico* (orientado segundo os valores da filantropia burguesa), *moralizador* (procurando alterar os aspectos morais do indivíduo) e *comportamental* (considerando a pobreza e as manifestações da "questão social" como um problema que se expressa em comportamentos, a solução passa por alterar tais comportamentos) .

As “expressões da questão social” estão carregadas de influências históricas, políticas e culturais, configuradas pela estrutura essencial das relações sociais e desiguais, oriundas do modo de produção capitalista. Segundo Montano (2012), a “questão social” teve seus desdobramentos na terceira década do século XIX na Inglaterra, mas ao longo da consolidação do capitalismo na sociedade burguesa assumiu concepções e formas de enfrentamento distintas.

¹

A questão social não é senão a expressão do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento, como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (Iamamoto, 1983, pg. 77).

Carvalho e Iamamoto (2009), afirmam que o desdobramento da “questão social” está relacionado com as formações das classes operárias e sua entrada no cenário político, buscando reconhecimento de seus direitos pelo Estado, em que entram em jogo os interesses da classe trabalhadora.

A conformação do capitalismo no cenário brasileiro apresenta particularidades visto seu caráter de dependência ao capital internacional, acentuando ainda mais a exploração da força de trabalho.

A “questão social” é indissociável da sociabilidade da sociedade de classes e seus

¹ A “questão social”, seu aparecimento, diz respeito diretamente à generalização do trabalho livre numa sociedade em que a escravidão marca profundamente seu passado recente. Trabalho livre que se generaliza e circunstâncias históricas nas quais a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico-social brasileira (Carvalho; Iamamoto, 2009, p. 125).

antagonismos constituintes, envolvendo uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas, com o selo das particularidades nacionais, presidida pelo desenvolvimento desigual e combinado, onde convivem coexistindo temporalidades históricas diversas (Iamamoto, 2013, p. 330).

Ainda para complementar o debate acerca do tema, Cerqueira Filho, por “questão social”, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais, culturais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs ao mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, “a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (Cerqueira Filho, p.21).

Numa sociedade de escassez ou necessidade (e não de excedentes), onde não há produção suficiente para satisfazer as necessidades de toda a população, a distribuição equitativa dos bens disponíveis, significa que todos os produtos serão consumidos sem excedentes para promover o crescimento de força produtiva. A sociedade não alcançará um crescimento efetivo.

Portanto, em sociedades escassas, a desigualdade de classes (a distribuição desigual da riqueza existente na sociedade) permitirá que algumas pessoas acumulem riqueza e empobreçam outras, permitindo assim que os excedentes acumulados nas mãos de alguns sejam investidos no crescimento produtivo. A desigualdade, no contexto da escassez, é vista pelos liberais como necessária para o crescimento e desenvolvimento das forças produtivas.

Em contrapartida, nas sociedades excedentárias, onde a produção é suficiente para alimentar toda a população, como é o caso da sociedade capitalista na era do monopólio, a desigualdade social é um produto do desenvolvimento, é a força produtiva e não o resultado sobre seu desenvolvimento incompleto, bem como sua condição. Aqui, a desigualdade é consequência de um processo que, mesmo no caso de excesso de riqueza, combina acumulação e pobreza.

Conforme Marx (1980, III, p. 416), "os ciclos em que se move a indústria moderna [são:] estabilidade, animação crescente, prosperidade, superprodução, craque, estagnação, estabilidade, etc...". É a partir desse contexto histórico, social, político, econômico e cultural que se dá o exercício profissional do assistente social ao que se refere a responder as “expressões da questão social” por meio da intervenção público estatal.

2.2 A História da Política de Saúde no Brasil e seus principais marcos históricos

Como a instituição estudada está vinculada a política de saúde, é imprescindível neste

item apontar de forma sistemática a trajetória da política de saúde no Brasil, recordando marcos que são importantes e especialmente a década de 1930.

Segundo Bravo (2000) citado por Guedes (2013) a política de saúde brasileira se dividia em três fases: *previdencialista-assistencialista*, com o predomínio de práticas clientalista: a *fase privatista* direcionada aos trabalhadores com planos privados, e por último a *universalista* em meados da década de 1980.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

A Saúde Pública é o conjunto de medidas promovidas pelo estado para garantir a saúde a toda população. Englobando os serviços de atendimento médico, tratamento e prevenção de doenças físicas e mentais. Ela também é responsável por criar políticas públicas que possam ser aplicadas na melhoria da saúde e da conscientização da população sobre prevenção de doenças. Por sua vez no âmbito da medicina previdenciária, aumentava a intervenção estatal, com a progressiva centralização da assistência, culminando na criação da Previdência Social, na década de 40, órgão que terá importante papel na materialização das propostas de extensão de cobertura e na criação de políticas de saúde que servirão de arcabouço para o novo modelo organizacional de saúde a ser formalizado em 1975: o Sistema Nacional de Saúde. Como afirma Donnangelo: “O estudo das relações entre Estado e assistência médica no Brasil pode se processar um primeiro momento, através do estudo do significado histórico da previdência social (1975, p7)”.

Em 1930, as CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões) foram divididas por categorias profissionais IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Em 1966, os IAPs, foram unificadas no Instituto Nacional e Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), com privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde. (Ordóñez; Paiva 2017, p.28).

Segundo os autores exposto, durante todo esse período a assistência à saúde estava restrita aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. a maioria da população, sem condições buscava ajuda na medicina popular. Às Santas Casas de Misericórdia abrigavam pobres e doentes mentais, dirigidas pela igreja católica, era a única opção para os doentes que não contribuíam com a previdência. A igreja entendia essa assistência como atos de caridade (Bittencourt; Vilela; Nunes, 2011p. 131-136).

Nesse período, os movimentos sociais se tornavam mais articulados, intensos, organizados e a luta pela saúde se tornou um objetivo comum de diferentes atores nesse contexto histórico de busca de direitos fundamentais e restituição da democracia.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940 foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estatuais de saúde, pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1937; interiorização das ações para áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, 1941 (Braga;Paula, 1986 *apud* Bravo, 2000, p.106).

No período de 1945 a 1964 houve a redemocratização, caracteriza-se pelo investimento na assistência médica a vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial teve imensa repercussão no Brasil. Manifestações grandiosas contra a ditadura resultaram no mês de Outubro de 1945 na deposição de Getúlio Vargas, e no outro ano na elaboração de uma constituição democrática de inspiração liberal. E até 1964 o Brasil viveu o período conhecido como o período de redemocratização.

Sobretudo no âmbito da saúde pública vários órgãos foram criados, tendo destaque a atuação do Serviço Especial de Saúde pública (SESP), criado em 1942 em um acordo firmado com os Estados Unidos, tendo como objetivo principal a assistência médica para trabalhadores recrutados que auxiliavam na produção de borracha na Amazônia, que estavam sujeitos á várias doenças, como a malária.

Em 1953 criou-se o Ministério da saúde, as ações na área da saúde se intensificaram o que resultou na construção de uma estrutura administrativa própria, neste mesmo período os sanitaristas discutiam acerca da política de saúde, com reflexão no debate da economia.

A política social de saúde no período de 1974 a 1979 enfrentou permanentemente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresariais médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter á ênfase da política de saúde, carcterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas comandadas pelo setor privado.

Em 1974, o regime militar dividiu o INPS em Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A maior parte do atendimento realizado pelo INAMPS era realizado pela iniciativa privada, e osconvênios eram remunerados por procedimento realizado, consolidando o modelo de cuidado da doença e não dá saúde. (Ordenez; Paiva 2017, p.28).

O Sistema Nacional de Saúde foi criado em 1975, promulgado pela Lei nº 6229, de 17 de julho, reforçando o que já era estabelecido na época: responsável pela assistência médica individual e curativa, enquanto o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais e municipais

se responsabilizavam pelos cuidados preventivos. (Ordonez; Paiva 2017, p.29).

O Ministério da Saúde, entretanto retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições do sistema nacional de saúde.

Nos anos de 1980, a saúde deixou de vincular apenas os técnicos para assumir uma dimensão política. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde; o movimento sanitário; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (Bravo,1966,2000). As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos formularam a possibilidade da universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde; a descentralização do processo decisório para esferas estaduais e municipais.

Vale salientar que, a reforma sanitária brasileira teve como princípio uma crítica a concepção de saúde bem como a afirmação da relação entre a organização social, serviços de saúde e prática médica, partiam do entendimento e do fundamento de que deveria pensar em outros determinantes sociais que levam a ocorrência da doença, para depois melhor compreender o processo de trabalho em saúde. As primeiras repercussões do movimento pela democratização da saúde surgem com o Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-saúde) este programa serviu de referência para o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que através do programa de ações integradas de saúde (PAIS), objetivava alcançar mudança no modelo de assistência. Tal programa (PAIS) em 1985 passa a ser denominado de AIS (Ações Integradas de Saúde).

Apointa-se em toda a literatura no âmbito da saúde como um grande marco na história, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que resultou com a participação popular e que incorporou grande parte das reivindicações dos movimentos sanitários.

Na década de 1980, o país passa por um processo de redemocratização, que na saúde resultou no movimento denominado Reforma Sanitária (Pitta, 2010, p.127-130). Em 1986 o marco mais importante na reivindicação desses movimentos sociais é a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Onde Foi possível compreender a saúde como um direito fundamental para garantir a cidadania, a conferência permitiu que o debate sobre saúde fosse além das questões técnicas.

Envolvendo estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidade comunitárias, a saúde foi definida como um direito fundamental para garantia da cidadania A 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um dos principais marcos de organização da sociedade para a instituição de Políticas Públicas. As discussões apresentadas na Conferência foram a base do

texto constitucional da saúde descritos nos artigos 196 à 200 da Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. A criação do SUS é considerada, até hoje, como o maior marco de inclusão social de toda a história do país (Fernandes; Sousa, 2020, p.1-17).

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), foi implementado em 1987 como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

A descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde junto com a execução dos serviços ao nível local, culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1988 foi substituído pelo SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, tem entre seus princípios básicos universalização: a saúde é um direito de todos, independente de raça, sexo ou outras características e um dever do Estado. equidade: as necessidades de cada indivíduo são diferentes, então este princípio prevê a diminuição das desigualdades, ou seja, atender a necessidade de cada um e dar maior atenção aos que mais necessitam. integralidade: atender a todas as necessidades de um indivíduo, visto que somos um todo, várias áreas de atuação das políticas públicas diferentes que juntas garantem a qualidade de vida de um indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Foi criado para que toda população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. O princípio de descentralização do SUS refere-se ao processo de ampliação das responsabilidades, este sistema existe em três esferas: nacional, estadual e municipal.

É objetivo do SUS prover atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizada de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. (Ordenez;Paiva, 2017, p.25).

Hoje o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento laboratorial até o transplante de órgãos gratuitos para toda a população do país, promove também campanhas de vacinação, ações de promoção e prevenção à assistência à saúde dos brasileiros e vigilância sanitária. Os direitos sociais são direitos que se referem às condições de vida, de trabalho, ao acesso de bens e aos serviços

indispensáveis á vida.

Cabe ao Estado deve garantir o direito á saúde através da formulação execução de políticas econômicas e sociais visando á redução de riscos e doenças e de outros agravos, estabelecendo condições para assegurar acesso universal e igualitário ás ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esses direitos estão assegurados no capítulo II da Constituição Federal de 1988. Desta maneira, podemos notar a importância do dispositivo, em função do direito á saúde, este elenca saúde dentre os direitos sociais, atribuindo-lhe o poder social.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...] (Brasil, 1990, p. 1).

O Ministério da Saúde (MS) realiza várias ações, programas e projetos com a finalidade de trazer a saúde para perto do cidadão e, dar ao profissional, a especialização necessária para que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade, Como por exemplo os programas banco de leite humano, cuida mais Brasil, programa academia da saúde, programa mais médicos, programa saúde na escola, programa nacional de triagem neonatal, programa nacional de controle ao tabagismo, programa nacional de imunização, saúde na escuta, humaniza SUS, dentre outros.

É importante destacar alguns dos principais programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde: Em 2003 **SAMU**, esta presta socorro a população em casos de urgência; Em 2004 a **Farmácia Popular do Brasil**, criado para ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais; Saúde da Família, que tem por objetivo, atuar na promoção e manutenção da saúde das pessoas, bem como na prevenção de doenças, alterando assim o modelo de saúde centrado em hospitais.

Em 2004 o **Brasil Sorridente** que é um programa que está presente em diversas ações do ministério da saúde e busca melhorar as condições de saúde bucal dos brasileiros de todas as idades; O Banco de Leite Humano, tem o objetivo de promover a expansão quantitativa e qualitativa dos bancos de leite humano no Brasil, mediante integração e construção de parcerias entre órgãos federais, iniciativa privada e sociedade; **Humaniza SUS**, propõe uma nova relação entre o usuário do sistema único de saúde (SUS) e o profissional que o atenderá, também oferece cursos, realiza oficinas e certifica experiências de humanização bem-sucedidas. A ideia é trabalhar em parceria para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e com locais de prestação de

serviço mais confortáveis; **Olhar Brasil**, o objetivo principal é descobrir problemas de visão em estudantes do ensino fundamental público e pessoas com mais de 60 anos;; **projeto expande**, o objetivo é estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil para alcançar um alto nível de qualidade, por exemplo na cobertura populacional.

De acordo com Pacheco (2007), o reconhecimento da saúde como resultado das condições econômicas, políticas sociais e culturais, dá ao serviço social fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Assim, a inserção do/a assistente social no campo foi a mudança no processo de gestão da política de saúde, tendo na descentralização política e administrativa a principal estratégia. Onde os municípios tiveram que contratar diversos profissionais para garantir a gestão local da política, dentre eles, o/a assistente social.

A política pública de saúde é o setor que, historicamente, mais tem absorvido profissionais de Serviço Social. O conselho Nacional de saúde –CNS, através da resolução nº 218/1997, reconheceu o/a assistente social como um dos treze profissionais de saúde nível superior e o conselho federal de serviço social – CFESS, através da resolução 383/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela constituição de 1988. Onde o seu compromisso ético-político expresso no código de ética da profissão de 1993, que coloca que um dos principais fundamentos do serviço social é o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”.

Os/ AS assistentes sociais se inserem, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do sistema único de saúde- SUS com as demais políticas sociais, tendo como principal objetivo de seu trabalho no setor assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. Este desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

É dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos (as) assistentes sociais vêm se desenvolvendo e, a cada dia, sob a concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais. Assim, a política pública de saúde no Brasil passou por profundas alterações desde simples assistência médica a direito à saúde. A consolidação do SUS, que se embasa nos princípios e diretrizes da

reforma sanitária brasileira pode ser considerada como uma das reformas sociais mais importantes realizadas pelo Brasil na última década do século XX, dando atendimento igualitário, cuidando e promovendo a saúde de toda a população.

Diante disso, o/a assistente social na área da saúde, sai do curativo e individual para a perspectiva de saúde como uma questão social, na busca de fornecer respostas as demandas postas ao seu exercício profissional, para uma população que dispõe, como uma única alternativa de sobrevivência, de serviços completamente desmontados e cada vez mais distanciados de função social que lhes compete. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma grande conquista da população brasileira, sendo reconhecido como um dos maiores do mundo e usado como modelo em muitos outros países.

Entretanto, segundo uma pesquisa realizada em 2018 pelo conselho federal de medicina (CFM), a saúde pública no Brasil sofre desafios do mal gerenciamento e de falta de investimentos financeiros. Como resultado, temos um sistema em colapso, na maioria das vezes insuficiente e com pouca qualidade para atender a população. Os principais desafios da saúde pública no Brasil são:

- Falta de médicos: O Conselho Federal de Medicina estima que exista 1 médico para cada 470 (quatrocentos e setenta) pessoas.
- Falta de leitos: Em muitos hospitais faltam leitos para os usuários/pacientes. A situação é ainda mais complicada quando se trata de UTI (Unidade de Terapia Intensiva).
- Falta de investimentos financeiros: Em 2018, apenas 3,6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde. A média mundial é de 11,7%.
- Grande espera para atendimento: Agendar consultas com médicos especialistas pode demorar até meses, mesmo para os usuários/pacientes de precisam de atendimento imediato. O mesmo acontece com a marcação de exames. Atualmente, os principais problemas de saúde pública no Brasil são a hipertensão, diabetes e obesidade.

Essas doenças atingem grande parte da população e necessitam de uma estrutura adequada dentro do SUS para garantir um atendimento de qualidade para todos. O resultado da falta de investimentos na saúde reflete no retorno de doenças consideradas erradicadas ou controladas há muito tempo. Por exemplo, em 2018, o Brasil viveu um surto de casos de sarampo. O mesmo também aconteceu com a febre amarela, em 2017.

A saúde pública também envolve a divulgação de campanhas de vacinação e divulgação sobre formas de prevenção de doenças. As principais políticas públicas de saúde no Brasil estão associadas à criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, através da Lei nº 8.080, de 19 de

setembro.

Ela detalha todos os compromissos e responsabilidades do Estado e especifica quais as atribuições de competência no Município, do Estado e da União.

Ao longo de seus 30 (trinta) anos de existência, o sistema criou vários programas de destaque, alguns inclusive utilizados pela OMS como referência mundial.

Veja alguns dos que mais se destacam:

1. Estratégia Saúde da Família

O programa que promove atendimento à toda a família na atenção básica atingiu cobertura de mais de 60% da população. Entre suas principais contribuições estão a redução dos índices de mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares.

São 43 (quarenta e três) mil equipes multidisciplinares espalhadas pelo Brasil. Com a ampliação do atendimento lá na rede básica é possível se tomar medidas e ações de prevenção a algumas doenças para que sejam controladas antes de se tornarem grave.

As equipes de estratégia da saúde da família mapeiam os principais problemas que impactam na saúde da comunidade em que atuam e criam projetos a partir disso. Dessa forma, o programa contribuiu para a redução no número de internações.

2. Programa Nacional de Imunizações

Este programa disponibiliza vacinas para as principais doenças acometidas em crianças, adolescentes, adultos e idosos. A disponibilização de imunização para a febre amarela e para a gripe, por exemplo, fazem parte deste programa. Foi através dele que houve disponibilização da imunização para o coronavírus.

Por meio deste programa, o Brasil conseguiu erradicar algumas doenças, como a poliomielite, conhecida como paralisia infantil, e a varíola.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) no Brasil, o programa nacional de imunização é um dos melhores do mundo. Ele é reconhecido internacionalmente pelo alto número de imunizações oferecidas gratuitamente, seu impacto sobre as doenças imunopreveníveis e as altas coberturas vacinais.

3. Controle da AIDS

Desde 2013, todos os usuários/pacientes com HIV no Brasil têm acesso à terapia antirretroviral por intermédio da rede pública. O programa brasileiro de controle do vírus

revolucionou o tratamento para esta doença e contribuiu para redução da velocidade de disseminação da epidemia.

4. Sistema Nacional de Transplantes

Quando o assunto é políticas públicas de saúde no Brasil não se pode deixar de falar do maior sistema público de transplantes do mundo, que é o brasileiro. Uma média de 95% dos transplantes de órgãos no Brasil são realizados por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece toda assistência ao paciente transplantado.

Um dos diferenciais do sistema nacional é a oferta dos medicamentos necessários e acompanhamento ao usuário/paciente transplantado pelo tempo que for necessário por meio do sistema público.

5. Programa Nacional de Controle ao Tabagismo

Implementado em 1986, o programa articulado pelo Ministério da Saúde por intermédio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é composto por ações educativas, de comunicação, atenção à saúde, além de medidas legislativas e econômicas para reduzir o consumo de tabaco.

Alguns exemplos de ações são a proibições de propagandas televisivas de marcas de cigarro; obrigatoriedade de imagens nas carteiras advertindo sobre os riscos à saúde; e proibição de se fumar em ambientes fechados, reduzindo o número de fumantes passivos.

As políticas públicas de saúde voltadas a esta área contribuíram para a redução da prevalência de fumantes de 29% para 12% entre homens, e de 19% para 8% entre mulheres, no período de 1990 a 2015.

2.3 O atual momento vivenciado pelo sistema único de saúde- SUS e a saúde no Brasil

A realidade do sistema público de saúde brasileira está muito distante do ideário da oitava Conferência Nacional de Saúde o real processo de construção de estruturação do SUS tem levado a um crescimento progressivo do setor privado, com uma consequente segmentação, fragmentação e produção de grandes desigualdades e inequidades. Além disso, a conjuntura política e econômica, instalada desde 2016, fragilizou as políticas sociais e colocou novos obstáculos ao rumo que o SUS começou a trilhar a partir da Constituição de 1988, temos desigualdades inadmissíveis em relação ao acesso ao cuidado entre regiões, dentro das próprias regiões e entre classes sociais.

A difícil situação em que se encontra o SUS, se agravou com a crise sanitária causada pela pandemia, somada à pressão sobre os serviços de saúde, provocada pelo aumento de carga de doenças pela síndrome pós-Covid, e ao represamento no atendimento na rede pela falta de leitos, profissionais e insumos. Uma série de fatores estruturais impactam a atual conjuntura da saúde pública brasileira. Entre eles, a revolução tecnológica em curso, a medicina de precisão, a Inteligência Artificial, as novas tecnologias, a transição demográfica, a prevalência das doenças crônicas, assim como as mudanças na organização do trabalho na saúde e nas políticas econômicas, com a hegemonia do neoliberalismo e o ataque a tudo que é público e estatal.

3 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS, APONTAMENTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS : A IMPLANTAÇÃO DA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS-CDR

A presente seção faz um rápido apontamentos históricos, sociais e econômicos do município de Palmeira dos Índios, conhecida popularmente como a princesa do Sertão, embora situada geograficamente no Agreste do Estado de Alagoas. Nesta Seção iremos tratar também sobre a unidade de diálise CDR (Clínica de doenças renais de Palmeira dos Índios) e como se dá o tratamento com a população usuária do serviço.

Inicialmente se faz premente dizer que, grande parte das fontes utilizadas nessa seção tem inspiração nas leituras do acervo pessoal de Luiz B. Torres, que está disponível na Universidade Estadual de Alagoas/UNEAL Campus III em Palmeira dos Índios, sob a guarda do Núcleo de Estudos Políticos, Estratégicos e Filosóficos/NEPEF do Curso de História. Os documentos que compõe o acervo, foram recolhidos e preservados pelo escritor Luiz Barros Torres, sendo posteriormente doados pelos familiares a José Adelson Lopes Peixoto, professor da UNEAL e Coordenador do Grupo de Pesquisas em História Indígena em Alagoas/GPHI-AL.

Para falar sobre as memórias deixadas por Luiz B. Torres (1926-1992), é importante registrar que foi um grande estudioso e de grande relevância para a história de Palmeira dos Índios, boa parte da vida dedicou-se a colecionar fotografias de sua autoria, recortes de jornais sobre a história de Palmeira dos Índios, além de documentos que localizou e transcreveu. Publicou livros sobre a história do município e, apesar de não possuir formação acadêmica, foi considerado como um dos fundadores da pesquisa histórica sobre o município. Foi considerado um dos mais ilustres palmeirenses em sua época, discutiu os mais variados assuntos, dentre os quais destacam-se, para os fins do nosso estudo, a confecção dos símbolos oficiais do município a bandeira, escudo e brasão, além da letra do hino oficial e a fundação em parceria com personalidades locais, do Museu Xucurus de História, Artes e Costumes, colocou em exposição os vários artefatos históricos recolhidos durante anos, muito a revelis dos Xukuru-Kariri².

Palmeira dos Índios é uma cidade do interior de Alagoas com crescimento constante e população estimada em 71.574 mil habitantes (IBGE, 2022), cujas atividades comerciais e de serviços sustentam a maior parte dos pequenos municípios ao seu redor, gerando um maior

² Fonte: TORRES, Luiz Byron. Cronologia do escritor Luiz B. Torres. Palmeira dos Índios, 1999. No prelo. Disponível no Acervo do NEPEF, Op. Cit.

deslocamento na economia. Esta cidade é conhecida pela sua história, carrega consigo uma enorme bagagem cultural de sensibilidade e solidariedade de pessoas que se enraizaram na região e continuam a seguir as tradições até hoje. Além de sua população indígena, é também uma cidade de escritores, poetas, artistas e cantores famosos, que muitas vezes se inspiram para suas obras, como é o caso de Graciliano Ramos em seu livro “Caetés”.

Situada aproximadamente cerca de 134km da cidade de Maceió (capital do Estado de Alagoas), Palmeira dos Índios limita-se com o estado de Pernambuco ao Norte e com a região do sertão alagoano a Oeste. Com um clima tropical quente, sua paisagem é composta por serras e por uma vegetação exuberante em períodos de chuvas, predominantes entre os meses de maio e agosto, e seca em períodos de estiagem (IBGE, 2010).

A História de Palmeira dos Índios está inteiramente ligada aos índios Xucurus e Kariris seus primeiros habitantes que por lá se instalaram em meados do século XVIII, a aldeia onde eles moravam eram rodeadas por Palmeiras, bastante próximo da serra onde hoje se encontra a cidade, o seu nome está ligada aos índios que habitavam em suas terras e as palmeiras existentes.

Desde os primeiros estudos sobre a presença do povo Xukuru-Kariri na atual região de Palmeira dos Índios, o lugar dos indígenas na história e na sociedade palmeirense tem sido pensado por atores sociais com variados posicionamentos sociopolíticos. No entanto, dos primeiros registros aos estudos mais recentes, observa-se que as principais referências aos indígenas são a respeito das relações com o território, seja a forma como o habitam, as expropriações ou as mobilizações pela garantia de posse.

Em documentos do século XVIII, os Xukuru-Kariri foram citados como primeiros habitantes nas terras da Vila da Palmeira e posteriormente como catequizados reivindicando terras. Quando desprovidos de um território, habitado no período posterior à extinção dos aldeamentos na Província de Alagoas (1872), foram considerados “misturados” e não apareceram mais nos documentos oficiais ou relatos. Mesmo quando analisados enquanto um grupo diferenciado, nos escritos de Carlos Estevão de Oliveira (1938), as suas relações com o território foram consideradas como um dos fatores principais para a identificação daqueles “remanescentes indígenas”.

Segundo o historiador Luiz B. Torres em seu livro "A terra de tilixi e txiliá", os dois grupos indígenas chegaram a um acordo ao chegarem à região. Os Kariris ocuparam os morros da Serra da Boa Vista e os Xukuru ocuparam a cafurna e vales próximos. Com o passar dos anos, os dois grupos formaram a tribo Xukuru-Kariri. Ao passar do tempo houve a formação da então tribo Xucuru-Kariri.

Ainda conforme, Luiz B. Torres, na região de A terra de Tilixi e Txilia, Belchior Alves Camelo era dono de grande parte do Estado de Alagoas. Antes de receber a doação de Matias de Albuquerque, ele já possuía partes de Camota, Ribeira, Lagoa Tauré e Polônia Gaba, possuíam terras no distrito, também possuía três léguas de terras adquiridas de Antônio de Moraes Barbosa. Isto posto, contam as bibliografias estudadas que o mesmo passou a controlar também todas as terras, incluindo as nascentes dos rios Quiquia e Coruripe, que ainda possui. Estende-se até o Rio São Francisco e até a Floresta Kiri.”

A Vila de Palmeira dos Índios foi criada pela resolução nº 10, de 10 abril de 1835, desmembrada da vila de Atalaia. Sua instalação tornou-se válida depois da Resolução nº 27, de 12 de março de 1838. Foi suprimida pela Lei nº 43, de 23 de junho de 1853, elevada à categoria de cidade pela Lei nº 1113, de 20 de agosto de 1889. Seu termo fazia parte, desde a criação, da comarca de Atalaia, passando, em 1838, a pertencer a Anadia.

Conhecida como a “Princesa do Sertão“, Palmeira dos Índios tem também sua origem marcada pela lenda do casal de índios Tilixi e Txiliá. Conta-se que há 200 anos Tixiliá estava prometida ao cacique Etafé, mas era apaixonada pelo primo Tilixi. Um beijo proibido condenou Tilixi à morte por inanição. Ao visitar o amado, Txiliá foi atingida por uma flecha mortal de Etafé, morrendo ao lado de Tilixi. No local, nasceu a palmeira, que simbolizava o amor intenso do casal.

Atualmente existem nove (9) aldeias habitadas pelo povo Xukuru-Kariri no município de Palmeira dos Índios: Fazenda Canto, Mata da Cafurna, Serra do Capela, Cafurna de Baixo, Serra do Amaro, Coité, Boqueirão, Fazenda Jarra e Riacho Fundo.

A cidade conta com dois museus, o museu Xucurus de arte sacra e costume, e o museu de Graciliano Ramos, este por sua vez foi estruturado na casa onde residia o autor, localizado no centro da cidade, onde pode-se encontrar livros, poemas, cartas escritas, documentos e alguns pertences do próprio autor.

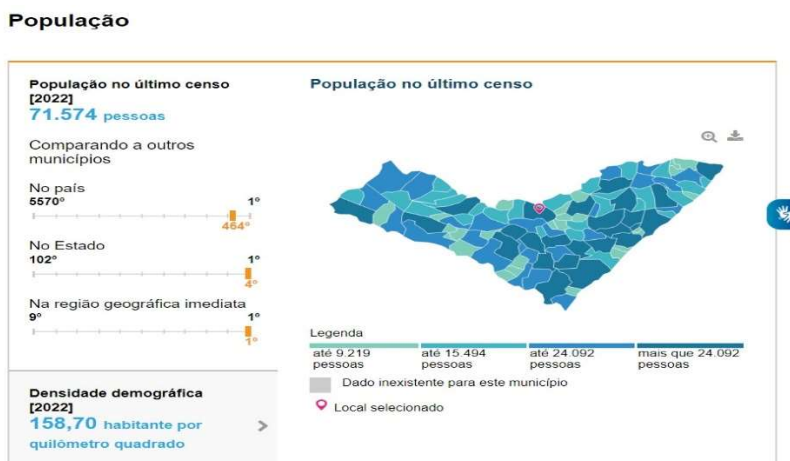
O crescimento econômico na primeira metade do século XX, quando era um dos principais centros comerciais do estado, com o algodão e outros produtos relacionado à indústria têxtil, rendeu a Palmeira dos Índios o título de “Princesa do Sertão”. Atualmente, o município tem como atividades econômicas principais a agricultura familiar e a agropecuária, estando a maior parte de suas terras concentrada por latifundiários membros de famílias ricas que dominam a política e a economia locais.

É importante salientar que Palmeira dos Índios tem tido um aumento significativo na economia e geração de renda, com a expansão do comércio local. Contamos com um Hospital denominado Hospital Regional Santa Rita e Uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e

uma Clínica de Doenças Renais (CDR), e outros Centros de Saúde como UBS, e Clínicas Privadas.

Referente a população da cidade Palmeira dos Índios, ilustraremos por meio de mapa.

FIGURA 1 – MAPA DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS – POPULAÇÃO ÚLTIMO CENSO 2022



Fonte: IBGE Instituto brasileiro de geografia e estatística 2022.

Conforme dados da Tribuna do Sertão (2023), a população de Palmeira dos Índios chegou a 71.574 pessoas no Censo de 2022, o que significa um aumento de 1,75%, em comparação com o Censo de 2010. Veremos o serviço de saúde renal oferecido na referida cidade.

3.1. Desenvolvimento da Clínica de Doenças Renais de Palmeira dos Índios, e os usuários/pacientes Renais Crônicos

Segundo a sociedade de nefrologia do Estado de São Paulo (SONESP), surge em 1950 a nefrologia no Brasil como especialidade terapêutica, mas o tratamento hemodialítico de longa duração só se consolida por volta de 1976, quando os serviços prestados passaram a ser reembolsados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Desse período em diante a nefrologia só se desenvolveu principalmente com a criação do sistema único de saúde (SUS), pois de acordo com a sociedade brasileira de nefrologia existia em 1976 cerca de 500 (quinhentas) pessoas diagnosticadas com IRC, de 2005 á 2019, o número de pacientes em diálise crônica mais que dobrou (de 65.129 para 139.691). As estimativas indicam que, pacientes em diálise crônica, deverá continuar aumentando nos próximos anos.

A Clínica de Doenças Renais (CDR) foi inaugurada no dia 1º de novembro de 2000, em um terreno cedido pelo Hospital Regional Santa Rita, o único do município, através de um

acordo de 12 anos com ganho no faturamento bruto da CDR. A mesma, estabeleceu parcerias com o Hospital Regional Santa Rita, com o LabMendes e a Clínica de Doenças Renais do Hospital Sanatório. Desde a sua fundação a instituição permanece com os mesmos sócios, os médicos: José Dagmar Ferreira Vaz, Paulo Celso de Carvalho, Arnon Farias Santos e Michel Soares Monteiro Ribeiro, esse último é responsável pela parte administrativa.

A instituição é privada, portanto não houve a participação de grupos sociais na criação. No início do funcionamento da clínica a equipe médica era composta por 1 (um) médico, 1(um) enfermeiro e 1(um) assistente social e os demais serviços como nutrição e psicologia ficavam por conta de profissionais do Hospital Sanatório, que a princípio firmaram parceria com a CDR-PDI, com o passar dos anos houve o crescimento do serviço, tendo em vista a necessidade explícita, houve o aumento das contratações.

A clínica de doenças renais-cdr: usuários/pacientes renais crônicos na cidade de Palmeira dos Índios funciona da seguinte maneira, tem a unidade de diálise CDR (Clínica de Doenças Renais de Palmeira dos Índios). As unidades de diálise, são responsáveis pelo tratamento “ofertado” aos portadores de insuficiência renal crônica (IRC), doença responsável principalmente pela hipertensão arterial e o diabetes mellitus, causando a perda da função dos rins, que são responsáveis para filtrar o sangue removendo os resíduos tóxicos, sais e outras substâncias produzidas pelo corpo humano.

A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica-IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (Prado Júnior, 2013 p.01).

A doença não tem cura, somente tratamento, “A insuficiência renal crônica apresenta como principais sintomas a uremia; disfunções sexuais; as alterações digestivas; cardiovasculares; neurológicas, dermatológicas, ósseas e sanguíneas” (Briggs, 2007, p.33), por isto as unidades de diálise desempenham um papel essencial para o prolongamento e a qualidade de vida dos (as) usuários (as), que dependem desse serviço para sobrevivência. Essa missão é de responsabilidade da CDR, para que os (as) usuários (as) de algumas cidades de Alagoas como: Estrela de Alagoas, Dois Riachos, Cacimbinhas, Olivença, Senador Rui Palmeira, Poço das Trincheiras, Maribondo, Paulo Jacinto, Minador do Negrão, Quebrângulo, Major Isidoro, Maravilha entre outros, e até mesmo de alguns municípios de Pernambuco, como Rainha Isabel e Bom Conselho, consigam realizar a diálise.

Os tratamentos disponíveis para os portadores de doenças renais crônicas (DRC) são diálise peritoneal, existem duas modalidades dessa diálise sendo a ambulatorial contínua

(DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), também temos a hemodiálise (HD) e o transplante renal (TR). Segundo os autores relacionados a seguir:

Diálise Peritoneal: é uma opção de tratamento através do qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro é denominado peritônio. É uma membrana porosa e semipermeável, que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter (tubo flexível biocompatível).

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): permite a realização em domicílio pelo paciente e/ou responsável, sendo quatro trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas.

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): realizada a noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade.

Hemodiálise: é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina. As sessões de hemodiálise são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais.

Transplante renal: no transplante renal, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador DRC através de uma cirurgia. O transplante renal é analisado como, uma das mais concretas alternativas de substituição da função renal. Sendo uns dos métodos que traz a melhor qualidade de vida, pois o transplante renal garante mais liberdade no dia a dia do paciente. (MACHADO; PINHATI, 2014, p. 142, grifo nosso).

A Clínica de Doenças Renais (CDR) de Palmeira dos Índios, se propõe a garantir a qualidade no tratamento, buscando a redução dos riscos na qual ficam expostos os usuários dos serviços; já que os mesmos passam por um tratamento considerado doloroso, e de longa duração, gerando impactos na qualidade de vida dos (as) usuários/pacientes e dos familiares.

A clínica desde o seu surgimento possuía 11 (onze) máquinas e atendia a quatro usuários/pacientes, obtendo, em 2008, mais 03 (três) máquinas e em 2009 mais uma máquina sendo esta alugada, onde a clínica tinha suporte para atender 108 (cento e oito) usuários/pacientes e atendia a 68 (sessenta e oito), atualmente conseguiu adquirir mais máquinas e hoje atende a 145 (cento e quarenta e cinco) usuários/pacientes de várias cidades circunvizinhas.

Desde a sua criação a clínica é vinculada ao SUS, por isso tem como seus princípios e valores o atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica, garantindo a

universalidade, a equidade, integralidade, controle social, acesso aos serviços ambulatoriais e atendimento nos programas de terapia renal substitutiva, tratamento conservador na modalidade de hemodiálise, e também a clínica atende usuários/pacientes de Convênios, mais 90% dos usuários/pacientes atendidos pela clínica são usuários/pacientes do SUS, em que há um repasse do Governo Federal para que esses usuários consigam realizar a sua diálise semanalmente.

A estrutura da clínica é a mesma desde a sua inauguração, a CDR foi o primeiro centro de diálise projetado e construído, de acordo com as normas da construção civil, com a finalidade de atender os usuários/pacientes renais crônicos, o processo de diálise na CDR se dá da seguinte forma o funcionamento são em 03 (três) turnos manhã, tarde e noite, atendendo cerca de 20 (vinte) usuários/pacientes por cada turno, o tratamento tem durabilidade de 04 (quatro) horas, há uma distribuição dos usuários/pacientes por dias na semana, há alguns que comparecem nas segundas, quartas e sextas, e os demais nas terças, quintas e sábados de cada semana, o que totaliza 12(doze) sessões de diálises mensais.

Vale salientar que há casos de usuários/pacientes permanecerem menos tempo na máquina por orientação médica, é preciso ressaltar que a máquina deve ter um intervalo de no mínimo 01(uma) hora entre sessões, quando alguma máquina quebra ou para manutenção, são diminuídas as horas dos usuários/pacientes para atender á todos, pois eles não podem passar dois ou três dias sem tratamento, caso isso venha a acontecer pode ocasionar o agravamento do quadro clínico, ou até mesmo levar o usuário/a á óbito.

No tocante ao financiamento da CDR configura-se da seguinte forma; 75% do Governo Federal (Fundo nacional de saúde) e 25% da contrapartida do município de Palmeira dos Índios. Segundo os diretores médicos da CDR, há muito tempo o repasse pelo Ministério da Saúde para as sessões de hemodiálise são muito baixos.

No período de 2001- 2008 alguns problemas faziam com que colocasse a clínica de maneira totalmente arbitrária, em lados opostos o usuário/paciente renal crônico e a devida atenção ao qual o mesmo tem direito através da secretaria municipal de saúde. Essas indiferenças fizeram com que a CDR recorresse a empréstimos para se manter-se.

Em 1º de Janeiro de 2009, abriu-se um canal de negociação onde foi conseguido firmar um comprometimento do gestor municipal com a prestação dos serviços de terapia renal substitutiva no município de Palmeira dos Índios, a clínica passou e passa por períodos difíceis desde a sua existência até os dias atuais, mas não deixou de executar os serviços para manter a sua permanência.

No que concede a central de Transplantes, na qual o médico nefrologista faz um cadastro na internet, dos usuários aptos para receber doação de órgãos (rins). Os médicos nefrologistas

responsáveis pela Clínica, atualizam a cada 03(três) meses a soroteca/sorologia, que é o armazenamento do soro dos usuários no HEMOAL, o relatório clínico e o status em lista de espera.

Os/as usuários portadores de insuficiência renal crônica da CDR, também têm acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica (CEAF), e medicamentos de alto custo, que são disponibilizados pelo SUS, através da Farmácia de Medicamentos Excepcionais (FARMEX), esses direitos são previstos em portaria do Ministério da Saúde. Além disso, os/as usuários são beneficiados pela política de transporte e de tratamento fora de domicílio (TFD), que são de responsabilidade das secretarias municipais de saúde dos municípios de origem de cada usuário/a, que moram a 50km da clínica. Isso consiste no fornecimento de passagens, transportes, e em alguns casos de alimentação, e pernoite de usuários/pacientes e seus acompanhantes. Cabe ressaltar que a clínica de Doenças Renais (CDR) é considerada um serviço de alta complexidade e autonomia relativa, reconhecida pela Secretaria de Atenção à Saúde.

5 ATUAÇÃO PROFISSIONAL E ATRIBUIÇÕES DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

Nesta seção nos limitaremos a discutir somente a atuação do profissional do/a assistente social, com ênfase política de saúde e precisamente nas unidades de hemodiálises, que segundo o CFESS (2010), a atuação desse profissional nesse setor é assegurada pelo ministério da saúde, a partir da resolução do CFESS Nº 383, de 29 de março de 1999; que reconhecem o assistente social como um profissional capacitado para trabalhar na área da saúde, seja no âmbito municipal, estadual e federal, entende-se que alguns pressupostos devem ser considerados, em relação às “expressões da questão social”, trajetória da política de saúde brasileira, inserção do serviço social nos serviços de hemodiálise, com o objetivo de obter uma melhor compreensão das demandas e requisições postas aos/as assistentes sociais, e consequentemente sua forma de atuação.

Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas as lacunas no fazer profissional, observou-se uma mudança de posição com adoção de uma postura um pouco mais crítica dos profissionais com relação às atividades desenvolvidas nas unidades de saúde e tal reflexo puderam ser percebidos nos trabalhos apresentados em Congressos da categoria e nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva de 1985 e 1989 (Bravo, 2004, p. 34).

Para Bravo (2009) no final da década de 1980 passando pela década de 1990, chegando em 2000, que houve grandes mudanças para o Serviço Social, contudo pelo lado da ampliação no mercado de trabalho na área da saúde mais também aos desafios e novas exigências impostos ao profissional e dentro desse período ainda houve momentos marcantes, como a promulgação da Constituição Federal de 1988, a concretização do SUS, a criação do Código de Ética do Assistente Social de 1993, especificamente para a área da saúde, o documento chamado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

4.1 Atuação e atribuições do serviço social na área de hemodiálise, com ênfase na Clínica de doenças renais de Palmeira dos Índios

Desde o surgimento da CDR, que já havia o trabalho do/a assistente social na clínica, o Serviço Social na clínica trabalha diretamente com os usuários portadores de insuficiência renal crônica (IRC) e com seus familiares, buscando orientar e democratizar as informações por meio de abordagens individuais, sobre todo o processo de tratamentos, cuidados com alimentação,

higiene, mais principalmente com ênfase nos direitos; com o objetivo de alcançar que o próprio usuário/paciente assuma alguns cuidados e controle sobre o seu próprio tratamento.

De acordo com Vasconcelos (1993), o profissional de Serviço Social na saúde, deve utilizar a prática reflexiva, possibilitando aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica, de forma que o usuário consiga captar o movimento da realidade social e consequentemente participar de forma consciente do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva e em grupo que viabiliza uma maior troca de experiência entre os sujeitos.

A inserção do Serviço Social no serviço de hemodiálise ambulatorial se dá a partir da Portaria nº 389, de 13 de março de 2014 que determina o assistente social como parte da equipe especializada em DRC (BRASIL, 2014). Segundo o CFESS (2010) a atuação do Serviço Social na área da saúde é assegurada pelo Ministério da Saúde, a partir da Resolução do conselho Nacional de saúde (CNS) Nº 218, de 6 de Março de 1997, e também na resolução do CFESS nº 383, de 29 de Março de 1999; que reconhecem o assistente social como um profissional capacitado para trabalhar na área da saúde, seja no âmbito Municipal, Estadual e Federal. Profissional este que pode intervir nas diversas áreas da saúde, seja ela baixa ou de alta complexidade. Já a inserção do Serviço Social na CDR é assegurada pela resolução da diretoria colegiada – RDC nº 154, de 15 de junho de 2004, que estabelece os critérios mínimos para funcionamento de um serviço de diálise, desde estrutura física até a quantidade e tipos de profissionais necessários, quais sejam:

- Acolher o usuário/paciente e sua família em suas dúvidas;
- Realizar entrevista social;
- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento e sua continuidade;
- Esclarecer direitos e deveres, incluindo trabalhistas e previdenciários;
- Propiciar fortalecimento perante o impacto da doença, associados a dificuldades familiares e profissionais;
- Orientar o usuário/paciente sobre transplante renal como outra modalidade de tratamento;
- Orientar quanto aos trâmites legais e burocráticos para a realização do transplante renal – Intervivos, preemptivos e doador falecido;
- Viabilizar a inscrição na fila única de transplante com doador falecido;
- Orientar quanto ao transplante com doador vivo;

- Atuar junto a equipe multidisciplinar no que diz respeito a informações sociais do(a) usuários(as) /pacientes.

Dessa forma a (o) assistente social, deve atuar junto a equipe multidisciplinar, observando as necessidades do usuário/ paciente, discutindo caso com a equipe para melhoria de qualidade de vida destes. Na área da saúde ou em qualquer outro espaço sócio-ocupacional as atribuições e competências do Serviço Social são norteadas pelo projeto ético-político da profissão, constituídos principalmente pelo código de ética da profissão e da lei de regulamentação da profissão, além de todo arcabouço teórico.

As principais atribuições do Serviço Social são:

- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sócios junto aos órgãos da administração pública direta e indireta [...] (CFESS,2010).
- Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social (CFESS,2010).
- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) c/ ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária (CFESS,2010).
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (CFESS, 2010).
- Encaminhar os usuários para o acesso aos recursos sociais, trabalhistas, previdenciários e ambulatoriais.
- Orientações e esclarecimentos sobre as normas e rotinas institucionais;
- Acompanhar o usuário/paciente transplantado em todo o período de internamento pré e pós-transplante;
- Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais (CÓDIGO DE ÉTICA DE 1993).
- Esclarecer aos usuários/pacientes e/ou familiares o tema hemodiálise, ouvindo suas dúvidas e prestando esclarecimentos;
- Proporcionar fortalecimento sob o impacto da doença, que são aliadas as perdas afetivas, familiares e profissionais;
- Orientar os(as) usuário(as)/pacientes / familiares sob a importância e

continuidade do tratamento;

- Estimular a família no processo de apoio, auto ajuda e cuidados;
- Realizar entrevista social;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Contatar usuário (a) /pacientes faltosos;
- Encaminhar usuário(a) /pacientes para os recursos da rede e comunidade;
- Esclarecer direitos trabalhistas e previdenciários;
- Viabilizar transporte para realização do tratamento;
- Viabilizar agendamento de consultas, exames e preenchimento de formulários para medicações;
- Solicitar vaga em trânsito e/ou transferência para outros serviços junto a DRS;
- Orientar o processo Transplante Renal com doador vivo / falecido e os trâmites legais e burocráticos;
- Agendar consulta para avaliação pré - transplante;
- Agendar HLA e outros exames relacionados á avaliação pré –transplantes;

As principais demandas que chegam até o serviço Social dos (as) usuários, são por frequências do TFD, marcação de consultas e exames, trânsito de usuário(a) /pacientes, fila de espera de usuário/pacientes para iniciarem suas sessões de diálise na Clínica de Palmeira dos Índios, relatórios e requerimentos para solicitação de benefícios junto ao INSS, solicitação de transporte junto às secretarias municipais de saúde, encaminhamento e marcações de consultas para fila de transplante.

6 DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS

Ao longo dos anos foi possível perceber uma ampliação do trabalho dos assistentes sociais em diversos segmentos e espaços sócio-ocupacionais, principalmente no âmbito da Política de Saúde devido à implantação do Sistema Único de saúde- SUS.

Outra razão significativa que impulsionou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, que foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país no período de 1945 a 1950, com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, a qual gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, pois esta assistência não era universal. Assim, o assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Estas ações eram: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”. O Serviço Social Médico, como era denominado, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento (Bravo 1996, *apud* Matos 2003, p. 90).

Vale ressaltar que a instituição estudada tem como público alvo os nefropatas que apresentam a forma mais agravada da doença (IRC), enfermidade que se dá pela falência dos rins, quando esses órgãos deixam de filtrar sangue, e eliminar as toxinas, e conseqüentemente param de funcionar, e o sujeito então é submetido a realizar o tratamento de hemodiálise, que geralmente são três vezes por semana com duração de 04 (quatro) horas por dia.

Como em qualquer outro espaço sócio-ocupacional do serviço social o material de sua intervenção são as “expressões da questão social”, na qual buscam viabilizar o acesso aos direitos sociais, políticos e civis dos usuários. Mas segundo Machado (1999) também podemos compreender que as mais diversas profissões também pode ter suas atuações determinadas pelas “expressões da questão social”, e que portanto na CDR essa realidade não seria diferente. Nessa perspectiva, isso pode ser “identificado” quando o médico atende problemas de saúde ocasionados ou impulsionados pela fome, pobreza, acidentes de trabalho, e etc; quando a nutricionista orienta consumir alimentos mais saudáveis que cabem no orçamento da família. O/A profissional assistente social, dentro desse contexto.

[...] tencionado pelas mudanças em curso, enfrentando novos interlocutores nos espaços públicos, convivendo cotidianamente com a violência da pobreza e com as incontáveis faces da exclusão social, [...]avança na construção de seu projeto ético político na direção de uma sociabilidade justa, igualitária e onde direitos sociais possam ser assegurados (Yazbek; Martinelli; Raichelis, 2008, p. 23).

Problematizar as questões apresentadas pelos usuários e/ou familiares através de uma

prática reflexiva (Vasconcelos, 1997, p.131-181) a fim de que reflitam, a partir de informações e de orientações sobre a situação sua condição de saúde, suas reais possibilidades de recuperação, de modo a identificar as condições objetivas das famílias em propiciar os cuidados necessários é fundamental (CFESS, 2010). Sobre essa questão Iamamoto (1999, p. 62) afirma que:

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (Iamamoto, 1999, p.62).

A CDR atende uma parcela da sociedade que apresenta determinada particularidade, no caso as doenças renais, as demandas mais frequentes postas ao serviço social são relacionadas à: dúvidas e dificuldades para terem acesso aos direitos previdenciários, assistenciais, marcação de exames, consultas, medicamentos, problemas nos transportes públicos e entre outras. Mas analisando além dessa imediatividade, identifica-se que as demandas trazidas pelos usuários nefropatas, também “são reveladoras de processos de sujeição à exploração, de desigualdades nas suas mais variadas expressões ou de toda sorte de iniquidades sociais” (Mioto, 2009, p.7).

Segundo Guedes (2013) nos serviços de diálise, os assistentes sociais desempenham funções de *ordem técnica, burocráticas e interdisciplinares*. As primeiras são relacionadas à viabilização de medicamentos; transportes para usuários/pacientes carentes; abordagens individuais, grupais, visitas domiciliares. Já as atividades de ordem burocrática são voltadas a elaboração de relatórios sobre sua atividade técnica para alcançar uma melhor sistematização da prática profissional. E por último, participa de reuniões com a equipe multidisciplinar, grupos de estudo, eventos promovidos pelas universidades e entre outras.

Na CDR o Serviço Social é representado pela Assistente Social Alda Line Rocha, registrada no Conselho Regional de Serviço Social com o número 1954/AL, ela possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e pós-graduação em elaboração e avaliação de políticas públicas (CESMAC); com uma experiência de atuação em aproximadamente 15 (quinze) anos.

O principal objetivo da instituição é disponibilizar o tratamento de hemodiálise ao usuário/paciente renal crônico, através da máquina de hemodiálise, onde a máquina faz o papel dos rins, prolongando a vida desses usuários, A Hemodiálise é uma das formas de Terapia Renal Substitutiva (TRS). A finalidade deste tratamento é substituir as principais funções do rim, como a “filtração” do sangue e a remoção do excesso de líquidos do organismo. Como os rins das pessoas com Insuficiência Renal não funcionam bem, a Hemodiálise permite que esses

usuários (as)/pacientes tenham uma vida melhor.

Por sua vez a atuação do Serviço Social junto ao usuário (a)/paciente em tratamento de hemodiálise, se constitui no acompanhamento do usuário(a) /paciente no sentido de enfrentar a doença e orientar usuário(a)/paciente e família sobre todo o processo de tratamento, e principalmente na garantia de direitos. Melhorando a qualidade das relações humanas no atendimento usuário/paciente e familiares, estabelecendo relacionamentos de vínculos, aceitação e acolhimento. Destaca Vasconcelos (1994) apud Vieira (2006.p.13):

Os assistentes sociais na sua prática profissional se deparam com uma população desinformada a respeito de seus direitos sociais(...). Essa desinformação contribui para que os usuários sejam utilizados pelas instituições e não as utilizem enquanto direito social, impedidos, então, de ampliar, consolidar e exercitar sua cidadania.(Vasconcelos,1994 *apud* Vieira, 2006, p.13).

De acordo com Silva (2011) os direitos sociais estão intrinsecamente ligados ao direito de igualdade, que são conquistas dos movimentos populares sendo reconhecidos internacionalmente e pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988, p. 18) a qual os inaugurou em seu art. 6º, que dispõe:

“[...] São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, 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”. Portanto, o autor define Direitos Sociais como: [...] prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas nas normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização das situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que cria condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (Silva, 2001, p. 285).

O/a profissional Assistente Social no contexto da Insuficiência Renal Crônica X Hemodiálise atua orientando direitos, acessando programas e benefícios sociais. É o interlocutor entre Instituição/paciente / familiar nas informações, proporcionando um tratamento humanizado, na acolhida, no diálogo e no enfrentamento da doença. Outro papel importante do/a Assistente Social na hemodiálise é na solicitação de transportes junto as secretarias municipais de saúde de cada município onde residem os usuários/pacientes da clínica, marcação de exames e requerimento do TFD (Tratamento fora do domicílio).

[...] marcação de consultas e exames, solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar, comunicação de óbito, montagem de processo é preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como dispensação destes (Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, 2009, p.24).

A concepção de que o processo saúde e doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família, acompanha-nos desde o período de graduação na universidade, de forma que, quando tivemos oportunidade em nossa atuação profissional enquanto o/a assistente social conviver com portadores de doença renal crônica (DRC), submetidos ao tratamento de hemodiálise, passamos a perceber de forma mais clara os aspectos importantes das condições de vida dessa população, cuja doença é incurável e o tratamento, doloroso e causador de muitas limitações e alterações de grande impacto, tanto na sua vida como de seus familiares.

A família precisa se reorganizar e também se adaptar, pois o usuário/paciente necessita de cuidados. Os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que se auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos, provocados pelo processo do adoecer.

Na maioria das vezes, a rotina do (a) usuário(a)/paciente se restringe a consultas médicas, sessões de hemodiálise três vezes por semana por um período de quatro horas a sessão, estando o usuário/paciente restrito a uma dieta e principalmente limitado à execução de tarefas que requeiram esforços físicos, pois sente-se muito fraco e cansado. Muitos que são chefes de família e donas de casa se submetem a algumas atividades artesanais para manter o sustento da casa e da família, e a grande maioria são beneficiários do BPC (benefício de prestação continuada) e aposentadorias. Após iniciarem o tratamento, a vida social dos usuários/pacientes se altera de tal forma que ficam impedidos de viajar devido ao tratamento, deixam de visitar amigos e vizinhos.

Na realidade, as pessoas submetidas à hemodiálise preocupam-se com problemas muito reais, geralmente sua condição clínica é imprevisível e sentem muitas reações adversas ao tratamento e às medicações; a maioria apresenta depressão por viver como um doente crônico e ter medo de morrer.

Muitos dos usuários/pacientes da CDR residem na zona urbana, a grande parte já são idosos, muitos tem o acompanhamento da família mais há muitos casos de usuários/pacientes idosos que vão para a sessão de diálise, sem a presença de nenhum membro da família, sem

acompanhantes, em alguns casos é porque o filho(a) trabalha e não consegue acompanhar os pais, em outros os próprios pais recusam a ajuda dos filhos.

Os (As) usuários(as) /pacientes necessitam de transporte público para se locomover, necessitam de medicações para a realização das sessões de diálise, assim como também necessitam de exames laboratoriais todos os meses, e de atendimento especializado, dentre outros.

Outro atendimento frequente é a orientação do serviço social para os (as) usuários (as) realizar exames, ou a concessão de remédios pelo SUS, que nesse caso são de responsabilidade dos municípios de origem do mesmo. Eles são orientados(as) a levarem os documentos pessoais, como: RG, CPF, Cartão SUS, comprovante de residência, solicitação médica e etc, para terem os exames autorizados. Em alguns casos, surge a necessidade de encaminhar os usuários a defensoria pública de Alagoas para “exigir” os direitos que estão sendo negligenciados, e são de extrema importância para a vida dos nefropatas.

“Os assistentes sociais dispõem de um manancial de denúncias sobre a violação de direitos humanos e sociais e, desde que não firam as prescrições éticas do sigilo profissional podem ser difundidas e repassadas aos órgãos de representação e meios de comunicação atribuindo-lhes visibilidade pública na defesa dos direitos [...] Por meio da socialização de informações procura-se tornar transparente, aos sujeitos que busca os serviços, as reais implicações de suas demandas — para além das aparências e dos dados imediatos — assim como os meios e condições de ter acesso aos direitos. Nesse sentido, essa abordagem extrapola uma abordagem com um foco exclusivamente individual, ainda que, por vezes, realizada a um único indivíduo — a medida que considera a realidade dos sujeitos como parte de uma coletividade. Impulsiona, assim, também a integração de recursos sociais que forneça retaguarda aos encaminhamentos sociais e a articulação do trabalho com as forças organizadas da sociedade civil, abrindo canais para a articulação do indivíduo com grupos e/ou entidades representativas, capazes de negociar interesses comuns na esfera pública” (Iamamoto, 2007, p. 428).

A Resolução n. 493/06 afirma em seu Art. 2º que o local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas.

Iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; ventilação adequada para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. Afirma em seu Art. 3º - que o atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo (CFESS, Art. 2º, 3).

A instituição oferece um espaço propício para a operacionalização da prática do Serviço Social, existe uma equipe multidisciplinar formada por (médicos, enfermeiros,

técnicos de enfermagem, psicóloga, assistente social e nutricionista) qualificada nos atendimentos aos usuários, oferece uma gama de serviços que contribui para o acesso a saúde dos(as) usuários(as) do serviço, que contam com outras clínicas conveniadas na cidade de Maceió. Ocorre a possibilidade de articular com rede de atendimentos as Pessoas com Deficiências como, por exemplo, (Previdência Social, SUS, dentre outros). De acordo com a Portaria 82 da referida Política Nacional de Atenção ao Doente Renal Crônico:

[...] deve ser respeitada a proporção de um nefrologista e um enfermeiro para 35 pacientes em cada turno de Hemodiálise, um auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes, um profissional de limpeza exclusivamente para a sala de diálise e outro para o reuso e um nutricionista, um psicólogo e um assistente social para todos os pacientes do hospital (2004, p. 68).

Os principais limites impostos à atuação do serviço social estão relacionados ao contexto da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais, que são estratégias do capital para superar as crises econômicas, o mecanismo utilizado é a redução do Estado para atender a classe trabalhadora com corte de gastos nas políticas sociais, por outro lado, o aumento do mesmo para atender burgueses e para manutenção da ordem vigente, os que mais sofrem é a classe trabalhadora, com a precarização do trabalho, na CDR só existe uma assistente social com carga horária de 20 horas, para dar conta de toda a demanda, que atualmente gira em torno de 144 usuários. Essa realidade causa uma sobrecarga no trabalho e consequentemente a precarização do local de trabalho. Na maioria das vezes a profissional fica uma carga horária superior a de 20 horas, para poder atender a demanda de todos(as) os (as) usuários (as).

O assistente social é proprietário de sua força de trabalho especializada. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um “trabalho complexo”, nos termos de Marx. Essa mercadoria, força de trabalho, é uma potência, que só se transforma em atividade — em trabalho, quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizado pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização deste trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais (Iamamoto, 2007, p. 421).

Alguns Limites enfrentados na atuação do/a assistente social na CDR é ausência de um fundo fixo – recursos – pertencentes exclusivamente ao Serviço Social, na tentativa de minimizar as situações emergências que se consubstancia na realidade dos(as) usuários(as) do Serviço Social e o número restrito de assistentes sociais, na perspectiva de atender as demandas apresentadas a profissão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa mostrou que o/a assistente social da clínica de doenças renais atua diretamente na viabilização de direitos de políticas públicas dos(as) usuários(as), acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência, encaminhamentos para a rede de proteção social, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania, juntamente com os seus familiares e acompanhantes, com atendimento direto á famílias de baixa renda, crianças, idosos e adultos em situação de vulnerabilidade social.

Partindo da compreensão da dimensão técnico-operativa, atribuições e requisições postas ao assistente social na Nefrologia. E a indissociabilidade existente entre as dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-político.

Seguindo essa direção dessas três dimensões, os resultados obtidos demonstram que o serviço social na área da saúde de alta complexidade, no caso específico em um setor de nefrologia, busca defender o projeto ético-político da profissão e consequentemente a afirmação e defesa de uma saúde pública, de qualidade e universal, enquanto responsabilidade do estado.

O estudo permitiu observar que a atuação profissional do serviço social permite levar o conhecimento reflexivo para seus usuários (as) / nefropatas, sobretudo em relação aos seus direitos. Este é um importante mecanismo para viabilização de novos “direitos”, pois se apresenta como uma ação de fortalecimento do(a) usuário (a) para acessar e materializar esses direitos, promovendo mudança na seu cotidiano, e ao mesmo tempo aumenta a possibilidade de autonomia e de inserção, de decisões nos espaços.

Para compreendermos a realidade de Palmeira dos Índios o enfoque na busca da aproximação do conhecimento da realidade dos usuários/pacientes renais crônicos, teve como norte uma abordagem quali- quantitativa, com vistas na análise, avaliação, interpretação das informações obtidas. Utilizando a pesquisa exploratória que conforme Gil (2002, p.41) “tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

Para maior aproximação com o tema foi feito uso de material bibliográfico (livros, artigos, jornais, revistas e sites), a partir daí foi possível realizar um levantamento bibliográfico, e entrevista realizada com o/a profissional experiente no problema de pesquisa, diante das questões apresentadas neste trabalho de conclusão de curso, objetivou-se um maior aprofundamento no tema estudado, em se tratando da clínica de doenças renais, podemos constatar que o trabalho dos/as assistentes sociais na política de saúde vem crescendo constantemente, deste modo o Serviço Social no Brasil vem conquistando mais espaço na

nossa sociedade. Sabemos que ainda há um longo caminho a percorrer mediante aos avanços e transformações sociais, mas o comprometimento dos profissionais do Serviço Social contribui para ou tem por finalidade melhoria da qualidade de vida dos(as) usuários(as).

O Serviço Social trabalha com a categoria mediação e com ações profissionais de articulação na política de saúde. Este profissional no setor de nefrologia trabalha interdisciplinarmente, atua no coletivo tanto na prestação de serviços, como nas ações de caráter educativo. O serviço social interfere na reprodução das relações sociais de seus usuários (as), tendo como objetivo avaliar, discutir, socializar os procedimentos e os encaminhamentos, com o propósito de ampliar o debate. Os principais objetivos do serviço social no referido setor são: possibilitar o acesso equitativo às informações; trabalhar para a implantação e garantia dos direitos sociais e promoção da cidadania; favorecer a participação efetiva dos (as) usuários (as) nos objetivos da instituição e contribuir para o fortalecimento das relações população/serviço social e instituição.

Segundo Vasconcelos (2001) afirma que os(as) assistentes sociais na área da saúde vêm assumindo novas posturas como participar do processo de gestão da saúde, atuar nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, bem como são chamados a trabalharem na realização de atividades em que os profissionais, assessoram, organizam e realizam cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, reuniões, dentre outras.

A falta de financiamento em políticas públicas no Brasil acaba por acarretar a precarização no trabalho dos assistentes sociais, o que dificulta o trabalho dos profissionais e por muitas vezes abre caminho para a insistência do clientelismo, que nos remete aos primórdios da profissão onde a assistência social era vista como filantropia.

Os/as assistentes sociais que trabalham na política de saúde tem muitos desafios a superar, como a falta de autonomia. Porém, mesmo diante de todas essas dificuldades, os/as assistentes sociais procuram desenvolver seu trabalho de forma a exercer sua profissão com ética visando o atendimento aos usuários (as) da melhor forma possível. Seguindo essa direção dessas três dimensões, percebeu-se que o serviço social na área da saúde de alta complexidade, no caso específico em um setor de nefrologia, busca defender o projeto ético-político da profissão e consequentemente a afirmação e defesa de uma saúde pública, de qualidade e universal, enquanto responsabilidade do Estado.

Também foi possível compreender no campo de estágio e no espaço acadêmico o significado social da profissão, e que a sua intervenção enfrenta limites reais postos pelo sistema capitalista, nesse sentido exige dos profissionais uma responsabilidade ainda maior em

identificar os arsenais instrumentais mais eficazes para a defesa dos interesses da classe trabalhadora.

É mediante a este cenário de contradições que os (as) assistentes sociais estão inseridos que devem prezar pela justiça social, pela igualdade social e fazer com que os (as) usuários (as) sejam emancipados e dependam cada vez menos das políticas públicas que estão cada vez mais precarizadas o que se torna cada vez mais difícil viabilizar os direitos dos(as) usuários(as). É importante dizer que, as “expressões da questão social” que são vivenciadas pelos usuários(as) da CDR, são principalmente a pobreza, “carência” e as extremas desigualdades socioeconômicas, e a dificuldade de conseguir acessar alguns direitos estabelecidos pelos arcabouços legais brasileiros.

O enfrentamento das “expressões da questão social” pelo Estado e consequentemente pela CDR, podemos dizer que são por políticas focalizadas, fragmentadas e precarizadas. Portanto, atuar com políticas dessa maneira, leva um aumento de dificuldade do serviço social nos seus mais diversos espaços sócio-ocupacionais, de efetivação de projetos societários voltados para o atendimento das reais necessidades da população.

Nesse processo histórico, Iamamoto (2007) destaca que o trabalho do Serviço Social possui a chancela da “sanção social e institucional”, produzindo efeitos diversos como portavoz das políticas públicas, atestando uma possível “polivalência” ou intervenção profissionalizada dentro dos aparelhos de Estado (p. 275).

Enfim, é na luta de classes que os (as) assistentes sociais vão se fortalecendo na profissão e superando as barreiras encontradas pelo caminho. Mesmo diante de um cenário de precarização no seu ambiente de trabalho, esses profissionais não desistem de fazer seu trabalho com qualidade em prol de uma sociedade mais justa e com menos desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS, **POLÍTICA NACIONAL DE ESTÁGIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/PNE_ABEPS FINAL.pdf Acesso em 06. Jun.2023.

ANDRADE FILHO, Aroldo Carlos Ferreira; ANDRADE, Ailson de Menezes. Controle Social: Ferramenta Para o Exercício da Cidadania. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.44, ISSN: 1981-1179, p. 962-977.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemérita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias A. **Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. Enfermagem Brasil**, São Paulo, v.10, n.2, mar/abr. 2011, p.131-136.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de vigilância sanitária. **Resolução RDCn.154/2004. Estabelece o regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Diálise**. Disponível em: <http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=11539>. Acesso em 05. Jul.2023.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponibilidade em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm . Acesso em: 17.Out.2023.

BRASIL. **Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo e Rio de Janeiro: Cortez e Ed. UFRJ, 1996.

BRIGGS, Vanda Regina Braga. **A importância da família junto ao paciente portadora de insuficiência renal crônica terminal transplantado**. Monografia apresentada como requisito parcial para a disciplina de Metodologia da Pesquisa para conclusão de curso de Terapia da Família, Universidade Cândido Mendes; 2007.

CALDAS, Renata de Melo. Causas da persistente desigualdade de renda em Alagoas: uma análise de decomposição do índice Theil. **Economia política do desenvolvimento**. Maceió, Al, v.3, n. 8 , Maio/Ago. 2010, p. 73-100.

CD ENSP: **Pandemia, geopolítica global na diplomacia em saúde e atual conjuntura do SUS** . Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52808>. Acesso em 05.Jul.2023.

CERQUEIRA FILHO, GISÁLIO. **A “Questão Social” no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CHAUI, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL . **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS nº 383, e 29 de Março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

COUTO, Berenice Rojas. Estudos Socioeconômicos. In: CFESS, ABEPSS (org). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. -1 ed.-, Brasília: CFESS,2009.

DONNANGELO , MCF. **Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho** São Paulo: Pioneira; 1975.

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. **Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura**. Journal of Management & Primary Health Care, v.12, n.1, jan.2020, p.1-17.

GUERRA, Yolanda. **Condições de Trabalho e Projeto Ético- Político Profissional**. In: O Trabalho do Assistente Social no SUAS: seminário nacional/ CFESS. Brasília: 2011. P. 271 - 290.

HISTÓRIA DE ALAGOAS, **Palmeira dos Índios, o berço de Tilixi e Txiliá**, Disponível em [Palmeira dos Índios, o berço de Tilixi e Txiliá – História de Alagoas \(historiadealagoas.com.br\)](http://palmeiradosindios.com.br). Acesso em 03. Ago.2023.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e o Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico/metodológica. 10 ed. São Paulo, Cortez, 2004.

IBGE, **Palmeira dos Índios**. Disponível em [IBGE | Cidades@ | Alagoas | Palmeira dos Índios | Panorama](http://ibge.com.br). Acesso em 06. Ago.2023.

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. **Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica**. Cadernos UNIFOA, Volta Redonda, n. 26,dez. 2014, p. 137- 148.

MARX, Karl. **O capital. (Crítica da economia política)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. Livros I e III, v. 1, 2, 4 e 5.

MIOTO, Celia Regina. Orientação e Acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias. In. CFESS, ABEPSS (org). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. – 1 ed.-, Brasília: CFESS, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 17.Out.2023.

MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.110, abr./jun.2012, p.287.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito de la "cuestión social"**. *Temporalis*, Brasília, n. 3, 2001.

NETTO, Jose Paulo. **Ditadura e Serviço Social uma Análise do Serviço Social no Brasil pos-64**. São Paulo: Cortez, 2010, p,334.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

OLIVEIRA, Auta Maria de. **Relatório de observação: povo Xucuru-Kariri Fazenda Canto**. Palmeira dos Índios. 1994. Disponível no Acervo do CIMI/AL.

ORDONEZ, Ana Manuela; PAIVA, Andrei Valerio. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. 2.ed. Porto Alegre: SAGAH, 2017. Disponível em: [Minha Biblioteca: Entrar \(vitalsource.com\)](http://vitalsource.com). Acesso em: 20 Out. 2023.

PEIXOTO, José Adelson Lopes. **Memórias e imagens em confronto: os Xukuru Kariri nos acervos de Luiz Torres e Lenoir Tibiriçá**. Maceió, Olyver, 2019.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. **O balanço de um século da saúde pública no Brasil**. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, nov. 2010.

_____. Política de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em 05. Jul.2023.

Política de saúde no Brasil. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em 05.Jul.2023.

_____. **Portaria nº 82/GM em 03 de Janeiro de 2000**. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento desses juntos ao sistema único de saúde.

_____. **Portaria nº 1.168/GM de 15/06/2004**. Dispõe da institui da política nacional de atenção

aos portadores de doenças renais.

RAICHELIS, Rachel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, jul./set. 2011, p. 420-437.

_____. **Resolução do Conselho Nacional de saúde (CNS) N° 218, de 6 de Março de 1997.** Dispõe sobre a atuação do serviço social na saúde.

_____. **Resolução CFESS n° 383, de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

TRIBUNA DO SERTÃO. Disponível em <https://tribunadosertao.com.br/noticias/2023/06/28/441401>. Acesso em 04.Jun.2023.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 34. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, arquivo científico. Disponível em [Arquivo Científico - SBN](#). Acesso em 04.Jun.2023.

TORRES, Luís B. A terra de Tilixi e Txiliá – Palmeira dos índios séculos XVIII e XIX. Maceió: IGASA, 1973.

UROLOGIA, o papel do assistente social no atendimento aos pacientes de hemodiálise. Disponível em [Assistente Social - IUN - Urologia](#). Acesso em 04.Jun.2023.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: Em Pauta- Revista de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n°1, UERJ, 1993.

VASCONCELOS, A.M. de. Serviço Social é prática reflexiva. Em pauta, Rio de Janeiro, n.10, 1997, P. 131-181.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

YAZBEK, Maria Carmelita; MARTINELLI, Maria Lúcia; RAICHELIS, Raquel. O serviço social brasileiro em movimento; fortalecendo a profissão na defesa de direitos. In: Serviço Social e Sociedade, n.95, ano XXIX especial, 2008, São Paulo: Cortez, 2010.