



ATUALIZAÇÃO

---

## O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde

*The county of Campinas and the County Health Secretary Office organization*

Elisabet Pereira Lelo NASCIMENTO<sup>1</sup>

Carlos Roberto da Silveira CORREA<sup>2</sup>

Márcia Regina NOZAWA<sup>3</sup>

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi apresentar uma reconstituição histórica dos serviços públicos de saúde no município de Campinas, por meio de revisão de documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde que abordam a formulação das políticas públicas em saúde. Para tanto, resgatou-se a origem do processo da constituição do município de Campinas, com base em produções científicas pertinentes, entendendo que as condições econômicas, sociais e políticas refletiram-se na política de saúde adotada nos diversos momentos históricos. Campinas experimentou diversos modelos assistenciais na construção do sistema de saúde, destacando-se, de modo pioneiro, na implantação do Sistema Único de Saúde por meio da Medicina Comunitária, desenvolvida com participação popular e em parceria com as universidades do município desde os primórdios da década de 70. Esse modelo assistencial, reiterado pelo projeto Pró-Assistência e pelas Ações Integradas de Saúde, resultou na construção coletiva de um sistema de saúde para o município, viabilizado por práticas dirigidas às necessidades sociais nesta área, com significativa inclusão social e participação popular. Recentemente,

---

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Enfermagem. *Campus II*, Av. John Boyd Dunlop, s/n., Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.P.L. NASCIMENTO.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Enfermagem. Campinas, SP, Brasil.

assinala-se a implantação do Programa de Saúde da Família, no ano de 2001, que se propôs a fortalecer o Sistema Único de Saúde por meio de diretrizes de acolhimento, responsabilização, gestão participativa, vínculo e controle social. A política de saúde efetivamente implementada reflete o momento histórico de sua formulação, as condições econômicas vigentes, os avanços tecnológicos, bem como a capacidade de os cidadãos, grupos e classes sociais se organizarem e influenciarem as definições políticas formais e informais.

**Termos de indexação:** Atenção à saúde. História. Serviços de saúde.

## ABSTRACT

*The main objective of this study is to present a historical reconstitution approach of the public health services in the county of Campinas through the revision of documents produced in the Municipal Health Department which contains the formulation of the Public Health Policies. In order to do this, we have reviewed the origin of the process in the foundation of Campinas County, based on pertinent scientific works, acknowledging that economical, social and political environment have influenced the health policy adopted in several historical moments. Campinas has experienced several welfare models in the implementation of the health system, highlighting the early development way in implementing the Unified Health System, through Community Medicine Effort with the help of community dwellers and the partnership with the County Universities since the early 70's. Such welfare model, reiterated by the Pro-Assistance project and coordinated health actions resulted in the collective construction of a health system for the county. Carried out by practices that met the health and social necessities, with significant social inclusion and people's participation. More recently, must be pointed out the implementation of the Family Health Program, in 2001, with the purpose of strengthening the Public Health System through the directives of Acceptance, responsibility, participation management, family bond and social control. Health policy effectively implemented reflects the historical moment of its formulation, the current economical conditions, the technological development, as well as the citizen's, social group and class capacity of organizing and influence the setup of formal and informal policies.*

**Indexing terms:** History. Health services. Care, public health.

## INTRODUÇÃO

A compreensão de qualquer área do conhecimento está intrinsecamente relacionada com as suas origens, suas raízes, sendo necessário buscar na história explicações para fatos que ocorrem na atualidade.

O objetivo deste estudo foi apresentar uma reconstituição histórica da rede básica de saúde no município de Campinas, por meio de revisão de documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que abordam a estruturação dos serviços, a formulação e a implementação das

políticas públicas neste setor. Para tanto, resgatou-se a origem do processo de constituição do município de Campinas, particularmente no âmbito da organização da atenção à saúde, com base em produções científicas pertinentes, entendendo que as condições econômicas, sociais e políticas refletiram-se na política adotada nos diversos momentos históricos.

No que concerne às questões metodológicas, há que se ressaltar a incorporação de pesquisa e análise documental relativa às décadas de 70 e 80, realizadas por Nascimento<sup>1</sup>, e estendidas à atualidade para fim desta apresentação. Deste modo, o presente

artigo assume a seguinte estruturação: a retomada de elementos históricos do surgimento do município e a instalação dos serviços de saúde até a instituição da Secretaria de Saúde do município, no ano de 1966, a apresentação da reconstituição histórica da organização e política implementada pela secretaria municipal desde sua instituição até a atualidade, e as considerações finais.

Ressalta-se que este texto tem por finalidade apresentar contribuições decorrentes da sistematização da formulação de políticas e práticas de um sistema único de saúde municipal, cuja trajetória histórica materializa, reflete e, muitas vezes, antecipa a própria construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se pretende, contudo, esgotar o estudo nesse campo de produções.

O Município de Campinas, localizado na região oeste do Estado de São Paulo, situa-se a 100km da cidade de São Paulo e conta com 958 484 habitantes<sup>2</sup>. É pólo de uma região metropolitana formada por 22 cidades, com cerca de 2,2 milhões de habitantes. O acesso à cidade pode ser feito por grandes malhas viárias que interligam Campinas à capital, às cidades do interior paulista e às diversas cidades de outros estados do País.

A região de Campinas é responsável por 9% do Produto Interno Bruto, 17% da produção industrial e 10% de toda a produção agroindustrial do Estado de São Paulo, assim como a primeira colocada no País quanto ao uso de sementes de alta qualidade e mecanização agrícola. A região ainda se caracteriza como o segundo maior mercado consumidor do Brasil, com um total de 14 877 lojas de comércio varejista de compensação de cheques. Cerca de 65% da mão-de-obra campineira está inserida no setor de comércio e serviços, 34% na indústria e 1% na agricultura. Na cidade há um total de 63 instituições financeiras instaladas e 143 agências bancárias<sup>3</sup>.

No setor de saúde, segundo a divisão político-administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, Campinas integra, junto com outros 38 municípios, a Diretoria Regional XII, que totaliza dois milhões de habitantes. No âmbito municipal, o Sistema Único

de Saúde constitui-se de 49 unidades básicas de saúde, 13 módulos de saúde da família, 14 centros de referência, três ambulatorios de especialidades, dois hospitais universitários, um hospital municipal, cinco hospitais privados, lucrativos ou filantrópicos (conveniados), uma maternidade filantrópica conveniada, três pronto-atendimentos e um serviço de atendimento de urgência pré-hospitalar<sup>4</sup>.

### **O município de Campinas: uma história recontada**

Campinas tem a sua origem diretamente ligada à abertura dos caminhos para o sertão de Goiás e Mato Grosso. Os primeiros a chegarem à região onde nascia a cidade foram os paulistas do Planalto de Piratininga. Assim, entre os anos de 1721 e 1739, o caminho dos goiases se solidificou como descanso para os tropeiros que utilizavam esse percurso entre as vilas de Jundiá e Mogi Mirim, sendo denominado, nessa época, de Campinas do Mato Grosso, um bairro de Jundiá. Esse nome surgiu em razão da formação de três pequenos descampados ou campinhos em meio à mata<sup>5</sup>.

O povoamento efetivo começou com a chegada de Francisco Barreto Leme, natural de Caçapava Velha, na época jurisdição de Taubaté, em meados do século XVIII, que se estabeleceu nas terras férteis situadas a dez léguas de Jundiá, e para cá se mudou com sua numerosa família para formar lavoura. Considerado o fundador de Campinas, trouxe, além de sua família, conterrâneos, e fixou-se em terras adquiridas do que era a antiga sesmaria. No ano de 1767, moravam no bairro de Mato Grosso 265 habitantes, segundo um recenseamento da época. A agricultura era a base econômica do local, especialmente a lavoura de cana-de-açúcar<sup>5</sup>.

Em 1772, foi solicitada a licença para a construção de uma capela, devido à grande distância em relação às igrejas de Jundiá. Essa autorização foi concedida, sendo, então, construída uma igreja matriz. Esse fato permitiu que Campinas conseguisse a sua independência religiosa de Jundiá, a despeito da manutenção da dependência política em relação

àquele município. A primeira missa celebrada na igreja matriz de Campinas ocorreu no dia 14 de julho de 1774, data oficial da fundação do município<sup>5</sup>.

Em 1775, Campinas ascendeu à qualidade de distrito, desmembrando-se de Jundiá e adotando a denominação de Conceição de Campinas e, somente em 1797, atingiu a condição de Vila de São Carlos, graças ao seu grande desenvolvimento açucareiro e sua agricultura de subsistência, que permitia o atendimento aos apelos da população<sup>5</sup>. Nessa época, a população era composta por 2 107 habitantes, que residiam em pouco mais de 400 casas. Porém, a denominação de Vila São Carlos nunca chegou a ser aceita pela população local e foi abandonada em 1847, quando a vila foi finalmente elevada à categoria de cidade, surgindo, então, oficialmente a cidade de Campinas. Em 1846, foi criado um estabelecimento estatal para a assistência à saúde, o Centro de Saúde de Campinas<sup>6</sup>.

De acordo com o relato de Silva<sup>6</sup>, particularmente nas três últimas décadas do século XIX, a cidade passou por uma fase de contínuo crescimento, expresso pela adoção da iluminação pública a gás em 1875 e elétrica em 1886, bondes e telefones em 1884. Na produção agrícola, havia ainda a predominância da cana-de-açúcar, contudo, a produção de café se expandia e se consolidaria após alguns anos. Visando debelar a epidemia de febre amarela, que se alastrou progressivamente no município e reduziu a população de 30 mil para 5 mil habitantes em sete anos<sup>6</sup>, a prefeitura investiu, na última década daquele século, em obras de saneamento, construindo rede pública de esgoto e água, abrindo e pavimentando ruas, praças e outros logradouros públicos com os recursos advindos da produção cafeeira e dos repasses de verbas do Estado<sup>5</sup>.

A gênese deste quadro de epidemia de febre amarela decorreu das más condições sanitárias reinantes nas zonas urbana e rural e da falta de serviços médico-sanitários, que ameaçavam a manutenção do processo de desenvolvimento econômico com base na importação de mão-de-obra. Este contexto desencadeou a trajetória de expansão

do campo médico, pois determinou a instalação de diversas instituições ligadas à medicina e ao conhecimento científico nesta área. A criação do Serviço Sanitário de São Paulo representou um marco no campo da saúde pública, pois o raio de ação dos novos serviços de saúde transcendeu significativamente às tímidas atividades de fiscalização da medicina e combate à varíola, efetuadas pelas agências estaduais que o precederam. Além disso, o conjunto de laboratórios ou institutos, como passaram a serem chamados, criados com a reforma, foram os pilares do serviço sanitário<sup>7</sup>.

A rica aristocracia rural que passou a residir na cidade favoreceu o desenvolvimento de atividades culturais, escolas, casas de saúde e outros estabelecimentos, e ampliou o caráter polarizado de Campinas, definido pela burguesia de um lado e a população, em condições miseráveis de vida, do outro. No final do século XIX, criou-se o Hospital de Isolamento, mantido pelo Estado, para abrigar as vítimas da febre amarela, e em 1898, ocorreu sua desativação. No ano de 1876, inaugurou-se o primeiro hospital, a Santa Casa de Misericórdia, que também abrigava meninas órfãs pela mortalidade das epidemias. A salvação espiritual e a segregação física daqueles que representam risco à saúde da população em geral é, segundo Foucault<sup>8</sup>, uma função social assumida pela instituição hospitalar, discutida por ele com profundidade.

O Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência foi inaugurado em 1879, com o propósito de atender à colônia lusa residente na cidade. Para a assistência à colônia italiana, em 1886, fundou-se o Hospital do Círcolo Italiani Uniti, atual Casa de Saúde de Campinas, ambas instituições privadas, que não atendiam às camadas pobres da população. Nota-se, com base em tais fatos, que a cidade de Campinas, ao final do século XIX, contava com vários estabelecimentos de saúde, colocando-se, desde então, como pólo de assistência nesta área, a despeito do predomínio de serviços de saúde privados<sup>6</sup>.

Em 1894, surgiu o primeiro Código Sanitário do Estado, que regulamentava as atividades de

combate às epidemias, tendo sido reorganizado o Serviço Sanitário do Estado em 1896, com a divisão em três zonas: a Capital (com 12 distritos de saúde), Santos e Campinas (três distritos sanitários em cada uma delas) e os territórios remanescentes do Estado, divididos em 12 distritos sanitários. Com base nessa organização, os serviços sanitários, os laboratórios de saúde existentes e o Instituto Bacteriológico foram ampliados. Esse modelo de saúde permaneceu inalterado até 1925, quando Geraldo de Paula Souza implantou um novo modelo de saúde com base nos moldes americanos, enfatizando ações preventivas e profiláticas, mediante a formação de pessoal voltado para as práticas de higiene (educação sanitária), tendo sido criadas novas frentes de trabalho, tais como as inspetorias de alimentação pública e de fiscalização das condições de vida do trabalhador<sup>9</sup>.

A grande imigração estrangeira que se instalou nas zonas rurais para dedicar-se à agricultura, entre 1910 e 1920, permitiu a produção e fornecimento de excedente aos mercados urbanos e instalou uma cadeia de circulação de capital que promoveu o crescimento da oferta de serviços e favoreceu o crescimento paulatino da população. A Maternidade de Campinas foi fundada em 1916, por um grupo de médicos, para assistir às gestantes gratuitamente e também oferecer assistência privada da saúde. Durante os anos 20, com uma nova fase de expansão da cidade, inauguraram-se vários serviços de saúde, entre eles, a Seção de Assistência Médica da Prefeitura Municipal de Campinas (1922) e o Sanatório Dr. Cândido Ferreira (1924), destinado ao tratamento de doentes mentais<sup>6</sup>.

No âmbito da assistência individual curativa, a Lei Elói Chaves, de 1923, legitimou a hegemonia do sistema previdenciário<sup>10</sup>, com a criação das Caixas Previdenciárias, organizadas pelas empresas, que passaram a credenciar os médicos para o atendimento dos seus empregados. Nos anos 30, começaram a ser criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), organizados por categorias profissionais, sendo que o primeiro instituto foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-se o

dos comerciários e o dos bancários, em 1934, e o dos trabalhadores em transportes e cargas, em 1938, com funções semelhantes às das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões<sup>9,11</sup>.

Considerando esse cenário, Silva<sup>6</sup> afirma que os hospitais privados e os médicos, na prática liberal, atendiam à camada da população com maior poder aquisitivo; os trabalhadores ligados às caixas previdenciárias e seus dependentes eram assistidos por hospitais e médicos conveniados; e, finalmente, à parcela da população pobre ou indigente restavam os escassos ambulatórios públicos e a Santa Casa de Misericórdia.

Na década de 1930, o município passou por um intenso processo de industrialização e por transformações aceleradas de crescimento urbano, com falta de infra-estrutura urbana, uma vez que os loteamentos criados não tinham redes de água e esgoto e havia a saturação das redes já existentes, causando grande preocupação à municipalidade campineira. Com o intuito de resolver os problemas relativos à falta de saneamento, em 1934, o engenheiro-arquiteto Francisco Prestes Maia foi contratado para elaborar um plano urbanístico, com o objetivo de solucionar os problemas instalados, preparando a cidade para o desenvolvimento futuro. Embora a prefeitura tivesse grande apoio da população e do setor imobiliário, visto que seus empreendimentos experimentariam grande valorização, este plano foi aprovado em 1938, e o início das obras ocorreu somente no ano seguinte<sup>12</sup>.

Em 1931, com o crescimento do operariado industrial e o declínio do poder da burguesia cafeeira, houve a transformação da Secretaria de Estado do Interior, vinculada ao Serviço Sanitário, em Secretaria de Estado da Educação e da Saúde Pública (SEESP). Em 1938, foram instalados vários centros de saúde e hospitais psiquiátricos vinculados à SEESP no interior do Estado, e organizados os Postos de Assistência Médico-Sanitária. A cidade de Campinas iniciou o século XX saneada, porém com relativo esvaziamento populacional e diminuição da produção do café, embora haja registro do aumento de outras culturas, tais como as de algodão, arroz, milho, feijão, e áreas de pastagens<sup>6</sup>.

Nos anos de 1940 a 1950, os serviços de saúde de Campinas ampliaram-se mais, surgindo o Hospital Psiquiátrico Santa Isabel, o Hospital Vera Cruz, entre outras instituições de saúde. De acordo com Silva<sup>6</sup>, no início dos anos 50, a cidade contava com 22 estabelecimentos de saúde, sendo 15 hospitais, três clínicas, um dispensário e três serviços oficiais de saúde pública.

Entre os anos 50 e 60, no setor de saúde, não ocorreu nenhuma alteração significativa; predominava o exercício da medicina privada e de caráter individual, com a expansão da rede hospitalar geral ou especializada e dos consultórios médicos conveniados aos IAP. Os serviços de saúde pública limitavam-se, ainda, à vacinação, à puericultura, ao controle de moléstias infecto-contagiosas e outros, voltados, particularmente, à população pobre excluída dos serviços previdenciários<sup>6</sup>.

No final de 1960, surgiu a primeira empresa de medicina de grupo, Samcil, que firmou convênio para prestação de serviços aos funcionários da Pirelli e da Rhodia, comprou a clínica Santo Antônio, atual Albert Sabin, e iniciou a construção do Hospital Samaritano. Em 1970, surgiu a Unimed, disputando esse mercado e conseguindo estabelecer convênio com a indústria Bosch, transformando-se, a partir de então, na maior empresa privada do sistema suplementar de assistência médica na região<sup>6</sup>.

Em 1963, instituiu-se o Estatuto do Trabalhador Rural, promulgado pela Lei Orgânica Social. Em 1966, ocorreu a uniformização dos benefícios dos IAP, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com forte resistência dos grupos privilegiados pelo antigo sistema corporativo<sup>11</sup>. Nesse mesmo ano, 1966, a Prefeitura Municipal de Campinas criou a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, com a Lei nº 3.533 de dezembro de 1966<sup>13</sup>.

### **Organização da Secretaria Municipal de Saúde**

Em 1968, a saúde e o bem estar social foram desmembrados em duas secretarias. A partir de

então, a Secretaria de Saúde passou a ter nova estrutura administrativa<sup>14</sup>, incluindo um Setor de Expediente e o Departamento de Saúde, com a seguinte subdivisão: Setor de Administração, Pronto-Socorro, Serviço Médico Escolar, Serviço Dentário Escolar, Serviço Médico, Serviço Veterinário e Serviço de Fiscalização Sanitária e de Alimentação Pública.

A Prefeitura Municipal de Campinas, no ano de 1969, contava com os seguintes serviços: um Pronto-Socorro, ao qual se agregou, posteriormente, o Hospital Dr. Mário Gatti (entre os anos de 1973 e 1976), um Posto Central do Estado e seis Postos Comunitários de Saúde<sup>15</sup>. De acordo com L'Abbate<sup>16</sup>, houve aumento na industrialização e no fluxo migratório, juntamente com o crescimento da população favelada na periferia da cidade, sendo essas transformações responsáveis pela criação desses serviços. Nesse mesmo período, houve declínio dos indicadores de saúde da população, e os equipamentos sociais e de assistência mostraram-se insuficientes.

Na década de 70, existia, nacionalmente, uma grande articulação de movimentos populares e de algumas classes de trabalhadores. Em Campinas, esse movimento se fez presente, trazendo reflexos na estruturação da assistência à saúde da população. Dessa maneira, os Postos de Saúde se originaram do movimento popular, principalmente pelas comunidades eclesiais de base e determinado segmento de técnicos de saúde, parceiros de um movimento encampado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)<sup>17</sup>.

L'Abbate<sup>16</sup>, em uma retrospectiva histórica da organização dos serviços de saúde no município, relata que, ao final da década de 70, no processo de explosão urbana, especialmente na periferia de Campinas, com grande crescimento do número de favelas decorrente de intenso surto migratório, o prefeito Francisco Amaral, à frente do governo municipal administrado pelo PMDB, priorizando o benefício social, indicou o médico Sebastião de Moraes para assumir a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), iniciando a ampliação da rede de

postos de saúde, na perspectiva do modelo de Medicina Comunitária e da participação popular.

A partir de 1977<sup>18</sup>, os programas de Medicina Comunitária desenvolvidos pelos Departamentos de Medicina Preventiva da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), simultaneamente às iniciativas das secretarias de saúde dos municípios de Niterói, Montes Claros e Londrina, constituíram-se projetos piloto de implantação de modelos alternativos de atenção à saúde no movimento sanitário, contribuindo substancialmente para o processo de Reforma Sanitária brasileira.

O processo de reforma na organização dos serviços de saúde teve início em 1977, motivado pela organização administrativa insuficiente do setor saúde e pela incapacidade de manutenção do modelo hospitalocêntrico, em virtude da crise econômica e inadequação do modelo de atenção à saúde diante das necessidades de parcela significativa da população<sup>19</sup>.

Em 1978, este programa de Medicina Comunitária teve continuidade com um plano que permitiu caracterizar a política de saúde do município por meio da democratização da atenção médica, da extensão da cobertura, com instalação de redes básicas de atenção à saúde, que previam a hierarquização dos níveis de atenção da medicina integral e a participação comunitária<sup>19</sup>. Ainda nesse mesmo ano, ocorreu a implantação do Hospital das Clínicas da Unicamp.

Smeke<sup>17</sup> comenta que os primeiros Postos Comunitários de Saúde (PCS) foram estruturados na região periférica da cidade e em zonas rurais, atendendo às necessidades daquela parcela da população. Os PCS existentes no início de 1978 eram: Jardim Conceição, Nova Aparecida, Vila Rica, Orosimbo Maia, Vila Ypê, Vila Costa e Silva, Jardim Santa Mônica, Vila Perseu Leite de Barros, Sosas, Joaquim Egídio, Barão Geraldo, Sede da Administração Regional-7, Sede da Administração Regional-9 e Ambulatório da SANASA<sup>15</sup>. As ações desenvolvidas, conforme descreve Mellin<sup>20</sup>, seguiram

a programação da Secretaria de Estado da Saúde (SES) para o atendimento à criança, ao adulto e à gestante, sendo que, aos poucos, foram incorporados outros atendimentos, tais como: assistência às doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão Arterial), à saúde mental, saúde bucal e vacinação.

De modo majoritário, os trabalhadores que atuavam nos postos de saúde eram médicos e auxiliares de saúde pública recrutados da própria comunidade, sem nenhuma exigência de preparo formal na área. Estes foram treinados em serviço pelos médicos que, além de acompanhar os programas de saúde e realizar as consultas, respondiam também pela supervisão desses auxiliares<sup>15</sup>. Nessa direção, Smeke<sup>17</sup> assinala que, no processo de implantação dos postos de saúde, uma parcela significativa de auxiliares foi selecionada pelas equipes locais entre integrantes e líderes políticos das comunidades eclesiais de base.

Com o objetivo de romper com as práticas de clientelismo presentes no setor público, e com a decorrente negligência da preparação técnica dos profissionais contratados dessa forma, implantou-se um processo seletivo para os profissionais de saúde, especialmente para os cargos de auxiliar de saúde pública, considerados estratégicos para a consolidação daquele projeto político. O candidato a auxiliar de saúde pública deveria ser maior de idade, alfabetizado, ter domínio da escrita, ser morador da área e ter interesse pelos problemas do bairro<sup>15</sup>. Os procedimentos de seleção, bem como o conteúdo e cronograma do treinamento dos auxiliares de saúde, encontram-se descritos em Relatório Anual de 1979<sup>21</sup>.

Em julho de 1978, ocorreu a instalação de mais seis Postos Comunitários de Saúde, localizados nos bairros São Quirino, Boa Vista, Figueira, Vila Esmeraldina, Yêda e Aeroporto, totalizando uma rede de 20 unidades de saúde. Também ocorreu, nesse mesmo ano, a contratação das três primeiras enfermeiras pela Secretaria de Saúde<sup>1</sup>, para assumirem atividades assistenciais de promoção, proteção e recuperação da saúde, de organização do trabalho nos postos de saúde, assim como a

coordenação do processo de recrutamento, seleção, treinamento e educação em serviço do pessoal auxiliar<sup>15</sup>.

Compartilhando a organização com os municípios de Londrina e Niterói, em 1978 Campinas foi sede do primeiro Encontro Municipal de Saúde da Região Sudeste, que reuniu representantes de 61 municípios de todas as regiões do Brasil. A partir de análises críticas ao modelo de saúde vigente no País, com gastos excessivos e internações hospitalares desnecessárias, as recomendações do evento solicitavam a revisão da política tributária e a destinação de 5% a 10% do orçamento municipal às Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com recomendações de organizações internacionais para viabilizar a atenção primária, por meio da formulação de mecanismos de participação dos municípios na elaboração da política nacional de saúde e o credenciamento dos serviços municipais de saúde para o desenvolvimento do Programa Nacional de Imunizações<sup>22</sup>.

Em 1981, a SMS, diante das diretrizes estabelecidas no Programa de Atenção Primária à Saúde, cujas metas principais eram a extensão do atendimento à população do município, a expansão dos PCS e a regularização jurídica dos servidores lotados nos referidos postos de saúde, formalizou-se o serviço de saúde da comunidade, pelo Decreto nº 6610 de agosto de 1981. Tal instância, subordinada ao Departamento de Saúde, assumiria a responsabilidade de coordenar e executar os serviços de saúde comunitária, desenvolvidos pelos PCS da rede municipal de saúde<sup>23</sup>.

A SMS elaborou, em 1982, um projeto denominado de Pró-Assistência I<sup>24</sup>, que defendia a integração de seus serviços com os dois hospitais universitários (Unicamp e PUC-Campinas) e com os serviços estaduais, buscando a racionalização da assistência e a implementação de uma rede integrada e hierarquizada de atenção à saúde. Entre os objetivos de tal projeto, destacavam-se: a instituição de mecanismos para viabilizar o planejamento e a avaliação do sistema de saúde, com definição de metas de cobertura assistencial e

previsão orçamentária, e a universalização progressiva da assistência à população urbana e rural, independentemente de sua condição previdenciária<sup>25</sup>.

Naquele momento, detectou-se que, embora a rede de serviços municipais de saúde houvesse ampliado significativamente, não funcionava como porta de entrada do sistema, pois atendia apenas a 20% da população, necessitando, portanto, de alterações para se tornar mais efetiva<sup>24</sup>. Em nível nacional, ocorreu, paralelamente, a proposição do programa Ações Integradas de Saúde (AIS). O município de Campinas, destacando-se na busca de integração de serviços de saúde com o projeto Pró-Assistência I firmou convênio com o INAMPS e a Secretaria de Saúde do Estado no ano de 1983, para obtenção de repasse mais significativo de recursos financeiros para a rede básica de saúde, tendo sido, por essa razão, pioneiro na assinatura do convênio AIS em 1984<sup>25</sup>.

Em 1985, a Prefeitura Municipal de Campinas instituiu a nova estrutura administrativa para a Secretaria de Saúde, com o objetivo de facilitar as ações de promoção de salubridade domiciliar e peridomiciliar, dos alimentos, do funcionamento dos PCS, do controle de zoonoses, da saúde das crianças matriculadas nas creches, pré-escolas e escolas municipais<sup>26</sup>.

Com vistas à municipalização dos serviços de saúde, a Prefeitura Municipal de Campinas assinou, em 1987, o convênio Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>27</sup>. A gestão da SMS iniciada em 1989 adotou como prioridade a ampliação da rede de serviços, a reforma da gestão e do modelo de prestação de serviços de saúde<sup>28</sup>. Com esse objetivo, foram criadas as Diretorias Regionais de Saúde I, II e III, compostas por equipes multiprofissionais, alocadas no nível central da SMS para consolidar planos locais. Também foram instituídos os Colegiados de Coordenadores e de Governo, a Assembléia de Trabalhadores de Saúde, como instâncias formuladoras de proposições encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, regulamentado, em 1992, pela Lei nº 6547<sup>29</sup>.

Em 1989, a rede de serviços da SMS deveria funcionar, então, como porta de entrada do sistema de saúde, com grau de resolução compatível com o modelo de atenção integral à saúde, sem render-se à lógica dos pronto-atendimentos públicos e privados<sup>30</sup>. Assim, o SUDS de Campinas priorizou nesse ano a recuperação, otimização, ampliação e adequação técnico-assistencial do setor público no município. Realizou-se o primeiro concurso público da SMS para todas as categorias, com criação dos respectivos cargos, e ocorreu a municipalização dos Postos de Atendimento Médico do INAMPS. Em paralelo, elaborou-se o projeto de construção do Hospital Ouro Verde na região oeste, área deficitária em leitos hospitalares e de intenso crescimento populacional<sup>27</sup>.

Nesse mesmo ano, a contratação substantiva de enfermeiros admitidos pelo concurso público suscitou a necessidade de reorganização do processo de trabalho da enfermagem e a conseqüente formulação de documento descritor das atribuições dos trabalhadores da equipe de enfermagem<sup>31</sup>. No início da década de 90, com a implantação do SUS, a SMS fez grande investimento na formação de recursos humanos, destacando-se a qualificação dos auxiliares de saúde pública pelo Projeto Larga Escala<sup>32,33</sup>, iniciado no ano de 1988, e a formulação de protocolos assistenciais das áreas da mulher, adulto, criança e vigilância epidemiológica, visando delimitar as ações desenvolvidas nessas áreas programáticas, a fim de normalizar o atendimento realizado nas unidades de saúde.

Concomitantemente, houve aumento da complexidade da rede de serviços do SUS Campinas e adoção dos princípios de regionalização e descentralização dos serviços a partir de 1994, quando foram criadas quatro Secretarias de Ação Regional, substituídas, no ano de 1997, pelos cinco Distritos de Saúde<sup>34</sup>. As unidades de saúde existentes foram ampliadas e novos centros de saúde foram construídos, com grande investimento em contratação de recursos humanos e equipamentos para qualificar o atendimento oferecido.

No ano de 1996, em parceria com o Ministério da Saúde e a PUC-Campinas, a Secretaria Municipal

de Saúde realizou a capacitação para Gerentes de Unidades de Saúde (GERUS), em nível de especialização. Houve ainda a criação dos pronto-atendimentos acoplados às unidades de saúde, com objetivo de atender à demanda reprimida daquelas regiões (Anchieta e São José), já que a construção do Hospital Ouro Verde, posteriormente transformado em ambulatório de especialidades e pronto-atendimento, não havia sido concluída.

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou a um processo progressivo de descentralização do planejamento em gestão da saúde, que iniciou-se com a atenção básica, sendo seguida pelos serviços secundários próprios e, posteriormente, pelos serviços conveniados e contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressiva das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no município, obtida no ano de 1996.

Em 1998, a SMS tinha como uma das diretrizes implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de identificar e monitorar usuários expostos a riscos à saúde; resgatar a cidadania por meio de orientações aos usuários quanto aos recursos disponíveis na comunidade, estimulando a participação dos mesmos nas instâncias de controle social; auxiliar as equipes locais na compreensão do cotidiano das comunidades; e, por fim, agregar recursos ao sistema de saúde no âmbito da área de abrangência das unidades básicas de saúde. A contratação seria realizada pela Federação das Entidades Assistenciais de Campinas, uma organização não governamental, com uma remuneração composta pelo repasse do Ministério da Saúde, acrescido de complementação do município, e a capacitação seria oferecida pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde da SMS<sup>35</sup>.

Porém, travou-se um longo e difícil debate: o Movimento Popular de Saúde de Campinas e parte dos gestores da SMS se opuseram à implantação desse programa por defenderem que a expansão de recursos humanos deveria se dar pela contratação de profissionais de saúde qualificados e não pela

incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS), cuja função prioritária seria o desenvolvimento de educação em saúde.

O Movimento Popular de Saúde de Campinas<sup>35</sup>, em documento formulado para este fim, ressaltou que as características do sistema de saúde de Campinas em relação aos municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste do país demandariam outras estratégias de aprimoramento do acesso da população aos serviços de saúde, que transcenderiam o potencial do PACS. Diante de tal cenário político, o Conselho Municipal de Saúde não aprovou a implantação desse Programa e procedeu à restituição dos recursos financeiros destinados para esse fim ao Ministério da Saúde.

Em 1999, a SMS dispunha de uma rede básica com 45 Centros de Saúde, que ofereciam atenção ao adulto, criança e mulher, além de programas em saúde mental e bucal. No entanto, grande parte da demanda ainda era atendida em prontos-socorros e pronto-atendimentos, o acesso à rede básica era excessivamente burocratizado, com predomínio da clínica tradicional baseada em “queixa-conduta” e com foco de atenção na dimensão exclusivamente biológica do usuário. O trabalho realizava-se de forma isolada e vertical, com o desenvolvimento insuficiente de ações interdisciplinares<sup>36</sup>.

De acordo com Campos<sup>36</sup> havia evidências de falta de recursos em regiões específicas em determinadas áreas de atendimento, particularmente em relação à atenção à saúde do adulto. A organização dos serviços não cumpria com os objetivos da atenção primária, promovendo longas filas de espera e sobrecarga de trabalho, conformando um diagnóstico que apontava a incapacidade de o sistema absorver a demanda e atender às necessidades básicas de saúde da população. Existia baixa capacidade de trabalho de promoção à saúde e atenção no domicílio ou na comunidade, com a hegemonia de uma clínica com pouca potencialidade de resolver problemas de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, na gestão 2001/2004, assumiu a

implantação do Programa Saúde da Família (PSF)-Paidéia para toda a rede municipal de saúde<sup>36</sup>. Para tanto, iniciaram-se, em toda a rede, discussões sobre os pressupostos deste projeto, que apresentava como desafio a mudança de modelo de atenção, em uma cidade de grande porte com um sistema instalado e funcionando. Esse modelo introduziu dois novos profissionais na rede básica: o médico generalista e o agente comunitário de saúde.

Os centros de saúde foram organizados em equipes locais de referência<sup>36</sup>, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, com duas composições distintas: a equipe clássica e a equipe ampliada. A primeira era composta por um médico generalista, um enfermeiro, um dentista, dois auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene dental, quando disponível, auxiliares de enfermagem e quatro ACS, com cobertura de 700 famílias ou 3 500 pessoas. A equipe ampliada incorporava, além dos profissionais inseridos na equipe clássica, um médico pediatra, um médico ginecologista/obstetra, um dentista e um técnico de higiene dental, para cobrir 1 400 famílias ou 7 mil pessoas.

Esse modelo trouxe características conceituais próprias e buscou superar alguns limites da clínica e dos modos como os serviços se organizavam para produzir a atenção à saúde. De acordo com Campos<sup>37</sup>, as diretrizes do PSF-Paidéia são: clínica ampliada, acolhimento e responsabilização, apoio matricial, sistema de co-gestão, cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência e capacitação.

Diante da implantação desse modelo, o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde responsabilizou-se pela capacitação das equipes de referências. Vale ressaltar que, no início da organização desse processo, uma das metas da equipe técnica da SMS era realizar a capacitação de todos os profissionais dessas equipes em conjunto, ou seja, simultaneamente - toda a equipe de referência citada acima estaria participando dos momentos de concentração e as dispersões seriam realizadas em conjunto, nas unidades básicas de saúde. Porém, devido ao grande número e à urgência

de capacitação dos ACS, que não traziam experiência na área da saúde, foi necessário desenvolver essa capacitação apartada dos demais profissionais das equipes de referência. Naquele momento, avaliou-se o risco de construir dois grupos de trabalho, o que dificultaria a criação de vínculo e a inserção dos ACS nas equipes, porém não houve outra proposta que atendesse à demanda emergente que se apresentava<sup>38</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história das políticas de saúde no Brasil foi e ainda é construída a cada dia, pela atuação de diversos setores da sociedade, com destaque aos usuários, trabalhadores e governos, que podem nela interferir com iniciativas que caminham em direção a transformações. O SUS foi implantado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080, em 1990, e trouxe a necessidade de organização dos serviços de saúde, visando à implementação dos princípios da universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, na perspectiva da saúde como direito da cidadania e dever do Estado. Embora a consagração constitucional dos princípios do SUS tenha ocorrido em 1988, entende-se que ele expressa o resultado de um longo movimento social que se constituiu na década anterior.

Na década de 70, Campinas foi um município pioneiro na implantação de uma rede básica de atenção à saúde, influenciada pela proposta de medicina comunitária. Essa iniciativa buscava organizar o setor administrativo, alterar o modelo de saúde centrado no hospital e, por fim, atender às necessidades da população excluída do sistema previdenciário de atenção à saúde. Seu maior objetivo era instalar uma ampla porta de entrada, que permitisse um atendimento integral, satisfazendo, via integração institucional hierarquizada, às necessidades de saúde da população marginalizada<sup>15</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde, na gestão 2001/2004, teve como principal diretriz a implantação do modelo Paidéia - Saúde da Família no SUS Campinas. Para tanto, investiu esforços na reorganização do processo de trabalho, na capacitação dos profissionais para atuação dentro desse modelo, na ampliação de unidades de saúde, na construção de módulos de Saúde da Família e contratação de recursos humanos, além da incorporação dos agentes comunitários de saúde.

Atualmente, a SMS compreende que a unidade básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, coerente com os princípios do SUS e, para tanto, utiliza a estratégia do Programa Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica para territórios de maior vulnerabilidade, a partir de contrato de metas definido e pactuado com as unidades básicas, distritos de saúde, centros de referências e áreas programáticas, para o atendimento às necessidades de saúde da população adscrita<sup>39</sup>.

A política de saúde efetivamente implementada em cada época reflete o momento histórico de sua formulação, as condições econômicas vigentes, os avanços tecnológicos, bem como a capacidade de os cidadãos, grupos e classes sociais se organizarem e influenciarem as definições políticas formais e informais<sup>40</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento EPL. As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80 [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sobre o Município de Campinas. Brasília; Censo 2000 [acesso em 15 maio 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2000>
3. Centralização dos Serviços Bancários. Campinas; 2006. [acesso em 16 maio 2006]. Disponível em: <http://www.serasa.com.br/index.htm>
4. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. Departamento de Informação e Desenvolvimento. Campinas; 2006

- [acesso em 20 maio 2006]. Disponível em: <http://www.campinet.sp.gov.br/saude>
5. Battistoni FD. Campinas: uma visão histórica. São Paulo: Pontes; 1996.
  6. Silva, KP. A cidade, uma região, o sistema de saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas-SP. Campinas: Unicamp; 1996.
  7. Teixeira LA. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Rev Bras História*. 2001; 21(41):217-42.
  8. Foucault M. *Microfísica do poder*. 13a. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
  9. Braga SCJ, Paula GS. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec; 1981.
  10. Kornis G, Earp FS. Transformações sociais e legislação trabalhista sob Getúlio Vargas. *Rev Saúde Pública*. 2002; 35(4):37-44.
  11. Mendes EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
  12. Badaró RSC. *O plano de melhoramentos urbanos de Campinas (1934-1962) [dissertação]*. São Carlos: Universidade de São Paulo; 1986.
  13. Campinas. Decreto nº 3.533 de 12 de dezembro de 1966. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Prefeitura de Campinas e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Campinas*; 1966.
  14. Campinas. Decreto nº 3.707 de 13 de novembro de 1968. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Prefeitura de Campinas e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Campinas*; 1968.
  15. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório anual da Secretaria Municipal de Saúde*. Campinas; 1978.
  16. L'abbate S. *O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1990.
  17. Smeke ELM. *Saúde e democracia: experiência de gestão popular [tese]*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas; 1989.
  18. Carpintero MC, Garcia MAM. *Políticas de saúde no Brasil: histórias de doenças e lutas*. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde; 1997. [mimeo].
  19. Queiroz MS. *O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas*. *Cad Saúde Pública*. 1994; 22(4):27-37.
  20. Mellin AS. *As transformações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do centro de saúde Integração [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
  21. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório anual da Secretaria Municipal de Saúde*. Campinas; 1979.
  22. Campinas. Secretaria de Saúde. *Encontro de saúde; conclusões*. Campinas; 1978.
  23. Campinas. Decreto nº 6610 de 19 de agosto de 1981. Dispõe sobre a criação do serviço de saúde da comunidade, subordinado ao Departamento de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Campinas*; 1981.
  24. Campinas. Secretaria de Saúde. *Programa de interação, hierarquização e regionalização dos serviços e instituições de saúde no município de Campinas*; 1983. [mimeo]
  25. Canesqui AM, Giovani G, Queiroz MS. *III relatório parcial do projeto estratégias de consumo em saúde em famílias trabalhadoras em Campinas*. Prefeitura Municipal de Campinas; 1985.
  26. Campinas. Decreto nº 8.599 de 18 de setembro de 1985. Dispõe sobre a nova estrutura administrativa para a Secretaria de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Campinas*; 1985.
  27. Campinas. Secretaria de Saúde. *Centro de Documentação. Plano diretor do SUDS - Campinas setor público municipal*. Campinas; 1989.
  28. Campos GWS. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1989.
  29. Campinas. Lei nº 6547 de 1992. *Lei orgânica do município de Campinas. Artigo 211*. *Diário Oficial do Município de Campinas*; 1992.
  30. Campos GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec; 1991.
  31. Campinas. Secretaria de Saúde. *Atuação do enfermeiro juntamente com as demais categorias da enfermagem, a nível de unidade básica*. Campinas; 1989.
  32. São Paulo. Secretaria de Saúde. *Escritório Regional de Saúde de Campinas. Ofício Grupo Técnico de*

- Recursos Humanos nº 234/88. São Paulo, Campinas; 1988.
33. Bueno SMV, Costa ANF, Bagnato MHS, Oliveira WM, organizadores. Enfermeiro professor e o ensino médio em enfermagem. Anais do II Encontro de Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem. Ribeirão Preto. São Paulo: Gráfica São Gabriel; 1997.
34. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos da 4ª Conferência Municipal de Saúde: o município como gestor pleno. Campinas; 1997. [caderno]
35. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Movimento Popular de Campinas. Projeto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do município de Campinas. [mimeo]. Campinas; 1998.
36. Campos GWS. Projeto Paidéia Saúde da Família SUS - Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas; 2001. [acesso em 23 maio 2005]. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>
37. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
38. Campinas. Secretaria de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Capacitação Paidéia Saúde da Família no SUS Campinas: Módulo Introdutório. Campinas; 2004. [caderno]
39. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. Reorganização da atenção básica na rede municipal. Campinas; 2005. [mimeo]
40. Silva EM, Nozawa MR, Silva JS, Carmona SAMD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas. Cad Saúde Pública. 2001; 17(4): 989-98.
- Recebido em: 9/6/2006  
Versão final reapresentada em: 15/8/2006  
Aprovado em: 9/11/2006

