

**CAMPINAS: POPULAÇÃO, SITUAÇÃO DE SAÚDE E
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO MÉDICO**

**CADERNO
N. 02**



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

ABRIL DE 1987

**ANA MARIA CANESQUI
MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
EDITOR: MARCOS DE SOUZA QUEIROZ**

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, estudantes de pós-graduação, pesquisadores e outros membros associados, aparecerão intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de ideias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

RESUMO

Esse texto é parte do relatório de pesquisa *Estratégias de Consumo em Saúde de Famílias Trabalhadoras* do Convênio UNICAMP (NEPP) - FINEP. Como tal, o tema não se constitui originalmente de um objeto específico de estudo dentro dos propósitos daquela pesquisa. Contudo, ele reúne um conjunto de dados demográficos, de saúde e de assistência médica e à saúde em Campinas que contribuem para esclarecer aspectos importantes desses níveis de realidade. O texto inicia-se analisando o contexto demográfico e a situação de saúde da população de Campinas. Em seguida, após uma breve introdução bibliográfica onde a questão da saúde é situada a nível estadual, o texto concentra-se na análise da oferta de serviços médicos em Campinas.

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DE CAMPINAS

Como um polo de rápido desenvolvimento econômico. Campinas tem atraído um grande contingente de imigrantes. Na década de 1970. as taxas de crescimento do município situaram-se em 6% ao ano. quando a média do Estado de São Paulo como um todo girou em torno de 3%. Isso significa que Campinas soma à sua população cerca de 52.000 novos habitantes por ano. duplicando-se a cada 12 anos aproximadamente. Nesta década. o crescimento de Campinas foi superior à taxa de crescimento do Brasil em aproximadamente 135%. como podemos observar nas tabelas 1 e 2.

Esse fenômeno encontra-se intimamente ligado ao processo acelerado de industrialização que intensificou o fluxo migratório de grandes contingentes populacionais. principalmente das regiões rurais do Estado de São Paulo em busca de melhores oportunidades de emprego.

O aumento populacional do município trouxe modificações na estrutura das pirâmides etárias (Gráfico 01). onde se evidencia um estreitamento da base nos últimos anos. com uma diminuição da população mais jovem (0-15 anos) e com um aumento proporcional da faixa de 15-50 anos (ou seja. a população economicamente ativa). fazendo diminuir o índice de dependência.

A tabela 03 mostra que em 1980 a porcentagem de moradores nascidos em Campinas era apenas 38.5%. Índice este que foi de 45.9% em 1970. Os imigrantes provenientes de outros estados, por sua vez, passaram de 16.4% em 1970 para 24.8% em 1980. A tabela 04 indica que a maior parte dos imigrantes de outros Estados residentes em Campinas provêm da região sudeste, principalmente do Estado de Minas Gerais, enquanto a tabela 05 revela que a maior parte dos não naturais do município residem nele há mais de 10 anos.

A tabela 06 mostra a importância que teve a participação do componente migratório na composição da população do município na última década. Notamos que apesar da tendência à diminuição do saldo migratório em relação ao saldo vegetativo, aquele apresentou-se em vários níveis superiores a 60% na década de 70, mostrando, no entanto, declínio nos anos de 1980 a 1982, devido provavelmente à diminuição da oferta de empregos causadas pela recessão econômica.

Campinas apresenta também um dos maiores índices de urbanização do estado e do país, sendo atualmente superior a 90%. De acordo com o Plano Regional de Campinas (1978), a taxa de urbanização do município passou de 68.7% em 1940 para 89.3% em 1970.

Apesar da importância do saldo migratório, este vem cedendo terreno para o saldo vegetativo, como se depreende dos dados da tabela 06. É certo que houve uma diminuição da mortalidade na explicação do aumento do saldo vegetativo, porém fica também evidente um aumento na natalidade e na fecundidade, como é mostrado na tabela 07.

Esse aumento de natalidade fica melhor evidenciado quando analisado ano a ano, como nos gráficos 02 e 03 que apontam em Campinas uma tendência contrária à tendência histórica de paulatino decréscimo dos coeficientes de natalidade e de fecundidade verificada no país. Trentin et al (1984) analisando esse fenômeno, concluem que, como a estrutura e o processo migratório indicam um contingente de imigrantes formado principalmente na faixa etária economicamente ativa, e como nesse contingente não há predomínio de nenhum dos sexos na composição do fluxo migratório, esses imigrantes devem provavelmente ter trazido de suas regiões de origem (principalmente a zona rural) padrões de fertilidade e natalidade mais elevados. No entanto, na cidade de São Paulo, que tem absorvido uma proporção de imigrantes em relação à sua população tão ou mais intenso que Campinas, as taxas de natalidade e fecundidade têm se reduzido. Uma

explicação para esse fenômeno. como sugere Trentin et all (1984). exigiria um estudo demográfico dos dois contextos urbanos. envolvendo tanto aspectos da população de imigrantes como das práticas contraceptivas estimuladas pelos serviços de saúde e empregadas com maior intensidade a partir da década de 1970.

É evidente que as intensas transformações demográficas apontadas acima foram impulsionadas pelo processo produtivo que organiza a relação urbano-rural. É evidente também que. dentro do processo produtivo. o setor industrial mais dinâmico imprime o ritmo de desenvolvimento econômico e social. Esse aspecto na cidade de Campinas é muito bem analisado por Feliziello (1985).

A intensidade migratória dirigida a Campinas se revela no fato de que. enquanto a população cresceu em 5.8% a.a.. a população economicamente ativa cresceu em 7.1% a.a. Até 1977. com a economia mantendo níveis adequados de crescimento. o número de empregos gerados superou o crescimento da população economicamente ativa. A partir daí verificou-se um decréscimo na oferta de empregos que chegou a índices significativamente negativos nos anos da crise econômica do país. Em 1981. os desempregados no município foram estimados e. 30.000 pessoas. ou seja. mais de 10% da força de trabalho. É muito provável que esse índice tenha sido maior nos anos de 1982 e 1983. Um problema a agravar ainda mais o desemprego tem sido o fato de. na década 70/80. a área de plantio agrícola ter sido reduzida em cerca de 45.5% em virtude de fenômenos tais como a expansão urbana. a especulação imobiliária e a proliferação de loteamentos de chácaras de recreio.

O crescimento urbano experimentado pelo município de modo tão intenso na década 70/80. foi baseado nos setores mais modernos e dinâmicos da economia. como mostra Feliziello (1985).

Dados obtidos através do Censo Demográfico do IBGE de 1980 acerca do rendimento médio mensal da população economicamente ativa do município (32.013 indivíduos) mostram que:

47% receberam até 2 salários mínimos mensais;

32.6% receberam de 2 a 5 salários mínimos mensais;

11.8% receberam de 5 a 10 salários mínimos mensais;

5.7% receberam de 10 a 20 salários mínimos mensais;

2.8% receberam mais de 20 salários mínimos mensais.

Os dados de distribuição de renda mostram a concentração populacional na faixa de 0 a 5 salários mínimos. não contrariando a tendência para a população brasileira. mesmo porque o processo de acumulação de capital em Campinas não constitui exceção ao padrão brasileiro.

Em termos de família. o IBGE revela ainda que aproximadamente 49.0% das 164.584 famílias residentes em domicílios particulares do município contam com rendimentos mensais superiores a 5 salários mínimos. Aproximadamente 23% dessas famílias contam com rendimentos superiores a 10 salários mínimos.

Quanto à habitação. o déficit habitacional vem aumentando e fica melhor caracterizado pela favelização crescente do município que se inicia por volta de 1965 e cresce consideravelmente a partir da segunda metade dos anos 70. quando da intensificação da corrente migratória. A tabela 08 revela o agravamento da situação entre os anos 1977-1981. Enquanto em 1973 apenas 2% da população (6.998 hab.) estava na situação favelada. em 1973 esse índice sobe 9%.

No que diz respeito aos serviços de saneamento básico. Campinas possui um dos maiores índices de atendimento público domiciliar do Brasil. tanto no que diz respeito ao abastecimento de água quanto ao serviço de coleta e tratamento de esgoto. O gráfico 04 revela o progresso desse tipo de serviço público urbano a partir de 1970. mostrando que. em 1983. 96% e 81% da população urbana são atendidos pela rede de água e esgoto respectivamente.

A rede de energia da cidade apresenta condições satisfatórias na medida em que atende 80% da área urbana.

Evidentemente. os desafios e problemas colocados aos administradores de uma cidade com tal dinamismo e contraste social são inúmeros. pois. na realidade. a cidade convive com uma produção cada vez mais ampliada de demanda por equipamentos e serviços de todo tipo. É importante levar em consideração que a maior parte do contingente que se agrega todo ano à população do município é constituído de imigrantes de baixa renda. com

reduzida capacidade de fornecer retorno financeiro pelos serviços que se necessita. A esse quadro, acrescenta-se o fato de que a crise econômica diminuiu as receitas municipais, situação essa agravada por uma política tributária que concentrou recursos na esfera federal. Portanto, em conjunção com a maioria dos municípios brasileiros, Campinas arrecada sempre menos do que necessita dispensar e dificilmente terá como produzir bens e serviços em volume compatível com as exigências colocadas pelos altos índices de urbanização.

2. SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO DE CAMPINAS

Como resultante de um mesmo modo de produção econômica e social as condições de saúde em Campinas refletem um quadro geral onde convivem estratos populacionais com condições de saúde precária e estratos com elevados níveis de saúde. De acordo com o Anuário SEADE (1984), a esperança de vida ao nascer do habitante da região de Campinas era 60.52 anos para os homens e 66.41 anos para as mulheres em 1970, e de 64.65 para os homens e 70.87 para as mulheres em 1980. Esses índices são ligeiramente superiores à média alcançada pelo estado de São Paulo como um todo e bastante superior à média brasileira.

De modo geral, no entanto, os indicadores de saúde relativos ao período 1970-1980 e início da década de 80 mostram que as condições de saúde no município de Campinas tem evoluído favoravelmente, com redução significativa tanto no índice de Mortalidade Geral como no da Mortalidade Infantil.

O problema da mortalidade em Campinas foi muito bem demonstrado por Trentin et al (1984), tendo como referência a evolução do Coeficiente Geral de Mortalidade, o índice Swaroop-Uemura e a quantificação de Guedes. Se o Coeficiente Geral de Mortalidade revela um quadro sem considerar variáveis mais específicas quanto à idade, tanto o índice Swaroop-Uemura como a quantificação de Guedes introduzem especificidades quanto à faixa etária dos óbitos. O índice Swaroop-Uemura determina o percentual de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais, enquanto o índice de Guedes quantifica a participação dos óbitos de maiores de 50 anos em relação a óbitos ocorridos em quatro grupos etários (0-11 meses, 1-4 anos, 5-19 anos e 20-49 anos), atribuindo um peso específico para a

participação dos diferentes grupos no total geral de óbitos no período. Quanto melhor o nível de vida de uma população, maiores os valores alcançados por esses indicadores. O indicador de Guedes pode assumir valores negativos em locais com nível de vida extremamente precário. A tabela 09 mostra, nesse sentido, que, enquanto o coeficiente geral de mortalidade tem decrescido, o índice Swaroop-Uemura e a quantificação de Guedes têm aumentado, indicando que a queda da mortalidade geral é acompanhada por uma modificação na mortalidade nas diferentes faixas etárias, com os óbitos correspondentes a pessoas com 50 anos ou mais adquirindo maior peso no total de óbitos registrados.

A tabela 10 revela os índices de saúde das regiões brasileiras. A comparação desses índices com os verificados em Campinas mostra uma vantagem significativa desta cidade. No entanto, como mostra Barros (1984), a comparação é desfavorável quando feita com outros países. Por exemplo, os valores do índice de Guedes para a Inglaterra em 1980, EUA em 1978 e Cuba em 1978 são + 43.9, + 38.2 e 30.9 respectivamente, enquanto em Campinas esse índice é de apenas +16.3, em 1982.

Lopes (1982) analisa o perfil das curvas de mortalidade proporcional em Campinas referentes aos anos de 1970, 1975 e 1980. O gráfico 05 mostra, nesse sentido, que apesar da redução verificada no número de óbitos correspondentes a maiores de 1 ano e a elevação do número de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais, estas mudanças não chegaram a alterar significativamente o perfil da Curva, que continua sendo equivalente ao de países ou regiões com níveis de saúde considerados de padrão médio.

Este autor demonstra também que a redução ocorrida na estrutura da Mortalidade no perímetro urbano de Campinas (gráfico 06), apesar de ser significativo em termos gerais, não se deu da mesma maneira nos diferentes bairros da cidade. O autor conclui nesse sentido que, enquanto nos bairros de médio/alto o perfil da curva é comparável aos encontrados nos países desenvolvidos, nos bairros pobres obtêm-se curvas cujo perfil corresponde a níveis precários de saúde.

Seguindo ainda a análise de Trentin et al (1984) sobre o percentual de óbitos ocorridos no município em 1970, 1975 e 1980, de acordo com a classificação internacional de doenças (CID 9a. versão), notamos na tabela 11 que os óbitos relacionados ao grupo de Doenças Neoplásicas (II). O aspecto importante revelado por esta tabela diz respeito à redução

significativa na frequência das doenças do grupo I. ou seja. doenças Infecto-Parasitárias. de 10.3% em 1970. para 7.5% em 1980. No que diz respeito às doenças do grupo II e VII. verifica-se uma oscilação pouco significativa entre 1970-1980.

Enquanto a razão de Mortalidade Proporcional expressa o valor relativo de determinada causa ou grupo de causas em relação ao total de óbitos. o Coeficiente de Mortalidade Específico mede o risco de morte em relação a uma ou várias doenças. A tabela 12 mostra. nesse sentido. uma queda comum a todos os coeficientes relativos aos grupos CID estudados. Essa redução é particularmente notada em relação ao grupo I (doenças infecto-parasitárias). cujo coeficiente em 1980 é pouco superior à metade do coeficiente encontrado em 1975.

Da mesma forma que os indicadores gerais de mortalidade. observou-se em Campinas expressiva redução nos índices referentes a Mortalidade Infantil. Barros & Nunes (1983) mostraram nesse sentido que o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de Campinas decresceu de valores próximos a 250 por 1000 nascidos vivos no final do século passado para valores inferiores a 40 por 1000 nos próximos a 1980. A fundação SEADE (1983) revela que o CMI em Campinas em 1982 era de 32.75. Trata-se evidentemente de um valor que indica uma situação privilegiada quando comparado com o país como um todo. O gráfico 07 permite visualizar a evolução das taxas de mortalidade infantil no município de Campinas. no Estado de São Paulo e no município da Capital do Estado de S^ãEo Paulo.

Analisando a mortalidade infantil em Campinas. Trentin et all (1984) mostram que os valores obtidos para os diferentes coeficientes no período 1970-1982. tiveram uma queda superior a 40% no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). 37% no Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (CMNP - até 6 dias de vida); 47% no coeficiente de Natimortalidade (C.Nat. - período neonatal. pré-natal e parto);56.4% de Mortalidade Perinatal (CMP - final de gravidez) e 4091.5% (!) de Mortalidade Materna.

Esse autores concluem ainda que o maior componente da Mortalidade Infantil continua sendo a Mortalidade Infantil Tardia. ou seja a Mortalidade que ocorre no período compreendido entre 28 dias e 11 meses. Eles chamam a atenção para a queda acentuada das doenças infecto-parasitárias (grupo I) nas causas de óbitos. Em 1975. a participação desse grupo de doenças na mortalidade infantil era de 43.35% do total de óbitos. Em 1982. a sua participação restringiu-se a 16%. com a conseqüente elevação relativa das

doenças do grupo VIII (Doenças do Aparelho Respiratório) e XV (Algumas Afeções do Período Perinatal).

De modo geral, é inegável que a urbanização trouxe melhores condições de vida e de saúde a um grande contingente populacional. Em Campinas, o relativamente alto nível de saneamento básico contribuiu significativamente para a melhora nos índices de mortalidade comentados acima. Deve ter tido também o papel importante na redução desses índices os avanços tecnológicos da medicina, particularmente nas áreas de obstetrícia e neonatologia que possibilitaram um melhor atendimento à mãe, ao feto e ao recém-nascido.

Com a recessão econômica dos anos 80, as condições de vida e de saúde da população de baixa renda pioram muito em relação ao padrão atingido na década de 70. Não é exagero afirmar nesse sentido que uma parte considerável dessa população apresenta uma grave situação de insuficiência alimentar. A Secretaria da Saúde do Município revela que, nesse período de depressão econômica, cerca de 20% das crianças na faixa etária de zero a um ano de idade correm risco de apresentarem futuramente problemas mentais e orgânicos em virtude da desnutrição infantil. Esses dados coincidem com o índice de mortalidade infantil registrado em 1984, quando a desnutrição apareceu como causa básica de 3.5% dos casos e 16.5% como causa associada. Nas crianças da 1 a 4 anos a desnutrição, como causa básica, foi responsável por 7.6% dos óbitos, ocorrendo ainda como causa associada na maior parte das enfermidades registradas.

Várias pesquisas já demonstraram o valor de compra do salário mínimo é fator importante na determinação do índice de mortalidade infantil. Assim, é provável que, com o Plano Cruzado, a situação de saúde das camadas trabalhadoras venha a melhorar. De qualquer modo, é inegável que o problema da saúde em geral e da mortalidade em particular deve ser observado como resultante de um processo gerado na situação de existência de uma população que, por sua vez, se integra nos processos de produção econômico e social.

3. A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE

Um conjunto de estudos sobre a política de saúde no Estado de São Paulo, empreendidos pela equipe da FUNDAP, dimensiona, no período 1975-1980, os seguintes aspectos: a intervenção do Estado no setor da saúde e suas repercussões regionais, as organizações

componentes do setor. os recursos financeiros. orçamentários e humano. e a evolução institucional da Secretaria da Saúde. Enfocando a estruturação da política de saúde no Estado de São Paulo. silva (1983) delineou o perfil da intervenção estatal ao longo da década de 70. apontando as seguintes características da política de saúde: centralização de decisões e auto-sustentação financeira. privatização e maximização de interesses. separação das redes de atendimento e baixa efetividade social.

Esse perfil. denominado médico-privatista. distingue duas etapas no decorrer da década de 70. A primeira. até 1973. associada. ao "milagre econômico" e ao autoritarismo. limitou-se a criticar tanto o processo de decisão como a implementação de políticas governamentais. Nessa etapa. dominaram tanto os burocratas do setor saúde ligados ao complexo previdenciário como empresários da medicina. consolidando suas diferenças e alianças. Na segunda etapa. a partir de 1974. continuam predominando os interesses dos grupos empresariais da medicina. No entanto. com as mudanças no cenário político-econômico relacionado à crise econômica. começam a ser questionados aqueles interesses. aparecendo novos atores que passam a organizar e pressionar pela formulação de políticas estatais com novos cortes. No bojo dessas formulações. em face do esgotamento do modelo médico-privatista. coloca-se como alternativa a formação da rede básica de atendimento integrado. regionalizado e hierarquizado.

Silva (1983) aponta ainda os reflexos da política estatal e seu perfil no Estado de São Paulo. revelando. a nível regional. a expansão do atendimento médico-hospitalar em detrimento das ações médico-sanitárias de caráter preventivo. Desse modo. o INAMPS detém a hegemonia do atendimento médico. nos parâmetros do perfil médico assistencial privatistas em detrimento das ações médicos-sanitárias a encargo da rede pública. O INAMPS. conforme assinala o autor. responde por 50% do volume total de recursos despendidos em atenção à saúde. Mesmo no âmbito da Secretaria Regional de Saúde. as ações médico-sanitárias são secundárias em relação às de natureza hospitalar.

Sintetizando. do ponto de vista dos condicionantes políticos. econômicos e burocráticos do setor. o autor conclui os seguintes aspectos:

1. Falta de integração entre as prioridades das políticas governamentais referentes ao gasto direto das ações de saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo que. a partir do pós 74. passou a depender de recursos do INAMPS para operar.

2. Favorecimento à atenção médico-hospitalar com expansão do setor privado tendo esse fato constituído obstáculo à hierarquização, integração e regionalização das ações de saúde.
3. Fortalecimento da organização previdenciária no comando da política estatal de saúde a nível regional.
4. Ausência de política integrada de saúde em âmbito regional, prevalecendo, no âmbito das instituições estatais de saúde do Governo do Estado de São Paulo, a autonomia da área hospitalar. Com isso, verifica-se a alocação de parcelas ponderáveis de recursos para os hospitais universitários estaduais e para as coordenadorias de Assistência Hospitalar e de Saúde Mental, em detrimento da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, responsável pelo atendimento médico-sanitário.
5. Falta de integração entre a política regional de saúde e as ações desenvolvidas pelos municípios.

Sauver (1982), na perspectiva de analisar a ação estatal no domínio de saúde pública em São Paulo, focalizou a Secretaria de Saúde no período pós 1964 de modo a apreciar as condições gerais que conduziram o Estado Brasileiro a modernizar a sua estrutura institucional, enfatizando a Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde de 1967 na articulação com as reformas federais. Desde 1947, quando as ações do poder público na saúde se institucionalizaram (Decreto 17.339 de 28/06/1947 que criou a Secretaria de Estado de Negócios de Saúde Pública e de Assistência Social) essas ações marcaram-se por um caráter fraco, descontínuo e episódico.

De acordo com o autor, duas abordagens fizeram-se presentes na Secretaria no período pós 1964: os "teóricos" partidários de uma política de saúde pública que contemplasse o controle e o combate às endemias e o saneamento básico, e os "práticos" que defendiam ações de cuidado individual de pacientes. O resultado foi a hegemonia desta última tendência, o que se revelou na ampliação da rede de atendimento.

Sauver (1983) concluiu que a crescente institucionalização da Secretaria de Saúde não lhe conferiu autonomia (política e financeira) na formulação de suas políticas e na gestão dos seus recursos.

No pós-1964, reorganiza-se a Secretaria de Saúde sob a influência dos especialistas em saúde pública e das diretrizes do Governo do Estado de São Paulo, conforme as Leis

Federais nos. 200/67 e 48.040/67. Assim, a partir de 1969, com o Decreto no. 51.182/69, a ênfase da Secretaria passou a ser: modernização administrativa e realização de uma política de saúde pública eficiente e eficaz, com a montagem de uma estrutura organizacional enfatizando ações de saúde pública e a melhoria destas ações. Ficam inscritas nesta perspectiva a criação da carreira do médico sanitário, a formação de outras categorias de profissionais de saúde, o uso de técnicas de intervenção e a montagem da estrutura operacional da rede física, imprimindo-se, com tudo isso, a modernização do setor.

Junqueira (1983) deteve-se na análise dos gastos dos órgãos da administração pública com saúde e saneamento no período 1979-1980 no Estado de São Paulo, demonstrando a importância do INAMPS, responsável por cerca de 60% do gasto no programa de saúde do Estado naquele período. Se nos anos de 1975 e 1978 a participação cresce para 67.9%.

Ao contrário do INAMPS, a Secretaria Estadual de Saúde tem contraído os seus gastos em saúde. Ao mesmo tempo, é inexpressiva a atuação no Estado de São Paulo dos órgãos federais: Ministérios da Saúde e SUCAM. Eles responsabilizaram-se apenas por 0.1% do gasto em saúde no Estado.

É significativo o gasto com saneamento no Estado de São Paulo, atingindo 30% do total do gasto estadual em saúde no período analisado. Essas atividades estão a cargo da SABESP, cujo financiamento procede do BNH, do FAE do tesouro e da própria SABESP.

As ações de proteção ao meio ambiente estão a encargo da CETESB, que se constitui em órgão estadual criado em 1975, após a perda de controle da Secretaria de Saúde e da SUCEN nesta área. Inexiste para o setor uma política estadual definida quanto ao controle do meio ambiente, permanecendo esta ação com a participação restrita no tesouro do Estado.

Na área de assistência médica no Estado de São Paulo, estão ainda a encargo do setor público estadual os hospitais universitários (Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e Hospital das Clínicas de São Paulo) que obtém recursos do Tesouro e do FAS, entre outras fontes. O IAMSPE, cuja clientela são os servidores públicos estaduais, não dispõe de rede descentralizada de atendimento no interior do Estado, dispondo de hospital próprio na cidade de São Paulo.

De um modo geral as ações de saúde acabam concentrando-se na área de assistência médica. sendo essa a principal atividade realizada pelos órgãos de maior nível do gasto no programa. conforme assinalou Junqueira (1983). Ademais. inexistente integração e hierarquização das atividades. cada órgão gerando padrões diferenciais de atendimento.

Resta à Secretaria Estadual de Saúde. a atuação nos programas de controle da hanseníase. tuberculose. saúde mental. saúde da mulher e da criança. atendendo à clientela que se dirige aos centros de saúde e aos ambulatórios de saúde mental. A atuação da rede de atendimento ainda é limitada. havendo tendência ao estabelecimento de rede universalizada e hierarquizada através do Pró-Assistência I em Campinas. de assistência médica integral de São Mateus. na grande São Paulo e do Programa Metropolitano de Saúde.

Não dispõe a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo de recursos suficientes para assumir o papel que lhe é atribuído de condutora da política de saúde. Com o domínio do INAMPS no volume dos gastos. resta para os serviços públicos uma posição secundária. embora a eles recorra parcela da população trabalhadora. que se depara com a baixa qualidade da assistência médica do INAMPS.

Os municípios. por sua vez. também respondem por parcela do gasto público na área de saúde e saneamento. tendo ocorrido tendências. após 1978. de ligeiro aumento da sua participação neste gastos. Junqueira (1983) apontou a heterogeneidade dos municípios no volume dos gastos não chegando. em alguns deles a 2% do total de gasto municipal do Estado. Entretanto alguns municípios e regiões do Estado. tais como: Campinas. Bauru. Ribeirão Preto. Presidente Prudente. São José do Rio Preto e municípios do Vale do Paraíba e do Litoral. ampliaram seus gastos com saúde no período 1978-1979.

Considerando no conjunto das despesas dos órgãos da administração os municípios são responsáveis por 10% dos gastos. chegando a 11.9% em 1978. Entretanto há que se destacar o peso dos municípios da Grande São Paulo nestes gastos. dispondo muitos deles de Secretarias Municipais de Saúde. com serviços próprios de saúde. Muitos são ainda os municípios interioranos que sequer dispõem de serviços próprios. permanecendo a população sob a dependência dos serviços estaduais

4. O COMPLEXO MÉDICO PREVIDENCIÁRIO EM CAMPINAS

De acordo com os parâmetros das políticas nacional e estadual de saúde organiza-se a produção de assistência médica em Campinas com a hegemonia do complexo médico previdenciário composto pelo INAMPS. em articulação com o setor privado: hospitais e empresas médicas; médicos credenciados e clínicos. É beneficiário do INAMPS. conforme apontam os dados da tabela 13. baseada em estimativas. 90% da população urbana campineira.

Para o atendimento a esta população. o complexo médico previdenciário conta com os serviços próprios do INAMPS e com os serviços contratados. sendo estes últimos compostos através do credenciamento de hospitais. casas de saúde e clínicas e através de convênios. Os convênios realizam-se com empresas industriais e comerciais que. por sua vez. contratam empresas e cooperativas médicas. Há ainda os convênios estabelecidos com os hospitais universitários. modalidade esta mais recente de compra de serviços de saúde em Campinas. através de convênios globais.

Outros tipos de contratos foram estabelecidos com casas de saúde nas áreas de fisiologia e psiquiatria. cuja modalidade é o pagamento efetuado através de diárias. Os convênios efetuados com empresas médicas funcionaram pelo sistema de pagamento por unidade de serviço até 1982. e a partir daí. passaram a funcionar pelo sistema de AIH (autorização de internação hospitalar) que estabeleceu para os hospitais pagamento por procedimento médico.

O setor público. através da Secretaria Estadual de Saúde. participou de convênio com o INAMPS. através do CIAM. no período de 1977 até maio de 1984. obtendo transferências para a remuneração de um médico. um atendente e um auxiliar para prestar serviços junto às suas unidades de saúde daquela secretaria. A partir de 1984. os convênios com o setor público estão sendo efetuados através das Ações Integradas de Saúde. correspondendo a 50% do orçamento municipal de saúde. equivalendo a CR\$ 800.000.000 mensais. dentro da perspectiva do Pró-Assistência I. o que proporcionará a expansão da rede básica de atenção à saúde.

Outro setor conveniado é representado pelos sindicatos. encarregados da assistência médica e odontológica. o que os mantém em atividades assistências.

Finalmente, há o credenciamento de médicos particulares, modalidade cuja expansão tem sido secundária na política do INAMPS.

Em Campinas, estão presentes todas estas modalidades apontadas, coexistindo no complexo médico previdenciário. Vejamos cada uma delas.

Os serviços próprios do INAMPS em Campinas são constituídos pelos serviços ambulatoriais que operam através de três postos de atendimento localizados no centro da cidade, onde a existência de filas para marcação de consultas era constante até 1977. Neste ano o INAMPS adotou um plantão de 24 horas para marcação de consultas e um sistema experimental de representação das empresas com um funcionário dirigindo-se diariamente à agência local para realizar consultas. Não obstante as melhoras no atendimento em geral verificadas a partir da adoção desse procedimento, Possas (1977) apontou a insuficiência do sistema 24 hs. para a marcação de consultas, com a persistência de uma demanda insatisfeita em algumas especialidades.

Em Campinas os serviços próprios do INAMPS estão compostos, pelos serviços de radiologia, farmácia, eletrocardiologia, psicologia, audiologia, laboratório de análises clínicas e fisioterapia, inexistindo hospitais próprios.

Como mostra a Tabela 14, para dar conta do atendimento nos serviços próprios, o INAMPS contava em 1975 com 239 médicos, número este reduzido em 16,7% em 1980. O número de dentistas quase não se alterou em 1975 e 1980, enquanto o número de enfermeiros, auxiliares e assistentes sociais sofreu um aumento de 14,7% e a categoria atendente teve seu número triplicado.

A Tabela 15 mostra que o credenciamento de médicos em Campinas sofreu uma elevação de 68% de 1975 para 1977 e uma redução de 15% de 1977 para 1983. Não dispomos de dados dos profissionais lotados nos setores contratado e conveniado. O contrato de serviços hospitalares e ambulatoriais produzidos por unidades empresariais e clínicas, prevalece assim sobre o credenciamento de médicos privados na política do INAMPS.

De acordo com a Tabela 16, 98% dos hospitais de Campinas são privados. A constituição desta rede remonta ao século passado quando, sob a iniciativa privada de caráter beneficente, emergiram as primeiras instituições hospitalares destinadas principalmente ao cuidado das moléstias contagiosas e mentais. Esta rede expandiu-se nos anos 30 e a partir dos anos 60, principalmente os hospitais lucrativos.

Por sua vez, o setor público hospitalar, que também surgiu na segunda metade do século passado quando, contou com um hospital de isolamento que teve suas portas fechadas em 1984. A partir de 1922 teve início a Assistência Municipal de Saúde e em 1943 instalou-se um hospital de isolamento. Atualmente, a rede pública reduz-se a um hospital geral municipal, oriundo da instalação de um pronto socorro, tendo sido montado na década dos anos 70.

Consideradas as redes privadas e públicas em sua totalidade, dispunha Campinas em 1983 de 4.113 leitos distribuídos em 23 hospitais, mantendo uma relação de 5.4 leitos por 1.000 habitantes.

Da rede privada hospitalar, 13 hospitais são contratados pelo INAMPS, número este mantido desde 1975 até 1983. A partir de 1980 o INAMPS estabeleceu um convênio global com dois hospitais universitários (UNICAMP e PUCCAMP), com capacidade respectiva de 286 e 305 leitos. Encontra-se ainda em construção novo Hospital de Clínicas da UNICAMP, com capacidade de 400 leitos.

Os hospitais contratados pelo INAMPS contribuíram em 1975 com 1.037 leitos, tendo-se mantido este número nos anos de 1977 e 1978, de acordo com dados da tabela 17. Para os anos 1980 e 1983 houve uma elevação de 69.9% nos leitos contratados, em relação a 1975, provavelmente pela adição dos leitos conveniados com os hospitais universitários.

Quanto à disponibilidade de leitos cirúrgicos e de clínica geral no setor contratado, de acordo com dados do INAMPS, observa-se na tabela 18 uma retração em 1983 de 8.5% em relação a 1977. Neste período a redução dos leitos de obstetrícia correspondeu a 46% e de pediatria a 13%, tendo havido aumento apenas nos leitos para cirurgia infantil, que foi de 85%. É provável que o tempo médio de internação tenha caído em algumas áreas, onde a demanda é elevada e a disponibilidade de leitos foi reduzida, como no caso da obstetrícia. Novas medidas racionalizadoras implantadas pelo INAMPS, através do CONASP em 1982, podem estar interferindo no controle de rede hospitalar contratada, de modo a explicar a redução da disponibilidade de leitos contratados e a tendência declinante do número de internações do setor contratado.

A tabela 19 aponta uma progressiva contração na participação dos serviços próprios no volume total de consultas efetuadas por todos os setores a partir de 1976, embora nos anos anteriores tenha ocorrido uma relativa estabilidade no número de consultas. Os

serviços contratados. por sua vez. ganham expressão progressiva no volume de consultas. com aumento de 773% entre 1974 e 1986.

O setor conveniado. principalmente através das empresas médicas. ganha expressão na sua participação no volume total de consultas. a partir de 1980. embora tenha havido uma redução a partir de então. Os sindicatos mantêm um volume relativamente fixo e pouco expressivo de consultas entre 1976 e 1980. Os hospitais universitários apresentam uma elevação significativa no volume de consultas no período de 1980-1983. principalmente a partir de 1982. quando o hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas passou a ser conveniado.

A tendência da ampliação da compra de serviços de terceiros não só aponta a ampliação da demanda por consultas médicas como indica os expedientes do INAMPS em adquirir serviços. atribuindo às empresas (hospitais. medicina de grupo e cooperativa médica) a prestação do cuidado médico ambulatorial. Evidentemente este procedimento não é estranho ao processo de capitalização da medicina. onde prevalecem os interesses lucrativos e privados da medicina. Esta mesma tendência foi apontada por Braga e Paula (1981) para o país. No início da década dos anos 70. 83.4% das consultas ambulatoriais eram prestadas pelo INPS e em 1976 este percentual cai para 48.5%. A partir de 1974. com o Plano de Pronta ação. acelera rapidamente o crescimento do número de consultas em geral: 59.8% em 1975 e 28.9% em 1976. Trata-se de uma expansão ocorrida principalmente através da rede própria. que cresceu 230% em 1975 e 59.6% em 1976. Na rede própria. para os mesmos anos. o crescimento das consultas foi respectivamente de 16.8% e 7.0%.

Os dados disponíveis sobre o número de consultas médicas no país no período 1975-1983. de acordo com a tabela 20 (que não distingue os serviços próprios e contratados). apontam tendência crescente nos anos 1976-1981 e uma menor expansão em 1982 e 1983.

Esta menor expansão nos últimos anos provavelmente relaciona-se com as medidas racionalizadoras do CONASP.

No que diz respeito aos gastos do INPS nos serviços próprios e não próprios. Braga e Paula mostram também a redução. a partir de 1970. no volume de faturamento dos serviços não próprios como percentual do total do gasto com assistência médica: redução de 79.7% em 1970 e 67.8% em 1976. Como apontam os autores. esta queda significa o

fato da assistência médica ambulatorial ter-se tornado o setor dinâmico do processo de capacitação da medicina. Com um custo menor do que a assistência hospitalar ele possui entretanto maior rentabilidade.

Para o Estado de São Paulo. Junqueira (1983) observou idêntica tendência ao comportamento do gasto com assistência médica no período 1975/1980. Ou seja. a assistência ambulatorial respondeu por parcelas de despesas que variaram de 21.3% em 1975 para 34.7% em 1980. Já a despesa hospitalar. apesar de ainda centralizar o gasto do INAMPS. apresentou uma queda relativa em São Paulo: em 1975 era 58.6% e em 1980. 48.9%.

Este autor observou também que a mudança de ênfase na assistência médica prestada pelo INAMPS no Estado de São Paulo não significa alteração no processo de capitalização. uma vez que a assistência médica ambulatorial não cresceu em oposição à assistência hospitalar ou em prejuízo da iniciativa privada. De fato. a rede de assistência ambulatorial. com a participação dos serviços contratados. centrou-se no hospital. articulando-se com a base técnica da rede dos serviços complementares (fora e dentro do hospital) e com o complexo tecnológico do processo diagnóstico e terapêutica.

No que toca ao volume de internação. conforme a tabela 21. observa-se para Campinas que a participação do setor contratado foi bastante elevada em 1976. em decorrência do Plano de Pronta ação de 1974. A participação deste setor. no entanto. vai cedendo terreno aos serviços conveniados. primeiro às empresas e cooperativas médicas e depois. a partir de 1982. aos hospitais universitários.

Há tendências declinantes nas internações do setor contratado a partir de 1982. embora o volume absoluto ainda seja significativo. As empresas e cooperativas médicas. por sua vez. apresentam maior participação. respectivamente de 18.5% e 10.5% nos anos 1981 e 1982. com redução para 9.5% em 1983. O setor conveniado pertencente aos hospitais universitários atinge 22% em 1983.

A inexistência ou precariedade do atendimento do INAMPS noutras localidades fazem fluir para Campinas a procura por assistência médica. reforçando a sua característica de polo regional concentrada de serviços de saúde.

No que se refere aos gastos com assistência hospitalar do INAMPS. os dados disponíveis para o Estado de São Paulo mostram um decréscimo. Em 1975. segundo Junqueira

(1983:43). a participação da assistência hospitalar nas despesas do INAMPS era de 58.6%. decrescendo para 49.1% em 1979 e 48.9% em 1980. A queda nesses gastos verificou-se principalmente nos serviços clínicos e cirúrgicos: 41.8% em 1975 36.9% em 1980.

Para o país. as análises do RADIS (1984) mostram que. apesar de um período de continuada expansão da disponibilidade financeira entre 1974 - 1984. a partir do final da década dos anos 70 há um suave declínio em termos reais de gastos. Este declínio é atribuído aos reajustes dos pagamentos de serviços abaixo da inflação. Embora as internações sofressem acréscimo. conforme a tabela 21. entre 1982 e 1983 o seu crescimento foi negativo. mostrando uma inversão na tendência do crescimento do volume das internações. que são procedimentos mais onerosos. Isto se deve ao início do Plano de Reorientação da Assistência `Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP).

No que toca à tendência declinante no gasto hospitalar nas despesas do INAMPS. Braga Paula (1981:120) já apontaram que "a parcela da demanda por assistência hospitalar de que já se apropriara o setor privado e a nova parcela da demanda por assistência ambulatorial de que se apropriou recentemente já estabeleceram um patamar de faturamento que defende suas margens de lucro e suas taxas de rentabilidade. não sendo uma redução de sua participação relativa no total de gastos do INPS o que vai revelar perda da lucratividade ou declínio da privatização".

Estes autores encontraram na apropriação da demanda pela rede pública. através de maior volume de serviços. as possibilidades de reduzir fatias da demanda da rede privada. estratégia esta capaz de colocar de fato uma redução no campo da acumulação do capital privado.

Quanto aos exames subsidiários de apoio diagnóstico. conforme mostram as tabelas 22 e 23. observa-se a mesma política de aquisição de serviços de terceiros em detrimento aos serviços próprios. Em geral. com exceção das análises clínicas. que têm se mantido estáveis no período 1976-1983. todos os demais exames subsidiários (radiologia. eletroencefalografia. eletrocardiografia) apresentam tendências crescentes a partir de 1976. o que significa a progressiva tecnificação dos atos médicos. requerendo especialização e utilização de equipamentos médicos especializados.

Observando a relação exames/consultas médicas. valendo-se do total de exames e do total de consultas médicas das tabelas 22 e 19 verificamos que no INAMPS esses percentuais mantêm-se relativamente constantes a partir de 1980 como pode ser verificado a seguir.

Tipos de Exames	1980	1981	1982	1983
Análises Clínicas	20%	20%	20%	20%
Radiologia	10%	10%	9%	10%
Eletroencefalografia	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%
Eletrocardiografia	1.1%	1.1%	1.0%	0.12%
Audiometria	0.12%	0.15%	0.13%	0.12%

Fonte: Agência do INAMPS - Campinas

De forma ainda incipiente, concorre o setor público na prestação de atuação médica em Campinas. Na área hospitalar, há o Hospital Universitário da UNICAMP, que efetuou 4.662 internações em 1983, correspondendo a 5.2% do volume total de consultas. Os dados do Pró-Assistência I para 1983 mostraram a participação do INAMPS em 48.7% do total, restando à rede de atenção primária, constituída pelas Secretarias de Saúde municipal e estadual, a responsabilidade por 14.4% dos atendimentos realizados.

Com a implantação do Pró-Assistência I em 1983, o INAMPS, através de convênio já assinado com a rede pública, repassará 50% do orçamento municipal de saúde para o setor público para o provimento do cuidado primário. A relação do INAMPS com a Secretaria Estadual de Saúde ocorria através do CIAM, repassando parcela de recursos para atenção médica e para o atendimento na área de fisiologia.

No que se refere às empresas médicas, elas representam o setor mais capitalista da produção de serviços de saúde, cuja expansão tem ocorrido a partir de 1968 nos centros industrializados do eixo Rio - São Paulo, ao qual se inclui Campinas. A unificação dos serviços previdenciários favoreceu a emergência e expansão deste setor, que passou a ser contratado pelo INAMPS para provimento de assistência médica à população beneficiária, de acordo com seu vínculo com as unidades industriais e comerciais.

Este setor constitui a maior parte do sistema conveniado, realizando-se pelo sistema de pré-pagamento. O INAMSP estabelece as bases dos convênios através de um sistema de reembolso de 5% do maior salário mínimo vigente per capita do número total de empregados para as empresas que decidem oferecer serviços próprios. Entretanto as

empresas preferem transferir para as empresas médicas o cuidado aos seus empregados. estabelecendo um acordo entre o INPS – empregador – empresa médica.

Em face do sistema de pré-pagamento, interessa à empresa médica fornecer assistência ao mais baixo custo possível, dando conta dos atos médicos menos onerosos e das doenças que não requerem tratamentos prolongados e custosos. As empresas médicas procuram devolver o mais rapidamente possível o trabalhador à empresa de origem, funcionando no controle do absenteísmo da força de trabalho ativa e na seleção da mão-de-obra trabalhadora. Não lhes interessa prestar um cuidado médico de qualidade, mas que prevê maior lucratividade.

Os convênios são estabelecidos com as firmas que dispõem de uma população empregada em geral de melhor padrão alimentar e melhores condições de trabalho. Isso significa evidentemente que essa população trabalhadora apresenta um risco menor de adoecer. Assim, quase sempre são as empresas de grande porte e as multinacionais as que estabelecem convênios com empresas médicas.

Nos anos de 1975, 1978 e 1983, conforme dados do INAMPS, eram, respectivamente, 31, 52 e 80 as firmas comerciais e industriais conveniadas com as empresas médicas em Campinas.

A tabela 24 mostra para os anos de 1978 e 1983 o aumento no número de firmas conveniadas com as empresas médicas. Da passagem de um ano para outro a Unimed e Medicamp assumem maior cobertura de empregados, ampliando também o volume de firmas com as quais estabeleceram convênios. Perde importância a SAMCIL no que toca a cobertura de empregados, embora tenha praticamente mantido o número de estabelecimentos conveniados. É possível que esta contração no número de empregados cobertos pela SAMCIL reflita as dispensas a que foram submetidas certos setores industriais em Campinas no período recessivo. A totalidade da população coberta, entretanto, sofreu expansão de 1978 para 1984. Se considerarmos, no entanto, uma média de 3 beneficiários por empregado para o contingente de empregados cobertos pelas empresas médicas, houve redução de 1978 para 1984 em relação à totalidade da população beneficiária do INAMPS. O contingente beneficiário das empresas médicas era de 16.4% em 1978 e 12.6% em 1984.

Além de estabelecer convênios com empresas industriais, algumas empresas médicas possuem planos de seguro privado de saúde, abrangendo as camadas de média e alta rendas, parcela esta que não deixa de ser beneficiária do INAMPS e de outros setores previdenciários - IAMSPE. Este setor de seguro privado em saúde começa a expandir-se através do sistema bancário com a presença do setor financeiro em Campinas. A ausência de estudos específicos nesta área impossibilita indicar a abrangência desta nova modalidade médico-assistencial.

A expansão das empresas médicas não foi alheia à política privatizante do INAMPS no sentido de dar conta da expansão da demanda. Como resultados desta política, gerou-se diferenciação no padrão de atendimento entre os assalariados de base e os detentores de altos ordenados, uma vez que os serviços de saúde a que têm acesso uns e outros, no âmbito dos convênios, são distintos.

Quanto aos sindicatos em Campinas, 9 deles estão conveniados com o INAMPS, desde 1980. Destes, apenas 3 prestam assistência médica e odontológica, sendo que os demais prestam apenas assistência odontológica. Assim, o maior volume de assistência odontológica em Campinas divide-se entre os serviços conveniados (sindicatos) e os próprios do INAMPS, de acordo com a tabela 25. O credenciamento de dentistas ainda é reduzido, sendo apenas 15 os credenciados, todos eles a partir de 83. Por outro lado, este setor ainda está submetido aos sistemas de empresariamento, embora esta tendência comece a ser verificada em Campinas e poderá constituir-se num setor a ser conveniado com o INAMPS.

Os sindicatos passaram a incorporar ações assistenciais a partir de 70, com o Programa Valorização da Ação Sindical do Ministério do Trabalho. Os convênios com o INAMPS facilitaram a abertura de ambulatórios médico-odontológicos, obtenção de aparelhos e equipamentos, doações de medicamentos, etc.

Possas (1970) investigou a atividade assistencial dos sindicatos em Campinas, mostrando que apesar da não uniformidade na prestação de serviços assistenciais, ela representa parcela importante da atividade sindical campineira, constituindo-se preocupação constante de suas diretorias. A autora mostrou, ainda, no período de julho/1976 a julho/1977, que 88,6% da atividade assistencial (médica, odontológica, jurídica e educacional) era financiada com recursos dos próprios sindicatos. Somente a assistência médica e

odontológica foram responsáveis por 47.5% dos recursos despendidos. Além de convênios com o INAMPS para a prestação destes serviços, os sindicatos dispunham de convênios com cooperativas médicas (UNIMED), com hospitais, clínicas e médicos privados.

Concluindo a respeito da atuação do complexo médico-previdenciário em Campinas, verificamos a hegemonia do INAMPS que hoje cobre 93% da população urbana trabalhadora e seus dependentes. Há significativa importância desta instituição no volume dos recursos destinados à assistência médica, concorrendo para que o processo de capitalização da medicina se intensifique, criando, especialmente a partir da unificação da Previdência Social em 1967, medidas estimuladoras ao crescimento da prática privada e empresarial da medicina.

Na produção/oferta de assistência médica em Campinas do complexo previdenciário na década de 70 configura-se a perda da importância dos serviços próprios do INAMPS no volume total da assistência médica, ganhando expansão o setor privado contratado e conveniado, particularmente no que se refere ao cuidado ambulatorial. Da mesma forma que o setor contratado, o setor conveniado - empresas médicas e cooperativas (UNIMED) - expandiu-se no que se refere ao número de internações, embora tenha também demonstrado tendências declinantes a partir de 1983. Este setor ampliou seus convênios com firmas industriais e comerciais abrangendo em 1984 um contingente de beneficiários de 12.6%.

O que pode ser verificado em Campinas foi o crescimento e diversificação da produção dos serviços de saúde e a expansão das bases tecnológicas, garantindo o atendimento de uma demanda crescente. A diversificação das bases organizacionais do complexo médico-previdenciário, especialmente na década dos anos 70, expressa a coexistência de distintas modalidades de produção.

Sem ferir as demandas e pressões do setor privado, especialmente do complexo hospitalar, empresarial e de cooperativas, a expansão do complexo médico-previdenciário em Campinas não fugiu aos parâmetros da política nacional de saúde, nas suas tendências privatizantes, centralizadoras nos padrões de financiamento e na persistência da dicotomia das redes pública e privada.

Em 1983 foram empreendidos esforços e tentativas de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde em Campinas, de modo a reforçar, modernizar e ampliar a rede básica estatal, que passa a depender de repasses e recursos do INAMPS.

Esta proposta, consolidada no Pró-Assistência I, enfrentou certos confrontos com os interesses médico-privatistas locais que se viram ameaçados com a maior participação da rede estatal nos recursos do INAMPS e no atendimento à parcela da demanda.

5. A SAÚDE PÚBLICA

A ênfase a ser dada na análise do setor público de saúde em Campinas refere-se às ações médico-sanitárias a encargo das Secretarias Estadual e Municipal, que no momento, juntamente com os postos de atendimentos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, compõem a rede básica de atenção primária.

A Secretaria Estadual de Saúde conta em Campinas com a sede do Departamento Regional de Saúde - DRS 5. (Divisão Regional de Saúde - Tipo 5), abrangendo 83 municípios, onde funcionam 104 postos de saúde, prestando serviços nas áreas materna e da criança, predominantemente, com programas de distribuição de leite em pó, imunizações e medicamentos.

Conforme dados da tabela 26 o Distrito Sanitário que abrange as cidades de Campinas, Valinhos, Souza, Barão Geraldo, Paulínia e outros, conta em Campinas com o funcionamento de 6 postos de saúde, dos quais 2 concentram-se na zona central da cidade e 4 localizam-se nas áreas periféricas, sendo unidades CSII (Centros de Saúde Tipo II). Os distritos de Barão Geraldo e Souza localizam-se às proximidades da cidade e dispõem de 2 CSII.

Além das unidades de atendimento, a Secretaria Estadual de Saúde mantém em Campinas um laboratório regional pertencente ao Instituto Adolfo Lutz, para realização de exames laboratoriais, servindo de apoio diagnóstico aos centros de saúde. Faz ainda a vigilância epidemiológica, o controle de qualidade de alimentos, o controle da doença de Chagas, Leishmaniose, esquistossomose e malária, através da SUCEN.

Além disto, o ambulatório de saúde mental presta assistência especializada à população, contando com equipe profissional especializada.

Das categorias profissionais relacionadas às prestações de serviços à população em exercício em 1984 na Divisão Regional de Saúde, os médicos representam 27.5%, os atendentes 23.0%, visitantes sanitários 17.3%, dentistas 11.5% e enfermeiras 7.5%. É bastante reduzida a presença de obstetritzas, auxiliares de enfermagem, operadores de raio-x, inspetores e fiscais sanitários. Ver dados da tabela 27.

Possas (1977) apontou o déficit de pessoal na DRS-5 para todas as categorias de profissionais, a precariedade da remuneração a que estavam expostos aqueles servidores e, em algumas unidades, alta porcentagem de funcionários afastados. Este percentual atingia 30% no CSI (Centro de Saúde Tipo I) em 1977. Aquele diagnóstico apontava ainda o predomínio da mão-de-obra desqualificada na prestação de serviços à população.

O quadro de 1984 não se alterou muito, persistindo o déficit de pessoal, a precariedade da remuneração, exceto para os médicos, que obtiveram reestruturação de suas carreiras em 1982.

Possas (1977) apontou que um médico contratado em 1977 como consultante em RTP (Regime de Tempo Parcial) recebia o salário inicial de CR\$ 740.00 por 23 horas semanais de trabalho, tanto em caráter temporário como efetivo. Em regime de dedicação exclusiva (RDE) o salário era de CR\$ 9.480.00.

Estes profissionais obtinham complementação salarial de CR\$ 5.200.00 mensais através do convênio CIAM (entre o INPS e a secretaria do estado de São Paulo) destinado ao atendimento de previdenciários. Este sistema porém trazia sérias distorções, pois o pagamento do número de atendimentos - 20 diários fixados - fazia com que os médicos completassem o limite de atendimentos em menor tempo possível, além de marcar retornos necessários e computá-los como consultas.

O convênio CIAM consistia num dos esquemas de repasses do INAMPS à secretaria estadual de saúde vigente de 1977 a maio de 1984, com a finalidade de contratação de 1 médico, 1 auxiliar e 1 escrivão para exercer atividades junto às unidades de saúde. Não se dispõe de dados sobre o volume de recursos repassado pelo INAMPS à Divisão Regional de Saúde em Campinas.

Embora a reestruturação da carreira tenha abrangido apenas os médicos, os seus padrões de remuneração em 1984 encontram-se em melhor situação. Atualmente um médico iniciante em tempo integral ganha CR\$ 800.000,00, e dependendo dos municípios onde atuam, recebem adicionais salariais.

A atuação do Departamento Regional de Saúde tem seguido os parâmetros da reforma de 1967 no sentido de modernização, melhoria dos recursos humanos e da infra-estrutura.

No que se refere ao cuidado médico-sanitário, a Secretaria de Saúde tem atuado nas áreas de hanseníase, fisiologia, saúde do adulto, da criança, atendimento a gestantes, suplementação alimentar, medicamentos, vacinação, vigilância epidemiológica, dentre outros, no padrão de assistência médico-sanitária provido a nível estadual.

Alguns dados mostram a parcela da produção de serviços deste setor em Campinas.

No que se refere à suplementação alimentar, dirigida às nutrízes, gestantes e crianças na faixa de 0 - 1 ano de idade, nota-se pelos dados das tabelas 28 e 29 a tendência à contração destas atividades em 1983 em Campinas.

Parte do programa de suplementação alimentar refere-se basicamente à distribuição de leite em pó às crianças de 0 - 4 anos de idade e de Gestal às gestantes e nutrízes matriculadas nos centros de saúde da Secretaria de Saúde e que receberam atendimento médico. A partir de 1976, a intervenção nutricional dirigiu-se às crianças de 0 - 1 ano, de modo a dar cobertura às inscritas no programa de assistência à criança. Entretanto, este programa antes restrito à atividade clínica, ampliou sua abrangência de modo a atrair a clientela de baixo poder aquisitivo, transformando-se em programa social.

Os dados para o estado de São Paulo de Salm e outros (1983) mostram que no quadriênio de 1971/1974 houve a distribuição de 11.828.224 latas de leite de 500 gr. No período 1977/1980 o número foi quase três vezes maior alcançando 32.104.769 latas. Os dados para Campinas na tabela 17 mostraram expansão no atendimento às crianças de 0 - 1 ano no programa de suplementação alimentar no período 1978/1982, com retração em 1983. Esta retração reflete a deterioração orçamentária da Secretaria de Saúde e sua capacidade de proporcionar atendimento nutricional à clientela.

Entretanto, a expansão na distribuição do leite e gestal não significa que os serviços estejam dando conta de responder à demanda. Salm e colaboradores verificaram para o estado de São Paulo, no programa de suplementação alimentar às crianças, mediante

comparação dos dados das crianças iniciadas e efetivamente atendidas. que nem todas as iniciativas continuavam recebendo leite em pó regularmente no período 1979/1982. Isto porque o volume absoluto de crianças atendidas num ano não expressa o recebimento de uma criança durante 12 meses consecutivos.

Ao explicar o mesmo procedimento dos dados para Campinas das crianças de 0 - 1 iniciadas e atendidas no programa de suplementação alimentar. conforme tabela 30. verifica-se em Campinas a mesma ocorrência assinalada para o estado de São Paulo. exceto no ano de 1982. quando a média anual de crianças atendidas superou em 101% o número de iniciadas.

Salm & Col. (1983) apontaram a baixa cobertura desse programa no estado de São Paulo para a população infantil de famílias de 2 salários-mínimos que constituem a clientela dos Centros de Saúde. Essa baixa cobertura ocorre tanto em relação à população infantil de 2 salários-mínimos como em relação ao número de iniciadas e atendidas no programa. É bastante provável que o mesmo padrão de cobertura esteja presente em Campinas.

O programa de suplementação alimentar destinado às gestantes. conforme dados da tabela 28. também apresenta baixa cobertura. tendo em vista a relação do número de atendidas e iniciadas. demonstrando no período 1978-1982 que apenas uma média de cerca de 20% das demandantes era efetivamente atendida.

Embora seja bastante discutível a existência do programa de suplementação alimentar num serviço de saúde de modo a cobrir a totalidade da população carente. a tendência atual é de restringi-los apenas aos desnutridos na faixa de 0 - 1 ano. As pressões sobre os Centros de Saúde para a distribuição de leite é bastante grande. constituindo-se. às vezes. no maior pretexto de comparecimento de mulheres com filhos na idade 0 - 1 ano. Por outro lado. considerando-se o desemprego e os baixos rendimentos. é necessária a presença deste programa junto aos serviços de saúde.

A demanda por consultas médicas infantis tem se expandido no período 1978/1983. conforme os dados da tabela 31. exceto no ano de 1981. o que talvez refira-se ao sub-registro de dados. Da mesma forma. o programa de vacinação expandiu-se em mais de 100% de 1978 a 1983 (Tabela 32).

A produção da assistência médica no distrito de Campinas. conforme tabela 33. cujos dados estão disponíveis apenas para 1981 e 1984. mostra expansão em quase todas as

atividades. Note-se, entretanto, que 1984 apresenta dados registrados até o mês de outubro apenas, quando foram alterados os critérios de registro, facilitando comparações com a produção de serviços da Secretaria Municipal de Saúde. O maior volume de atendimento na Secretaria de Saúde do estado de São Paulo em 1982, foi representado pelo programa de crianças de 0 - 14 anos, respondendo por 63.9% do número total de atendimentos. Surgem os atendimentos do programa de adulto, respondendo por 22.6% e o programa de gestante, por 81.1% do total de consultas (Tabela 34). Já as consultas médicas respondem por 35% do total dos atendimentos e os exames complementares 21.8% naquele mesmo ano.

Os diagnósticos do cuidado médico-sanitário da secretaria de saúde têm apontado a boa cobertura nas áreas de imunização, hanseníase e tuberculose. A pequena cobertura fica para as áreas infantil e adulto em geral. Apontam ainda a necessidade de ampliar a cobertura da 5ª Região de Saúde do estado de São Paulo (Campinas); integrar as ações de saúde com outras instituições públicas; promover a regionalização dos serviços; melhorar a resolutividade dos centros de saúde; incrementar a retaguarda dos exames complementares; melhorar a infra-estrutura física da rede a capacitar melhor seu pessoal.

Outros aspectos são apontados como necessários e se constituem na atual política da secretaria estadual de saúde na região de Campinas, ou sejam, descentralização dos serviços, expansão dos convênios com o INAMPS para incrementar a resolutividade da rede básica de saúde, implementação de uma política de recursos humanos (com descentralização dos concursos públicos a nível regional); aumento da parcela destinada à saúde no orçamento estadual e apoio aos municípios carentes, para os quais há repasse de verba do estado às prefeituras, com a finalidade de contratar médicos. Na região de Campinas, abrangida pela DRS-5, são 36 municípios considerados "carentes". Note-se que apenas a secretaria de saúde encarrega-se da assistência médica à população portadora de tuberculose e hanseníase.

Junqueira (1983), ao elaborar a análise sobre o gasto estadual da secretaria estadual de saúde, apontou as tendências decrescentes na participação desta secretaria no gasto público estadual no período 1975-1980. Em 1975, aquele gasto atingiu 15.8%, e em 1980 caiu para 8.5%. Esta parcela é desprezível quando comparada aos dispêndios do INAMPS com assistência médica, (67.9% em 1980) e dos gastos municipais com saúde (10% em 1980). Não se dispõe de dados sobre a participação da DRS-5 no total do gasto destinado

à secretaria de saúde do estado de São Paulo que permitam estabelecer uma série histórica no período 1975/1980.

Atendo-se à disponibilidade de dados do orçamento da DRS-5 para 1985. verifica-se o seguinte:

Total do Orçamento	CZ\$ 32.292.762.00	
Orçamento para Pessoal	CZ\$ 19.992.873.00	- 62%
Orçamento para Leite	CZ\$ 7.579.407.00	- 24%
Orçamento para Pensionistas	CZ\$ 1.076.225.00	- 3%
Orçamento para Assistência Médica	CZ\$ 3.554.257.00	- 11%

Os dados indicam a reduzida parcela destinada à assistência médica. o que a torna secundária em relação ao programa de suplementação alimentar. Vale ressaltar que este programa iniciou-se em 1976 no estado de São Paulo. sob a responsabilidade da secretaria da saúde. juntamente com outros órgãos estaduais. Em 1980. a secretaria da saúde era responsável por 75% dos gastos efetuados com a suplementação alimentar no estado de São Paulo. de acordo com Junqueira (1983:28).

A atuação da secretaria de saúde de Campinas compreende um conjunto de ações médico-sanitárias. de fiscalização e inspeção sanitária. assistência social. edificações públicas. custos de qualificação e administração regional.

No que toca à assistência médica. a atuação da secretaria de saúde é bastante reduzida em relação ao complexo médico-previdenciário que domina a produção/oferta de cuidados médicos. Assim mesmo. a secretaria de saúde responde por uma parcela da assistência médico-sanitária. especialmente voltada à população infantil. sem contudo fornecer ampla cobertura. o mesmo ocorrendo com programas destinados às gestantes e adultos em geral. Por sua vez. a suplementação alimentar. enquanto programa assistencial. absorvendo parcela das atividades dos centros de saúde e de recursos do departamento regional de saúde. também não provê cobertura ampla em relação à população infantil de baixa renda. tendo a sua abrangência decrescido nos últimos 2 anos.

Atuando de forma programática e isolada dos demais serviços de saúde locais. a tendência da atuação da secretaria de saúde no âmbito de Campinas. a partir de 1982. é integrar. regionalizar e hierarquizar as ações de saúde através do Programa Pró-Assistência I. de modo a articular e padronizar as ações de saúde das várias instituições. constituindo a rede básica.

Esta rede básica. que conta atualmente com 48 postos de saúde. sendo 8 da secretaria estadual de saúde. 4 da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e 36 da prefeitura municipal. foi responsável em 1982 por 14.4% dos atendimentos realizados. Sua potencialidade em termos de população a ser coberta é de 58.1%. cobrindo atualmente 19.4% da população campineira.

6. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A rede básica da secretaria municipal de saúde iniciou sua implantação e expansão a partir de 1976. De 7 postos de saúde. localizados na periferia da cidade. em 1977. conta atualmente com 36 postos. Além disso. proporciona serviço médico a escolares. através de creches e escolas municipais; serviço odontológico. junto a postos comunitários. parques infantis e escolas municipais; serviço de fiscalização sanitária e alimentação pública; serviços médico-veterinários; serviços de saúde mental e controle de zoonoses.

A assistência hospitalar municipal dá-se através do Hospital Dr. Mário Gatti. autarquia da prefeitura municipal. com capacidade para 406 leitos. atuando na área de urgência e com serviços agregados de 10 especialidades médicas.

No início da década dos anos 70. a secretaria municipal de saúde construiu o Pronto Socorro Municipal. ao qual se agregou o Hospital Mário Gatti; entre 1973 e 1976 instalou ambulatorios médicos próximos a centros de saúde da rede estadual. sem qualquer organização de serviços e retaguarda. Ocorreu em 1977 a implantação do Programa Medicina Comunitária. mediante a expansão de postos de saúde nos bairros periféricos na perspectiva de "um programa popular de saúde" que comportou a seleção e contratação de auxiliares de saúde. moradores dos próprios bairros. responsáveis pelo atendimento de problemas de saúde mais simples da população.

Ao lado disso, consolidou-se uma experiência de medicina comunitária com participação dos movimentos populares, tornando a secretaria municipal de saúde veículo de expressão e reivindicações dos movimentos populares de saúde. Ocorreu, nessa perspectiva, a expansão do pessoal contratado, incluindo, além de outros profissionais, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

A expansão no volume de profissionais de saúde continuou ocorrendo nos anos subsequentes de 1982-1984 com domínio de médicos e auxiliares, passando a ocorrer em 1984 a maior contratação de dentistas (21.13%), conforme dados da tabela 35.

Sem que a expansão da rede tenha alcançado uma homogeneidade programática no atendimento à clientela de cada posto de saúde, a tendência que se instalou a partir de 1982 foi a de reciclar o pessoal da rede, homogeneizar padronizando programações das unidades e integrar os serviços com as demais instituições públicas de saúde, conforme os parâmetros do Pró-Assistência I.

No que se refere à produção de serviços médico-sanitários da secretaria municipal de saúde, pode-se observar na tabela 36 a expansão nos atendimentos de enfermagem, consultas médicas e vacinação no período 1977 - 1980. Embora contando com imprecisões no registro de dados, oriunda do não-cômputo da produção de todas as unidades de saúde, os dados porém indicam grosseiramente o volume da produção de serviços e sua expansão.

Comparadas as médias de atendimentos efetuados na rede básica estadual e municipal em Campinas, nota-se na tabela 37 que em 1982 os serviços municipais apresentaram uma atuação menor do que a rede estadual nos programas infantil e de gestante. Ultrapassa, porém, a rede estadual no atendimento ao adulto. No total, os serviços municipais apresentam maior volume de produção de atendimento do que os serviços da secretaria estadual de saúde em Campinas, respondendo a primeira por 6.9% e a Segunda por 32.3%.

No que se refere à participação dos gastos municipais nas funções saúde e saneamento no período 1975 - 1984 (tabela 39), houve tendência crescente em todo o período, com ligeiro declínio em 1983 e 1984.

Concluindo, tal como a secretaria estadual de saúde, a rede básica da secretaria municipal de saúde vinha funcionando de forma não integrada com os demais serviços, dando conta

de parcela reduzida da demanda. não competindo com a cobertura proporcionada pelo INAMPS. embora prestasse atendimento à população não beneficiária de previdência social.

A implantação e expansão desta rede foi bastante importante para a cidade de Campinas. resultando num marco na conversão da política municipal de saúde. antes voltada para o atendimento emergencial apenas. Embora enfrentando no momento dificuldades orçamentárias para consolidar-se em termos de infra-estrutura e expansão. esta rede inscreve-se hoje na totalidade da rede básica de saúde. cuja tendência. com a implantação do Pró-Assistência I. volta-se para a integração. regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Especificamente. caberá a esta secretaria neste projeto:

1. Manutenção de suas unidades de saúde. de assistência odontológica e de ambulatório de apoio em saúde mental;
2. Manutenção de quatro unidades de saúde estrategicamente localizadas para resolver casos urgentes. incluindo atendimento noturno;
3. Aplicação de recursos de convênio com o INAMPS no aprimoramento das unidades de saúde. no repasse de recursos financeiros à UNICAMP e PUCC a título de subsídios para a realização de exames complementares da clientela da rede de atenção primária;
4. Realocação de recursos humanos especializados para atividades integradas de apoio;
5. Compromisso financeiro expresso em dotação orçamentária própria para a secretaria municipal de saúde. de acordo com as responsabilidades acima referidas.

A partir de dezembro de 1983. foi assinado o convênio com o INAMPS - secretaria estadual e municipal de saúde. configurando-se o repasse mais significativo de recursos orçamentários para a rede básica de saúde em Campinas. Esse convênio deu início às propostas de ações integradas em saúde de modo a promover a melhoria do atendimento médico-assistencial. através da regionalização dos serviços de assistência médica estatal e da redefinição de suas relações com o setor privado. gradativamente assegurando a expansão do projeto para os demais municípios da micro-região. Colocam-se ainda como objetivos gerais do Pró-Assistência I. a criação de mecanismos que possibilitem o planejamento e avaliação do sistema de saúde. de acordo com critérios adequados de

cobertura assistencial e previsibilidade orçamentária. assegurando assistência igualitária à população urbana e rural. beneficiária ou não da Previdência Social.

7. TABELAS

Tabela 1

Município de Campinas - População Estimada (1/7) 1960/1982

Ano	População Estimada
1960	211.529
1970	372.319
1980	657.712
1982	729.010

Fonte: Fundação SEADE. NEPP/UNICAMP. 1998

Tabela 2

Brasil: Estado de São Paulo e Município de Campinas. Taxa de Crescimento Anual (por cem) 1950/1980

Períodos	Brasil	Estado de São Paulo	Campinas
1950/60	2.99	3.99	4.82
1960/70	2.89	3.33	5.51
1970/80	2.49	3.49	5.83

Fonte: Fundação IBGE
Extraído de Trentin et al (1984)
NEPP/UNICAMP. 1998

Tabela 3

Município de Campinas - Brasileiros Natos Segundo Naturalidade: 1970 e 1980

Naturalidade	1970		1980	
	Bruto	Percentual	Bruto	Percentual
1 - de Campinas	168.014	45.9	251.695	38.5
2 - do Estado de São Paulo (menos Campinas)	137.811	37.7	239.459	36.7
3 - do Estado de São Paulo ¹	305.825	83.6	491.154	75.2
4 - Outros Estados	59.866	16.4	161.867	24.8
TOTAL (3+4)	365.691	100.0	653.021	100.0

Fonte: IBGE: Censos Demográficos 1970 e 1980. Extraído de Trentin et al. (1984). NEPP/UNICAMP. 1998

1 Soma de 1- + 2-.

Tabela 4

Município de Campinas - Brasileiros Natos por Naturalidade e Regiões - 1970 e 1980

Região	1970		1980	
	Bruto	Percentual (3)	Bruto	Percentual ²
Norte	44.5	0.1	1.035	0.2
Nordeste	112.394	3.4	38.595	5.9
Sudeste ³	344.590	94.4	565.309	86.5
Sudeste ⁴	39.327	10.8	74.155	11.4
Centro-Oeste	2.630	0.7	7.655	1.2
Sul	5.070	1.4	39.362	6.0
Ignorado			1.065	
TOTAL	365.691	100.0	635.021	100.0

Fonte IBGE: Censos 1970 e 1980. Extraído de Trentin et al. (1984) NEPP/UNICAMP. 1998.

Tabela 5Município de Campinas - Pessoas não naturais do município onde residem por tempo de residência no município⁵ (1980).

Anos de Residência	Bruto	Percentual
-1	38.284	9.5
1	28.093	7.0
2	30.609	7.6
3	26.377	6.5
4	22.760	5.6
5	21.609	41.6
-1 a 5	167.732	15.3
6 a 10	61.606	42.8
10 e +	172.786	0.3
S/ Declaração	1.126	
TOTAL	403.250	100.0

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980. Extraído de Trentin et al. (1984). NEPP/UNICAMP, 1998.

2 Em relação à população de Campinas no ano.0

3 Incluindo o estado de São Paulo com o próprio município de Campinas.

4 Excluindo o estado de São Paulo e o município de Campinas.

5 Incluídos brasileiros natos e estrangeiros.

Tabela 6

Município de Campinas - Componentes do Crescimento Populacional

Períodos	Acréscimo Populacional	Saldo Vegetativo ⁶	Saldo Migratório	Percentual	
				Vegetativo	Migratório
70-80	285.393	105.644	179.749	37.0	63.0
70-82	356.691	139.561	217.130	39.1	60.9
70-75	122.356	40.802	81.554	33.3	66.7
75-80	163.037	64.842	98.195	39.8	60.2
80-82	71.298	33.917	37.381	47.6	52.4

Fonte: Fundação SEADE - Extraído de Trentin et al. (1984). NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 9

Município de Campinas - Coeficiente Geral de Mortalidade. Índice de Swaroop-Uemura e Quantificação de Guedes. 1970 - 1982

Ano	CGM	Ind. S. Uemura	Ind Guedes
1970	7.2	55.4	13.4
1971	7.1	55.4	13.5
1972	7.9	53.1	11.4
1973	7.5	53.3	12.0
1974	7.8	52.9	11.6
1975	7.8	50.1	8.76
1976	7.5	55.0	13.6
1977	6.5	54.8	13.0
1978	6.0	55.5	13.0
1979	6.6	54.6	12.6
1980	5.9	57.1	15.0
1981	5.9	59.3	16.8
1982	5.6	59.2	16.3

Fonte: SEADE - Extraído de Trentin et al.,1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 10Alguns Indicadores de Saúde⁷ (por grandes regiões brasileiras)

Regiões	Mortalidade Proporcional de Menores de 1 Ano	Swaroop-Uemura	Quantificação de Guedes
Norte	31.7	34.4	-3.5
Nordeste	34.7	39.1	-0.6
Sudeste	20.4	53.2	+11.6
Centro-Oeste	18.2	56.1	+14.3
Sul	21.5	42.8	+3.8
Brasil			

Fonte: BARROS ,1984. NEPP/UNICAMP. 1998

⁶ Estão incluídos os nascimentos e os óbitos dos filhos dos migrantes radicados no município.

⁷ Excluídos óbitos de idade ignorada.

Tabela 11

Município de Campinas - Razão de mortalidade proporcional segundo alguns grupos CID - 1970, 1975 e 1980 (por cem óbitos).

Grupos CID	1970	1975	1980
Doenças Infecto-parasitárias - (I)	10.3	10.8	7.5
Doenças Neo-plásticas (II)	11.5	10.3	12.5
Doenças do Aparelho Circulatório (VII)	35.1	30.2	32.0
Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)	7.6	7.7	8.7
Complicações da gravidez parto e puerpério (XV)	4.8	4.7	5.5
Sintomas, sinais e Afecções mal definidas (XVI)	2.6	1.3	1.9
Lesões, acidentes, envenenamentos (XVII)	9.6	9.3	10.6
Outras Causas	18.5	25.7	21.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fonte: Trentin et al., 1984. NEPP/UNICAMP. 1998.

Tabela 12

Município de Campinas - Coeficientes de mortalidade específica referentes a alguns grupos CID 1970, 1975 e 1980 (por 10.000 habitantes)

Grupos CID	1970	1975	1980
Doenças Infecto-parasitárias (I)	7.5	8.5	4.4
Doenças Neo-plásticas (II)	8.3	8.0	7.4
Doenças do Aparelho Circulatório (VII)	25.4	23.6	19.0
Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)	5.4	6.0	5.1
Complicações da gravidez parto e puerpério (XV)	3.5	3.7	3.2
Sintomas, sinais e Afecções mal definidas (XVI)	1.9	1.0	1.1
Lesões, acidentes, envenenamentos (XVII)	6.9	7.3	6.0

Fonte: SEADE - Extraído de Trentin et al., 1984. NEPP/UNICAMP. 1998

7.1. DADOS DO COMPLEXO MÉDICO-PREVIDENCIÁRIO - CAMPINAS

Tabela 13

População beneficiária do INAMPS - Campinas

Anos	População Beneficiária	População Urbana
1975	423.800	470.389
1976	451.900	502.103
1977	481.900	535.390
1978	513.800	570.881
1979	547.900	608.726
1980	620.500	664.356

Fontes: Possas, C. Relatório de Pesquisa. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. 1971. IBGE, 1980. NEPP/UNICAMP. 1998

Tabela 14

Profissionais de saúde disponíveis no INAMPS - Campinas

Profissões	1975	1980
Médicos	239	199
Dentistas	19	18
Enfermeiras	3	6
Auxiliares	30	26
Atendentes	10	30
Assistentes Sociais	1	7
TOTAL	302	286

Fonte: Agência INAMPS – Campinas. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 15

Número de médicos credenciados pelo INAMPS em Campinas

1975	10
1977	78
1980	67

Fontes: Agência INAMPS Campinas, 1975 – 1983; POSSAS, C. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. Relatório de Pesquisa, 1977. NEPP/UNICAMP. 1998**Tabela 16**

Rede hospitalar - Campinas

Ano	Hospitais Públicos			Hospitais Particulares			TOTAL GERAL
	Gerais	Específicas	TOTAL	Gerais	Específicas	TOTAL	
1977	01	0	01	08	11	19	20
1978	01	0	01	07	12	19	22
1979	01	0	01	07	11	18	19
1980	01	0	01	15	17	32	33
1981	01	0	01	15	5	20	21
1982	01	0	01	15	5	20	21
1983	01	0	01	15	7	22	23
1984	01	0	01	15	10	25	26

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Campinas
NEPP/UNICAMP. 1998**Tabela 17**

Número de leitos contratados do complexo previdenciário

Ano	1975	1976	1977	1978	1980	1983
N.º Leitos	1037	1037	1037	1037	1762	1762

Obs.: Estão excluídos os leitos psiquiátricos. incluindo-se os destinados à clínica médica, cirurgia geral e infantil, clínica pediátrica e obstetrícia.

Fonte: Agência INAMPS Campinas, 1975, 1978-1983; POSSAS, C. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. Relatório de Pesquisa, 1977.

Tabela 18

Número de leitos contratados por tipo de atendimento e especialização - Campinas. Agência local do INAMPS

Especialidades	Anos			
	(1) 1976	1977	1980	1983
Clínica Médica	484	296	287	287
Cirurgia Geral	367	360	320	320
Obstetrícia	186	186	90	90
Pediatria	-	188	163	163
Cirurgia Infantil	-	7	47	47
TOTAL	1037	1037	907	907

Fonte: (1); POSSAS, C. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. Relatório de Pesquisa, 1977; Agência INAMPS. Campinas, 1977 – 1983. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 19

Consultas realizadas nos serviços próprios e não próprios do INAMPS – Campinas

Anos	Serviços	Próprios %	Serviços	Contratados %	Serviços Conveniados						Total
					Empresas	Médicas %	Sindicatos	%	Hosp. Univ.	%	
1974	574.799	86.2	92.171	13.8	-	-	-	-	-	-	666.970
1975	716.489	86.3	113.161	13.6	-	-	-	-	-	-	829.650
1976	647.809	64.0	342.536	34.5	-	-	6.869	0.6	-	-	997.214
1980	562.676	32.0	805.425	46.0	319.581	18.0	30.009	1.7	20.742	1.1	1.738.433
1981	583.749	34.8	753.605	44.9	288.375	17.1	31.120	1.8	23.959	1.4	1.680.808
1982	584.375	31.0	759.418	40.0	282.249	15.0	28.879	1.5	241.894	12.7	1.897.815
1983	579.342	29.0	766.102	39.0	298.326	14.0	31.294	1.5	329.782	16.5	2.004.846

Nota: Apesar de existência de consultas nos serviços conveniados, exceto nos hospitais universitários no período 1974 a 1976, os dados não foram registrados.

Fonte: Possas, C., 1974-1976; Agência do INAMPS – Campinas, 1988-1988. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 20

MPAS/INAMPS - Evolução da prestação de serviços assistenciais no Brasil - 1975 -1983

Ano	Internações		Consultas médicas		Consultas odontológicas		Serviços Complementares	
	Número	Acréscimo %	Número	Acréscimo %	Número	Acréscimo %	Número	Acréscimo %
1975	6.649.136	-	92.333.187	-	13.827.676	-	67.963.077	-
1976	8.356.067	25.7	118.647.964	28.5	18.159.713	31.3	91.910.579	35.2
1977	8.617.431	3.1	132.502.898	11.7	23.482.922	29.3	99.484.897	8.2
1978	9.658.055	12.1	145.411.512	9.7	29.010.105	23.5	115.376.803	15.5
1979	10.571.214	9.4	154.539.578	6.3	31.633.719	9.0	139.392.712	20.8
1980	11.753.451	11.2	179.751.174	16.3	34.159.554	7.9	160.912.847	15.4
1981	13.193.536	12.2	202.589.387	12.7	37.968.365	11.1	191.009.381	18.7
1982	13.070.882	-0.1	206.248.445	1.8	39.056.418	2.9	197.895.498	3.6
1983	12.071.162	-7.6	218.577.113	6.0	38.681.754	-1.0	205.416.861	3.8

Fonte: BRAGA et. al., *Política Social e Saúde*. 1975/1980; 1981/1982; SALLES, A. *Reorientação da Assistência*. 1981/1982; INAMPS - Coordenadoria de Comunicação Social. 1983. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 21

Internações realizadas nos serviços contratados e conveniados do INAMPS - Campinas

Anos	Serviços Contratados		Serviços Conveniados		Hosp. Universitários		Total
		%	Empresas Médicas	%			
						%	
1974	55.878	-	-	-	-	-	-
1975	74.529	-	-	-	-	-	-
1976	93.581	92.0	8.193	8.0	-	-	101.774
1980	71.181	80.0	17.430	19.0	-	-	88.611
1981	77.408	81.5	17.580	18.5	-	-	94.988
1982	94.544	79.5	12.349	10.5	11.901	10.0	118.794
1983	86.78	68.5	11.704	9.5	27.669	22.0	126.153

Notas:

- Não há hospital próprio do INAMPS em Campinas.
- As internações de convênio - empresa são de responsabilidade exclusiva da empresa. não sendo por cláusula contratual permitido o seu atendimento pelo INAMPS.
- Não se dispõe de dados destas internações em 1974 e 1975.
- Os hospitais universitários foram conveniados a partir de 1982.

Fonte: POSSAS, C. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. Relatório de Pesquisa, 1974 – 1976. 1977; Agência do INAMPS – Campinas, 1980 – 1983. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 22

Exames subsidiários realizados nas redes própria e não própria do INAMPS - Campinas

Tipo de Serviços	Locais Realização	1976	1980	1981	1982	1983
Análises Clínicas	Próprios	30.062	20.315	22.195	18.039	16.072
	Não Próprios Conveniados	-	-	-	-	-
	Não Próprios Contratados	292.960	328.187	361.550	319.263	326.206
Radiologia	Próprios	-	42.821	29.591	43.613	49.447
	Não Próprios Conveniados	32.402	-	-	-	-
	Não Próprios Contratados	56.147	150.422	159.071	163.466	162.602
Eletroencefalografia	Próprios	-	-	-	-	-
	Não Próprios Conveniados	-	-	-	-	-
	Não Próprios Contratados	7.508	10.740	9.778	11.952	13.214
Eletrocardiografia	Próprios	12.856	16.581	15.287	16.921	16.713
	Não Próprios Conveniados	-	-	-	-	-
	Não Próprios Contratados	536	2.991	2.676	2.537	1.843
Audiometria	Próprios	-	-	-	-	-
	Não Próprios Conveniados	-	-	-	-	-
	Não Próprios Contratados	1.235	2.146	2.532	2.622	2.481
Radioterapia	Próprios	-	-	-	-	-
	Não Próprios Conveniados	-	-	-	-	-
	Não Próprios Contratados	-	-	77.479	78.115	-

Fonte: POSSAS. C. Relatório de Pesquisa. 1976.; Agência do INAMPS. Campinas, 1980-1981. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 23

Total dos serviços de apoio diagnóstico efetuados nas redes própria, contratada e conveniada e relações consulta/exames realizados.

Tipo de Serviços	Total	1976	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%
Análises Clínicas	1.734.849	323.022	18.8	348.502	20.0	383.745	22.0	337.302	19.5	342.278	19.7
Radiologia	889.582	88.549	9.2	193.243	21.7	188.662	21.3	207.079	23.0	212.049	23.8
Eletroencefalografia	53.192	7.508	14.1	10.740	20.3	9.778	18.3	11.952	22.4	13.214	24.8
Eletrocardiografia	88.941	13.392	15.4	19.572	22.0	17.963	20.0	19.458	21.8	18.556	20.8
Audiometria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radioterapia	115.594				-	-	-	78.115	-	-	-

Fontes: Agência do INAMPS – Campinas, 1980-1983: POSSAS, C. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. Relatório de Pesquisa, 1976. 1977. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 24

Firmas comerciais e industriais conveniadas com empresas médicas em Campinas e nº de empregados cobertos.

Empresas Médicas	1978		1984	
	Nº Firmas	Nº Empregados Cobertos	Nº Firmas	Nº Empregados Cobertos
Unimed	20	7.977	28	16.496
Samcil	12	14.738	14	3.602
Medicamp	11	855	16	5.377
Samis	-	-	3	711
Campiclínicas	-	-	1	-
+S/ especificação de empr. Médica	9	1.177	18	-
Total	52	24.747	80	26.186

Nota: O nº de empregados cobertos não inclui dependentes.

Fontes: POSSAS, C. Saúde e Trabalho. *a Crise da Previdência Social*. 1978, p. 262/263; Agência do INAMPS. Campinas, 1984. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 25

Assistência odontológica nas redes própria e não própria do INAMPS - Campinas

Tipos de Serviços		1976	1980	1981	1983
Consultas	Próprios	42.531	30.328	31.171	28.335
	Não Próprios: Conveniados	55.410	-	-	-
	Contratados	478	1.223	1.211	1.256
Serviços Odontológicos	Próprios	-	625.421	37.520	32.378
	Não Próprios: Conveniados	-	146.495	150.618	156.501
	Contratados	-	5.962	6.483	6.358

Notas:

- 1976 estão computados apenas as consultas;
- 1980 a 1983 - não estão disponíveis os dados das consultas nos serviços conveniados, cujo volume é proporcionado principalmente pelos sindicatos.

Fontes: POSSAS, C., 1976; Agência do INAMPS – Campinas, 1980-1983. NEPP/UNICAMP, 1998.

7.2. DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPINAS - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 26

Postos de saúde pertencentes à Divisão Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Anos	Postos Existentes	Postos Desativados de Sat.
1970	8	-
1975	8	-
1980	7	1
1983	6	-

Fonte: Divisão Regional de Saúde de Campinas. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 27

Profissionais de saúde dedicados à prestação de serviços à população, em exercício na Divisão Regional de Saúde de Campinas, 1983.

Categorias	N.º Absoluto	N.º %
Médicos	33	27.5
Obstetrizes	4	3.3
Enfermeiras	9	7.5
Dentistas	14	11.5
Aux. Enfermagem	4	3.3
Visitadoras Sanit.	21	17.3
Atendentes	28	23.0
Operador de Raio X	3	2.5
Inspetores	4	3.3
Fiscais Sanitários	1	0.8
TOTAL	121	100.0

Fonte: Divisão Regional de Saúde. Boletim de Frequência, 1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 28

Programa de Suplementação Alimentar para nutrízes e gestante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para Campinas, região e Estado de São Paulo.

Anos	Nútrizes Iniciadas			Gestantes					
				Iniciadas			Atendidas		
	Campinas	Região de Campinas	Estado de São Paulo	Campinas	Região de São Paulo	Estado de São Paulo	Campinas	Região de Campinas	Estado de São Paulo
(1) 1978	1.390	8.719	70.317	997	10.293	104.207	2.350	23.305	304.541
(1) 1979	2.035	9.033	64.150	1.563	9.538	95.716	4.003	34.039	293.243
(1) 1980	1.860	8.171	68.785	1.313	8.318	92.094	3.261	28.413	274.788
(1) 1981	1.152	8.128	68.830	699	8.448	91.550	1.194	16.624	229.776
(1) 1982	1.619	9.206	87.031	1.497	8.916	103.415	3.996	20.585	280.660
(2) 1983	830	-	-	517	-	-	2.737	-	-
Total	8.886	43.257	359.113	6.586	45.513	486.982	17.541	122.966	1.383.008

Fonte: (1) Fundação SEADE. Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo para os anos de 1979 - E7, 1980, 1981 e 1982.

(2) Secretaria Saúde do Estado de São Paulo - Boletins de Produção, 1983.

NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 29

Programa de Suplementação Alimentar às crianças de 0 - 1 ano, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, região e Estado de São Paulo.

Ano	Crianças de Zero a Um Ano					
	Iniciadas			Atendidas		
	Campinas	Região de Campinas	Estado de São Paulo	Campinas	Região de Campinas	Estado de São Paulo
(1)1978	4.378	25.802	231.625	20.539	164.206	1.839.724
(1)1979	4.387	25.855	240.643	34.545	183.617	1.926.559
(2)1980	4.553	23.295	239.417	29.659	135.254	1.626.605
(3)1981	3.482	39.588	335.010	23.834	225.774	2.459.474
(4)1982	4.618	35.700	374.013	56.257	297.474	3.139.087
(5)1983	2.360	-	-	23.938	-	-
Total	23.778	150.210	1.420.708	188.772	1.006.325	10.991.449

Fonte : (1) Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. SEADE, 1978/1979.

(2) Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. SEADE.p. 166, 168 e 170 -

(3) Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. SEADE., 1981 p. 178 e 180 - SEADE.

(4) Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. SEADE., 1982 p. 152 e 154 - SEADE.

(5) Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - Boletins de Produção.

NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 30

Crianças de 0 - 1 ano iniciadas e atendidas no Programa de Suplementação Alimentar em Campinas.

Iniciadas	Média Anual de Atendidas	% Atendidas Inscritas
1978 - 4.378	1.711	39.0
1979 - 4.387	2.878	65.6
1980 - 4.553	2.471	54.2
1981 - 3.482	1.986	57.0
1982 - 4.618	4.688	101.0
1983 - 2.360	1.994	84.4

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Departamento Regional de Saúde - Campinas. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 31

Programa de Assistência à Criança de 0 - 1 Ano da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para Campinas, Região e Estado de São Paulo.

Anos	Crianças Inscritas			Consultas Médicas Eventuais			Consultas Médicas Rotina		
	Campinas	Região	Estado	Campinas	Região	Estado	Campinas	Região	Estado
(1) 1978	10.310	50.983	336.159	13.185	93.009	571.134	15.006	100.342	657.509
(1) 1979	13.037	49.883	338.582	18.675	73.931	501.808	20.477	99.440	683.321
(1) 1980	14.105	49.248	359.036	19.455	72.042	508.923	27.015	103.075	727.176
(1) 1981	6.556	57.538	430.152	4.777	82.442	545.247	12.804	125.526	848.002
(1) 1982	14.767	61.565	502.781	27.814	97.476	617.550	38.249	160.245	1.056.970
(2) 1983	13.653	-	-	25.279	-	-	26.915	-	-
Total	72.428	269.217	1.966.710	109.185	418.900	2.744.662	140.466	428.383	3.972.978

Fontes: (1) Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo. SEADE, 1979 E8, E9; 1980 p. 167; 1981 p. 177; 1982 p. 151/153. (2) Boletins de Produção Secretaria de Saúde do Estado - 1983. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 32

Vacinas aplicadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para Campinas, região e Estado de São Paulo

Anos	Campinas	Região	Estado de São Paulo
1978	241.490	1.178.590	9.119.491
1979	296.393	2.447.349	20.591.438
1980	296.643	2.297.646	18.489.383
1981	491.237	2.316.751	18.759.421
1982	464.827	-	-
1983	485.643	1.269.150	11.823.297

Fontes: Fundação SEADE. Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo, 1978. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Boletins de Produção. 1979, 1980, 1981, 1982 e 1983. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 33

Assistência médica no distrito de Campinas - Secretaria Estadual de Saúde

Subprogramas	1981	1982	1983	1984	Total
Consultas Médicas	240.004	384.734	487.423	211.384	1.323.545
Consultas Oftalmológicas	57 (1)	- (3)	- (4)	875	932
Consultas Odontológicas	19.880	25.025	17.575	7.850	70.330
Atendimentos de Enfermagem	421.872	706.209	540.409	891.411	2.559.901
Visitas Domiciliares	10.246	16.160	9.257	7.850	43.513
Trabalhos de Grupo	2.876	6.311	2.691	1.937	13.815
Atestados de Saúde, Laudos e Carteiras	30.222	32.258	32.234	25.108	119.822
Exames Laboratoriais	16.862 (2)	-	35.500	19.612	71.974
Exames Radiológicos	-	3.842	412	314	4.568
Abreugrafia	16.586	27.711	14.312	14.953	73.562
P.P.D. (teste sensibilidade)	9.872	7.054	3.791	3.015	23.732
Mitsuda (teste sensibilidade)	136	123	67	31	357
Doses de Vacinas	548.997	821.890	574.722	494.555	2.440.164

Notas: (1) até junho 1981

(2) não foi computado o mês de outubro de 1981

(3) s/ registro

(4) s/ registro

Os dados referentes a 1984 referem-se até setembro pelo fato de Ter mudado, a partir do mês de outubro, os critérios de registro.

Fonte: Boletim de Produção, Centro de Informação de Saúde. Coordenadoria de Saúde da Comunidade – Campinas. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 34

Médias mensais de atendimentos realizados pela rede básica de saúde segundo as faixas etárias. Campinas 1982

Rede Básica	Crianças						Adulto		Gestante		Total	
	0 - 1 a		1 - 14 a		Total							
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Prefeitura	5.437	23.6	8.087	35.1	13.524	58.7	8.386	36.4	1.129	4.9	23.039	100.0
Estado	4.632	44.9	2.516	24.4	7.150	69.3	2.334	22.6	843	8.1	10.327	100.0
Total	10.071	30.2	10.603	31.8	20.674	62.0	10.720	32.2	1.972	5.8	33.366	100.0

Fonte: Pró-Assistência I. NEPP/UNICAMP, 1998

7.3. DADOS SOBRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tabela 35

Profissionais de Saúde. Secretaria Municipal de Campinas.

Categorias	Anos							
	1997		1982		1983		1984	
	als.	%	als.	%	als.	%	als.	%
Médicos	31	32.98	75	22.87	114	27.61	106	21.33
Enfermeiros	-	-	7	2.14	9	2.81	14	2.82
Auxiliares Enfermagem	32	34.05	204	62.20	245	59.32	214	43.06
Psicólogos	5	5.32	11	3.35	12	2.91	9	1.8
Ass. Social	3	3.2	1	0.30	1	0.24	1	0.20
Fonoaudiólogo	1	1.06	1	0.30	1	0.24	1	0.22
Dentistas	1	1.06	-	-	-	-	105	21.13
Estaticista	-	-	1	0.30	1	0.24	1	0.20
Fisioterapeuta	-	-	-	-	-	-	1	0.20
Outros	21	22.34	28	8.54	30	7.26	45	9.06
Total	94	100.0	328	100.0	413	100.0	497	100.0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Campinas. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 36

Produção de Serviços - Prefeitura Municipal de Campinas

Ass. Médico-Sanitária	Anos				Total
	1977	1978	1979	1980	
Atendimentos de Enfermagem	8.723	86.043	192.635	96.439	383.840
Consultas Médicas	8.213	57.073	80.109	32.897	178.292
Vacinas	-	39.166	68.899	70.641	178.706
Visitas Domiciliares	-	-	2.566	2.853	5.419

*1977 - existem computados dados de 3 postos

1978 - existem computados dados de 9 postos

1979 - existem computados dados de 19 postos (Os dados são referentes até junho; após, 1980 - existem computados dados de 19 postos houve mudanças de critérios de estatística).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. NEPP/UNICAMP, 1998

Tabela 37

Médias mensais de atendimento feitos pela rede básica de saúde, segundo a faixa etária.

Rede Básica	Criança						Adulto		Gestante		Total	
	0 - 1 ano		1 - 14 anos		Total		N.º	%	N.º	%	N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%						
Prefeitura	5.437	23.6	8.087	35.1	13.524	58.7	8.386	36.4	1.129	4.9	23.039	100.0
Estado	4.634	44.9	2.516	24.4	7.150	69.3	2.334	22.6	843	8.1	10.327	100.0
Total	10.071	30.2	10.603	31.8	20.674	62.0	10.720	32.2	1.972	5.8	33.366	100.0

Fonte: Pró-Assistência I, 1983. NEPP/UNICAMP, 1998.

Tabela 38

Participação dos gastos com Saúde e Saneamento na despesaglobal da Prefeitura Municipal de Campinas, 1975 - 1984

Ano	Gastos com Saúde e Saneamento	Gastos Globais	%
1975	6.542.485	306.241.830	2.1
1976	12.166.349	421.591.377	2.9
1977	20.646.985	552.217.981	3.7
1978	38.940.023	921.302.500	4.2
1979	65.995.514	1.691.926.232	3.9
1980	149.374.302	3.094.887.639	4.8
1981	281.669.692	6.405.866.684	4.4
1982	588.717.658	14.837.754.844	4.0
1983	1.084.688.238	28.636.197.249	3.8
1984	3.141.150.000	92.600.000.000	3.4

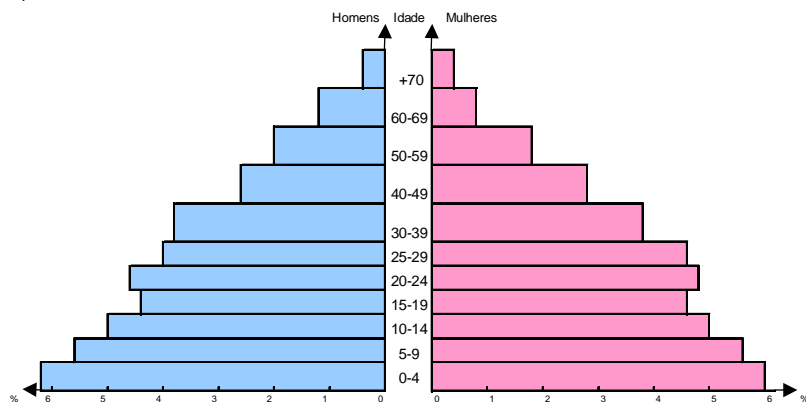
Fonte: Secretaria Municipal de Finanças. Administração Financeira - Campinas.. NEPP/UNICAMP, 1988.

8. GRÁFICOS

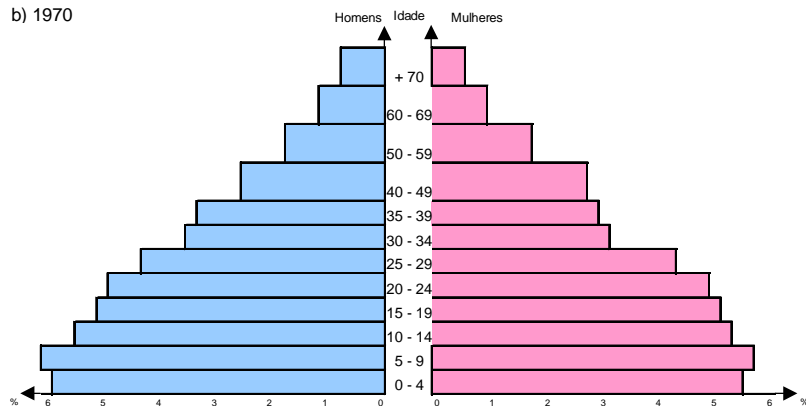
Gráfico 1

Estrutura etária da população de Campinas – 1960-70-80

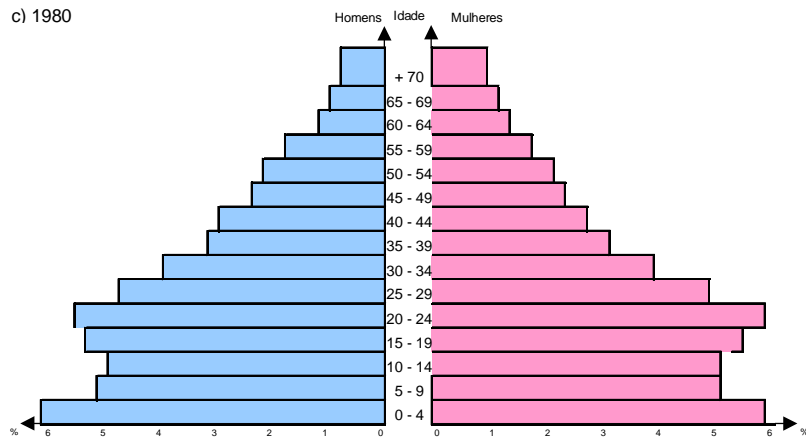
a) 1960



b) 1970



c) 1980

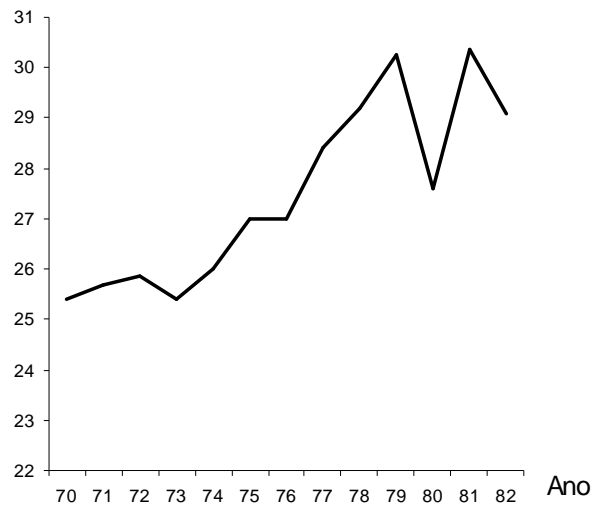


Fonte: TRENTIN et al., 1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

Gráfico 2

Município de Campinas – Coeficiente geral de natalidade (por mil), 1970 - 1982

C.G.N. (%)

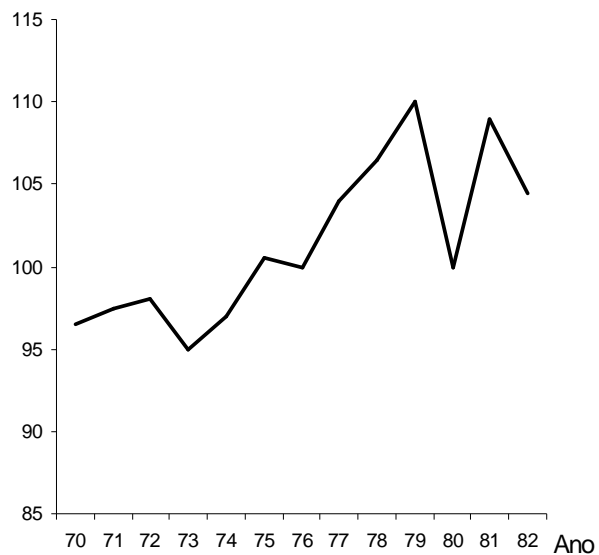


Fonte: Fundação SEADE (1983). Extraído: TRENTIN et al., 1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

Gráfico 3

Município de Campinas – Coeficiente geral de fecundidade (por mil), 1970 – 1982.

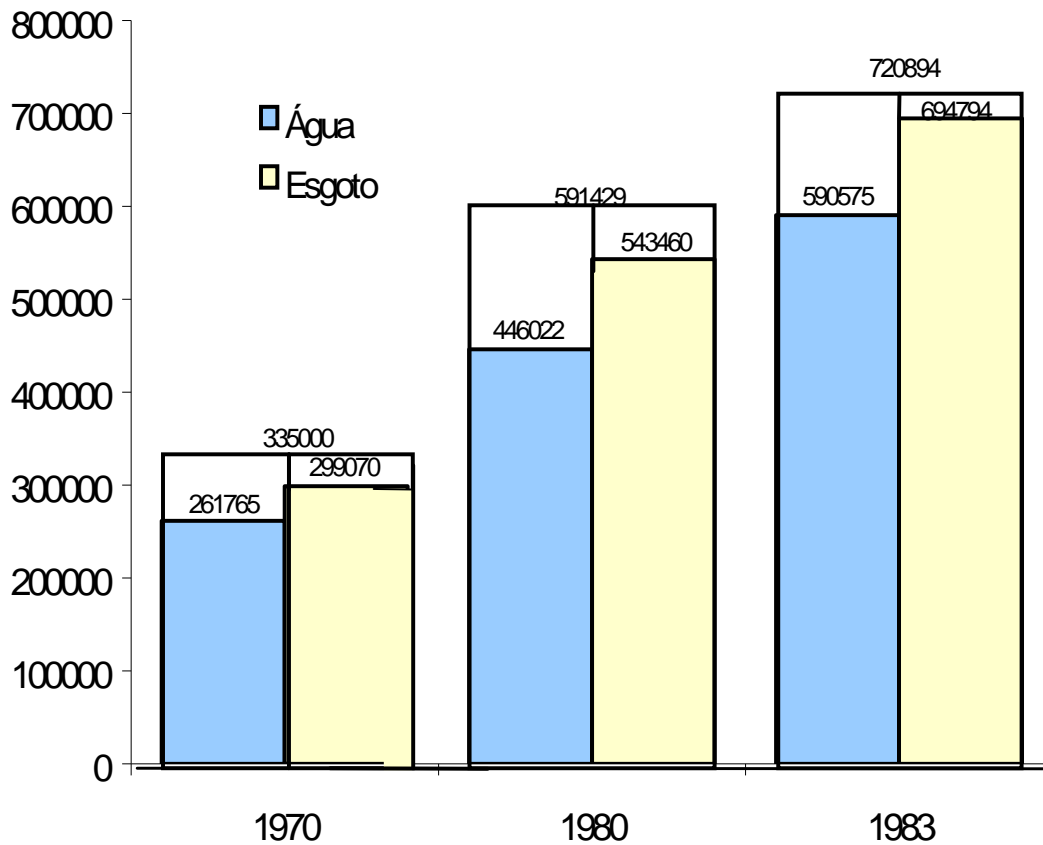
C.G.E. (%)



Fonte: Fundação SEADE, 1983. Extraído: TRENTIN et al., 1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

Gráfico 4

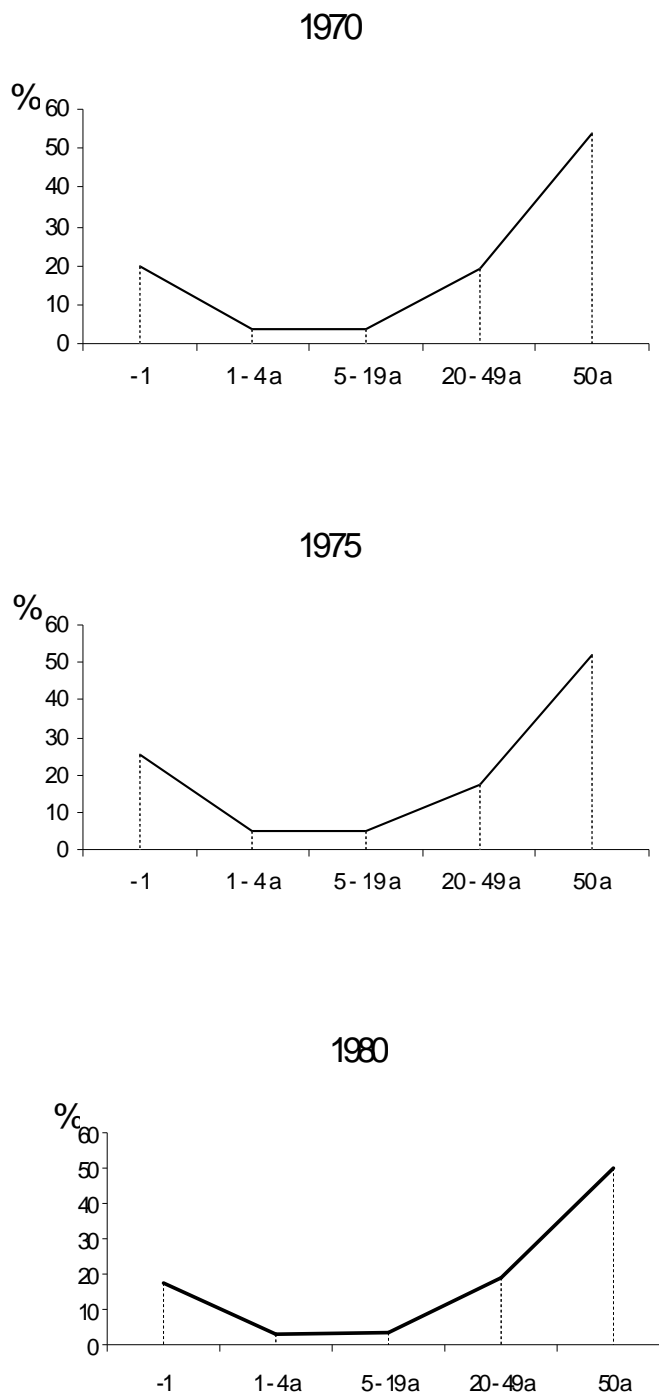
População atendida em água e esgoto, 1970, 1980 e 1983



Fonte: DAE, 1970; SANSA, 1980/1983. Extraído: TRENTIN et al., 1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

Gráfico 5

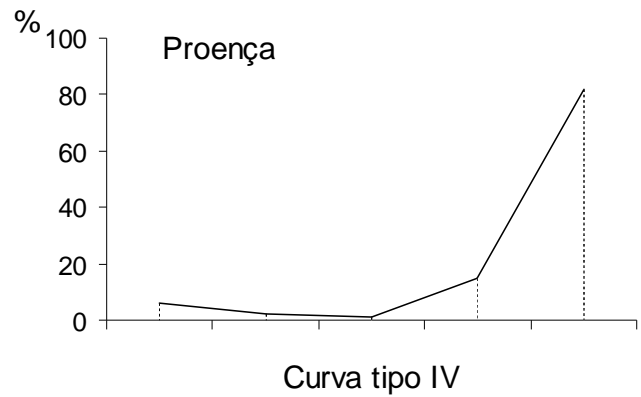
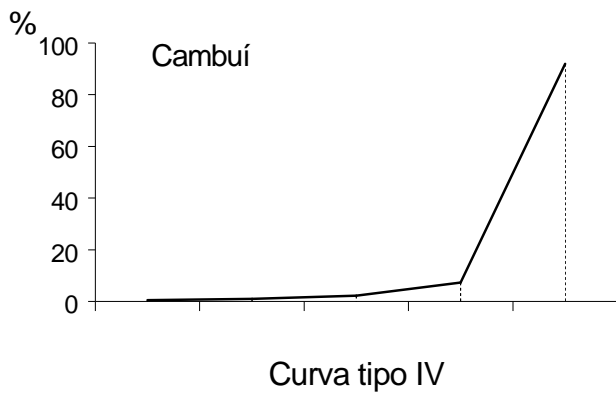
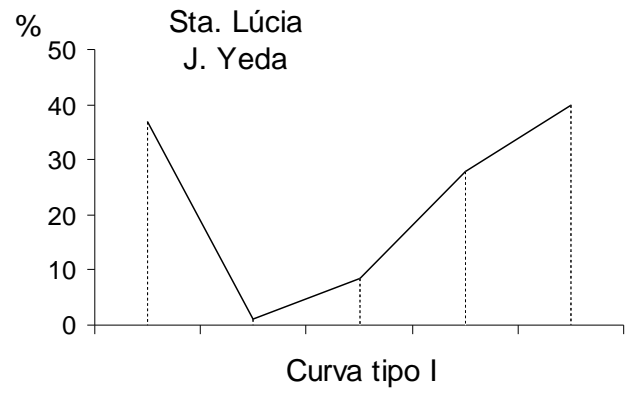
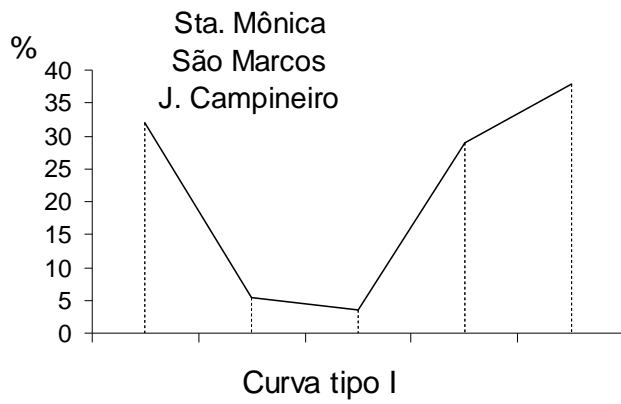
Município de Campinas – Curvas de mortalidade proporcional, 1970, 1975 e 1980



Fonte: LOPES, 1982. NEPP/UNICAMP, 1998.

Gráfico 6

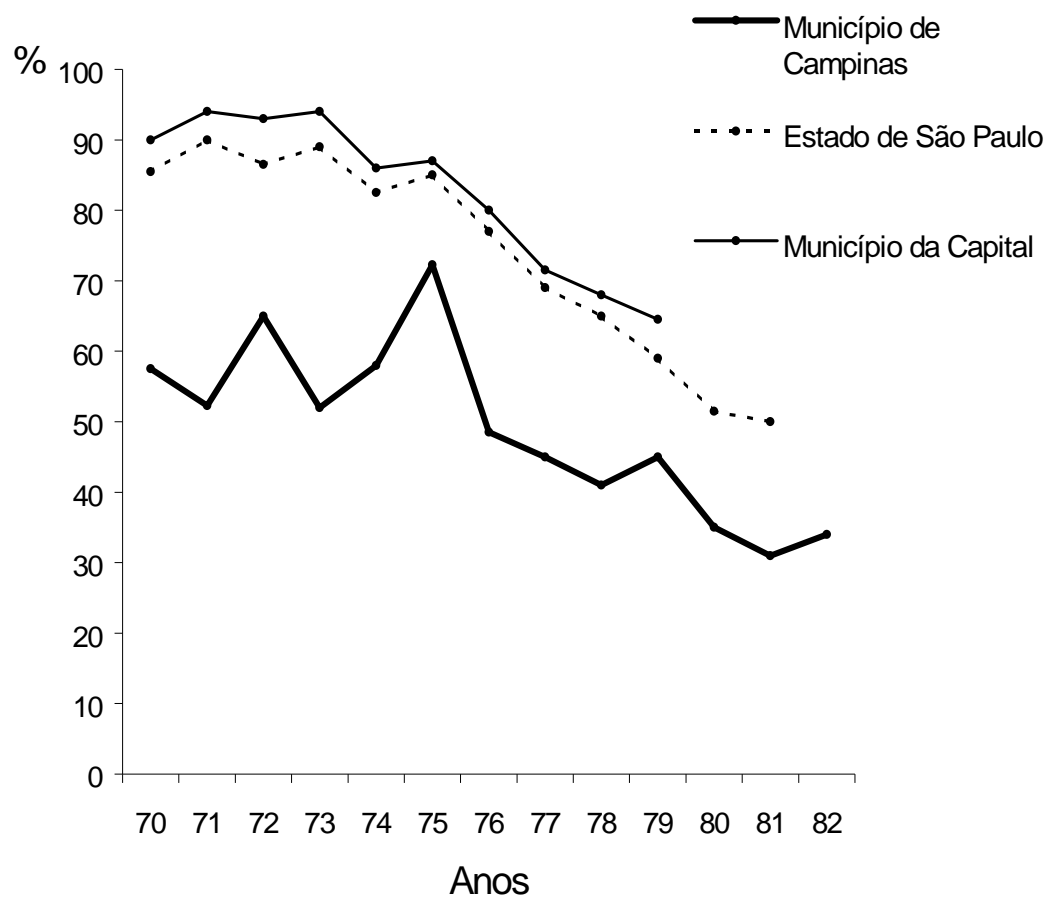
Curvas de mortalidade proporcional em bairros da cidade de Campinas



Fonte: LOPES, 1982. NEPP/UNICAMP, 1998.

Gráfico 7

Coeficientes de mortalidade infantil: Estado de São Paulo, Municípios da Capital e de Campinas, 1970, 1975 e 1980.



Fonte: SEADE/CIS, 1982. Extraído: TRENTIN et al., 1984. NEPP/UNICAMP, 1998.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, M.B.A. Considerações sobre mortalidade no Brasil em 1980. *Rev. Saúde Pública*:18, p. 122-37. São Paulo, 1984.
- BARROS, M.B.A., Nunes, E.D., Cambano, J.M., Sotto, M.A. Mortalidade Infantil em Campinas: Tendência Secular. Resumos, 34^ª Reunião S.B.P.C., 1982.
- BRAGA, J.C., PAULA, S.G. *Saúde e Previdência*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981.
- JUNQUEIRA, L.A.P., Organizações Públicas que Atendem no Setor Saúde em São Paulo. *Cadernos Fundap* n. 7, p. 12-23. São Paulo, 1983.
- LOPES, J.C. *Estrutura de Mortalidade no município de Campinas*. Mimeo, Prefeitura Municipal de Campinas.
- POSSAS, C.A. *Um Estudo de Caso no Município de Campinas*. Relatório de Pesquisa, PESES,1. 1977.
- SALM, C, e Col., *Programa de Suplementação Alimentar do Governo do Estado de São Paulo*. Relatório de Atividades, Convênio UNICAMP (NEPP) - Seplan. 1983.
- SAUVER, G.G.A., (1981) A Reforma Administrativa Federal nos anos 60 e seus Desdobramentos em São Paulo. *Cadernos Fundap* n. 7, p. 60-65. São Paulo, 1983.
- SIIVA, P.L.B. A Política de Saúde no Brasil e Suas Repercussões no Estado de São Paulo nos Anos 70: Uma tentativa de Síntese. *Cadernos Fundap* n. 7: p.4-9. São Paulo.
- TRENTIN, A.C., DALBEM, A.M., DELBEL, E.M.V. et al. *A Saúde de Campinas e o Contexto Político Nacional*. Mimeo, D.M.P.S. – FCM / UNICAMP.



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3788-2495 / 3788-2496 / 3289-3901 / 3289-3143

FAX: (019) 3289-4519

Caixa Postal - 6166

E-mail: nucleo@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br