



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA LUZIA CARVALHO MASCARENHAS CORDEIRO

**REPERCUSSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE PARA AS FAMÍLIAS NO
CONTEXTO DE MINIMIZAÇÃO DO ESTADO.**

Salvador
2018

MARIA LUZIA CARVALHO MASCARENHAS CORDEIRO

**REPERCUSSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE PARA AS FAMÍLIAS NO
CONTEXTO DE MINIMIZAÇÃO DO ESTADO.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ma. Larissa Vieira de Barros.

Salvador
2018

MARIA LUZIA CARVALHO MASCARENHAS CORDEIRO

**REPERCUSSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE PARA AS FAMÍLIAS NO
CONTEXTO DE MINIMIZAÇÃO DO ESTADO.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 21 de fevereiro de 2018.

Larissa Vieira Barros- Orientadora _____
Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC).
Doutoranda em Saúde Pública.
Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Rosamélia Ferreira Guimarães _____
Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Jacqueline Samagaia _____
Doutora em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC
Universidade Federal da Bahia (UFBA).

AGRADECIMENTOS

Concluir a Graduação em Serviço Social na Universidade Federal da Bahia, só foi possível porque Deus colocou no meu caminho pessoas especiais e que se tornaram essenciais em minha vida, que, direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desse objetivo. Agradeço primeiramente a Deus por ter segurado a minha mão todas às vezes que fraquejei, ao universo por ter trazido pessoas especiais para que contribuíssem de uma forma ou de outra para tal realização.

A minha Família na qual diretamente sentiram muito a minha falta, durante todo esse processo, que foram meus filhos Maria Eduarda e Luís Filipe, meu esposo José Vangivaldo, desculpe-me pela ausência em diversos momentos, porém só tenho a agradecer pelo incentivo, por não me deixarem desistir dessa jornada e prometo que irei fazer de tudo para tentar suprir toda a falta que os fiz sentir, minha eterna gratidão e meu muito obrigado por tudo. Aos meus pais Deraldo e Cássia (In memória) que apesar de não estar fisicamente presente em minha vida, fizeram presença principalmente nesse período, através de muita força e coragem. Aos primos e a Tia Magna, e amigos agradeço também por estarem juntos quando por muitas vezes fiz sinal de fumaça, muito. Obrigada!

Desta forma, estar na Universidade Federal da Bahia foi um sonho em minha vida, onde precisei me refazer dia após dia, semana após semana, principalmente por estar longe dos meus, porém juntamente com todo o aprendizado que tive acesso, Deus e o Universo me deram de presente algumas pessoas que irei levar para toda a minha vida, pessoas essas que, durante esse período me deram forças para que conseguisse permanecer na luta por meu objetivo, foram essas pessoas minhas colegas de curso e tantas outras... Contudo, em especial Agda dos Anjos, Élem de Jesus, Silve Elen, Heives Barreto, Cristiane Alves e Barbara Melo. Essas, com certeza foram pessoas que chegaram em minha vida e que tenho certeza que foi uma forma que Deus arranhou de poder me dizer que ele estava por perto a todo momento, pois sem elas tenho certeza que seria muito mais difícil a concretização desse sonho, só tenho a agradecer a vocês por tudo, por tudo mesmo e dizer que estarão em minha memória para sempre, serão amigas que a Universidade Federal da Bahia me proporcionou conquistar.

Não teria como esquecer todos aqueles no qual fizeram parte do cursinho Pré-Vestibular Aprovado, em especial Fabinho e Fernando Carvalho, pois foram eles, que colocaram em meu juízo que eu tinha que fazer UFBA, mesmo depois de muitos anos longe da escola e já com Família e filhos, meu muito obrigado pelo incentivo.

Gostaria de agradecer também a todos (as) Docentes que fizeram parte desse processo de Formação Profissional, tenham certeza que fizeram toda a diferença nesse caminhar, em especial a Docente Rosamélia Guimarães, por ter um carinho especial por mim e por meus filhos. A minha Orientadora a Professora Larissa Vieira por toda a dedicação, compreensão e principalmente paciência nesse processo, só tenho a agradecer e dizer o quanto sou grata por todo conhecimento compartilhado a mim, ensinamentos que foram muito além da Academia, pois é uma Professora que consegue enxergar o aluno como um ser além de pensante.

Enfim, sou grata a todos que estiveram presente para que esse sonho se tornasse realidade.

Meu muito obrigada!

“Por mais audacioso que seja explorar o desconhecido, questionar o conhecido é
ainda mais”

Walter Kasper

CORDEIRO, Maria Luzia Carvalho Mascarenhas. **Repercussões do cuidado em saúde para as famílias no contexto de Minimização do Estado.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

Esta Monografia busca compreender o contexto da minimização do Estado e o processo de responsabilização em que as famílias brasileiras estão sendo submetidas, buscando perceber os impactos que essa transferência ocasiona no cuidado em saúde e na vida cotidiana dessas famílias.

Em contrapartida para o entendimento sobre essa questão, iremos dialogar com alguns autores, desde a formação histórica da família, perpassando desde a época da barbárie até os dias atuais, objetivando assim, compreender o papel da família nas diferentes fases. Como também, analisar o papel do Estado na formulação das Políticas Públicas e a questão da responsabilização dessas famílias no processo de implementação das Políticas Sociais no contexto neoliberal. Busca-se discutir as formas de financiamento do SUS e a relação do Estado com a iniciativa Privada, refletindo como esta conjuntura repercute no cuidado em saúde e no orçamento das famílias brasileiras. Para tal feito, foi realizada uma revisão bibliográfica com diversos autores para se obter um entendimento a respeito da transferência do cuidar onde o Estado direciona para as Famílias. Percebe-se que na atual conjuntura de reorganização do capitalismo mundial, o Estado através da implantação do ideário Neoliberal, tende a transferir de suas responsabilidades para as famílias, como também para o mercado, mostrando-se assim, um Estado aliado à acumulação capitalista, garantindo a manutenção do projeto Neoliberal proposto e a ampliação das taxas de lucro.

PALAVRAS - CHAVE: Famílias; Saúde; Estado; Neoliberalismo.

ABSTRACT

This monograph seeks to understand the context of the minimization of the state and the process of accountability in which Brazilian families are being submitted, seeking to perceive the impacts that this transfer entails in the health care and daily life of these families. In exchange for understanding this issue, we will talk with some authors, from the historical formation of the family, ranging from the time of barbarism to the present day, in order to understand the role of the family in the different phases. As well as analyzing the role of the State in the formulation of Public Policies and the issue of the accountability of these families in the process of implementing Social Policies in the neoliberal context. It seeks to discuss the ways in which the SUS finances and the State's relationship with the Private initiative, reflecting how this situation affects health care and the Brazilian families' budget. For this purpose, a bibliographical review was conducted with several authors to obtain an understanding about the transfer of care in which the State directs to Families. It can be seen that in the current conjuncture of reorganization of world capitalism, the State through the implantation of the Neoliberal ideology, there is a tendency of the transference of its responsibilities to the families, as well as to the market, thus showing itself, a state allied with accumulation capitalist, thus guaranteeing the proposed Neoliberal project and increasing profit rates.

KEY WORDS: Families; Cheers; State; Neoliberalism.

LISTA DE GRÁFICOS

Tabela 1 - Porcentagem das despesas de consumo das famílias. Regiões Metropolitanas, Brasília e Goiânia, 1995/96.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CSLL	Contribuição sobre o lucro líquido
CPMF	Contribuição provisória sob movimentação financeira
EC/29	Ementa Constitucional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SUS	Sistema Único de Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. FAMÍLIA, ESTADO E A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	14
2.1 CONCEITUANDO FAMÍLIA	16
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O ESTADO	21
3. FORMAS DE FINANCIAMENTO DO SUS, GASTOS COM SAÚDE E AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO PARA A FAMÍLIA.....	25
3.1. FORMAS DE FINANCIAMENTO DO SUS E OS GASTOS DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE	25
3.2 REPERCUSSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA MINIMIZAÇÃO DO ESTADO	32
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
5 REFERENCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo compreender o processo de responsabilização em que as famílias brasileiras vêm sendo submetidas no cuidado de seus familiares que se encontram hospitalizados. Decorrente de um Estado neoliberal, esta família torna-se “colaboradora ativa” na efetivação das políticas sociais e desta forma, sofrem impactos na transferência do cuidar, refletindo na vida cotidiana dessas famílias.

O tema levantado para este debate surgiu proveniente de algumas experiências vivenciadas no campo de estágio supervisionado em Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia - UFBA, realizado em um hospital público localizado na Cidade de Salvador/BA. Nesse sentido, esse estágio proporcionou muitos aprendizados associados de algumas inquietações. Algumas experiências trouxeram questionamentos sobre a pressão na qual a Instituição mantinha sobre as famílias de pacientes a partir do momento da hospitalização.

A hospitalização é um termo muito usado na área de saúde, na qual se refere a um período curto ou prolongado em que o esse indivíduo permanece em uma unidade hospitalar, para recuperação da sua saúde, através do acompanhamento dos profissionais na qual estão envolvidos nesse processo de cuidado. Essa Hospitalização faz com esse indivíduo se distancie da sua rotina e se depare com outra realidade, de que é ser um paciente. Realidade essa, onde esse indivíduo se vê numa outra perspectiva de vida, dependente assim de cuidados e em um ambiente totalmente novo, vivenciando desta forma o processo de hospitalização (HENRIQUES; CABANA, 2013).

Contudo, diante do processo de hospitalização há uma relação que se estabelece entre o usuário e o sistema de saúde, onde são oferecidos no momento da entrada do paciente na unidade até a alta hospitalar serviços de diagnóstico e recuperação. A família nesse momento é de muita relevância, pois contribui para se obter confiança, pois esse período geralmente é atribuído ao medo, ao risco de perder a vida, ao diagnóstico, sendo assim um momento de muita fragilidade para esse indivíduo, tendo em vista que o apoio da família é de suma importância nesse processo (HENRIQUES; CABANA, 2013).

Porém, é diante as necessidades existentes do cuidado em saúde que a família é convocada para contribuir nesse processo de hospitalização, caso os profissionais observe que haja alguma necessidade. Assim:

No ambiente hospitalar, a família se envolve nas ações de cuidado; um cuidado ritualizado com características do instituído, permeado pelos sentimentos e emoções que são próprios dos laços de afeto quem envolvem as relações familiares. (PASSOS, HENCKEMAIER, COSTA, PEEIRA, NITSCHKE, p.02, 2016).

Dessa forma, é estabelecida uma “parceria” entre família e instituição no contexto hospitalar, que se concretiza a partir da disponibilidade da família em atender ao chamado do hospital, visando à contribuição familiar para contribuir neste momento de hospitalização.

O familiar acompanhante no ambiente de cuidado se insere na dinâmica da unidade, num fazer voltado para a instrumentalização de suas ações que se baseiam na razão sensível, racionalidade aberta, ou seja, num movimento que tem a finalidade de preservar a vida do seu parente. (PASSOS, HENCKEMAIER, COSTA, PEEIRA, NITSCHKE, p.03, 2016).

Entretanto, o que se observa é uma participação ativa das famílias no cuidado com pacientes hospitalizados. Essas participações têm se configurado como transferência de responsabilidade do estado para as famílias, tratando-se assim de um Estado neoliberal, onde as políticas sociais tomam características específicas, de caráter focalizado, seletivo, marcado pelos programas de transferência de renda, com forte apelo à solidariedade e ao mercado.

Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise [...] prevalecendo o [...] referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como compartilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas [...]. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 156).

Assim, como princípio há a diminuição dos gastos do governo, tendo assim claramente um rebatimento no dia a dia desses serviços, na vida dos profissionais de saúde, usuários e familiares. A garantia dos direitos sociais está subordinada à

disponibilidade orçamentária e aos interesses econômicos, defendidos assim tanto pelo Estado, como pelo grande capital. Desta forma, para os defensores do neoliberalismo,

As políticas sociais entram neste cenário, caracterizadas como: paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo de trabalho, e, de preferência, devem ser acessadas via mercado, transformando-se em serviços privados (BEHRING,2003, p.09).

Behring (2003) acredita que, nessa linha de raciocínio é evidente que os benefícios, serviços e programas sociais deixam de ser direitos sociais para se tornarem direito do consumidor.

Desta forma, compartilharemos do pensamento de alguns autores que abordam assuntos relacionados à temática inicial, onde serão debatidos nesse trabalho, para que se possa compreender o processo de responsabilização das famílias pelas políticas sociais, identificando assim os impactos desse processo na vida dos mesmos. Para tal investigação, utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica, se tratando de uma metodologia que oferece a possibilidade de solucionar uma problemática, através de coletas de dados referentes à revisão bibliográfica já tornadas públicas, desta forma, segundo a autora:

A pesquisa Bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já foi estudado sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p.32).

Quanto à estrutura, este trabalho foi organizado em dois capítulos, o primeiro capítulo apresenta-se o conceito de famílias e suas mutações no decorrer do tempo, desde o período considerado selvagem até os dias atuais, como também um debate a respeito do Estado como precursor da transferência do cuidar para a família, na qual é direcionado para a efetivação das políticas públicas.

Assim sendo, no segundo capítulo existe um debate prévio a respeito das formas de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS e a relação do Estado entre o público e o privado, perpassando assim, pelo custo com saúde na qual é direcionado para as famílias Brasileiras, através da compra de medicamentos e

finalizando com a responsabilização da família na desinstitucionalização psiquiátrica, para assim fazermos um link de que o processo de responsabilização na qual o Estado transfere para as famílias através das políticas públicas, percorre não somente pelo âmbito hospitalar, através da hospitalização, mas também por outros setores na qual envolvem famílias e a efetivação dos serviços sociais ofertados pelo Estado, tendo desta forma a percepção sobre um Estado mínimo do que diz respeito aos indivíduos, porém máximo para o capital, sendo concretizado assim, através de um estado neoliberal.

Desta forma, compreender o processo de responsabilização na qual o estado direciona para as famílias, como também discutir características do estado na conjuntura atual e os seus rebatimentos nas políticas sociais, identificando assim, os impactos direcionados para essas famílias.

2 FAMÍLIA, ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Nesse capítulo teremos como objetivo explicar algumas concepções de família, tendo assim o olhar voltado para discussões que possam interpelar as transformações dos diversos modelos familiares existentes, na qual vem ocorrendo desde a sua formação até os dias atuais, tendo assim as transformações sociais como base para tal metamorfose. Trata-se de um diálogo sobre a relação das políticas públicas e o estado e a função/lugar que as famílias ocupam nas políticas sociais.

2.1 CONCEITUANDO FAMÍLIA

Teoricamente a família é constituída por um grupo de pessoas nas quais convivem entre si e que durante todo o tempo sofrem transformações, tendo assim flexibilidade nos seus formatos, na qual se modificam de acordo às condições econômicas, culturais e sociais na qual influenciam diretamente nestas mutações.

Com essa perspectiva inicial de que a família é um agrupamento mutável, Engels (2002) em sua obra “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, no qual aborda exclusivamente um capítulo direcionado para a família, expõe algumas formas de agrupamento familiar, tendo como ponto de partida algumas fases na qual acredita ser anterior a chegada da civilização, como por exemplo, a fase da selvageria e da barbárie.

Tendo uma linha de investigação sobre a evolução do agrupamento familiar para cada período mencionado, trazendo o conceito de Morgan, para elucidar essas transformações, na qual vem se modificando a cada fase vivenciada, desta forma, quando o autor apresenta a frase “forma superior de família” quer dizer que condiz com a evolução na qual a construção familiar se deu ao longo do tempo, o que não significa dizer que as construções anteriores vivenciadas tiveram formas inferiores.

Assim, desvenda de que a família vai se modificando com o passar do tempo, tendo como visão de que de acordo a sociedade vai se transformando, há uma mudança direta e significativa nas estruturas familiares, porém deixando claro de que, por mais que a famílias se modifique e mude de concepção, a forma na qual

se enquadrava antes de uma mudança sistemática, têm todo um peso significativo nesse processo. Assim, segundo Morgan, família...

[...] é um elemento ativo; nunca permanece estacionária, mas passa de uma forma inferior a uma forma superior, a medida que a sociedade evolui de um grau mais baixo para um grau mais elevado. O sistema de parentesco, pelo contrário, são passivos; só depois de longos intervalos, registram os processos feitos pela família e não sofrem uma modificação radical senão quando já se modificou radicalmente. (MORGAN apud ENGELS, 2002, p.30).

Morgan (Apud ENGELS, 2002, p.37) enfatiza de que foi no Estado primitivo de “promiscuidade” que se formaram as primeiras concepções de famílias, sendo elas: Família Consangüínea, Família Penelvana, Família Sidiásmica e Família Monogâmica. Assim, a família Consangüínea segundo Engels (2002), constituiu “ a primeira etapa da família”, em que os irmãos e irmãs eram cônjuges uns dos outros, e apenas pai e filhos não poderiam fixar o matrimônio. (ENGELS,2002, p.38).

Com a sucessão da família Consangüínea, para a família Penelvana, Engels (2002) sinaliza que além de pais e filhos estarem proibidos de manterem relações sexuais, havia também a exclusão da relação sexual entre irmãos, inclusive entre primos do primeiro ao terceiro grau, na qual se chamavam de “irmãos colaterais”. (ENGELS, 2002, p.39).

Entre a substituição do período selvagem e a barbárie, surge a família Sidiásmica, na qual houve extensão do matrimônio por grupos, proibição do matrimônio entre irmãos e Consangüíneos. Engels (2002) esclarece que ao homem permanecia o direito da prática da poligamia e a infidelidade ocasional, o que não ocorria com as mulheres, pois a infidelidade feminina era cruelmente punida.

Nessa sociedade, Engels (2002) “acrescenta de que o homem era proprietário da alimentação, do gado e futuramente dos escravos” (ENGELS, 2002). Porém com todos esses aparatos os seus filhos não poderiam herdar sua herança. Pois no costume daquela sociedade, o que prevalecia era o direito materno. Desta forma:

[...] com base no direito materno, isto é, enquanto a descendência só se contava por linha feminina, o segundo a primeira lei de herança imperante nas Gens, os membros dessas mesmas Gens herdavam, no princípio, do seu parente gentílico falecido. Seus bens deveriam ficar, pois dentro da Gens Devido a sua pouca importância, esses bens passavam, na prática, desde os tempos mais remotos, aos parentes gentílicos mais próximo, isto é, aos consanguíneos por linha materna. (ENGELS,2002, p.59).

Engels (2002) sinaliza que, quando havia falecimento do pai, o filho desse homem falecido, não pertencia a Gens daquele, porém pertenciam a Gens da mãe, desse modo:

[...] pela morte do proprietário do rebanho; esses passavam em primeiro lugar aos seus irmãos e irmãs, e aos filhos desses ou aos descendentes dos irmãos e sua mãe; quanto aos seus próprios filhos, veiar-se eles deserdados. (ENGELS, 2002, P.59)

Porém com o passar do tempo o homem, através do que ele conseguia apropriar de bens, iniciou o estranhamento sobre o costume do poder materno, com o pensamento de que a figura feminina só se responsabilizava pelos trabalhos domésticos, achando desta forma que era injusto tal costume, já que o homem era o provedor do lar. Segundo Engels (2002, p.59) havendo assim tal revolução “uma das mais profundas que a humanidade já conheceu- porém, não houve a necessidade de se tocar em nenhum dos membros vivos da Gens”. Para que assim se mudassem esse poder feminino e que desta forma, houvesse mudança na ordem de herança estabelecida, desta forma:

[...] bastou decidir simplesmente que, de futuro, os descendentes do membro masculino permaneceriam na Gens, mais os descendentes de um membro familiar saíam dela, passando a Gens para o seu pai. Assim, foram abolidos a filiação feminina e o direito hereditário materno, sendo substituído pela filiação masculina e o direito hereditário paterno. (ENGELS, 2002, p.60).

Ainda nesse contexto de família, relata-se que a mulher ocupava um lugar de subalternidade em relação ao homem, pois a figura masculina apoderou-se da divisão das ordens da casa, onde a mulher se tornou escrava da luxúria do homem, além de um simples instrumento de reprodução.

Para Engels (2002) o primeiro efeito do poder exclusivo dos homens, desde o momento em que se instaurou, constitui-se na forma intermediária da família patriarcal, que surgiu naquela ocasião. (ENGELS, 2002, P.61). Por outro lado, a família Monogâmica obtém o vestígio de uma época que Engels nomeia como “Civilização nascente” onde:

[...] baseia-se no predomínio do homem; sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível; e exige-se essa paternidade indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão um dia, na posse dos bens de seu pai. (ENGELS,2002, p.66).

O novo modelo de família Monogâmica distingue-se da família Sidiásmica pela forma de solidez dos laços conjugais, pela dificuldade de rompimento. Engels (2002) quando a mulher, por acaso, recorda as antigas práticas sexuais e tenta renová-las, é castigada mais rigorosamente do que em qualquer outra época anterior. (ENGELS,2002, p.66).

Ainda assim na família Monogâmica, o casamento era direcionado pela posição social, tendo as conveniências como cupido, com todo esse histórico, sobre os primeiros modelos de família, Engels (2002) conclui mais uma vez que:

A única coisa que se pode responder é que a família deve progredir na medida em que progrida a sociedade, que deve se modificar na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o Estado de cultura desse sistema. (ENGELS, 2002, P.91).

Concordando também com o pensamento de Engels (2002), segundo Simionato & Oliveira (2003, p.63), “[...]importantes modificações têm ocorrido nas estruturas das famílias, conforme se transforma a sociedade nas diferentes maneiras de produzir materialmente a vida dos homens”. Nesse processo histórico de mudanças e adequações do grupo familiar, é importante lembrar que “o entendimento da família como uma matriz humana de identidade foi se sustentando e se afirmando em maior vigor a partir do século XVI”, época essa em que o Brasil foi marcado pelo período colonial. Após o descobrimento do Brasil, configurou-se por aqui o modelo de família Patriarcal, “modelo” esse, que foi originado através da influência do núcleo Europeu, na colonização nessa terra.

Desta forma, a formação familiar obteve influência econômica da época, sendo assim, em período marcado pela produção agrária principalmente pela região nordeste do país, onde as produções de café eram bem mais acentuadas do que em outras regiões.

Assim, com a formação econômica, obtivemos através de vários fatores a formação da sociedade paternalista, onde a figura do senhor (pai), além do comando dos negócios, tinha na família a figura decisiva de “ser” supremo nas decisões familiares.

No modelo patriarcal, a autoridade era exclusiva do marido e a esposa era passada da mão do pai, para o esposo, ficando incumbida pela organização da casa e pelo cuidado dos filhos. (GIRALDI; NAIDEMAM, 2007, P.5).

Todavia, a contribuição da mulher nesse período histórico, ainda era com a finalidade feminina voltada para a organização e manutenção da casa e pelo cuidado com os filhos, nesse momento histórico o que prevalecia era a família extensa, famílias essas, que apresentavam formações muito complexas, por serem extensas, no ponto de vista de que além do senhor (pai), a mãe e os filhos legítimos, era incorporando outras pessoas de várias origens a estas famílias, por isso a configuração de famílias extensas. Ou seja, na família patriarcal, ligado ao proprietário, por exemplo, haviam laços de parentesco, amizade ou trabalho. Apesar dessa aproximação entre eles, se reconhecem o poder e a autoridade do núcleo central. Sendo que dessa forma, anexado ao convívio do senhor, agregados, afilhados, amigos, parentes, serviçais e escravos. Assim:

[...] A anexação de outros elementos, como filhos ilegítimos ou de criação, parentes, afilhados, expostos, serviçais, amigos, agregados e escravos, é que conferia a família patriarcal uma forma específica de organização, já que a historiografia utiliza o conceito de família patriarcal como sinônimo de família extensa. (SAMARA, 1983, p.11).

Apesar da existência das famílias extensas no Brasil na qual eram compostas por diversos membros no período colonial já citados, podendo analisar que a família realmente se modifica de acordo a época, com toda essa justificativa sobre o poder mutável que a família possui, surge outra tendência contraponto o modelo de família extensa, a composição da família paulistana.

Samara (1983), acredita que o celibato (opção de não ser casado e de se manter solteiro) pode ser um aspecto a ser pensado para responder sobre a diminuição da quantidade de membros da família dos Paulistanos. Samara acrescenta:

A família Paulistana do passado (especialmente dos séculos XVIII e XIX) não apresentava as mesmas características de composição se comparadas às encontradas nas áreas de lavoura canavieira do Nordeste brasileiro do período colonial. Concluimos, portanto, pela ineficácia de se utilizar um conceito genérico como adequado para apresentar a sociedade brasileira como um todo.

Assim, a família é uma instituição a qual vem sendo modificada desde o Brasil Colônia até os dias atuais, sendo que a constituição familiar apresentou algumas grandes mudanças nas últimas décadas. Segundo o censo realizado no ano de 2007 houve uma queda substancial no tamanho das famílias, como também houve o aumento de mulheres sem cônjuge com filhos, na qual são denominadas de

famílias monoparentais que são aquelas chefiadas única e exclusivamente pela mulher.

Outras formas de grupos familiares, são denominados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, como pessoas que moram sozinhas, são denominadas como famílias unipessoais, já os grupos de até cinco pessoas, sem vínculo de parentesco são denominadas de famílias sem parentesco.

Há outras definições para algumas outras formações familiares, como a exemplo de famílias adotivas que é sem relações consangüíneas entre os pais e os filhos, famílias homoafetivas que são compostas por casais homossexuais incluindo ou não crianças. Como define também a família reconstruída, aquela reconstruída após o divórcio e as famílias nucleares, composta por pai e mãe e filhos.

Para Miotto (2015), o conceito de família é um conjunto de pessoas que possui um grau de parentesco entre si, por laços sanguíneos ou não. A autora vai além desse conceito, quando acredita que dentro dessa configuração de família, cada indivíduo têm seu papel próprio para a manutenção desse núcleo, tendo certa hierarquização entre eles, estabelecendo assim a função de cada um, como pai, mãe, filho (a) etc.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) aponta que “O conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção”. Para o IBGE, a família é um conjunto de pessoas ligadas por laço de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência. Assim, qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, devem ser encarados como família.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E O ESTADO.

Segundo Zola (2015), a proteção social pública é atribuída ao avanço e ao progresso da industrialização, na qual através das contradições entre capital e trabalho, se evidencia o pauperismo, enquanto expressão da questão social. Desta forma, as respostas para a questão social, direcionam as políticas sociais como forma de proteção social, assim:

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento –em geral setorializadas e fragmentadas- a expressão multifacetadas da questão

social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, P.51).

A autora Luciana Jaccoud (2009, p.58) acredita que a definição de proteção social é “um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais”. Como para Yasbek (2010) é uma “intervenção do Estado no processo de reprodução e distribuição de riqueza, para garantir o bem-estar dos cidadãos” (YASBEK, 2010, p.4).

Desse modo a autora Marta Campos (2011) também debate o tema, ampliando assim o conceito no que se refere a ação e a responsabilidade destinadas às políticas, desta forma, em suas palavras:

A expressão “Políticas” deve ser entendida no sentido das “estratégias” governamentais relacionadas a várias áreas de sua atuação. E, portanto, conotativa dos investimentos dos governos em áreas tanto econômicas como sociais, de grande efeito na sociedade, incluindo, por exemplo, transporte, produção agrícola, imposta e etc. Por “Política Social” designamos aquelas estratégias mais diretamente ligadas ao sistema de proteção social *Stricto Sensu*: Seguridade social com o seu tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. (CAMPOS, 2011, p.119).

Outro pensamento sobre a política pública é referenciado através de autora Zola (2015) quando ela justifica que:

Possibilitam sustentar o conceito de que Política Pública, da espécie social, ao equivalente da expressão Inglesa Policy, é definida como os constituídos por um conjunto de ações ou normas de iniciativa governamental, que asseguram os direitos sociais. É realizada por meio de programas, projetos e serviços; regulamentado ou desenvolvidos pelo poder executivo, ou em parceria com setores da sociedade civil; demandam legislação e orçamento; são direcionados a alterar uma realidade, em resposta as demandas, pressões e prioridades da sociedade. (ZOLA, 2015, p.55).

No Brasil, o marco inicial de intervenção estatal no campo da política social, foi em meados da década de 1930, em um grande momento da economia. Porém, anteriormente a intervenção estatal, em 1923, houve o surgimento de um esquema previdenciário o Caixas de aposentadorias e pensões - CAPS, que ficou conhecida como Lei Elói Chaves. Essas caixas de pensões serviam como um fundo para o trabalhador, tendo como organizadores as grandes empresas (AGUIAR, 2011).

Os benefícios na qual se obtinham através dos CAPS era assistência médica curativa, fornecimentos de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, pensão para dependentes e auxílio funeral.

Esses modelos de caixas de pensões serviam como reserva para os trabalhadores, foi implantada inicialmente para os ferroviários, depois de um período foram ampliadas para outros segmentos profissionais. Na gestão do Presidente Getúlio Vargas houve a decisão de expandir os caixas e pensões, criando assim os Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAPs-. Em 1966, nasceu o Instituto Nacional de Pensões - INP's, com a missão de unificar todos os órgãos na qual estavam funcionando como sistema de aposentadoria.

Em outra perspectiva, a autora Campos (2015) acrescenta que as políticas sociais e a família é uma realidade na qual obtêm todo o aparato Institucional, no sentido da sua participação ativa no sistema de proteção social. Sendo assim, a família é apontada como peça chave nesse processo de proteção social, desde a os primeiros esboços do que seria a política social brasileira.

[...] para problematizar e debater essa acolhida atual da família, enquanto instância necessariamente vinculada ao desenvolvimento da política social fazemos aqui um recuo ao tempo da implementação das primeiras estruturas de bem-estar social, que podem dar os fundamentos que permitem compreender a posição vinculada da família na política social, ao propiciar o reconhecimento de que as formas atuais não são fenômeno totalmente novo. Chamamos a atenção pelo fato de que essas formas existentes, na verdade, desde a construção dos primeiros esboços do que seria a política social Brasileira. (CAMPOS, 2015, p.21).

Desta forma, Campos (2015) enfatiza que a atual posição da família na política social não se configura apenas só como consequência da política neoliberal em ascensão á partir dos anos 1990. Campos (2015) acredita que, a política social e a família juntaram-se, como produto histórico, do século XIX, primeira metade do século XX, para assim solucionar contradições existentes entre interesses e demandas próprias do sistema capitalista.

Assim, a autora Campos (2015) associa a vinculação ao Estado de bem-estar social, na qual eram destinados para que se pudesse obter a manutenção e o controle da força de trabalho. Assim, particularmente a família vem sendo cada vez mais convocadas a responder pela provisão de bem-estar. Nesse contexto é que se instaura o debate sobre os processos de responsabilização da família no campo da política social.

O processo de bem-estar social pode variar de acordo com a construção histórica, havendo assim regimes chamados familiaristas que é quando se concretiza que a família é a principal instância de bem-estar, afirmando assim que o fundamental da ordem social está na família, na qual deve ser preservada, mantida e fortalecida por todos os meios. Esta situação faz com que a proteção social esteja organizada tendo como base as famílias e a mulher como cuidadora dos membros da família.

Dessa forma, segundo Campos e Miotto (2003, p.170) “na perspectiva da baixa oferta de serviços pelo Estado, tendo as famílias, a responsabilidade principal pelo bem-estar social”. Desta forma:

Acepção decorrente do modelo tradicional de família do provedor masculino, o foco da ação Pública conclama a centralidade da família, para a proteção de seus membros e, diferentemente de um sistema “pró-família”, que estabelece cuidados a família para o exercício do cuidar, o familismo se pauta na solidariedade dos membros. (ZOLA, 2003. P.58; 59).

Portanto, Zola (2015) afirma que no Brasil a legislação e os programas sociais vigentes, as políticas de proteção social obtém como diretriz a matricialidade familiar. A Política Nacional de Assistência Social – PNAS considera a família como,

Espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros [...]. A matricialidade significa que a ação pública para proteção dos indivíduos tem como eixo nuclear a expectativa de diversas funcionalidades familiares mediadas pelas famílias entre seus membros e a coletividade. Conforme a política de assistência social, a família “é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social [...] núcleo ativo, vinculado por laços sanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e gênero [...] (BRASIL, 2005, p.86).

Martin (1995) simplifica que com a centralidade na família para a proteção social de seus membros, automaticamente há a transferência de atribuições e sobrecarga para a mulher, assim como a autora (Giovani Sgritta *apud* Martin, 1995, p.62):

A transferência de responsabilidade social do setor público para as famílias implica inevitavelmente um aumento do grau de exploração do trabalho familiar e, conseqüentemente, das tarefas e dos serviços desempenhados pelas mulheres no seio da família.

Contudo, a crise do capital trouxe transformações no padrão no perfil do Estado, na qual se passa de um Estado de Bem estar social para um Estado de

flexibilização. Todavia, se reproduz ideologicamente de que o Estado está em crise, porém na verdade quem está em crise é o capital, com o processo de acumulação, o Estado acompanha esse processo, implantando diversas reformas para o mercado – privatizações, reforma da previdência, reforma gerencial do estado, etc. Entretanto, segundo Behring (2002):

Trata-se de uma verdadeira contrarreforma e esta vai adquirir maior ou menor profundidade, a depender das escolhas políticas dos governos em sua relação com as classes sociais em cada espaço Nacional, considerando a diretiva de classe que hegemoniza as condições no âmbito do Estado (BEHRING,2002, p.32-33).

Desta forma, é notório de que o Estado por ser capitalista, vem se transformando de acordo com o modo de produção, assim, segundo Behring (2003) acredita-se de que:

Desta forma o Estado acompanha os períodos longos do desenvolvimento capitalista de expansão e estagnação e se modifica histórica e estruturalmente cumprindo o seu papel na reprodução social do trabalho e expressando a hegemonia do capital. (BEHRING, 2003, p.02).

Contudo, as mudanças do perfil do Estado se caracterizam pelas políticas de redução de salários e benefícios sociais, além de reformas governamentais com cortes nos gastos públicos, especialmente na área social. Com todo esse contexto, Bering (2003) acrescenta que para os defensores da ideologia neoliberal as políticas sociais se encaixam nesse cenário caracterizadas como paternalistas, como custo excessivo de trabalho, sendo assim devem ser acessadas via mercado, através da compra de serviços sociais.

Nessa perspectiva os serviços e programas sociais deixam de ser direitos sociais, configurando-se como direito do consumidor. Netto (1993) acrescenta que, as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, configura-se num Estado mínimo para os trabalhadores e um estado máximo para o capital. Considerando-se também o processo de privatização onde há mercantilização e transformação das políticas sociais em negócio (MANDEL, *apud* BEHRING, 1982).

Assim em 1990, o Brasil com o presidente Fernando Henrique Cardoso, se anuncia de que o Estado está gigante e que precisa se enxugar, para que o Estado

pudesse se manter, ou seja, que havia uma necessidade de se obter cortes de funcionários e uma certa redução de custos, abertura comercial e privatizações.

Desta forma, essas medidas implicariam em cortes nas políticas públicas com a diminuição de serviços sociais, conquistados e promulgados na Constituição de 1988, onde só iria prejudicar os trabalhadores, pois seriam cortes feitos na saúde, habitação, educação, entre as outras políticas, o que se havia como proposta era uma redefinição do Estado.

Havia assim, o discurso que não se tratava de um Estado mínimo, em questão de perdas de direitos conquistados, porém haveria de se ajustar ao novo Estado, sendo ele necessário para a configuração do mesmo e sua reconstrução, implantando assim no Brasil um Estado neoliberal.

3 FINANCIAMENTO DO SUS, GASTOS COM SAÚDE E AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO PARA A FAMÍLIA.

Neste capítulo iremos abordar sistematicamente, porém, brevemente a respeito do financiamento na saúde e sobre a posição do Estado em relação à iniciativa privada, objetivando assim, compreender quais os impactos na vida dos usuários, seja no âmbito da compra de medicamentos, seja através da responsabilidade direcionada para as famílias.

3.1 FORMAS DE FINANCIAMENTO DO SUS E OS GASTOS DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS COM SAÚDE.

No Brasil, ter direito a ter saúde se constitui com a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual em seu artigo nº196 se encontra explícito o direito conquistado, onde o Estado se responsabiliza em cumprir o que foi discutido e estabelecido na 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, assim se configura que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos gastos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2018, p.153).

Desta forma, o SUS, se constitui através de algumas diretrizes para o seu funcionamento e princípios norteadores como a Universalidade na qual é o princípio de que segundo Teixeira (2011), está ligada à garantia de atenção à saúde, a todo e qualquer indivíduo, sem qualquer discriminação de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. A equidade na qual obtêm a ideia de justiça, portanto, segundo Paim (2010) assume a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando assim aqueles que mais necessitam para assim alcançar a igualdade. A integralidade de acordo com Carvalho (2013) representa um princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Diante de algumas bases fundamentais na qual o SUS se sustenta sendo relacionadas acima, a participação popular além de garantida mediante a Constituição Federal de 1988, se constitui entre um elo entre o usuário e os serviços de saúde, na qual se concretiza através da participação nas entidades representativas como, por exemplo, nos Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, contribuindo assim, de forma democrática, para traçar estratégias, além de avaliar e controlar a execução da Política de Saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

O autor Rodrigues Neto (1987), discorre sobre as particularidades na qual envolve a organização do sistema, tendo em vista:

Unificação do sistema com comando único em cada esfera do governo, articulação entre às várias esferas do governo (Federal, Estadual, Municipal); Integração Inter setorial, especialmente com saneamento, habitação, colonização, viação, abastecimento e educação; integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias individuais e coletivas e preventivo/ curativo; participação popular na formulação e controle de execução da política de saúde em todos os níveis; Descentralização máxima do sistema, mantendo-se com a unidade básica de planejamento e execução a unidade federada; Sistema único de informações; Regionalização e Hierarquização dos serviços, em rede funcionalmente articulada; Universalidade e equidade absolutas em todos os seguimentos e regiões do País; gratuidade na prestação de serviço, inclusive na assistência farmacêutica, unificação da política de pessoal de saúde. (RODRIGUES NETO, 1987, P.258-259).

Desta forma foram criadas assim, leis federais de saúde como a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre a organização e regulação da saúde, e a Lei nº 8.142/90 que trata tanto do financiamento da saúde como sobre a participação comunitária, reunindo desse modo, diretrizes gerais para a organização desse sistema.

Tendo em vista, de que anteriormente ao surgimento do SUS, os brasileiros só obtinham o direito ao acesso à saúde, caso obtivesse carteira assinada, tendo

assim um emprego formal, sobre essas circunstâncias poderia contar com a proteção do Estado, fora isso, só restavam as casas de misericórdia, assim segundo Escorel e Teixeira (2012) essa forma de acesso à saúde, condizia ao conceito de uma cidadania regulada, pois para ser cidadão teria de ter uma profissão reconhecida pela Estado.

A intervenção estatal através da seguridade social foi conquistada através da luta da sociedade civil organizada, dos movimentos sociais, professores, sanitaristas entre outros profissionais na qual revelaram as condições de vida e de trabalho da população Brasileira, para que através de toda essas mobilizações, houvesse então o acesso à saúde como direito. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES foi muito importante nesse processo, sendo então um precursor da ideia e movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, para que a saúde pública possa funcionar como se objetivou no projeto de reforma sanitária, por um Brasil mais igualitário e mais justo, através de um sistema de saúde com a garantia de direito a todos os brasileiros, autor Paim (2014) acrescenta que é necessário que se possa pensar sobre o seu financiamento, gestão e articulação público-privada.

Desta forma, é de extrema importância falarmos brevemente a respeito de algumas formas na qual se constitui o financiamento para a efetivação do SUS, podendo dizer assim que o seu financiamento seria a espinha dorsal de todo o sistema de saúde, por essa razão a importância de abordarmos de que forma se constitui esse financiamento e quanto o Estado direciona para os gastos com a saúde pública.

De acordo com Ugá, Porto e Piola (2012, p.395), “O financiamento do sistema de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto com saúde de uma determinada sociedade”. Além das contribuições sociais, arrecadadas pelo Governo Federal, outros tributos e transferências constitucionais e legais constituem fontes de financiamento do SUS, esses tributos e transferências estão definidos nos artigos 155 e 159 da Constituição Federal. Segundo Mendes, Marques (2009, p.843) para que houvesse o financiamento do Sistema de saúde, pós Constituição, houve a necessidade da criação da contribuição sobre o lucro líquido (CSLL), assim:

Para garantir o financiamento das despesas de proteção social, aplicadas pela adoção da seguridade social, os constituintes definiram que esse

financiamento seria realizado, mediante recursos provenientes do orçamento da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das distribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, com faturamento, Cofins e o lucro, CSLL) dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loterias).(MENDES, MARQUES, 2009, p.843)

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 de 1990, definiu alguns critérios de distribuição de recursos, sendo assim em 2004, surgiu a Emenda Constitucional - EC/ 29 na qual estabelece alguns dispositivos, assim de acordo com Mendes e Marques (2009), a situação de incerteza e indefinição de recursos levou a busca de uma solução mais concreta, que seria,

A vinculação dos recursos orçamentários das três esferas do poder, assim, a Emenda Constitucional (EC/29), criada em 2000, salientou que os Municípios deveriam destinar 15%, os Estados 12% e a união 5% de suas receitas à saúde. (MENDES, MARQUES, 2013, p.153)

No entanto, em outros países onde há um sistema de saúde pública comparado com o modelo de saúde brasileira, há um investimento muito maior que o Brasil. Por exemplo, a Dinamarca com 9,58%, França 9,04%, Estados Unidos 8,31%, Grã-Bretanha 7,78%, Canadá 7,66%, Argentina 5,88%, Brasil 4,32 e Chile 3,49%, World Bank (WB) 2015. Segundo a OMS, o percentual dos gastos públicos em saúde em relação ao Produto Interno Bruto - PIB é de 6,08%, com dados referidos ao ano de 2012, sendo que no Brasil, o nível de porcentagem de investimento é abaixo do percentual estabelecida, com 4,32 %. (WHO, 2015).

Todavia, a saúde pública além da questão de financiamento e a ausência dele, para a manutenção do sistema, há uma lógica complexa entre o público e o privado, conforme se determina no artigo nº 199 da Constituição Federal de 1988, a saúde sendo livre à iniciativa privada, objetivando assim, que o Estado através do SUS, pode recorrer à iniciativa privada para poder conseguir garantir a cobertura assistencial à população, de forma complementar.

Uma das perspectivas, por exemplo, é de que ao invés do Estado concretizar a compra de novos equipamentos, se consegue contratar uma empresa privada, na qual irá disponibilizar os serviços, que até então o Estado precisava complementar, assim, através dessa parceria a toda uma lógica de compra e venda dos serviços, que se estabiliza entre o Estado e a iniciativa privada. Segundo os

autores, Noronha, Lima, Machado (2012) o Estado obtém uma dupla carga tributária, assim, os impostos na qual são arrecadados são para o setor público e o privado.

Entretanto, considerando que a saúde pública acaba sendo uma via de mão dupla, pois ao mesmo tempo em que o Estado oferece serviços de saúde para a população, abre espaço para que as organizações privadas também possam oferecer os seus serviços de saúde para a população, ditando assim, todo um mercado consumidor, na qual o próprio estado através de isenção fiscal fortalece o setor privado no Brasil.

Através dessa realidade, os dados a seguir mostram que os gastos privados na qual as famílias Brasileiras recorrem para a manutenção e recuperação da saúde são superiores aos gastos públicos em relação ao PIB total, dados referentes aos anos de 2010-2012. Assim, no ano de 2010 os gastos públicos foram relacionados a 47,02% enquanto o gasto privado 52,98%, em 2011 os gastos públicos foram de 45,74% e o privado 54,26 %, para finalizar, o ano de 2012 os gastos públicos foram de 46,42% e o gasto privado 53,58 %.¹

No entanto, esses dados apresentados, podem servir de parâmetros a respeito dos gastos privados na qual as famílias Brasileiras se submeteram e assumiram, durante os anos de 2010-2012, diante aos gastos na qual o Estado disponibilizou para a saúde pública, revelando como as famílias Brasileiras tendem a pagar a conta por meio de gasto próprios (Out-of-pocket) no que se refere aos seus custos em saúde.

Portanto, quando o usuário não consegue o acesso aos serviços de saúde pela via do SUS, seja com um exame na qual não conseguiu marcação, seja com medicamentos que não foi encontrado pela via pública, enfim, há impactos direto na vida dessas famílias, através de custos, que na maioria das vezes, não se estava prevendo, tendo a sua renda comprometida para tal assistência.

Porém, esses gastos se apresentam de formas diferentes, pois o poder aquisitivo é um contraponto nessa questão, ou seja, varia muito de acordo com o poder econômico dessa família. Desta forma, se obtém categorias variadas de consumo, que vão desde os medicamentos de uso contínuo ou não, até as compras de mensalidades de planos de seguros de saúde.

¹ Dados do World Bank (WB), (2015).

Para tal informação, há fontes de dados oferecidos pelo IBGE na qual permitem estudos direcionados à família na questão dos gastos com saúde em relação a outros dispêndios familiares, analisando assim as dimensões de um mercado consumidor.

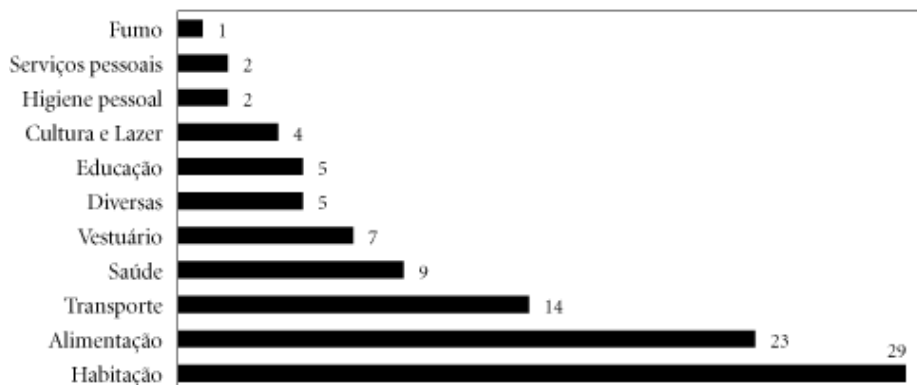
Nesse contexto, a Pesquisa e orçamentos familiares – POF apresenta uma pesquisa detalhada de como as famílias brasileiras gastam os seus recursos, como por exemplo, o lazer, vestuário, habitação entre outros, desta forma, segundo os autores Silveira, Osório e Piola (2002, p. 720), “A POF permite dimensionar o peso dos gastos com saúde em relação aos demais dispêndios familiares”.

Uma segunda opção para se agrupar nesse sistema a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, na qual se diferencia da primeira, pois é uma pesquisa direcionada só para os gastos com saúde, ambas são realizadas pelo IBGE na qual juntas e comparativamente em diversas cidades brasileiras, conseguem direcionar o peso dos gastos com saúde em relação aos demais dispêndios familiares, para que através desse direcionamento se observe o que a família gasta anualmente.

Observa-se que na figura a seguir a os gastos das famílias em relação a diversos segmentos, sendo assim, o total desembolsado pelas famílias na qual está representado pela POF de 1995/96 que se apresenta na tabela 1- apresenta de que 81% foram destinadas a despesas correntes, 17% ao aumento do ativo e os 2% restantes a diminuição do passivo.

Desta forma o gasto com saúde estava representando 9% dessas despesas. Sendo o quarto maior grupo de dispêndios familiares, portanto atrás apenas dos gastos com, habitação, alimentação e transporte. Observando assim de que esta colocação indica de forma considerada o peso dos gastos com saúde no consumo das famílias. Sendo que esses dados apresentados pela POF no referido ano é o que vale a 30% da população brasileira e a 38% da população brasileira urbana.

Figura 1
Porcentagem das despesas de consumo das famílias. Regiões metropolitanas, Brasília e Goiânia, 1995/96.



Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995/96. Em microdados.

Segundo os autores Silveira, Osório e Piola (2002) acreditam que as famílias mais pobres se tratando de saúde, tendem a gastar com medicamentos, na qual sobrecarrega a sua renda, porém essas mesmas famílias direcionam outros serviços para o Sistema Único de Saúde. Quando há um poder aquisitivo maior dessas famílias brasileiras os gastos se concentram além de compra de medicamentos, na admissão de planos de saúde.

Diante o exposto, é variável o consumo de medicamentos oriundos das famílias brasileiras e o tipo de cada medicamento, estima-se que a média dos gastos com medicamentos de uso contínuo seja diferente do medicamento ocasional, pois os medicamentos de uso contínuo obtêm da necessidade de ser consumido diariamente, sendo assim, esses gastos se concentram em 106,38 reais para gastos contínuos e 48,40 reais para gastos ocasionais. Porém os indivíduos na qual apresentam gastos com medicamento contínuo quanto o ocasional, a média dos gastos é em torno de 179,96 reais. (LEE et al., 2014; PARK et al., 2014; COELHO FILHO et al., 2004).

Porém, na lei 8080/90 (artigo 6º) é garantido de que através do SUS, se consiga uma assistência terapêutica completa, inclusive a farmacêutica. Sendo que a partir da década de 1990 foi implementada a Política Nacional de Medicamentos - PNM, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, a Política de

Medicamentos Genéricos e o programa Farmácia Popular, para que a população possa ter acesso a medicamentos essenciais.

Diante o exposto, sobre os gastos das famílias brasileiras com medicamentos, podemos avaliar os impactos da alta hospitalar, o que pode acarretar seguimento do tratamento ou o cancelamento dele, pelo simples fato de que as famílias não têm como arcar com esse custo, desta forma, existe o impacto sobre a continuação do tratamento, na qual também recai sobre a responsabilidade da família desse usuário.

3.2 REPERCUSSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A FAMÍLIA NO CONTEXTO DE MINIMIZAÇÃO DO ESTADO.

Historicamente, algumas mudanças ocorreram na família, no que se refere aos cuidados em saúde, pois dentro do modelo de um Estado de bem-estar social, houve certo esvaziamento das funções familiares, através das transferências de suas atribuições para as instituições. Logo, com tal realidade, havia o pensamento de que desta forma a responsabilidade seriam dos governos, como sendo o dever do estado, ficando assim o papel dos indivíduos para segundo plano.

Contudo, através de um Estado com propostas neoliberais, na qual se obtém um Estado mínimo, tendem então a devolver para a família a responsabilização por alguns setores, como a saúde, educação, a segurança, etc. Desta forma, a família a partir da década de 1990 vem obtendo maior atenção no que se refere às formulações das políticas sociais, nesse contexto de minimização dos gastos públicos, havendo assim um rebatimento direto nos serviços prestados.

As autoras Gutierrez e Minayo (2010) acreditam que há dois espaços diferentes onde são produzidos os cuidados da saúde, na qual se concretiza através da rede formal e a rede informal. Sendo que a rede formal se constitui através das Instituições e a rede Informal é representada através da família.

Diante dessa realidade, observa-se que com o passar do tempo, as famílias foram incorporadas na linha de frente do cuidado, desta forma, diante da precarização dos serviços oferecidos pelo estado, há uma brecha para que a família possa fazer parte desse processo, como meros participantes, segundo SANT'ANA; FONTOURA, 1996 *apud* ROSA, (2003) de que a família é vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção.

Desta forma, essa participação diante desses serviços gera impactos na vida dessas famílias, que de uma forma ou de outra estão se vendo responsáveis pela contribuição direta na qual estão sendo direcionadas. Levando em consideração o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, a família é chamada para participar ativamente nessa tarefa. Sendo assim, existe o reconhecimento sobre a importância da família nesse processo, na qual se configura através do papel do “cuidador”, porém, por trás desse chamado, se origina outros processos, que são respostas por conta da sobrecarga dessa tarefa, sendo que o adoecimento mental desse cuidador é fator importante para ser analisado como ponto de sobrecarga nesse cuidar.

Assim, segundo os autores Maurim, Boyd (1990), essa sobrecarga aumenta, porque não há orientação a respeito de estratégias que possam facilitar o cuidar desse usuário no cotidiano, como também nos momentos de crise. A autora Loukissa (1995) enfatiza ainda, de que as famílias foram chamadas para contribuir como peça fundamental, no entanto não foram preparadas para tal função.

No cotidiano os fatores que estão relacionados também a sobrecarga vividas por esses familiares são relacionadas à severidade da sintomatologia do indivíduo, alguns comportamentos como mudanças de humor, isolamento, também refletem na vida social, pois é necessário um acompanhamento em tempo integral. Havendo assim a reorganização da família, geralmente em especial a mãe, na qual em algumas situações há a necessidade de se dedicar aos cuidados do familiar que veio a adoecer.

Segundo Maurin, Boyd (1990); Rose (1996) um ponto ainda pouco estudado refere-se a influência do status socioeconômico dessas famílias. Assim, para as famílias que cuidam de um indivíduo na qual se encontra com transtornos psiquiátricos podem se deparar com alguns problemas de cunho econômico, levando em consideração que é necessário obter gastos como transporte, medicamentos, idas aos serviços, como outras despesas.

Os autores Sartin, Klafke (2011) acredita que ainda é mais delicado quando o indivíduo adoce já na fase adulta, pois a família já estava acostumada a ter alguém produtivo na qual ajudava nas questões financeiras. Tendo assim que conviver com a nova realidade na qual esse indivíduo irá apresentar, segundo Rosa (2003) as somas dessas dificuldades podem contribuir diretamente para o adoecimento desse cuidador.

Essa sobrecarga pode, inclusive, originar transtornos psicológicos, tais como ansiedade e depressão, o que ocorre mais frequentemente no caso de mulheres que cuidam de seus filhos e maridos doentes mentais. Tendo-se em vista a natureza crônica da doença mental, o familiar é submetido ao efeito prolongado de eventos estressores envolvidos na experiência cotidiana de cuidar do paciente, o que pode afetar a sua própria saúde mental. (MARTENS, ADDINGTON, 2001; RAMMOHAN et al., 2002, p. 38).

Diante do exposto, observa-se de que a representação de gênero é muito forte, perante a responsabilização dessas famílias no tocante do cuidar. Rosa (2003) esclarece de que o provimento do cuidado para familiares na questão do gênero é historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência. Concordando com essa ideia as autoras Mito, Del Prá (2015) acrescenta de que através dessas circunstâncias há a tendência de se reforçar o modelo da divisão sexual do trabalho e diante do exposto a desigualdade de gênero, impactando assim na vida também dessas mulheres.

Desta forma, a repercussão da desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, no que se refere ao âmbito familiar, seguindo assim, as transformações propostas são refletidas diariamente no cotidiano dessas famílias, desse modo, segundo as autoras Silva, Rosa (2015) essa família vem trazendo para si o papel central das políticas sociais, sendo envolvidas pelo discurso de sua valorização no contexto da vida social desses indivíduos. Porém, observa-se de que a transferência na qual o Estado direciona para as famílias através da responsabilidade do cuidar, acarreta impactos diretos na família como a exemplo da saúde mental desse cuidador, como também o isolamento social na qual esse indivíduo se expõe em nome do cuidar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante os estudos realizados através da revisão bibliográfica com os diversos autores, podemos analisar que a transferência sobre a responsabilidade do cuidar, na qual o Estado transfere para as famílias, se concretiza como parte das estratégias da atual conjuntura de reorganização do capitalismo mundial.

Reorganização essa, que o estado através da implantação do ideário neoliberal, assume as configurações de um Estado mínimo, através da diminuição dos gastos públicos relacionados a políticas sociais, como também a redução de benefícios sociais. Desse modo, se observa a tendência da desresponsabilização e o desfinanciamento da proteção social pelo Estado. Assim, os serviços e programas sociais deixam de ser direitos sociais, para se configurarem direito do consumidor, através da abertura comercial e as privatizações, transformando assim, as políticas sociais em negócios, configurando-se em um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital.

Dessa forma, em relação a saúde pública brasileira, o Estado se direciona para a manutenção da ordem capitalista, levando em consideração de que os gastos públicos direcionados para o setor saúde, são bem menores em relação aos gastos na qual a famílias brasileiras através de gastos próprios (Out-of-pocket) se submetem a assumir, perante a manutenção e a recuperação da saúde, referenciando de que há, um mercado consumidor em saúde, na qual o próprio Estado através da isenção fiscal fortalece.

Percebemos que além dos impactos causados pelo fator econômico do consumo no que se refere a gastos com saúde, temos também, impactos relacionados à saúde do cuidador, sendo que esse cuidar é direcionado pelo Estado através das Instituições nas quais essas famílias são vinculadas.

Portanto, na perspectiva do alcance dos objetivos proposto pelo estudo, podemos dizer que houve respostas sobre as indagações iniciais desse trabalho, de tentar compreender, como essa relação de transferência de responsabilidades acontecia e quais os seus impactos para a vida dessas famílias.

REFERÊNCIAS

Arouca, A.S. Lei orgânica da saúde, proposta-Jornal da reforma sanitária,n.20,p.7,jan.1990.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. **Medicamentos: consumo e reações adversas** – um estudo de base populacional. 1. Ed. Fortaleza: Edições UFC, 2009

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios/ Zenaide Neto Aguiar. _São Paulo: Martinari, 2011, 192 p.

AROUCA, Sérgio. Reforma sanitária. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 18 de novembro de 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti. **As novas configurações do Estado e das sociedade civil no contexto da crise do capital**. 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; **Brasil em contra-reforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2º Edição.Cortez.2008

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Art. 196 a 200, Brasília, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 23 de setembro 2017;

BRASIL, A. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso: 24 de setembro de 2017;

BANDEIRA, Marina; BARROSO, Sabrina Martins: **Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos**. Artigo. 2005.

CARVALHO, M.C.M.Famílias e Políticas Públicas. IN: **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2007.p.267-274.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. Ciclo vital da família brasileira. **Manual de terapia familiar**, v. 1, p. 25-37, 2009.

CAMPOS, Marta. Políticas Públicas e exigências éticas. IN: BAPTISTA,SANCHEZ(Orgs.). **Teologia e sociedade: Relações e valores éticos**. São Paulo: Paulinas, 2001.p.119-130.

CARVALHO, André Luís Bonifácio; JESUS, Whashington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e

perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 4, p.1155-1164, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>>. Acesso em 03 de janeiro. 2018

DINIZ, Bernardo P. Campolina; SERVO, Luciana Mendes Santos; PIOLA, Sérgio Francisco; EIRADO Marcos. **Gastos das famílias com saúde no Brasil: Evolução e debate sobre gastos catastróficos**. Artigo. 2007

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**: Trabalho relacionado com as investigações de L.H. Morgan. 16. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 2002. Leandro Konder.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. GIOVANELLA, L. (orgs.). *In*: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

HENRIQUES, Renata da Trindade Meira; CABANA Maria Cristina Fonseca de Lima. **O Acompanhante no processo de hospitalização**.2013. <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/o-acompanhante-no-processo-de-hospitalizacao> Acesso em 20.12.2017

JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil: Debates e desafios. IN: BRASIL. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/Unesco, 2009.p.57-86.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Loukissa AD. **Carga familiar na doença mental crônica? Uma revisão de estudos de pesquisa**. J Adv Nurs, 21: 248-55,1995.

Lubisco, Nídia Maria Lienert. **Manual de estilo acadêmico**: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses / Nídia M. L. Lubisco; Sônia Chagas Vieira. 5. ed. – Salvador: EDUFBA, 2013. 145 p

Maurin Jt, Boyd CB. **Carga de doenças mentais na família: uma revisão crítica**. Arch Psyehlatr Nurs, 4 (2): 99-107,1990

MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria. **Familismo direitos e cidadania**: contradições da política social. Cortez Editora, 2015.

Mendes Áquilas; Marques,Rosa Maria. **O Financiamento do SUS sob os “ventos” dafinanceirização**. Ciência & Saúde coletiva,vol 14, núm.3,junio.2009.

MONTEIRO, Fábio de Holanda, FERRO, Thania Maria Bastos Lima. **REFLEXÕES ACERCA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA**. 29 janeiro 2015. Disponível em: <http://www.tex.pro.br/index.php/artigos/301-artigos-jan-2015/6879-reflexoes-acerca->

da-responsabilidade-civil-do-estado-na-internacao-psiquiatrica-compulsoria. Acesso em 17/01/2018.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. GIOVANELLA, L. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

PAIM, Jairnilsom Silva. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**. V.12, n.2 São Paulo, agosto de 2010.

PASSOS, Sílvia da Silva Santos, HENCKEMAIER Luizita, COSTA Chaves Juliana, PEREIRA Álvaro, NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Cuidado cotidiano das famílias no hospital: Como fica a segurança do paciente?**. 2016.

PROCHNOW AG et al, SANTOS JLG, PRADEBON VM, Schimith MD. **Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados**. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009, mar;30(1):p.11-18.

Rose LE. **Famílias de pacientes psiquiátricos: uma revisão crítica e futuras orientações de pesquisa**. *Arch Psychiatr Nurs*, 10 (2): 67-76,1996.

RODRIGUES NETO, E. Reordenamento do sistema nacional de saúde. IN: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, N.8. Brasília. Anais...Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1987.p.253-263.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003

SAMARA, Eni de Mesquita. **A família brasileira**. Brasiliense, 1983.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana**. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008, p.81-89.

SILVEIRA, Fernando Gaiger ; OSÓRIO Rafael Guerreiro, Piola Sérgio Francisco. **Os gastos das famílias com saúde**. Artigo. 2002.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos: **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: Riscos e desresponsabilização do Estado?** Artigo. 2014.

SANTIM, Gisele; KLAFKE, Terezinha Eduardes : **A Família e o cuidado em saúde mental**. Artigo, 2011.

TEIXEIRA, Carmem. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.

UGÁ, M.A.D; PORTO, S.M; PIOLA, S.F FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE NO BRASIL. In: GIOVANELLA, L. (Org) **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data**

Repository. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA>.
Acesso: 20 de Set. 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Estado e Políticas Sociais**. 2012.

.