

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

MARIANA SANCHEZ RAMOS DA SILVA

OSCIP e SUS: ligações possíveis a partir de um estudo de caso

São Carlos
Fevereiro / 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

MARIANA SANCHEZ RAMOS DA SILVA

OSCIP e SUS: ligações possíveis a partir de um estudo de caso

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de Título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos
Fevereiro / 2018



FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana Sanchez Ramos da Silva

“OSCIP e SUS: ligações possíveis a partir de um estudo de caso”

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17/11/2017

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Sueli Fatima Sampaio - UFSCar

Prof.^ª Dr.^ª Renata Bellenzani - UFMS

Prof.^ª Dr.^ª Luciana Nogueira Fioroni - UFSCar

À minha luz, Luiza.

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*
(Mario Quintana)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à Deus por toda e qualquer experiência: pela existência, pelo amparo, suporte e, principalmente, por ter me confiado a Luiza.

Agradeço à minha amada Luiza com todo meu Ser. Por ter me apresentado a sentimentos e percepções jamais sonhados. Por despertar em mim a emoção mais pura e intensa. Por compartilhar comigo o amor apego e me ensinar a transcendê-lo para o amor incondicional. Por ter me acompanhado durante todo esse processo de diferentes lugares e por permanecer viva dentro de mim para que eu possa seguir em frente...

Ao meu marido e parceiro de jornada, Jorge. Por sempre estar, em toda e qualquer circunstância. Por me nutrir de amor, fé e tantos sorrisos. Pela insistência na experiência acadêmica, que tantas portas abriram. Pelo apoio, paciência, disponibilidade e ajuda indispensáveis para a conclusão desta e de tantas outras etapas.

Aos meus amados pais, Rosalia e José Adelino, e irmão, Adelino, pelo incentivo, apoio desmedido, e acima de tudo, pelo amor e respeito. Por sempre se fazerem presentes de forma tão inteira e entregue.

À minha orientadora Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni pela parceria, dedicação e sabedoria. Sua amorosidade e generosidade fizeram muita diferença em todo processo. Gratidão pela acolhida em todos momentos.

Ao programa de PPGC pelo apoio, compreensão, flexibilidade e resolutividade ao acolher minhas demandas pessoais que surgiram durante este processo.

Ao corpo discente e docente da turma 4 do PPGGC pelas trocas e oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento.

Às professoras Adriana, Jesus, Sueli e Renata pelo olhar cuidadoso e preciosas contribuições nas bancas de qualificação e defesa.

Aos meus queridos amigos por me apoiarem e incentivarem com tanto amor acreditando na minha condição de retomada.

Ao CAMS pelos 8 anos de intensa vivência e aprendizado e pelo apoio na realização desta pesquisa. Em especial à Patrícia e Geysel pela ajuda na coleta dos dados.

RESUMO

As iniciativas privadas de utilidade pública inseridas no terceiro setor vêm assumindo um papel importante na sociedade civil ao complementar os cuidados a saúde oferecidos pela rede pública no território brasileiro. Em São Carlos - SP, a associação do Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS) representa um modelo específico de cuidado e se caracteriza como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que realiza atendimentos multidisciplinares em saúde direcionados a população de baixa renda. Por receber uma demanda significativa por cuidados em saúde mental, reabilitação física e psicossocial de uma população com perfil socioeconômico bastante similar ao do usuário do SUS, considerou-se que uma investigação sobre esta OSCIP se fazia necessária para verificar os aspectos relacionados ao direcionamento de pacientes ao CAMS e a quais necessidades de saúde responde. Desta forma, esta pesquisa se configurou como um estudo de caso de recorte descritivo transversal, a fim de investigar a demanda de atenção em saúde a partir da construção de um quadro descritivo de dados empíricos - documentais. O recorte metodológico respondeu aos objetivos de analisar a articulação existente entre SUS local e CAMS; levantar, descrever e caracterizar o perfil dos usuários e das demandas que chegaram ao CAMS e identificar os fluxos estabelecidos entre os serviços municipais de saúde e o CAMS. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental no acervo de triagem socioeconômica do CAMS no período de 01 ano. Os dados foram tabulados e organizados de forma a classificar as principais características socioeconômicas da população recortada para o estudo, bem como uma classificação dos serviços buscados e as origens dos encaminhamentos. Os resultados demonstraram um público composto de forma mais expressiva por mulheres, com idade inferior a 30 anos, ensino fundamental completo, sem plano de saúde privado e com renda mensal inferior à 1 salário mínimo, o que converge consideravelmente para o público SUS dependente. Os serviços mais buscados coincidiram com as fragilidades da rede de atenção à saúde (RAS) do município de São Carlos – a saber: saúde mental e saúde infantil. Os encaminhamentos realizados ao CAMS majoritariamente tiveram origem em serviços públicos, não necessariamente pertencentes às RAS, a saber: equipamentos e serviços de uma universidade pública, configurando uma relação específica entre CAMS e universidade. O CAMS responde à uma demanda de atendimento especializado, de nível secundário e não médico, dentro de suas possibilidades e com modelo específico de cuidado, que reflete lacunas e/ou dificuldades tanto próprias como da RAS São Carlos. Conclui-se que os resultados podem subsidiar futuras ações de planejamento e comunicação entre o CAMS, a universidade pública e o SUS local, visando minimizar fragilidades do cuidado em Saúde Mental e Saúde infantil.

Palavras-chave: Terceiro Setor; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); Sistema Único de Saúde (SUS); Rede de Atenção à Saúde (RAS); estudo de caso.

ABSTRACT

In Brazil, private public interest initiatives undertaken in the third sector have assumed an important role in civil society by complementing the health care provided by the public health network. In São Carlos, a city located in São Paulo state, the Multidisciplinary Health Care Center (CAMS) association represents a specific model of care that is defined as a Public Interest Civil Society Organization (OSCIP), which enables the provision of health care to low income population. Since CAMS handles a great number of cases concerning mental health care and physical and psychosocial rehabilitation of patients that have a socioeconomic status similar to that of Unified Health System (SUS) users, a study addressing this specific OSCIP was necessary to evaluate the aspects regarding patient referral to CAMS and which health care needs are met. This is a cross-sectional case study that aimed to investigate the health care demand using empirical data. The proposed methodological approach used enabled the analysis of the existing articulation between local SUS and CAMS; to describe and characterize the profile of the users and the demands that arrived at the CAMS and to identify the flows established between the municipal health services and CAMS. Therefore, a research was carried out in CAMS' patient socioeconomic status screening database for one year. Data were entered into spreadsheets to determine the main socioeconomic characteristics of the studied population, the services sought, and the source of the referrals. Results showed that the majority of patients were women under 30 years old who had completed primary education, who did not have a private health care plan, and whose income was lower than minimum wage. These findings show that these are characteristics similar to those of SUS' patients. The most commonly sought services highlighted the weaknesses of Sao Carlos' Health Care Network (RAS): mental health and child health. The main source of referrals public services which were not necessarily included in the RAS: equipment and services of a public university, which configured a specific relationship between CAMS and university. In an effort to meet a specific demand for specialized health care, CAMS' operations bring to light the deficiencies and shortcomings of the public health care system in Sao Carlos. It is concluded that the results can support future planning and communication actions between CAMS, the public university and the local SUS, aiming to minimize fragility of care in Mental Health and Child Health.

Keywords: Third Sector, Public Interest Civil Society Organization (OSCIP), Unified Health System (SUS), Health Care Network (RAS); case study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura A – Fluxograma da obtenção, sistematização e processamento dos dados.....	44
Figura B – Frequências absolutas dos gêneros da amostra distribuídos por faixa etária.....	46
Figura C – Gráfico de dispersão entre as variáveis porcentagem de reprovação (%) e renda familiar média (R\$). A linha pontilhada indica a reta ajustada para os dados observados.....	55
Figura D – Representação gráfica (Box plot) das rendas per capita das categorias aprovado e não aprovado no processo de triagem.....	57
Figura E – Percentual dos serviços procurados por área de atendimento..	58
Figura F – Percentual da origem dos encaminhamentos destinados ao CAMS.....	60
Figura G – Percentual da origem dos encaminhamentos públicos formais ao CAMS.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas por faixa etária e gênero.....	48
Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas do nível de escolaridade e gênero.....	49
Tabela 3 – Caracterização econômica pelas rendas familiar e per capita..	52
Tabela 4 – Síntese das principais características da população triada no período estudado.....	53
Tabela 5 – Caracterização econômica pela renda familiar e classe social e pela renda per capita em salários mínimos dos aprovados e não aprovados no processo de triagem.....	55
Tabela 6 – Características econômicas baseada na renda familiar da amostra da população aprovada e não aprovada no processo de triagem.	56
Tabela 7 – Origem do encaminhamento atrelado à presença de plano de saúde privado e média da renda per capita.....	61
Tabela 8 – Origem e destinos dos encaminhamentos formais realizados ao CAMS.....	66
Tabela 9 – Síntese dos resultados	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária à Saúde
ARES – Administrações Regionais de Saúde
CAIC – Centro de Atendimento de Infecções Crônicas
CAMS – Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CEBAS – Certificado de entidade beneficente de assistência social
CEME – Centro Municipal de Especialidades
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CIVP – Certificado Internacional De Vacinação Ou Profilaxia
CPS – Centro de Políticas Sociais
DeAS – Departamento de Assistência à Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF – Equipes de Saúde da Família
FGV – Fundação Getúlio Vargas
HEM – Hospital-Escola Municipal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NAPS – Núcleo de Atenção e Prevenção em Saúde da Unimed
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS – Núcleos Integrados de Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
Suds – Sistemas Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
UNESP – Universidade Estadual Paulista
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPE – Utilidade Pública Estadual
UPF – Utilidade Pública Federal
UPM – Utilidade Pública Municipal
USE-UFSCar – Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos
USE– Unidade Saúde Escola
USF – Unidades de Saúde da Família
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Sistemas de saúde.....	17
1.2 Redes de Atenção à Saúde – RAS.....	19
1.3 Terceiro Setor.....	21
1.3.1 Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) na interface com a saúde.....	24
1.4 RAS de São Carlos.....	27
1.5 Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS).....	30
2. JUSTIFICATIVA.....	33
3 OBJETIVOS.....	36
3.1 Objetivo Geral.....	36
3.2 Objetivos Específicos.....	36
4. MÉTODO.....	37
4.1 Campo empírico do estudo – CAMS.....	37
4.2 Participantes da pesquisa – fonte de dados.....	38
4.3 Instrumentos de investigação.....	38
4.4 Obtenção e sistematização de dados.....	38
4.5 Processamento e análise dos dados.....	39
4.6 Aspectos Éticos.....	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1 Caracterização da população que buscou o CAMS no período estudado.....	46
5.2 Classificação dos dados em aprovados, não aprovados e triagens incompletas.....	54
5.3 Comparações de renda aprovados x não aprovados.....	54
5.4 Demandas por área de pacientes que buscam o CAMS.....	57
5.5 Encaminhamentos.....	60
5.5.1 Origens dos encaminhamentos.....	60
5.5.2 Destino dos encaminhamentos no CAMS.....	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO 1.....	82
ANEXO 2.....	89
APÊNDICE 1.....	91
APÊNDICE 2.....	92

APRESENTAÇÃO

Sou licenciada e formada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Bauru – SP. Em 2007 iniciei minha atuação profissional como orientadora profissional e escolhi aprofundar meus estudos na área cursando duas pós-graduações *lacto sensu* mais significativas naquele momento: uma de abordagem sócio histórica e outra de abordagem psicodinâmica. As duas perspectivas contribuíram muito para minha formação, principalmente no desenvolvimento de um olhar mais crítico sobre o mundo do trabalho.

No ano seguinte passei a investir em outra grande área de meu interesse: a Psicanálise. Iniciei minha atividade como psicóloga de orientação psicanalítica nas cidades de São Carlos e Descalvado. Neste período, investi em supervisões, seminários clínicos, grupos de estudo e análise pessoal. A formação mais significativa compreendeu três anos da pós-graduação *lacto sensu* "Psicoterapia de Orientação Psicanalítica" do Curso de Psicologia Suad Haddad de Andrade. Neste espaço tive contato com conceituados psicanalistas da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto e, além de aprofundar meus estudos na teoria, pude, principalmente nos momentos de supervisão e seminário clínico, apreciar diferentes perspectivas sobre um mesmo conteúdo clínico. Foi um aprendizado e tanto!

Outra experiência marcante foi ter integrado a comissão organizadora do Cinema e Psicanálise, do Núcleo Psicanalítico de São Carlos. Neste espaço foi possível compartilhar e dialogar com os diferentes pares (especialista convidada e membros da comunidade, dentre eles profissionais da saúde, estudantes e interessados em cinema e/ou psicanálise) sobre as diversas leituras dos aspectos mobilizados pelos filmes. Foi um período de trabalho e aprendizagens intensas com reflexões densas.

Paralela à atividade clínica de caráter particular, atuei na Associação do Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS), de 2008 a 2014, como psicóloga e integrante da Diretoria. O CAMS representa um modelo específico de cuidado e se caracteriza como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que realiza atendimentos multidisciplinares em saúde direcionados a população de baixa renda. O trabalho no CAMS foi

bastante gratificante e atendeu à um desejo/necessidade especial: trabalhar com um público menos favorecido socioeconomicamente uma vez que o trabalho na clínica acabava sendo elitizado. Pude sentir que, em alguma esfera, eu estava fazendo minha parte enquanto agente de transformação social.

Mesmo tendo frequentado cursos de extensão e grupos de estudos, sempre tive o desejo de aprofundar meus estudos cursando uma pós-graduação *stricto sensu*. O contato com a proposta do CAMS se apresentou como uma oportunidade, aliada primordialmente a uma necessidade pessoal, de viabilizar o meu desejo. Foi então que pesquisei sobre o Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica que despertou ainda mais interesse no mestrado pela proposta educacional e metodológica. Um fator importante que contribuiu para essa escolha foi a configuração deste programa enquanto mestrado profissional, uma vez que eu já estava inserida no mercado de trabalho e poderia conciliar minhas atividades profissionais com as acadêmicas.

O início do mestrado foi um marco, pois ali me deparei com inúmeras descobertas dentre elas a metodologia ativa e todos os desdobramentos na construção do processo de ensino aprendizagem. Descobri o quanto a temática da educação em saúde, numa perspectiva construtivista, fazia sentido para mim e vislumbrei mais uma grande área de interesse profissional.

Além disso, os questionamentos sobre necessidade de saúde da população, acessibilidade e modelos de atenção à saúde, implicados às esferas pública, privada e terceiro setor, ressoaram em um espaço crítico reflexivo de construções de saberes possibilitando que as aprendizagens sobre as temáticas abordadas fossem significativas. Assim, a realização deste mestrado profissional foi de suma importância para que eu pudesse, dentro das minhas competências enquanto profissional de saúde e tendo vivido a experiência na gestão do CAMS, aprofundar meus estudos em Saúde Pública podendo contribuir desta forma com o meio acadêmico, com o CAMS e com a sociedade.

O presente trabalho se configura como um estudo de caso e tem como ponto de partida a problematização de uma experiência de uma OSCIP (CAMS) e o desejo/necessidade de refletir sobre o papel desta na rede de

saúde de São Carlos; e daí a interface com o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de tratar-se de uma OSCIP, o enfoque dado ao estudo não se deteve no mérito da relação destas organizações com o SUS, mas sim buscou abordar as questões específicas do CAMS para então identificar os fluxos estabelecidos com a rede municipal de saúde. É importante pontuar que a minha presença enquanto pesquisadora no CAMS não coincidiu com o período que eu trabalhava na Associação. Os dados trabalhados, que estavam documentados, diziam respeito ao período que eu ainda integrava a equipe, no entanto o olhar de pesquisadora para os mesmos deu-se somente após o encerramento de minhas atividades no CAMS.

A dissertação que segue está organizada da seguinte forma:

Na introdução foram apresentados os temas pertinentes à este trabalho: Sistemas de saúde; Redes de Atenção à Saúde; Terceiro Setor; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) na interface com a saúde; RAS de São Carlos e Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS). A justificativa, objetivo geral e específicos vieram a seguir. O método contemplou os participantes da pesquisa; a fonte de dados; os instrumentos de investigação; como se deu a obtenção e sistematização dos dados; o processamento e análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa. Os resultados foram estruturados da seguinte maneira:

1. Caracterização da população que buscou o CAMS no período estudado segundo as variáveis: gênero; estado civil; idade; escolaridade; ocupação; plano de saúde e renda;
2. Classificação das triagens em aprovados, não aprovados e incompletos;
3. Comparações da renda familiar e per capita dos aprovados e não aprovados;
4. Identificação das demandas de pacientes que buscaram o CAMS por área profissional (qual serviço eles foram buscar);
5. Identificação da origem dos encaminhamentos (pública, privada ou outras) e do destino desses dentro do CAMS (áreas de atendimento).

A discussão foi desenvolvida concomitante à apresentação dos resultados e em seguida as considerações finais foram realizadas.

1. INTRODUÇÃO

1.1 – Sistemas de saúde

Sistemas de Saúde são construções sociais que objetivam garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, para os quais não teriam condições de prover por meios próprios (ELIAS, 2009). Assim, são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população (MENDES, 2011) que têm como compromisso garantir o acesso aos bens e serviços presentes em cada sociedade visando à manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

No Brasil, o processo de implementação de mudanças político-institucionais no campo da saúde, orientadas pelos princípios da Reforma Sanitária, iniciou antes da aprovação da nova constituição com a experiência das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, e dos Sistemas Descentralizados de Saúde (Suds), 1987, que iniciaram ações racionalizadoras visando promover a integração, a descentralização e a ampliação do acesso (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994). A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 garantiu o acesso universal e a integralidade da atenção no plano legal, extinguindo-se os serviços de assistência médica da previdência social e estabelecendo um sistema descentralizado com gestão compartilhada entre União, Estado e Municípios (CONILL, 2013). O princípio da universalidade assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde e o acesso aos serviços ofertados pelo sistema: garantindo a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS, além de exprimir a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira (MENDES, 1999).

Paralelo ao processo de implementação do SUS, desde 1991 desenrola-se um outro processo na mesma área porém de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, que resulta na aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 9.656, em 03 de junho de 1998 que levou à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 (SILVA, 2006). Esta reorganização resolve a omissão da própria Constituição Federal de 1988

e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, que não mencionaram a necessidade de regulação deste setor, e coloca o tema do mercado privado de saúde na agenda governamental (BAHIA e DI GIOVANNI, 2001).

Ainda que não estivesse regulamentado, o setor privado, no período de instituição do SUS, se apresentava de forma robusta tanto no campo da prestação de serviços, como no que dizia respeito ao asseguração privado (SANTOS et al., 2008). Conill (2013) afirma que a ausência de investimentos compatíveis à ampliação da cobertura pública favoreceu ainda mais o crescimento de seguros privados pertencentes ao segmento complementar. O caráter da relação complementar existente entre o setor público e privado leva a discussões e reflexões acerca de suas raízes constitutivas e do vínculo estabelecido. Ideologicamente verifica-se frequentemente uma distância posta na afirmação da diferença entre ser usuário do sistema público *versus* ser consumidor dos planos de saúde do sistema privado, de acordo com as estratégias e ações empregadas pelas corporações profissionais e pelos movimentos sociais ao disputarem, por exemplo, projetos e modos de organizar a assistência à saúde e à doença (SILVA, 2006). A composição público-privado presente no financiamento, prestação e utilização dos serviços de saúde caracteriza um sistema universal com cobertura duplicada e subsidiada, já que os gastos privados são descontados no imposto de renda. Segundo Santos e colaboradores (2008), a definição de complementar, com base na tipologia da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OECD, 2004) confirma o caráter incremental do seguro em relação ao sistema nacional de saúde brasileiro constituído pelo SUS, onde o acesso é universal e integral. Uma vez consagrado que os planos e seguros de saúde oferecem serviços paralelos aos do SUS, verifica-se que, além de complementar os serviços do SUS, o segmento de seguros privados também é duplicado quanto à cobertura de serviços de saúde (SANTOS et al., 2008). De acordo com Cordeiro e colaboradores (2011), essa situação culmina em desigualdades no acesso a serviços de saúde, dificuldades de coordenação e pressões tecnológicas e de consumo sobre o setor público. Para Ocké-Reis (2011) a existência de um sistema duplicado, com uma vertente pública e outra privada, onde os usuários da vertente privada são privilegiados com acesso aos serviços dos dois sistemas, esbarra diretamente no princípio de equidade,

dificultando sua viabilização. Para Barata (2008, p.28), compreender a temática das desigualdades em saúde implica em

adotar propostas baseadas no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos na elaboração de estratégias compensatórias. Tais estratégias devem considerar que as necessidades são diferentes e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua satisfação.

1.2 – Redes de Atenção à Saúde – RAS

O longo e conturbado processo de implementação e operacionalização do SUS no Brasil tem algumas características importantes, dentre elas a priorização da Atenção Primária à Saúde (APS). Neste modelo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é ordenado pela APS, compreendida como uma tendência de se inverter a priorização à saúde de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída com outros profissionais da saúde (DE ANDRADE et al., 2005). Neste contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira. Sua implementação aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Segundo Mendes (2011), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Para o autor, as RAS permitem ofertar uma atenção contínua e integral a população, coordenada pela APS, de forma humanizada e com equidade e responsabilidade sanitária e econômica.

As RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é a razão de ser da RAS colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Segundo

Halpern e Boulter (2000), a atenção à saúde baseada na população consiste na habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica e implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população, segundo os riscos, e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional que é composta pela APS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010). O terceiro e último elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde. Estes foram desenvolvidos devido à necessidade de mudança dos sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. Assim, as RAS visam superar os sistemas de atenção à saúde organizados de forma fragmentada voltados prioritariamente para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) adverte incisivamente que os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, por não acompanharem a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. A estimativa é que cerca de 20% a 40% do gasto total em saúde é desperdiçado por diversas formas de ineficiência havendo uma crise estrutural dos sistemas de saúde contemporâneos (WHO, 2010). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2011, p.13),

a crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados.

Com relação à estrutura das RAS, é importante ressaltar que existem outras concepções sobre sua organização, objetivo e funcionamento. Merhy (2013), por exemplo, as concebe de forma mais fluida problematizando seu

aspecto organizacional frente à necessidade de saúde e cuidado do usuário do sistema de saúde. O autor traz a discussão de rede a partir das lógicas analógica e digital e critica a articulação entre usuário, enquanto máquina não analógica, e as redes de cuidado segundo o paradigma consagrado de atenção primária, secundária, terciária, quaternária (lógica analógica). Segundo o autor, em algum momento as lógicas dos protocolos acabam se sobrepondo às necessidades do usuário o que o leva a se desencaixar dessa rede e sair nômade em busca de outra rede. Neste momento, ocorre um desencontro entre a demanda do usuário e o acolhimento pelo serviço. O usuário se torna, assim, uma rede viva de si próprio; constrói a sua própria rede, elegendo os caminhos a serem percorridos segundo às suas necessidades e expectativas de atendê-las. Para o autor, é esta rede viva, contextualizada na micropolítica dos encontros que compõe a sua existência, que deve ser observada para funcionar como guia do processo de construção da produção do cuidado em saúde (MERHY, 2014).

Dentre as diversas compreensões possíveis de rede, a concepção de rede viva defendida por Merhy foi adotada no presente trabalho para se pensar o aspecto formal e informal para a qualificação de existência ou pertencimento à RAS considerando como referência os encaminhamentos protocolares (lógica analógica) e os desencontros entre demanda do usuário e acolhimento dos serviços.

1.3 – Terceiro Setor

Para vincular esta discussão ao propósito desse estudo é necessário resgatar o surgimento do terceiro setor no Brasil e suas implicações posteriores. Este surgiu no país em um cenário de propostas de intervenção e organização do Estado, de forma a resgatar a autonomia financeira do mesmo e sua capacidade de implementar políticas públicas conjuntamente com a sociedade (CANABRAVA et al., 2007). Esta discussão adquiriu centralidade no decorrer dos anos 1990 com o imperativo de implantar novas formas de gestão pública, que permitissem a consecução das metas coletivas e viabilizassem formas alternativas de administrar a inserção na ordem globalizada (DINIZ,

2001). O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), foi o documento central que propôs a inovação dos instrumentos de política para os serviços sociais e a redefinição do papel do Estado, uma vez que este não conseguia atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social (BRASIL, 1998). De Oliveira e Junqueira (2003) apontam o aspecto partidário do setor governamental como um empecilho frente à sua função de prover respostas positivas às necessidades básicas de saúde da população. Segundo os autores, a dificuldade existe devido à concepção de governo como propriedade de partidos e não como administração política voltada para o benefício de toda a coletividade.

Ao analisar a complexa relação estabelecida entre Estado e mercado, Silva (2006) afirma que o primeiro deve restringir-se a um conjunto de funções específicas, porém genéricas o suficiente, para ficar longe de concorrer com o setor privado. O autor considera que neste processo, Estado e Mercado, enquanto setores representativos da dualidade público/privado são reconhecidos como instâncias antagônicas, separadas, distintas, embora permaneçam ligados pela trama social em que se estabelecem e que, simultaneamente, os estabelece. O antagonismo também se manifesta nas concepções relativas ao público/privado que se estendem aos seguintes pares de opostos: preventivo *versus* curativo; rede básica *versus* hospital; ações coletivas *versus* ação individual; saúde pública *versus* medicina; eficiência *versus* burocracia, descaso, filas e regulação. Segundo Junqueira (2004), a nova relação estabelecida entre Estado e Sociedade é intensificada em decorrência das pressões e demandas de pessoas e grupos organizados que buscam atender as necessidades sociais da população a partir de uma nova forma de gestão.

Ao terceiro setor estão destinadas as organizações sem fins lucrativos e não-governamentais que não são consideradas nem Estado e nem Mercado. São organizações públicas privadas, que não estão voltadas à distribuição de lucros para acionistas ou diretores, mas sim para a realização de interesses públicos, sem, no entanto, se vincularem diretamente ao aparato estatal. (JUNQUEIRA, 2004). Representam a iniciativa privada cidadã sem pautar-se

pelo paradigma mercantilista que valoriza fundamentalmente o lucro, mas pela ideia do bem-estar social da população. (DE OLIVEIRA e JUNQUEIRA, 2003).

Segundo Tenório (1999, p. 89), as organizações do terceiro setor são “agentes não-econômicos e não estatais que procuram atuar, coletiva e formalmente, para o bem-estar de uma comunidade ou sociedade local, sub-regional ou regional, nacional ou internacional”. Congregam, dessa forma, pessoas normalmente pertencentes a um mesmo território que buscam resolver os problemas sociais que os afetam (JUNQUEIRA, 2004).

Franco (1998) atribui às organizações do terceiro setor cinco características que: (i) estão fora da estrutura formal do Estado; (ii) não têm fins lucrativos; (iii) são constituídas por grupos de cidadãos na sociedade civil como pessoas de direito privado; (iv) são de adesão não-compulsória e (v) produzem bens e serviços de uso (interesse) coletivo.

Para Dowbor (1998, p. 426), as organizações sem fins lucrativos são “formas da sociedade civil assumir diretamente a resolução de alguns de seus problemas” sem esperar a intervenção do Estado ou dos agentes econômicos. Ao distinguir-se do Estado e diferenciar-se da lógica mercantil a sociedade civil, segundo Wolfe (1992 apud FERNANDES, 1997) forma, por assim dizer, um terceiro setor. De acordo com Fernandes (1997) a ideia de sociedade civil destaca um espaço próprio, não-governamental, de participação nas causas coletivas onde indivíduos e instituições particulares exerceriam a sua cidadania, de forma direta e autônoma. Estar na sociedade civil implicaria um sentido de vinculação com a cidadania, com seus direitos e deveres, num plano simbólico que é logicamente anterior ao obtido pela vinculação política, dada pela mediação dos órgãos de governo.

O terceiro setor apresenta uma grande diversidade interna, sendo constituído por organizações de várias magnitudes e categorias, desde pequenas associações locais a grandes conglomerados nacionais e internacionais (DE OLIVEIRA e JUNQUEIRA, 2003). Ao problematizar o desenvolvimento do Terceiro Setor, Gohn (2000, p. 60) afirma que:

é um tipo de ‘Frankenstein’: grande, heterogêneo, construído de pedaços, desajeitado, com múltiplas facetas. É contraditório, pois inclui tanto entidades progressistas como conservadoras. Abrange programas e projetos sociais que objetivam tanto a emancipação dos setores populares e a construção de uma

sociedade mais justa, igualitária, com justiça social, como programas meramente assistenciais, compensatórios, estruturados segundo ações estratégico-rationais, pautadas pela lógica de mercado. Um ponto em comum: todos falam em nome da cidadania.

No Brasil as entidades caracterizadas como sem fins lucrativos são constituídas sob a forma jurídica de associações e de fundações privadas pela lei 9.790/99 (BRASIL, 1999), podendo receber títulos de qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organização Social (OS), Utilidade Pública Municipal (UPM), Estadual (UPE) e Federal (UPF) e o Certificado de entidade beneficente de assistência social (CEBAS).

1.3.1. – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) na interface com a saúde

Nos serviços de saúde, a participação do terceiro setor converge para entidades com as seguintes disposições: Serviço Social Autônomo (ex. Associação das Pioneiras Sociais); Sociedades Científicas (ex. Sociedade Brasileira de Cardiologia); Sociedades Benéficas (hospitais filantrópicos); Congregações e Ordens Religiosas; Fundações Privadas, Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP (SILVA, 2014).

As OSCIP compõem típicas organizações não governamentais (ONGs) do Terceiro Setor que atuam primordialmente no âmbito comunitário. De acordo com o Art. 3º da Lei 9.790/99, para que recebam a qualificação de OSCIP é necessário que os objetivos sociais da organização tenham pelo menos uma das seguintes finalidades:

I - promoção da assistência social;

II - promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;

III - promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

V - promoção da segurança alimentar e nutricional;

VI - defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;

VII - promoção do voluntariado;

VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;

IX - experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;

X - promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;

XI - promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;

XII - estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas no Art. 3º da Lei 9.790/99;

XIII - estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a disponibilização e a implementação de tecnologias voltadas à mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte (BRASIL, 2014).

A qualificação de OSCIP é concedida pelo ministério da justiça após comprovação dos requisitos estatutários e conformidade documental (GRAEF e SALGADO, 2012) e visa o fortalecimento do Terceiro Setor a partir do reconhecimento das ONGs que respondem aos interesses públicos, ampliando as possibilidades de parceria (FERRAREZI e REZENDE, 2000).

Na área de saúde, a presença do terceiro setor é abrangente, no sentido que as instituições sem fins lucrativos desempenham uma gama de funções junto as instituições que compõem o sistema de saúde. Segundo Correia (2008), esta intrínseca relação advém das medidas de flexibilização e da transferência de serviços e recursos públicos para o terceiro setor. Para Oliveira (2014), esta transferência contraria o artigo 196 da Constituição Federal que diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A autora defende que ao delegar os serviços públicos para uma organização não governamental como uma OSCIP ou OS, que não fazem parte do poder

público, a prestação de serviço ficará circunscrita aos pactos estabelecidos nos contratos firmados, podendo ou não atender as necessidades expostas. Com um posicionamento ainda mais acentuado, Cunha (2017) compreende que com a implementação das OS e OSCIP houve uma violação pró-neoliberalismo no Brasil, uma vez que o sistema privado, de acordo com o art.199 da Constituição, só poderia atuar na saúde em caráter complementar e, segundo o autor, tem atuado de forma prioritária num âmbito que antes era de alçada pública. Bravo (2009) segue a mesma linha de raciocínio destacando que a continuidade de subsídios de fundo público destinados às OS e OSCIP com a criação de fundações e privatização de hospitais universitários (EBSRH) afrontam além da autonomia universitária, a estabilidade e desenvolvimento das condições de trabalho dos profissionais do SUS aumentando a precariedade do serviço e a terceirização. Contreiras e Matta (2015), também compactuam deste olhar ao afirmarem que para além de uma representação da sociedade civil ou de uma desinteressada filantropia, o terceiro setor se configura como um campo de forte atividade econômica; que se não gera lucros, gera receita, superávit, expansão, concentração e poder atendendo a interesses particulares.

Não obstante, Silva (2014, p.122) ponderadamente destaca duas possibilidades para as parcerias com o terceiro setor na área da saúde:

A primeira como uma privatização de fim em si mesmo, o que se constitui em uma crença, no sentido daquilo que são construções ideológicas que não carecem de demonstração; e a segunda como mais um instrumento, útil ou não, de acordo com a complexidade do contexto em que são implantadas.

Assim como Silva, no presente estudo, parte-se de um posicionamento investindo na possibilidade da utilidade deste trabalho sobre o objeto de estudo (CAMS), enquanto uma OSCIP integrante do terceiro setor, sem aprofundar as reflexões na polêmica supracitada. Utilidade esta que não se encerra no serviço desta OSCIP em questão; mas que alcança a RAS ao abordar as necessidades de saúde da população sinalizadas pelos encaminhamentos realizados por equipamentos públicos de saúde para o CAMS. Desta forma, tomando as necessidades de saúde da população, as condições e limites do acesso e a assistência prestada pelo SUS local, considerou-se para este

estudo a ideia de RAS que se aproxima da discussão de Merhy, na qual o usuário é um grande e estratégico definidor de produção de demandas, e de alguma forma aponta para fluxos formais e informais de cuidado em saúde.

1.4 – RAS de São Carlos

No contexto específico do município de São Carlos (SP), cenário deste estudo, a rede básica de atenção à saúde começou a ser formada em 1984 com a inauguração do Posto de Saúde Dr. Lauri Corsi, sendo este considerado o primeiro serviço municipal de saúde preventiva (MACHADO, 2007). A partir de então, teve início a expansão da rede municipal de postos de saúde, depois denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS). No período compreendido entre 1991 e 2000 a ampliação da rede se deu de forma não muito expressiva. A instalação do Programa de Saúde da Família e da Municipalização da Saúde – Gestão Plena iniciou em 1998, por meio de processos muito lentos, com nítidos movimentos de resistência à efetivação do SUS.

De acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 1/96), o processo de municipalização dá-se com a opção pela Gestão Plena da Atenção Básica, em que o município se responsabiliza por todas as ações básicas implementadas em sua área geográfica ou pela Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996). Em São Carlos, este processo se consolidou em julho de 1998 incluindo serviços públicos, um filantrópico conveniado e alguns contratados e conveniados (MACHADO, 2007).

Outro marco significativo da saúde municipal ocorreu em 2004 com a aprovação do projeto do Hospital Público Municipal, que também cumpre o papel de Hospital-escola e que começou a funcionar em novembro de 2007. O hospital-escola foi criado em uma parceria do sistema municipal de saúde e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com a finalidade de operar uma articulação sistematizada e reflexiva entre a prestação de serviço em saúde, aprendizagem profissional e a sociedade (RICCI et al., 2011).

Dobies e Fioroni (2010) diagnosticaram que a área da saúde sofreu um processo de mudança nos últimos anos em São Carlos decorrente de um maior investimento na Atenção Básica, entretanto, segundo os autores, estes

avanços foram insuficientes para atender adequadamente aos usuários. Atualmente, a RAS de São Carlos é composta por equipamentos públicos e conveniados, desde a atenção básica (AB) até a atenção hospitalar, urgência e emergência. Segundo dados da Prefeitura Municipal de São Carlos (SÃO CARLOS, 2017) fazem parte da RAS municipal: 1 Hospital-Universitário - UFSCar (gerido pela EBSEH); 1 Hospital da Santa Casa (prestador SUS, conveniado e privado); 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 23 equipes de Saúde da Família (ESF); 1 Ambulatório Oncológico; 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD, CAPS i.); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro Municipal de Especialidades (CEME); Serviço de Remoção Externa ao Município, realizado pelo CEME; Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC) “Ana Cláudia Lucato Cianflone”; Divisão de Vigilância Sanitária e Divisão de Vigilância Epidemiológica, responsáveis pelos programas de controle da dengue, da raiva e de doenças exantemáticas, pelo programa de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), pelo atendimento das doenças de notificação obrigatória na divisão, pelo fornecimento de dados estatísticos e epidemiológicos e pela emissão do certificado internacional de vacinação ou profilaxia (CIVP).

Estes serviços oferecidos no município foram mensurados com uma pontuação de 5,28 no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), um instrumento criado pelo Ministério da Saúde que visa avaliar a estrutura da saúde no território brasileiro quanto à: universalidade do acesso, integralidade, igualdade, resolubilidade e equidade da atenção, descentralização com comando único por esfera de gestão, responsabilidade tripartite, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Esta avaliação se dá a partir de 24 indicadores distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência que visam aferir o acesso potencial (que permite inferir a oferta potencial de atendimentos), o acesso obtido (medido através dos atendimentos realizados) e a efetividade (que revela o grau com que serviços e ações atingem os resultados esperados). O resultado obtido colocou a saúde em São Carlos abaixo da média nacional - 5,4, e também do estado de São Paulo - 5,77 (BRASIL, 2012). Mesmo que o índice supracitado deva ser utilizado com

cautela pela enorme desigualdade regional no Brasil, sua aplicação é um importante instrumento para alinhar administrações estaduais e municipais de saúde em torno de alguns objetivos de desenvolvimento (MÉDICI, 2014) e também por permitir a visualização da estrutura da saúde na conjuntura nacional. A baixa média nacional do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde e a respectiva carência do setor (BRASIL, 2012) podem estar associadas com outro fato registrado em distintas localidades brasileiras, onde se observa que as iniciativas privadas de utilidade pública do terceiro setor vêm assumindo um papel importante ao complementar os cuidados a saúde oferecidos pela rede pública, ainda que a Constituição Federal de 1988, art. 196, determine que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Retratando o resultado da saúde em São Carlos obtido no IDSUS, pode-se citar os serviços exclusivos aos cuidados em saúde mental do município. As fragilidades no atendimento em saúde mental, de alguma maneira, deixaram lacunas na prestação de serviços devido ao formato, carência ou inadequação do serviço e acabaram favorecendo a ampliação do terceiro setor. Antes de 2016 (período compatível a coleta dos dados deste trabalho), muitas demandas de cuidado em saúde mental eram respondidas a partir do modelo de psicoterapia breve individual pelos psicólogos distribuídos nos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) e UBS, exceto o matriciamento, realizado pela única psicóloga no único Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. Havia também psicólogos atuando no CAPS II e CAPS AD, dois em cada equipamento; 4 profissionais psi nas Administrações Regionais de Saúde (ARES) e 1 no NASF; e outros 4 nos serviços especializados (CEME, CAIC, ONCOLOGIA). Para situações de menor gravidade, que não configuram transtorno mental grave, as demandas eram e continuam sendo muitas, as ofertas insuficientes e por vezes inadequadas. Observa-se ainda, que existem muitas dificuldades e resistências de profissionais não psi em lidarem com demandas desta natureza. Em 2016 o cenário da saúde mental em São Carlos começou a mudar com a capacitação dos profissionais da rede de atenção psicossocial (RAPS) e da atenção básica e em 2017 a mudança se concretizou com o ganho de alguns reforços: Os três CAPS da cidade estão fazendo matriciamento em saúde mental para as unidades de saúde da família (USF) e UBS das cinco regionais de saúde, além das equipes multiprofissionais nas

UBS e NASF com atendimento psiquiátrico no Hospital Universitário da UFSCar, nos CAPS e nas UBS.

1.5 – Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS)

O presente estudo lança luz sobre a associação do Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS) e sua relação com o sistema público de saúde municipal. O CAMS representa um modelo específico de cuidado, caracterizando-se como uma iniciativa privada de utilidade pública na área da saúde, produzindo serviços de interesse coletivo. É uma associação civil de caráter humanitário e sem fins lucrativos que realiza atendimentos multidisciplinares direcionados a população de baixa renda na cidade de São Carlos. Foi fundada em 19 de Setembro de 2007 e tem como principal objetivo a promoção da saúde da população que não tem condições de arcar com um atendimento privado e que, não consegue acesso ou atendimento satisfatório na rede pública de saúde. Em abril de 2010, o CAMS conquistou o Título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), nos termos da Lei número 9.790, de 23 de março de 1999 (BRASIL, 1999). Esta lei traz a possibilidade das pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos serem qualificadas, pelo Poder Público, como OSCIP e poderem com ele relacionar-se por meio de parceria, desde que os seus objetivos sociais e as normas estatutárias atendam aos requisitos da lei.

Para os efeitos desta Lei, considera-se sem fins lucrativos a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social. Em novembro de 2012 o CAMS foi declarado utilidade pública pela Lei Municipal número 16.430 que teve sua publicação no Diário Oficial do Município, na edição de 2 de novembro de 2012. Sendo assim, em termos legais o CAMS compõe uma rede complementar de atenção à saúde, no entanto as características desta relação com a rede pública ainda não são evidentes. O

serviço recebe uma demanda significativa por cuidados em saúde mental, reabilitação física e psicossocial o que permite empiricamente considerar que desempenha um importante papel na resposta a algumas necessidades de saúde. No entanto, como não existem relações formais de parceria com os equipamentos públicos de saúde, faz-se necessário investigar e sistematizar a demanda e as relações informais com tais equipamentos, o que possibilitará aprimorar a qualidade e o modelo de trabalho desenvolvido na Associação. As pessoas que buscam atendimento nesta OSCIP passam inicialmente por uma triagem socioeconômica junto à instituição que é realizada por uma psicóloga da equipe. É sempre a mesma profissional que faz a triagem e quando há dúvidas quanto ao encaminhamento a ser tomado o caso é levado para avaliação junto à diretoria da Associação. Na ocasião da triagem, entre outras informações básicas, é verificado através da aplicação de um questionário estruturado se o paciente se encaixa no perfil da entidade, ou seja, se não teria condições de arcar com um tratamento particular, sendo assim o aspecto socioeconômico o corte para aprovação ou não na triagem. Paradoxalmente à natureza filantrópica da Associação, os atendimentos ainda não se sustentam de forma gratuita, uma vez que o CAMS não realizou parcerias públicas nem privadas. Sendo assim, é praticado o valor de uma mensalidade, que varia de acordo com o número de atendimentos realizados na semana. O valor mensal para pacientes atendidos semanalmente é de R\$120,00.

De acordo com o estatuto social do CAMS, este tem por finalidade a defesa, preservação e conservação da saúde do ser humano como garantia da qualidade de vida; estudos e pesquisas; promoção de saúde; promoção do desenvolvimento social; reunir as pessoas portadoras de necessidades especiais e promover campanhas cívicas e públicas para a recuperação das pessoas portadoras de deficiência física. No desenvolvimento de suas atividades, o CAMS preconiza os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência. A dedicação às atividades exercidas na Associação se dá por meio da execução direta de projetos, programas ou planos de ações, mediante a doação de recursos físicos e humanos.

O CAMS é administrado por uma Diretoria que é o órgão executor e administrativo da entidade e é formado por uma Presidente, uma Secretária e

uma Tesoureira. Além da Diretoria existem três Conselheiras Fiscais que auxiliam e fiscalizam as questões financeiras da Associação. Uma Assembleia Geral é realizada mensalmente com a participação de toda a equipe para as decisões que cabem à coletividade.

O modelo de trabalho no CAMS segue as orientações estipuladas pelos Conselhos Federais das classes profissionais ofertadas na Associação. É um modelo de cuidado individual, ambulatorial e centrado na queixa. Os direitos e deveres dos associados, bem como dos profissionais, são copiados de suas fontes originais (Estatuto Social e Regimento Interno) sintetizados e disponibilizados no início do atendimento.

Uma parcela significativa da clientela que procura o CAMS vem de encaminhamentos de instituições que compõe a rede de atenção à saúde, tais como UBS, USF e CAPS. Referências também são realizadas por outros serviços como Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE-UFSCar); Hospital Universitário (HU-UFSCar); Núcleo de Atenção e Prevenção em Saúde da Unimed (NAPS) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Entretanto, não foram verificados quais aspectos estão relacionados ao direcionamento de pacientes ao CAMS.

2. JUSTIFICATIVA

A ressignificação da cidadania sob a ótica da participação, do exercício civil e da responsabilidade social do cidadão homogeniza os atores por tratar dos deveres além dos direitos dos cidadãos (GOHN, 2004). Deveres estes que envolvem a responsabilidade do cidadão em esferas públicas através das parcerias com as políticas vigentes e que implicam em ganhos e riscos. O ganho refere-se ao reconhecimento de novos atores em cena, que exercitam a cidadania de forma direta e autônoma (FERNANDES, 1997), como pode ser o caso das ONGs pertencentes ao terceiro setor. O risco é a implicação disso para o poder público estatal com relação aos seus deveres perante à sociedade (op cit, 2004).

No âmbito da saúde, por exemplo, se por um lado as relações entre o terceiro setor e as políticas públicas são abrangentes e podem facilitar de diversas maneiras os processos de saúde; por outro lado, elas são fruto de controvérsia em decorrência do não cumprimento do artigo 196 da Constituição Federal que diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado (CORREIA, 2008; OLIVEIRA, 2014). A crítica se estende ainda para os diferentes tipos de contratos existentes entre o poder público e as organizações não governamentais, os quais podem comprometer o atendimento de saúde da população (op cit, 2014).

Tais relações podem ser frequentes no campo de saúde pública, sendo as mesmas mantidas por parcerias formalizadas ou mesmo por acordos não formais entre as instituições e indivíduos que atuam em ambos os lados (saúde pública e terceiro setor).

Como exemplo desta relação e da flexibilidade da mesma, pode-se empregar o caso das OSCIP, que compõem típicas ONGs do Terceiro Setor atuantes primordialmente no âmbito comunitário, podendo ou não trabalhar em parceria com a rede pública para complementar os serviços ofertados (JUNQUEIRA, 2004). Tratam-se de organizações públicas privadas que procuram atuar, coletiva e formalmente, para o bem-estar de uma comunidade ou sociedade local voltadas assim para a realização de interesses públicos (TENÓRIO, 1999; op cit, 2004). E por congregarem pessoas pertencentes a um

mesmo território buscam, normalmente, resolver problemas sociais que os afetam (op cit, 2004).

Pelo fato da atuação do terceiro setor na saúde pública brasileira ser relativamente nova (década de 1990), há uma carência de informações sobre o assunto, principalmente de casos nos quais as organizações do terceiro setor prestam serviços de saúde multidisciplinares e especializados pertencentes portanto ao nível secundário de atenção à saúde.

Neste sentido, o presente trabalho buscou investigar esta relação a partir do estudo de caso de uma OSCIP da cidade de São Carlos que, direta ou indiretamente, é referenciada pelos serviços públicos de saúde do município, sem que haja nenhuma parceria firmada com o mesmo. Mais especificamente, este trabalho buscou investigar a articulação existente entre CAMS e SUS por meio da descrição e caracterização da população atendida no CAMS, bem como a forma que ocorreu esta procura e o serviço buscado.

Por receber uma demanda significativa por cuidados em saúde mental, reabilitação física e psicossocial de uma população com perfil socioeconômico bastante similar ao do usuário exclusivo do SUS, ou seja que não possui outras alternativas de serviços de saúde, inferiu-se que além do CAMS desempenhar um importante papel na resposta a algumas necessidades de saúde ele também poderia estar respondendo às lacunas do SUS.

Para além dessa hipótese, mas também ao encontro dela, o acesso ao CAMS se deu por diferentes formas, dentre elas por encaminhamentos de serviços públicos o que suscitou questionamentos sobre os modelos de atenção praticados no CAMS e no SUS e possíveis sobrecargas no SUS. Para Abreu e Jesus (2006) a definição de acesso atrelada aos serviços de saúde pode ser entendida como a porta de entrada, o local eleito para acolhimento de suas necessidades bem como os caminhos percorridos no sistema buscando a resolução das mesmas.

Sem a pretensão de esgotar, mas lançar luz ao assunto aqui abordado, tais questionamentos têm como recorte inicial a relação do Terceiro Setor com as políticas públicas na área da saúde a partir de um estudo de caso. As implicações locais, dentro do próprio serviço CAMS, e da rede municipal, ao se pensar sobre a RAS São Carlos e suas lacunas, bem como a crescente

inserção do terceiro setor no Estado, além da escassez de pesquisas descritas na literatura, desta natureza, justificam a realização deste estudo.

3. OBJETIVOS

3.1 – Objetivo Geral

Analisar a articulação existente entre SUS local e CAMS a partir do perfil dos usuários e suas demandas.

3.2 – Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico do público que procurou o CAMS;
- Descrever as demandas¹ dos pacientes que buscaram o CAMS;
- Identificar os fluxos estabelecidos entre os serviços municipais de saúde e o CAMS.

¹ Por demandas entende-se o(s) tipo de serviço(s) que o paciente relata buscar

4. MÉTODO

Diante dos objetivos propostos esta pesquisa em saúde se configura como um estudo de caso (caso CAMS) de recorte descritivo transversal, que visa investigar a realidade (demanda de atenção em saúde) através da construção de um quadro descritivo de dados empíricos (documentais). O recorte metodológico proposto busca atender aos objetivos de caracterizar um serviço de saúde do terceiro setor e o universo de pessoas que o procura, em um intervalo determinado de tempo. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2006) a pesquisa transversal refere-se ao estudo epidemiológico onde fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico, entendendo a situação de determinada população como um instantâneo da realidade.

4.1 – Campo empírico do estudo – CAMS

Conforme descrito anteriormente, o CAMS é uma associação civil de caráter humanitário, sem fins lucrativos, que oferece serviços de saúde para a população de baixa renda na cidade de São Carlos. É uma iniciativa privada de utilidade pública que produz serviços de interesse coletivo e recebeu o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em abril de 2010 (BRASIL, 1999).

Atualmente, 12 profissionais trabalham no CAMS, sendo 04 fisioterapeutas, 02 fonoaudiólogas, 03 psicólogas, 02 psicopedagogas e 01 secretário. São realizados, semanalmente, 176 atendimentos, totalizando 704 atendimentos mensais. Quando os dados foram coletados em 2015, o CAMS contava com 14 profissionais sendo 04 fisioterapeutas, 02 fonoaudiólogas, 04 psicólogas, 01 psicopedagoga, 01 terapeuta ocupacional, 01 nutricionista e 01 secretário. Semanalmente eram realizados 180 atendimentos, com um total de 720 atendimentos mensais.

Como ferramenta de organização do serviço, existe uma triagem inicial que é utilizada para checar as condições socioeconômicas dos cidadãos que buscam o CAMS. Tendo o perfil aprovado, o paciente é encaminhado para a

avaliação com o profissional da área solicitada, que determinará a frequência do atendimento por semana. O valor da mensalidade para pacientes atendidos 1 vez por semana é de R\$120,00.

4.2 – Participantes da pesquisa – fonte de dados

Este estudo é de base empírica e teve como fonte de dados os documentos (fichas de triagem) usados pela instituição/campo empírico (CAMS) para receber as pessoas que buscam o serviço de forma espontânea ou a partir de encaminhamentos. Para os propósitos do trabalho optou-se por um recorte temporal de 1 ano na seleção das fichas, considerado de julho de 2013 a junho de 2014. Neste sentido, compreende-se que os participantes do estudo são, indiretamente, as pessoas que buscaram por algum atendimento em saúde ofertado pelo CAMS, e diretamente, os dados das fichas de triagem, especialmente as demandas por atendimento e o perfil socioeconômico.

4.3 – Instrumentos de investigação

Na fase exploratória foi realizado um levantamento no acervo documental do CAMS, mais especificamente nos documentos relativos às triagens socioeconômicas que ocorreram durante o período de julho de 2013 até junho de 2014. As fichas de triagens (Anexo 1) não caracterizam prontuário clínico, mas configuram um instrumento investigativo de dados sócio demográficos e de solicitação do tipo de serviço em saúde procurado. Tais fichas ficam arquivadas no CAMS e compreendem situações de pacientes que estão em atendimento e situações onde os atendimentos já foram encerrados.

4.4 – Obtenção e sistematização de dados

Para a obtenção dos dados, a pesquisadora construiu um roteiro de investigação documental (Apêndice 1) pautado nos objetivos específicos da

pesquisa. Neste instrumento, destacam-se dados a respeito do serviço buscado, das origens dos encaminhamentos, dados pessoais e socioeconômicos.

Os dados obtidos foram sistematizados em uma matriz na forma de tabela do *Microsoft Office Excel* (Apêndice 2). As informações dispostas nas colunas foram das variáveis estudadas, enquanto os dados individuais (observações) foram dispostos em linhas na matriz.

4.5 – Processamento e análise dos dados

A partir dos dados levantados na fase exploratória foi realizada uma caracterização da população que procurou o CAMS no período estudado. As variáveis de estudo foram: gênero; estado civil; idade; escolaridade – nível de instrução; ocupação; plano de saúde e renda (per capita e familiar).

A análise das mesmas prosseguiu da seguinte forma: para a variável gênero foram calculadas as frequências absoluta e relativa (%) dos indivíduos do sexo feminino e masculino da amostra.

O estado civil foi analisado de acordo com as categorias: solteiros; casados, viúvos e divorciados/separados, que foram as categorias presentes na ficha de triagem.

Na análise da variável idade, inicialmente se separou a população amostral por faixas através de dezoito classes etárias com intervalo de 5 anos, o qual buscou contemplar as fases de desenvolvimento infanto-juvenil (primeira infância; infância; adolescência e juventude) e a vida adulta como um todo. Ainda, a separação etária por classes de tamanho idênticos permitiu uma análise de dados mais igualitária e a obtenção de resultados mais fidedignos com a proposta deste trabalho.

A variável escolaridade foi estudada analisando-se as informações sobre o grau de escolaridade e a situação escolar. No que tange ao grau de escolaridade, discriminou-se as observações da amostra do seguinte modo inicialmente: ensinos fundamental, médio e superior. Além destas, adicionou-se as classes de educação especial, pré-escola, ensino médio profissionalizante e analfabetos, uma vez que a ocorrência deste público foi verificada na amostra.

Posteriormente, observou-se a situação escolar (*i.e.*: completo, incompleto e cursando) dos ensinos fundamental, médio e superior, presentes nas fichas de triagem. Assim, gerou-se as categorias utilizadas na análise da variável escolaridade (*e.g.*: ensino médio - completo ou ensino médio - incompleto ou ensino médio - cursando). A situação incompleto refere-se àqueles que interromperam/abandonaram o estudo.

Com o propósito de comparar os resultados da pesquisa com a Síntese de Indicadores 2014, realizada pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os dados foram trabalhados segundo o critério estipulado pelo IBGE para calcular o nível de instrução de pessoas de 25 anos ou mais. Este critério visa evitar que pessoas pertencentes aos grupos etários do processo regular de escolarização sejam consideradas (IBGE, 2015). Apenas os três maiores resultados desta pesquisa e da pesquisa nacional realizada pelo PNAD no ano de 2014 foram considerados comparativamente e as categorias seguiram o formato padrão de ensinos fundamental, médio e superior - completos ou incompletos.

Para a variável ocupação foram estimadas as frequências absolutas e relativas (%) das seguintes categorias: ativa profissionalmente; inativa profissionalmente e estudantes. Considerou-se ativo o sujeito que trabalha; inativo os que estão aposentados, afastados ou que não trabalham e estudantes todos que frequentam a creche, escola ou universidade, da pré-escola à pós-graduação.

A variável plano de saúde foi analisada por meio da estimativa do percentual de pessoas que possuíam plano de saúde privado e de pessoas que não possuíam. Estes dados foram confrontados com a média da renda *per capita* dos grupos com plano de saúde privado e sem plano de saúde privado para verificar a relação que existe entre eles.

Com relação à variável renda, o universo de pessoas que passaram pela triagem foi submetido a uma caracterização econômica pela renda familiar e classe social, bem como pela renda *per capita* em salários mínimos. Inicialmente, os indivíduos foram categorizados de acordo com sua renda familiar em classes sociais A, B, C, D e E (CPS/FGV, 2015). A seguir, a frequência de ocorrência sujeitos triados pertencentes às referidas classes

sociais foram contabilizadas nos grupos de indivíduos aprovados ou reprovados nas triagens, de modo a ilustrar a composição destes grupos em termos socioeconômicos. De forma a complementar a análise da renda familiar foram estimados os valores da média e o respectivo desvio padrão (+/-) para os grupos de aprovados e reprovados.

Buscando-se checar se houve relação entre a renda familiar e a reprovação no processo de triagem, estimou-se a porcentagem dos reprovados em cada uma das classes sociais acima descritas e confrontou-se tais informações com a média de renda destas classes. Empregou-se o teste de correlação de Pearson ($p=0,05$) para se checar a significância desta correlação.

Em seguida, a renda *per capita* foi utilizada para classificar a população estudada em termos de salários mínimos. As classes foram estipuladas buscando-se evidenciar especificamente a frequência relativa dos grupos que recebem: até 1 salário mínimo; de 1 a 2 salário mínimo; de 2 a 3; de 3 a 4; de 4 a 5 e de 5 a 6 salários mínimos.

Finalizada a caracterização da amostra, os dados foram classificados buscando identificar as seguintes categorias de pacientes:

- 1) Aprovados na triagem socioeconômica, ou seja, se encaixaram no perfil da Associação;
- 2) Não aprovados na triagem socioeconômica, ou seja, não se encaixaram no perfil da Associação;
- 3) Pacientes que tiveram suas triagens incompletas por não fornecerem os dados necessários para finalizar o processo.

As categorias foram quantificadas e estimadas suas frequências absolutas e relativas (%).

Na sequência, foi feita uma comparação de renda *per capita* dos “aprovados” na triagem com os “não aprovados” de modo a se evidenciar possíveis diferenças socioeconômicas dos grupos formados. Os valores de renda dos grupos de aprovados e não aprovados foram utilizadas na elaboração de gráficos *Box Plot* (ZAR, 1999), buscando ilustrar possíveis diferenças na estatística descritiva dos conjuntos de dados. Além da comparação da estatística descritiva dos agrupamentos, foi empregado um

teste estatístico para se checar se existe diferença significativa nas rendas dos agrupamentos de aprovados e não aprovados. Inicialmente as amostras passaram por um teste de normalidade (Shapiro-Wilk) para se balizar a escolha do teste comparativo. Pelo fato das amostras não possuírem distribuição normal ($p < 0,05$) utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney com significância de 0,05% e grau de liberdade $n-1$ (ZAR, 1999) para comparação das duas amostras. Todas as análises estatísticas descritas foram feitas no software *R*.

Outro dado proveniente desta análise documental foi a frequência relativa da procura de atendimentos por área oferecida no CAMS. Após esta etapa, os serviços mais procurados foram descritos segundo suas lógicas de funcionamento.

Identificou-se ainda os indicadores quantitativos dos encaminhamentos realizados, os quais foram qualificados como formal, informal e espontâneo. O encaminhamento formal engloba as referências, documentadas ou não, realizadas pela rede pública de atenção à saúde e por outros profissionais e/ou instituições. Já o informal compreende as indicações realizadas por terceiros (e.g familiares e/ou amigos). Por fim, o encaminhamento espontâneo se caracteriza como aquele onde o paciente se dirigiu espontaneamente para o CAMS. Os dados foram quantificados e suas frequências absolutas e relativas (%) foram estimadas.

Em seguida identificou-se a origem dos encaminhamentos formais de pacientes ao CAMS pelas categorias pública, privada e outros. Entende-se por encaminhamentos públicos aqueles que vieram provenientes de serviços públicos oferecidos pela rede municipal. Os encaminhamentos privados representam as indicações realizadas por profissionais da saúde autônomos e serviços privados. A categoria outros retrata os encaminhamentos realizados por profissionais que trabalham ou trabalharam no CAMS. Foi verificada a existência de plano de saúde particular nos grupos encaminhados pelo serviço público, privado e outros buscando-se uma compreensão sobre as alternativas de serviços de saúde presentes em cada grupo.

Os encaminhamentos públicos foram discriminados visando-se identificar os serviços específicos da rede que referenciaram o CAMS. Esta classificação foi quantificada e permitiu um mapeamento de

serviços/instituições que, de forma mais significativa, encaminham pacientes ao CAMS.

Outro dado relevante foi o destino desses encaminhamentos formais (públicos, privados e outros) por área de atendimento no CAMS. A partir disso foi possível verificar o número de pessoas encaminhadas por serviço e para que área se deu este encaminhamento. Devido à possibilidade de novas queixas serem relatadas na triagem, nem sempre o número de pacientes encaminhados condiz com o número de atendimentos/áreas à que foram dirigidos no CAMS.

Todas as etapas descritas nesta seção estão ilustradas nos fluxogramas apresentados na Figura A.

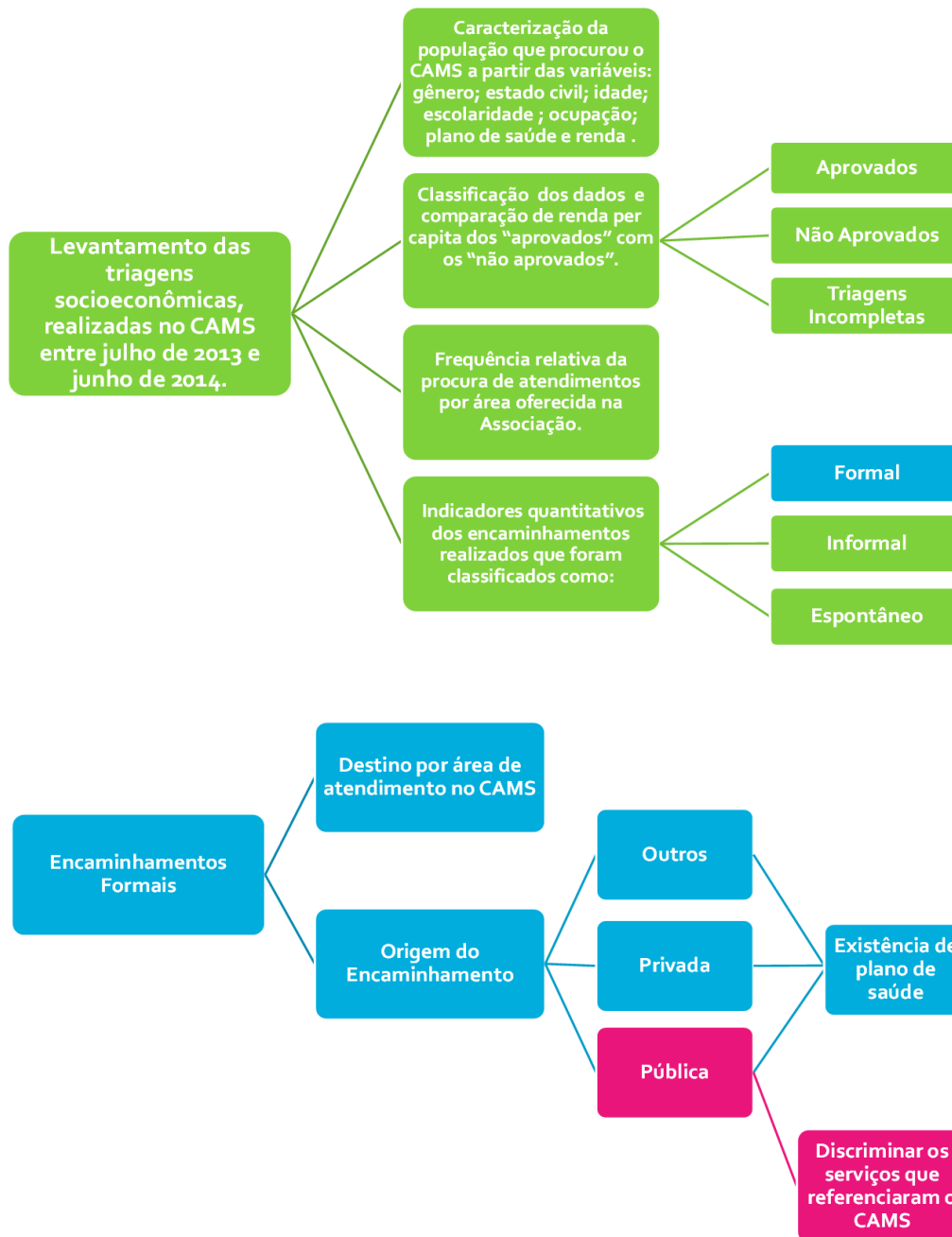


Figura A – Fluxograma da obtenção, sistematização e processamento dos dados

Os dados resultantes foram discutidos apoiados nos conceitos teóricos que nortearam a elaboração desta pesquisa, tais como as necessidades de saúde da população, o acesso e direito a saúde pela sociedade civil, e o papel das OSCIPs na saúde. E as variáveis obtidas foram analisadas individualmente e, em alguns casos, associadas para melhor evidenciar um retrato da população estudada.

4.6 – Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) sob parecer 1149664 na data 15 de julho de 2015 (Anexo 2).

Todos os dados colhidos na fase exploratória de análise documental foram tratados com sigilo, preservando a identidade das pessoas que buscaram o serviço no período recortado pela pesquisa (julho de 2013 a junho de 2014).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 – Caracterização da população que buscou o CAMS no período estudado

No período compreendido entre julho de 2013 e junho de 2014 foram realizadas 226 triagens no CAMS.

Os resultados obtidos demonstraram que a população foi composta por 226 indivíduos, sendo 122 do sexo feminino (53,98%) e 104 (46,02%) do sexo masculino, fato que se iguala aos resultados do estudo de Fernandes e colaboradores (2009).

Observou-se na Figura B que até os 15 anos o gênero masculino foi predominante nos entrevistados. Já no intervalo compreendido entre 16 e 35 anos, notou-se uma inversão deste padrão, com uma maior quantidade de indivíduos do sexo feminino buscando atendimento no CAMS, resultado esse compatível aos achados no estudo de Travassos e colaboradores (2002) sobre a utilização de serviços de saúde no Brasil. Nas faixas etárias seguintes o gênero feminino manteve-se sobressalente, ainda que em alguns intervalos esta diferença ficasse praticamente nula (56 – 60 anos), mínima (36 – 50; 56 – 65 anos) ou bastante acentuada (51 – 55 anos).

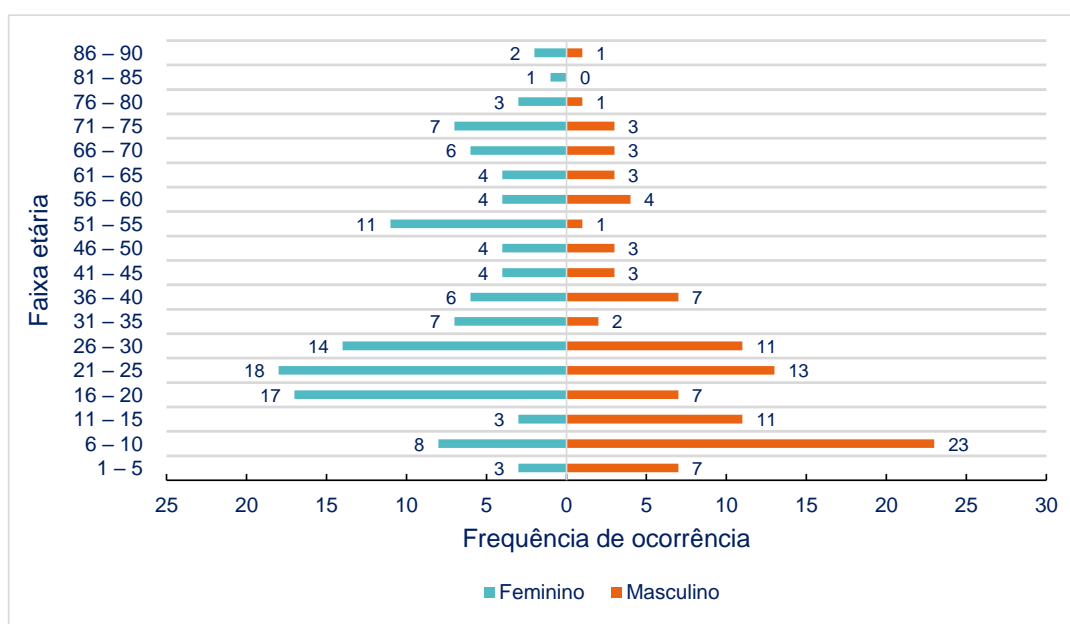


Figura B – Frequências absolutas dos gêneros da amostra distribuídos por faixa etária

Esses resultados permitem uma reflexão acerca de cuidado no que diz respeito às percepções das necessidades de saúde vivenciado por homens e mulheres. Fernandes e colaboradores (2009) afirmam que as mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, uma vez que possuem mais acesso às informações em saúde. Segundo Pinheiro e colaboradores (2002), as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais os serviços de saúde, embora estas vivam mais do que os homens. A maior procura pode estar relacionada à saúde reprodutiva, além do fato das mulheres avaliarem seu estado de saúde de forma mais negativa que os homens (TRAVASSOS et al., 2002). Verbrugge (1989 apud Pinheiro et al., 2002) enfatiza os aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde como uma possível explicação de diferenças na saúde entre homens e mulheres.

Vale ressaltar, que os indivíduos abaixo dos 15 anos (intervalo em que a busca por atendimento no CAMS foi mais significativa no gênero masculino) dificilmente encaminham-se sem o acompanhamento dos responsáveis em busca de cuidados em saúde. Nestes casos, as necessidades de saúde dos meninos geralmente são identificadas e comunicadas pelas mães ou cuidadoras corroborando que as mulheres encontram-se mais atentas e disponíveis para estas questões. Comparando a procura de atendimento entre meninos abaixo de 15 anos (18,15%) e mulheres adultas entre 26 e 60 anos (22,12%) nota-se que apesar da extensão dos intervalos serem distintas (15 anos para meninos e 34 anos para mulheres) os valores estão próximos.

Mais da metade do público que buscou atendimento no CAMS no período estudado possuíam idade inferior a 30 anos (59,73%). As faixas etárias compreendidas entre 6 – 10 anos (+ meninos) e 21 – 25 anos (+mulheres) configuraram-se como os intervalos etários que mais buscaram atendimento no CAMS no período estudado, representando ambos intervalos 13,72% do total. Em seguida, as classes mais numerosas foram de 16 – 20 anos (10,62%) e 26 – 30 anos (11,06%), ambas com mais mulheres do que homens. As demais faixas etárias apresentaram valores abaixo de 10% conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas por faixa etária e gênero

Faixa etária	Frequência		Gênero			
			Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
1 – 5 anos	10	4,42	3	1,33	7	3,10
6 – 10 anos	31	13,72	8	3,54	23	10,18
11 – 15 anos	14	6,19	3	1,33	11	4,87
16 – 20 anos	24	10,62	17	7,52	7	3,10
21 – 25 anos	31	13,72	18	7,96	13	5,75
26 – 30 anos	25	11,06	14	6,19	11	4,87
31 – 35 anos	9	3,98	7	3,10	2	0,88
36 – 40 anos	13	5,75	6	2,65	7	3,10
41 – 45 anos	7	3,10	4	1,77	3	1,33
46 – 50 anos	7	3,10	4	1,77	3	1,33
51 – 55 anos	12	5,31	11	4,87	1	0,44
56 – 60 anos	8	3,54	4	1,77	4	1,77
61 – 65 anos	7	3,10	4	1,77	3	1,33
66 – 70 anos	9	3,98	6	2,65	3	1,33
71 – 75 anos	10	4,42	7	3,10	3	1,33
76 – 80 anos	4	1,77	3	1,33	1	0,44
81 – 85 anos	1	0,44	1	0,44	0	0,00
86 – 90 anos	3	1,33	2	0,88	1	0,44
Dados em branco	1	0,44	0	0	1	0,44
Total	226	100	122	53,98	104	46,02

É possível que a maior demanda encontrada neste estudo das idades inferiores a 30 anos tenha relação direta com os serviços específicos oferecidos no CAMS em contrapartida aos oferecidos pela RAS. Das quatro áreas de atendimento oferecidas no CAMS duas (Psicopedagogia e Fonoaudiologia) são bastante específicas ao atendimento infanto-juvenil devido ao fato dessas necessidades evidenciarem-se primordialmente na fase escolar.

Quanto à escolaridade, a população estudada apresentou maior proporção de pessoas que cursaram o ensino fundamental (17,26%) e que possuem o ensino médio completo (16,81%), conforme ilustra a Tabela 2. Nestes dois níveis de escolaridade, nota-se a inversão de predominância de gênero citada acima, configurando-se portanto como um dado dependente do apresentado anteriormente. O gênero masculino predomina entre aqueles que cursam o ensino fundamental e, portanto, menores que 15 anos. Já entre os que possuem o ensino médio completo, notou-se uma quantidade maior de mulheres do que homens. Como este nível retrata aqueles que interromperam

seus estudos após a conclusão do ensino médio, as idades podem e invariavelmente são diversas.

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas do nível de escolaridade e gênero

Escolaridade	Frequência		Gênero			
			Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Analfabetos	4	1,77	2	0,88	2	0,88
Educação Especial	5	2,21	3	1,33	2	0,88
Pré-escola	5	2,21	1	0,44	4	1,77
Ensino Fundamental - Cursando	39	17,26	9	3,98	30	13,27
Ensino Fundamental – Incompleto	28	12,39	16	7,08	12	5,31
Ensino Fundamental - Completo	16	7,08	11	4,87	5	2,21
Ensino Médio - Cursando	13	5,75	9	3,98	4	1,77
Ensino Médio – Incompleto	8	3,54	3	1,33	5	2,21
Ensino Médio – Completo	38	16,81	24	10,62	14	6,19
Ensino Médio - Profissionalizante	3	1,33	1	0,44	2	0,88
Ensino Superior – Cursando	20	8,85	14	6,19	6	2,65
Ensino Superior – Incompleto	4	1,77	3	1,33	1	0,44
Ensino Superior – Completo	27	11,95	18	7,96	9	3,98
Dados em branco	16	7,08	8	3,54	8	3,54
Total	226	100	122	53,98	104	46,02

Observou-se também na amostra que 28 indivíduos interromperam seus estudos no ensino fundamental (fundamental incompleto – 12,39%). Destes, 16 mulheres e 12 homens, com idades entre 31 e 90 anos, sendo o intervalo etário mais significativo deste grupo entre 61 e 70 anos (28,58%). A quantidade daqueles que possuem ensino superior completo (11,95%), 18 mulheres e 9 homens com idades entre 21 e 90 anos, também foi representativa. Destes, 48,15% com idades entre 26 e 30 anos. Nestes dois níveis de escolaridade, a frequência absoluta de indivíduos do gênero feminino é maior que do masculino, corroborando as informações contidas na Figura B (predominância do gênero masculino apenas entre 1 e 15 anos). As demais categorias de escolaridade tiveram suas porcentagens abaixo de 10%, sendo que os menores valores foram de analfabetos (4) e de indivíduos que concluíram o ensino médio profissionalizante (3).

De qualquer forma, ao comparar os resultados encontrados neste estudo com a escolaridade dos usuários do SUS (MOIMAZ et al., 2010), nota-se que a população que buscou o CAMS tem escolaridade maior do que a média que

busca o SUS municipal (até ensino fundamental completo: CAMS = 41,15%; SUS = 58,4% e até ensino superior completo no CAMS = 22,57%; SUS = 6,4%). De acordo com Noronha e Viegas (2002), os indivíduos com maior escolaridade têm mais conhecimento sobre as especialidades disponíveis para cada tipo de tratamento e percebem melhor os efeitos do tratamento em saúde. Macagnan e Saretto (2010) relacionam a predominância da baixa escolaridade dos usuários do SUS ao nível socioeconômico dos mesmos, justificando que pessoas com maior renda per capita investem mais na educação.

Quando os resultados de escolaridade da população com 25 anos ou mais obtidos no presente trabalho foram confrontados com os dados do IBGE (2015), notou-se distintos padrões entre as categorias. A representatividade de pessoas com o ensino fundamental incompleto foi menor no CAMS (22,58%) do que a média nacional (32,00%), enquanto que nas categorias de ensino superior completo (CAMS = 19,35%; IBGE = 13,1%) e ensino médio completo (CAMS = 28,22 %; IBGE = 25,5%) os valores foram maiores no CAMS. Ainda que o percentual para o ensino médio completo foi consideravelmente próximo ao da realidade brasileira, os dados relativos ao ensino fundamental incompleto e superior completo revelam que o nível de instrução da população que procurou o CAMS é superior ao da população nacional.

Quanto ao estado civil, 62,30% dos entrevistados eram solteiros, 23,89% casados, 7,07% viúvos, 4,42% divorciados/separados e 2,21% estavam com esta informação em branco. Como estas categorias estavam pré-estabelecidas pelo instrumento da pesquisa, ficha de triagem, não foi possível identificar aqueles que possuíam ou não companheiros, bem como relação estável. Assim, é possível que dentre a categoria solteiros existam pessoas com companheiros, em relacionamentos estáveis, mas não oficialmente casadas.

Ainda assim, confrontando esse resultado com aqueles encontrados na variável idade é possível inferir que o alto percentual de solteiros também pode ser explicado pelo fato de 59,73% das pessoas triadas possuíam idade inferior a 30 anos. Dentre essas, as crianças e adolescentes (com idade inferior a 15 anos) representam 24,33% do total.

Em termos de ocupação profissional, a população foi predominantemente formada por estudantes (40,27%). Destes 23,90% com idade inferior a 16 anos e 16,37% com idade superior a 17 anos. Os estudantes

universitários (graduação e pós graduação) representaram apenas 12,83% do total dos estudantes. Apesar de São Carlos ser uma cidade universitária este resultado revelou, diferente do esperado, que este público não se configura como uma das principais demandas para o CAMS.

A classe ativa profissionalmente representou 21,68% dos indivíduos que procuraram atendimento no CAMS. Houve uma discreta sobreposição entre estudantes e classe ativa sendo esses calculados separadamente, representando 3,98% da amostra (9 sujeitos). A classe inativa² profissionalmente foi composta por 57 sujeitos (25,22%), com idades entre 20 e 89 anos, sendo o intervalo entre 51 – 80 anos o mais significativo (16,81%). Os dados com esta informação em branco corresponderam a 8,85% das fichas.

Assim, verifica-se que a classe inativa profissionalmente foi a mais representativa da amostra (25,22%) com valores próximos aos estudantes com idade inferior a 16 anos (23,90%) seguidos pela classe ativa profissionalmente (21,68%).

A distribuição das categorias da variável plano de saúde foi bastante equilibrada. Dos indivíduos entrevistados, 52,21% não possuíam plano de saúde privado (SUS dependente), enquanto 46,9 % possuíam. As fichas de 0,88% dos indivíduos estavam com este dado em branco. Com relação ao conjunto de pessoas SUS dependente infere-se que elas buscam o CAMS devido à carência ou dificuldade de acesso aos serviços em saúde não médicos na RAS, especialmente em saúde mental (psicologia) e fisioterapia. Já as pessoas com planos privados podem ter buscado o CAMS devido a precarização dos planos, cada vez mais acessíveis financeiramente às classes pobres/vulneráveis/baixa classe média. Tais planos, quando oferecerem ações em saúde não médicas (muitas vezes não oferecem), o fazem de forma restrita com um número máximo de sessões permitidas por ano (e.g. 12 sessões para psicoterapia) não atendendo assim às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2015).

As rendas familiar e per capita das pessoas que procuraram os serviços do CAMS estão ilustradas na Tabela 3.

² Considera-se ativo o sujeito que trabalha, inativo os que estão aposentados, afastados ou que não trabalham e estudantes todos que frequentam a creche, escola ou universidade, da pré-escola à pós-graduação

Tabela 3 – Caracterização econômica pelas rendas familiar e per capita

		Frequência	
		n	%
Renda Familiar	Classe Social*		
Acima de R\$9.745,00	A	0	0
R\$7.475,00 a R\$9.745,00	B	4	1,77
R\$1.734 a R\$7.475,00	C	156	69,02
R\$1.085,00 a R\$1.734,00	D	36	15,93
R\$0,00 a R\$1.085,00	E	16	7,08
Não declarado		14	6,2
Total		226	100
Renda per capita	Salário Mínimo		
Abaixo de R\$788,00	Até 1	101	44,69
R\$788,00 a R\$1.576,00	1 a 2	84	37,17
R\$1.576,00 a R\$2.364,00	2 a 3	21	9,29
R\$2.364,00 a R\$3.152,00	3 a 4	5	2,21
R\$3.152,00 a R\$3.940,00	4 a 5	0	0
R\$3.940,00 a R\$4.728,00	5 a 6	1	0,44
Não declarado		14	6,2
Total		226	100

De acordo com a mesma, notou-se uma maior prevalência de pessoas que pertenciam a Classe C (69,02%). Indivíduos da Classe D também foram presentes em número considerado nas triagens, representando 15,93 % do total. Tendo em vista a distribuição encontrada nas classes sociais e a escolaridade da população que procurou o CAMS (superior ao da população nacional) nota-se que o terceiro setor de fato parece acessar uma população menos vulnerável socioeconomicamente quando comparada ao SUS. Segundo De Almeida Ribeiro e colaboradores (2006) e Andrade e colaboradores (2013), o perfil sociodemográfico dos usuários do SUS apresentam baixa escolaridade e menor nível de renda o que corrobora os achados nacionais do estudo de Barata (2008).

Em relação à renda per capita, os resultados das entrevistas evidenciaram que das 226 pessoas que procuraram o CAMS, 101 possuíam renda menor que 1 salário mínimo, representando 44,69% do total. Outros 84 indivíduos recebem de 1 a 2 salários mínimos o que representa 37,17% do total.

Confrontando os resultados de plano de saúde e de renda per capita da população notou-se que a média de renda dos grupos apresentou valores

próximos, sendo R\$808,00, com plano privado, (valor mínimo R\$233,33 e valor máximo R\$4.100,00) e R\$803,37, sem plano de saúde privado (valor mínimo R\$197,00 e valor máximo R\$3.000,00). Vale destacar que o número de dependentes da renda familiar para se calcular a renda per capita dos dois grupos eram relativamente próximos não havendo diferenças significativas neste sentido. Por exemplo, em ambos os grupos, 20 famílias eram compostas por duas pessoas. Três dependentes foram verificados em 30 famílias com plano privado e 37 famílias SUS dependentes. E 4 dependentes constavam em 26 famílias com plano privado e 33 famílias SUS dependentes. Assim, ainda que o valor mínimo e máximo do grupo com plano privado seja maior do que os valores do grupo exclusivamente SUS dependente, a não discrepância entre o número de dependentes da renda familiar para se calcular as rendas per capitas indica que as médias encontradas caracterizam fidedignamente os grupos estudados. Desta forma, é possível inferir que a renda per capita não se configurou como um determinante para a obtenção de plano privado de saúde na população estudada.

A Tabela 4 apresenta os resultados mais expressivos que possibilitaram a caracterização da população que buscou atendimento no CAMS no período estudado.

Tabela 4 – Síntese das principais características da população triada no período estudado

Gênero		53,98% feminino
Estado Civil		62,30% solteiros
Idade		59,73% abaixo de 30 anos
Escolaridade		17,26% cursam o ensino fundamental
		16,81% possuem ensino médio completo
Ocupação		25,22% classe inativa
		23,90% estudantes com idade < a 16 anos
		21,68% classe ativa profissionalmente
Plano de saúde		52,21% plano de saúde público
Renda	Per capita	44,69% com renda < que 1 salário mínimo
	Familiar	69,02% classe C

5.2 – Classificação dos dados em aprovados, não aprovados e triagens incompletas

Das 226 triagens realizadas, 160, que corresponde a 70,79% do total, foram aprovadas para atendimento na Associação por pertencerem ao perfil socioeconômico atendido no CAMS. Destas, 146 seguiram para atendimento e 14, ao serem convocados, desistiram do atendimento. As hipóteses para as desistências são o tempo de espera para atendimento na lista de espera e/ou conseguir atendimento em outro lugar. O número de não aprovados na triagem foi 49, o que corresponde a 21,68% do total. Ainda foram encontrados 13 casos, pertencentes à categoria triagens incompletas, que permaneceram com dados pendentes e não retornaram com as informações solicitadas (5,75%); 2 indivíduos desistiram durante a triagem (0,88%); 1 triagem estava com este parecer em branco (0,44%) e 1 caso não pôde ser atendido pois o serviço não respondia a necessidade do paciente (0,44%).

5.3 – Comparações de renda aprovados x não aprovados

Quando focada na renda familiar dos entrevistados, observou-se, como demonstra a Tabela 5, que ambos os grupos foram compostos majoritariamente por indivíduos pertencentes à classe social C (68,13% dos aprovados e 85,72% dos não aprovados).

Entretanto, a contribuição das demais classes nos agrupamentos foi bastante distinta. No grupo dos “aprovados” a distribuição social apresentou participação considerável de indivíduos pertencentes à classe social D (20,62%) seguida da classe E (10%). No caso dos “não aprovados”, houve uma baixa quantidade de indivíduos das classes sociais B (8,16%) e D (6,12%).

Tabela 5 – Caracterização econômica pela renda familiar e classe social e pela renda per capita em salários mínimos dos aprovados e não aprovados no processo de triagem

Renda Familiar	Classe Social*	Frequência		Aprovado		Não Aprovado	
		n	%	n	%	n	%
Acima de R\$9.745,00	A	0	0	0	0	0	0
R\$7.475,00 a R\$9.745,00	B	4	1,77	0	0	4	8,16
R\$1.734 a R\$7.475,00	C	156	69,02	109	68,13	42	85,72
R\$1.085,00 a R\$1.734,00	D	36	15,93	33	20,62	3	6,12
R\$0,00 a R\$1.085,00	E	16	7,08	16	10	0	0
Não declarado		14	6,2	2	1,25	0	0
Total		226	100	160	100	49	100
Renda per capita	Salário Mínimo						
Abaixo de R\$788,00	Até 1	101	44,69	99	61,88	0	0
R\$788,00 a R\$1.576,00	1 a 2	84	37,17	60	37,50	22	44,9
R\$1.576,00 a R\$2.364,00	2 a 3	21	9,29	0	0,00	20	40,82
R\$2.364,00 a R\$3.152,00	3 a 4	5	2,21	0	0,00	5	10,20
R\$3.152,00 a R\$3.940,00	4 a 5	1	0,44	0	0,00	1	2,04
R\$3.940,00 a R\$4.728,00	5 a 6	1	0,44	0	0,00	1	2,04
Não declarado		13	5,75	1	0,63	0	0
Total		226	100	160	100	49	100

* Classes determinadas de acordo com a Fundação Getúlio Vargas.

A relação entre reprovação e renda dos indivíduos é ilustrada na Figura C. De acordo com a mesma, notou-se que houve uma relação positiva entre as variáveis, ou seja, quanto maior a renda média, aumenta-se a porcentagem de reprovação. O teste de correlação de Pearson ($p < 0,05$) indicou que a relação entre as variáveis foi estatisticamente significativa.

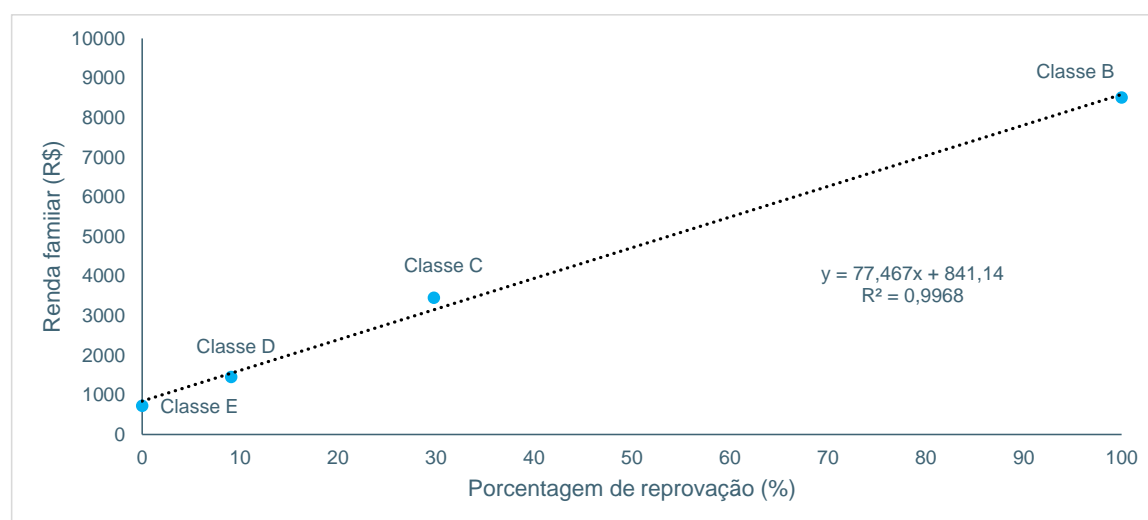


Figura C – Gráfico de dispersão entre as variáveis porcentagem de reprovação (%) e renda familiar média (R\$). A linha pontilhada indica a reta ajustada para os dados observados

Tais diferenças na composição de classes sociais foram corroboradas pelos valores médios e os desvios padrões, conforme pode ser visualizado na Tabela 6.

Tabela 6 – Características econômicas baseada na renda familiar da amostra da população aprovada e não aprovada no processo de triagem

Categoria	Classes sociais						Renda (R\$)	
	A	B	C	D	E	ND	Média	DP
Aprovado	0	0	109	33	16	2	2405,78	1663,01
Não Aprovado	0	4	42	3	0	0	4735,63	1647,69
Total	0	4	151	36	16	2	2957,29	1659,15

Na análise da renda individual dos indivíduos, as diferenças entre os grupos supracitados se tornaram ainda mais evidentes, conforme pode ser visualizado no gráfico *Box Plot* (Figura D). De acordo com esta análise, no grupo dos “aprovados” a renda variou de 0 até R\$ 1500,00, sendo o valor médio de cerca de R\$ 696,35. A maioria dos indivíduos (50 %) possuiu renda entre 490,00 e R\$ 920,00. No grupo dos “não aprovados” a renda variou de R\$1140,00 até R\$ 4100,00, enquanto a média foi de R\$1802,51. A renda per capita predominante da maioria dos indivíduos (50%) esteve entre R\$ 1325,00 e R\$ 2000,00.

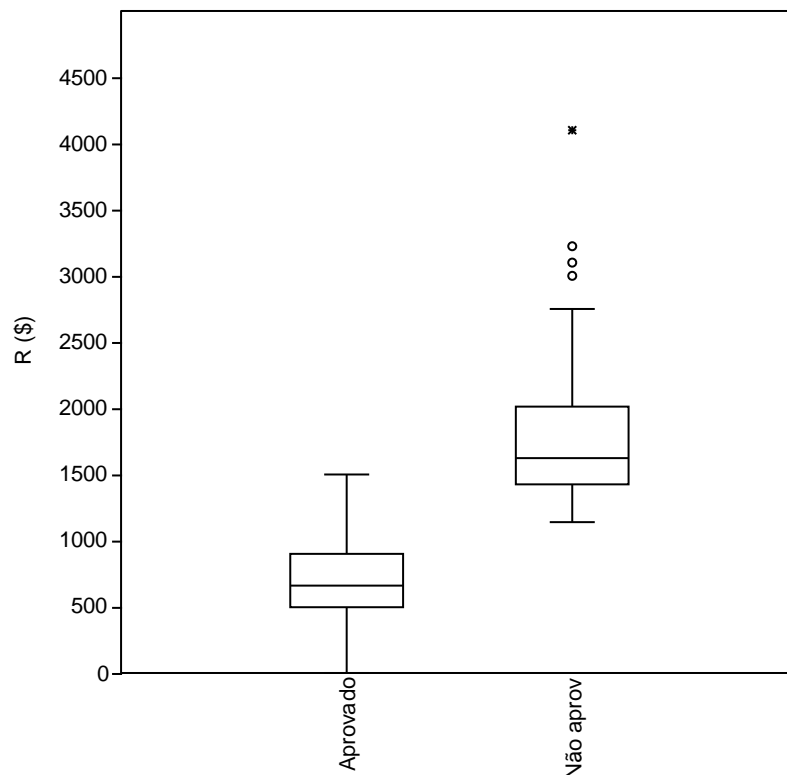


Figura D – Representação gráfica (Box plot) das rendas per capita das categorias aprovado e não aprovado no processo de triagem

A aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação das duas amostras indicou que os grupos de aprovados e não aprovados diferiram estatisticamente entre si ($p < 0,01$, $z = -10,2$). Desta maneira, rejeitou-se a hipótese de igualdade entre os grupos, ou seja, as categorias de “aprovado” e “não aprovado” possuem renda per capita diferente entre si em termos estatísticos. Confirma-se assim que a triagem no CAMS, que é realizada em função da renda, cumpriu seu propósito.

5.4 – Demandas por área de pacientes que buscam o CAMS

Com relação aos atendimentos procurados na triagem, o serviço que apresentou maior demanda foi Psicologia (33,33%) seguido por Fisioterapia

(29,76%) e Hidroterapia (11,9%). As demais áreas apresentaram valores abaixo de 10% conforme demonstra a Figura E.

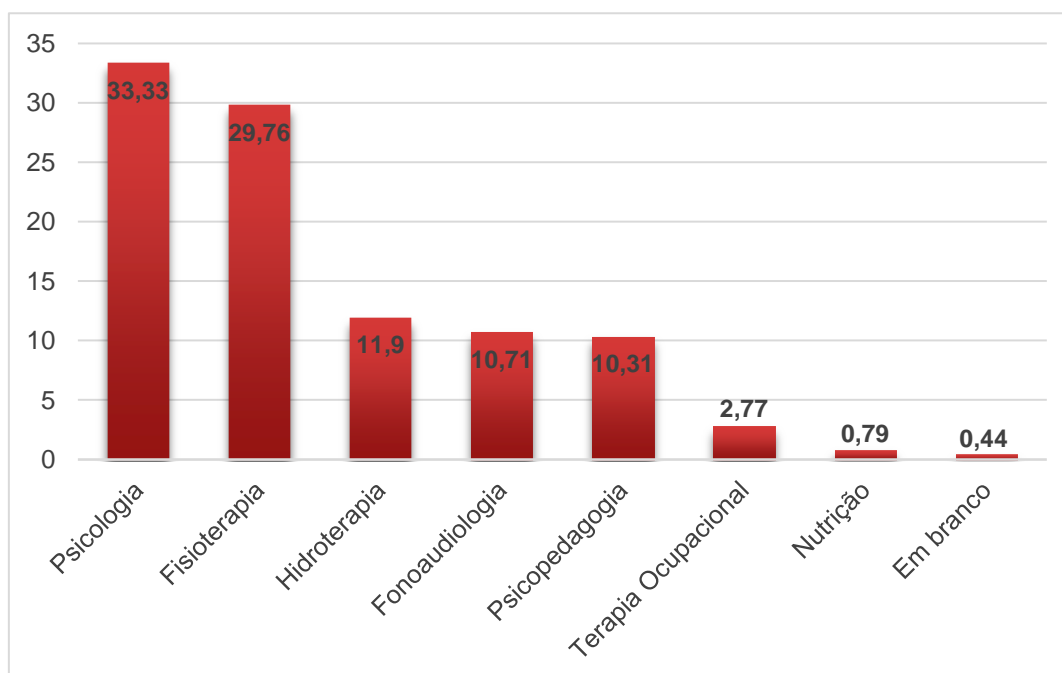


Figura E – Percentual dos serviços procurados por área de atendimento

A caracterização das 3 áreas mais procuradas pelas pessoas que passaram pelo processo de triagem está apresentada a seguir. O serviço de Psicologia no CAMS segue a lógica e proposta de atendimento clínico individual. Tem frequência mínima de 1 vez por semana e a sessão dura 50 minutos. A frequência de sessões semanais é estipulada após a primeira sessão, situação, esta, em que o psicólogo tem uma primeira aproximação com as demandas conscientes e inconscientes apresentadas pelo paciente. O setting terapêutico é preparado de acordo com o atendimento, infantil ou adulto, e as três psicólogas eram de orientação psicanalítica. Para a profissional integrar a equipe de psicólogas do CAMS é necessário seguir a abordagem psicanalítica, fazer análise pessoal e estar envolvida com alguma atividade educacional da área investindo em sua formação, como supervisão, grupos de estudo e pós-graduação. O número de sessões é indefinido e segue conforme profissional e paciente julgarem pertinente, podendo, desta forma, durar anos.

O atendimento de Fisioterapia também poderá ter frequência semanal estipulada por 1, 2 ou 3 vezes por semana que será definido após a primeira

sessão onde a avaliação é realizada. Os atendimentos duram em média 45 minutos e o tratamento acontece enquanto profissional e paciente julgarem necessário. É a partir desta primeira avaliação com a fisioterapeuta que o paciente poderá ser encaminhado para, ou também, a hidroterapia. Assim, os pacientes podem fazer só fisioterapia, fisioterapia e hidroterapia ou somente hidroterapia.

A hidroterapia é realizada em uma academia parceira do CAMS que cede a piscina para os atendimentos. Os atendimentos são individuais e duram aproximadamente 45 minutos.

Conforme as descrições dos serviços acima, percebe-se que o modelo de atendimento do CAMS transita de forma um tanto confusa entre o público e o privado. Ao distinguir-se do modelo proposto pelo SUS (utilizando apenas como referência suas diretrizes e focando em um público menos favorecido socioeconomicamente) e diferenciar-se da lógica mercantil tendo suas ações pautadas ideologicamente na filantropia, do novo associativismo civil, o CAMS compõe claramente um lugar que não é público e nem privado. Novo, porque diferente do perfil das ONGs dos anos 1980 e 1990 (reivindicativo, participativo e militante) o CAMS, como integrante do terceiro setor, volta suas ações para a prestação de serviços e eventualmente busca parcerias com empresas da sociedade civil e com o Estado (GOHN, 2004). Dowbor (1998, p.426) descreveu organizações como o CAMS, como “formas da sociedade civil assumir diretamente a resolução de alguns de seus problemas”, sem intervenção do Estado ou de agentes econômicos, de forma direta e autônoma.

Esta autonomia, tem conferido ao CAMS um modelo de cuidado privado e compartimentalizado restrito aos perfis das classes profissionais atuantes onde as ações em saúde são alinhadas entre os pares de uma mesma classe. O modelo de atendimento profissional é centrado, baseado em consulta individual, com pouca articulação interna e sem nenhuma com a RAS e portanto, sem a incorporação da clínica ampliada. Assim, o CAMS assume um lugar bastante peculiar de prestação de serviços em saúde que pouco dialoga com os arranjos organizacionais do SUS em termos de cuidado integrado. Prevalece, desta forma, um processo de trabalho partilhado entre os profissionais que desconhecem o sujeito pleno que poderia vir a se tornar

conhecido a partir dos diversos campos de saberes e práticas (FRANCO E MAGALHAES JUNIOR, 2003).

5.5 – Encaminhamentos

5.5.1 – Origens dos encaminhamentos

O encaminhamento formal engloba as referências, documentadas ou não, realizadas pela rede pública de atenção à saúde e por outros profissionais e/ou instituições. Já o informal compreende as indicações realizadas por terceiros (e.g familiares e/ou amigos). Por fim, o encaminhamento espontâneo se caracteriza como aquele onde o paciente se dirigiu espontaneamente para o CAMS.

Os encaminhamentos formais (referenciados pela rede pública, profissionais de saúde e/ou instituições) representaram a maioria dos encaminhamentos realizados, apresentando percentual de 61,06% *versus* 30,09% de encaminhamentos informais conforme mostra a Figura F. Entende-se por encaminhamento informal aqueles que não estão atreladas à indicação de profissionais ou instituições de saúde, mas sim indicações realizadas por terceiros (e.g familiares e/ou amigos).

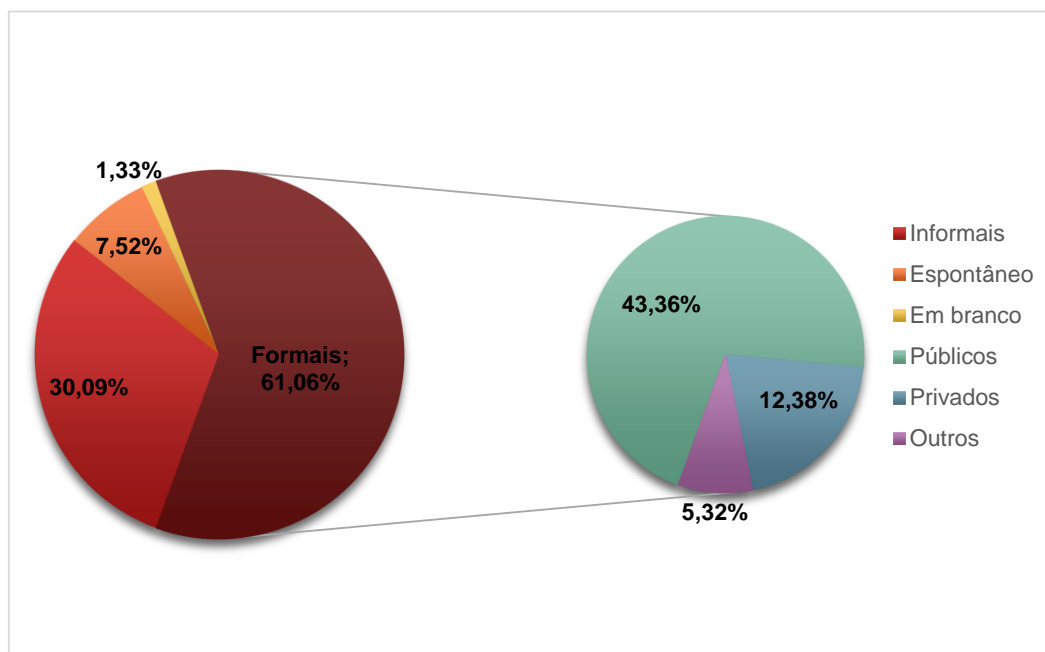


Figura F – Percentual da origem dos encaminhamentos destinados ao CAMS

Dentre os encaminhamentos formais (que representou 61,06% do total realizado) 43,36% foram provenientes de serviços públicos, 12,38% de serviços privados e 5,32%, que foram chamados de outros, são encaminhamentos de profissionais que trabalham ou trabalharam no CAMS, conforme demonstra a Figura F.

Salienta-se que os encaminhamentos de serviços privados contabilizaram 28 no total, sendo 22 foram de profissionais da saúde autônomos, 3 de Universidade particular e 3 de academia de ginástica.

A relação entre os encaminhamentos e o fato dos indivíduos possuírem planos de saúde privado é explorada a seguir. Aproximadamente um terço das pessoas encaminhadas pelo serviço público possuíam plano de saúde privado (33,67%), enquanto dois terços (67,85 %) dos encaminhados pelo serviço particular possuíam plano de saúde privado, conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 – Origem do encaminhamento atrelado à presença de plano de saúde privado e média da renda per capita

Encaminhamento	Plano de Saúde	Média Renda Per Capita
Público	33,67%	R\$808,00
Privado	67,85%	R\$808,00
Outros	75,00%	R\$803,37

Entre os serviços responsáveis pelos encaminhamentos ao CAMS, o maior percentual de presença de plano de saúde privado foi registrado no grupo outros (75%), encaminhados por profissionais que trabalham ou trabalharam no CAMS.

Ao analisar a média das rendas entre os grupos que encaminharam ao CAMS, observou-se valores similares entre os mesmos o que indica, mais uma vez, que de forma geral, o fator renda, novamente diferente do esperado, não se configurou como um determinante frente às opções de serviços de saúde.

A partir dos dados apresentados é possível refletir sobre as alternativas de serviços de saúde disponíveis aos indivíduos estudados ao buscarem o CAMS. Já é um fato reconhecido que o brasileiro, mesmo com o direito a saúde assegurado pela cobertura pública junto ao SUS (BRASIL, 1988), há décadas usa os serviços privados de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público que não satisfaz às suas

necessidades (PEREIRA FILHO, 1999). Entretanto, nos resultados aqui apresentados, merece atenção a quantidade de pessoas com renda próxima a um salário mínimo que estão dispostas a arcar com atendimentos que possuem um custo extra em seus restritos orçamentos. É possível que esta busca esteja associada ao modelo específico de cuidado ofertado pelo CAMS, que também encontra ressonância nas práticas conservadoras privadas e especializadas, assim como a disponibilidade ou não do atendimento buscado nas RAS, além da qualidade daquele coberto pelos planos de saúde privados (quando cobertos). Por exemplo, no CAMS o atendimento é contínuo, sem número limitado de sessões e, quando há filas de espera, o tempo de permanência na mesma é relativamente curto, quando comparado aos serviços da rede pública. De acordo com Marinho (2006), a demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem-estar, as probabilidades de cura, a natureza e extensão das sequelas nos pacientes, nos familiares envolvidos e na sociedade.

Dentre os encaminhamentos de origem pública para o CAMS, a Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar realizou 58,17% dos encaminhamentos seguida pela Associação Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e da Psicologia da UFSCar (curso de graduação e DeAS - Departamento de Assistência à Saúde) ambas representando 12,24% dos encaminhamentos públicos formais, conforme representado na Figura G.

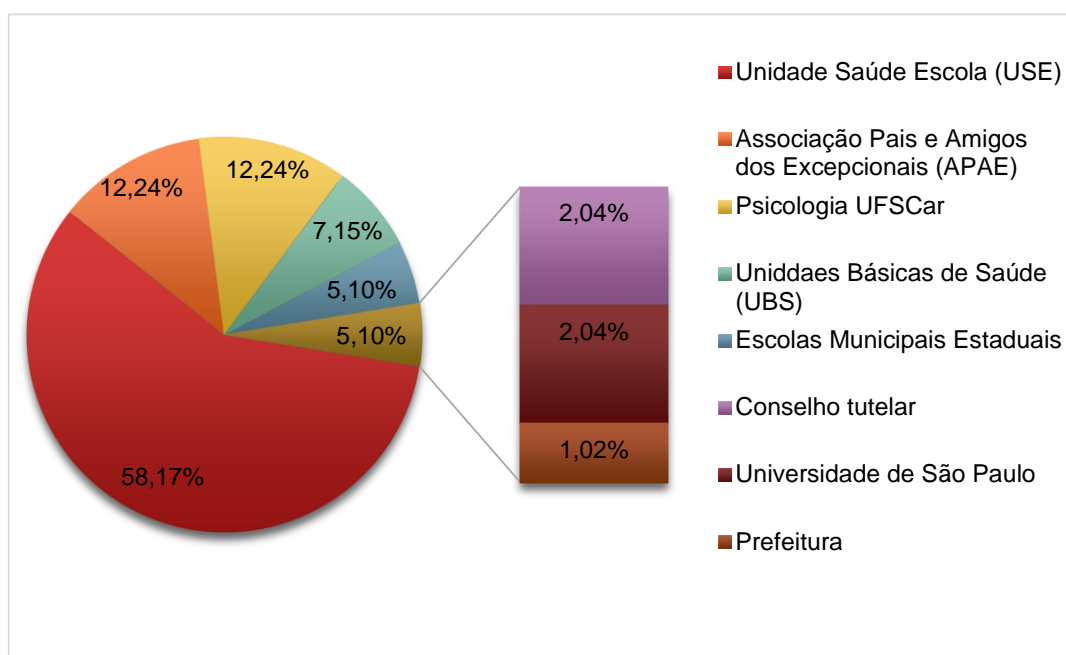


Figura G – Percentual da origem dos encaminhamentos públicos formais ao CAMS

Com esses resultados percebe-se que majoritariamente os encaminhamentos públicos foram realizados por instituições públicas não pertencentes às RAS, sendo duas delas situadas na UFSCar: a USE e a Psicologia da UFSCar.

A USE se configura como um ambulatório de média complexidade (nível de atenção secundário) vinculado à Prefeitura Municipal de São Carlos e que atende os municípios da região. Foi idealizada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão de forma articulada com a rede pública e suas ações respondem principalmente às demandas de reabilitação física e mental. A educação e a pesquisa ocorrem de forma articulada com assistência aos usuários do SUS e os atendimentos são realizados por docentes, profissionais de saúde da Unidade e estagiários dos cursos de saúde da UFSCar. Sua missão enquanto Unidade Saúde Escola é prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão; formar e qualificar profissionais na área de saúde e divulgar o conhecimento produzido. Apesar do principal recurso financeiro da Unidade originar-se da Reitoria UFSCar (portanto, do Ministério da Educação), os recursos para aquisição de equipamentos de baixo custo, compras emergenciais e manutenção de equipamentos são repassados pelo SUS. De acordo com informações presentes em documentos disponibilizados no site da USE (UFSCAR, 2018), os repasses da Secretaria Estadual de Saúde para a Unidade ocorrem de acordo com sua produtividade, calculada pelas guias SADT (no caso dos atendimentos em fisioterapia) e Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA, para avaliações em fisioterapia e demais procedimentos das outras áreas de saúde).

Uma das hipóteses para tantos encaminhamentos formais provenientes da USE é que existe uma demanda maior do que as condições institucionais de absorção. Demanda esta que também pode estar associada à representação social da USE na cidade de São Carlos. Como a USE está vinculada a uma universidade pública que tem cursos/ações expressivos na área da saúde, pode-se considerar que a Unidade ocupa algum lugar de destaque na rede local, mesmo que não seja de acolher toda a demanda. Mas no imaginário e nas expectativas da população o potencial de cuidado parece estar presente na UFSCar.

No caso da Psicologia UFSCar, supostamente a existência de uma rede informal e falta de um serviço municipal para o atendimento psicológico em geral podem ser os fatores principais para a elevada porcentagem de encaminhamentos. Salienta-se aqui que a RAPS do município vem sofrendo mudanças no sentido de investimento de recursos humanos e ampliação de serviço, o que revela que a estratégia de ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental tem sido considerada e trabalhada. No entanto na época da coleta dos dados o atendimento em saúde mental ficava restrito aos CAPS Mental e AD e é esta realidade que interessa aqui confrontar, já que a diretriz da RAPS de garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional estava bastante comprometida.

Já a APAE é uma entidade civil, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos que desenvolve um trabalho nas áreas da Assistência Social, Educação e Saúde voltado principalmente para um público infante-juvenil.

A existência de uma rede informal com o CAMS é potencialmente o principal fator que responde ao considerável número de encaminhamentos ao CAMS.

Ainda que o CAMS tenha sido referenciado por outras instâncias públicas, formadoras da RAS, esse encaminhamento se deu forma pontual e discreta. Com estes resultados é possível afirmar que o CAMS responde a um conjunto de equipamentos públicos e/ou filantrópicos, mas que não são exclusivamente prestadores SUS.

5.5.2 – Destino dos encaminhamentos no CAMS

A Tabela 8 (p. 66) especifica o número de pessoas encaminhadas por serviço e para que área se deu este encaminhamento, permitindo compreender como ocorreram os encaminhamentos formais ao CAMS. Devido à possibilidade de novas queixas serem relatadas na triagem, nem sempre o número de pacientes encaminhados condiz com o número de atendimentos/áreas à que foram dirigidos no CAMS. Por exemplo, da USE foram encaminhadas 57 pessoas, que ao passarem pela triagem do CAMS

estes encaminhamentos se desdobraram em 62 atendimentos, por conta de novas queixas relatadas. Para a Psicologia UFSCar e APAE, se deu o mesmo processo de novos atendimentos além do encaminhamento inicial.

Tabela 8 – Origem e destinos dos encaminhamentos formais realizados ao CAMS

	Serviço	Pacientes encaminhados	Atendimentos	Fisioterapia	Fonoaudiologia	Psicologia	Hidroterapia	Terapia Ocupacional	Psicopedagogia	Nutrição	Dado em branco
Público	USE	57	62	41	7	6	4	3	1	0	0
	Psicologia UFSCar	12	13	1	0	12	0	0	0	0	0
	APAE	12	15	0	5	5	4	0	1	0	0
	UBS	7	7	2	1	2	1	1	0	0	0
	Escolas municipais e estaduais	5	5	0	1	3	0	0	1	0	0
	Conselho tutelar	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0
	USP	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0
	Prefeitura	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Total		98	107	44	14	32	10	4	3	0	0
Privado	Profissionais da saúde autônomos	22	25	2	4	7	0	0	11	1	0
	UNICEP	3	3	1	0	2	0	0	0	0	0
	Academia	3	3	0	0	0	3	0	0	0	0
Total		28	31	3	4	9	3	0	11	1	0
Outros	Profissionais do CAMS	12	17	7	1	3	4	1	0	0	1

É possível verificar as áreas que receberam mais pacientes de acordo com os serviços que indicaram o CAMS e compreender melhor a lógica desses encaminhamentos. Tomando os serviços que mais encaminharam como exemplo, notou-se um padrão que corrobora ao já exposto neste estudo. A maioria dos encaminhados oriundos da USE foram para a área de Fisioterapia, enquanto que os encaminhamentos da Psicologia da UFSCar foram predominantemente para área de Psicologia, serviços estes oferecidos respectivamente pelas instituições. Esta constatação permite inferir que os encaminhamentos possam estar associados a escassez de vagas ofertadas pelo município para tais serviços e conseqüente sobrecarga. A USE, por exemplo, possui um contrato público com a prefeitura de São Carlos para atendimento de reabilitação. Ou seja, ela já funciona como escape para o que a rede não tem condições de absorver. Ainda assim essa terceirização SUS – USE tem sido insuficiente e o CAMS surgiu como uma alternativa já que a USE não consegue acolher a demanda da rede e devolver para a mesma. Verifica-se então uma segunda terceirização USE – CAMS, o que claramente evidencia não só a fragilidade da RAS de São Carlos, mas também dos demais equipamentos envolvidos. Já os encaminhamentos da APAE foram praticamente equilibrados para as áreas de Fonoaudiologia, Psicologia e Hidroterapia, sendo este último não disponível na instituição.

Observando novamente os encaminhamentos, notou-se que os encaminhamentos públicos foram predominantes para Fisioterapia (41,12%) e Psicologia (29,9%). Novamente se evidencia a importância do CAMS acerca destes serviços de saúde ao responder indiretamente e claramente às essas lacunas do município.

Vinculando as informações de encaminhamentos com a porcentagem de indivíduos que possuem plano de saúde (Tabela 7, p.61), infere-se que as alternativas de atendimento para essas pessoas concentram-se principalmente na rede pública, uma vez que apenas 1/3 dos encaminhados possuem plano de saúde privado, que teoricamente poderia ser outra opção (considerando-se as características destes serviços já abordadas no presente estudo). A partir do cálculo da média da renda per capita desta população pode-se inferir que a possibilidade de atendimento particular fica mais distante enquanto à alternativa oferecida pelo CAMS, por um valor mais acessível, se configura

como uma realidade mais viável. Travassos e colaboradores (2000) afirma que a possibilidade de buscar um determinado tipo de assistência é associada à renda do indivíduo, bem como à cobertura por plano de saúde, o que reproduz desigualdades sociais no interior do sistema de saúde, devido às chances de escolha por determinado serviço estarem limitadas por estes fatores.

Os encaminhamentos de origem privada foram mais representativos para as áreas de Psicopedagogia (35,48%) e para a área de Psicologia (29,03%). As possíveis alternativas para este público seriam a rede pública, que pode ou não ter sido buscada, os convênios particulares de saúde para aqueles que o possuírem (67,85%), sendo nestes casos ambas especialidades realizadas por psicólogos com número limitado de sessões anuais, ou o atendimento particular. Sabe-se, no entanto, que o município de São Carlos carece de serviços públicos na área de saúde mental e que a realidade de convênio para estes serviços se encontra saturada, havendo normalmente listas de espera. Desta forma, as alternativas que poderiam responder de forma mais imediata às necessidades seriam o atendimento particular ou o CAMS.

O princípio de equidade pressupõe tratar as populações mais vulneráveis socialmente ou que apresentam riscos reconhecidos à saúde de forma prioritária (VICTORA et al., 2003). Tal pressuposto considera as diferenças dos indivíduos que implicam em tratamentos diferenciados buscando eliminar ou reduzir a desigualdade (DIAS DA COSTA et al., 2008). No que diz respeito à cobertura e acesso de caráter duplicado para as pessoas que possuem planos privado de saúde e que podem utilizar o SUS, observa-se que, no caso de saúde mental de São Carlos, ambos os serviços se apresentam de forma comprometida e a ideia do privilégio no acesso e cobertura perde seu sentido. É provável que seja nesta lacuna que o CAMS se insere.

Com relação aos encaminhamentos denominados de “Outros”, estes são oriundos de indicações de profissionais que trabalham ou trabalharam no CAMS e foram predominantemente destinados aos atendimentos de Fisioterapia – 41,17% e Hidroterapia 23,52%. Existem grandes chances das profissionais que fizeram esses encaminhamentos serem pertencentes a estas áreas de atendimentos. Como 75% deste público possui plano privado de saúde, as hipóteses para o CAMS ter recebido esta demanda concentram-se

primordialmente no efeito da indicação por estas profissionais, além da satisfação com o atendimento, uma vez que o serviço de Fisioterapia é coberto por convênios particulares e não apresenta maiores dificuldades de acesso. Já o serviço de Hidroterapia não é oferecido pela rede, nem por convênios tendo como alternativa além do CAMS apenas serviços particulares.

De forma a sistematizar os principais achados deste trabalho e contribuir para a visualização destes, a Tabela 9 apresenta a síntese dos resultados mais expressivos obtidos:

Tabela 9 – Síntese dos resultados

CARACTERIZAÇÃO	Gênero	53,98% feminino
	Estado Civil	62,30% solteiros
	Idade	59,73% abaixo de 30 anos
	Escolaridade	17,26% cursam o ensino fundamental
		16,81% possuem ensino médio completo
	Ocupação	25,22% classe inativa; 23,90% estudantes com idade < a 16 anos e 21,68% classe ativa
		profissionalmente
	Plano de saúde	52,21% plano de saúde público
Renda	Per capita	44,69% com renda < que 1 salário mínimo
	Familiar	69,02% classe C
CLASSIFICAÇÃO TRIAGENS	Triagens	70,79% aprovados
	Comparação de renda familiar	Aprovados - 68,13% Classe Social C
		Não aprovados - 85,72% Classe Social C
	Comparação de renda média per capita	Aprovados - R\$ 696,35
Não aprovados - R\$1802,51		
DEMANDAS	Áreas buscadas no CAMS	Psicologia - 33,33%; Fisioterapia - 29,76%; Hidroterapia - 11,9%
ENCAMINHAMENTOS	Origem dos encaminhamentos	61,06% - formais
		30,09% informais
	Origem dos formais	43,36% serviços públicos
		12,38% de serviços privados
		5,32% outros
Origem dos públicos formais	58,17% USE; 12,24% Psicologia UFSCar; 12,24% APAE	
Destino dos encaminhamentos CAMS	Públicos – 41,12% Fisioterapia; 29,9% Psicologia Privados – 35,48% Psicopedagogia; 29,03% Psicologia Outros – 41,17% Fisioterapia; 23,52% Hidroterapia	

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo geral de analisar a articulação existente entre SUS local e CAMS no período estudado, pode-se considerar que o levantamento dos dados e o percurso metodológico utilizado pela pesquisadora viabilizaram a análise almejada sendo o objetivo geral contemplado. Através da caracterização da amostra evidenciou-se que o público que buscou o CAMS era composto, de forma mais expressiva por mulheres (53,98%), solteiros (62,305), com idade inferior a 30 anos (59,73%), com o ensino fundamental completo (17,26%), pertencentes à classe inativa profissionalmente (25,22%), sem plano de saúde privado - SUS dependentes (52,21%), com renda inferior à 1 salário mínimo (44,69%), compondo a classe social C (69,02%). Tal descrição converge consideravelmente para o público específico do SUS, confirmando a hipóteses de que o CAMS responde às demandas desse público.

Ao confrontar esses resultados com àqueles exclusivos ao objetivo específico de descrever o tipo de serviço que os pacientes buscaram ao procurar o CAMS, nota-se que os serviços mais buscados, Psicologia (33,3%) e Fisioterapia (29,76%), são justamente os que revelam às fragilidades da RAS do município de São Carlos, indicando, mais uma vez, um possível caráter compensatório do CAMS em relação aos outros serviços de saúde, principalmente cuidados em saúde mental e reabilitação física.

O predomínio verificado de demandas infanto-juvenis no CAMS, 24,33% idade < 15 anos, também indica os desafios enfrentados pelo município no atendimento de crianças e adolescentes, o que perpassa diretamente pelo despreparo para construir ações integradas, tanto da saúde quanto da educação. Apesar da existência de políticas públicas que preconizam a ação conjunta de diferentes instâncias do governo, como a saúde e a educação, estas ainda não foram incorporadas pelos profissionais. A criação de uma cultura local de parceria entre as diferentes esferas claramente não foi efetivada no município de São Carlos. A condição por parte da escola de reconhecer as necessidades individuais de saúde manifestadas em período escolar e referenciar para a rede pública de saúde carece de investimentos

para sua efetivação. No caso dos encaminhamentos realizados ao CAMS, verificou-se que o percentual de encaminhamento público realizado por escolas foi consideravelmente baixo. As demandas destes casos chegaram a ser sinalizadas pela escola diretamente aos pais sendo, no entanto, pontuada somente a dificuldade existente sem maiores orientações e desdobramentos. É neste momento que o cuidador recorre à sua rede palpável (rede viva) até encontrar um caminho que atenda à sua necessidade.

Com relação ao último objetivo específico de identificar os fluxos estabelecidos entre os serviços municipais de saúde e o CAMS a hipótese da existência de uma rede informal entre o CAMS e o SUS foi refutada. Com os resultados das origens dos encaminhamentos, notou-se que esta relação informal se deu entre CAMS e UFSCar (USE e Psicologia UFSCar) e CAMS e APAE. O CAMS, na verdade, tem respondido como uma forma de escape para o que a USE não consegue acolher, já que a USE foi responsável por 58,17% dos encaminhamentos públicos formais. É claro que esta situação reflete o cenário municipal do SUS uma vez que a USE atende, de forma conveniada à prefeitura, a demanda de fisioterapia da rede. Mas a relação entre SUS e CAMS fica muito distante, com intermediadores, não sendo possível assim afirmar que a RAS conhece e reconhece o CAMS.

Para além do reconhecimento formal de quem sabe o que é de fato o CAMS, os resultados dos encaminhamentos reforçam que os sentidos construídos sobre as instituições pesam mais na decisão do sujeito do que a informação formal sobre essas instituições e é este informal singular que parece definir o fluxo entre estes atores (CAMS-UFSCar-SUS e CAMS-APAE).

É possível ainda inferir a partir dos resultados, que existem redes formadas por sujeitos singulares que constroem encaminhamentos com autonomia, sejam os profissionais de saúde ou os usuários. Estando ou não vinculados aos serviços públicos de saúde, estes sujeitos atribuem sentido e significados para suas vivências e ao assumirem sua responsabilidade social e cívica, reconhecem sua potência enquanto agentes de transformação, tornando-se resolutivos ao sugerirem caminhos viáveis para o acolhimento das necessidades de saúde demandas.

Os limites e fragilidades dos sistemas de saúde são vividos e enfrentados diariamente. Muitos se debruçam nas discussões e alternativas

viáveis (dentro do sistema) para lidar com as dificuldades e seus investimentos se dão no sentido da busca por resolutividade legal. Outros sucumbem às tentativas frustradas ou falta de iniciativas e encontram formas de resolver situações dentro de sua governabilidade levando em consideração a urgência do sujeito com relação à sua necessidade de saúde e consequente qualidade de vida. Os encaminhamentos realizados para o CAMS sugerem que é justamente esse lugar de resolução imediata, a partir do acolhimento do paciente, que esta OSCIP ocupa. A dinâmica verificada através dos resultados de encaminhamentos da USE evidenciam essa leitura uma vez que a USE já funciona como um reforço para o SUS e informalmente elegeu o CAMS para contornar os seus limites. Os dados trabalhados não permitiram identificar como a USE chegou ao CAMS, mas é sabido que não há uma relação formal entre as duas instituições permanecendo portanto o conceito de rede viva do Mehry como principal hipótese para os encaminhamentos feitos por usuários e profissionais.

Os dados empíricos da pesquisa permitiram refletir sobre a relação do CAMS com os demais equipamentos públicos de saúde do município e sobre modelo de cuidado oferecido pelo CAMS. Notou-se que este responde à uma demanda de atendimento especializado, de nível secundário e não médico, dentro de suas possibilidades e com seu modelo específico de cuidado, que reflete lacunas e/ou dificuldades na rede de saúde de São Carlos. Apesar de se configurar como uma iniciativa privada, ideologicamente o CAMS encontra seus sentidos no campo da filantropia através da priorização de um público menos favorecido socioeconomicamente buscando abarcar, a seu modo, os direitos sociais da população. No entanto, o modelo de cuidado praticado no CAMS ainda se configura de forma compartimentalizada nas diferentes áreas profissionais e por não acessar outros serviços e outros profissionais (a não ser em situações bastante pontuais e específicas) pouco dialoga com o princípio da integralidade. Poder refletir sobre o funcionamento do CAMS a partir da lógica do SUS proporcionou à pesquisadora um grande aprendizado enriquecendo seu conhecimento sobre o SUS e sobre os modelos de cuidado em saúde.

Como projeções futuras a pesquisadora se propõe a problematizar o instrumento de triagem e o modelo de cuidado utilizado com a equipe do

CAMS, no intuito de superar a fragmentação das ações em saúde, aprimorar a qualidade do serviço e traçar objetivos coerentes ao estatuto social da Associação. Propõe-se também, a dialogar com os atores envolvidos aos encaminhamentos públicos ao CAMS (Psicologia UFSCar, USE e APAE) utilizando como referência às linhas de cuidado prioritárias relativas às buscas por atendimento no CAMS. Além disso, buscará disponibilizar os achados deste trabalho à coordenação de saúde mental, à atenção básica e atenção especializada do município de forma a propiciar a reflexão sobre a inseparabilidade entre os modos de atender, de cuidar e de gerir.

REFERÊNCIAS

ABREU, A.; JESUS, W.L.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, p. 654-658. Rio de Janeiro. 2006.

ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**. v. 17, n. 4, p. 623-645. Ribeirão Preto, 2013.

BAHIA, L.; DI GIOVANNI, G. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: **Brasil: radiografia da saúde**. p. 325-361. Campinas: UNICAMP/IE, 2001.

BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde. **São Paulo Perspec**. v. 22, n. 2, p. 19-29. 2008.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. **Psicologia & sociedade**. v. 17, n. 2. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e de outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==> Acesso em: 20 out. 2017.

_____, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____, **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. 1999.

_____, **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define

diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. 2014.

_____, MARE/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Caderno 2, 5ª Edição. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: www.portal.saude.gov.br . Acesso em: 09/10/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Diário Oficial da União. n. 216, Seção 1, p.22932-40. Brasília, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.205, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde – NOB-SUS 1/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. nº 216, Seção 1, pp.22.932-40. Brasília, 6 nov. 1996.

BRAVO, M.I. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, A.E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

CANABRAVA, C.M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública= Rep Public Health**. v. 23, n. 1, p. 115-26. 2007.

CENTRO DE POLITICAS SOCIAIS/FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS [2015]. Disponível em: <http://cps.fgv.br/en/node/3999> Acesso em: 27 set.2015.

CONILL, E.M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. p. 591-659.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad Saude Publica**. v. 31, n. 2, p. 285-297. 2015.

CORDEIRO, H. et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. pp.129-51.

CORREIA, M.V.C. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**. v. 11. 2008.

CUNHA, J.R.A. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**. v. 6, n. 3, p. 65-89. 2017.

DE ALMEIDA RIBEIRO, M.C.S. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 4. 2006.

DE ANDRADE, L.O.M. et al. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde dos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**. v. 39, n.2, p. 327-349. 2005.

DE OLIVEIRA, W.F.; JUNQUEIRA, L.A.P. Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor. **Revista de administração pública**. v. 37, n. 2, p. 227-242. 2003.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Pattern of health services utilization by adults of the Pelotas birth cohort from 1982 to 2004-5, Southern Brazil. **Revista de saude publica**. v. 42, p. 51-59. 2008.

DINIZ, E. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo em perspectiva**. v. 15, n. 4, p. 13-22. 2001.

DOBIES, D.V.; FIORONI, L.N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 14, n. 33. 2010.

DOWBOR, L. **A reprodução social**: propostas para uma gestão descentralizada. Petrópolis: Vozes, 1998.

ELIAS, P.E. **Sistemas de Saúde**. Matéria de disciplina. 2009. Disponível em: <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4%20Bibliografia%20Complementar%2020Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf> Acesso em 10/12/2013.

FERNANDES, L.C.L et al. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 4, p. 595-603. 2009.

FERNANDES, R.C. O que é o terceiro setor?. **Revista do legislativo**. Belo Horizonte, n. 18, p. 26-30, abr./jun. 1997.

FERRAREZI, E.; REZENDE, V. Organização da sociedade civil de interesse público-OSCIP: a lei 9.790 como alternativa para o terceiro setor. **Brasília: Comunidade Solidária**. 2000.

FRANCO, A. A reforma do Estado e o terceiro setor: cinco perguntas preliminares, uma pergunta fundamental e uma nota. **Seminário Sociedade e a Reforma do Estado**. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/seges/publicacoes/reforma/seminario/AugustoFranc_.pdf Acesso em 10/12/2013.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. v. 2, p. 125-34. 2003.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e sociedade**. v. 13, n. 2, p. 20-31. 2004.

GOHN, M.G.M. **Mídia, terceiro setor e MST: impactos sobre o futuro das cidades e do campo**. Editora Vozes, 2000.

GRAEF, A.; SALGADO, V. Relações de parceria entre o Poder Público e entes de cooperação e colaboração no Brasil. **Brasília: Editora IABS**. 2012.

HALPERN, R.; BOULTER, P. Population-based health care: definitions and applications. **Tufts Managed Care Institute**. v. 28, p. 2007. 2000.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: **síntese de indicadores 2014** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2014/default.shtm> Acesso em 17/11/2014.

JUNQUEIRA, L.A.P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 1, p. 25-36. 2004.

MACAGNAN, C.F.; SARETTO, C.M.F.B. **Perfil dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do meio oeste catarinense**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2010.

MACHADO, M.L.T. **História da saúde em São Carlos**. EdUFSCar, 2007.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 10, p. 2229-2239. 2006.

MÉDICI, A. **O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**. Disponível em: <http://www.iepecdg.com.br/uploads/artigos/O%20Indice%20de%20Desenvolvim%20do%20SUS.pdf> Acesso em 02/11/2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p. 2297-2305. Rio de Janeiro, ago. 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2 ed. Brasília, 2011.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.

MERHY, E.E. Conferência sobre Redes: Uma conversa sobre a produção das existências [vídeo]. 2013. Disponível em: <http://saudemicropolitana.blogspot.com.br/2013/11/emerson-elias-merhy-encontro-regional.html> Acesso em: dezembro de 2015.

_____ et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divul Saúde Debate**. v. 52, p. 153-64. 2014.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**. v. 20, n.4, p. 1419-1440. Rio de Janeiro, dec. 2010.

NORONHA J.C; LEVCOVITZ E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In R GUIMARÃES & R TAVARES (orgs.) **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Abrasco-IMS-UERJ, Rio de Janeiro. 1994.

NORONHA, K.V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**. n. 32, p. 877-897. 2002.

OCKÉ-REIS, C.O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

OLIVEIRA, G.A. A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). 2014.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Proposal for a Taxonomy of Health Insurance**. OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project: June 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. "**Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial." 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PEREIRA FILHO, L.T. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados**. v. 13, n. 35, p. 109-116. 1999.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 687-707. 2002.

RICCI, N.A. et al. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1. 2011.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, I.S. et al. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 5. 2008.

SÃO CARLOS, **Portal Cidadão serviços à população – Saúde**. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude.html> . Acesso em 25 de setembro de 2017.

SILVA, G.G.A. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 10, n. 19, p. 7-24. 2006.

SILVA, V.C. Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. 2014.

TENÓRIO, F.G. Um espectro ronda o terceiro setor: o espectro do mercado. **Revista de administração pública**. v. 33, n. 5, p. 85-102. 1999.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1. 2000.

TRAVASSOS, C.M.R. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. 2002.

UFSCAR. **Unidade Saúde Escola**. Conhecendo a USE: Princípios, normas e rotinas de funcionamento. 34p. Disponível em: <<http://www.use.ufscar.br/conhecendo-a-use/guia-use-2013>>. Acesso em 18 de janeiro de 2018.

VICTORA, C.G. et al. The Pelotas birth cohort study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001. **Cadernos de saúde pública**. v. 19, n. 5, p. 1241-1256. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health Systems Financing: the path to universal coverage**. Genebra: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf Acesso em 31/10/17.

ZAR, J.H. et al. **Biostatistical analysis**. Pearson Education India, 1999.

ANEXO 1**TRIAGEM SÓCIO-ECONÔMICA**

Passar pela triagem NÃO implica na obtenção do atendimento.

Todos os dados informados deverão ser verdadeiros e referentes ao último mês e somente deverão ser registrados os rendimentos brutos.

Dados de quem responde a triagem:

Nome Completo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cep: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone fixo: _____

Celular: _____

E-mail: _____

Dados do candidato à atendimento no Cams:

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

CPF: _____ RG: _____

Estado civil: _____

Nome do cônjuge: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cep: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone fixo: _____

Celular: _____

De um terceiro: _____

E-mail: _____

Em caso de estudante ou idoso:

Nome do pai/mãe/responsável: _____

Endereço da família: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cep: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone fixo: _____

Celular: _____

Em caso de menor:

Responsáveis:

_____**Atendimento Procurado:** Psicologia Fisioterapia Hidroterapia Terapia Ocupacional Fonoaudiologia Psicopedagogia**Houve indicação profissional?**

Quem indicou o Cams:

01. Em relação à casa de sua família, especifique a quantidade de:

- 1) automóvel ()
- 2) televisão ()
- 3) banheiro ()
- 4) empregada mensalista ()
- 5) empregada diarista ()
- 6) máquina de lavar roupa ()
- 7) geladeira ()
- 8) TV a cabo ()
- 9) computador ()
- 10) internet paga ()
- 11) celulares ()
- 12) quartos ()

02. A família possui outros imóveis além do que habita? (lotes, fazendas, casas na praia, apartamentos, salas, barracões, etc)

- 1) não
- 2) sim. Especificar o tipo e local de cada imóvel:

03. Qual o principal meio de transporte utilizado?

- 1) a pé
- 2) bicicleta
- 3) transporte coletivo pago com recursos próprios. Gasto diário R\$ _____
- 4) transporte locado. Gasto mensal R\$ _____
- 5) oferecido gratuitamente por Prefeituras e/ou Escola
- 6) transporte próprio (preencher tabela abaixo)

6.1. Transporte próprio

Modelo	Ano	Prestação R\$

04. Você ou alguém da sua família participa de algum programa de assistência pública, como Bolsa Família, Bolsa Escola, Auxílio Gás, Vale Transporte, etc.?

- 1) não
- 2) sim
 - 2.1. Quem? (nome/parentesco e data de nascimento): _____
 - 2.2. Qual programa? _____

05. Recebe subsidio de alguma instituição?

- 1) igrejas
- 2) ongs
- 3) outros. Qual? _____

06. Possui plano de saúde?

- 1) não
- 2) sim

Qual? _____

Dependentes: _____ Valor: _____

07. Esclareça problemas de saúde existentes entre as pessoas que moram com sua família, inclusive você:

Nome	Doença	Incapacita para o trabalho		Dependente para as atividades diárias		Gastos mensais
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	

08. Dados da família referente ao último mês (renda bruta mensal):

09.

	Membros da família (primeiro nome)	Idade	Estado Civil	Parentesco	Escolaridade/ Formação	Ocupação	Local trabalho	Renda mensal bruta
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

Outras rendas:

- 1) aluguel (s) de imóvel (s) _____ R\$ _____
- 2) pensão por morte _____ R\$ _____
- 3) pensão alimentícia _____ R\$ _____
- 4) ajuda de terceiros _____ R\$ _____
- 5) benefícios sociais (Bolsa família, etc) _____ R\$ _____
- 6) outro. Qual? _____ R\$ _____

TOTAL DA RENDA FAMILIAR: R\$ _____

NÚMERO TOTAL DE DEPENDENTES DESTA RENDA: R\$ _____

10. Despesa familiar mensal:

- 1) água: R\$ _____
- 2) luz: R\$ _____
- 3) telefone fixo: R\$ _____ celular: R\$ _____
- 4) condomínio: R\$ _____
- 5) mensalidade escolar: R\$ _____
- 6) alimentação: R\$ _____
- 7) saúde: R\$ _____
- 8) transporte: R\$ _____
- 9) IPTU anual: R\$ _____
- 10) aluguel/prestação: R\$ _____
- 11) outros: R\$ _____
- 12) pensão alimentícia: R\$ _____

TOTAL: R\$ _____

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que as informações prestadas correspondem à realidade. Estou ciente de que a não veracidade das respostas desclassificará o candidato à vaga de atendimento no CAMS.

São Carlos, _____ de _____ de _____

Assinatura do candidato ou responsável

ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

1. A instituição de ensino na qual cursou o ensino fundamental é:
 - 1) pública
 - 2) particular
 - 3) parte em pública e depois particular
 - 4) parte em particular e depois pública
 - 5) particular com bolsa. Bolsa de: _____

2. A instituição de ensino na qual cursou o ensino médio é:
 - 1) pública
 - 2) particular
 - 3) parte em pública e depois particular
 - 4) parte em particular e depois pública
 - 5) particular com bolsa. Bolsa de: _____

3. Você está inserido em alguma atividade acadêmica remunerada?
 - 1) sim, estágio R\$ _____
 - 2) sim, projetos de iniciação científica:
Qual? _____
R\$ _____
 - 3) sim, projetos de extensão:
Qual? _____
R\$ _____
 - 4) sim, bolsa:
Qual? _____
R\$ _____

4. Você trabalha atualmente em alguma outra atividade remunerada?
 - 1) não
 - 2) sim
 - 2.1 Qual a carga horária semanal? _____
 - 2.2 Qual o salário mensal? _____

5. Participa ou solicitou algum desses programas?
 - 1) Bolsa de complementação educacional
 - 2) Bolsa emergencial
 - 3) Bolsa permanência
 - 4) Bolsa alimentação
 - 5) Bolsa saúde
 - 6) Outros. Especificar: _____

6. Você mora:
 - 1) sozinho
 - 2) com os pais (ou somente um dos pais)
 - 3) com cônjuges/companheiro (a)
 - 4) em casa de familiares/casa de amigos
 - 5) em república/quarto/pensão/pensionato
 - 6) outra situação. Qual? _____

7. Quem é (são) o (s) responsável (s) pela manutenção bruta do grupo familiar:

- 1) pai/mãe
- 2) somente um dos pais
- 3) outros membros do grupo familiar
- 4) próprio estudante
- 5) outros _____

8. O bairro e a casa onde a família mora têm:

- 1) rede de esgoto
- 2) água tratada
- 3) iluminação pública
- 4) lixo recolhido
- 5) ruas pavimentadas

9. Sua família reside em:

- 1) vila ou aglomerado
- 2) bairro padrão popular
- 3) bairro padrão médio
- 4) bairro padrão alto e luxo
- 5) condomínio fechado
- 6) fora do perímetro urbano

10. Sua família reside em imóvel:

1. alugado. Valor do aluguel: R\$ _____
2. próprio – já quitado
3. próprio – por herança
4. próprio – em pagamento. Valor da prestação R\$ _____
5. emprestado ou cedido. Por quem? _____
6. construído em lote de parente
7. outra situação. Qual? _____

11. Despesa do estudante com moradia (apenas a parcela que cabe ao estudante em caso de república ou similar):

- 1) água: R\$ _____
- 2) luz: R\$ _____
- 3) telefone: R\$ _____
- 4) condomínio: R\$ _____
- 5) aluguel/prestação: R\$ _____
- 6) IPTU anual: R\$ _____

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INSERÇÃO DO CENTRO DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE (CAMS) NA REDE MUNICIPAL DE SÃO CARLOS.

Pesquisador: Mariana Sanchez Ramos da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44642314.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.149.664

Data da Relatoria: 14/07/2015

Apresentação do Projeto:

As iniciativas privadas de utilidade pública inseridas no terceiro setor vêm assumindo um papel importante na sociedade civil ao complementar os cuidados a saúde oferecidos pela rede pública no território brasileiro. Em São Carlos, a associação do Centro de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS) representa um modelo específico de cuidado e se caracteriza como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que realiza atendimentos multidisciplinares em saúde direcionados a população de baixa renda. Esta pesquisa se configura como um estudo epidemiológico descritivo populacional transversal, que objetiva investigar a inserção do CAMS na rede municipal de saúde de São Carlos, caracterizar a população atendida e as interfaces com outros serviços de saúde do município. Para tanto, será realizada uma pesquisa documental no acervo de triagem socioeconômica do CAMS realizadas no período de 01 ano (julho de 2013 a junho de 2014) com o propósito de caracterizar a população, a forma de procura, o serviço buscado e os serviços/instituições que encaminham para o CAMS. Visando identificar a interface com outros serviços, será utilizado como investigação complementar um roteiro de entrevista com os gestores dos serviços que mais encaminham pacientes ao CAMS. Os dados serão tabulados e organizados de forma a classificar as principais características socioeconômicas da população

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.149.664

recortada para o estudo, bem como uma classificação dos tipos de serviços buscados e as origens dos encaminhamentos. Espera-se com tais dados construir uma reflexão mais consistente sobre a forma de inserção e os possíveis benefícios que o serviço presta ao município no que tange às necessidades de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar e problematizar a inserção do CAMS na rede municipal de saúde de São Carlos.

Objetivo Secundário:

- Descrever socioeconomicamente o público que procura o CAMS; -Descrever as demandas dos pacientes que buscam o CAMS no período de julho de 2013 a junho de 2014;- Identificar os fluxos estabelecidos entre os serviços municipais de saúde e o CAMS no período mencionado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (18)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE 1

Roteiro para análise documental

1. Caracterização da amostra a partir das variáveis:

- Gênero;
- Estado civil;
- Idade;
- Escolaridade – nível de instrução;
- Ocupação;
- Plano de saúde;
- Renda (per capita e familiar).

2. Classificação dos dados a partir das seguintes categorias de pacientes:

- Aprovados na triagem socioeconômica, ou seja, se encaixaram no perfil da Associação;
- Não aprovados na triagem socioeconômica, ou seja, não se encaixaram no perfil da Associação;
- Pacientes que tiveram suas triagens incompletas por não fornecerem os dados necessários para finalizar o processo.

3. Identificação da procura de atendimentos por área oferecida na Associação;

4. Identificação dos encaminhamentos realizados, qualificados como:

- Formal;
- Informal;
- Espontâneo.

5. Identificação das origens dos encaminhamentos formais:

- Pública;
- Privada;
- Outros.

6. Identificação do destino dos encaminhamentos formais (públicos, privados e outros) por área de atendimento no CAMS.

