



**UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA**

**A IMPORTÂNCIA DA BASE DE DADOS DO CADASTRO ÚNICO PARA
PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL NA GARANTIA DE DIREITOS
AOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS**

**LA IMPORTANCIA DE LA BASE DE DATOS DEL REGISTRO ÚNICO DE
PROGRAMAS SOCIALES DEL GOBIERNO FEDERAL EN LA GARANTÍA DE
LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS RENAL CRÓNICOS**

EDSON SANTOS DE ALMEIDA

Graduando do Curso de Serviço Social da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana
(UNEF) – Polo Sede

EDUARDO ANTONIO PEDREIRA PAIVA

A.S. Me. Orientador, Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana (UNEF)

RESUMO

O presente artigo traz o estudo bibliográfico de natureza descritiva com abordagem qualitativa sobre a importância da base de dados do cadastro único para programas sociais do governo federal na garantia de direitos aos pacientes renais crônicos, as formas de informar aos pacientes dialíticos sobre a importância da inserção dos mesmos na ferramenta social para que possam acessar a benefícios e programas sociais, onde através de um abordagem qualitativa podemos entender sobre as formas de acesso a está política pública bem como as articulações realizadas pelos entes federados para garantir esse direito a população, tendo como resultado do estudo o conhecimento dos programas sociais acessíveis em sua essência, bem como as formas de inserção e permanência dos cidadãos nos mesmos.

Palavras-chave: Cadúnico; Hemodiálise; Assistência.

RESUMEN

Este artículo presenta un estudio bibliográfico de carácter descriptivo con enfoque cualitativo sobre la importancia de la base de datos de registro único para los programas sociales del gobierno federal en la garantía de los derechos de los pacientes renales crónicos, formas de informar a los pacientes en diálisis sobre la importancia de la inserción de los mismos. en la herramienta social para que puedan acceder a beneficios y programas sociales, donde a través de un enfoque cualitativo podemos comprender acerca de las formas de acceso a esta política pública así como las articulaciones que realizan las entidades federativas para garantizar este derecho a la población, teniendo como resultado del estudio el conocimiento de los programas sociales accesibles en su esencia, así como las formas de inserción y permanencia de los ciudadanos en ellos.

Palabras-clave: Cadúnico; Hemodiálisis; Asistencia.

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento científico lida com às ocorrências e os fatos desenvolvidos durante os anos, os avanços tecnológicos bem como outras formas de conhecimentos construídos pela sociedade durante o tempo altera o modo de agir e pensar do indivíduo dentro do seu espaço de habitação, segundo Theophilo (1998), a ciência pura busca aumentar os nossos conhecimentos sobre os diversos fenômenos, mesmo que não seja esse de uma utilidade prática imediata, dessa forma entendemos que construir o conhecimento sobre algo bem como levar informações para um grupo específico são ações que se complementam dentro de uma atitude voltada à ciência do conhecimento.

Assim esse artigo debruçará sobre o conhecimento e entendimento da importância da base de dados do sistema de cadastro único do governo federal na garantia de direitos a uma população específica, é válido ressaltar que CADUNICO é a porta de entrada para todas as políticas públicas voltadas a população de baixa renda em vulnerabilidade social e consequentemente em situação de pobreza e extrema pobreza em todo país, criando assim mecanismos para o fortalecimento do cidadão em meio a sociedade, tendo o estado como responsável na criação de ações estratégicas para que esses cidadãos estejam inseridos nesta base de dados.

Verifica-se que a implementação deste sistema pelo Governo Federal, visa simplificar o cadastramento das famílias de baixa renda, garantindo que essas famílias possam acessar os benefícios de transferência direta, além de poder fiscalizar de forma contínua os beneficiários dos referidos programas. Os programas de transferência de renda compõem a Agenda do Governo Federal, em busca de promover a inclusão social da população de baixa renda, garantindo a distribuição de renda e por consequência a melhoria da qualidade de vida das famílias. (SEMAN; SILVA, 2017, p.5).

O CADUNICO busca a garantia de acesso aos programas e benefícios sociais do governo federal, garantindo direitos básicos as famílias de baixa renda e extrema pobreza dentro de determinada sociedade, dessa forma podemos afirmar que esta ferramenta trata-se da identidade social da população, sendo uma maneira encontrada para que essas famílias sejam visíveis para as políticas e serviços sociais ofertados pelo estado. O presente trabalho científico terá por finalidade versar sobre a importância e necessidade da inclusão dos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico nesta base de dados, para que dessa forma venham possuir acesso aos serviços ofertados por esta plataforma social, contribuindo para a formulação de ideias na construção acadêmica do curso de Serviço Social, gerando assim um

novo entendimento para o enfrentamento das expressões da questão social na vida dos pacientes renais crônicos, visto que o tratamento de alta complexidade priva esses cidadãos de exercer funções de geração de renda, excluindo a grande maioria do mercado de trabalho formal transformando-os em indivíduos vulneráveis e consequentemente com perfil para intervenção social através de políticas de serviços socioassistenciais.

Nesse sentido, a questão de pesquisa desse estudo se propôs a conhecer: De que forma o CADUNICO pode garantir direitos aos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico? Presumindo teoricamente uma possível resposta à questão enumerou-se como pressuposto, que essa ferramenta de dados auto declaratórios garantirá o acesso destes cidadãos aos diversos programas e benefícios sociais interligados a mesma, baseando-se no perfil social caracterizado de cada família. Concordantemente, o objetivo geral selecionado foi conhecer as regras e detalhes dos programas e serviços ofertados pelo CADUNICO nos quais se inserem os pacientes renais crônicos em tratamento dialítico pertencentes a famílias em vulnerabilidade social. Nos objetivos específicos foram determinadas as fases de investigação, sendo elas: Entender o processo de cadastramento dos usuários no serviço: locais de oferta de cadastramentos e demais informações relacionadas, refletir sobre a forma de acesso aos programas nos quais o público citado se introduz e outras questões necessárias para a manutenção cadastral ativa.

Assim sendo, o presente artigo será dividido em três (03) unidades temáticas. Na primeira unidade temática observará sobre um breve histórico da política de Assistência Social no Brasil, sua aceitação em meio às mudanças no sistema social ao longo dos tempos, a sua missão na mudança de vida e fortalecimento de vínculos para com as famílias que dessa política necessitem. A segunda unidade debruçará sobre a implantação do CADUNICO como instrumento de garantia de direitos para as famílias de baixa renda, os benefícios, programas e serviços sociais que são ofertados através dessa plataforma nos quais garantam direitos aos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, seus nomes, regras, bem como as maneiras de conseguir o acesso aos mesmos, de maneira direta ou indireta através da base de dados do CADUNICO e/ou com outras plataformas parceiras. Na terceira unidade observará a caracterização dos pacientes renais crônicos enquanto público do CADUNICO, as particularidades, limitações e formas de tratamento impostas aos pacientes com doença renal crônica, como também a atuação da ferramenta citada para intervir na garantia de direitos à este público.

Pondere-se, que a pesquisa em questão aprecia um tema relevante para as ciências

sociais aplicadas no Serviço Social inseridos nas políticas de Saúde e Assistência Social, utilizando-se de uma plataforma de coleta de dados auto declaratórios que atua estritamente na garantia de direitos básicos a população de baixa renda em vulnerabilidade social em todo o cenário nacional, visto que o CADUNICO atua com prioridade diante de grupos específicos que podem surgir de acordo com as demandas encontradas, investigaremos como o mesmo pode fortalecer a garantia de direitos dos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico que se encontram em vulnerabilidade social.

A causa da escolha desta temática definiu-se por meio das experiências pessoais em atuações diretas com os autores do tema escolhido, primeiramente durante quatro anos atuando como coordenador CADUNICO, experiência de grande valia no entendimento das demandas relacionadas a esse serviço, construindo assim uma afinidade que se tornará importante para elaboração do estudo que se desenvolve. Segundo, a experiência no campo de estágio onde existiu o contato direto com os pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, conhecendo a suas vivências sociais e diante disso a importância da ferramenta social para seus fortalecimentos de vínculos comunitários e familiares.

Dessa forma, a junção dessas situações fez com que pudéssemos discorrer nesse estudo situações que se tornará importante no entendimento dos acessos às políticas públicas através do CADUNICO para os pacientes renais crônicos. Para alcançar o desiderato científico proposto, recorreu-se:

A metodologia científica é capaz de proporcionar uma compreensão e análise do mundo através da construção do conhecimento. O conhecimento só acontece quando o estudante transita pelos caminhos do saber, tendo como protagonismo deste processo o conjunto ensino/aprendizagem. Pode-se relacionar então metodologia com o “caminho de estudo a ser percorrido” e ciência com “o saber alcançado”. (PRAÇA, 2015, p.2).

Dessa maneira, podemos afirmar que a metodologia científica são as maneiras utilizadas para a elaboração de um trabalho acadêmico, o conhecimento produzido através de estudo e análise de arquivos, documentos e outros métodos que possam auxiliar os educandos na construção de pesquisas e estudos, dando total liberdade para que o pesquisador defina as melhores formas e maneiras de realizar suas pesquisas, na busca por informações confiáveis e importantes para aos leitores dos arquivos construídos.

Sob a orientação acima, a pesquisa em comento configurar-se-á como um estudo de pesquisa bibliográfica de natureza descritiva com abordagem qualitativa reforçando ainda, conforme Souza, Oliveira e Alves (2021), a pesquisa bibliográfica está inserida

principalmente no meio acadêmico e tem a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas, assim, podemos afirmar que as pesquisas bibliográficas são elaboradas a partir de obras já publicadas as mesmas são posicionamentos que vem a auxiliar os pesquisadores na realização dos estudos sobre a obra e/ou problema de pesquisa a ser publicado.

A pesquisa em tela também se caracteriza como de natureza descritiva por descrever uma realidade imposta dentro do tema estudado, abrangendo com clareza as características e necessidades dos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico em situação de vulnerabilidade social.

Considerando, no entanto, que a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques. (GODOY, 1995, p.2).

Visto isso, a escolha pela abordagem qualitativa se deu pela possibilidade de externar ideias de importante utilidade para o público alvo da pesquisa, sendo que essa forma de estudo permite que o pesquisador sinta-se à vontade para utilizar dos métodos e formas instrumentais de estudo que achar preponderante, assim podendo propor novas maneiras de pesquisas que venham criar novas perspectivas dentro dos trabalhos científicos. No que concerne, a coleta de dados, esta será realizada recorrendo a obras já publicadas e postadas em bibliotecas virtuais disponibilizadas na internet como, por exemplo, a plataforma scielo, a biblioteca virtual na USP e os arquivos virtuais da UNEF. Nessa direção, os critérios estabelecidos para escolha das obras/dados foram artigos no idioma português que versam sobre os diversos programas e serviços sociais vinculados ao CADUNICO e quais detalham sobre as mudanças benéficas para os públicos atendidos através dessas intervenções. Os recortes temporais das obras foram de 1998 a 2021.

Vale ressaltar, que cinquenta e sete (57) artigos foram escolhidos para fundamentar essa pesquisa bibliográfica. Ademais, a análise e discussão dos resultados processa-se através de uma reflexão que propicie um novo enfoque sobre o objeto de estudo proposto, utilizando o método dialético que segundo Zago (2013) busca relações concretas diante dos fenômenos, sendo a base norteadora desta pesquisa para discorrer que esse artigo debruçara sobre a inserção dos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico na plataforma de cadastro único visando ter acesso aos programas e benefícios sociais a ela associados, buscando assim garantir direitos e fortalecimento de vínculos para esses usuários. Sendo que

são existentes algumas dificuldades que enfrentadas por esse público no que se refere ao acesso a esse serviço, que são as faltas de divulgações sobre os requisitos básicos para o cadastramento e de ações de busca ativa por parte dos órgãos competentes que gerem os programas.

Assim, se faz se necessário buscar esses direitos através dos centros de apoio as famílias de baixa renda em vulnerabilidade social e/ou extrema pobreza, podendo assim entender como de fato é o funcionamento destes serviços que se tornam aliados na busca por garantia de direitos básicos. Finalmente, este estudo observará os aspectos éticos da pesquisa, onde segundo Galvão e Luvizotto (2012), a ética na pesquisa é muito importante em toda área da ciência, pois o uso de autores de forma errada é ofensivo e vem demonstrando cada vez mais plágio em trabalhos que deveria ser ético e sério isso mostra, que principalmente na pesquisa bibliográfica onde deve se fundamentar em obras já publicadas para defender um pensamento sobre determinado tema, se faz necessário se policiar quanto ao uso de recortes e frases elaboradas por outros pesquisadores, se atentando assim as normas da ABNT, para que possa realizar de forma correta as devidas citações e outras necessidades do trabalho acadêmico.

2 BREVE HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

A Assistência Social no Brasil tem sua raiz histórica entrelaçada a caridade, as práticas ligadas aos seguimentos religiosos relacionados principalmente a igreja católica, “Em 1938, ocorre no Brasil a primeira regulamentação de um campo de práticas sociais que poderiam ser identificadas como do âmbito da Assistência Social, todavia elas aparecem como Serviço Social pelo Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS” (BOSCARI; SILVA, 2015, p.109). Porém segundo o autor este momento acaba estreitando a relação entre o estado e a elite da época, construindo uma nova ideia sobre da Assistência Social, onde a mesma desvinculava-se das práticas religiosas e passaria a ser dever do estado, esse é um dos divisores de águas na consolidação da política de Assistência Social no Brasil, dando assim um importante passo para a sua emancipação dentro da sociedade como oferta de garantia de direitos.

Em 1942, no Governo Getúlio Vargas, foi criada a LBA - Legião Brasileira de Assistência, com a finalidade de prestar auxílio às famílias dos pracinhas brasileiros, por ocasião da Segunda Guerra Mundial, sendo coordenada pela primeira dama Darci Vargas. Terminada a Guerra, a LBA se volta para a assistência à maternidade e à infância, caracterizada por ações paternalistas e de prestação de auxílios emergenciais e paliativos à miséria. Assim, surge a primeira instituição de assistência social

brasileira, na instância federal, que tem sua gênese marcada pela presença das mulheres e pelo patriotismo. (BOSCARI; SILVA, 2015, p.110).

Diante disso, entendemos que a LBA foi criada com uma única finalidade, oferecer o suporte as famílias dos soldados convocados para a Segunda Guerra Mundial, criando ações de manutenção das necessidades básicas dos seus dependentes, ainda segundo o autor é subentendido que a LBA teve a finalidade de criar ações voltadas ao assistencialismo e não de ofertar garantia de direitos aos seus demandatários, mesmo sendo uma instituição de âmbito federal ainda se predominava as práticas assistencialistas de cuidados paliativos e caridades, na oferta de auxílios aos cidadãos que necessitavam naquele período de uma atenção maior por parte do estado.

“Em 1946, a LBA passa por um reordenamento, ampliando suas ações e objetivos, mas, mantém seu caráter assistencialista, legitimando-se como uma resposta institucional à pobreza” (BOSCARI; SILVA, 2015, p110). O autor ainda frisa que a LBA teve como marco principal a presença das primeiras damas do Brasil no período fazendo com que existisse uma correlação com as damas de caridade das igrejas, agora no interior do estado, assim, é notório que mesmo com alguns avanços que construíram a evolução da entidade, era perceptível que naquele momento da história ainda existia uma certa restrição em desvincular aqueles serviços ofertados a classes vulneráveis da época das práticas tradicionais impostas então pelos serviços de caridade das igrejas.

Esse modelo de ação perdurou até o período militar iniciado em 1964, quando “Em 1969, a LBA é transformada em fundação vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, e ali vai viver em paralelo com a Secretária de Assistência Social criada pelo General Geisel quando Presidente Militar” (BOSCARI; SILVA, 2015, p.111). Este período não existiu grandes avanços na Assistência Social, visto que as medidas da época era de caráter autoritário, deixando de lado as questões cunhos sociais, isso perdurou durante todo regime político, segundo Carvalho (2008), na década de 80 em meio os debates da instalação da nova constituinte, começou a se discutir sobre a inserção da Assistência Social como política da seguridade social voltadas aos cidadãos desamparados, essas discussões foram peças fundamentais no rompimento da assistência social com as práticas conservadoras voltadas a caridade e o assistencialismo, iniciando o surgimento de uma política ofertada pelo estado através de regulamentação, com função de garantir direitos básicos a quem dela venha necessitar.

A Constituição Federal de 1988 é um marco fundamental desse processo porque reconhece a assistência social como política social que, junto com as políticas de Saúde e de Previdência Social, compõem o sistema de seguridade social brasileiro e define assim como a Previdência Social e a Saúde as diretrizes financeiras, de gestão e de controle social. Adquire o estatuto de uma política social pública no âmbito de decretos sociais o que foi sem dúvida pouco entendido e absorvido pela sociedade. Portanto, pensar esse campo de ação pública como política social, é uma possibilidade recente. (BOSCARI; SILVA, 2015, p.111).

Segundo Carvalho (2008), a constituinte de 88 teve o objetivo de construir uma sociedade mais igualitária, justa e solidária, com a erradicação da pobreza e das desigualdades sociais, ainda segundo o autor foi atribuído a Assistência Social a menos favorecida das políticas sociais o status de direito social para a população brasileira, assim a Assistência Social passa a formar o chamado tripé da seguridade social brasileira, juntamente com a política de Saúde e Previdência Social, atuando na construção e ofertas de serviços e benefícios para a população brasileira, rompendo totalmente com as questões conservadoras que a vinculava a uma política de caráter complementar e solidário.

O autor ainda frisa que a partir desse período com a vinculação aos direitos sociais a Assistência Social passou a assumir características que anteriormente nunca lhes foi atribuída na qual se trata das implicações jurídicas, visto que diante do novo período político e social instalado no país, se fez necessário que a política de Assistência Social se baseasse nas leis, decretos e normativas, para ofertar os serviços de utilidade pública dentro da legislação que o garante. Segundo Arantes; Alves (2010), em 1993 a Assistência Social passou a ser regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social, como política social dando assim embasamento para que o seguimento criasse seu caminho na oferta de serviço no país.

“A política de Assistência Social, passou a ser pensada de modo desce naturalizado, com o intuito de dar suporte à sociedade por meio de um comando único em cada uma das três esferas de governo” (ARANTES; ALVES, 2010, p11). Criando assim, uma ação compartilhada na busca pela oferta de garantia de direitos aos indivíduos em vulnerabilidade social e em situação de pobreza, “A Lei Orgânica da Assistência Social atribui um caráter de maturidade legal aos serviços socioassistenciais, tendo como instância de coordenação o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)” (SANTANA, et al, 2013). Ainda segundo o autor a Lei também instituiu o Conselho Nacional de Assistência Social como soberano nas competências que consistem em aprovar a Política de Assistência Social como também regulamentar os serviços ofertados pela mesma, o conselho tem papel fundamental no acompanhamento e fiscalização das ações, serviços e programas desenvolvidos e garantidos pela política, o autor ainda afirma que assim fica garantido e é responsabilidade do estado e

suas instituições ligadas fortalecer a rede de política de direito, que a partir dessas normativas rompe absolutamente com as práticas conservadoras de benemerência e filantropia.

A política de Assistência Social passa por uma metamorfose nas condições para sua execução, de baixa prioridade de investimentos em relação às demais políticas, para um patamar concorrente, superando a subalternidade política. Conquistou o fortalecimento em relação a si mesma e às demais políticas. Essa nova condição levou a Assistência Social a estabelecer uma relação mais horizontal e qualificada na relação com outras políticas públicas, ao assumir seu papel definido constitucionalmente, articulada à saúde e à previdência, no tripé da seguridade social. (MIRANDA, 2013, p.8-9).

Diante disso, entende-se que o estado compreendeu a necessidade da criação de uma política de garantia de direitos voltados a classe menos favorecida, “Essa nova condição contribui para a ampliação dessas articulações no campo dos direitos sociais, ampliando a compreensão da necessidade de articulação com outras áreas de políticas públicas, observadas as diferentes necessidades humanas” (MIRANDA, 2013, p.9). A política de Assistência Social tem um papel transformador dentro das políticas de garantia de direitos e acesso aos serviços ofertado pelo estado, com políticas voltadas intervenção de curto e médio prazo na qual em sua grande maioria ofertada através da articulação em rede, visto isso que ainda segundo o autor nenhuma dessas articulações aconteceria sem a presença de atores comprometidos com o desenvolvimento das políticas públicas no enfrentamento aos que pensam contrário a esse projeto para sociedade, qual busca a garantia da equidade social, atuando sempre no enfrentamento as expressões da questão social.

Como porta de entrada para os serviços da política de Assistência Social fora criado os Centros de Referência de Assistência Sociais - CRAS, segundo Rangel (2009) o CRAS é uma instituição de nível municipal de Assistência Social qual deve ser instalada em local de maior nível de vulnerabilidade e risco social, dessa forma, este equipamento tem como objetivo potencializar a comunidade que o cerca com oferta de serviços e benefícios sociais que venham intervir na realidade social em que esses estejam inseridos.

O CRAS é um equipamento onde são realizados os serviços e desenvolvidas as ações do Programa de Atenção Integral à Família – PAIF, sendo que também podem ser o lugar onde são ofertados outros serviços, programas, projetos e benefícios de proteção básica relativos às seguranças de: rendimento, autonomia, acolhida, convívio ou vivência familiar e comunitária e de sobrevivência a riscos circunstanciais. (RANGEL, 2009, p.39).

Dessa forma, entendemos que os equipamentos CRAS desempenha um grande serviço no tocante a acessibilidade da população aos benefícios ofertados pelo estado, segundo Nascimento, et al, (2019), os equipamentos CRAS tem como objetivo inserir as famílias em situação de vulnerabilidade social em seus serviços da proteção social básica, orientando, capacitando e fortalecendo os vínculos familiares dos mesmos, dessa maneira garante com que esses cidadãos em acompanhamento possam buscar sua emancipação dentro da sociedade, “A Proteção Social Básica tem por objetivo prevenir situações vulnerabilidade e risco e trabalhar para que os direitos não sejam violados, garantindo segurança de convívio, acolhida e sobrevivência” (NASCIMENTO, et al, 2019. p.23). Assim, os serviços e programas ofertados dentro dos equipamentos buscam a transformação social da vida dos seus demandatários, construindo mecanismos de enfrentamento as expressões da questão social que os levaram a serem inseridos no serviço, criando assim formas para que estes vivencie a curto e longo prazo uma melhor qualidade de vida tanto social quanto econômica. Para casos mais complexos a Política de Assistência Social oferta o serviço de proteção social especial.

A Proteção Especial como parte do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) se divide sob dois níveis de complexidade: Média e Alta Complexidade, trabalha com a organização e oferta de serviços especializados com o objetivo de reconstruir os vínculos familiares e comunitários, promovendo a potencialização do indivíduo para a superação de situações de risco pessoal e social ocorridos por meio das violações de direitos. (ALMEIDA, et al, 2017, p.70).

Assim, a proteção social especial objetiva reconstruir os laços familiares ou comunitários após um cenário de violação de direitos, segundo o autor esses serviços são ofertados através dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS qual se trata de uma instituição a nível municipal ou estadual que atende a cidadãos e famílias com violação de direitos e situação de riscos pessoais ou sociais, assim, entendemos que o CREAS atende as famílias quais já sofreram essas violações e necessitam de suporte para reconstruir a sua cidadania e espaço em meio a sociedade.

Diante disso, entende-se que a intersetorialidade é peça fundamental para “integrar as políticas sociais na sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação, partindo do pressuposto da articulação entre instituições e agentes que atuam em um determinado território, desenvolvendo ações integradas em rede intersetorial” (ALMEIDA, et al, 2017, p71). Esse trabalho é importante para garantir a integridade física ou moral dos cidadãos em acompanhamento, para que os mesmos possam conviver em sociedade assumindo seu papel como ser social.

Como pressuposto dessa questão a política de Assistência Social oferta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, “Sempre que houver situações de vulnerabilidades e riscos sociais, produzindo sofrimento ético político, caberá uma ação da política pública no sentido de possibilitar que a situação seja evitada. Nesse contexto, surge o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos” (NASCIMENTO, et al, 2019, p24). Assim, o objetivo é prevenir que situações de risco social venham a acontecer na vida dos indivíduos, construindo alternativas para que esses cidadãos tenham seus direitos garantidos e não vivam as margens da sociedade.

O SCFV tem o intuito de estimular a ampliação e troca de culturas e vivências, desenvolvendo o sentimento de pertença no meio comunitário. Além de possuir um caráter preventivo e proativo, se relaciona na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos usuários, garantindo as seguranças de acolhida, de convívio familiar e comunitário, impulsionando o desenvolvimento da autonomia dos usuários. (NASCIMENTO, et al, 2019, p.24-25).

Assim, entendemos que o SCFV é encarado dentro da política de Assistência Social, através da ramificação da proteção social como fator de transformação social da vida dos cidadãos tanto num contexto familiar quanto na convivência em comunidade, “visando promover intervenções que amparem, apoiem, auxiliem e resguardecem os sujeitos e suas famílias, por meio de ações conjuntas de caráter projetivo e preventivo para a defesa e a promoção de seus direitos” (SOUZA, 2016, p.25). O SCFV utiliza de oficinas, palestras e ações sociais que segundo Souza (2016) não deve ser de maneira aleatória e sim devem responder a realidade enfrentada pelos membros do serviço, para que possam atender a necessidade do enfrentamento das expressões da questão social vivenciada momentaneamente.

O público do SCFV pode ser de diversas classes da esfera da sociedade em que vivenciam situações de vulnerabilidade social e como construtor desses grupos específicos o Sistema de Cadastro Único do Governo Federal tem papel de fundamental importância visto que este está inserido na política de Assistência Social com um importante papel de caracterizador das famílias em vulnerabilidade social em todo território nacional, transformando a realidade social de estas através da sua implantação como instrumento de garantia de direitos para as famílias de baixa renda.

2.1 A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CADASTRO ÚNICO COMO INSTRUMENTO DE GARANTIA DE DIREITOS PARA AS FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA

O CADUNICO foi instituído por meio de Decreto nº 3.887 de 24 de julho de 2001 se tornando a porta de entrada para as principais políticas públicas de ofertas a programas e benefícios sociais vinculados ao Governo Federal, tais como, o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada e Tarifa Social de Energia Elétrica, sendo assim um instrumento de identificação e caracterização social e econômica voltadas as famílias Brasileiras de baixa renda que vivem em situação de vulnerabilidade social qual consequentemente podem está em situação de pobreza e/ou extrema pobreza. O Decreto nº 6.135 de 26 de Junho de 2007, traz consigo o critério limite de renda qual estabelece o perfil para a inserção e manutenção das famílias no CADUNICO.

O Art. 4º, inciso II do Decreto estabelece que família de baixa renda é “aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos”. O § 1º do art. 6º também define que “famílias com renda superior a que se refere o art. 4º, inciso II, poderão ser incluídas no Cadúnico, desde que sua inclusão esteja vinculada à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais implementados por quaisquer dos três entes da Federação.” (BRASIL, 2007, p.1).

Diante disso, podemos identificar qual o perfil que se enquadra a família de baixa renda de acordo com o CADUNICO, visto ainda que o mesmo traz ressalvas importantes quanto a inclusão das famílias com renda de até três (3) salários mínimos, sendo que a manutenção desses no sistema só dever acontecer mediante informe de qual política pública que utiliza a base de dados do CADUNICO que a mesma está incluída, essa informação chega para a análise da base de dados mediante a demarcações dentro do próprio sistema, onde o técnico digitador da ferramenta deve repassar essas informações destacadas nos formulários preenchidos pelo técnico entrevistador mediante as informações passadas pelo Responsável Familiar.

Os processos de inclusão e atualização das informações das famílias no Cadúnico são realizados através de entrevistas que consistem em perguntas sobre características de identificação, escolaridade, deficiência e renda de cada um dos integrantes do grupo familiar, e das características do domicílio, gastos mensais médios da família, e outros campos com identificação para condições específicas estipuladas pelo Cadúnico. (TORRES, 2020, p.4).

Dessa forma, entende-se que o CADUNICO é munido de informações fornecidas por um RF, este encarrega-se de fornecer dados de todos os membros da composição familiar, assumindo a veracidade das devidas informações prestadas no momento da entrevista social. Para uma análise de dados dentro dos termos da justiça social se faz necessário que no

fornecimento dessas informações não exista omissão por parte dos seus usuários, assim garantindo que as políticas públicas existentes através dessa base de dados do CADUNICO cheguem realmente ao público que dela necessitem. Para obter uma boa qualidade na coleta das informações para com o RF, faz-se necessário o uso dos devidos formulários de cadastramentos do CADUNICO, no qual varia de acordo os perfis e as particularidades de cada família entrevistada. O CADUNICO em sua essência busca inserir em sua base de dados toda e qualquer família que se enquadre no perfil de baixa renda determinado pelos órgãos de análise de dados de padrão socioeconômico da união, esteja ela em qualquer região geográfica existente em todo o território nacional, para isso é disponibilizado os formulários manuais de cadastramento que são cinco (05) em sua totalidade.

O Formulário principal de cadastramento é popularmente apelidado pelos técnicos do sistema como caderno verde, “é o instrumento básico de coleta de informações para o CADUNICO e tem como objetos de investigação a família e cada um dos seus componentes” (Amaral, 2011, p19). O formulário principal é composto por dez (10) blocos, é orientado que este formulário seja utilizado na coleta de informações para novas famílias, quanto para a atualização e revisão das informações cadastrais de famílias já inseridas no sistema de cadastro único.

“O Formulário Avulso 1 traz os blocos que identificam as características do domicílio e da família, enquanto o Formulário Avulso 2 contém os blocos que identificam as características de cada pessoa da família” (Amaral, 2011, p21). O Formulário Avulso 1 precisa ser usado para identificar eventuais mudanças no contexto familiar e na moradia da família, já o Formulário Avulso 2 destaca os campos que identificam as características e particularidades de cada membro da composição familiar, como situação de escolaridade, renda e atividades desenvolvidas para subsistência. Precisa ser usado na atualização de informações de cada membro da família ou em casos que a família possua mais de seis (6) membros, sendo que o formulário principal possui em sua totalidade cinco (5) opções de inserção de membros, assim os demais componentes poderão ser registrados no Formulário Avulso 2.

O Formulário suplementar 1 exige obrigatoriedade no seu uso, em situações de inserção de famílias como também em casos de atualizações cadastrais, ainda para Amaral (2011) Os Formulários Suplementares precisam ser usados com a finalidade de identificar situações específicas para o complemento do cadastro da família, dessa forma cada composição familiar deverá ser preenchido um formulário desse tipo, esse arquivo tem como finalidade informar se determinada família é beneficiária de programas sociais e/ou benefícios ofertados pelo governo

federal, principalmente nos casos de famílias com renda mensal de até três (3) salários mínimos. Neste formulário podem ser especificado também cada tipo de família e suas particularidades, podendo através dele apresentar ao sistema de cadastro único se aquela família cadastrada é pertencente a algum GPTE, que inclui famílias com um olhar diferenciado por parte do estado.

Indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, resgatados do trabalho análogo ao de escravo, ciganos, extrativistas, pescadores artesanais, pertencente a comunidade de terreiro, ribeirinhos, agricultores familiares, assentados da reforma agrária, beneficiários do programa nacional de crédito fundiário, acampadas, atingidos por empreendimentos de infraestrutura, presos do sistema carcerário e catadores de material reciclável. (BRASIL, 2011, p.3-4).

Sendo assim, é importante enfatizar que estas famílias tem a seu favor uma visão diferenciada na concessão e manutenção de programas e benefícios sociais se cadastrados e comprovados membros destes determinados GPTEs através da ferramenta de caracterização e identificação familiar CADUNICO, este olhar diferenciado se dá como a questão de prioridades na aquisição das políticas públicas para determinado povo ou comunidade, garantindo direitos de maneira específica a cidadãos que de acordo sua situação socioeconômica, acaba sendo de alguma maneira inserido nas mais vulneráveis camadas da sociedade.

Por fim, citamos o Formulário Suplementar 2 qual é usado apenas em casos de identificação de pessoa em situação de rua, “por terem caráter dinâmico os Formulários Suplementares podem ser modificados e novos suplementos podem ser incluídos, conforme orientações do MDS”. (BRASIL, 2011, P122). Dessa forma, esses formulários podem sempre ser atualizados buscando atender novas políticas públicas ofertadas pelo estado para esse GPTE, abrindo possibilidades da inserção de novas ferramentas que poderão ser utilizadas pelo técnicos do CADUNICO no momento da realização das entrevista juntamente com os RFs.

Segundo Ferreira (2019) para solicitar a inserção no CADUNICO se faz necessário procurar o centro de cadastro municipal, munido dos seguintes documentos: Carteira de Trabalho, comprovante de endereço e comprovante de frequência escolar quando for o caso, estes documentos são os essenciais e obrigatório a sua apresentação por parte do RF, o que não deixa de ser necessário para que exista uma boa análise dos dados cadastrais e complementação do cadastro da família a apresentação por parte dos RFs de todos os outros documentos dos componentes familiar, mesmo que nem todos estes documentos são obrigatórios a sua apresentação.

Com relação ao preenchimento dos cadernos, para que os dados sejam confiáveis, é preciso que os mesmos sigam uma padronização de registro, os quais devem seguir os procedimentos básicos que o MDS lhes oferece. Dentre esses procedimentos, está a apresentação obrigatória dos documentos necessários, onde de acordo com o Manual do Cadastro Único (2012), o Responsável familiar deve comparecer ao CRAS, obrigatoriamente, apresentando CPF ou título de eleitor para que a família seja cadastrada, os quais por sua vez, garantem que não haja multiplicidade de identificação de pessoas. Aos demais integrantes da família, deve-se solicitar a apresentação de ao menos um desses documentos: Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, CPF, RG, Carteira de Trabalho, Título de Eleitor e Rani. (LEÃO, 2017, p.42).

Dessa forma, os técnicos de cadastramento devem realizar a inserção de famílias mediante apresentação apenas dos documentos obrigatórios no caso dos RFs e qualquer outro documento para os demais membros de determinada composição familiar, visto que, as demais informações são auto declaratórias sendo essas de totais responsabilidades dos RFs. Vale ressaltar que em casos extremos de pessoas ou famílias sem documentos deve ser realizado o cadastramento, onde segundo BRASIL (2011), deve-se coletar os dados de todos os componentes da família moradores do domicílio, mesmo daqueles que não possuem nenhum documento oficial, é necessário informar ao RF que sem as documentações necessárias não conseguirá adentrar em nenhum benefício ou programa social, esse procedimento cadastral se faz necessário para identificar famílias e pessoas que não possuem documentos básicos, assim podendo ser elaboradas ações complementares para a garantia desses direitos.

O CADUNICO é um serviço vinculado e ofertado pela política de assistência social, geralmente nos municípios essa ferramenta atua nos espaços físicos dos CRAS, porém como afirma Sposati (2021), O CRAS pode ter um setor de cadastro, mas ele pode estar instalado em unidades como o Centro POP, CREAS, ou postos avançados do próprio CRAS, assim, não necessariamente esse serviço está restrito a apenas um órgão do SUAS, podendo ele ser instalado e aprimorado em diversos setores e em outros casos dentro do CRAS itinerante, programa esse de grande importância no âmbito da assistência social no qual conduz os serviços a comunidades distantes dos centros de cadastramentos e/ou em casos de desastres naturais e/ou calamidade pública por exemplo, visto que o CADUNICO tem na sua base central o funcionamento de gestão compartilhada entre os entes federados, assim pode ser avaliado por seus coordenadores vários locais sendo eles órgãos ligados ao serviço público para que se construa opções de atendimento aos seus demandatários facilitando assim a oferta de serviço para estes cidadãos.

O CADUNICO para seu funcionamento unifica três esferas administrativas sendo eles: cidades, estados e união, criando uma gestão compartilhada através dos gestores e técnicos do

sistema que buscam o aperfeiçoamento das informações pelas quais é possível conhecer quem são, suas características, onde estão e a situação socioeconômica de cada família inserida nesta plataforma de garantia de acesso a direitos e justiça social, fazendo do CADUNICO uma importante ferramenta na promoção e execução das políticas públicas no âmbito federal em todo território nacional.

O Município em parceria com o Estado, treina as equipes que atuarão como entrevistadores, para que estes conheçam os conceitos e as regras de cadastramento, para garantir a qualidade cadastral. Estes entrevistadores preenchem os formulários que tanto podem ser impressos como eletrônicos (direto no sistema). Em seguida conferem as informações e dão o cadastro para a família assinar. Orientam a família quanto à fidedignidade das informações e arquivam os formulários em local adequado por cinco anos. (SEMAN; SILVA, 2017, p.7).

Assim, percebemos a importância e a clareza do contato direto dos municípios com os usuários do sistema, “o cadastro único possui gestão descentralizada, ou seja, apesar de ser uma ferramenta de ação de nível federal, sua execução é de responsabilidade compartilhada entre os governos: Federal, estaduais e municipais além do Distrito Federal”. (KIRSCHNER, 2017, 19). A ação compartilhada na execução do CADUNICO demonstra a importância da mão de obra por parte dos colaboradores municipais, visto que os mesmos tem o contato direto com os usuários do serviço, tendo papel fundamental na construção dos resultados ofertados pela ferramenta.

É ofertado por parte da união um valor financeiro destinado aos estados e municípios qual é nomeado de Índice de Gestão Descentralizada segundo Kirschner (2017), é um indicador elaborado pelo estado e seu valor financeiro é repassado como incentivo de acordo com o desempenho de cada gestão, dessa forma, os coordenadores podem acompanhar as os índices e bater as metas de atendimentos e atualizações necessárias para determinado período, afim de levantar recursos que podem ser usados para o melhoramento da oferta do serviço para a população, na construção de uma melhor comodidade para os colaboradores da ferramenta CADUNICO, em treinamentos e capacitações aos técnicos do cadastro único, sempre buscando um atendimento qualitativo a aqueles que desse serviço necessitem, como também na implementação de ações complementares, onde a critério de cada coordenação podem elaborar projetos de incentivo a atualizações, inserções entre outras ações que aumente o desenvolvimento do CADUNICO dentro da sociedade, como também busque inserir famílias de baixa renda em vulnerabilidade social nos principais benefícios e programas sociais que atuam no enfrentamento as diversas expressões da questão social que assolam as camadas

menos favorecidas da sociedade contemporânea, buscando garantir direitos de acesso as políticas públicas determinadas na carta constituinte de 88.

São diversos os benefícios e programas sociais que utilizam-se da base de dados do CADUNICO para a concessão e manutenção dos mesmos, isso em todas as esferas dos entes federados sendo eles Municípios, Estados, União e o Distrito Federal, quais são desenvolvidos e administrados de acordo as expressões da questão social que venham surgir criando assim uma necessidade de intervenção social por parte do estado, discorreremos sobre os principais deles e suas atuações na garantia da oferta de uma melhor qualidade de vida aos diversos grupos de cidadãos que entregam a comunidade em que vivemos e estão inseridos nas camadas mais vulneráveis da sociedade contemporânea.

Sendo considerado como carro chefe dos programas e benefícios sociais o Bolsa Família, programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que em 2021 fora substituído pelo Auxílio Brasil programa qual segue uma linha e filosofia semelhante.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído pela Medida Provisória nº 132 em outubro de 2003 pelo Governo Federal, logo transformado em lei – Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (BRASIL. Lei nº 10.836, 2004), como programa de transferência de renda, que faz parte da estratégia de combate à pobreza do Fome Zero, desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome(...). (FRONZA, 2010, p.38).

Assim, com esse status de maior programa de transferência direta de renda com condicionalidades do mundo, o PBF foi responsável pela mudança social e econômica na vida dos Brasileiros em todas as partes do território nacional por dezoito (18) anos seguidos. O valor do benefício é repassado às famílias cadastradas ao programa no qual, tem como seu propósito promover um bom desenvolvimento socioeconômico e uma melhoria na qualidade de vida” (GOMES, 2021, P5). O PBF tem um viés transformador, inteiramente intencionado na mudança de vida dos Brasileiros, visto que o mesmo é fundamentado por três questões imprescindíveis para seu funcionamento, conhecidas na linguagem técnica do programa como as dimensões do PBF, nas quais são: A transferência direta de renda, as condicionalidades e as ações complementares.

A transferência direta de renda tem como objetivo possibilitar alívio imediato da pobreza. As condicionalidades têm como propósito reforçar os direitos à saúde e à educação e, dessa forma, auxiliariam a quebrar o ciclo Inter geracional da pobreza. Já as ações e programas complementares visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade, proporcionando a melhoria na condição de vida. (MORAES; MACHADO, 2017, p.130).

Dessa forma, compreendemos que o PBF fora implementado com algumas particularidades visando a transformação da vida social e econômica dos cidadãos Brasileiros em situação de pobreza e/ou extrema pobreza, exigindo assim contrapartidas dos beneficiários em outras importantes políticas de garantia direitos como saúde e educação para que estes mantivessem ativos os repasses dos seus recursos financeiros, e dessa forma consequentemente melhorar os índices de desenvolvimentos nessas importantes políticas.

Os acompanhamentos das chamadas condicionalidades se dá através do funcionamento intersectorial do programa, juntamente com as políticas de saúde e educação, como cita Machado e Moraes (2017), na saúde esses procedimentos compreendem ações necessárias, como pré natal, imunização e acompanhamento do desenvolvimento infantil, assim se faz necessário que as cidadãs gestantes realize todo acompanhamento no período gestacional, garantindo tanto a sua integridade quanto a do bebê, que a após o nascimento devem cumprir a risca todo processo imunológico através das vacinações disponibilizadas pelo estado, bem como garante o direito a essas famílias em receber acompanhamento de profissionais da saúde afim de auxiliar sobre o desenvolvimento infantil evitando dentre outras questões a desnutrição, patologia que por longas datas esteve inteiramente ligada a esse público em todo país, garantindo assim uma melhor qualidade de vida a esses cidadãos em acompanhamento e evitar complicações de saúde a curto e longo prazo.

As condicionalidades na educação busca dos beneficiários uma contra partida com relação aos estudantes, onde segundo Brasil (2004) crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos incompletos precisam estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85%, já os jovens entre 16 e 17 anos devem ter frequência escolar mínima 75%, o descumprimento dessas condicionalidades acarretará em sanções prejudiciais ao recebimento de benefício, nesse sentido Batista, Canini e Furtado (2017) destaca a importância do acompanhamento das condicionalidades, na qual o poder público pode ter o conhecimento das famílias mais vulneráveis socialmente e dessa forma pode elaborar um acompanhamento familiar de mais individualizado, podendo utilizar de outras políticas ofertadas por outros programas sociais afim de responder imediatamente aquelas expressões da questão social atendida no momento, “Como forma de garantir o direito à educação às crianças e adolescentes vítimas da exclusão escolar os programas de transferência de renda condicionada são apresentados como soluções transitórias para a redução da pobreza. No Brasil, a transferência

de renda condicionada no âmbito da política educacional tem sido implementada desde a década de 1990” (FREITAS. 2016. p.4).

As condicionalidades em relação à escolarização das crianças foram pensadas como uma maneira, em longo prazo, de romper o ciclo Inter geracional de pobreza. De que forma ocorreria essa ruptura via educação? O benefício auxiliaria na entrada e na permanência na escola de crianças em situação de vulnerabilidade social, que, sem esse auxílio, tenderiam a evadir da escola e a ocupar, futuramente, postos pouco qualificados e mal remunerados no mercado de trabalho. (FAHEL; FRANÇA; MORAES, 2011, p.9).

Diante disso, é possível constatar que o PBF busca mudar a vida dos Brasileiros a longo prazo, sua intenção sempre foi garantir acesso as políticas públicas de direito dos cidadãos como rege a carta magna de 88, principalmente no tocante a saúde e educação fortalecendo a tese do direito universal, assim contribuindo para o enfrentamento e o alívio imediato da pobreza garantindo que as futuras gerações possam viver numa sociedade diferente das passadas, com uma maior igualdade social e econômica e com mais garantia de direitos básicos e acesso as políticas necessária para sua emancipação como ser social.

“As ações complementares que são o fornecimento de serviços de forma integrada e articulada pelos três entes da federação com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento das capacidades ou o combate de certas vulnerabilidades da família” (LOURENÇO, 2012, P6). Assim, para obter um funcionamento com resultados consistentes o desenvolvimento das ações complementares dependerá intrinsecamente das coordenações do programa nas três esferas dos entes federados, isso na criação de projetos e planos que venham alcançar aquelas famílias que estejam em risco social mesmo inseridas no programa. Essas ações devem estar voltadas para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários desses cidadãos marginalizados.

Dentre as ações complementares mais significativas em curso, merecem destaque aquelas das áreas de geração de trabalho e renda e qualificação profissional, de aumento da escolaridade e ampliação do acesso ao conhecimento, de melhorias nas condições habitacionais, dentre outras, que visam o desenvolvimento das famílias beneficiárias do Bolsa Família. (CASTANHA, 2016, p.14).

Dessa forma, podemos fortalecer que a necessidade do desenvolvimento dos projetos e ações por parte do gestores do PBF é extremamente necessária, principalmente para a coordenação municipal, visto que estes tem o contato direto com os beneficiários do programa podendo assim identificar junto os serviços intersetoriais quais as questões sociais que iriam intervir como também quais os grupos prioritários fariam parte das ações complementares a

serem desenvolvidas, para Lima e Zangirolani (2016) as ações complementares buscam desenvolver as famílias na superação da vulnerabilidade, assim tendo um papel fundamental no fortalecimento de vínculos dos cidadãos e das famílias no enfrentamento de tais expressões da questão social, que mediante a estudo de caso e dependendo da situação pode ser intervir usando outros benefícios ofertados pelo CADUNICO como o Benefício de Prestação Continuada.

O BPC trata-se de um benefício garantido pela Lei Orgânica de Assistência Social, “o referido benefício é individual, não vitalício, intransferível e pago para idosos (que possuem mais de 65 anos) pessoas com deficiência de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, (FERREIRA; GONÇALVES, 2014, p5). Que esteja no perfil de famílias de baixa renda em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de um benefício ofertado pela política de assistência social, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela LOAS.

O BPC é um benefício financiado integralmente com recursos públicos. Ao INSS compete a operacionalização do BPC no que tange a avaliação médica e social para recebimento do benefício. Por meio de convênio, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), repassa recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) ao INSS; o qual operacionaliza a concessão e o pagamento aos/as beneficiários/as. O BPC é um benefício da Política de Assistência Social (por isso é não contributivo), coordenado pelo MDS. (FERREIRA; GONÇALVES, 2014, p.5).

Dessa forma, podemos constatar a importância da seguridade social Brasileira na garantia de direitos e acesso a políticas públicas no Brasil, visto que o BPC “é garantido na esfera da proteção social não contributiva da Seguridade Social e é regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social” (FERREIRA; GONÇALVES, 2014, p5). Isso transparece em grande proporção quando percebemos a intersectorialidade criada na oferta do BPC aos seus beneficiários, o qual é ofertado pela assistência social e administrado pela previdência social através do INSS.

A partir do decreto nº 8.805/16 ficou determinado como requisito para concessão, manutenção e revisão do BPC que requerente e beneficiário sejam inscritos no cadastro único obrigatoriamente e que as informações para o cálculo da renda familiar mensal per capita serão declaradas no momento da inscrição da família requerente no referido cadastro. É importante que o BPC esteja vinculado ao cadastro da assistência social, não para o controle, mas sim para o acompanhamento pela rede de serviços socioassistenciais dos beneficiários e dos que requerem e não tem acesso garantido. (STOPA, 2019, p.244).

Diante disso, a partir de 2016 a inscrição dos beneficiários do BPC no CADUNICO se tornou obrigatória, foram assim inseridas inicialmente as famílias já beneficiárias no qual segundo o MDS 2018 no fim do ano de 2018 cerca de ainda encontravam fora do CADUNICO

cerca de um (01) milhão de beneficiário que passaram a receber notificações nos comprovantes de saque do benefício afim de realizar as pendências cadastrais, a partir disso passou a ser necessário a inscrição das famílias dos requerentes na ferramenta de caracterização social o CADUNICO, a não inclusão dos beneficiários acarreta em bloqueio ou até cancelamento dos benefícios esta ação torna-se importante para que os acompanhamentos com os beneficiários possam ser realizadas, afim de criar ações complementares e estratégicas em casos necessários até de inclusão dos beneficiários no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, buscando acompanhar os beneficiários evitando assim futuros danos nos benefícios.

Para ser concedido o benefício de prestação continuada, a pessoa ou o cidadão interessado deve seguir os procedimentos legais da seguinte maneira: a) Solicitar ao INSS, por meio de requerimento próprio fornecido pela autarquia, o qual deve ser preenchido com clareza e assinado pelo requerente ou seu representante/responsável legal; b) Declarar em formulário próprio e específico a composição do grupo familiar juntamente com a comprovação da renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo mensal; c) No caso das pessoas idosas devem também comprovar a idade de 65 anos ou mais; d) Quando o caso for de deficiência a pessoa deverá comprovar sua condição de incapacitada para a vida independente e para o trabalho através de atestado fornecido pela perícia médica do INSS, o qual os convocará informando a data da realização da perícia; (RIBEIRO, 2014, p.15).

Visto isso, para solicitar o BPC a família do cidadão demandatário necessita preencher o requerimento do benefício que necessita está de acordo as informações prestadas ao técnico do CADUNICO na entrevista social, está inscrita no CADUNICO e possuir renda per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo em vigência, apresentando a folha resumo do CADUNICO devidamente assinada pelo coordenador da ferramenta social, o que comprova os rendimentos financeiros mensais do grupo familiar como também a real composição familiar do requerente, se faz necessários os documentos pessoais do requerente e relatório médico com CID da doença no caso dos cidadãos com necessidades especiais.

Segundo Azevedo (2017) O BPC foi uma importante conquista para a pessoa idosa e deficientes comprovadamente de baixa renda, pois configura-se como um direito a ser exercido e trata-se de uma forma especial de aposentadoria, no qual não garante direito a décimo porém não existem descontos financeiros nas parcelas transferidas, tendo seu tempo de validade de acordo a situação sócio econômica da família do beneficiário e levando também em consideração a situação na qual o mesmo conseguiu o direito ao benefício, “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras podem obstruir a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (RIBEIRO, 2014,

p28). Assim entrelaçado ao tripé da seguridade social o BPC tem papel fundamental na vida social dessas pessoas, garantindo seus direitos de acesso a outras políticas como também auxiliando na suas necessidades humanas, sendo que esse público em sua maioria tende a delimitar suas ações em meio a sociedade.

Ainda segundo Ribeiro (2014) sobre a pessoa idosa, o Estatuto da Pessoa Idosa garante algo importante na concessão do BPC para este público em específico, garantindo a acesso ao benefício à mais de um membro da família desde que atenda os requisitos exigidos pelo benefício, dessa forma não permitindo a entrada de um de uma pessoa idosa no cálculo de renda familiar para o deferimento do benefício a outro idoso do mesmo grupo familiar, isso se torna uma conquista de grande importância para a pessoa idosa se pensarmos que esse público gasta basicamente a maior parte deste subsídio com medicamentos, consultas médicas e alimentações que em sua maioria necessita ser espacial, a concessão ao BPC abre portas aos beneficiários para outro importante programa ofertado pela ferramenta CADUNICO: A Tarifa Social de Energia Elétrica, que trata-se de um programa elaborado pelo estado, com objetivo de reduzir os custos na oferta de energia elétrica às famílias de baixa renda em todo território nacional.

A Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE) é um programa coordenado pela Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) em parceria com o Ministério das Comunicações e consiste em um desconto na conta de luz, destinado as famílias com renda per capita menor ou igual a meio salário mínimo, inscritas no Cadastro Único ou com algum componente beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Famílias com renda total de até três salários mínimos também podem ser beneficiárias, desde que façam uso contínuo de equipamento de saúde com elevado consumo de energia. O programa foi criado em 2002 (lei 10.438/2002, alterada pela Lei nº 12.212, 20 de janeiro de 2010) e regulamentada pela Resolução Normativa nº 426, de 15 de fevereiro de 2011. A TSEE é um importante programa usuário do Cadastro Único, pois foi um dos primeiros a conceder benefício em todo o Brasil, àqueles com renda familiar per capita de até meio salário mínimo, limite superior ao perfil de pobreza e extrema pobreza(...). (PAULA, 2013, p.6-7).

Assim, podem adentrar a TSEE as famílias inseridas no CADUNICO com perfil de baixa renda cujo os rendimentos familiar mensal por pessoa seja igual ou inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo em vigência no país, aquelas inscritas no CADUNICO com renda familiar total de até três (3) salários mínimos, desde que na sua composição familiar existam membros com patologias crônicas ou temporárias que necessite do uso contínuo de equipamentos ou aparelhos elétricos para os devidos tratamentos, visto que segundo Paula (2013), estes devem apresentar relatório médico comprovando a necessidade intrínseca do uso, sendo assim solicitado pela família juntamente ao profissional especialista de acompanhamento a patologia, por fim se encaixam as famílias na qual em sua composição exista beneficiários do BPC.

“Para receber o desconto na conta de energia elétrica, as famílias já inscritas no Cadastro Único, que atendam aos critérios de concessão, devem solicitar a tarifa diretamente nas concessionárias de energia elétrica de sua região” (PAULA, 2013, p.52). Munido de documentos pessoais, comprovante de energia e o comprovante do NIS, com exceção dos beneficiários do BPC que segundo a LEI Nº 14.203/21, garante automaticamente o acesso dos beneficiários a este programa, garantindo assim mais direitos a um público vulnerável no tocante a suas situações físicas e emocionais, visto que trata-se de cidadãos idosos ou deficientes, essa ação foi planejada para buscar a oferta do serviço aos pacientes que já estavam inseridos no benefício.

Assim como outras políticas de garantia de direitos ofertados através da ferramenta CADUNICO, a TSEE se torna peça fundamental para permissão do acesso das famílias de baixa renda a seus direitos básicos adquiridos, fortalecendo vínculos comunitários e individuais. Esses programas e benefícios tem um importante papel para diversos grupos dentro do nosso meio social, sendo extremamente necessário para garantia de direitos aos pacientes renais crônicos, onde segundo Lara e Sarquis (2004), em sua grande maioria se tornam limitados a execução de atividades laborais visto que nem todos os pacientes dispõe de condições físicas, mentais e sociais para a inserção no mercado de trabalho, se tornando assim público prioritário do CADUNICO qual tem a função da caracterização dos pacientes renais crônicos enquanto seu público, na busca por sua emancipação dentro da sociedade garantindo seu bem estar social e dignidade humana.

2.2 A CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS ENQUANTO PÚBLICO DO SISTEMA DE CADASTRO ÚNICO

A doença renal crônica, trata-se de uma lesão grave nos rins que ocorre de forma progressiva muitas vezes silenciosa e sem reversão na qual afeta o funcionamento do órgão, impedindo assim que o mesmo realize suas funções, fazendo com que estas pessoas necessitem de tratamentos como hemodiálise, diálise peritoneal ou realize transplante renal “a DRC vem assumindo importância global como problema de saúde pública (CAVALCANTE, et al, 2014). O aumento significativo dos casos da DRC tem chamado atenção das organizações de saúde, segundo o autor no Brasil em pouco mais de dez (10) anos a patologia teve um aumento de mais de 100% dos casos só em início de tratamento dialítico, não incluindo os casos de tratamento conservador em ambulatorios.

A doença renal crônica causa grande impacto na vida na vida do indivíduo. Esse impacto é agravado na situação de diagnóstico tardio e início repentino de terapia dialítica, gerando sentimentos de medo, insegurança e impotência diante da nova realidade. Ter doença renal crônica é, sobretudo, lidar com as restrições impostas, especialmente ligadas aos aspectos físicos, emocionais, relacionados ao trabalho, às atividades diárias, sociais e de lazer. (CAVALCANTE, et al, 2014. p.491).

Dessa maneira, compreendemos que a forma silenciosa da doença na grande maioria das vezes faz com que o diagnóstico venha tardiamente e de forma irreversível, o paciente só dando conta do grau grave da doença e das suas consequências quando a mesma começa a transparecer no organismo. Segundo Cavalcante, et al, (2014), duas situações associadas ao tratamento podem criar dificuldades e empecilhos para a manutenção do vínculo empregatício por parte dos pacientes renais crônicos, a primeira é o compromisso do paciente em está num centro de diálise três vezes por semana durante horas e a outra se dá pelas queixas de cansaço e indisposição, dessa forma, constatamos que as limitações impostas pela DRC e por se tratar de um procedimento de alta complexidade, o tratamento acaba exigindo muito das condições físicas dos pacientes em diversos casos com o passar do tempo do tratamento, causando assim indisposições quais influenciam diretamente nas atividades laborais desses cidadãos.

Segundo Cruz, et al, (2016), as maiores limitações apontadas por pacientes em hemodiálise durante um estudo, foram de ordem física e da utilização do braço da fistula arteriovenosa, esse segundo trata-se de um importante cuidado por partes dos pacientes renais crônicos, por se tratar do acesso para o tratamento “a fístula arteriovenosa é a anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia, considerada o *gold standard* para o acesso de hemodiálise” (PÁDUA, 2019, p8). Assim, é exigido por parte dos pacientes um cuidado diferenciado com o acesso, como afirma Pádua (2019) os mesmos tem a finalidade de ampliar a vida do procedimento cirúrgico tanto para não causar necessidades de novos implantes causando um transtorno maior durante o desenvolvimento do tratamento, como para que haja uma resposta contundente do tratamento que é essencial para sua qualidade de vida.

É evidente que o tratamento dialítico marca o primórdio de um tempo de intensos desafios para o cidadão que recebe o diagnóstico, no entanto, as maneiras de lidar com a patologia pode ser preponderante para sua adaptação ao tratamento e as limitações impostas com o tratamento no desenvolvimento de atividades de lazer, como frisa Cunha (2021) que embora haja uma rotina cansativa é importante os pacientes participarem de momentos de descontração e viver uma vida que centre apenas no tratamento, assim se faz importante o entendimento de quais atividades caberá a cada um de acordo sua condição clínica, diante de

que essas atividades podem ajudar na socialização do paciente fazendo com que o mesmo ocupe o seu espaço em meio a sociedade. Segundo Gomes (2020) os pacientes em tratamento dialítico necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva que oferta três (3) modalidades sendo a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

É uma terapia de substituição e tem como objetivo extrair o excesso de líquidos e substâncias nitrogenadas tóxicas ao sangue como a ureia, creatinina, sódio e potássio. Procedimento executado diretamente no sangue do paciente por meio de equipamento próprio, no qual o sangue drenado pela bomba circuladora passa por um filtro que possui uma membrana semipermeável que retira as toxinas e substâncias em excesso que retorna ao paciente com uma quantidade menor de impurezas, durante o processo e infundido heparina que irá evitar que o sangue coagule dentro do sistema(...). (GAMBARTI, 2014, p.26).

Diante disso, para a realização do tratamento o paciente é submetido a procedimentos cirúrgicos para a confecção de acesso vascular, segundo Cato e Porto (2020) o CDL temporário para início do tratamento e posteriormente confecção da FAV são os acessos recomendados nas diretrizes de sociedades profissionais médicas para um tratamento mais eficaz à DRC, sendo que a decisão de qual acesso ser usado pelo paciente dependerá da sua situação clínica que será a melhor decisão tomada mediante avaliação do profissional que o acompanha. Segundo Gomes (2020), além da HD outra opção disponibilizada para os pacientes como enfrentamento para DRC é a diálise peritoneal, sendo que os pacientes tem o direito em optar qual o tratamento devem se submeter, sendo que necessitam entender as particularidades de cada tratamento ofertado.

A diálise peritoneal é realizada pelo próprio usuário em domicílio, é efetuada através de um cateter abdominal na cavidade peritoneal com soluções dialisadoras estéril apropriada para essa prática. As toxinas tendem a migrar pelo peritônio, para o sangue e então para o líquido que é drenado juntamente com as toxinas, realizando também o balanço hidroeletrolítico. Para essa prática é necessário um alto esclarecimento do usuário e condições adequadas(...). (MARTINS, 2017, p.17).

Dessa forma, podemos afirmar que a DP é um procedimento de tratamento para a DRC com o mesmo objetivo da HD, que é ofertar uma boa qualidade de vida aos pacientes renais crônicos, porém é importante o paciente que utiliza o serviço da DP, entender corretamente o fluxo de manuseio da máquina dialisadora e disponibilizar de condições adequadas para o tratamento, isso pelo fato de ser realizado em domicílio não tendo o acompanhamento de profissionais do serviço diariamente. Para Alencar (2015), a DP é uma das formas de diminuir os transtornos sofridos pelos pacientes com problemas renais, visto que nesse processo o

paciente realiza o tratamento através de um equipamento elétrico em domicílio, não tendo assim o compromisso de deslocar-se para uma clínica satélite diversas vezes por semana, dando uma certa comodidade a esses cidadãos em tratamento dialítico. Outra importante modalidade de enfrentamento a DRC é o transplante renal.

O transplante renal de rim humano é com frequência o tratamento mais efetivo da insuficiência renal crônica avançada. Os doadores podem ser cadáveres ou doadores voluntários vivos. Os doadores vivos parentes e não parentes geralmente são selecionados baseando-se pelo menos em compatibilidade parcial para antígenos HLA. (SOUZA, 2011, p.18).

Segundo Noronha, et al, (2006), o transplante renal é indicado em casos de perda total da função renal, quando o paciente está em tratamento dialítico ou em tratamento conservador pré diálise, dessa forma podendo receber oferta de órgão tanto com doador vivo quanto doador cadáver mediante a compatibilidade que é o principal fator para realização do transplante renal, qual determina se o órgão é compatível com o organismo do paciente recebedor, para que assim os pacientes estejam aptos a realizar o procedimento por meio de doador vivo ou cadáver. Partindo da premissa da compatibilidade um dos exames realizados e a prova cruzada, “que constitui uma alternativa para tentar ultrapassar algumas destas barreiras, oferecendo a doentes selecionados a possibilidade de transplante.

Caso se confirme a compatibilidade entre pares, o doador de um dos pares poderá doar o rim ao elemento receptor do outro par.” (RIBEIRO, et al, 2019, p.6). Assim, entende-se que a oferta de órgão se dá de acordo a compatibilidade de maior porcentagem com o paciente recebedor, dessa forma ofertando o órgão a um paciente com grande possibilidade de aceitação por parte do seu organismo, evitando consequências futuras como a perda de enxerto que acarreta na volta do paciente a máquina de diálise.

Ainda segundo o autor existe um grande esforço por parte dos centros de transplante, porém a falta de órgãos para o procedimento cirúrgico limita o aumento do número de transplante, “A demanda por órgãos excede em muito a oferta, e as listas de espera por órgãos de doadores falecidos estão crescendo em todo o mundo” (ONG; KUMAR, 2021, p303). A baixa oferta de doação de órgãos é responsável pela aumento da lista de espera por transplante, se compararmos com o grande aumento do diagnóstico da DRC, para isso os centros de transplantes tem um papel fundamental na elaboração de ações e campanhas de incentivo para doação de órgãos, buscando o aumento da disponibilidade dessa modalidade de tratamento qual busca ofertar ao paciente da DRC uma vida mais estável e independente, mesmo sendo notório

que os procedimentos disponibilizados aos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico como método para uma boa qualidade de vida, os vinculam a uma população específica em meio a sociedade cercado de expressões da questão social.

Para Oliveira (2020), o transplante é a única esperança para normalidade de vida do paciente renal crônico em tratamento dialítico, a independência da máquina de dialise é algo que abre horizontes na vida do paciente renal crônico, construindo oportunidades de abrir mão de algumas restrições impostas pelo tratamento e a necessidade do compromisso de esta horas dependente da máquina de dialise, mesmo que “O paciente pós transplante poderá sofrer rejeição do órgão transplantado levando ao agravamento do seu quadro clínico. A rejeição ocorre por uma ativação do sistema imunológico pelo órgão novo transplantado” (OLIVEIRA, et al, 2020, p6). Diante disso, é claro a afirmação de que o transplante renal não é cura da doença, porém mais uma modalidade de tratamento ofertada, ainda segundo o autor a rejeição de órgão ou perda de enxerto poderá ser evitado através do uso de medicamentos apropriados ao longo da vida do paciente, sendo assim, de extrema importância que o paciente transplantado realize os acompanhamento necessários com os especialistas do serviço, seguindo todas as orientações disponibilizadas para que possa da sobrevida ao órgão recebido.

“O transplante renal (TxR) é reconhecido como a melhor alternativa para o tratamento da doença renal crônica (DRC) em estágio 5, desvinculando o paciente da necessidade de diálise” (SILVA; PAULA, 2013, p2). Dessa forma, mesmo sendo apenas mais uma modalidade de tratamento disponibilizada pelo avanço da medicina e não a cura da DRC como muitas pessoas imaginam o transplante renal disponibiliza ao paciente uma qualidade de vida diferenciada da vivenciada com o tratamento de diálise, trazendo novas expectativas de vida e abrindo novos horizontes em vários seguimentos dentro da sociedade, segundo a autor a qualidade do paciente com DRC é afetada pela doença, pelos tipos de tratamento que o mesmo está submetido, além de comorbidades existentes e outras situações em outros casos específicos.

Assim entendemos que a DRC em si já causa alguns empecilhos na qualidade de vida dos pacientes, tendo sua maior influência nos casos de pacientes em tratamento dialítico pelo fato de existir a dependência da máquina de dialise como alternativa para sobrevivência, o fato de se tratar de um procedimento alta complexidade, o tratamento pode acarretar no aparecimento de novas comorbidades ou no avanços de doenças de base ou pré existentes no paciente em tratamento. Ainda segundo o autor a qualidade de vida do paciente pós transplante depende muito da aplicabilidade das orientações dos serviços de saúde, dessa forma se faz

indispensável que os pacientes transplantados seguem à risca as determinações e orientações prescritas pelos profissionais de saúde que o acompanha após o procedimento cirúrgico.

Para garantir o sucesso do enxerto funcionante, o transplantado deverá fazer o uso correto das medicações e algumas regras precisam ser seguidas, tais como: tomar as medicações rigorosamente como foram prescritas (quantidade e horários); levar sempre consigo a sua última receita; manter sempre as medicações em suas embalagens originais; saber o nome dos medicamentos e para que eles servem; ter sempre uma caixa de reserva de cada medicamento. (SILVA; PAULA, 2013, p.5).

Assim, compreendemos que se faz necessário essas recomendações para evitar que o órgão recebido possa ser rejeitado, visto que segundo o autor é este o principal cuidado que o paciente necessita ter após o transplante renal, portando seguir as orientações de forma responsável pode garantir uma sobre vida importante ao procedimento como também promover uma melhor qualidade de vida ao receptor do órgão. O autor ainda assegura que a realização de atividades físicas por estimular a conservação do corpo e da mente tem papel importante para que o organismo do paciente transplantado aceite de forma mais facilitada o novo órgão, assim se faz importante entender qual o tipo de atividade física que cada paciente pode realizar, sendo ela parte importante na adaptação e recuperação de pós transplante, a mesma deve ser também acompanhada e orientada por equipe especializada para o tipo de modalidade de tratamento imposta ao paciente.

“Alguns cuidados pós transplante são necessários, entre eles: ter sempre a mão o cartão de identificação fornecido pelo hospital com os nomes e telefones dos membros da equipe para ser contactados em casos de emergência ou urgência” (SILVA; PAULA, 2013. P7). Estes cuidados são necessários dentre outras coisas para que em caso de necessidade maior possa ser esclarecido de uma forma inferida que o cidadão em questão necessita de cuidados e atenção diferenciada por se tratar de indivíduo em tratamento complexo. Diante dessa realidade, é perceptível que o paciente renal crônico deverá ter acesso a políticas e serviços que venham garantir a transformação da sua vida social e econômica.

3 A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA NA VIDA DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS ATRAVÉS DO SISTEMA DE CADASTRO ÚNICO

Com o intuito de refletirmos sobre a importância da base de dados do CADUNICO na transformação da vida social e econômica dos pacientes renais crônicos, o estudo traz consigo o entendimento de uma importante oferta de via de acesso para esses cidadãos a políticas

públicas sociais que possam intermediar seu bem estar social dentro da sociedade, garantindo mais igualdade social para este grupo em específico, que tem como sua natural via de acesso os CRAS, visto que não necessariamente seja apenas estes os locais de oferta do serviços, porém como sustenta Freire (2016) o CRAS é a entrada dos cidadãos que necessitam da rede de proteção básica a família, sendo então imprescindível existir naquele setor o acesso aos serviços do CADUNICO, pelo fato que às famílias que se encaixarem no perfil de baixa renda nos atendimentos referenciados pelo equipamento, devem imediatamente serem inscritas na ferramenta social.

Ainda segundo o autor é através do CADUNICO se torna possível descobrir as desigualdades existentes no Brasil, entendendo o contexto social e econômico da população, isso demonstra que a ferramenta detém de importantes mecanismos para garantir essa sustentabilidade, com suas especialidades possibilita reais condições do estado conhecer a realidade social dos seus usuários. Essas situações garantidas pela ferramenta CADUNICO abre portas para a garantia da dignidade aos pacientes renais crônicos que automaticamente em sua maioria acabam se entrelaçando as camadas mais vulneráveis da sociedade, dessa maneira o CADUNICO garante aos pacientes renais crônicos, a sua emancipação dentro da comunidade em que estão inseridos, permitindo que os mesmos acesse à políticas de bem estar social e econômico nas quais possa transformar a sua realidade vivenciada naquele período.

O Cadastro Único é considerado um instrumento de inclusão social que atende as expectativas da Política Nacional de Assistência Social aprovada em 2004, uma vez que essa política pública assegura direitos conquistados através de lutas coletivas em defesa das populações vulneráveis e de minorias invisibilizadas trazendo uma visão inovadora para o campo da chamada inclusão social. (PATINI, et al, 2020, p.153).

Dessa forma, compreendemos que o CADUNICO tem em sua centralidade a inclusão das famílias vulneráveis nos importantes serviços de garantia de direitos e fortalecimento de vínculos para famílias e indivíduos incluídas nas camadas menores da sociedade, “a criação do Programa Bolsa Família - PBF operando na distribuição de renda transcendeu o propósito primeiro do programa de complementar recursos financeiros as famílias, mas abriu portas e janelas para o mundo do direito a ter direitos, para o exercício da cidadania e da democracia popular” (PATINI, et al, 2020, p.154).

Diante disso, entendemos que o PBF se transformou em um agente criador de possibilidades para emancipação do cidadão com ser social, principalmente aqueles que enfrentam situações de restrição de renda no qual é o caso dos pacientes renais crônicos onde

segundo Silva, et al, (2011) sofrem com dificuldade de manter no mercado de trabalho em virtude do tratamento enfrentado qual exige a ausência das atividades laborais em no mínimo três vezes por semana, essa problemática na maioria das vezes acaba transformando esse cidadão em ser vulnerável dentro da sociedade, onde o PBF pode se transformar em curto prazo na saída mais eficaz para suprir suas necessidades pessoais, como também viabilizar a inserção destes pacientes em outro importante benefício de transferência direta de renda que é o BPC.

Segundo Azevedo (2017), o BPC é uma forma de garantir a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade suprimindo suas carências econômicas em virtude da sua incapacidade de trabalho, assim compreendemos que essa política de garantia de direitos tem um viés transformador na realidade vivenciada pelos pacientes renais crônicos, sendo que o BPC na maioria dos casos é um caminho mais acessível na busca pela dignidade humana desse público na qual afirma o autor recebeu proteção constitucional tornando assim inaceitável qualquer tipo de violação ou abuso por menor que seja, dessa forma tendo as políticas de cunho social e garantia de direitos como a centralidade da confirmação da proteção desse direito adquirido. Compreendendo assim que o CADUNICO viabiliza serviços para a transformação social do cidadão em vulnerabilidade social e pensando na problemática social vivenciada pelos pacientes renais crônicos, especialmente aqueles em tratamento de DP.

Entendemos que a TSEE tem um papel primordial na garantia da manutenção desse tratamento, onde segundo Paula (2013), afirma que só é permitida a concessão no programa famílias inscritas no CADUNICO, no qual pode ser viabilizada diretamente pelo BPC visto que estas tem acesso automático ao benefício, construindo assim uma parceria do estado para com as famílias dos indivíduos em tratamento dialítico buscando a oferta do bem estar para essas pessoas.

A oferta de serviços por parte de CADUNICO tem papel de importância relevância no fortalecimento da construção da emancipação do paciente renal crônico na sociedade onde segundo Patini et al, (2020), os programas do CADUNICO tiveram importante repercussão da redução da miséria no país consequentemente diminuindo a desigualdade de renda em todo território nacional, essa é a real importância da oferta de serviços do CADUNICO na vida das pessoas que enfrentam as expressões da questão social como problemática de vida, notamos que os serviços disponibilizados pela ferramenta tem importante relevância para o fortalecimento de vínculos dos pacientes renais crônicos dentro da sociedade em que vivem. “Para problematizar a política de Assistência Social na atualidade, faz-se necessário situar em

breves linhas a sua retrospectiva histórica, no sentido de compreender os desafios e dilemas presentes na sua operacionalização na contemporaneidade.” (SANTANA, et al, 2013, p.3).

É importante fazermos a análise destas políticas de garantia de direitos sociais e econômicos na contemporaneidade com os serviços que eram ofertados anteriormente a constituição de 88, para que possamos entender que os avanços relacionados ao social no país abre a cada dia portas para a construção da identidade dos cidadãos vulneráveis como ser social, visto que os serviços vinculados a Assistência Social tinha um caráter assistencialista respondendo de forma conservadora os dilemas do contexto social vivenciados a população na época.

O período histórico, a partir da década de 1980, configurou-se como um divisor de águas no que diz respeito ao campo dos direitos sociais. Ocorreu nesse período um forte engajamento e pressão da sociedade civil no que concerne à discussão das políticas sociais, na qual denotou-se uma ampla articulação dos movimentos sociais, principalmente no campo da Assistência Social. (SANTANA, et al, 2013, p.3).

Assim, compreendemos que a política de Assistência Social garantida em 88, ganhou forças com as reivindicações da sociedade durante os anos anteriores por entender a necessidade de ofertar serviços socioassistenciais a público vulneráveis da sociedade, como é o caso dos pacientes renais crônicos que merecem um olhar diferenciado por partes desses serviços, onde a partir da constituição de 88 segundo o autor o cidadão brasileiro pela primeira vez na história do país passou a ter direito primordiais para sua sobrevivência em diversos meios, construindo a sua emancipação e formulando suas ideias de imposição nos contextos econômicos e culturais em meio a comunidade que está inserido, sendo que através da oferta destes serviços sociais se cria alternativas para uma vivência futura baseada na transformação da realidade social enfrentada no momento.

Portanto, foram imprescindíveis os avanços conquistados no que toca a política social referida, no entanto, a mesma ainda necessita romper com diversos paradoxos e retrocessos a fim de atingir uma posição de consolidação com vistas ao fomento das potencialidades humanas, consubstanciadas na materialização e/ou viabilização dos direitos sociais. (SANTANA, et al, 2013, p.7).

Dessa forma, compreendemos que algumas viabilizações necessitam serem criadas ou aprimoradas para alavancar os serviços ofertados pela política citada principalmente a níveis das esferas municipais no tocante principalmente ao CADUNICO na busca pelo atendimento a cidadãos vulneráveis como os pacientes renais crônicos por exemplo quais muito das vezes

trata-se de pessoas com baixo nível de informação sobre esses serviços, fazendo com que os municípios criem estratégias para chegar até esses cidadãos como a busca ativa que segundo Rodrigues (2016), trata-se da técnica de localizar estes indivíduos e suas famílias com o intuito de inclui-los no CADUNICO como também manter seus dados atualizados isso para que os mesmos possam usufruir sem impedimentos dos serviços ofertados pelo estado através da ferramenta de garantia de direitos, assim entendemos que esse tipo de estratégia pode se tornar aliados dos pacientes renais crônicos tanto para ter acesso quanto para manutenção no CADUNICO, se pensarmos que os mesmos em diversas fases do tratamento diante da realidade enfrentada em sua maioria teriam certas dificuldades para buscar o serviço por conta própria necessitando assim de uma contrapartida por parte das ações desenvolvidas pelos municípios.

Tal modelo implica, não apenas, o planejamento da oferta com base no diagnóstico da demanda, mas também, a instituição da busca ativa como método estratégico de efetivação do acesso, potencializando o caráter preventivo das ações, ou, no mínimo, evitando o agravamento dos danos. A Vigilância Socioassistencial deve subsidiar as proteções com informações a fim de que estas sejam capazes de ir onde os mais vulneráveis estão. (RODRIGUES, 2016, p.5).

Essas ações são de grande relevância para a oferta dos serviços e programas ofertados pelo CADUNICO através da política de Assistência Social, entendendo como pressuposto que é dessa maneira que o CADUNICO garante direitos aos pacientes renais crônicos, partindo da premissa que esse grupo da sociedade em específico está entrelaçados as camadas mais vulneráveis da sociedade e as intervenções por parte do estado podem subsidiar importantes avanços no seu bem estar social, “para que de fato a teoria seja o par dialético da prática, faz-se necessário que as ações voltadas à Política de Assistência Social, sejam pautadas nos ditames legais” (SANTANA, et al, 2013, p.8), assim evitando retrocesso ao conservadorismo das ações assistencialistas de caridade nas práticas dos serviços ofertados como garantia de direitos e justiça social nos quais vivenciamos na contemporaneidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou analisar e compreender sobre a importância da base de dados do cadastro único para programas sociais do governo federal na garantia de direitos aos pacientes renais crônicos, buscando todo um contexto histórico sobre a implantação da política de Assistência Social no país, sua criação na década de trinta (30) sob um viés assistencialista

vinculados a religião bem como seus enfrentamentos e evoluções mediante as lutas durante esse período até os dias atuais.

Entendemos sobre a importância da constituição de 88 para a implantação da política citada como garantia de direitos para quem dela necessita e sendo dever do estado, construindo mecanismos para o enfrentamento das expressões da questão social de classes e indivíduos através da oferta de serviços mediante o CADUNICO, importante ferramenta de caracterização social, qual oferta importantes programas de transferência direta de renda e garantia de serviços essenciais como é o caso do PBF, BPC e da TSEE, dessa forma garantindo direitos básicos aos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, cuja em grande parte dos casos estão privados de desenvolver atividades laborais para a manutenção de suas atividades essenciais, sendo estes serviços ofertados de suma importância para sua emancipação em meio a sociedade em que vivem, respondendo assim o problema de estudo desta pesquisa.

Portanto, foi possível constatar que pesquisando e analisando essa temática reforça-se o quanto é essencial a base de dados do CADUNICO para garantir aos pacientes renais crônicos os seus direitos garantidos constitucionalmente, oferecendo aos usuários a possibilidade de transformação da sua vida social e econômica, vinculando-os na centralidade de sociedade em que vive, buscando sempre alternativas concretas para o enfrentamento das expressões da questão social vivenciadas no dia a dia imposta pelo tratamento de alta complexidade necessário para sua sobrevivência em que os mesmos estão inseridos, assim podemos afirmar que o pressuposto desta pesquisa atendeu intrinsecamente ao problema do estudo, confirmando que o CADUNICO obtém de mecanismo para garantir direitos aos pacientes renais crônicos inserindo os mesmos nos diversos programas e benefícios sociais vinculados ao mesmo diretamente ou indiretamente.

Os estudos realizados, demonstram que os objetivos desta pesquisa foram alcançados, visto que segue explícito para o público estudado a importância da inserção dos mesmos na ferramenta social, CADUNICO, detalhando as maneiras de realização do cadastro, descrevendo os programas e benefícios sociais que a ferramenta oferta, como também aqueles que os mesmos podem ser inseridos, detalhando assim cada um deles na sua mais íntima essência explicativa.

As várias experiências vivenciadas como pesquisador do assunto abordado fez com que compreendêssemos ainda mais sobre a importância da ferramenta CADUNICO para os grupos específicos inseridos na sociedade contemporânea, qual pode trazer resultados a curto e longo prazo no tocante a transformação de vida social e econômica dos cidadãos que necessitem desta

política, qual teve autossuficiência através constituição de 88 qual fez com que a Assistência Social ganhasse força mediante as lutas anteriores se tornando dever do estado e sendo essencial para o fortalecimento da liberdade dos cidadãos em comunidade.

Os desafios e dificuldades enfrentadas durante o estudo nos trouxe o entendimento de que tal assunto deve ser mais abordado em ações dentro da sociedade, visando construir mecanismos para aprofundar o conhecimento do público alvo sobre algo de grande importância para a construção de mecanismos de garantia de direitos e enfrentamento das expressões da questão social em comunidade.

REFERÊNCIAS:

- ALENCAR, Rozeane Felix de. **A importância da assistência de enfermagem ao paciente em diálise peritoneal**. Recife – PE. 2015.
- ALMEIDA, Isabelle Carvalho Rocha de, et al. **Discutindo a proteção especial de média complexidade na política de assistência social**. Campinas – SP. 2017.
- AMARAL, Aline Diniz, et al. **Cadastro Único para Programas Sociais. Manual do entrevistador**. Brasília –DF. 2011.
- ARANTES, Helaine Fabricio. ALVES, Márcia Bairral Almeida de Souza. **Criação da lei orgânica de assistência social (loas) como ação afirmativa para garantir os direitos de todos**. Itaocara – RJ. 2010.
- AZEVEDO, Ane Caroline Soares de. **Benefício de prestação continuada e seus impactos na vida dos beneficiários**. Maceió – AL. 2017.
- BATISTA, Jéssica Maria de Lira, et al. Bolsa família e a condicionalidade da educação em Teixeira/PB: Considerações a partir dos diretores escolares. **II Seminário Nacional de Serviço Social, trabalho e políticas sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017**. Teixeira – PB. 2017.
- BOSCARI, Marilene. SILVA, Fátima Noely da. **A trajetória da assistência social até se efetivar como política social pública**. Caçador – SC. 2015.
- BRASIL, Diário oficial da União. **Lei nº 14.203 de 10 de setembro de 2021**. Brasília – DF. 2021.
- _____, Ministério de Desenvolvimento Social. **Inclusão de beneficiários do benefício de prestação continuada no cadastro único**. Brasília – DF. 2018.
- _____, Ministério do Desenvolvimento Social. **Famílias com renda mensal per capita de até meio salário mínimo são o público preferencial do cadúnico**. Brasília – DF. 2007.
- _____, Presidência da República Casa Civil. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Brasília – DF. 2004.
- _____, Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Cadastramento de grupos tradicionais específicos**. Brasília – DF. 2011.
- CARVALHO, Graziela Figueiredo de. **A Assistência Social no Brasil: da caridade ao direito**. Rio de Janeiro – RJ. 2008.
- CASTANHA, Viviane Brovedan. **O programa bolsa família; a intersetorialidade entre a política de assistência social, e as políticas de saúde e de educação**. Florianópolis - SC. 2016.
- CATO, Vitor Alexandre Da Silva. PORTO, Peter Penna. **Avaliação do acesso vascular em hemodiálise: cateter venoso central x fístula arteriovenosa**. Curitiba - PR, 2020.

CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira, et al. **Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento.** São Luís – MA. 2014.

CRUZ, Vera Fontoura Egg Schier da, et al. **A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: Uma análise dos significados do trabalho.** Curitiba – PR. 2016.

CUNHA, Alexandre Cardoso da. NETO, et al. **Fatores associados a pratica de lazer de indivíduos em hemodiálise.** Vitória – ES. 2021.

FAHEL, Murilo Cássio Xavier, et al. **O efeito da condicionalidade educação do bolsa família em Minas Gerais: uma avaliação por meio da pad/mg.** Belo Horizonte - MG. 2011.

FERREIRA, Fabiana Rodrigues. **Benefícios dos usuários cadúnico.** Santana do Livramento – RS. 2019.

FERREIRA, Nilton José. GONÇALVES, Bárbara Maria. **O benefício de prestação continuada (bpc) e suas interfaces com as políticas de previdência e Assistência Social.** Guaxupé - MG. 2014.

FREIRE, Carolina da Silva. **A importância da informação sobre o cad único para inclusão de pessoas em programas sociais no município de Campos dos Goytacazes.** Campos dos Goytacazes – RJ. 2016.

FREITAS, Suellem Raquel de. **Programa bolsa família e condicionalidade educação: primeiras aproximações.** Curitiba – PR. 2016.

FROZA, Paula. **Programa bolsa família: contribuições para o enfrentamento à pobreza.** Porto Alegre. RS. 2010.

GALVÃO, Agrazielle Ferreira. LUVIZOTTO, Caroline Kraus. **Reflexões sobre a ética e o plágio na pesquisa científica.** Presidente Prudente - SP. 2012.

GAMBARTI, Werner Rubens. **Hemodiálise na perspectiva da enfermagem: da dimensão aguda a crônica.** Ariquemes – RO. 2014.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa tipos fundamentais.** São Paulo – SP. 1995.

GOMES, Guilherme Assoni. **Doenças de base e desfechos em pacientes em terapia renal substitutiva via hemodiálise.** Passo Fundo – RS. 2020.

KIRSCHNER. Marina Da Silva. **Qualidade da gestão do cadastro único e do programa bolsa família como ferramenta no combate à pobreza.** Rio De Janeiro – RJ. 2017.

KUMAR, Song C. Ong1 Vineeta. **Doação renal pareada: um passo longo demais ou uma vitória?** Birmingham, AL, EUA. 2021.

LARA, Eli Alves de, SARQUIS, Leila Maria Mansano. **O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho.** Curitiba – PR. 2004.

LEÃO, Mariane Corrêa. **O cadastro único como diagnosticador das condições sociais e instrumento de operacionalização das políticas de assistência social: um estudo no município de Lavras – MG.** Lavras – MG. 2017.

LIMA, Luana Pereira. ZANGIROLANI, Lia Thieme Oikawa. **Programa bolsa família: perfil, ações intersetoriais e percepção dos gestores de serviços, em um estudo de caso nos morros de santos.** Santos – SP. 2016.

LOURENÇO, Larissa Sobral. **Programa bolsa família: cumprimento das condicionalidades das populações tradicionais com foco nos povos indígenas.** Brasília – DF. 2012.

MACHADO, Cristiani Vieira. MORAES, Verena Duarte de. **O programa bolsa família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial.** Rio De Janeiro – RJ. 2017.

MARTINS, Naísa Falcão. **Gerontotecnologia educacional: promoção da saúde de idosos em tratamento hemodialítico.** Florianópolis - SC. 2018.

MIRANDA, Maria Salete Pompeu. **O sistema único de assistência social – suas, uma análise das dimensões da implementação no distrito federal.** Brasília – DF. 2013.

NASCIMENTO, Giovanna Stevanin do, et al. **O serviço social na proteção social básica - scfv serviço de convivência e fortalecimento de vínculos.** Campinas – SP, 2019.

NORONHA IL, et al. **Transplante renal: indicações contraindicações.** São Paulo – SP. 2006.

OLIVEIRA, Luana da Silva Vilhena de. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com transplante renal e os fatores associados à rejeição do órgão transplantado em um hospital filantrópico de Florianópolis.** Florianópolis – SC. 2020.

PADUA, Lorrany camila santos de. **Fistula arteriovenosa: cuidado na rede pública de saúde em um município da Amazônia leal.** Arquemes – RO 2019.

PAULA, Jeniffer Carla de. **O uso do cadastro único: uma análise a partir dos programas tarifa social de energia elétrica e telefone popular,** Brasília – DF, 2013.

PATINI, Susani, et al. **A importância do cadastro único na vida das famílias cadastradas no município de Colíder - MT no período de 2010 a 2018 uma perspectiva de inclusão social.** Colíder – MT. 2020.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia, **Metodologia da pesquisa científica: organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão.** São Paulo – SP. 2015.

RANGEL, Elisete de Fátima. **A implementação e implantação dos cras – centros de referência de assistência social em São José dos Campos: um estudo do cras – Eugênio de Melo mestrado em serviço social.** São Paulo – SP. 2009.

RIBEIRO, Ademar. **BPC-benefício de prestação continuada e a assistência social no brasil.** Três Passos – RS. 2014.

RIBEIRO, Catarina Isabel, et al. **Transplante renal cruzado em Portugal – um exemplo de sucesso**. Vila Nova de Gaia. Portugal. 2019.

RODRIGUES, Michelle. **Atualização em vigilância Socioassistencial do sistema único de assistência social (SUAS)**. Caruaru – PE. 2016.

SANTANA, Eline Peixoto de, et al. **Histórico da política de assistência social: Uma construção lenta e desafiante, do âmbito das benesses ao campo dos direitos sociais**. São Luís – MA. 2013.

SEMAN, Idianara. SILVA, Iliane Medeiros Santos da. **O uso dos dados do cadastro único do governo federal como indicadores para a elaboração de políticas públicas: uma análise da base de dados do município de Taió/SC**. Taió – SC. 2017.

SILVA, Alessandra Silva da, et al. **Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise**. Brasília – DF. 2011.

SILVA, Ana Cristina Ramos da. PAULA, Thais Andrade de. **Qualidade de vida em fase pós transplante renal**. Salvador. 2013.

SOUZA, Ana Paula Levi De. **Incidência e fatores de risco para infecções hospitalares nos pacientes submetidos ao transplante renal**. Niterói – RJ. 2011. P18.

SOUZA, Angélica Silva de, et al. **A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos**. Uberlândia – mg. 2021. Theophilo, Carlos Renato. **Algumas reflexões sobre pesquisas empírica em contabilidade**. Montes Claros – MG. 1998.

SOUZA, Antônia Luzinete de. **Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos na relação família e sociedade**. Lisboa - Portugal. 2016.

STOPA, Roberta. **O direito constitucional ao benefício de prestação continuada (bpc): o penoso caminho para o acesso**. São Paulo – SP. 2018.

TORRES, Josiane Sobralino. **A importância do cadastro único como instrumento de articulação dos programas sociais e o serviço social**. Vilhena – RO. 2020.

ZAGO, Luis Henrique. **O método dialético e a análise do real**. Belo Horizonte – MG. 2013



**UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA FACULDADE DE ENSINO
SUPERIOR DA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA**

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE INTELECTUAL

Nós,

aluno(a)s regularmente matriculado(a)s no curso de Serviço Social da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, Polo [...] declaramos ser o(a)s autor(as) do Trabalho de Conclusão de _____ Curso – _____ TCC, _____ intitulado:

_____ isentando, mediante o presente termo, a referida Instituição de Ensino Superior, bem como o professor orientador, de qualquer ônus consequente de ações atentatórias à **propriedade intelectual** por nós praticadas, assumindo, por via de consequência, as responsabilidades civis e criminais decorrentes dessas ações.

(MUNICÍPIO DA PESQUISA), _____ de _____ de 2021.

Aluno (a)	RG	CPF

Assinaturas:
