

DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO DE CAMPINAS*

“O fomento ao desenvolvimento local requer uma compreensão profunda de seu significado, que se remete à construção de uma esfera pública na qual os interesses privados se desprivatizam na negociação coletiva”(Oliveira, 2001).

Por outro lado, a explicitação dos interesses que se debatem em uma esfera pública, representativa e democrática passa necessariamente pelo (re)conhecimento da composição, perfil, características e demandas da população, em seus diferentes agrupamentos, tal como estes se dão a conhecer no mundo social.

Introdução

Esse texto-subsídio à revisão do Plano Diretor de Campinas objetiva encampar a análise dos determinantes mais significativos da dinâmica demográfica do município ao longo das últimas décadas em sua articulação com os processos mais gerais de produção social do espaço urbano e de complexificação do espaço regional, através da consolidação da metropolização. Esses processos conjugados engendraram desafios relevantes às políticas públicas municipais, à medida que a demanda por serviços públicos cresce significativamente na cidade - refletindo as assimetrias na sua estrutura de classes concomitantemente às injunções geradas pela nova dinâmica metropolitana - impondo ao gestor público a premência de organizar as políticas subsumidas à Administração Municipal cada vez mais em um contexto de integração regional.

Dessa perspectiva, o diagnóstico que aqui se apresenta procurará relacionar uma leitura da dinâmica demográfica a partir da identificação das principais demandas sociais que requerem a atenção do gestor público na forma de políticas públicas, buscando, assim, contribuir para a instrumentalização técnica e política das ações, programas e projetos referidos à esfera de atuação da Administração Municipal, de forma a criar condições mais adequadas para a tomada de decisões no âmbito da distribuição do orçamento e no enfoque das políticas, permitindo que a função social da cidade se realize inteiramente, consagrando o sentido pleno e profundo do desenvolvimento local.

Caracterização Geral da População

A população de Campinas experimentou um forte incremento em seu volume especialmente entre as décadas de 1970/80, em larga medida como decorrência dos fluxos migratórios que para a cidade se dirigiram, num contexto de consolidação da urbanização brasileira (Martine, 1987; Pacheco & Patarra, 1997) concomitante ao processo de desconcentração industrial paulista (Negri, 1996), que favoreceu algumas áreas dentro do Estado de São Paulo, sendo Campinas uma das regiões beneficiadas por esse processo.

A promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural, em 1963, com conseqüente mudança nas relações sociais de produção no campo, o esgotamento das fronteiras agrícolas dentro e fora do Estado de São Paulo (Tartaglia & Oliveira, 1988) e os processos de interiorização do desenvolvimento que aliviaram a pressão social e demográfica sobre a metrópole paulista, dispersando-a para o interior do Estado, propiciaram a Campinas condições adequadas para seu fortalecimento econômico, tornando-lhe uma das áreas preferenciais de recepção de migrantes tanto intra-estaduais quanto interestaduais, no âmbito do interior paulista, entre os anos de 1970/80.

A tabela 1, reproduzida a seguir, demonstra o acelerado crescimento populacional, alcançado sobremaneira através do saldo migratório, em Campinas e nos municípios que comporiam a futura RMC, entre as décadas de 1970/80, crescimento esse que experimentou um arrefecimento entre 1980/1991 e que alcançou níveis bem mais modestos entre 1991/2000.

De modo geral o que se pode perceber é que em Campinas e região o crescimento da população, a despeito da variação de sua intensidade, fez-se de modo bastante semelhante àquele verificado para o conjunto do Estado de São Paulo, onde o crescimento mais significativo ocorreu no período 1970-80, coincidindo com o espraiamento da urbanização, sofrendo sucessivas retrações nas décadas seguintes, combinadamente resultante da diminuição da intensidade da atividade econômica e da acomodação da migração rural-urbano.

A tabela 2, que apresenta as taxas geométricas de crescimento anual da população para o período 1970-2000 dá conta exatamente dessas inflexões: tanto o município de Campinas quanto sua região (ou seja, o conjunto dos municípios que mais tarde comporiam a RMC) apresentam taxas anuais de crescimento muito superiores à média paulista no período 1970-80, decaindo essas taxas para menos da metade da registrada na década anterior no município de Campinas, entre 1980/91 e para pouco mais da metade da registrada na década anterior, entre 1991/2000, na futura RMC.

Com relação à intensidade da urbanização, o Grau de Urbanização percentual apresentado na tabela 3 evidencia a progressiva e contínua prevalência da população urbana no conjunto da população tanto do município de Campinas, quanto da RMC, quanto do Estado de São Paulo.

Cumprir observar que durante todo o período analisado em Campinas o grau de urbanização foi mais elevado que aquele registrado para a RMC e para o Estado de São Paulo, reiterando a importância que a dinâmica social urbana assumiu para a conformação demográfica de Campinas ao longo dos últimos trinta anos.

Tabela 1
População Total
Estado de São Paulo, RMC e Campinas
1970-2000

Área	População Total							
	1970	% RMC	1980	%RMC	1991	%RMC	2000	%RMC
Campinas	375.864	55,21	664.566	52,05	847.595	45,44	969.396	41,46
RMC	680.826	—	1.276.801	—	1.865.255	—	2.338.148	—
ESP	17.770.795	—	25.042.074	—	31.588.925	—	37.032.403	—

Fonte: Elaborado a partir do Atlas da Região Metropolitana de Campinas. NEPO/Unicamp, 2006

Tabela 2
Taxas Geométricas de Crescimento Anual
Estado de São Paulo, RMC, Campinas
1970-2000

Área	Taxas Geométricas de Crescimento (%.a)		
	70/80	80/91	91/2000
Campinas	5,86	2,24	1,50
RMC	6,49	3,51	2,54
ESP	3,49	2,13	1,78

Fonte: Elaborado a partir do Atlas da Região Metropolitana de Campinas. NEPO/Unicamp, 2006

Tabela 3
Grau de Urbanização (%)
Estado de São Paulo, RMC, Campinas
1970-2000

Áreas	Grau de Urbanização (%)			
	1970	1980	1991	2000
Campinas	89,25	89,01	97,24	98,33
RMC	80,8	88,57	95,14	97,07
ESP	80,34	88,64	92,8	93,41

Fonte: Elaborado a partir do Atlas da Região Metropolitana de Campinas. NEPO/Unicamp, 2006

Fecundidade

Com relação ao comportamento da fecundidade tanto em Campinas quanto em sua RG, conforme mostra a tabela 4, seguindo a tendência estadual, houve no período 1980-2000 uma significativa redução das taxas de fecundidade, refletindo uma tendência nacional de diminuição do número de filhos tidos pelas mulheres ao longo desse período. Como se pode notar houve uma queda levemente mais acentuada na TFG (que expressa uma relação entre nascidos vivos e o total da população em idade reprodutiva) do município de Campinas na comparação com sua Região de Governo, que de todo modo, manteve-se durante os anos 1980/2000 abaixo da média registrada para o conjunto do Estado de São Paulo.

Tabela 4
Taxa de Fecundidade Geral (por mil)
Estado de São Paulo, RG, RMC, Campinas.
1980-2000

Áreas	Taxa de Fecundidade Geral (por mil)		
	1980	1991	2000
Campinas	99,66	67,68	56,51
RG Campinas	99,74	71,82	58,43
RMC	-	-	58,71
ESP	108,53	75,42	65,56

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Mortalidade

No tocante à mortalidade geral pode-se notar conforme demonstrado na tabela 5, que tanto Campinas quanto sua RG apresentam ao longo do período estudado (1980/2000) taxas com intensidade menor do que aquelas registradas para o conjunto do Estado de São Paulo, muito embora devamos observar que houve um leve aumento da mortalidade geral no ano de 2000, com relação ao ano de 1991, tanto para o município e RG de Campinas quanto para o Estado de São Paulo.

Esse fenômeno é bastante relevante, pois a despeito do aumento da esperança de vida ao nascer registrado para todo o Estado de São Paulo, entre 1991-2000, em larga medida como decorrência do maior controle sobre a mortalidade infantil, houve, nesse período, algumas inflexões importantes no comportamento da mortalidade, destacando-se o aumento da mortalidade juvenil e a forte escalada da mortalidade por causas externas, com especial ênfase para o incremento nas taxas de mortalidade por homicídio durante a década de 1990.

De fato, sobremaneira para o município de Campinas, o significativo aumento da mortalidade por causas externas, conforme apresentado na tabela 6, assume relevância na explicação da elevação da mortalidade geral, imprimindo maior complexidade ao fenômeno da mortalidade, requerendo dos gestores públicos medidas transversais e políticas intersetoriais que minimizem as condições através das quais se enseja o incremento da mortalidade, especialmente aquela decorrente da elevação das taxas de homicídios.

Tabela 5
Taxa de Mortalidade Geral (por mil)
Estado de São Paulo, RG, RMC, Campinas
1980-2000

Taxa de Mortalidade Geral (por mil)			
Áreas	1980	1991	2000
Campinas	5,87	5,98	6,18
RG Campinas	5,92	5,56	5,77
RMC	-	-	5,69
ESP	6,93	6,26	6,43

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Tabela 6
Taxa de Mortalidade por Causas Externas (por 100 mil)
Estado de São Paulo, RG de Campinas, RMC, Campinas
1980-2000

Taxa de Mortalidade por Causas Externas (por 100 mil)			
Áreas	1980	1991	2000
Campinas	62,54	83,1	101,22
RG Campinas	60,45	68,98	86,38
RMC	-	-	86,67
ESP	65,83	81,57	90,62

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Migração

Com relação à migração, como pode ser notado pela análise da tabela 7, em 2000, os maiores fluxos migratórios interestaduais dirigidos a Campinas eram provenientes de Minas Gerais (19,76 do total), Paraná (16,52%) e Bahia (15,47%), reiterando o fluxo histórico de mineiros e paranaenses para Campinas (o primeiro datado do período colonial, no contexto da economia de

abastecimento que se encontra na origem da formação urbana de Campinas) seguido pelos baianos que se apresentam como o terceiro fluxo mais importante nesse período. Aliás, deve-se registrar que o fluxo de nordestinos e, em especial de baianos, assume maior importância no contexto das migrações interestaduais dirigidas a Campinas na última década, devendo-se salientar que é exatamente nesse período que pela primeira vez o fluxo migratório proveniente do agregado dos estados do Nordeste supera em volume os fluxos históricos de mineiros e paranaenses (Baeninger e Gonçalves, 2000).

No tocante à composição da migração, nos períodos 1986-1991 e 1995-2000 notamos que a despeito de se manter positivo tanto para a RMC quanto para o município de Campinas, o saldo migratório diminui sensivelmente sua magnitude no último período, sobretudo no município (entre 1986/1991, o saldo migratório do município de Campinas era da ordem de 22.998 pessoas, caindo no período 1995/2000 para 1120 pessoas), evidenciando, com clareza, o processo de redistribuição espacial da população na área de influência de Campinas, particularmente na RMC.

Efetivamente, o fenômeno de redistribuição espacial dos migrantes no interior da RMC é bastante notável, pois se observarmos os volumes de imigrantes e emigrantes intrametropolitanos, respectivamente advindos para e oriundos de Campinas, temos uma flagrante diferença: enquanto os imigrantes advindos para Campinas oriundos da RMC totalizam 9.226 pessoas, os emigrantes oriundos de Campinas com destino nos demais municípios da RMC totalizam 27.712 pessoas, de modo que o saldo migratório de Campinas obtido a partir das trocas migratórias com a RMC perfaz uma perda de população da ordem de -18.486 pessoas.

Isso significa dizer, claramente, que Campinas tem perdido população nas trocas migratórias com outras áreas, especialmente com os municípios de sua área de influência, ou seja, tanto com a RMC quanto com sua Região de Governo.

Sob esse aspecto, a tabela 9 mostra que dos 21 municípios que compõem a RG de Campinas, o município-sede tem perdido nas trocas migratórias com 17 deles, e especialmente para aqueles municípios localizados na área de contato com Campinas (destacadamente Hortolândia, Sumaré, Paulínia e Monte Mor), apontando indiscutivelmente para os crônicos processos de periferização da população, efeito combinado de um déficit habitacional estrutural no município-sede (potencializado pelos vazios urbanos), das elevadas taxas de desemprego e do encarecimento das condições de vida em Campinas, o que tem forçado a população trabalhadora a buscar alternativas habitacionais mais acessíveis fora do município-sede.

Desse modo, nas trocas migratórias com os municípios de sua RG, Campinas perde, em 2000, 19.305 pessoas, o que deixa claro os limites da capacidade de retenção de população do município-sede, especialmente para a população de menor renda que enfrenta diuturnamente a dicotomia entre a cidade real e a cidade de direito.

Tabela 7
Pessoas residentes no município de Campinas (2000), oriundas de outras UFs, segundo UF de residência anterior
Município de Campinas-2000

Pessoas residentes em Campinas oriundas de outras UFs		
UF	População	%
Rondônia	760	1,85
Acre	45	0,11
Amazonas	308	0,75
Roraima	21	0,05
Pará	809	1,97
Amapá	25	0,06
Tocantins	131	0,32
Maranhão	1.457	3,55
Piauí	970	2,36
Ceará	1.425	3,47
Rio Grande do Norte	540	1,32
Paraíba	614	1,50
Pernambuco	2.331	5,68
Alagoas	1.697	4,13
Sergipe	474	1,15
Bahia	6.353	15,47
Minas Gerais	8.113	19,76
Espírito Santo	545	1,33
Rio de Janeiro	1.474	3,59
Paraná	6.783	16,52
Santa Catarina (continuação)	375	0,91
Rio Grande do Sul	611	1,49
Mato Grosso do Sul	1.288	3,14
Mato Grosso	1.191	2,90
Goiás	677	1,65
Distrito Federal	433	1,05
Exterior	1.612	3,93
Total	41.062	100,00

Fonte: Elaborado a partir de Tabulações Especiais do Censo Demográfico-2000

Tabela 8
Composição da Migração
RMC, Campinas-1986-1191, 1995-2000

Composição da Migração	RMC		Campinas	
	1986/1991	1995/2000	1986/1991	1995/2000
Volume de Imigrantes	288.645	291.370	92.127	90.536
Intrametropolitanos	51.957	64.543	5.046	9.226
Intra-estaduais	123.100	132.095	38.351	41.622
Interestaduais	113.588	94.732	48.730	39.688
Volume de Emigrantes	122.964	175.401	69.129	89.416
Intrametropolitanos	51.957	64.543	25.032	27.712
Intra-estaduais	47.577	66.273	27.018	34.259
Interestaduais	23.430	44.585	17.079	27.445
Saldo Migratório	165.681	115.969	22.998	1.120

Fonte: Elaborado a partir do Atlas da Região Metropolitana de Campinas. NEPO/Unicamp, 2006

Tabela 9
Trocas Migratórias do Município de Campinas com a RG de Campinas
Campinas-1995-2000

Campinas	Trocas Migratórias
Municípios	1995-2000
Americana	-134
Artur Nogueira	-227
Cosmópolis	6
Engenheiro Coelho	-21
Holambra	-177
Hortolândia	-8723
Indaiatuba	-745
Itapira	111
Jaguariúna	-498
Mogi-Guaçu	-420
Moji Mirim	-471
Monte Mor	-742
Nova Odessa	-67
Paulínia	-984
Pedreira	-129
Santa Bárbara d'Oeste	88
Santo Antonio de	-14
Posse	
Sumaré	-4597
Valinhos	-1542
Vinhedo	30
Estiva Gerbi	-49
Total	-19305

Fonte: Elaborado a partir de Tabulações Especiais do Censo Demográfico-2000.

Estrutura Etária

A respeito da estrutura etária do município de Campinas ao longo do período 1980-2000 pode-se notar, nitidamente, o processo de envelhecimento da população, reconhecível através do aumento da participação percentual da população idosa (que passa de 1,25% do total da população em 1980, para 2,32% da população em 2000). Do mesmo modo é notável a diminuição da participação percentual das crianças de 0-4 nos entre 1980-2000 (que passa de 11,86% do total da população em 1980 para 7,74% do total da população em 2000), denotando uma sensível queda na fecundidade das mulheres em Campinas durante as duas últimas décadas, o que também contribui para o fenômeno do envelhecimento da estrutura etária.

Sob esse mesmo aspecto, passando das transformações às permanências, outro fenômeno relevante que se pode observar é a “onda jovem”, o que significa dizer o forte predomínio, no interior da estrutura etária, dos grupos etários jovens, ou seja, dos grupos etários 15-19 anos e 20-24 anos. De fato, em 1980 os grupos etários 15-19 anos e 20-24 anos somavam 21,54% do total da população do município de Campinas; em 2000 esses dois grupos etários somavam 19,07% da população total do município.

De fato, é muito significativo que tanto em 1980 quanto em 2000 aproximadamente 20% da população de Campinas seja constituída por jovens de 15 até 24 anos, o que coloca a questão da implantação de políticas de atenção à saúde, ao bem-estar, à inserção no mercado de trabalho e ao lazer do jovem no epicentro das políticas públicas que a cidade espera da Administração Municipal.

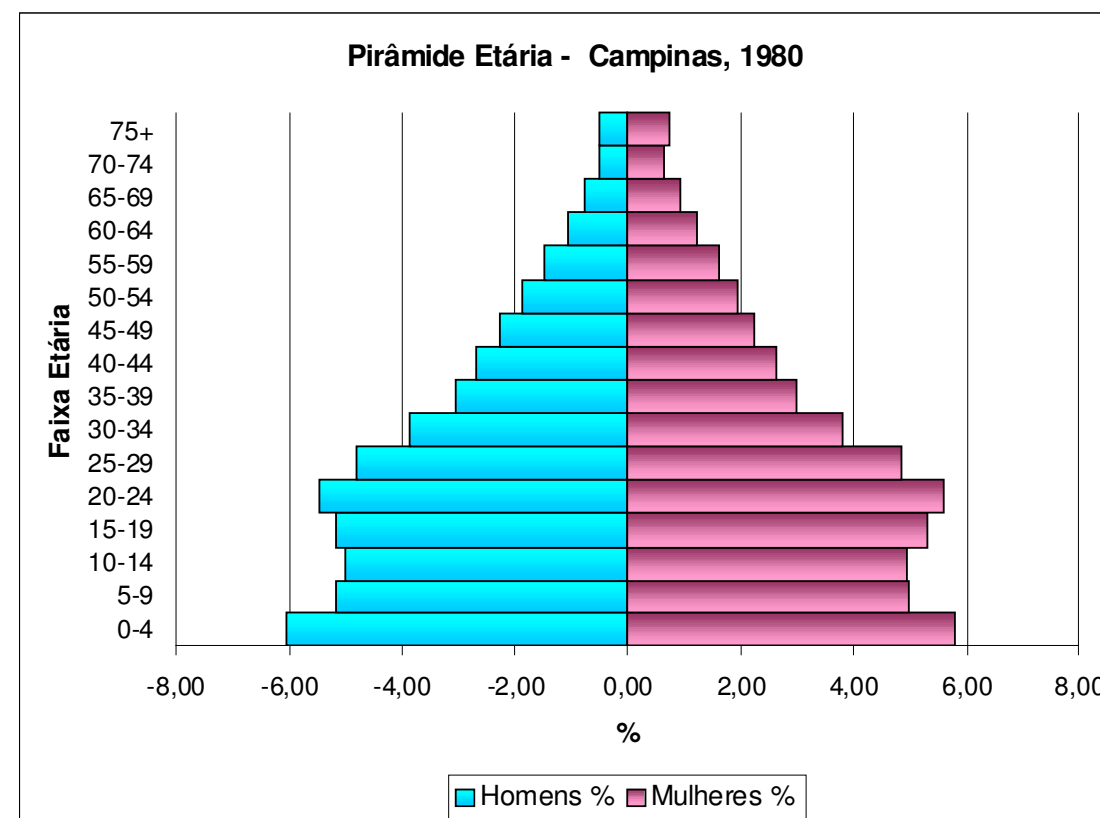
Nesse sentido, o que o comportamento da estrutura etária de Campinas ao longo dessas duas décadas aponta é indubitavelmente para uma polarização - no sentido de pressão sobre as políticas públicas - entre a população jovem (de 15 até 24 anos) e a população idosa (acima de 65 anos).

A análise da tabela 10 evidencia essa polarização, pois quando se observa a evolução do índice de Envelhecimento e da Razão de Dependência temos que, progressivamente o índice de Envelhecimento (que expressa a relação entre a população idosa e população de 0-14 anos) tanto no município de Campinas quanto em sua RG aumentam significativamente (em 1980 o Índice de Envelhecimento no município de Campinas 12,99%, passando para 27,24% em 2000; igualmente, na RG de Campinas, o índice de Envelhecimento em 1980 era de 11,87%, passando para 23,03% em 2000), demonstrando incontestavelmente o processo de envelhecimento da população de Campinas e região.

Já a Razão de Dependência, no pólo oposto, diminui sua magnitude nesse período, decorrência da forte participação da população jovem (especialmente daquela entre 15-24 anos) na composição da população em idade ativa, o que tende a minimizar, no curto prazo, os efeitos do envelhecimento.

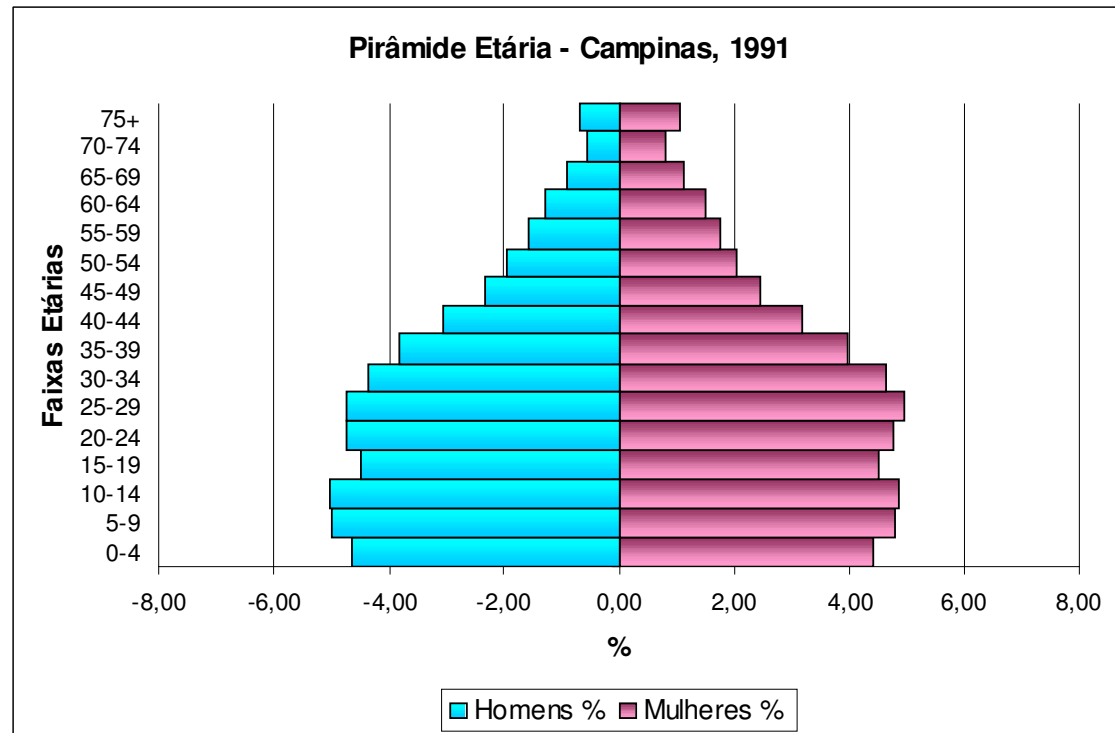
De todo modo, porém, o que a gestão pública tem de enfrentar nesse momento é o equacionamento das inúmeras demandas originadas por um amplo contingente de jovens que espera da cidade oportunidades de trabalho, lazer, moradia, enfim, condições de pertencimento. Ao mesmo tempo, *hic et nunc* a Administração Pública precisa responder às crescentes demandas da população idosa que vem aumentando sua participação relativa e absoluta no total da população, lembrando que, se mantidos os padrões correntes de mortalidade e fecundidade, num futuro bastante próximo a razão de dependência tende a crescer significativamente, à medida que a onda jovem for absorvida pelo metabolismo demográfico.

Gráfico 1



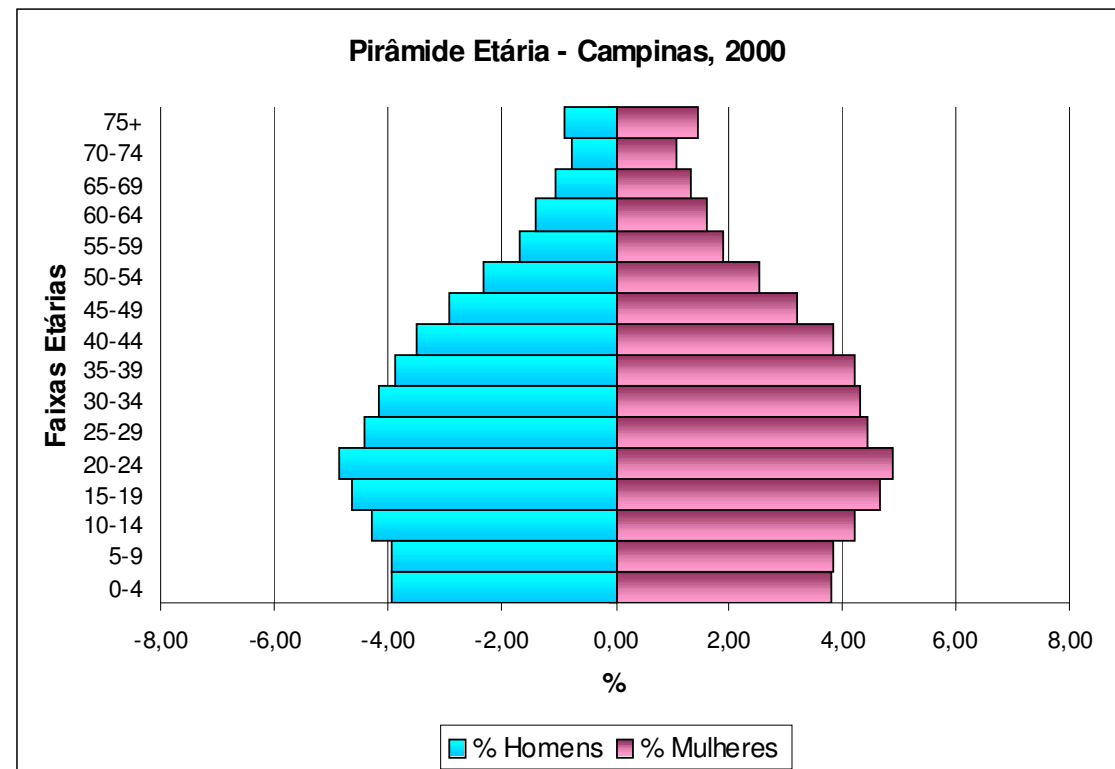
Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Gráfico 2



Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Gráfico 3



Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Tabela 10
Índice de Envelhecimento* (%) e Razão de Dependência**
RG de Campinas, Campinas
1980-2000

Área	Índice de Envelhecimento (%)			Razão de Dependência		
	1980	1991	2000	1980	1991	2000
Campinas	12,99	17,92	27,24	0,52	0,51	0,44
RG Campinas	11,87	15,41	23,03	0,59	0,54	0,46

*Considerando a população idosa as pessoas de 65 anos ou mais

**Considerando os inativos as pessoas de 0-14 anos e de 65 anos ou mais.

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006.

Renda

Finalmente, com relação à renda temos que o Rendimento Médio Nominal Mensal do Chefe de Domicílio registrado no município de Campinas, no ano de 2000, da ordem de R\$ 1.459,82, conforme mostra a tabela 11, era cerca de 35,65% superior à média registrada para o Estado de São Paulo (R\$ 1.076,00) e 29% superior à média registrada para a própria RG de Campinas (R\$ 1.131,83).

É interessante também observar, nesse contexto, a relação entre as tabelas 11 e 12, pois a despeito de não serem plenamente comparáveis, de sua observação podemos inferir que houve algum aumento nos rendimentos dos trabalhadores, sobretudo no ESP e na RG de Campinas, já que, o rendimento médio do total de empregos ocupados, de 2003, mostra patamares de rendimentos acima dos registrados em 2000 e, como se sabe que a renda do chefe de domicílio tende a ser mais elevada que a renda média total dos trabalhadores, os índices mais elevados registrados para o total de empregos ocupados, em 2003, parecem ser emblemáticos da recuperação do valor dos salários nesse período.

Cabe-nos, ainda, um comentário acerca do PIB per capita: como se pode depreender da análise da tabela 13, o PIB per capita (que expressa a relação entre toda a riqueza produzida na área geográfica considerada e sua população total) do município de Campinas, em 2003, encontrava-se levemente acima da média registrada para o Estado de São Paulo e, contudo, abaixo da média registrada para sua região.

Essa constatação nos coloca claramente a problemática do equacionamento da geração de riquezas - que em Campinas alcança patamares notáveis - e sua justa distribuição, afinal de contas a produção social da cidade, o que contempla, inclusive, a geração de riquezas, faz-se na relação entre as classes sociais, de modo que é absolutamente legítimo que os cidadãos das camadas sociais menos favorecidas projetem nas políticas públicas a compensação por todos os ônus suportados no processo de desenvolvimento, cujos bônus, por outro lado, são fruídos por todos, mas especialmente pelos estratos econômica, política e socialmente mais poderosos.

Tabela 11
Rendimento Médio Nominal Mensal dos Responsáveis pelos Domicílios
Estado de São Paulo, RG de Campinas, Campinas-2000

Rendimento Médio Nominal Mensal dos Responsáveis Domicílios (em reais - 2000)	
Campinas	1.459,82
RG Campinas	1.131,83
ESP	1.076

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006

Tabela 12
Rendimento Médio no Total de Empregos Ocupados
Estado de São Paulo, RG de Campinas, Campinas-2003

Rendimento Médio no Total de Empregos Ocupados (em reais- 2003)	
Campinas	1.448,67
RG Campinas	1.270,45
ESP	1.202,95

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006

Tabela 13
Produto Interno Bruto (PIB) Per capita
Estado de São Paulo, RG de Campinas, Campinas-2003

PIB per capita (em reais - 2003)	
Campinas	12.773,92
RG Campinas	17.822,53
ESP	12.619,36

Fonte: Elaborado a partir de SEADE, 2006

Prognóstico do Crescimento Populacional

No que diz respeito à tendência de crescimento da população, conforme se demonstra na tabela 14, visualiza-se para as próximas décadas um notável arrefecimento nas taxas geométricas de crescimento da população do município de Campinas.

De fato, pode-se observar que desde o período 1980/1991 as taxas de crescimento da população de Campinas têm se situado abaixo da média estadual paulista, demonstrando com clareza que o forte incremento populacional vivenciado por Campinas entre as décadas de 1960/1980 dificilmente se repetirá, pois foi resultado de condições históricas extraordinariamente favoráveis ao crescimento demográfico, dadas pela distensão da urbanização (carreada pelos caudalosos fluxos rural-urbano) na sua articulação com a “desconcentração-concentrada” da industrialização paulista (Negri, 1996).

Isso significa dizer que para as próximas décadas a população de Campinas deve experimentar um crescimento significativamente mais lento, pois conforme mostram as estimativas de crescimento por simulação de tendências, a partir de 2015 a população do município de Campinas deve crescer a uma taxa inferior a 1% ao ano.

Esse arrefecimento da intensidade do crescimento da população pode ser explicado basicamente por duas razões: em primeiro lugar, o crescimento vegetativo em Campinas, especialmente a partir dos anos 1990 vem se situando em patamares muito baixos, decorrentes da sistemática diminuição da fecundidade e do eficaz controle sobre a mortalidade, sobremaneira da mortalidade infantil e dos idosos, o que se traduziu, respectivamente, em aumento da expectativa de vida e envelhecimento da estrutura etária, o que tende a deprimir as taxas de crescimento natural. Em segundo lugar, a diminuição dos fluxos migratórios tanto interestaduais quanto intra-estaduais dirigidos para Campinas, assim como o processo de diversificação dos espaços da migração paulista, que se traduz na região de Campinas pelo fenômeno de redistribuição dos migrantes de Campinas para os municípios da RMC, resultaram nos processos já observados, de perdas migratórias do município-sede com a RMC e de menor ritmo do crescimento populacional do município-sede na comparação com a RMC.

Tabela 14:
Projeção das Taxas Geométricas de Crescimento da População,
segundo tendências - Campinas 2000- 2020

Período	Tendências de Crescimento (% a.a)		
	Conservadora	Média	Inferior
2000-2005	1,24	1,24	1,24
2005-2010	1,18	1,02	0,88
2010-2015	1,00	0,92	0,74
2015-2020	0,87	0,8	0,71

Fonte: Elaboração própria

Finalmente, a tabela 15, que apresenta a evolução da população de Campinas no período 2000-2020, a partir da estimativa de crescimento dada pela tendência conservadora (ou seja, por aquela construída sob a hipótese de diminuição mais lenta da intensidade do crescimento populacional) endossa a análise acerca do arrefecimento do crescimento populacional em Campinas: mesmo a estimativa mais conservadora aponta que, em 2020, provavelmente o município de Campinas mal chegará a um volume de um milhão e duzentas mil pessoas, anunciando uma provável estabilização do crescimento populacional até o final da primeira metade do século XXI, que evidentemente pode não se realizar, tanto em decorrência de alterações não previsíveis no

metabolismo demográfico, quanto de efeitos não antecipados das políticas públicas que forem implementadas ao longo das próximas décadas.

Tabela 15:
Evolução da População *
Campinas 2000-2020

Período	População	TGC (% a.a)
2000	968.160	1,54
2005	1.029.898	1,24
2010	1.092.113	1,18
2015	1.147.822	1,00
2020	1.198.629	0,87

Fonte: Elaboração própria

* Calculada a partir das taxas geométricas de crescimento dadas pela tendência conservadora

Considerações Finais

Em Campinas, sobretudo nas próximas décadas, as políticas públicas enfrentarão o desafio de suprir as demandas de uma população cuja composição está referida a uma dicotomia basilar: as descontinuidades demográficas presentes na estrutura etária, explicitadas pela “onda jovem” ainda exercerão uma pressão inercial muito significativa, demandando atenção especial do Poder Público Municipal na formulação, acompanhamento e execução de políticas públicas de atendimento às demandas da população jovem, especialmente das demandas por trabalho, renda e lazer. De outro lado, as exuberantes taxas de crescimento da população idosa (de 65 anos ou mais) apontam para a intensificação do envelhecimento populacional, o que irá requerer políticas públicas abrangentes e eficazes de atenção à saúde e ao lazer do idoso, bem como de equacionamento das limitações do sistema de seguridade social, visto que a razão de dependência deve aumentar significativamente nas próximas décadas, *vis a vis* ao processo de diminuição da intensidade do crescimento populacional, inclusive do componente migração, que, por seu viés de seleção, tende a atrair a população em idade (re)produtiva, o que significa dizer que, seu arrefecimento tende a amplificar os efeitos do envelhecimento sobre as políticas públicas.

Cumpram-se ressaltar ainda que o menor incremento no volume da população em idade escolar, sobretudo da população infantil (até 09 anos) decorrente da diminuição da fecundidade, enseja concomitantemente, a universalização e a melhoria dos serviços de saúde e educação demandados por essa população.

** Colaboração Institucional através do NEPO- UNICAMP:
Rosana Baeninger - Doutora em Ciências Sociais, docente do Departamento de Demografia (IFCH/UNICAMP) e Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP).
Fabiola Rodrigues - Mestre em Demografia (IFCH/NEPO/UNICAMP).*

HABITAÇÃO

Panorama da Política Habitacional Brasileira

A intervenção do Estado Brasileiro na produção habitacional teve início na década de 30, com a construção dos primeiros conjuntos habitacionais para determinadas categorias profissionais, utilizando-se recursos dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.

Em 1946 foi criada a Fundação da Casa Popular cujos objetivos eram a construção de moradias, o apoio à indústria de materiais de construção e a implementação de projetos de saneamento.

Em 1964 foi instituído o Sistema Financeiro de Habitação – SFH e, no âmbito deste Sistema, foram criados o Banco Nacional de Habitação - BNH e o Serviço Federal de Habitação e Urbanismo - SERFHAU. Esses órgãos tinham dentre seus objetivos: coordenar a política habitacional dos órgãos públicos; orientar a iniciativa privada, estimulando a construção de moradias populares; financiar a aquisição da casa própria; promover pesquisas e estudos relativos ao déficit habitacional, aspectos do planejamento físico, técnico e sócio-econômico da habitação; promover, coordenar e prestar assistência técnica a programas regionais e municipais de habitação de interesse social; fomentar o desenvolvimento da indústria de construção, através de pesquisas e assistência técnica, estimulando a iniciativa regional e local; prestar assistência técnica aos Estados e Municípios na elaboração dos planos diretores.

A política habitacional, nessa época, contou com recursos oriundos da Caderneta de Poupança e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviços (FGTS).

A iniciativa de criação do SFH e do BNH garantiu à parcela da população urbana acesso à moradia. Embora possa ser objeto de críticas, a importância do SFH e do BNH, no período de 1969 a 1986, é indiscutível. Nessa ocasião, o País contou com estrutura institucional de abrangência nacional, rede de agentes promotores e financeiros capazes de viabilizar as ações necessárias à implementação da Política Nacional de Habitação, fontes de recursos estáveis, permanentes e independentes das oscilações políticas. Os resultados foram muito expressivos: nos 22 anos de funcionamento do BNH, o SFH financiou a construção de 4,3 milhões de novas unidades. Se for considerado o período até 2000 (uma vez que o SFH continuou funcionando após a extinção do BNH) foram financiados cerca de 6,5 milhões de unidades habitacionais.

O BNH atuou também no setor de desenvolvimento urbano, financiando obras de infraestrutura, com destaque para o Plano Nacional de Saneamento – PLANASA: em 2000 mais de 90% da população urbana estava abastecida por rede de água.

Nos primeiros anos de atuação do BNH, a política habitacional foi direcionada às classes menos favorecidas. A partir de 1975 os programas habitacionais atenderam, especialmente, a classe média.

A crise econômica que se seguiu nos anos 80 e 90, o arrocho salarial e a queda do poder aquisitivo tiveram como conseqüência a inadimplência, que atingiu o SFH, culminando com a extinção do BNH em 1986.

Embora o BNH tenha financiado cerca de 25% das novas moradias construídas, esteve aquém das necessidades geradas pelo acelerado processo de urbanização brasileiro. Além de insuficiente, a produção foi mal distribuída do ponto de vista da demanda, dado que o modelo implementado relegou a segundo plano a população de renda mais baixa em regiões com graves problemas habitacionais.

Com a extinção do BNH, a Caixa Econômica Federal ficou com a atribuição de operar a política habitacional do país.

Em 1990 foi lançado o Plano de Ação Imediata para Habitação, que se propunha apoiar financeiramente programas de construção de unidades e de ofertas de lotes urbanizados para atendimento de famílias com renda até 5 salários mínimos.

Com a utilização inadequada dos recursos do FGTS no biênio 92/93 o financiamento habitacional foi suspenso por dois anos no período subsequente.

Em 1994 o governo Itamar Franco lançou os programas “Habitar Brasil” e “Morar Município”, com recursos oriundos do orçamento e do Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF). Os investimentos, todavia, ficaram aquém das expectativas, em conseqüência da queda de movimentação financeira gerada pelo Plano Real.

O primeiro governo Fernando Henrique Cardoso promoveu uma reorganização institucional, com a extinção do Ministério do Bem Estar Social e a criação da Secretaria de Política Urbana, no âmbito do Ministério do Planejamento e Orçamento, esfera que ficou responsável pela formulação e implementação da Política Nacional de Habitação.

Os programas e planos federais foram incapazes de atender às necessidades habitacionais da população brasileira.

As normas de distribuição de recursos do FGTS foram se distanciando ainda mais das famílias carentes. No período de 1995/2000, os financiamentos para a faixa de até 3 salários mínimos utilizaram 11% dos recursos; a faixa de 3 a 5 salários mínimos utilizou 12%; a faixa de 5 a 8 valeu-se de 28% e a faixa acima de 8 salários mínimos ficou com 49%.

Com a criação do Ministério das Cidades em 2003, a política setorial de desenvolvimento urbano, incluindo-se a habitação, foi impulsionada. Com o aparecimento da Secretaria Nacional de Habitação, órgão vinculado ao Ministério das Cidades, busca-se o equacionamento do déficit habitacional brasileiro.

Outro avanço expressivo ocorreu com o advento da Lei Federal 11.124, 16.06.2005, que instituiu o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social - SNHIS, criou o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS e instituiu o Conselho Gestor para o Fundo. Aprovado após 13 anos de tramitação no Congresso, o Fundo tem por objetivo gerenciar os recursos destinados à implementação de políticas habitacionais para famílias de baixa renda. O Sistema Nacional de

Habitação centralizará todos os programas e projetos destinados a habitações populares por meio da articulação entre União, estados e municípios. Os recursos do Sistema Nacional de Habitação e do Fundo são formados com verbas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e do Orçamento da União. Esses recursos poderão ser aplicados na compra ou reforma de habitações rurais ou urbanas; na compra de lotes urbanizados para moradia; e ainda na urbanização, produção de equipamentos comunitários, regularização fundiária e urbanística de áreas caracterizadas de interesse social. A verba será destinada ainda para a implantação de saneamento básico, infra-estrutura e equipamentos urbanos complementares aos programas habitacionais de interesse social e para aquisição de materiais para construção e recuperação de imóveis em áreas de cortiços ou deterioradas.

Novos programas foram lançados, dentre eles:

- Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários - destinado à famílias com renda mensal de até três salários mínimos.
- Programa Apoio ao Poder Público para construção habitacional destinada à famílias de baixa renda, voltado principalmente ao apoio a estados, Distrito Federal e municípios para viabilizar o acesso à moradia de famílias de baixa renda, que vivem em localidades urbanas e rurais.
- Programa Habitar Brasil BID (HBB), que destina recursos para o fortalecimento institucional dos municípios e para a execução de obras e serviços de infra-estrutura urbana e de ações de intervenção social e ambiental, por meio, respectivamente, do Subprograma de Desenvolvimento Institucional (DI) e do Subprograma de Urbanização de Assentamentos Subnormais (UAS).
- O Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social – PSH objetiva oferecer acesso à moradia adequada a cidadãos de baixa renda por intermédio da concessão de subsídios.
- Programa Carta de Crédito objetiva conceder financiamentos para fins de aquisição, construção, conclusão, ampliação, reforma ou melhoria de unidade habitacional, propiciando ainda a aquisição de cesta de material de construção ou a aquisição de lote urbanizado.
- Pró-Moradia financia, com recursos do FGTS, estados, municípios, Distrito Federal ou órgãos das respectivas administrações direta ou indireta, para oferecer acesso à moradia adequada à população em situação de vulnerabilidade social e com rendimento familiar mensal preponderante de até três salários mínimos.
- Programa de Arrendamento Residencial (PAR) tem por objetivo propiciar moradia à população de baixa renda, sob a forma de arrendamento residencial com opção de compra.
- Programa de Crédito Solidário é voltado ao atendimento de necessidades habitacionais da população de baixa renda, organizada por cooperativas, associações e entidades da sociedade civil, visando a produção de novas habitações, a conclusão e reforma de moradias existentes, mediante concessão de financiamento diretamente ao beneficiário, pessoa física.

A Urbanização Brasileira

O crescimento urbano intensivo ao longo do século provocou profundas mudanças territoriais, econômicas e sociais nos países em desenvolvimento. No Brasil, cerca de 80% da população vive atualmente nas cidades, sobretudo nas regiões metropolitanas.

Segundo o censo demográfico de 2000, em 11 metrópoles (209 municípios) morava 32% da população do país, ou seja, aproximadamente 55 milhões de pessoas. Ainda segundo o IBGE, 82% da população brasileira moradora em habitações subnormais (majoritariamente favelas) estava nestas 11 metrópoles que concentram também 33% do déficit habitacional ou o equivalente a 2.192.296 unidades. São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores metrópoles do país, reúnem mais da metade das chamadas habitações subnormais nesse conjunto de cidades.

O processo de migração para as cidades, aliado ao aumento do valor da terra, à ausência de políticas públicas efetivas e ao empobrecimento da população deu origem ao crescimento heterogêneo e desequilibrado das cidades. Ao longo das últimas décadas dezenas de milhões de brasileiros não têm tido acesso ao solo urbano e à moradia, senão através de mecanismos informais e ilegais. Favelas, loteamentos clandestinos, ocupações de áreas públicas, ocupações em áreas impróprias à habitação têm sido as principais formas de habitação produzidas nas cidades brasileiras.

No período de 1991 a 2002, o IBGE estimou um crescimento de 22% de áreas de favela, demonstrando que a quantidade de assentamentos irregulares vem crescendo avassaladoramente e que a taxa de crescimento da população favelada não só extrapola, em muito, a taxa de crescimento da cidade formal como também que os governos federal, estaduais e municipais estão despreparados para enfrentar um problema desta magnitude.

A discussão regional e internacional acerca dos programas de regularização tornou objeto da Campanha Global pela Segurança da Posse promovida, desde 1999, pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-HABITAT). A redução do número de pessoas que vivem em assentamentos informais é uma das Metas do Milênio adotadas por várias agências internacionais e governos nacionais.

A Questão Habitacional em Campinas

Devido ao seu forte desempenho em diferentes áreas e setores produtivos, Campinas transformou-se num dos municípios mais ricos do Estado de São Paulo. Atraiu grandes investimentos em infra-estrutura, como rodovias, ferrovias, aeroporto de porte internacional, o que dinamizou ainda mais sua economia e permitiu ocupar uma posição de destaque diante dos demais municípios da região, lhe assegurando o título de sede de sua Região Metropolitana.

Tanto o Estado, através da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano - CDHU, quanto o Município, através da Companhia de Habitação Popular de Campinas - COHAB, investiram na produção de unidades habitacionais.

De 1995 a 2006, o CDHU produziu, em Campinas, 4.768 unidades habitacionais.

Tabela 1 – Empreendimentos desenvolvidos pelo CDHU 1995/2006, em Campinas.

EMPREENDIMENTOS ENTREGUES PELO CDHU – GESTÃO 2003/2006				
Detalhes	Conjunto	Programa	Unidades Habitacionais	Entrega
Campinas F1 (Novotel)		PLNHE	360	23.12.05
Campinas E 13 (Sul A) Amarais	Edivaldo Antônio Orsi	PLNHE	400	01.05.03
Campinas E 14 (Sul A) Amarais	Edivaldo Antônio Orsi	PLNHE	400	01.05.03
Campinas E 15 (Sul A) Amarais	Edivaldo Antônio Orsi	PLNHE	380	01.05.03
Campinas E 16 (Sul B) Amarais	Edivaldo Antônio Orsi	PLNHE	400	01.05.03
Campinas E 17 (Sul B) Amarais	Edivaldo Antônio Orsi	PLNHE	380	01.05.03
Campinas E 18 (Sul B) Amarais	Edivaldo Antônio Orsi	PLNHE	380	01.05.03
Campinas F2 (Novotel)		PLNHE	400	23.12.05
Campinas F3 (Novotel)		PLNHE	400	23.12.05
Campinas L (SPI-CAM16H)		PLNHE	159	24.03.06
TOTAL			3.659 UNIDADES HABITACIONAIS	
EMPREENDIMENTOS ENTREGUES PELO CDHU – GESTÃO 1995/2002				
Detalhes	Conjunto	Programa	Unidades Habitacionais	Entrega
Campinas C1/C2 (Unicamp)		SH3	149	19.12.97
Campinas C1/C2 (Unicamp)		SH3	84	28.10.96
Campinas H		Chamamento Empresarial	620	29.12.98
Campinas C3 (Unicamp)	Arlete Cardoso Lins Teixeira	Sonho meu	96	08.07.00
Campinas I (Recanto da Fortuna)		Mutirão	160	12.11.01
TOTAL			1.109 UNIDADES HABITACIONAIS	

Fonte: www.cdhu.sp.gov.br

A COHAB - Campinas, por sua vez, desde que foi criada através da Lei. 3.213, de 17 de fevereiro de 1965, foi responsável pela produção das seguintes unidades habitacionais de interesse social.

Tabela 2 – Empreendimentos desenvolvidos pela COHAB, em Campinas

Unidades Habitacionais Construídas no Município de Campinas		
DENOMINAÇÃO	Nº UNID.	ANO DE ENTREGA
VILA RICA	487	1966
CASTELO BRANCO 1ª e 2ª (668 + 444)	1112	1967
BOA VISTA	1534	1969
SANTANA I (Sousas)	204	1969
COSTA E SILVA	1531	1970
TRINTA E UM (31) DE MARÇO	546	1970
CAMPOS SALES	350	1972
PARQ. ITÁLIA	54	1973
TERRENOS DIVERSOS	267	1973
MIGUEL VICENTE CURY	766	1973
OROZIMBO MAIA	268	1973
JULIO MESQUITA FILHO (aptos)	532	1974
PADRE M. NOBREGA 1ª casas	254	1976
PERSEU LEITE DE BARROS	446	1976
PADRE M. NOBREGA – aptos.	448	1978
PADRE M. NOBREGA 2ª casas	520	1978
PADRE M. NOBREGA 3ª casas	322	1978
PADRE ANCHIETA – Casas	2492	1980
SANTANA II e III (Sousas) (80 + 24)	104	1980
DIC I – CASAS	535	1981
DIC I – Embriões	506	1981
DIC II – CASAS	433	1981
PADRE ANCHIETA – Aptos	1072	1981
DIC I – APTOS.	624	1982
DIC II – APTOS	288	1982
PADRE M. NOBREGA - aptos.	480	1982
DIC III – RUI NOVAES (332casas / 300 aptos)	632	1984
DIC IV-LECH WALESA (318 casas / 352 aptos)	670	1985
PARQUE ITAJAÍ 1ª fase (concluídos)	556	1986
DIC V - 1ª fase (443 casas - 480 aptos)	923	1990
DIC VI (1204 casas / 720 aptos)	1924	1990
PARQUE ITAJAÍ 2ª fase (281 casas / 200 aptos)	481	1990
PARQ.FLORESTA 1ª (embriões) 400+2 prototipo	402	1990
DIC V - 2ª fase	85	1993
DIC V - 3ª fase	271	1993
DIC V - 4ª fase	376	1993
PARQ. ITAJAÍ 3ª -embriões (comerc.inacabados)	308	1993
PARQ. ITAJAÍ 4ª -embriões (comerc.inacabados)	383	1993

PADRE ANCHIETA–Casa Idoso-Qd.F5-L33 e L33A	2	1998
JARDIM CONCEIÇÃO – (Sousas)	59	1999
VILA GEORGINA	64	2004
NUCLEO RESIDENCIAL GÊNESIS	36	2004
NUCLEO RESIDENCIAL GETULIO VARGAS	33	2004
VILA ESPERANÇA I, II, III, IV	374	2004
NUCLEO RESIDENCIAL SÃO JOSÉ	24	2004
PARQUE DA FLORESTA	23	2004
RESIDENCIAL OLIMPIA	617	2004/2006
VILA BRANDINA	13	2006
NÚCLEO RESIDENCIAL GUARAÇAI	40	2006
NOVA BANDEIRANTE RESIDENCIAL	32	2005/2006
TOTAL	24.503	

Lotes Urbanizados		
Denominação	Nº Unid.	Ano de Entrega
BOA VISTA I	91	1994
BOA VISTA II	234	1994
DIC VI	17	1990
PARQUE ITAJAÍ - 3a. fase	54	1996
PARQUE ITAJAÍ - 4a. fase	117	1996
DIC V - 2ª fase	50	1994
DIC V 2ª fase – JARDIM ARUANÃ	96	1999
DIC V 3ª fase – JARDIM MARIGHELLA	181	1999
DIC V - 4ª fase	69	1994
PARQUE DA FLORESTA	1301	1996
PADRE ANCHIETA	71	1996
JARDIM SÃO JOSÉ	750	1999
JARDIM SÃO LUIS	676	1999
JARDIM CONCEIÇÃO	61	1999
VIDA NOVA	2.304	1993
JARDIM TELESP	306	1998
VILA ESPERANÇA	562	1998
VILA VITÓRIA	1530	1997
SETE DE SETEMBRO	236	2000
TOTAL 8.706		

Fonte: www.cohabcp.com.br

Além da produção de unidades pela CDHU e COHAB, a Secretaria Municipal de Habitação, responsável pela condução da política habitacional do Município, contou nos últimos anos com o seguinte orçamento:

Tabela 3: Orçamento anual da Secretaria Municipal de Habitação

ANO	PREVISÃO	AUTORIZADO	REALIZADO	INVESTIMENTO
1994	R\$ 1.906.443,89	R\$ 1.906.443,89	R\$ 1.502.243,91	R\$ 995.682,19
1995	R\$ 3.559.192,00	R\$ 3.559.192,00	R\$ 2.879,301,47	R\$ 2.161.525,63
1996	R\$ 3.968.796,00	R\$ 3.968.796,00	R\$ 2.891.533,35	R\$ 1.299.535,71
1997	R\$ 3.201.086,35	R\$ 3.201.086,35	R\$ 1.864.066,33	R\$ 1.218.855,95
1998	R\$12.288.402,00	R\$12.288.402,00	R\$11.508.993,35	R\$10.588.843,47
1999	R\$11.018.480,00	R\$ 8.126.350,00	R\$ 6.601.618,70	R\$ 5.626.934,36
2000	R\$ 8.426.900,00	R\$ 6.677.200,00	R\$ 4.243.778,87	R\$ 3.084.823,25
2001	R\$12.866.020,00	R\$ 3.612.424,00	R\$ 2.559.006,02	R\$ 1.314.776,98
2002	R\$ 6.642.579,00	R\$ 6.023.066,39	R\$ 2.725.836,56	R\$ 1.042.666,38
2003	R\$11.179.292,00	R\$ 7.250.405,84	R\$ 5.813.782,64	R\$ 117.397,52
2004	R\$13.676.953,00	R\$10.384.811,20	R\$ 6.078.423,57	R\$ 230.027,20
2005	R\$24.572.217,00	R\$ 5.901.407,00	R\$ 4.664.003,53	R\$ 3.486.265,73

Fonte: Balanço anual PMC

Mesmo com o alto índice de desenvolvimento da cidade e o investimento na produção de unidades habitacionais, Campinas não conseguiu, ainda, acolher os interesses da camada de baixo poder aquisitivo.

Ainda que a moradia digna seja reconhecida como direito de todos os brasileiros pela Constituição Federal, a questão habitacional constitui, no Município, um dos maiores e mais complexos desafios para as políticas públicas.

A crise social e a desigualdade de renda expulsam constantemente, ainda que não de forma explícita, a população mais pobre das áreas equipadas e bem servidas de infraestrutura, resultando na contínua ampliação e adensamento dos cortiços, favelas e loteamentos clandestinos e irregulares de periferias, sem as mínimas condições de habitabilidade, causando enormes prejuízos urbanísticos, ambientais e sociais para a coletividade.

Os índices de violência urbana, de doenças infecto-contagiosas, de degradação ambiental e de redução do espectro de oportunidades estão relacionados a esses assentamentos.

De acordo com dados do IBGE-Censo 2000 existe no município um déficit habitacional de 47.965 unidades.

No ano de 2002 foi realizado pela COHAB o Cadastro de Interessados em Moradia – CIM - que indicou uma demanda de 36 mil novas unidades habitacionais, o que corresponde a uma cidade de pequeno porte. Aproximadamente 80% dos cadastrados possuem renda familiar igual ou menor a três salários mínimos.

Além desse déficit quantitativo, há também o qualitativo. Milhares de famílias residem em construções precárias, sem acesso à infra-estrutura básica e serviços públicos fundamentais. Das famílias residentes em áreas públicas, cerca de 5 mil estão localizadas em áreas de risco.

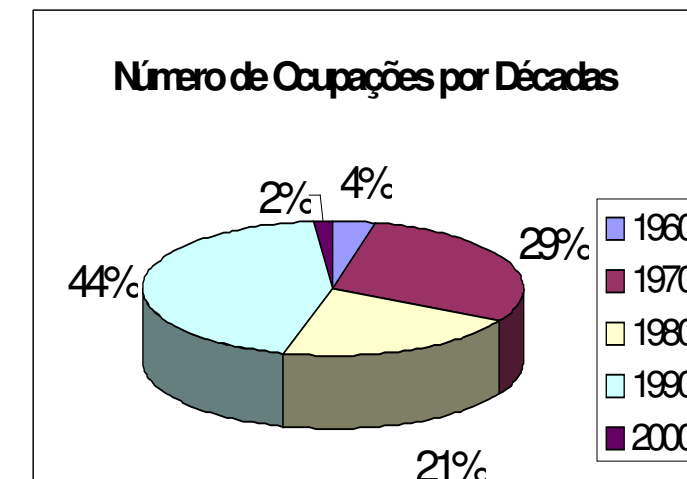
De acordo com os elementos constantes na Secretaria Municipal de Habitação, o Município possui, atualmente, 335 loteamentos ilegais (loteamentos clandestinos, irregulares e ocupações em áreas públicas)

Grande parte das ocupações ocorreram na década de 90 e a maioria atingiu áreas públicas, conforme os seguintes quadros:

Tabela 4
Registro das ocupações por décadas

Décadas	Total de Ocupações
1960	9
1970	73
1980	53
1990	110
2000	4
TOTAIS	249

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação



Total de áreas ocupadas no município/ total de moradias e população estimada conforme a titularidade

Titularidade	Total de Área	Moradias	Pop.
PARTICULAR	52	12.445	49.780
PÚBLICAS	164	23.120	92.480
PÚBL./PARTICULAR	3	2.181	8.724
DER	1	78	312
PARTICULAR /RFFSA	1	497	1.988
PUB./PART/RFFSA	3	213	852
PUB/RFFSA	6	337	1.348
RFFSA	19	2.668	10.672
Total ==>	249	41.539	166.156

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação

Diante desse quadro, a questão habitacional em Campinas exige maior esforço de planejamento e ação, garantindo capacidade de ordenamento, sob o risco de não se avançar na agenda de inclusão social, de combate à pobreza e de requalificação dos espaços urbanos.

O Ordenamento Legal voltado à Questão Habitacional no Município

Campinas tem contado, ao longo de sua história, com um arcabouço normativo urbano consistente, a exemplo das normas abaixo citadas:

Tabela 5: Legislação Municipal

Lei 1993, de 29.01.1959 (parcialmente revogado)	Código de Obras e Urbanismo de Município de Campinas
Lei 5.079, de 30.03.1981	Dispõe sobre a Concessão de Direito Real de Uso de terrenos públicos de interesse social e dá outras providências
Lei 9.573, de 17.12.1997	Dispõe Sobre a Cobrança de Taxas Para Licenciamento de Projetos Referentes à Seção VII do Código Tributário Municipal e dá outras providências
Lei 9.937, de 16.12.1988	Permite a ligação de água em situações de interesse social no Município de Campinas e dá outras providências
Lei 6.031, de 29.12.1988	Lei de Uso e Ocupação de Solo
Lei 6.681, de 28.10. 1991 (revogada)	Dispõe sobre requisitos mínimos para aprovação de arruamentos, loteamentos e habitações populares de interesse social e dá outras providências

Art. 15 e 16 da Lei 8.737, de 10.01.1996 (revogados pela Lei 9342/97)	Dispõe Sobre a Concessão de Alvará de Uso Em Edificações Existentes Em Áreas do Município de Campinas Zoneadas Pela Lei nº 6031/88 em Z1, Z2, Z3, Z5, Z6 e Z7, Estabelece Parâmetros Construtivos Para Habitações de Interesse Social e dá outras providências
Lei 9.199, de 27.12.1996	Institui Plano Local de Gestão Urbana de Barão Geraldo
Lei 9.342, de 04.08.1997 (revogada pela Lei 10.410/00)	Dispõe Sobre Empreendimentos Habitacionais de Interesse Social, Revoga a Lei nº 6.681/91 e os Artigos 15 e 16 da Lei nº 8.737/96 e Estabelece Outras Normas Sobre Habitação Popular
Lei 10.410, de 17.01.2000 e alterações posteriores	Dispõe Sobre Empreendimentos Habitacionais de Interesse Social e estabelece outras normas sobre habitação popular
Lei 10.850, 07.06.2001	Cria Área de Proteção Ambiental
Lei 11.422, de 05.12.2002	Dispõe sobre a Criação de Áreas Especiais de Interesse Social para Urbanização Específica e dá outras providências
Lei 11603, de 08.07.2003, regulamentada pelo Decreto 14.446, de 19.09.2003	Dispõe sobre a regularização de construções clandestinas e ou irregulares na cidade de Campinas e dá outras providências
Lei 11.621, de 18.07.2003	Dispõe sobre a concessão de uso especial para fins de moradia de imóveis públicos municipais
Lei 11.834, de 19.12.2003, regulamentada pelo Decreto 14.776, de 17.06.2004	Dispõe sobre a regularização de parcelamentos do solo, implantados irregularmente no Município de Campinas até 30.06.2001 e dá outras providências
Lei Complementar 09, de 23.12.2003	Dispõe sobre o Código de Projetos e Execuções de Obras e Edificações do Município de Campinas

Fonte: www.campinas.sp.gov.br/bibjuri

Essa diversidade de instrumentos, entretanto, não conseguiu garantir o crescimento da cidade de forma ordenada e viabilizar o acesso à moradia às famílias de baixa renda. Também não foi capaz de impedir a retenção especulativa de terrenos.

Esse fato pode ser atribuído a diversas razões, entre elas: a desarticulação entre esses diplomas legais, o excesso de regulação, a falta de interação entre as normas e os anseios da população e a dinâmica da cidade, a ineficiência do sistema de fiscalização e o excesso burocrático.

Ademais, a maioria das nossas normas apresenta caráter elitista, deixando de contemplar camadas da sociedade menos favorecidas.

A Lei 10.410, de 17.01.2000, que dispõe sobre os Empreendimentos Habitacionais de Interesse Social - EHIS não enfrentou a definição do que seja INTERESSE SOCIAL. A ausência dessa definição acaba por retirar todo o sentido da lei. Não há garantia de que as unidades produzidas

através da criação de EHIS serão efetivamente destinadas à população carente de moradia e de baixo poder aquisitivo.

Diante disso, o Plano Diretor, acolhendo os instrumentos previstos no Estatuto da Cidade e as deliberações e recomendações da Conferência Habitat II, realizada em Istambul, em junho de 1996, deverá ser concebido de forma a reverter este quadro, garantindo efetivamente a justa distribuição do benefícios decorrentes do processo de urbanização e o reconhecimento do Direito à Moradia, entendido como o acesso à terra, aos serviços públicos, a um meio ambiente saudável e o respeito às relações sociais e culturais.

Estrutura Administrativa existente no Município, voltada à Questão Habitacional

A Secretaria Municipal de Habitação – SEHAB, criada em 15.12.1993, é responsável pela condução da política habitacional e de regularização fundiária do Município.

Antes, no entanto, o Município contou com setores voltados à regularização de loteamentos e favelas, quais sejam:

- Gerência para a Regularização de Loteamentos – GRL, criada pelo Decreto 6495, de 26.05.81 e extinta com a criação da SERLA;
- Supervisão Especial de Regularização de Loteamentos - SERLA, criada pelo Decreto 6752, de 04.11.81 e extinta pelo Decreto 10.628, de 26.11.91;
- Superintendência de Urbanização de Favela, criada pelo Decreto 9254, de 25.08.87 e extinta com a criação do DUF;
- Departamento de Urbanização de Favela – DUF, criado pelo Decreto 9904, de 24.08.89.

Tais setores eram compostos por equipe multidisciplinar. Com a extinção desses setores, a atribuição dos mesmos foi pulverizada entre as Secretarias de Planejamento, de Obras, de Habitação, e de Assuntos Jurídicos.

Embora em 1995 tenha sido criada, no âmbito da então Secretaria de Negócios Jurídicos, a Coordenadoria de Análise, Regularização e Fiscalização de Loteamentos, o desenvolvimento de suas atribuições, no que se refere à elaboração de projetos técnicos e fiscalização continuou dependendo especialmente das Secretarias de Planejamento e de Obras.

Para dar suporte aos trabalhos de regularização, em 1998, através do Decreto 12.900, foi criado o Projeto SIMA – Sistema de Manejo dos Assentamentos que, no entanto, não chegou a ser implementado.

Em 15.08.2002, através do Decreto 14.038 foi criada a Coordenadoria Especial de Regularização Fundiária – CERF, ligada ao Gabinete do Prefeito, constituída por Coordenadoria

Técnica, Coordenadoria Jurídico-Administrativa, Assessoria de Assistência Social e Assessoria Financeira

Através do Decreto 14.459, de 25.09.2003, a CERF foi remanejada para a Secretaria Municipal de Habitação e através do Decreto 15.176, de 7.07.2005, foi extinta, passando suas atribuições a serem exercidas pelo Secretário Municipal de Habitação. Por este mesmo ato normativo, as Coordenadorias Técnica, Jurídico-Administrativa e as Assessorias de Assistência Social e Financeira passaram a ficar vinculadas diretamente ao Gabinete da Secretaria Municipal de Habitação.

O Decreto 14.456, de 25.09.2003 criou, também, no âmbito da SEHAB, a Coordenadoria Especial de Habitação Popular – CEHAP, que tem dentre as suas atribuições definir e orientar as políticas públicas na área de habitação, organizar audiências públicas com os movimentos de moradia que estejam interessados em participar da promoção e implementação da política habitacional e orientar e auxiliar os movimentos de moradia na formulação de propostas que poderão ser encaminhadas a quaisquer órgãos do poder público ou a conselhos de direitos que promovam a democracia participativa.

O Município conta, também, com a Companhia de Habitação Popular de Campinas - Cohab/Campinas, empresa de economia mista, criada em 17 de fevereiro de 1.965 através da Lei 3.213, que tem como acionista majoritária a Prefeitura Municipal de Campinas. De cunho eminentemente social, tem por objetivo o planejamento, produção, comercialização de unidades habitacionais e repasses de financiamentos, especialmente destinados à população de baixa renda, obedecidas as diretrizes estabelecidas pelos governos do Município, do Estado e da União.

Fundos de Habitação

Através da Lei 4.985, de 08.05.80, foi criado o Fundo de Apoio à Subhabitação Urbana – FUNDAP.

Tal Fundo vem contribuindo, ainda que de forma acanhada, com o desenvolvimento da política habitacional do Município.

De 1995 a maio de 2006 foram concedidos empréstimos na ordem de R\$5.973.196,49 (cinco milhões, novecentos e setenta e três mil, cento e noventa e seis reais e quarenta e nove centavos). Tais empréstimos são destinados à população de baixa renda para aquisição de material de construção e /ou contratação de mão de obra.

Consoante dados disponíveis na SEHAB, de 1981 a maio de 2006 4.798 famílias foram beneficiadas com os recursos do FUNDAP.

Além do FUNDAP, Campinas conta, também, com o Fundo Municipal de Habitação – FMH, instituído através da Lei 10.616, de 14.09.2000. Segundo elementos disponibilizados, o FMH teve os seguintes desembolsos:

Tabela 6: Investimentos do Fundo Municipal de Habitação

ANO	ORÇAMENTO APROVADO	DESCRIÇÃO DAS DESPESAS	VALOR EMPENHADO	ENCAMINHADO PARA LIQUIDAÇÃO
2001	R\$2.300.000,00	-----	-----	-----
2002	R\$2.300.000,00	Consultoria, Projetos e Serviços p/ regularização de favelas	R\$882.984,80	R\$240.000,00
2003	R\$2.300.000,00	Construções de unidades habitacionais no Vila Georgina	R\$ 1.421.113,46	R\$ 370.000,00
		Serviços de Terceiros	R\$ 27.290,00	R\$ 27.290,00
2004	R\$5.336.245,00	Vila Georgina	R\$ 1.070.828,80	R\$ 559.358,01
		Satélite Iris	R\$ 2.063.346,18	R\$ 70.000,00
		Serviços de Terceiros	R\$ 172.830,00	R\$ 73.815,80
2005	R\$16.630.000,00	Serviços de Regularização Fundiária	R\$1.019.653,41	R\$ 970.127,65
		Convenio PMCxCOHAB	R\$ 3.960,520,00	R\$ 1.920.837,76
		Remanejamento	R\$ 6.426.775,00	-----
2006	R\$1.300.000,00	Serviços regularização fundiária	R\$ 243.750,00	R\$ 94.378,95

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação

Conselho de Habitação

Através do Conselho Municipal de Habitação - CMH, criado pela Lei 11.464, de 10.01.2003 e instituído pelo Decreto 14.255, de 18.03.2003, Campinas vem construindo um sistema de gestão participativa multidisciplinar.

O CMH tem dentre seus objetivos viabilizar e promover o acesso à moradia com condições de habitabilidade, dando prioridade para famílias de baixa renda, e articular, compatibilizar, fiscalizar e apoiar a atuação das entidades e órgãos que desempenham funções no setor de habitação.

Conferências de Habitação

Campinas, que assumiu a participação popular como pressuposto básico para definição de política habitacional, promoveu duas Conferências de Habitação.

A **1ª Conferência Municipal de Habitação**, que ocorreu entre os dias 15 a 17 de março de 2002, propôs três eixos de ação:

- Regularização fundiária e urbana de assentamentos existentes;
- Produção de empreendimentos que ofereçam uma ou mais modalidades de produtos ou tipologias edificadas para as populações de baixa renda, com valores de comercialização pré-estabelecidos;
- Tornar eficaz a estrutura da SEHAB, articular as ações com a COHAB e estruturar o relacionamento com os demais órgãos de governo, dando respostas adequadas à comunidade e assegurando sua participação na política habitacional.

Na mencionada Conferência, foram definidas as seguintes Recomendações Gerais:

- Definir melhor os critérios para remoção de famílias das áreas de risco, de forma a inibir reocupações e/ou negociações dessas áreas;
- Definir metas para 2002, 2003 e 2004, buscando ampliar os objetivos de curto prazo;
- Ampliar o cronograma para além do período do então governo municipal;
- Retomar com prioridade os processos de urbanização de favelas;
- Adotar medidas para que o titular da concessão do direito real de uso seja, preferencialmente, a mulher;
- Estudar as formas de inclusão de pessoas sem vínculo familiar nos programas habitacionais.

Além disso, foram elencadas as seguintes Teses Específicas:

- Identificação e seleção das áreas ociosas, adequadas para habitação de interesse social;
- Legalização de favelas e ocupações existentes;
- Produção pública de habitações de interesse social;
- Empreendimentos coletivos produzidos em auto-gestão;
- Política de subsídios através dos fundos municipais;
- Mecanismos gerais de participação popular.

Dentre as deliberações da **2ª Conferência Municipal de Habitação**, ocorrida nos dias 31 de julho e 1º de agosto de 2004, destaca-se:

- Elaboração de um novo Plano Diretor que contemple os instrumentos previstos no Estatuto da Cidade, sendo discutido de forma descentralizada para ampliar a participação popular.
- Incremento da Secretaria Municipal de Habitação em quadro funcional, estrutura e orçamento, que são extremamente acanhados diante da demanda existente e da complexidade dos trabalhos desenvolvidos.
- Criação de equipe de fiscalização, integrada com a comunidade e guarda municipal, que coíba a formação de loteamentos clandestinos e ocupação de áreas públicas;
- Celebração de convênios com os Cartórios de Registro de Imóveis com o objetivo de diminuir os custos com a regularização registraria, bem como otimizar os procedimentos de registro e no fornecimento de subsídios nas ações judiciais;
- A fusão do FMH com o FUNDAP, com alteração das legislações que os constituíram;
- O incentivo ao funcionamento do Conselho Municipal de Habitação e garantir o suporte técnico e administrativo para o Conselho Gestor do Fundo Municipal de Habitação;
- No planejamento e execução de programas habitacionais procurar garantir também, na medida do possível, a inclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social, destinando 5% das unidades habitacionais para segmentos sociais como população de rua, idosos e portadores de deficiência física, com baixo poder aquisitivo;
- O mapeamento e diagnóstico dos cortiços no Município, através de ações integradas entre SEHAB, COHAB e Secretaria de Assistência Social.

Balanco da Política Municipal de Habitação - Período 2002/2006

Nos últimos anos houve avanço significativo na implementação da política habitacional do município, especialmente a voltada à regularização fundiária.

Em 2002 foi lançado o Programa de Regularização Fundiária "Campinas Legal".

Nessa ocasião foi criada a Coordenadoria Especial de Regularização Fundiária – CERF e contratada a COHAB – Campinas para desenvolver os projetos de regularização de 86 núcleos implantados sobre áreas públicas (diagnóstico técnico e social, definição das intervenções necessárias (obras para sanar situação de risco, obras de infra-estrutura, identificação das remoções e reassentamentos) elaboração de plantas, etc).

Dos 86 núcleos objeto do contrato celebrado entre PMC e COHAB, 8 já foram regularizados, quais sejam:

Tabela 7: Relação dos Núcleos Regularizados – Período 2002/2006

NÚCLEO RESIDENCIAL	ATO DE APROVAÇÃO
N. S. Lourdes	Decreto 14.400/03
Parque Social Isa	Decreto 14.401/03
Novo Londres 1	Decreto 14.457/03
Novo Sol	CAR 001/2004
Bandeiras 1	CAR 002/2004
Nova Aliança	CAR 003/2004
Recanto dos Pássaros	CAR 004/2004
Santa Isabel	CAR 005/2004

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação

Tal regularização envolveu a desafetação das áreas públicas, a execução das obras de infra-estrutura, a requalificação dos espaços, a aprovação dos projetos pertinentes, o encaminhamento do plano de regularização para registro e a outorga dos termos de concessão de uso especial para os moradores.

O Programa de Regularização envolve também 4 projetos de grande porte (Distrito Industrial de Campinas, Cidade Satélite Íris, Parque Oziel/Jardim Monte Cristo/Gleba B e envoltória do Aeroporto Internacional de Viracopos) e os demais loteamentos clandestinos e irregulares existentes no Município.

Com os levantamentos realizados está sendo possível identificar e quantificar as famílias moradoras de áreas de risco e planejar os investimentos que serão necessários à regularização urbanística e registrária dos núcleos e loteamentos clandestinos.

As medidas visando a remoção e reassentamento das famílias moradoras das áreas de risco já tiveram início. Até o momento foram removidas 880 famílias e, promovidos inúmeros reassentamentos. Para abrigá-las foram desenvolvidos os seguintes empreendimentos:

Tabela 8: Empreendimentos desenvolvidos para abrigar famílias removidas de área de risco

Empreendimento	Número de Unidades
Residencial Olimpia	617
Vila Esperança	414
Georgina (Pref. Antonio da Costa Santos)	64
N.R. Getúlio Vargas	33
N.R. Gênese	36
N.R. Brandina	13
N.R. Guaraçai	40

Fonte: SEHAB

Além disso, foram realizadas parcerias com o CDHU nos empreendimentos Conjunto Residencial Parque São Bento –CDHU e Conjunto Campinas F –CDHU, totalizando 232 unidades.

No âmbito do Programa de Arrendamento Residencial – PAR, regido pela Lei Federal 10.188/01 e que visa atender a necessidade de moradia da população de baixa renda, foram desenvolvidos os seguintes empreendimentos, através de parceria entre o Governo Federal, Prefeitura Municipal de Campinas, COHAB e iniciativa privada:

Tabela 9: Empreendimentos desenvolvidos através do Programa de Arrendamento Residencial – PAR

TIPO PAR	EMPREEND.	REGIÃO	CONSTRUTORA	TIPOLOGIA	ÁREA M ²	Nº UNID.	VR.UNITÁRIO
I	Res. Colorado I,II,III	SO	HM	Apt 2 dorm.	47,20	448	R\$32.000,00
I	Res. Samambaia	S	Menin	Apt2 dorm	45,23	180	R\$32.000,00
I	Res. Pq.Mata I e II	SO	HM	Apt2 dorm	48,00	768	R\$38.500,00
I	Res. Santos Dumont I e II	SO	HM	Apt2 dorm	49,01	300	R\$32.000,00
II	Pq. São Bento I	SO	Tecnosul	Casa2dorm	39,43	351	R\$40.000,00
II	Pq. São Bento II	SO	Civic Engenharia	Casa2dorm	39,43	200	R\$40.000,00
TOTAL UNIDADES						2.247	

Fonte: SEHAB e COHAB

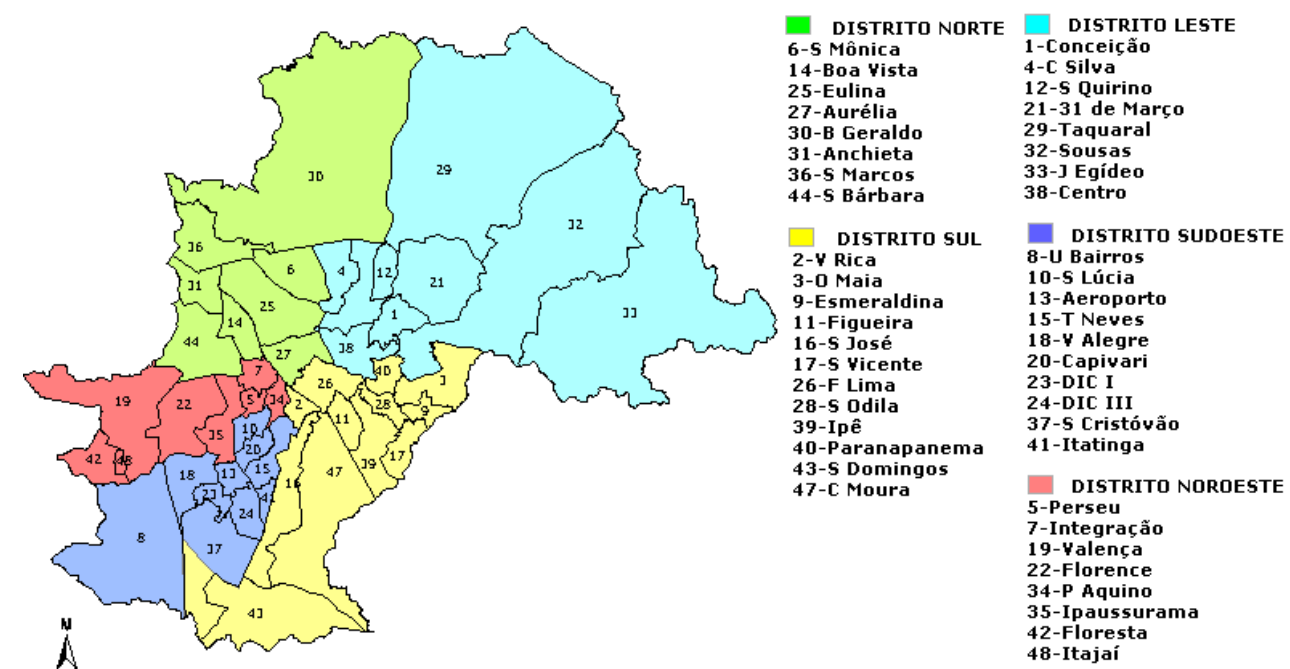
Importante salientar que a regularização fundiária apresenta-se como um dos mais importantes instrumentos para a recomposição do tecido urbano e a conquista do inegável direito à cidade por todos.

SAÚDE

Apresentação

Dada a grande heterogeneidade de condições de vida, moradia, trabalho, rendimento, acesso a serviços públicos, incluindo os de saúde, entre segmentos da população de Campinas, são diferentes as necessidades de saúde. Cabe ao sistema único de saúde (SUS) em Campinas, através da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, responsável pela formulação e execução das políticas de saúde no município, garantir os princípios, diretrizes do SUS no Município, monitorando um conjunto de indicadores demográficos, sócio-econômicos e sanitários que permitem inferir essas diferentes necessidades para oferecer ações integrais de saúde adequadas a cada agrupamento populacional, cada localidade e conforme as modificações nos perfis demográficos e epidemiológicos.

Campinas: Distritos e Centros de Saúde 2006



Indicadores demográficos, sócio-econômicos e sanitários

De um modo geral Campinas apresenta bons indicadores de qualidade de vida e saúde. Ocupa o 8º lugar no ranking do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) das cidades paulistas e o 26º no ranking nacional (ONU). Além disso, outros indicadores de referência para o ano 2000 são relevantes, a saber: a esperança de vida ao nascer é de 72 anos; a taxa de alfabetização para os maiores de 15 anos é 95%; o percentual de domicílios servidos por água de abastecimento público é de 96%; o percentual de domicílios servidos por rede geral de esgotamento sanitário é de 85%; o percentual de domicílios com iluminação elétrica é de 100%; a taxa de lixo coletado é de 98%.

Entretanto, essa situação favorável encobre importantes desigualdades na distribuição de bens e serviços entre grupos sociais de seu território. As áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde são bastante heterogêneas em relação à qualidade de vida de cada região, em função de determinantes demográficos, ambientais e das políticas sociais.

Índice de Condições de Vida ICV

A tarefa de gestão e gerência pressupõe, entre outros, o correto dimensionamento da realidade do município, de forma a procurar priorizar a alocação de recursos nos grupos sociais mais vulneráveis e menos favorecidos.

A partição do território municipal em vários micro-territórios de responsabilização de cada unidade de saúde da família possibilita a identificação de níveis de riscos entre grupos populacionais distintos, evidenciando desigualdades expressas sob os mais diferentes eixos; em particular, as análises de indicadores sociais, econômicos e demográficos presentes nos censos demográficos, calculados a partir dos setores censitários, e as análises de indicadores de saúde por áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde. Sem dúvida, pessoas e ambientes expostos e condições desfavoráveis apresentam piores condições de saúde.

Com o objetivo de definir um método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde ao longo do território, no ano 2001 foi criado o Índice de Condição de Vida (ICV), atualizado em 2006 a partir de dados do IBGE. Esse índice é composto a partir dos seguintes indicadores: população morando em sub-habitação; instrução do chefe de família, rendimento do chefe de família.

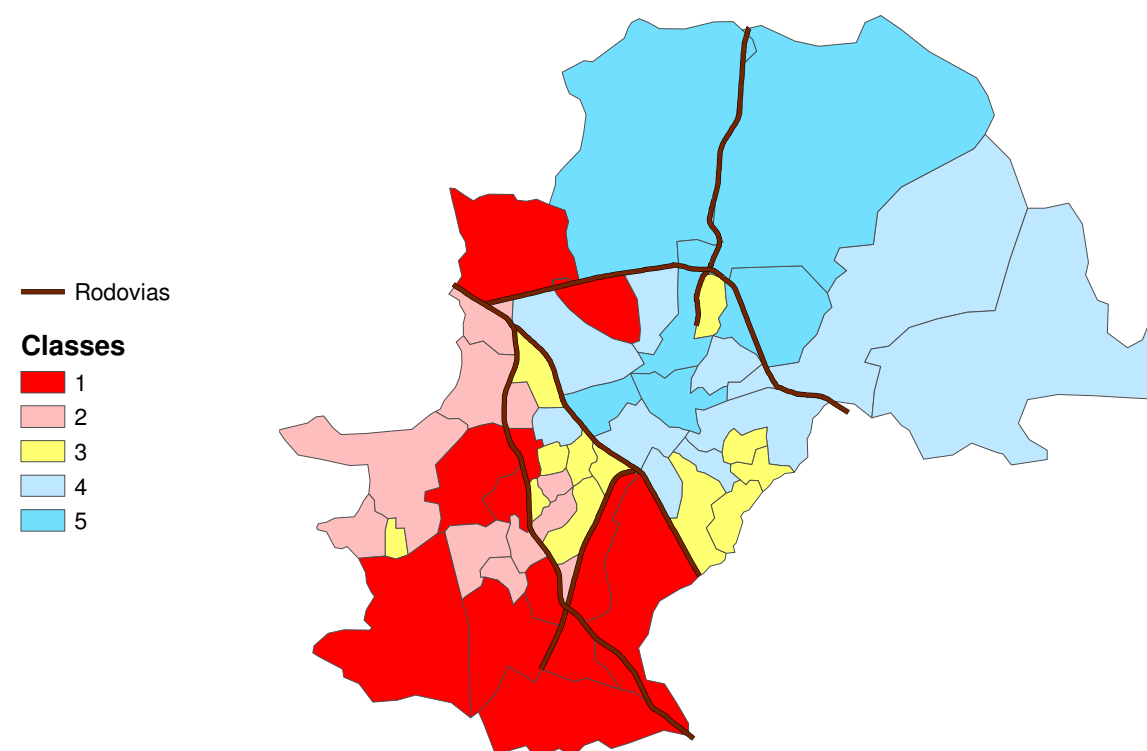
Os dados são analisados segundo censitários e/ou territórios das unidades básicas de saúde. Os indicadores foram ordenados de forma a agrupar as áreas de abrangência em 5 classes. Notas de 1 a 5 foram atribuídas para os CS de cada uma das classes, a partir daquela com os maiores valores de cada indicador. Os territórios das 47 unidades foram finalmente classificados em 5 grupos (1 a 5, pior para melhor ICV), cuja distribuição pode ser observada na figura abaixo.

O mapa temático do ICV aponta regiões que concentram famílias e indivíduos sujeitos a maiores riscos, sugerindo necessidades diferenciadas de atenção: sugere uma polarização entre as

regiões Leste e Norte por um lado e Noroeste, Sudoeste e Sul, que concentram a maioria das unidades com piores índices. A maior parte dos CS das regiões Noroeste e Sudoeste está classificada no grupo I; nenhum CS da região Noroeste foi incluído no grupo III. No Distrito Leste, 60% das unidades concentram-se no grupo de melhor ICV e apenas uma delas está incluída no pior grupo.

Quase 448.000 pessoas, correspondendo a 43% dos habitantes de Campinas residem nas regiões com piores índices de condição de vida (classes 1 e 2), sujeitas a maiores riscos e sugerindo necessidades diferenciadas de atenção.

Indicador síntese baseado no Censo 2000 IBGE, dados reprocessados na CII / DGDO / SMS Campinas



Taxa de Crescimento

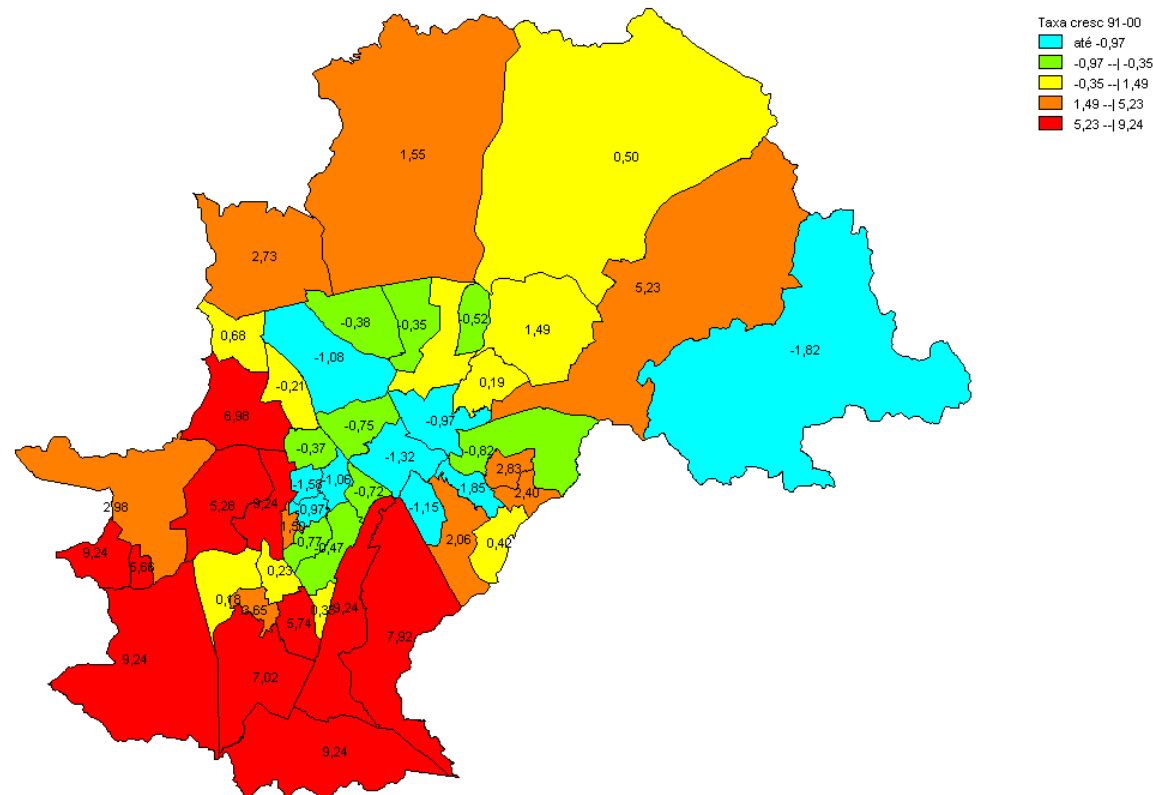
Desde os anos 50, a população brasileira e a do Estado de São Paulo têm apresentado uma desaceleração gradativa de seu crescimento; já em Campinas, observaram-se taxas de crescimento crescentes e sempre maiores que aquelas, até o final da década de 80. A partir daí, assistiu-se um declínio do crescimento populacional, possivelmente relacionado ao maior crescimento dos municípios do entorno, menor volume migratório e modificações na dinâmica da natalidade e mortalidade.

Entretanto, observam-se importantes diferenças intra-municipais. As regiões de saúde Norte e Leste apresentaram taxas de crescimento menores que a média municipal na década de 90. Os outros três distritos tiveram valores mais elevados, destacando-se as regiões Noroeste e Sudoeste, como resultado da expansão urbana direcionada às terras situadas ao sul da rodovia Anhanguera (conjuntos habitacionais e loteamentos populares) e, particularmente pelas grandes ocupações irregulares de áreas públicas e privadas ocorridas ao final da década de 90 nessa mesma região.

Apesar das limitações no cálculo do indicador para populações pequenas, pode-se observar na figura abaixo que o crescimento populacional também apresenta grandes variações entre as áreas dos Centros de Saúde.

Taxa de Crescimento 91-00

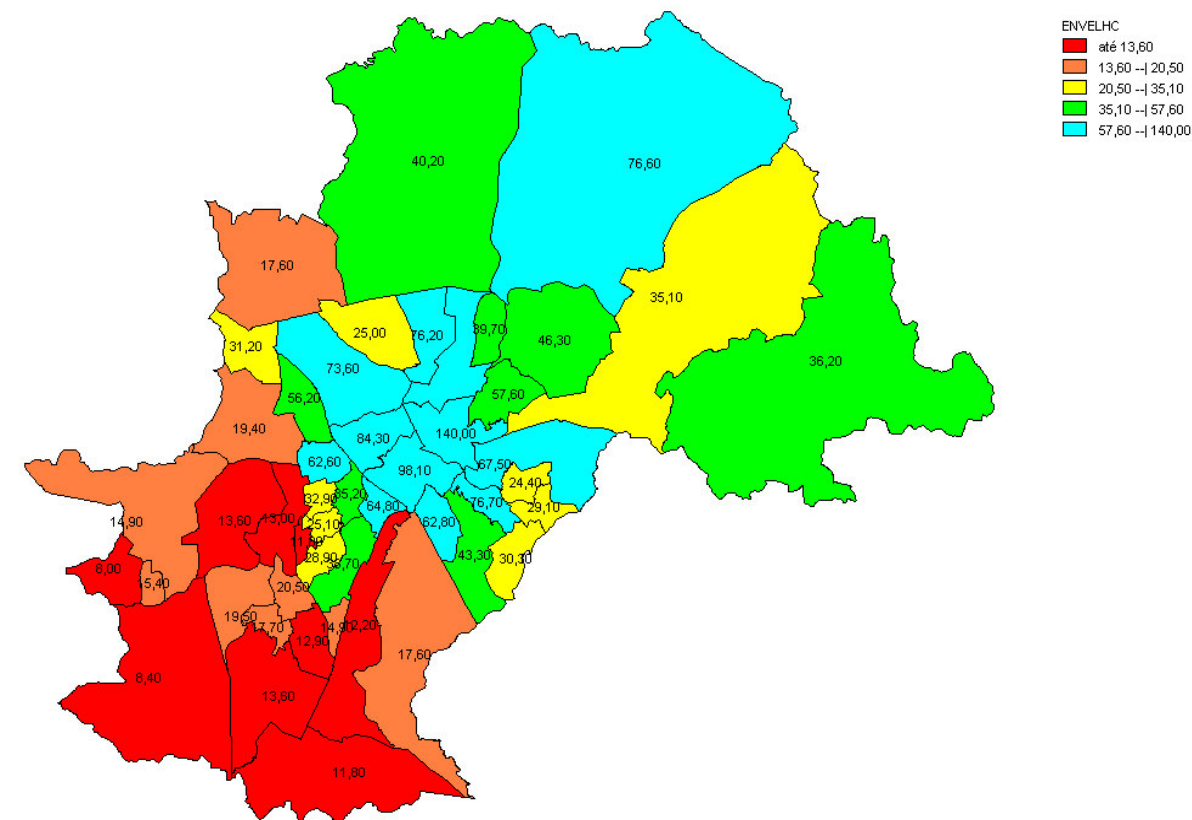
Fonte Censos IBGE Dados reprocessados no DGDO / SMS Campinas



A população de Campinas distribuiu-se de modo heterogêneo no município, destacando-se do ponto de vista das necessidades de saúde as proporções entre faixas etárias mais jovens e mais idosas, conforme tabelas e mapas abaixo:

Taxa de Envelhecimento

Fonte Censos IBGE Dados reprocessados no DGDO / SMS Campinas



Situação de Saúde

A maioria dos problemas de saúde pública são decorrentes da organização do trabalho, da desigualdade social e do estilo de vida das pessoas, por exemplo, algumas doenças crônicas, como LER/DORT, hipertensão, diabetes, as doenças infecto-contagiosas e outros agravos/ fenômenos da vida moderna, como a violência, a depressão, doença mental, o abandono de idosos, o uso abusivo de medicamentos, entre outros.

A análise dos principais indicadores de saúde do município ressalta o declínio da mortalidade infantil que teve início na década de 70 e persiste numa trajetória de decréscimo. Para o ano de 2004 a taxa de mortalidade infantil atingiu o nível mais baixo chegando a 11,0 por mil nascidos vivos.

A análise dos principais componentes da mortalidade infantil mostra que 50% das mortes ocorrem nos primeiros 7 dias de vida (neonatal precoce), 20% entre 7 –27 dias (neonatal tardio) e 30% de 28 –364 dias (pós-neonatal). Esse quadro aponta para a necessidade de melhoria permanente da qualidade da atenção pré-natal, planejamento familiar e atenção hospitalar e de terapia intensiva aos recém-nascidos de risco.

A mortalidade materna, importante indicador da qualidade de vida, vem declinando lentamente nos últimos anos e em 2004 foi de 28,5 por 100.000 nascidos vivos. Das 4 mortes maternas de residentes em Campinas 3 foram por causas diretamente ligadas ao pré-natal, parto e puerpério e 1 por causas indiretas.

Os dois indicadores de mortalidade apontados acima indicam a necessidade de manutenção e incremento das ações de vigilância da morte materna e infantil, com vistas à redução de mortes evitáveis.

Analisando a mortalidade geral proporcional por causas verifica-se que as doenças cardiovasculares correspondem a 32,6% do total das mortes seguida pelas neoplasias (18,7%) e em terceiro lugar ficaram as causas externas com 12,5% das mortes. As doenças infecto-parasitárias representam 4% das mortes, sendo a AIDS seu principal componente.

As taxas de mortalidade por 100.000 habitantes em algumas causas selecionadas mostraram que o infarto do miocárdio alcançou 59,7, diabetes 12,5, e o conjunto das infecto-parasitárias 2,3 por 100.000 habitantes. As neoplasias de pulmão, traquéia e brônquios são a principal causa de morte entre homens (21,1 por 100.000 hab), seguidas da próstata com 12,7. Em mulheres a neoplasia de mama apresentou uma taxa de mortalidade de 15,6 por 100.000 hab, seguida da de colon e reto com 10,2.

Com relação às causas externas de morte, a taxa de homicídio em 2004 foi de 33,9 por 100.000 hab e, em 2003, fora de 52,5 atingindo principalmente homens jovens na proporção de 1 para cada 10 mulheres. Os acidentes de transporte vêm apresentando declínio significativo em Campinas desde o início da década de 90, a partir da implantação de políticas voltadas para redução dessas mortes, que em 2004 apresentaram uma taxa de mortalidade de 11,8 por 100.000 hab.

Por último a mortalidade proporcional por causas mal definidas, importante indicador da qualidade da assistência e do preenchimento da declaração de óbito, apresenta as mais baixas taxas do país (1,2% do total de mortes).

Tendência das doenças infecciosas

As doenças infecciosas, apesar de terem apresentado redução no quadro da morbidade, continuam sendo importante problema de saúde pública, principalmente aquelas para as quais ainda não se dispõe de medidas eficazes para seu controle, ou que exigem ações integradas entre os vários setores do poder público ou da sociedade como um todo. Há ainda, como fator relevante, o

fenômeno mundial de emergência (doenças novas ou que foram recentemente identificadas) e reemergência (aquelas que ressurgiram após terem sido “controladas”) de doenças transmissíveis.

A tendência das doenças infecciosas pode ser dividida em três grupos de tendência: declinante, persistente e as emergentes e reemergentes.

Doenças transmissíveis com tendência declinante

Nesse grupo de doenças estão principalmente aquelas preveníveis por vacinação, que apresentaram franco declínio em todo o Brasil, como sarampo, difteria, tétano neonatal, raiva humana, coqueluche e poliomielite. No estado de São Paulo, inclui ainda a rubéola e meningite por hemófilus. Mesmo com tendência declinante, o sarampo e a poliomielite exigirão nos próximos anos, um sistema de vigilância muito sensível, amplo e ágil, pois a doença ainda ocorre sob forma de casos isolados e surtos em outros países, colocando para aqueles que já atingiram sua eliminação, riscos potenciais de reintrodução desses vírus. Para todas as doenças imunopreveníveis, se faz necessária contínua atividade de vacinação, facilitando acesso de toda a população, atingindo altas coberturas vacinais e adequada rede de frio (conservação da qualidade dos imunobiológicos). Há ainda que se considerar o avanço na descoberta de novas vacinas, trazendo a possibilidade de cada vez mais, o programa de imunização aumentar a cobertura das doenças por ele evitáveis, aumentando a sua complexidade e assim, a necessidade de investimentos em profissionais qualificados na área e na capacidade de armazenamento, controle e distribuição destes produtos na rede pública de saúde.

Outras doenças com tendência declinante, não preveníveis por vacina: doença de chagas, hanseníase, febre tifóide associada a condições sanitárias e peste.

Doenças transmissíveis com quadro de persistência

São doenças que apresentam tendência de manutenção, impondo para a saúde reestruturação ou fortalecimento de estratégias adotadas para interrupção da cadeia de transmissão.

As ações de prevenção e controle exigem trabalho extremamente coordenado entre vigilância e rede assistencial. Uma questão importante para o sucesso de controle de algumas delas é a necessidade de trabalhos multissetoriais, como por exemplo, aquelas doenças em que entre seus determinantes estão fatores decorrentes do processo de urbanização, alterações do meio ambiente, processos migratórios e de fluxo de pessoas, grandes obras, etc.

Pertencem a este grupo, com persistência em Campinas, as doenças apresentadas abaixo:

- Leptospirose: os casos de leptospirose no município apresentam sazonalidade nítida nos meses chuvosos, apesar de ocorrerem o ano todo. Há uma média anual constante de casos e geralmente relacionam-se com áreas de enchentes e situações precárias de moradia. As taxas de letalidade estiveram muito altas no início dos anos 2000, tendo apresentado extrema redução após a realização de capacitação anual para os profissionais das unidades básicas e Prontos Socorros, alertando-os para os sintomas e

epidemiologia da doença. Nos dois últimos anos não ocorreram óbitos pela doença no município.

- Esquistossomose: a esquistossomose é sabidamente transmitida em Campinas desde meados de século passado, sendo notificado anualmente cerca de 200 pacientes por ano. A transmissão desta doença em nosso município se dá principalmente em áreas de urbanização inadequada e a principal forma de contato é através de atividades de lazer em lagoas da periferia. Nos últimos anos o registro de pacientes com formas medulares graves tem preocupado a vigilância epidemiológica. O controle desta doença dependerá do tratamento adequado dos pacientes e de obras de melhoria na infraestrutura urbana.
- Meningites: destaca-se nesse grupo, a meningite causada por meningococos, doença grave, podendo deixar seqüelas e levar ao óbito, pois apresenta possibilidade de casos secundários e potencial epidêmico. Em 1996 ocorreu uma epidemia no município resultando na vacinação contra o meningococo A e C. A partir de 1997 nota-se diminuição no número dos casos, com coeficiente de incidência se mantendo em torno de 2 por 100.000 habitantes, com alta letalidade, em torno de 30%. A vigilância permanente de todas as meningites, com identificação de sua etiologia é fundamental para desencadear medidas de controle caso a caso, e perceber mudança no padrão epidemiológico para desencadear medidas amplas de vacinação. Esse trabalho exige uma boa articulação entre hospitais, vigilância e laboratórios.
- Hepatites virais: a alta prevalência, ampla distribuição geográfica e o potencial evolutivo para formas graves, que podem levar a óbito caracterizam-na como uma doença de relevância no município, exigindo investimentos no sentido de se adotar medidas preventivas e de controle, de diagnóstico precoce e tratamento adequado.
- Sífilis congênita: a sífilis é uma doença de elevada magnitude no país, provocando casos em mulheres grávidas e conseqüentemente sua transmissão vertical. Um estudo realizado no Brasil em 2004, resultou numa estimativa de que aproximadamente 12 mil crianças nascem com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Entre outros, esses indicadores apontam para um problema de grande magnitude e para a necessidade de implementação de ações direcionadas à eliminação da sífilis congênita no país. Desde 1986, a notificação de casos de sífilis congênita é obrigatória em todo o país e, a partir de julho de 2004, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, tornou de notificação compulsória no Estado a sífilis em gestante. Em Campinas, a notificação de casos de sífilis congênita era em média de

seis casos por ano, no período entre 1998 a 2003. A partir de 2004 observa-se um grande incremento de casos, tendo sido notificados 22 e 45 casos em 2004 e 2005 respectivamente. Este aumento verificado reflete, além da sensibilidade da definição de caso adotada pelas novas normas para eliminação da sífilis congênita no país, a priorização no investimento em ações de capacitação e atualização para profissionais de saúde. O controle da sífilis congênita está intrinsecamente relacionado com o controle da sífilis e a um adequado pré-natal. Evidencia-se a grande importância do diagnóstico, tratamento, notificação e vigilância à gestante com sífilis, como ações a serem priorizadas, intensificadas e qualificadas para atingirmos a meta da eliminação deste agravo, definida como menos de 1 caso/1000 nascidos vivos.

- Tuberculose: o perfil epidemiológico da tuberculose no município caracteriza-se pela tendência de queda do coeficiente de incidência nos últimos anos e estabilidade do coeficiente de mortalidade específica em torno de 1 por 100.000 habitantes. Apesar disto os indicadores do Programa de Controle da Tuberculose apresentam-se abaixo das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde, como por exemplo, a taxa de cura em torno de 70%, abandono de 9% e 12% de óbitos, principalmente associados à co-infecção com HIV. É uma doença endêmica, persistente, pois está condicionada aos determinantes sociais, de difícil intervenção. As perspectivas mundiais, se não houver grandes investimentos para diminuição de abandonos e retratamentos, é da ocorrência de casos multi-resistentes às drogas atualmente utilizadas. Este é um problema gravíssimo, pois o tratamento atualmente disponível para os casos multi-resistentes é muito caro, nem sempre eficaz, aumentando a possibilidades de óbitos. Há ainda a possibilidades de transmissão do bacilo resistente às drogas diretamente para pessoas sem história de doença prévia.
- Doenças transmitidas por alimentos e de veiculação hídrica: Em relação às doenças diarreicas agudas, nos anos de 2003 e 2004 ocorreram no município dois surtos provavelmente ocasionados pelo rotavírus, com 1000 e 2500 casos notificados respectivamente. Em 2005 (dados até junho), foram notificados e investigados 16 surtos de doenças diarreicas agudas. Em 2001, ocorreram dois casos de diarreia pelo agente E. coli H.O:157, patógeno considerado emergente, causador de doença grave, principalmente em crianças, ainda mais freqüente em países desenvolvidos. Em 2004, mais um caso por E. coli H.O:157 foi isolado em laboratório do município. Estas ocorrências evidenciam a entrada de novos agentes etiológicos em nosso meio, demonstrando a importância de incrementar o trabalho na área de segurança alimentar e a vigilância das doenças transmitidas por alimentos e de veiculação hídrica. As alterações nos hábitos alimentares com a crescente utilização de alimentos industrializados e

consumidos fora de casa, o aumento de consumo de alimentos a fresco ou in natura, a intensa mobilização mundial das populações, através das viagens internacionais, a introdução de medidas básicas de saneamento, dentre outros fatores, alteraram o perfil epidemiológico das doenças diarreicas, colocando o alimento como um importante veiculador de doenças. A própria problemática do acesso das populações aos alimentos (produção em quantidade e distribuição adequadas), aliada à questão de sua qualidade nutricional e inocuidade (serem livres de contaminantes físicos, químicos e microbiológicos) contribui para que os alimentos sejam um grande problema de saúde pública a ser monitorizado. Esta mudança de hábitos de consumo alimentares traz para Campinas um desafio que é a da vigilância sanitária de estabelecimentos que manipulam e comercializam alimentos. Devido à sua característica de “cidade metrópole”, este é um segmento da economia em franca expansão, tanto no comércio formal quanto informal de alimentos. A cidade possui indústrias, cozinhas industriais, bares, restaurantes, lanchonetes e uma vasta gama de comércio de alimentos, o que pressupõe a existência de um corpo de técnicos capacitados e atuando de forma permanente, tanto na fiscalização e cobrança de Boas Práticas, quanto na vertente da educação em saúde. Vários exemplos mostram a faceta ameaçadora e desafiante de alguns problemas que estão ocorrendo em países de Primeiro Mundo – a doença da vaca louca na Inglaterra, a E.coli O157:H7 e Salmonella Enteritidis que fazem muitas mortes nos EUA e em outras partes do mundo, a dioxina na Bélgica, entre outros casos. Estes patógenos emergentes caracterizam este grupo de doenças transmitidas por alimentos e água como componentes ao mesmo tempo das doenças com quadro de persistência, bem como fazem parte do grupo das doenças emergentes.

- Doenças relacionadas aos serviços de saúde: Um outro grupo de doenças que também se posicionam na transição entre as de quadro de persistência e aquelas consideradas emergentes são as relacionadas aos procedimentos inadequados realizados em serviços de saúde, como por exemplo, as infecções hospitalares, os surtos decorrentes de implantes, causados principalmente por agentes multi-resistentes, microbactérias, presentes em soluções, no ambiente ou em materiais utilizados em cirurgias, corretivas ou de estética, complicações de transplantes, entre outros. Campinas, também pela suas características apresentadas anteriormente, agrega um importante pólo de alta tecnologia, de serviços, concentrando grande número de hospitais, clínicas de várias especialidades, inclusive de fertilização, serviços de transplantes, bancos de tecidos, ossos, olhos, entre outros, o que constitui uma responsabilidade também aos profissionais do SUS em acompanhar este desenvolvimento e regulá-lo no sentido de detectar e intervir nos riscos à saúde que tais atividades apresentam. A título de

exemplo, em 2003 ocorreu um surto em alguns hospitais de Campinas relacionado ao uso de prótese mamária, cujo agente foi uma microbactéria.

Doenças transmissíveis emergentes e reemergentes

- Dengue – apresenta uma situação preocupante por ter transmissão no município desde 1996, com picos epidêmicos nos anos de 1998, 2001, 2002 e 2003. Os exames laboratoriais mostram a circulação do vírus da dengue dos tipos 1, 2 e 3 nestes anos de epidemia, sendo que na epidemia de 2002 ocorreram 13 casos de dengue hemorrágico com 1 óbito. Atualmente, em 2006, em várias localidades do Brasil estão sendo registradas novas ondas epidêmicas e a ocorrência na forma hemorrágica. Nesse ano, em Campinas, em diversas localidades da cidade verificam-se áreas confirmadas de transmissão, ou seja, presença do vetor em densidade tal permitindo a circulação viral e o adoecimento de pessoas. A situação, nacional e local, evidencia fortemente a possibilidade de uma nova epidemia para o próximo período chuvoso e de calor. A característica de grande centro urbano de Campinas, dos costumes de consumo de materiais não reutilizáveis, da disposição de lixo, dos adensamentos de população em sub-habitação, traz condições próprias para manutenção do ciclo de vida do vetor da dengue, assim como de dificuldades do seu controle. Aliado à dificuldade existente de controle do vetor no país. É uma questão que necessita de envolvimento de vários órgãos da administração pública para intervenções ambientais competentes e seguras e, na atuação específica da saúde a realização de trabalhos coordenados entre a rede de assistência e vigilância em saúde. A rede de assistência deve estar preparada para identificação de casos graves e da forma hemorrágica da dengue, instituindo tratamento adequado para evitar óbitos. Faz-se necessário um suporte e logística de laboratório, para realização de exames de urgência. Este é um problema de saúde pública que deve ter enfrentamento contínuo nos próximos dez anos, seja durante epidemias, ou nos períodos inter-epidêmicos.
- Febre Maculosa – É uma doença que vem apresentando expansão da área de transmissão no Brasil, atingindo novos municípios a cada ano. Recentemente (em 2001) foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória nacional. Trata-se de um problema de saúde pública que vem crescendo e, assim como a dengue, necessita de ações de assistência, vigilância em saúde e intervenções ambientais cada vez mais coordenadas, integradas e com incremento de tecnologia para seu controle. Desde 1995 com transmissão no município, inicialmente em áreas rurais, e nos últimos anos na área urbana. Observou-se transmissão em parques públicos, sendo a capivara o reservatório do agente etiológico. Foi implantado no município um programa de manejo das capivaras dos parques públicos e programa de divulgação e educação para os visitantes dessas

áreas. Outros animais e situações estiveram relacionados aos casos, a exemplo de proximidade com terrenos baldios e cavalos.

- AIDS: a intervenção no controle desta doença traz o desafio de considerar e respeitar as diferenças culturais, morais, de crença, orientação e prática sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, atividade sexual comercial entre outras. Outro aspecto a ser considerado é a defesa do acesso universal e equânime a informação e assistência em saúde. A constante atenção e avaliação destas características conferem maior efetividade às medidas de prevenção, promoção e proteção à saúde da população, quer seja em intervenções individuais, quer seja na priorização de grupos ou segmentos sociais a receber enfoque adequado às suas vulnerabilidades. Nos últimos anos, verifica-se em Campinas a desaceleração da epidemia com tendência à estabilização da velocidade de crescimento. Há evidente feminilização e crescimento do número de casos por categoria de exposição heterossexual para ambos os sexos. Observa-se um recrudescimento da epidemia entre jovens homossexuais em Campinas. É importante destacar a transmissão vertical do HIV. Observou-se uma taxa de 5,3% das crianças infectadas, após 18 meses de acompanhamento realizado pela vigilância municipal, considerada alta, tendo em vista a meta de redução preconizada pelo Ministério da Saúde para 1%. Estes dados mostram que somente a oferta de diagnóstico precoce, tratamento e profilaxia não garantem que a meta de redução da transmissão vertical seja alcançada. É necessário o monitoramento do uso adequado da profilaxia com anti-retroviral, além de uma assistência de qualidade durante a gestação, parto e para o recém-nascido. Apesar de todos os avanços culturais e tecnológicos a AIDS ainda é um grande desafio.
- Outras doenças infecciosas: Doenças como Hantavirose, Doença de Creutzfeldt-Jakob (o mal da vaca louca), Febre do Oeste do Nilo, Influenza Aviária, pandemia de influenza, entre outras, são doenças que ocorrem em outros países e com grande possibilidade de ocorrerem em nosso meio. O sistema de vigilância em saúde e a rede de assistência devem estar preparados para identificar rapidamente a entrada dessas doenças, desencadear ações rápidas de controle, ações educativas e de divulgação para a sociedade.
- LER/DORT, acidentes de trânsito envolvendo motociclistas profissionais, trabalhadores informais, tóxico-vigilância.

Área ambiental e de saúde dos trabalhadores

Os problemas do município são de variada magnitude e diferentes complexidades. Também relacionado às características da cidade de Campinas e de outros centros urbanos, um fenômeno

que desponta como extremamente preocupante são as atividades de trabalho informal, com os riscos e agravos relacionados, como por exemplo, os motociclistas profissionais, categoria em expansão, sem proteção dos seguros sociais e expostos a altíssimos riscos de adoecer ou morrer. Apesar na queda do número de acidentes de trânsito, este grupo de profissionais representa parcela significativo dos acidentes com vítimas fatais e com seqüelas graves. Portanto, ações devem ser desencadeadas de forma intersetorial, no sentido da proteção deste grupo. Outros trabalhos informais, considerados perigosos relacionam-se aos extratores de areia, os catadores de material reciclável, entre outros. Ainda em relação a doenças do trabalho, permanece o grande desafio de enfrentar o problema da LER/DORT, altamente prevalente no município, também com tendência ao crescimento, uma vez que ocorre tanto na atividade industrial quanto no setor de serviços. Ainda relacionado ao trabalho e ao ambiente do trabalho encontram-se as intoxicações químicas, por agrotóxicos e outros agentes perigosos.

Algumas atividades de vigilância ambiental devem ser permanentes, como, por exemplo, a vigilância da qualidade da água, tanto do sistema público como de fontes alternativas de abastecimento, para que se mantenham os parâmetros definidos pelos órgãos ambientais e de saúde. As intervenções necessárias são realizadas mediante a análise de cada situação. Estão pactuadas 660 amostras/ano, sendo que há expectativa de ampliação do programa para vigilância e controle da exploração de águas subterrâneas, que segundo estimativas preliminares, perfazem cerca de 400 locais a serem cadastrados, regularizados e monitorados.

Em atividade conjunta com os Comitês (Estadual e Federal) de Bacia dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiá, os técnicos do SUS em Campinas integram grupo de trabalho com atividades de investigação, pesquisa e controle de antrozooses relacionadas a matas e remanescentes florestais, bem como às atividades de reflorestamento ciliar, integrado por instituições como os municípios das bacias, Sucen, IBAMA, CETESB, universidades, abordando doenças como a febre maculosa, raiva, leishmaniose, hantavirose, entre outras emergentes.

Campinas retrata uma realidade global, com a emergência de novos setores industriais, com tecnologia mais avançada, e o declínio de outros. Esse declínio provocou o sucateamento, desativação, transferência e muitas vezes o abandono de plantas industriais que representam, em geral, passivos ambientais, isto é, áreas em processo de contaminação (indústrias ainda em funcionamento), ou já contaminadas (empresas desativadas ou áreas de descarte). As equipes de vigilância ambiental contabilizaram até o presente momento 59 áreas contaminadas sujeitas à vigilância e controle quanto aos riscos sanitários, ocupacionais e ambientais de tais localidades, 35 das quais cadastradas oficialmente pelo órgão estadual de controle ambiental (CETESB) e as demais classificadas como suspeitas e indicativas de investigação. Espera-se que este número deva aumentar, na medida em que sejam identificadas novas áreas, significando um problema ambiental e de saúde pública dos mais sérios a ser enfrentado. Dentre essas áreas podem enunciar-se casos em postos de combustíveis, áreas de deposição irregular de resíduos, plantas industriais desativadas e em atividade, áreas urbanas contíguas a rurais com atividade agrícola e intenso uso de agrotóxicos.

A gestão de resíduos urbanos tem tido a participação dos agentes de saúde no município, a partir dos programas de controle de dengue e zoonoses prevalentes (leptospirose), do manejo de resíduos de serviços de saúde e do descontrole de áreas de deposição irregular em solo. Vez por outra as equipes são acionadas para atendimento emergencial a descarte criminoso de resíduos em áreas públicas, demandando providências emergenciais e mediatas, na perspectiva de correção e prevenção desses eventos. A geração diária de resíduos domésticos urbanos varia em torno de 0,7 a 1 kg/habitante/dia, e de resíduos da construção civil, em torno de 3 kg/habitante/dia. As equipes de saúde coletiva têm desempenhado decisivo papel de contribuição para o saneamento ambiental referente ao tema, bem como fomento a soluções social e ambientalmente mais adequadas no controle da disposição irregular em solo, incentivando o funcionamento de cooperativas de triagem e separação de materiais recicláveis.

As políticas de controle da qualidade do ar demandam em Campinas maior desenvoltura, com o agravamento de sua qualidade, o que se denota particularmente nos períodos de estiagem prolongada e inversões térmicas. Campinas possui uma frota de mais de 500.000 veículos em circulação, atingindo índice inusitado de número de veículos por habitante (um veículo para cada dois habitantes). As fontes fixas e pontuais também merecem abordagem diferenciada, ainda que o órgão de controle ambiental mantenha programa específico de fiscalização e controle institucional. Vêm sendo capacitados os agentes de diversos segmentos relacionados a um potencial programa de controle através dos cursos à distância ministrados pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Banco Mundial, e o que se planeja é intervenção articulada por parte dos entes governamentais no município e região metropolitana.

A poluição eletromagnética originada do funcionamento de sistemas de rádio e telecomunicação sem fio é objeto de preocupação crescente em diversas localidades do planeta, e tem recebido tratamento diferenciado em Campinas, a partir de pioneira legislação municipal que disciplina a matéria, particularmente a partir da expansão dos sistemas de telefonia móvel. A citada legislação está em processo de implantação, sendo que há no presente momento indicação técnica de amplo diagnóstico em campo dos níveis de radiação não ionizante no território do município, com destaque para locais críticos e áreas sensíveis, num total de 200 Estações Rádio-Base de telefonia celular e mais 30 fontes de operadoras de rádio e televisão.

Pacto da Atenção Básica / gestão

Apresentamos a seguir a série histórica de um conjunto de indicadores de saúde monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde que descrevem a situação de saúde e gestão do Sistema Único de Saúde, relacionadas com as necessidades definidas na Agenda de Saúde e as metas dos planos municipais de saúde.

Pacto da Atenção básica / Gestão, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas com a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde Série Histórica 2001 a 2006:

Eixo / item / Indicador	Meta 2001	Realizado 2001	Meta 2002	Realizado 2002	Meta 2003	Realizado 2003	Meta 2004	Realizado 2004	Meta 2005	Realizado 2005	Meta 2006
Eixo 1 - Avaliação da Atenção Básica											
Item 1.1 - Redução da Mortalidade Infantil e Materna	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Coeficiente de mortalidade infantil	11	11,9	12	11,5	11,5	11,9	11,5	11	11	11,9	11
Coeficiente de mortalidade neonatal	7,6	8,2	8,26	8,68	8,25	9,12	8,25	7,65	7,6	8,2	7,6
Proporção de óbitos infantis de residentes investigados por ocorrência (pactuação facultativa)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	N/P	2,49	N/P	2,05	N/P	2,16	N/P	2,08	N/P	2,49	2,2
Proporção de nascidos vivos com baixo peso	9	9,59	N/P	9,08	9	9,56	9	9,75	9	9,59	9
Número de casos notificados de Sífilis Congênita	20	43	1	3	1	2	5	23	20	43	30
Coeficiente de mortalidade materna por ocorrência	36	52,9	30	31,4	30	37,3	37	36,3	36	52,9	36
Coeficiente de mortalidade materna por residência	22	29,3	25	28,5	25	22,2	22	28,6	22	29,3	22
Percentual de parturientes com cobertura de 7 ou mais consultas pré-natais	90	86,8	70	69,8	70	73,6	80	84,8	90	86,8	
Número de óbitos por causas maternas por ocorrência	5	10	N/P	6	5	7	5	7	5	10	90
Número de óbitos por causas maternas por residência	2	4	N/P	4	3	3	2	4	2	4	2
Item 1.2 - Controle de Doenças e Agravos Prioritários	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade com TETRA	98	97,8	N/P	45,4	95	97,7	98	91,4	98	97,8	98
Coeficiente de internações por Infecções Respiratórias Agudas em menores de 5 anos por residência	11	9,48	11	11,5	11	11,1	11	11,2	11	9,48	
Coeficiente de mortalidade por câncer de colo	2,5	3,36	4	2,55	2,5	4,07	2,5	4,6	2,5	3,36	10
Coeficiente de mortalidade por câncer de mama	15	16,6	18,1	16,7	16	15,3	15	15,5	15	16,6	15
Proporção de partos e abortamentos em adolescentes	20	20,6	20	23,7	20	21,8	20	21,4	20	20,6	20
Coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral	4,5	5,27	4,5	6,24	4,5	5,14	4,5	5,58	4,5	5,27	4,5
Proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por Acidente Vascular Cerebral	21	22	24,9	21,7	21	25,8	21	22,5	21	22	21

Coeficiente de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	43	43	N/P	47,1	47	39,7	43	50,7	43	43	42
Coeficiente de internação por complicações de Diabetes Mellitus por residência	3,5	3,53	4,8	4,34	4,3	4,01	4	3,59	3,5	3,53	
Proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por Diabetes Mellitus	15	19,7	13,5	12,4	12,3	20,5	15	16,9	15	19,7	15
Coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera	19,2	16,6	1,7	18,5	19,6	17,9	19,4	17,8	19,2	16,6	16,5
Coeficiente de mortalidade por Tuberculose	0,85	0,96	1,22	1,21	1,2	1,39	1,2	0,89	0,85	0,96	0,85
Índice CPOD (dentes cariados, perdidos ou obturados) em crianças até 12 anos	1,3	1,34	1,5	1,34	1,34	1,34	1,3	1,34	1,3	1,34	1,3
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	N/P	2,46	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	2,46	46,5
Indicador bacteriológico de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	100	96	100	97,2	100	92	100	95,2	100	96	100
Indicador flúor de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	85	100	85	77,1	80	98,6	85	100	85	100	100
Indicador cloro residual livre de qualidade da água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	95	86,8	95	90,4	100	84,2	100	85,5	95	86,8	95
Item 1.3 - Melhoria da Gestão, Acesso e Qualidade	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e população nesta faixa etária	0,9	0,22	N/P	0,27	0,28	0,79	0,8	0,2	0,9	0,22	0,25
Percentual de abandono de tratamento	6,5	9,86	N/P	7,4	6,5	9,94	6,5	8,56	6,5	9,86	
Percentual de abandono de tratamento	8	Zero	N/P	11,4	11,4	14	8	15,3	8	Zero	0
Deteção de casos por residência	0,53	0,43	N/P	0,56	0,56	0,59	0,53	0,45	0,53	0,43	0,4
Grau de incapacidade I e II no momento de diagnóstico	20,5	24,3	N/P	20,5	20,5	24,5	20,5	27,3	20,5	24,3	
Cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal na população de 0 a 14 anos	46,5	44,7	43,8	44	46,4	46,4	46,5	45,9	46,5	44,7	46,5
Taxa de acesso à primeira consulta odontológica	7	7,26	6,5	6,03	6,5	5,6	6,5	6,97	7	7,26	7,5
Consultas nas especialidades e atendimentos de urgência em clínicas básicas por habitante/ano	1,5	0,89	1,5	1,1	1,5	0,96	1,5	0,95	1,5	0,89	

Proporção de óbitos por causas mal definidas	1,1	1,61	2	2,61	2	2,01	2	1,16	1,1	1,61	1,1
Percentual de hipertensos cadastrados no SISHIPERDIA (pactuação facultativa)	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	4,26	5	N/I	N/P	N/I	
Percentual de diabéticos cadastrados no SISHIPERDIA (pactuação facultativa)	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	4,08	5	N/I	N/P	N/I	
Item 1.4 - Reorientação e Descentralização	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Percentual da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	50	28,6	20	3,77	50	3,7	50	15,4	50	28,6	50
Item 1.5 - Qualificação do Controle Social	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Proporção de conselhos gestores locais por Unidade de Saúde (pactuação facultativa)	1	1,19	0,93	1	1	1	100	1	1	1,19	1
Número de reuniões dos Conselhos de Saúde no ano	12	15	12	13	12	12	12	12	12	15	12
Eixo 2 - Vigilância em Saúde											
Item 2.10 - Notificação	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Coeficiente de detecção de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos	1	0,4	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	0,41	1	0,4	1
Proporção de Unidades notificantes notificando (negativa ou positivamente) casos suspeitos de sarampo	93,4	85,8	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	93,4	93,4	85,8	93,4
Item 2.20 - Investigação	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente	90	61,2	98	87,4	98	88	90	56,3	90	61,2	80
Proporção de casos de doenças exantemáticas (Sarampo + Rubéola) investigados em 48 horas	99	98,9	N/P	N/I	N/P	98,7	99	98,9	99	98,9	99
Proporção de casos de PFA com coleta oportuna de 1 amostra de fezes	80	Zero	N/P	N/I	N/P	50	80	80	80	Zero	80
Proporção de surtos de doenças transmitidas por alimentos investigados oportunamente	70	53,9	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	66,7	70	53,9	70
Item 2.30 - Diagnostico Laboratorial de Agravos de Saúde Pública	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Proporção de casos de Sarampo e Rubéola investigados laboratorialmente	80	85,6	N/P	N/I	N/P	73,3	80	80,8	80	85,6	86

Proporção de casos de meningite bacteriana * diagnosticados laboratorialmente *	45	48,7	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	42,3	45	48,7	49
Proporção de gestantes SUS com pelo menos 1 VDRL realizado no momento do parto*	70	94,3	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	66,4	70	94,3	
Realizar testagem do HIV em gestantes	N/P	42,7	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	42,7	
Item 2.50 - Imunizações	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Cobertura vacinal de influenza em idosos	70	77,1	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	74,2	70	77,1	70
Cobertura vacinal contra Poliomielite em < 5 anos	95	86,4	N/P	N/I	N/P	89,8	95	86,5	95	86,4	95
Proporção de investigações realizadas em eventos adversos graves pós-vacinação	100	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100	100	100
Item 2.80 - Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Ação educativa em Vigilância Sanitária	N/P	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100
Serviços de alimentação	N/P	71,1	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	71,1	75
Creches e estabelecimentos de educação infantil	N/P	54,3	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	54,3	60
Instituições de longa permanência para idosos	N/P	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100
Proporção de equipes do PSF/PACS capacitados a desenvolver ações educativas em Vigilância Sanitária	100	100	N/P	N/I	N/P	Zero	100	16,8	100	100	100
Proporção de inspeções com qualidade satisfatória em estabelecimentos que comercializam alimentos	N/P	55,4	N/P	N/I	N/P	Zero	25	N/I	N/P	55,4	70
Proporção de inspeções com qualidade satisfatória em drogarias ervanarias e postos de medicamento	N/P	64,2	N/P	N/I	N/P	Zero	25	N/I	N/P	64,2	80
Proporção de creches (equipes de merendeiras) capacitadas	100	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100	100	100
Proporção de estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA cadastrados	50	39,4	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	31,2	50	39,4	60
Item 2.100 - Vigilância Ambiental	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Realizar a vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano PROAGUA	N/P	1	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	1	N/P	1	2
Item 2.35 - Vig. de Doenças Trans. por Vetores e Antropozoonos	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006

Proporção de inspeções em imóveis para o controle da dengue	90	72,4	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	61,8	90	72,4	90
Proporção de pontos estratégicos pesquisados para o controle da dengue	95	34,8	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	32	95	34,8	95
Proporção de pesquisas larvárias em imóveis para levantamento de índices por Aedes aegypti	100	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100	100	100
Proporção de armadilhas pesquisadas	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	
Implementar a vigilância entomológica para Aedes aegypti em municípios não infestados	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	
Proporção de tratamento de imóveis com focos de mosquitos visando o controle da dengue *	100	90	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	90	100	90	100
Proporção de cães vacinados em relação a população canina estimada	83	79,4	N/P	83,2	N/P	91,2	92	82	83	79,4	80
Proporção de gatos vacinados em relação a população de gatos estimada	80	34,2	N/P	45,4	N/P	53,3	80	54,9	80	34,2	80
Proporção de amostras de SNC de cães encaminhadas para diagnóstico laboratorial para detecção da raiva	100	55,2	N/P	79,1	N/P	116	N/P	92,6	100	55,2	100
Proporção de amostras de SNC de gatos encaminhadas para diagnóstico laboratorial para detecção da raiva	100	70,8	N/P	47,2	N/P	125	N/P	100	100	70,8	100
Item 2.41 - Controle de Doenças	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Percentual de pacientes de Tuberculose curados por local de residência	65	66,9	65	58	65	58,7	65	63,7	65	66,9	75
Percentual de cura da Hanseníase por residência	90	77,4	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	79,4	90	77,4	85
Proporção de casos novos de Leishmaniose Tegumentar Americana-LTA curados	81	100	N/P	N/I	N/P	87,5	88	90	81	100	80
Proporção de casos novos de Leishmaniose Visceral-LV curados	82	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	Zero	Zero	82	N/I	
Proporção de exames coprocópicos realizados para controle de esquistossomose e outras helmintoses	100	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	86,1	100	100	100
Item 2.61 - Monitoração de agravos de relevância epidemiológica	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006

Detectar surtos de Doenças Diarréicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (DDA)	70	Zero	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	25	70	Zero	0
Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes	N/P	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100
Elaboração de plano de ação para implementação da vigilância e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	100
Investigar óbitos maternos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Item 2.71 - Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação	M 2001	R 2001	M 2002	R 2002	M 2003	R 2003	M 2004	R 2004	M 2005	R 2005	M 2006
Proporção de óbitos captados pelo SIM	100	95,2	N/P	N/I	N/P	100	N/P	100	100	95,2	100
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica mal definida	1	1,61	N/P	0,7	N/P	1,28	N/P	1,1	1	1,61	1
Proporção de nascidos vivos captados pelo SINASC	100	98	N/P	N/I	N/P	101	N/P	101	100	98	100
Regularidade de envio dos bancos de dados SINAN à SVS	100	108	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	167	100	108	100
Realizar envio regular de dados das Comissões de Infecção Hospitalar dos hospitais alvo da área de abrangência do município	N/P	100	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	N/I	N/P	100	100

N/I Não Informado

N/P Não Pactuado

Estrutura dos Serviços de Saúde

Vigilância à saúde

Estrutura da Vigilância em Saúde: É composta por Equipe Central COVISA, equipes distritais e locais (Sistema configurado a partir dos Centros de Saúde). Realiza ações de vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica. Centro de Controle de Zoonoses.

Rede municipal de Atenção à saúde

A rede própria de saúde do Município é composta de diferentes tipos de unidades de saúde:

Atenção Básica

Quarenta e sete (49) Centros de Saúde (CS = Unidades Básicas de Saúde), e 14 Módulos do Programa de Saúde da Família (PSF) que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde. Têm território e população bem definidos. Gerenciam informações dos nascimentos,

óbitos, doenças de notificação compulsória, perfil de atendimento ambulatorial. Constroem mapas de recursos, barreiras. A partir dessas informações e de protocolos assistenciais pactuados no SUS Campinas planejam e programam ações de saúde, contando com suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde. Têm Conselho Local de Saúde, com representantes da população usuária, dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Ficam próximos à residência do usuário, facilitando o acesso do mesmo à assistência. Em Campinas dimensionamos 1 CS para cada 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas equipes do Programa de Saúde da Família, nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras, generalistas, médicos do PSF), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as equipes do PSF / áreas do Centro de Saúde), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário. Profissionais de apoio completam essas equipes. Cerca de 1/3 das equipes de C. S. contam com profissionais de saúde mental, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais. São:

- C.S. 31 DE MARÇO
- C.S. AEROPORTO
- C.S. ANCHIETA
- C.S. AURÉLIA
- C.S. BARÃO GERALDO
- C.S. BOA VISTA
- C.S. CAPIVARI
- C.S. CARVALHO DE MOURA
- C.S. CENTRO
- C.S. CONCEIÇÃO
- C.S. COSTA E SILVA
- C.S. CDHU
- C.S. DIC I
- C.S. DIC III
- C.S. ESMERALDINA
- C.S. EULINA
- C.S. FARIA LIMA
- C.S. FLORENCE
- C.S. FLORESTA
- C.S. INTEGRAÇÃO
- C.S. IPAUSSURAMA
- C.S. ITAJAÍ
- C.S. ITATINGA
- C.S. JOAQUIM EGÍDIO
- C.S. OROSIMBO MAIA
- C.S. PARANAPANEMA
- C.S. PEDRO DE AQUINO (Balão)
- C.S. PERSEU LEITE DE BARROS
- C.S. PQ DA FIGUEIRA
- C.S. SANTA BÁRBARA
- C.S. SANTA LÚCIA
- C.S. SANTA MÔNICA
- C.S. SANTA ODILA
- C.S. SANTO ANTÔNIO
- C.S. SÃO CRISTÓVÃO
- C.S. SÃO DOMINGOS
- C.S. SÃO JOSÉ
- C.S. SÃO MARCOS
- C.S. SÃO QUIRINO
- C.S. SÃO VICENTE
- C.S. SOUSAS
- C.S. TANCREDO
- C.S. TAQUARAL
- C.S. UNIÃO DOS BAIRROS
- C.S. VALENÇA
- C.S. VILA IPÊ
- C.S. VILA RICA
- C.S. VILA UNIÃO / CAIC
- C.S. VISTA ALEGRE

Média Complexidade

Três (3) Policlínicas, que são unidades de saúde secundárias que concentram os ambulatórios de 28 especialidades médicas, diagnóstico por imagens:

- Ambulatório Ouro Verde
- Policlínica II
- Policlínica III

Treze (13) Centros de Referência, que são Unidades de Saúde com equipes multiprofissionais que têm como papel a atenção à Saúde focada a grupos de risco específicos, além da qualificação dos profissionais das outras Unidades de Saúde do SUS Campinas. São:

- Centro de Atenção Psico-social Novo Tempo;
- Centro de Atenção Psico-social Integração;
- Centro de Atenção Psico-social Antonio da Costa Santos (Sul);
- Centro de Atenção Psico-social Estação;
- Centro de Atenção Psico-social Leste;

Os CAPS são unidades de referência secundária (intermediárias) de saúde mental, com equipe multiprofissional e tem como missão tratar de forma intensiva os portadores de transtorno mental grave com idade superior a 14 anos, na sua comunidade, junto às suas famílias, evitando a internação psiquiátrica integral e promovendo a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos. Busca a construção de discurso e prática contra-hegemônicas, que relativizem a loucura, em que o usuário se reconheça como sujeito com direitos e deveres, construindo sua cidadania, inserindo-se na comunidade, usando seu potencial produtivo, participando de suas atividades, seja informalmente, seja através de associações de amigos de bairro, de usuários de serviço de saúde ou conselhos locais de saúde.

- Centro de Vivência Infantil;

O Centro de Vivência Infantil é uma unidade especializada de saúde mental, tem como missão tratar de forma intensiva os portadores de transtorno mental grave na infância, envolvendo suas famílias, evitando a internação psiquiátrica e promovendo a reabilitação psicossocial, com equipe multiprofissional.

- Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas;

O Centro de Referência em Alcoolismo e Drogadição é uma unidade de referência em Saúde mental infantil com a missão de realizar atendimento ambulatorial intensivo à população, buscar integração com a rede, atuando como campo de formação para profissionais da rede (estágios, grupos de estudo) e desenvolver pesquisas na área de dependência química.

- Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente;

O Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente é uma unidade de referência que tem como público-alvo adolescentes de 10 a 17 anos em uso de substâncias psicoativas e/ou expostos a múltiplas vulnerabilidades. Sua equipe multiprofissional e interdisciplinar desenvolve atividades terapêuticas, de redução de danos, preventivas e de educação social, de forma individual e em grupos, visando à promoção de saúde; além de oferecer capacitação e apoio matricial à rede de atendimento.

- Centro de Reabilitação Física e Doenças Reumáticas;

- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador é uma unidade de referência com a missão de atenção integral à saúde do trabalhador no Município de Campinas e região, envolvendo ações: Assistência médica especializada em doenças causadas pelo trabalho, Intervenções em ambientes de trabalho, Orientação para readaptação no Trabalho, Orientação social / trabalhista, Projetos sobre riscos no trabalho, Grupos de qualidade de vida, Orientação psicológica, Assistência em audiologia ocupacional, Informação sobre acidentes e doenças do trabalho, Ações de combate ao trabalho infantil, Orientação em terapia ocupacional, Grupos de terapia ocupacional.

- Centro de Referência em DST / AIDS (Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis AMDA, Serviço de Atendimento Domiciliar para a AIDS - ADT e Orientação e Apoio Sorológico)

O AMDA é centro de referência para todo o Município de Campinas e região. Realiza seguimento dos pacientes com diagnóstico de soropositividade para o HIV, de doenças sexualmente transmissíveis de maior complexidade e referenciados de todas as instituições de saúde (próprias ou privadas) para quimioprofilaxia nos casos de acidentes perfuro-cortantes ocupacionais que envolvem risco para sífilis, aids e hepatite B e C. É também referência para pessoas submetidas à violência sexual, no tocante a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (incluindo a aids) e gravidez indesejada pós-estupro. Além de prestar assessoria de educação em saúde a instituições de ensino e na área de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas (relacionada à prevenção das DST/HIV/AIDS), o AMDA oferece cadastramento a profissionais do sexo (homens e mulheres) para acesso ao serviço e distribuição de preservativos em cotas individuais semanal. O ADT tem como missão a internação domiciliar à pacientes HIV/AIDS em todo o município de Campinas.

- Centro de Controle de Zoonoses;
- Centro de Lactação

O Centro de Lactação, unidade localizada na Maternidade de Campinas, tem como missão estimular o aleitamento materno, assistir à mãe que amamenta e capacitar profissionais de saúde no estímulo e orientações à amamentação e garantir nutrição adequada a RN de risco, através da coleta, pasteurização, armazenamento e distribuição de leite humano.

Sistema de Urgência e Emergência

O Sistema de Urgência e Emergência do SUS em Campinas integra os hospitais:

- Hospital das Clínicas - UNICAMP (demanda referenciada, sob gestão estadual)
- Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUCAMP
- Hospital Albert Sabin (demanda referenciada)
- Maternidade de Campinas (demanda referenciada)

e os serviços municipais:

- Hospital Municipal "Dr. Mario Gatti"
- Pronto Atendimento Anchieta
- Pronto Atendimento São José
- Pronto Atendimento Ouro Verde
- SAMU

Outras unidades próprias:

- Laboratório Municipal;
- Serviços de Atendimento Domiciliar;
- Ambulatório do CEASA.

Prestadores ambulatoriais e hospitalares de serviços de média e alta complexidade sob a Gestão Plena do Município de Campinas:

- Hospital Celso Pierro
- Maternidade de Campinas
- Hospital Municipal Dr. Mario Gatti
- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
- Fundação Albert Sabin
- Real Sociedade Portuguesa de Beneficência
- Associação dos Pais e Amigos do Excepcional - APAE
- Centro Dr. A.C.Corsini
- Fundação Síndrome de Down
- Associação Promocional Oração e Trabalho - APOT
- Clínica Psicológica da PUCCAMP
- Ambulatório de Fisioterapia da PUCCAMP
- Ambulatório de Terapia Ocupacional da PUCCAMP
- Clínica Odontológica da PUCCAMP
- Hospital Irmãos Penteado

Produção de ações de saúde

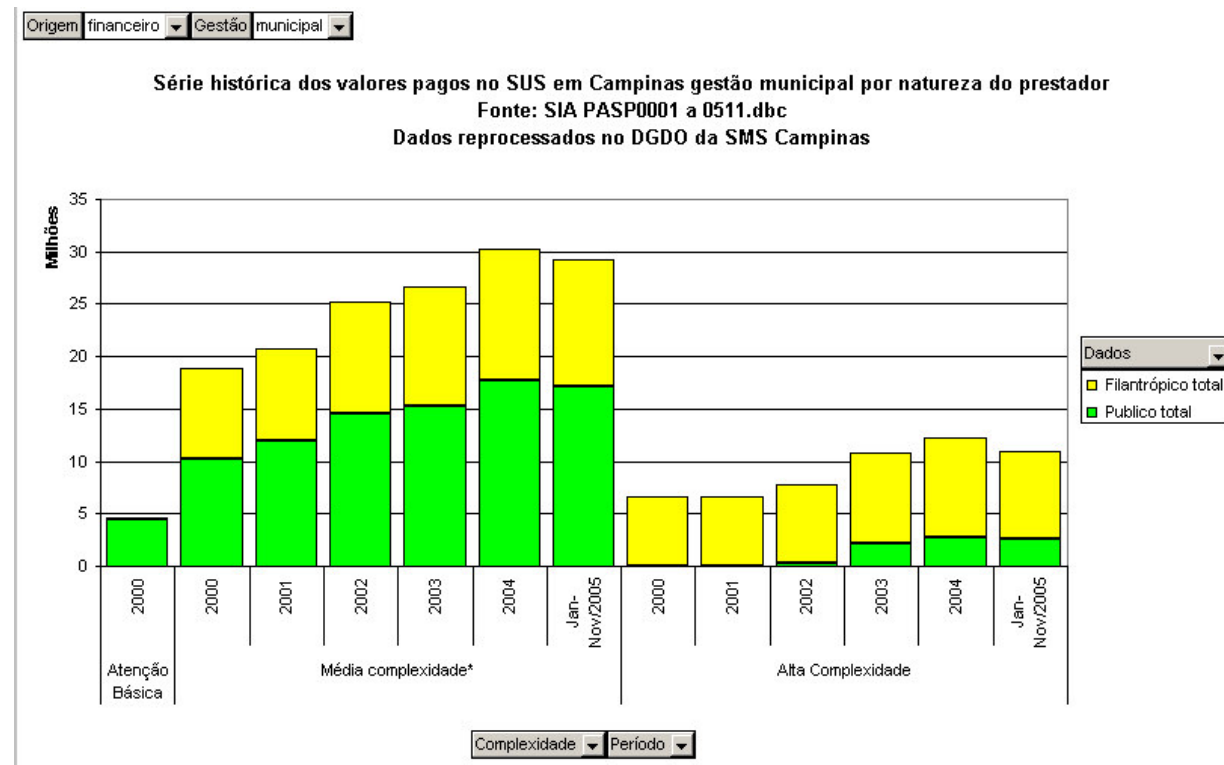
Produção ambulatorial serviços próprios, contratados e conveniados

Série histórica da Produção ambulatorial SUS Campinas Gestão Municipal por complexidade e grupo SIA Físico (Quantidade de procedimentos)

Fonte: PASP0001 a 0511.dbc Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Origem	fisico						
Gestão	municipal						
Soma de Total		Período					
Complexidade	Grupo após 10/99	2000	2001	2002	2003	2004	Jan-Nov2005
Atenção Básica	..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	1.609.464	1.641.404	1.920.508	1.691.982	1.346.284	1.423.846
	..02-Ações Médicas Básicas	745.650	981.171	1.030.937	940.729	940.844	833.521
	..03-Ações Básicas Em Odontologia	1.625.255	1.649.455	1.605.106	1.579.562	1.673.758	1.566.379
	..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	130.206	215.061	182.567	179.525	217.387	204.560
Atenção Básica Total		4.110.575	4.487.091	4.739.118	4.391.798	4.178.273	4.028.306
Média complexidade	..07-ProcEd. Espec. Profis. Médicos, Out. Nível Sup./Méd	1.326.556	1.511.683	1.579.429	1.461.220	1.593.075	1.534.944
	..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	21.739	19.904	26.916	27.041	30.108	27.470
	..09-Procedimentos Traumatol-Ortopédicos	9.284	8.650	8.812	4.827	6.050	5.394
	..10-Ações Especializadas Em Odontologia	56.361	46.990	67.415	64.142	76.422	67.203
	..11-Patologia Clínica	1.646.781	1.916.592	2.221.146	2.126.801	2.231.037	2.279.064
	..12-Anatomopatologia e Citopatologia	8.377	11.959	16.631	15.284	12.963	14.346
	..13-Radiodiagnóstico	234.959	296.852	340.151	318.725	370.925	359.600
	..14-Exames Ultra-Sonográficos	17.441	31.775	57.714	69.550	61.241	57.522
	..17-Diagnose	97.074	96.036	122.933	129.102	143.294	148.657
	..18-Fisioterapia (Por Sessão)	60.684	50.945	41.311	36.146	27.590	32.906
	..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	93.623	111.117	102.135	56.645	67.977	71.031
	..21-Próteses e Órteses	57.040	46.631	122.940	171.404	102.380	53.972
..22-Anestesia		27	27	93	110	42	
Média complexidade* Total		3.629.919	4.149.161	4.707.560	4.480.980	4.723.172	4.652.151
Alta Complexidade	..27-Terapia Renal Substitutiva	23.123	22.696	30.529	35.470	36.544	25.178
	..28-Radioterapia (Por Especificação)	17.293	20.674	22.650	17.376	24.967	23.991
	..29-Quimioterapia - Custo Mensal	2.778	3.452	3.549	4.109	4.934	5.522
	..32-Medicina Nuclear - In Vivo	3.778	4.739	5.538	5.714	6.360	5.862
	..33-Radiologia Intervencionista	15	181	341	346	440	448
	..35-Tomografia Computadorizada	6.660	7.276	9.326	10.707	11.521	10.357
	..37-Hemoterapia	1.745	693	1.026	866	1.208	886
..38-Acompanhamento de Pacientes			8.576	109.804	137.669	131.043	
Alta Complexidade Total		55.392	59.711	81.535	184.392	223.643	203.287

Série histórica da Produção ambulatorial serviços próprios, contratados e conveniados - Financeiro



Produção dos serviços próprios municipais (Atenção básica e média complexidade ambulatoriais)

Procedimentos médicos

Sistema de Informações da Produção Ambulatorial - Especialidades Médicas
 Qde Proce por Ano
 Período: 2003 a 2006(jan-mar)

Relatório	2003	2004	2005	2006
TOTAL	3.187.981	3.447.073	3.494.002	683.415
Pediatria	207.224	226.901	219.238	47.094
Clin Medica	126.936	137.005	145.846	38.166
Gineo-Obstet	169.154	190.217	184.016	47.900
Cons Basica PSF	331.125	336.918	293.702	64.897
Domiciliar	4.094	6.097	5.892	1.110
Urg/Emerg Básica	15.582	17.627	27.291	7.103
Urg/Emerg Espec	321.111	344.744	325.863	52.633
Consulta Espec	156.712	157.219	150.627	34.465
Proced Basicos	17.837	15.427	12.876	2.271
Proced Espec e Terap	26.892	34.699	35.754	7.964
At Educativa Grupo	1.828	2.220	2.384	332
Diagnose	1.622.744	1.856.266	1.999.035	356.269
Proteses e Orteses	183.748	117.627	91.478	23.211
Laudos	2.994	4.105	-	-

Procedimentos de Enfermagem

Sistema de Informações da Produção Ambulatorial - Especialidades da Área de Enfermagem
 Qde Proce por Ano segundo Relatório
 Período: 2003-2006 (jan-mar)

Relatório	2003	2004	2005	2006
TOTAL	3.942.200	3.979.426	2.778.971	470.758
Cons Enfermagem	71.426	94.249	100.208	22.989
At Ind Niv Medio	61.387	71.379	118.359	36.845
Imunização	227.126	106.750	-	-
Proc Básicos	3.495.065	3.583.380	2.418.156	382.372
Proc Especializados	65.606	100.446	117.239	23.003
Ativ Educ/Grupo	1.976	3.258	3.351	646
Assist/Visita Dom	8.950	14.189	20.741	4.547
Diagnoses	10.492	5.548	798	336
Terapias	172	227	119	20

Procedimentos odontológicos

Sistema de Informações da Produção Ambulatorial - Especialidades Odontológicas
 Qde Proce por Ano segundo Relatório
 Período: 2003-2006 (jan-mar)

Relatório	2003	2004	2005	2006
TOTAL	1.948.524	1.878.634	1.832.504	222.460
1ª Consulta	41.361	65.942	77.036	21.653
Cons Basica Urg/Emerg	95.687	83.922	68.297	12.771
Proced Coletivos	1.449.578	1.346.487	1.345.917	112.204
Odontol Preventiva	188.265	192.531	167.233	38.987
Dentistica Basica	80.999	83.951	78.646	17.697
Cirurg Odontol Basica	45.579	47.990	44.254	9.733
Outros Proce Basicos	1.076	1.708	2.117	352
Atividade Educativa	974	1.295	1.192	251
Dentistica	10.257	16.950	19.729	3.537
Endodontia	3.791	4.219	3.212	652
Periodontia	3.792	2.580	1.492	129
Protese	459	685	793	211
Cirurg Odontol Espec	2.673	2.097	1.078	100
Odontoradiologia	21.942	25.154	21.070	4.130
Cirurg Amb Espec	2.070	1.517	436	53
Acolhimento	21	1.606	2	-

Procedimentos de outros profissionais

Sistema de Informações da Produção Ambulatorial - Outras Especialidades				
Qde Proced por Ano segundo Relatório				
Período: 2003-2006 (jan-mar)				
Relatorio	2003	2004	2005	2006
TOTAL	648.889	629.527	748.582	151.103
Cons/Atend Out Univ	4.250	4.857	3.876	968
Ativ Educat Grupo	2.489	3.126	3.260	436
Cons/Atend Espec/Alta Complex	25.422	23.617	20.822	3.884
Aplic Teste psicodiag	1.903	1.404	973	96
Terapias em Grupo	4.607	4.969	4.605	849
Terapias Individuais	21.444	22.484	25.474	6.382
Visita Dom Cons/Atend Espec/Alta complex	1.631	1.731	1.724	327
Atend Dom Terap Multip (ADTM)	252	309	380	119
Fisioterapia	15.513	14.882	16.631	2.421
Diagnose	1.665	3.241	4.124	649
Proced Espec para Reabilit	103	-	229	8
Atividade do ACS	541.932	511.534	631.208	129.669
Atend Pre-hospitalar sem Medico	27.678	37.373	35.276	5.295

Produção de Internações hospitalares

Internações no SUS Campinas
Invasão e evasão por ano e especialidade
Número de internações
Fonte: SIH RDSP0001 a 0512.dbc Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Dados	Ano competência	geo		residência e invasão	%	evasão	%	
		ocorrência	residência					
Clínica cirúrgica	2000	25.910	13.642	12.687	13.223	51,0%	955	7,0%
	2001	23.403	13.993	12.863	10.540	45,0%	1.130	8,1%
	2002	22.493	14.141	12.896	9.597	42,7%	1.245	8,8%
	2003	24.815	15.586	14.379	10.436	42,1%	1.207	7,7%
	2004	26.539	17.234	16.133	10.406	39,2%	1.101	6,4%
	2005	27.361	18.203	16.935	10.426	38,1%	1.268	7,0%
	Total		150.521	92.799	85.893	64.628	42,9%	6.906
Clínica médica	2000	18.843	11.838	11.299	7.544	40,0%	539	4,6%
	2001	19.410	12.764	12.102	7.308	37,7%	662	5,2%
	2002	20.008	13.246	12.698	7.310	36,5%	548	4,1%
	2003	20.859	13.651	13.194	7.665	36,7%	457	3,3%
	2004	21.144	14.676	14.117	7.027	33,2%	559	3,8%
	2005	21.349	14.813	14.295	7.054	33,0%	518	3,5%
	Total		121.613	80.988	77.705	43.908	36,1%	3.283
Obstetria	2000	14.647	11.046	10.907	3.740	25,5%	139	1,3%
	2001	13.355	10.337	10.135	3.220	24,1%	202	2,0%
	2002	12.567	9.850	9.713	2.854	22,7%	137	1,4%
	2003	11.871	9.272	9.123	2.748	23,1%	149	1,6%
	2004	11.880	9.781	9.673	2.207	18,6%	108	1,1%
	2005	12.019	10.066	9.995	2.024	16,8%	71	0,7%
	Total		76.339	60.352	59.546	16.793	22,0%	806
Pediatría	2000	6.777	3.625	3.451	3.326	49,1%	174	4,8%
	2001	7.396	4.005	3.730	3.666	49,6%	275	6,9%
	2002	7.583	4.363	4.029	3.554	46,9%	334	7,7%
	2003	7.936	4.596	4.314	3.622	45,6%	282	6,1%
	2004	7.863	4.564	4.321	3.542	45,0%	243	5,3%
	2005	7.400	4.406	4.201	3.199	43,2%	205	4,7%
	Total		44.955	25.559	24.046	20.909	46,5%	1.513

Internações no SUS Campinas
Invasão e evasão por ano e especialidade
Número de internações
Fonte: SIH RDSP0001 a 0512.dbc Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Dados	Ano competência	geo		residência e invasão	%	evasão	%	
		ocorrência	residência					
Psiquiatria	2000	3.344	4.267	2.740	604	18,1%	1.527	35,8%
	2001	4.545	5.307	3.819	726	16,0%	1.488	28,0%
	2002	4.443	5.551	4.077	366	8,2%	1.474	26,6%
	2003	3.424	4.177	3.058	366	10,7%	1.119	26,8%
	2004	3.070	4.041	2.754	316	10,3%	1.287	31,8%
	2005	2.813	3.751	2.562	251	8,9%	1.189	31,7%
	Total		21.639	27.094	19.010	2.629	12,1%	8.084
Psiquiatria - hospital dia	2000	402	371	371	31	7,7%	0	0,0%
	2001	351	328	328	23	6,6%	0	0,0%
	2002	262	240	240	22	8,4%	0	0,0%
	2003	0	0	0	0	0	0	0,0%
	2004	0	0	0	0	0	0	0,0%
	2005	0	0	0	0	0	0	0,0%
	Total		1.015	939	939	76	7,5%	0
Tisiologia	2000	57	188	36	21	36,8%	152	80,9%
	2001	53	170	35	18	34,0%	135	79,4%
	2002	77	219	42	35	45,5%	177	80,8%
	2003	56	233	36	20	35,7%	197	84,5%
	2004	25	171	8	17	68,0%	163	95,3%
	2005	17	75	10	7	41,2%	65	86,7%
	Total		285	1.056	167	118	41,4%	889
Cuidados prolongados (Crônico)	2000		75				75	100,0%
	2001		46				46	100,0%
	2002		38				38	100,0%
	2003		41				41	100,0%
	2004		48				48	100,0%
	2005		67				67	100,0%
	Total			315			315	100,0%
Reabilitação	2000		3				3	100,0%
	2001		0				0	0,0%
	2002		0				0	0,0%
	2003		0				0	0,0%
	2004		0				0	0,0%
	2005		7				7	100,0%
	Total			10			10	100,0%

Regionalização da Saúde: Articulação entre o Sistema Único de Saúde de Campinas com a Região Metropolitana de Campinas

O Município de Campinas conta com um amplo conjunto de serviços de atenção à saúde, básica, média e de alta complexidade. Isso se deve ao resultado de políticas de saúde durante décadas, inclusive antes da criação do Sistema Único de Saúde.

Tal situação levou a um fluxo de usuários de outros municípios, da região metropolitana de Campinas, de outras regiões do estado de São Paulo e mesmo de outros estados a procurarem acesso à saúde nos serviços de nosso município. Esses fluxos não regulados levam a sobrecargas para nosso sistema de saúde. Na próxima década, as tendências em relação à regionalização são as seguintes:

- Por um lado os outros municípios da região deverão constituir redes de saúde mais eficientes para resolver os problemas de saúde de seus cidadãos, ao menos na atenção básica e de média complexidade, diminuindo com isso a invasão aos serviços do nosso município.

- Por outro lado o Município de Campinas deverá continuar a oferecer ações de saúde de média e alta complexidade para cidadãos de outros municípios, nas áreas em que não se justifiquem investimentos elevados para oferta local dessas ações.

O desenvolvimento de sistemas de regulação do acesso, que garantam o controle do acesso pelos gestores do SUS em Campinas e pelos municípios clientes do nosso sistema de saúde viabilizará o financiamento dessas ações de forma justa e equitativa.

As ações visando o desenvolvimento articulado dos sistemas de saúde ocorrerão com maior ímpeto e resultados nos municípios da Região Metropolitana de Campinas à medida que se consolidar a visão de que o enfrentamento desses problemas ultrapassa o âmbito municipal e exige esforços concentrados de todos os municípios da região.

Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde em Campinas

O Conselho Municipal de Saúde de Campinas foi criado em 1990 com caráter permanente, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas.

Para potencializar as ações de controle social no nível das unidades de saúde e distritos de saúde foram criadas leis para constituição dos conselhos locais e distritais de saúde.

Hoje funcionam conselhos de saúde nos Centros de Saúde, unidades especializadas, Pronto-Socorros, Centros de Referência, Distritos, hospitais e no Município, constituindo uma rede de usuários, profissionais, gestores que fortalecem o controle social.

As diretrizes do pacto da Saúde 2006, do Ministério da Saúde apontam o pacto em defesa do SUS, que consiste num conjunto de ações para melhorar a consciência sanitária da população, o conhecimento dos direitos dos usuários do SUS, capacitações dos conselheiros de saúde.

Essas ações se desdobram no planejamento municipal e deverão ter forte impacto na melhora no controle social, configurando tendência para a próxima década.

EDUCAÇÃO

A Secretaria Municipal de Educação de Campinas (SME) possui o compromisso com a construção da escola pública gratuita, laica e de qualidade socialmente referenciada. A ação da SME à frente de cada espaço de gestão de cada Unidade Escolar tem como meta a elevação da qualidade social do ensino e da educação no município, aprimorando o processo de trabalho pedagógico e enfrentando os problemas que impedem a inserção crítica de nossos educandos na vida social e cultural, científica e tecnológica de nosso tempo. O objetivo é construir a escola pública como espaço de formação de educadores e educandos, de construção de sujeitos críticos e de investigação permanente da realidade social.

Os Núcleos de Ação Educativa Descentralizada (NAEDs - Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste) são estruturas da Secretaria Municipal de Educação que buscam efetivar a descentralização administrativa e pedagógica, ficando também a seu cargo a implementação das políticas educacionais em sua área de abrangência. Cada NAED é responsável por um conjunto de escolas de educação infantil, ensino fundamental, educação de jovens e adultos (EJA) e salas da FUMEC (Fundação Municipal para a Educação Comunitária), sendo constituído por uma equipe educativa composta de um coordenador, supervisores educacionais, coordenadores pedagógicos, diretores educacionais da FUMEC, professores de referência em Educação Especial, educadores étnicos, além de funcionários administrativos.

Uma rápida radiografia mostra que, de uma população aproximada de 106.000 crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, 27.065 encontram-se matriculadas em um dos 152 estabelecimentos infantis mantidos pela Secretaria Municipal de Educação, sendo 7.151 em período integral e 19.914 em período parcial.

A demanda por vagas em creches e pré-escolas municipais é elevada. Em fevereiro de 2006, 14.554 crianças de diferentes regiões de Campinas aguardavam por vagas. Com o objetivo de superar o desafio de atender à demanda de educação infantil, foi lançado pela SME o Programa Especial de Ampliação da Oferta na Educação Infantil 2005-2008, designado 'Pró-Criança'.

CRIANÇAS MATRICULADAS E DEMANDA EXISTENTE (0 - 6 ANOS)

NAED	Crianças Matriculadas	Demanda Existente
Norte	5105	1710
Sul	6706	2536
Leste	2878	743
Noroeste	4218	3585
Sudoeste	8158	5980
Total	27065	14554

Fonte: Assessoria de Informações Educacionais - fevereiro-2006

Seguindo as disposições da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, ocorre em Campinas a universalização do ensino fundamental através atuação da rede municipal, estadual e privada. O Ensino Fundamental municipal conta com 39 escolas, 30 delas oferecendo, além do ensino regular, Educação para Jovens e Adultos de 5ª a 8ª série. Essas unidades atendem, ao todo, 30.829 alunos. Para oferta de ensino fundamental, a SME conta ainda com 3 Centros Municipais de Educação de Jovens e Adultos (CEMEFEJA), com 708 alunos matriculados em 2006.

TOTAL DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL POR REGIÃO

NAED	Alunos Matriculados
Norte	1.849
Sul	3.908
Leste	12.079
Noroeste	8.601
Sudoeste	5.100
Total	31.537

Fonte: Assessoria de Informações Educacionais-fevereiro-2006

A FUMEC tem como objetivo fortalecer a educação comunitária no município. É responsável pela primeira etapa da educação de jovens e adultos atendendo 6.299 alunos, cursando de 1ª a 4ª série. Também coordena o Letraviva, elaborado pela Secretaria Municipal de Educação no âmbito do Programa Brasil Alfabetizado do Governo Federal. O Letraviva atende 1.572 alunos.

O Centro Profissionalizante Antonio da Costa Santos (CEPROCAMP) também se encontra sob coordenação da FUMEC. O CEPROCAMP possui o compromisso de proporcionar qualificação profissional a jovens e adultos. Finaliza o 1º semestre de 2006, atendendo 1.800 alunos nas áreas de Informática, Gestão, Desenvolvimento Social e Hospitalidade.

Em parceria com a Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social, a FUMEC está desenvolvendo proposta para criar pólos avançados descentralizados de qualificação profissional em diferentes bairros: Barão Geraldo, Vida Nova, Vila União, Jardim Boa Esperança, Campo Belo, Jardim Rosália, Jardim Eulina, Vila Brandina, Jardim Amazonas, Jardim Rossim, Jardim Campos Elíseos, Jardim São Marcos e Residencial Olímpia. Há, ainda, proposta para criação da escola aberta da terceira idade.

A política da SME para educação especial é a inclusão nas escolas regulares de crianças, jovens e adultos com necessidades especiais. No que diz respeito à educação especial, Campinas é considerado um 'município-pólo' pelo Ministério da Educação. A inclusão de portadores de necessidades especiais nas unidades da rede municipal ocorre na Educação Infantil, Educação Fundamental, na EJA e na Educação Profissional. Providências são adotadas no sentido de garantir a permanência física dos alunos especiais na escola e contribuir para que possam desenvolver seus potenciais, levando-se em conta suas necessidades específicas dentro do Projeto Pedagógico de cada unidade escolar. O trabalho de inclusão é realizado nas escolas com apoio de professores de Educação Especial, através de atendimento educacional especializado.

A SME possui como instrumento privilegiado a definição clara de seus princípios gerais. Esses princípios orientaram as diretrizes da política educacional que devem se materializar no projeto pedagógico de cada escola, constituído como ação coletiva.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

As equipes profissionais da Secretaria da Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social sistematizaram dados que revelam o perfil de cada região no que se refere a:

- População estimada;
- Pessoas violadas em seus direitos;
- Índice de qualidade de vida;
- Taxa de homicídios;
- Porcentagem das famílias sem atendimento;
- Identificação da rede socioassistencial;
- Áreas de vulnerabilidade social;
- Priorização de territórios.

Esses dados nos fornecem um novo formato do "diagnóstico da realidade" face às diretrizes estabelecidas na PNAS. Assim, o entendemos como um instrumento estratégico para orientação da gestão e consolidação do controle social.

Caracterização Regional

• Região Norte

A Região Norte foi caracterizada tendo como referência as micro-regiões compostas pelo: Distrito de Barão Geraldo (com suas áreas central e a rural), Jardins Aurélia e Eulina, Campos dos Amarais e Vila Padre Anchieta.

Na configuração da micro-região dos Campos dos Amarais foram considerados os bairros do: Jardim São Marcos, Jardim Santa Mônica, Jardim Campineiro, Amarais, Vila San Martin, Conjunto do CDHU, Parque da Cidade, Recanto da Fortuna, Vila Esperança, e Vila Olímpia.

Em relação a micro-região da Vila Padre Anchieta considerou-se os bairros, ocupações e favelas: Nova Aparecida, Vila Padre Anchieta, Renascença I e II, Vila Francisca, Mendonça, Vila Padre Jósimo, Vila São Geraldo, Rosália I, II e IV, São Luís, Sete de Setembro, Parque Família, Três Marias, Beira Rio I e II, Vila Réggio, Chácara Anhanguera, CDHU - Campinas F, Shallon I, II e III, Parque Universal, e Francisco Amaral.

REGIÃO	NORTE				
	Total	Micro-região			
		Barão Geraldo	Amarais	Padre Anchieta	Jardins Aurélia e Eulina
População Estimada (1000 hab.)	211,1	38,7	54,6	60,0	57,8
Nº de Bairros	119	74	08	14	23
Ocupações	34	02	08	24	-
Favelas	06	-	05	-	01
Empreendimentos Imobiliários de Interesse Social	03	-	03	-	-
Crianças e Adolescentes Violados nos seus Direitos Abrigamento no CMPCA ¹ Nº de Notificações:	05	-	-	-	-
Conselho Tutelar	590	06	23	19	03
Vara da Infância e Juventude	14	-	05	06	03
Disque-denúncia	01	-	01	01	-
Idosos Violados nos seus Direitos Nº de Notificações:					
Ministério Público	05	-	-	-	05
Conselho Municipal do Idoso	05	-	-	01	04
Disque-denúncia	27	09	07	03	08
SMCTAIS ²	06	01	01	02	03
Deficientes Violados nos seus Direitos Notificações no Disque-denúncia Disque-denúncia	03	01	01	01	-
Índice de Qualidade de Vida	-	3,0	J.S.Marcos 1,3 J.Sta.Mônica 1,8	-	3,1
Gravidez na Adolescência Mães com menos de 20 anos	-	17,2%	J.S.Marcos 25,1% J.Sta.Mônica 19,9%	30,0%	J.Eulina 15,31% J.Aurélia 10,40%
Responsáveis da Família sem rendimento	-	Área central 3,70% Área rural 7,20%	17,81%	7,41%	Bonfim 3,54% J.Aurélia 3,01
Taxa de Homicídio Estimada por 100 mil habitantes	-	Área central 30,19 Área rural 43,03	116,46	48,85	Bonfim 39,91 J.Aurélia 23,13

CMPCA¹ - Centro Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente - Abrigo Municipal
Os dados referem-se ao mês de agosto de 2005.
SMCTAIS² - Secretaria Municipal da Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social

Diagnóstico da Vulnerabilidade Social das Microrregiões:

Barão Geraldo

- Village Campinas (área rural)

Localiza-se em área rural a 12 km do centro do Distrito de Barão Geraldo, com precariedade de atendimento no serviço público de transporte dificultando o acesso à rede de serviços sociais.

- Real Parque
- Vila Holândia e Cerâmica Gree

Localiza-se a 5 Km do centro de Barão Geraldo com dificuldades de acesso da população à rede de serviços sociais.

Nestas áreas estão presentes a violência doméstica e urbana e também se distinguem pelo alto índice de população subempregada no trabalho rural, no doméstico e na construção civil.

Vila Padre Anchieta

Área localizada no eixo entre a Rodovia Anhanguera e ligação entre Campinas e Monte Mor, com população estimada de 30 mil pessoas (Jardim Rosália e Vila Boa Vista).

Está no entorno da malha ferroviária com ramais em processo de reativação com crescente aumento do tráfego de máquinas expondo a população a freqüentes acidentes (atropelamentos, seguidos de mortes e/ou mutilação de membros).

Localiza-se ainda próxima ao Complexo Penitenciário Ataliba Nogueira.

Caracteriza-se por subhabitações edificadas ao longo dos córregos, expostas a riscos de desbarrancamentos e deslizamentos.

Ausência de saneamento básico, e de energia elétrica, esgoto "a céu-aberto", e abastecimento de água clandestino.

Registra alto índice de crianças e adolescentes exploradas sexualmente ao longo das rodovias do seu entorno.

Jardins Aurélia e Eulina

Favela do Jardim Eulina, situada à margem da Rodovia Anhanguera, com concentração de 300 famílias, em avançado processo de urbanização.

Enfrenta a presença do tráfico de drogas no local.

Nas demais áreas (Botafogo, Jardim Guanabara, Jardim Aurélia e Jardim Chapadão) registram-se famílias residindo em cortiços, pensões e prédios abandonados. Há também grande concentração da população idosa com baixa autonomia financeira e social residindo sozinhas.

- **Região Sul**

A Região Sul foi caracterizada tendo como referência os territórios das Administrações Regionais (ARs) 6, 8, 9 e 10. Em relação AR 6, as informações trabalhadas referem-se, principalmente, as micro-regiões do:

- **Jardim Campo Belo**, formada pelos bairros: Marisa I e II, Jardim Fernanda I e II, Cidade Singer I e II, Jardim Campo Belo I e II, Jardim Itaguaçu I e II, Campituba, Jardim São Domingos, Jardim Colúmbia, Palmeiras, Vila Ipanema, Santa Maria, São Jorge, PUCCAMP, e Dom Gilberto;

- **Jardim das Bandeiras**, formada pelos bairros: Jardim Santa Cruz, Santa Marta, Santa Rita de Cássia, Parque Camboriú, Vila Lurdes, Jardim Icarai, Jardim Estela, Jardim Nossa Senhora de Lurdes, Residencial Carvalho de Moura, Saltinho, Parque Centenário, Pedra Branca, Parque das Camélias, Irmãos Sigrist, Nova América, Jardim Nova Mercedes, Jardim do Lago I e II, Vila Rica, Jardim das Bandeiras I e II, e Ilha do Lago.

REGIÃO	SUL		
	Microrregião		
	AR 6	AR 8 e AR 9	AR 10
População Estimada (257.364 hab.)	118.338	92.119	47.304
Ocupações	14	03	-
Favelas	13	05	08
Responsáveis da Família sem rendimento	38,46% Fernanda, Campituba e Itaguaçu 21,86% S.Domingos e Campo Belo	8,97% Esmeraldina, S.Pedro e S.Vicente 6,50% Parque Jambeiro e Remonta	7,50% S.Fernando, V. Orozimbo Maia, e Jd. Carlos Lourenço
Taxa de Homicídio Estimada por 100 mil habitantes (Posição no Mapa da Exclusão e da Inclusão Social)	151,06 Fernanda, Campituba e Itaguaçu 1ª no Mapa 116,51 Campo Belo e São Domingos 2ª no Mapa	61,66 Esmeraldina, São Pedro e São Vicente 23,84% Parque Jambeiro e Remonta 17,40% J. das Oliveiras e Swift	45,21 S.Fernando, V.Orozimbo Maia e Jd. Carlos Lourenço 30,74% Ponte Preta
Percentual Mulheres Responsáveis pelos Domicílios sem renda	43,59% Fernanda, Campituba e Itaguaçu 26,34% Campo Belo e São Domingos 20,86% Oziel, Bandeiras, Icarai e S. José	7,95% Nova Europa e Parque Figueira 12,0% Esmeraldina, São Pedro e S.Vicente 9,50% Parque Jambeiro e Remonta 7,43% J. das Oliveiras e Swift	3,90% Ponte Preta 3,62 Proença
Índice de Exclusão Social (Posição no Mapa da Exclusão Social)	2º Fernanda, Campituba e Itaguaçu 5º S.Domingos e Campo Belo	41º Jambeiro e Remonta 31º Esmeraldina e São Pedro	29º S.Fernando, V. Orozimbo Maia e Jd. Carlos Lourenço

A região Sul, em agosto de 2005, tinha a seguinte situação relativa a Crianças e Adolescente Violados nos seus Direitos 27 abrigados no CMPCA, 19 cumprimento de medida PSC - Prestação de Serviços à Comunidade, e ainda, 397 no trabalho informal e 60 no PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.

Diagnóstico da Vulnerabilidade Social das Microrregiões:

Administração Regional 6

Na AR 6, encontram-se os territórios de maior vulnerabilidade social da Região Sul, que concentra o maior número de favelas e ocupações e o menor número de equipamentos sociais.

A microrregião do Jardim São José concentra número razoável de empresas.

A região do Jardim Campo Belo, Jardim São Domingos e Jardim Fernanda oferece apenas pequeno comércio.

Administrações Regionais 8 e 9

Os territórios das AR's 8 e 9, concentram maior número de serviços públicos, empresas, bem como comércio diversificado.

Administração Regional 10

Os territórios de maior vulnerabilidade da AR 10 são os bairros: São Fernando, Paranapanema, Santa Eudóxia, Itatiaia e Tamoio, que apresentam sérios comprometimentos em relação ao meio ambiente.

A AR 10 é uma região de grande contraste social com bairros de alto poder aquisitivo e áreas de vulnerabilidades no seu entorno.

- **Região Leste**

A Região Leste foi caracterizada tendo como referência os territórios das microrregiões do Parque São Quirino, Jardim Flamboyant e os Distritos de Sousas e de Joaquim Egídio:

- Microrregião do Parque São Quirino, formada pelos bairros: Vila Nogueira, Jardim Nilópolis, Jardim Santana I e II, Parque São Quirino, Parque Anhumas, Conjunto Residencial Nova Independência (antiga favela do Cafezinho), Taquaral (parte), Jardim Miriam, Recanto dos Dourados, Bananal, Andorinhas, Shangrilá, Monte Belo, Carlos Gomes, Gargantilha, Parque dos Palmares, e *Alphaville*;

- Microrregião do Jardim Flamboyant, formada pelos bairros: Vila 31 de Março, Jardim Conceição, Lafayete Álvaro, Parque Brasília, Jardim Boa Esperança, Jardim Líria, Jardim Lídia, Jardim Madalena, Vila Dália, Parque Imperador e Vila Brandina, São João da Vitória, e Guaraçai.

- Microrregião dos Distritos de Sousas tem 28 bairros, a região de Joaquim Egídio caracteriza-se por extensa área rural e um bairro central.

- Microrregião da Vila Costa e Silva e Vila Miguel Vicente Cury: Jardim Santa Genebra, Jardim Santa Candida, Vila Costa e Silva e Vila Miguel Vicente Cury.

REGIÃO	LESTE			
	Microrregião			
	Parque São Quirino	Jardim Flamboyant	Distritos de Sousas e De Joaquim Egídio	Vilas Costa e Silva Miguel Vicente Cury
População Estimada (230.000 hab.)	70.206	39.800	47.304	40.000
Ocupações	02	03	02	
Favelas	10	02	01	
Responsáveis da Família sem rendimento	8,52% Parque São Quirino	7,77% Parque Brasília 5,42% Vila Brandina 3,94% Jardim Flamboyant	4,13% Sousas - Centro 2,17% Joaquim Egídio e Sousas - Rural 3,08% Joaquim Egídio	5,16% Vilas Costa e Silva Miguel Vicente Cury
Taxa de Homicídio Estimada por 100 mil habitantes	53,12% Parque São Quirino	15,28 Parque Brasília 53,82 Vila Brandina 21,59 Jardim Flamboyant	36,27 Sousas - Centro 61,55 Joaquim Egídio e Sousas - Rural 42,13 Joaquim Egídio	38,49 Vilas Costa e Silva Miguel Vicente Cury
Percentual de Mulheres Responsáveis pelos Domicílios sem renda	10,64% Parque São Quirino	10,70% Parque Brasília 7,90% Vila Brandina 21,59% Jardim Flamboyant	5,53% Sousas - Centro 4,76% Joaquim Egídio e Sousas - Rural 1,64% Joaquim Egídio	6,38% Vilas Costa e Silva Miguel Vicente Cury
Índice de Exclusão Social (Posição no Mapa da Exclusão Social)	32º Parque São Quirino	38º Parque Brasília 52º Vila Brandina 64º Jardim Flamboyant	40º Sousas - Centro 16º Joaquim Egídio e Sousas - Rural 63º Joaquim Egídio	47º Vilas Costa e Silva Miguel Vicente Cury

A região Leste, em agosto de 2005, tinha a seguinte situação relativa a Crianças e Adolescente Violados nos seus Direitos 7 abrigados no CMPCA, 6 cumprimento de medida PSC, e ainda, 217 no trabalho informal e 24 no PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.

Diagnóstico da Vulnerabilidade Social das Microrregiões:

Parque São Quirino

- Elevado consumo de drogas e álcool;
- Insuficiência de vagas nas EMEI's e CEMEI's;
- Insuficiência de programas que atendam adolescentes com idade superior a 14 anos;
- Gravidez na adolescência;
- Subemprego (predomina os catadores de material reciclável).

Jardim Flamboyant

- Mulheres chefe de família;
- Alcoolismo, drogadição e tráfico;
- Violência doméstica;
- Gravidez na adolescência (25% - Vila 31 de Março e 13,35% - Jardim Conceição - nascidos vivos ano 2004);
- Insuficiência de programas para adolescentes e jovens maiores de 14 anos;
- Desemprego, subemprego e trabalho informal.

Distrito de Sousas e de Joaquim Egídio

Foi alvo de um processo de ocupação de algumas áreas que, atualmente, encontram-se urbanizadas: Imperial Parque, Jardim Conceição, e Cristo Rei. Têm ainda as favelas do Beco I e II que se encontram em processo de transferência das famílias, além de alguns bairros que demandam ações da rede socioassistencial.

Beco I e II

- Subemprego, desemprego e trabalho informal;
- Elevado consumo de álcool e drogas com a presença de tráfico;
- Evasão escolar;
- Gravidez na adolescência (8,87%) nascidos vivos, ano 2004, SMS;
- Mulheres chefe de família.

Vila Santana e Nova Sousas:

- Concentração de idosos;

- Desemprego e subemprego;

Jardim Conceição, Imperial Parque e Cristo Rei:

- Crianças nas ruas;
- Alcoolismo, drogadição e tráfico;
- Gravidez na adolescência;
- Desemprego, subemprego e trabalho informal.

Jardim Belmonte:

- Área de risco (enchentes).

Vilas Costa e Silva e Miguel Vicente Cury

- Desemprego;
- Subemprego;
- Alcoolismo, drogadição e tráfico;
- Mulheres na condição de chefes de famílias;
- Elevado número de idosos;
- Gravidez na adolescência (12,17%, Costa e Silva), nascidos vivos, ano 2004, SMS;
- Insuficiência de atendimento para adolescentes.

• **Área Central**

A área central do município foi incluída na Região Leste e apresentava os seguintes indicadores:

- Responsáveis da Família sem renda 2,53%
- Taxa de Homicídio Estimada por 100 mil habitantes 40,59
- % Mulheres Responsáveis pelos domicílios sem renda 2,55%
- Índice de Exclusão Social 75º no Mapa

O Diagnóstico da Vulnerabilidade Social é o seguinte:

- Alcoolismo (moradores de rua e de pensões);
- Idosos em situação de abandono, negligência, violência física e psicológica;
- Invasões em prédios inacabados abandonados;
- Casos de negligência e violência contra crianças ou adolescentes

• **Região Sudoeste**

A Região Sudoeste foi caracterizada tendo como referência os territórios das microrregiões do Parque Vida Nova (bairros de Mauro Marcondes, Vida Nova, Ouro Verde, Vista Alegre), dos Distritos Industriais e a área composta pelos bairros Maria Rosa, Novo Campos Elíseos, Santa Lúcia da Administração Regional 7:

REGIÃO	SUDOESTE			
	Total	Microrregião		
		Parque Vida Nova	DICs	AR 7
População Estimada (1000 hab.)	226,5	-	-	-
Nº de Bairros	226	-	-	-
Ocupações	43	-	-	-
Favelas	27	-	-	-
Crianças e Adolescentes Violados nos seus Direitos N º de Notificações: Conselho Tutelar PETI	56% 37%	-	-	-
Mulheres Violadas nos seus Direitos CEAMO	17%	-	-	-
Mortalidade Infantil	13,06	-	-	-
Responsáveis da Família sem rendimento	-	13,11% Mauro Marcondes, Ouro Verde, Vista Alegre e Vida Nova	21,75% DIC's Indl. e Mercedes 12,85% DIC's COHAB	8,18% Maria Rosa 7,87% Novos Campos Elíseos e Santa Lúcia
Taxa de Homicídio Estimada por 100 mil habitantes	-	79,92 Mauro Marcondes, Ouro Verde, Vista Alegre e Vida Nova	33,95 DIC's Indl. e Mercedes 67,88 DIC's COHAB	54,59 Maria Rosa 51,51 Novos Campos Elíseos e Santa Lúcia
Percentual de Mulheres Responsáveis pelos Domicílios sem renda	-	15,0% Mauro Marcondes, Ouro Verde, Vista Alegre e Vida Nova	14,68% DIC's Indl. e Mercedes 12,51% DIC's COHAB	20,96% Maria Rosa 22,15% Novo Campos Elíseos e Santa Lúcia

Diagnóstico da Vulnerabilidade Social das Microrregiões:

Na AR 12, encontram-se os territórios de maior vulnerabilidade social da Região Sudoeste, que concentra o maior número de favelas, ocupações e empreendimentos imobiliários de interesse social e em contradição o menor número de equipamentos sociais.

O Empreendimento Imobiliário Vida Nova é apontado como um dos territórios de elevada vulnerabilidade social, bem como a região dos Distritos Industriais, no complexo Ouro Verde.

• **Região Noroeste**

A Região Noroeste foi caracterizada tendo como referência o território da região do Campo Grande e foram destacadas duas microrregiões, a do Jardim Satélite Íris(bairros Satélite I e Florence I e II) e a do Jardim Nova Esperança (bairro São Luís e área rural do Campo Grande):

REGIÃO	NOROESTE		
	Total	Microrregião	
		Jardim Satélite Íris	Jardim Nova Esperança
População Estimada	135.000	-	-
Nº de Domicílios Favelas/Ocupações	40.000 11/21	-	-
Renda Média da Famílias	1 a 3 s.m.	-	-
Crianças e Adolescentes Violados nos seus Direitos		-	-
Abrigadas no CMPCA	9		
Cumprimento de medida PSC	8		
Trabalho Informal	112		
PETI- Programa Erradicação Trabalho Infantil	10		
Responsáveis da Família sem rendimento	-	15,64% Jardim Satélite Íris I, Florence I e II	21,45% São Luís 14,37% Campo Grande - Rural
Taxa de Homicídio Estimada por 100 mil habitantes	-	82,69 Florence I e II	56,55 São Luís 80,16 Campo Grande - Rural
Percentual de Mulheres Responsáveis pelos Domicílios sem renda	-	18,84% Florence I e II	32,05 São Luís 20,00 Campo Grande - Rural
Índice de Exclusão Social (Posição no Mapa da Exclusão Social)	-	10º Florence I e II	1º São Luís 7º Campo Grande - Rural

Diagnóstico da Vulnerabilidade Social das Microrregiões:

A região do Campo Grande caracteriza-se por significativo adensamento populacional cercado por terras ociosas e com ausência de planejamento urbano.

SEGURANÇA PÚBLICA

Um dos maiores desafios do município é o de enfrentar a violência.

O crescimento da cidade aliado às dificuldades do município de atender à demanda de emprego, habitação, saúde e educação teve como uma das conseqüências a criação de bolsões de miséria e ocupações territoriais ilegais com uma parcela de moradores composta por cidadãos excluídos socialmente. A cidade caracteriza-se por profundas diferenças sócioeconômicas. Uma conseqüência dessa realidade fica evidente nos altos índices de criminalidade registrados em Campinas e região.

A segurança dos cidadãos é um direito constitucional, uma responsabilidade à qual os governos, e neste caso, o município, devem responder com políticas públicas bem estruturadas. Com o objetivo de estabelecer um elo com a população de Campinas, que busque desenvolver um sentimento de segurança que produza resultados que se traduzam em maior qualidade de vida para os indivíduos e para a comunidade, é que foi criada a Guarda Municipal em 1997.

A Guarda Municipal conta atualmente com um efetivo de 647 GMs e 10 Bases Operacionais distribuídas pelo município, a saber, tomando como referência as divisões do município estabelecidas no Plano Diretor de Campinas, 1996:

- Macrozona 1 - Área de Proteção Ambiental - 01 Base (Ambiental)
- Macrozona 2 - Área com Restrição à Urbanização - 0
- Macrozona 3 - Área de Urbanização Controlada Norte - 01 Base (Regional III)
- Macrozona 4 - Área de Urbanização Consolidada - 05 Bases (Regionais I , II , V, VI, VII)
- Macrozona 5 - Área de Recuperação Urbana - 02 Bases (Regionais IV e VIII)
- Macrozona 6 - Área de Urbanização Controlada Sul - 01 Base (Rural)
- Macrozona 7 - Área Imprópria à Urbanização - 0

Campinas conta, ainda, com 12 Distritos Policiais (Polícia Civil) dos quais, apenas 3 estão situados em regiões periféricas da cidade (Jardim Yeda, Jardim Ipaussurama e Jardim Ouro Verde) e os demais, em regiões centrais. Possui 3 Batalhões da Polícia Militar (8º, 35º e 47º), também concentrados em áreas centrais. Possui, ainda, outras unidades da Polícia Civil (Delegacia Seccional, Delegacia de Investigações Sobre Entorpecentes - DISE e Delegacia da Mulher).

A Guarda Municipal atendeu, em 2005, 16.781 ocorrências solicitadas por munícipes via serviço 1532 da GM e 4.481 ocorrências em patrulhamento, totalizando 21.262 ocorrências.

Defesa Civil

O Sistema Municipal de Defesa Civil - SIMDEC, instrumento de coordenação dos esforços de todos os órgãos municipais com os demais órgãos públicos, privados e com a comunidade em geral, tem como objetivo fazer frente às calamidades, prevenindo ou minimizando suas conseqüências e auxiliando a implementação de medidas para redução das áreas de risco e vulnerabilidade dessas áreas.

Esse Sistema de Defesa Civil foi criado pelo Decreto Municipal nº 5.557 de Dezembro de 1978 e consta da Lei Orgânica, no artigo 198, inciso IV, Capítulo de Meio Ambiente e de Recursos Naturais e Saneamento, que estabelece a Implantação de Sistema de Alerta e Defesa Civil, para garantir a Segurança e a Saúde Pública, por ocasião de intempéries e eventuais acidentes que caracterizem poluição.

Em 1991 foi feito convênio com a Coordenadoria Estadual de Defesa Civil e a Telesp para instalação do Código Especial 199 na cidade de Campinas.

Através da Lei 7.721 de 15 de Dezembro de 1993, foi criado o Departamento de Defesa Civil. Em 1996 foi implantada a Codificação de Desastres, Ameaças e Riscos (CODAR), que tem por finalidade propiciar condições de se coletar, registrar, analisar, processar, distribuir e utilizar a informação de forma inteligente, para a redução da intensidade dos danos causados por desastres.

As principais ocorrências que representam preocupação para a DEFESA CIVIL são vendavais e tempestades, granizos, enchentes, enxurradas ou inundações bruscas, alagamentos, estiagens, queda intensa da umidade relativa do ar, incêndios florestais, escorregamentos ou deslizamentos, erosão laminar.

Para a prevenção de desastres naturais, devem ser adotadas medidas que diminuam o risco de sua ocorrência ou minimizem suas conseqüências desastrosas.

CULTURA

Diagnóstico Geral

A Secretaria Municipal de Cultura, Esportes e Lazer é gestora de uma ampla e complexa rede de serviços que compreende áreas diversificadas como Orquestra Sinfônica Municipal, Museus, Bibliotecas, Teatros, Praças de Esportes e Patrimônio Cultural.

Sob esse aspecto, a construção de um diagnóstico setorial das políticas públicas de cultura, esportes e lazer envolve um esforço interdisciplinar de compreensão de demandas que se erigem no campo do simbólico e que, entretanto, compõe a “canasta” básica de direitos sociais, compreendendo uma dimensão muito sensível do usufruto do direito à cidade e à cidadania.

De fato, historicamente, o reconhecimento de que a política cultural se inscreve no âmbito da política social básica, e que seu fomento pelo Estado e sua apropriação pela população são indissociáveis da realização dos direitos civis, faz-se no Brasil apenas muito recentemente, e de forma sistemática tão somente após a promulgação da Constituição Federal, de 1988.

Sob esse aspecto, a Constituição Federal de 1988 apresenta-se como marco regulatório para a instituição de uma compreensão burocrático-legal capaz de dotar a cultura, na condição de política pública, de uma capacidade de fazer justiça social, sobretudo por duas razões: primeiro, porque como a própria Constituição Federal de 1988 estabelece, a cultura é política social de responsabilidade do Estado; segundo, a orientação de municipalização das políticas públicas forçou o ente da União mais próximo dos cidadãos - o Município - a potencialmente se preparar para implementar as diretrizes da Carta Magna.

Quase duas décadas depois da edição de uma norma jurídica que reinscreve – indubitavelmente – a política cultural no âmbito das políticas públicas, conjugando um esforço de compreensão do acesso à cidade como usufruto de seus bens, equipamentos e valores materiais, mas também simbólicos, em que a validade dessa norma não é mais passível de questionamentos, sua efetividade é ainda muito frágil.

Diagnóstico de Cultura, Orquestra e Patrimônio Cultural

Em Campinas, as primeiras ações no sentido de promover um ajustamento das diretrizes referentes à política de cultura, conforme estabelecido pela Constituição de 1988, e as ações públicas municipais estabelecidas nesse âmbito são datadas da década de 1990, e seu marco mais evidente é o esforço de profissionalização dos recursos humanos alocados na pasta de Cultura, com a realização do primeiro concurso público municipal para o cargo de *Agente Cultural*.

O *Agente Cultural*, na condição de profissional transdisciplinar da área de cultura, deveria exercer as funções relativas à concepção e gestão da política cultural nas suas mais diversas modalidades. Entretanto, sua atuação foi rapidamente identificada com uma leitura assistencialista, de matriz autoritária, que o investe da condição simbólica de “interventor” do Poder Público na dinâmica

cultural, operando em espaços institucionais, freqüentemente precários, com a incumbência de “apoiar” grupos, instituições, práticas e manifestações e “descentralizar” a política cultural, o que, invariavelmente, resume-se à alocação de espaço físico e estrutura administrativa de baixa qualidade para a “periferia social” da cidade, com pouco ou nulo efeito real sobre as condições materiais de realização da cultura nessas localizações.

Esse equívoco basilar suscitou a propagação de uma compreensão empobrecida de política cultural que se viu reduzida à noção de “ação cultural”, cujos termos primordiais resumem-se à fragmentação dos recursos existentes em atividades pontuais estabelecidas no espaço, reforçando para os pobres a dicotomia entre a cidade real e a cidade de direito.

Paralelamente a esse processo, a baixa legitimidade que a política cultural historicamente enfrentou no âmbito da Administração Pública, especialmente no que tange à dotação de recursos, aprofundou ainda mais as distorções e as incompletudes engendradas no processo de municipalização da política cultural.

Assim, da perspectiva da infra-estrutura física instalada, por exemplo, a Secretaria de Cultura herda edifícios de valor histórico-cultural, freqüentemente tombados pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Cultural (CONDEPACC), que por sua vez demandam atenção especialíssima na sua conservação, utilização e manutenção que fica inviabilizada pela ausência de recursos.

Desse modo, se por um lado, há a afinidade eletiva entre os bens culturais que servem de suporte à política cultural e as próprias ações, programas e projetos inscritos no âmbito dessa política, por outro lado, a própria realização da política cultural em seus termos essenciais fica comprometida quando esses bens, na qualidade de equipamentos públicos, não oferecem as condições adequadas para o desenvolvimento das atividades da SMCEL.

Isso significa dizer que face à baixa disponibilidade de recursos o gestor da política cultural vê-se na contingência de escolher investir na recuperação dos equipamentos ou na promoção de ações, programas e projetos, o que coloca claros limites à ação e à qualidade da política.

Em decorrência dessa tensão, e considerando-se que há uma expectativa da sociedade civil com relação à política cultural que, invariavelmente, é compreendida como a política de grandes eventos e, considerando ainda, que a conservação do patrimônio cultural esbarra na baixa legitimidade que lhe é conferida pela cidade, em larga medida como decorrência do desconhecimento de seu sentido e conteúdo, a manutenção e recuperação dos equipamentos culturais ficam sub-representadas no orçamento da pasta de Cultura, prejudicando estruturalmente a qualidade das atividades.

Ainda sob esse aspecto, a política cultural encampada pela SMCEL tem enfrentado sérias dificuldades no que tange à construção de estratégias continuadas de fomento e apoio à difusão, compartilhamento e (re)conhecimento dos repertórios culturais, práticas, saberes e expressões culturais diversas das quais os inúmeros fluxos migratórios que em Campinas encontraram lugar, são portadores.

Isso significa dizer que, se por um lado, o processo de descentralização de equipamentos e atividades culturais encampadas pelo Poder Público objetiva aproximar a política pública do cidadão, por outro lado, quando esse processo se faz de forma incompleta e não programática seu efeito sobre o mundo social é completamente diverso, produzindo segregação e marginalização dos valores e repertórios culturais.

Ou seja, concomitantemente ao esforço de aproximação da política pública de cultura do cidadão, através da descentralização das ações e de equipamentos de qualidade, de uma perspectiva mais geral, a política cultural deve ser capaz de superar as dicotomias “centro”x “periferia” consolidadas no espaço urbano e na estrutura de classes da sociedade, no sentido de garantir legitimidade e apropriação coletiva dos bens da cultura intangível (re)produzidos cotidianamente na cidade.

A questão da apropriação simbólica da cidade através do usufruto livre e democrático dos seus bens culturais tangíveis e intangíveis merece também uma análise especial sobre sua potencialidade: a despeito de toda a dificuldade de se aproximar o cidadão, ou, de uma perspectiva sociológica mais estrutural, o desenvolvimento local da salvaguarda do patrimônio cultural (em larga medida pela difusão equivocada da idéia de que a conservação do patrimônio implica restrições ao direito de propriedade), a SMCEL, através da Coordenadoria do Patrimônio Cultural, tem se esforçado na construção e consolidação de estratégias de aproximação com a população, seja através da produção de materiais de sensibilização e esclarecimento públicos, seja através do estreitamento de parcerias com instituições de pesquisa, visando à geração de ações e produtos no âmbito da política de conservação e gestão do patrimônio cultural que procurem minimizar a distância entre os suportes materiais da cultura e a população.

Evidentemente, no âmbito mais geral de atuação da SMCEL há enormes deficiências a serem sanadas e investimentos estruturais que ainda aguardam soluções de curto, médio e longo prazos, mas também deve-se reconhecer que houve inflexões importantes na política cultural na última década.

Deve-se ressaltar o esforço contínuo de profissionalização da área de Cultura através da realização de novos concursos para o cargo de Agente Cultural, que, se mantidos como política sistemática de recursos humanos tendem a eliminar da estrutura ocupacional da área de Cultura, ao longo das próximas décadas, as deficiências engendradas por um corpo funcional “emprestado” de outras áreas e que não necessariamente se mostra capaz de articular todas as competências técnicas transdisciplinares requeridas pela área de Cultura.

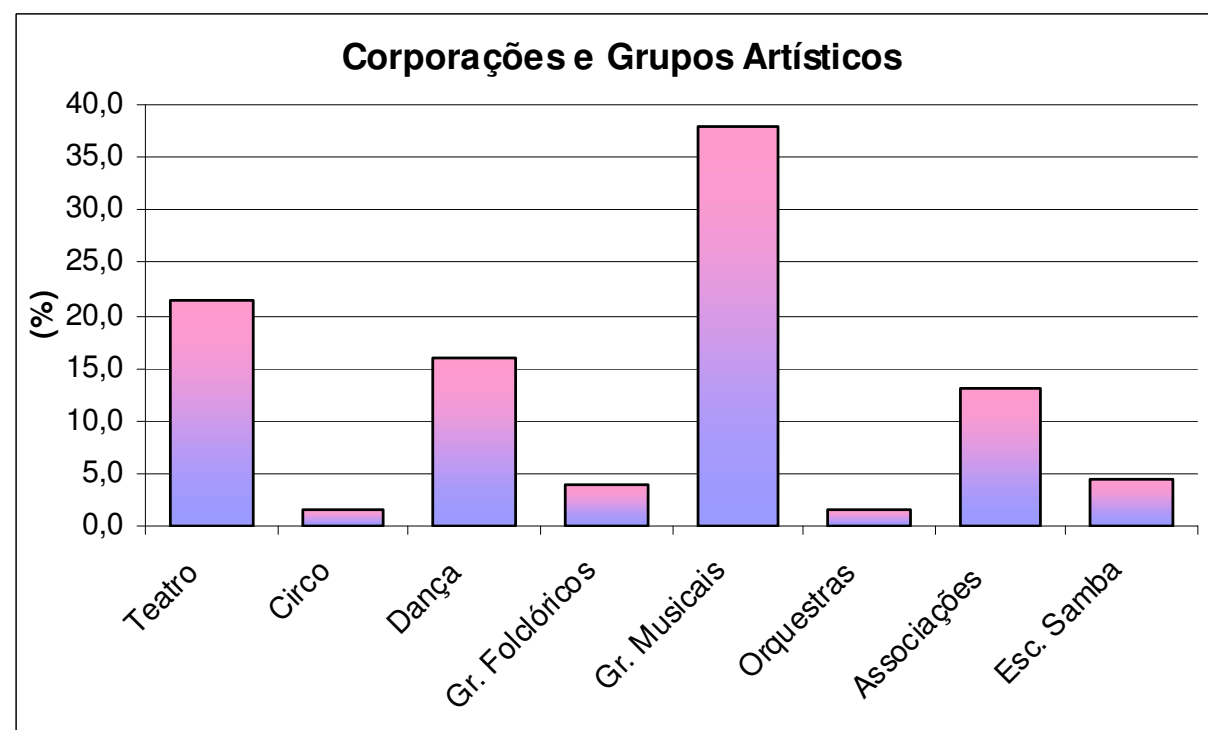
Nesse contexto de inflexões sofridas pela política cultural encampada pela SMCEL ao longo da última década deve-se mencionar também o esforço de autonomização da produção e circulação da OSMC de seu espaço institucionalizado (o Centro de Convivência Cultural), o que, de toda forma, ainda requer a construção de uma sede própria e a instalação de infra-estrutura adequada em outras regiões da cidade.

Igualmente, os esforços no sentido de construir uma política de ação cultural respeitosa com os repertórios culturais das inúmeras populações, através da implantação das casas de cultura temáticas, revelam-se como significativas ações no sentido de legitimar as manifestações, expressões e repertórios da cultura popular; entretanto, sua realização deve sempre primar pela garantia de acesso pleno a todas as formas de cultura, independentemente do *locus* em que sejam produzidas.

Aliás, a problemática referente aos *loci* em que a cultura (espontânea, fragmentária, múltipla) se realiza na cidade, *vis a vis* aos investimentos e à preexistência de equipamentos públicos adequados revela-se na sua inteira complexidade quando nos atentamos para alguns dos resultados do Censo Cultural de Campinas, que cadastrou grupos, instituições, manifestações, espaços, tradições e saberes da cidade.

Em primeiro lugar, como mostra o gráfico 1, abaixo, o Censo Cultural que recebeu aproximadamente 3.800 cadastros em sua primeira edição, realizada no ano de 2004, evidencia, claramente que em Campinas há um significativo predomínio de corporações e grupos artísticos musicais, representando aproximadamente 37% dos cadastros para essa variável, seguidos dos grupos de teatro, com aproximadamente 22% dos cadastros, seguidos por sua vez dos grupos de dança, com cerca de 17% dos cadastros, endossando a histórica importância que esses três gêneros artísticos assumem na cidade de Campinas desde o século XIX.

Gráfico 1:
Corporações e Grupos Artísticos Cadastrados
Campinas - 2004

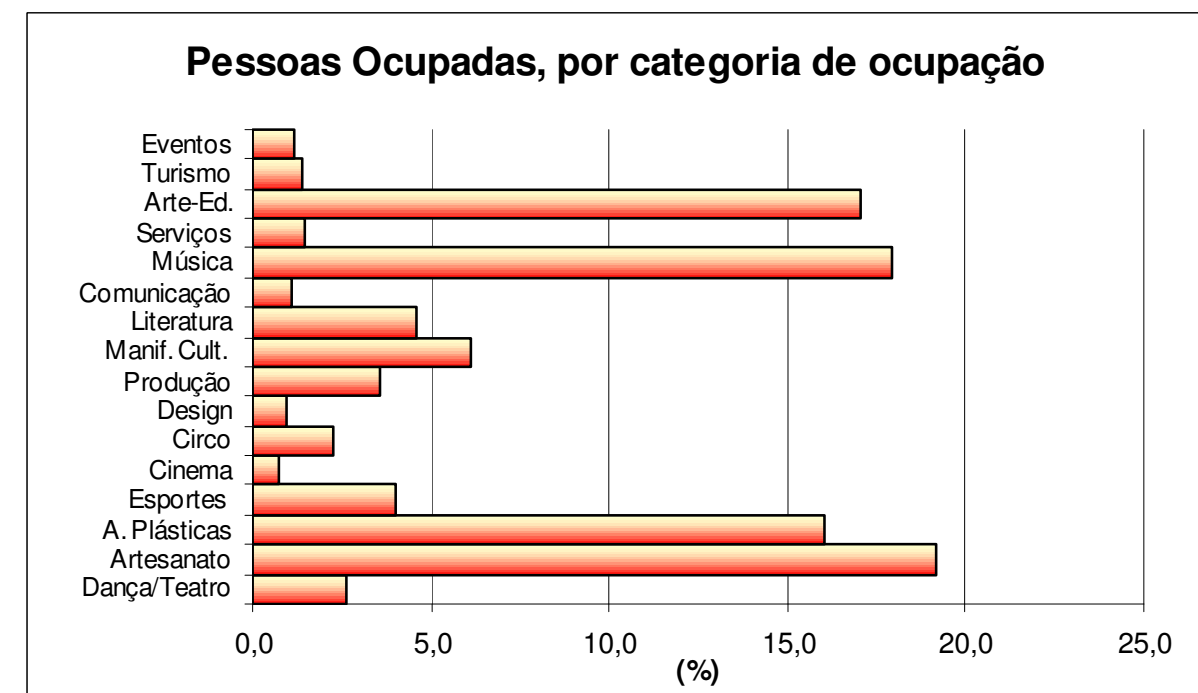


Fonte: Elaborado a partir do Censo Cultural de Campinas-2004

No tocante à distribuição ocupacional (segundo categoria de ocupação) dos profissionais envolvidos com a produção cultural no município de Campinas (o que é um indicativo, mesmo que indireto, das características da oferta de bens, serviços e produtos culturais na cidade) podemos notar que, do total de pessoas cadastradas, cerca de 19% estão ocupadas no artesanato, 18% na área de música, 17% na área de arte-educação, e 16% na área de artes plásticas

Essa informação é bastante significativa para o planejamento de uma política pública de subsídio à produção cultural que deve ser respeitosa com os indivíduos, grupos e instituições presentes na cidade, ao mesmo tempo em que permite diagnosticar áreas que provavelmente careçam de maiores investimentos por parte do Poder Público.

Gráfico 2:
Pessoas Ocupadas na área de Cultura, por Categoria de Ocupação
Campinas - 2004

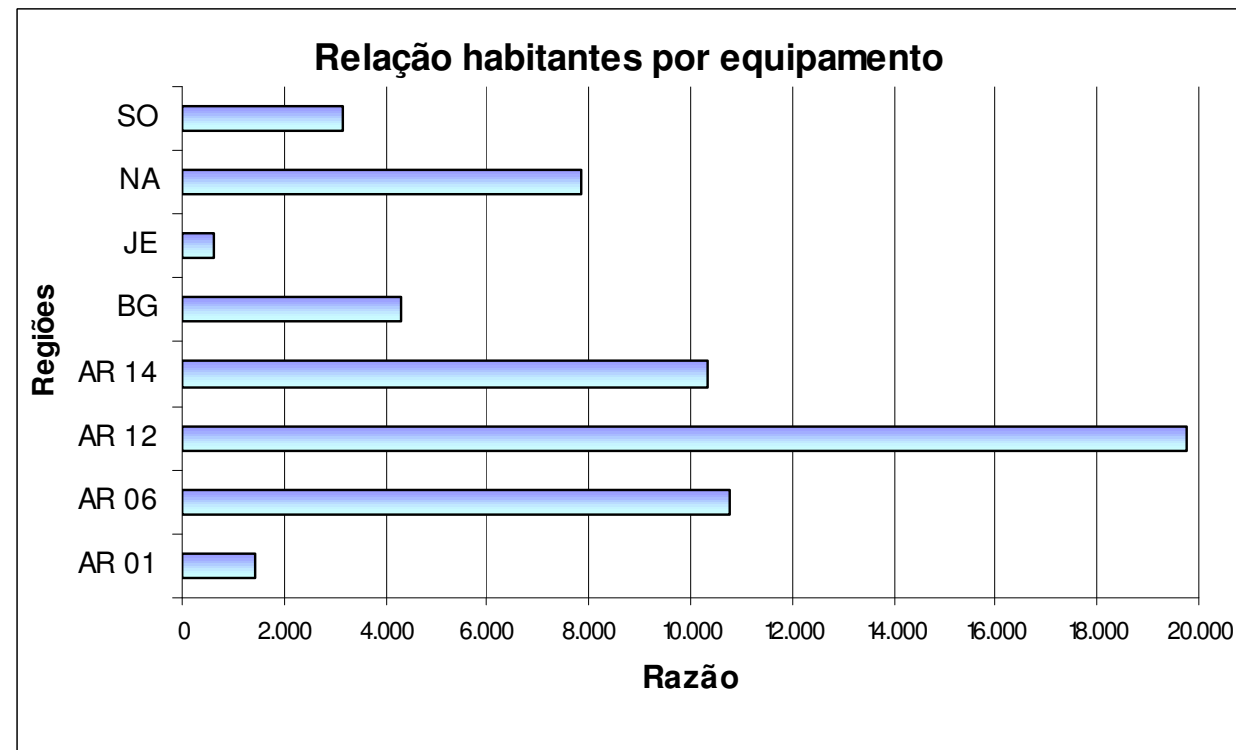


Fonte: Elaborado a partir do Censo Cultural de Campinas-2004

Finalmente, o gráfico 3, que expressa a relação entre número de equipamentos culturais e total de população potencialmente atendida pelo mesmo, podemos notar, claramente, a reprodução, no âmbito da política cultural, das distorções na distribuição de equipamentos públicos no interior do espaço urbano de Campinas, bem como a confirmação de uma dualidade entre a cidade "real" (vivenciada pelos pobres, marcada pelas carência e precariedade de recursos) e a cidade de "direito" (vivenciada pelas camadas médias e de alta renda, onde há maior disponibilidade de recursos e equipamentos, inclusive oriundos de investimentos públicos). De fato, o que percebemos nesse gráfico

é que, enquanto na AR12 há um único equipamento cultural para atender cerca de 20 mil pessoas, no distrito de Joaquim Egídio cada equipamento cultural ali existente atende cerca de 600 pessoas.

Gráfico3:
Coeficiente Habitante por Equipamento
Distritos e Administrações Regionais de Campinas - 2000



Fonte: Elaborado a partir de Censo Demográfico-2000

A análise das informações do Censo Cultural e da distribuição dos equipamentos de cultura pela malha urbana de Campinas nos permite afirmar, com segurança, que os avanços esperados pelos distintos setores da sociedade civil no que respeita à consolidação da política cultural como política pública não pode prescindir da sua legitimação como política social básica, inclusive com a ampliação da dotação orçamentária da pasta de Cultura, já que a garantia universal à toda a população do acesso à cidade envolve a universalização da infra-estrutura física, de equipamentos urbanos e sociais, primordiais para oferecer condições de vida, trabalho e lazer dignas às pessoas, mas também, no âmbito simbólico, esses espaços e, sobretudo, as expressões culturais diversas que estes abrigam, são mecanismos eficientes para produzir coesão social, para fortalecer identidades e compartilhamentos socioculturais, matriz sobre a qual, de fato, erigem-se as cidades que querem florescer com beleza e justiça social.

Diagnóstico da Área de Esportes e Lazer

O esporte e o lazer têm a finalidade de contribuir para a integração dos participantes na plenitude da vida social, na promoção da saúde, educação e qualidade de vida. A observância desse princípio incentiva o uso ativo das horas de lazer e valoriza a cultura esportiva, além de auxiliar a formação de um indivíduo consciente de seu papel na sociedade.

Atualmente, conforme apresentado na Tabela 1, o Departamento de Esportes gerencia 29 Praças de Esportes, distribuídas entre as cinco regiões do município e oferece atendimento em outros 23 locais adaptados.

A observação detalhada das Praças de Esportes Municipais demonstra um estado crítico de manutenção e conservação, a falta de adequação a portadores de necessidades especiais, além da disponibilidade de um número reduzido de profissionais nas diferentes funções, o que favorece a prática de ações depredatórias e ilícitas causando, conseqüentemente, o distanciamento da população que busca atividades saudáveis para toda a família.

Tabela 1.
População por locais de atendimento.
Regiões do Município de Campinas - 2005

Região	População Total	Praças de Esportes	Outros locais de atendimento
Norte	180.380	6	0
Sul	276.578	10	2
Leste	212.060	9	3
Noroeste	165.497	1	9
Sudoeste	209.939	3	9
Total	1.044.454	29	23

Fonte: Elaborado a partir de SEPLAMA, 2005.

Assim, observa-se que as Regiões Noroeste e Sudoeste, áreas de maior crescimento populacional, possuem apenas um e três equipamentos esportivos, respectivamente, o que leva o Departamento de Esportes a atuar em locais adaptados, demonstrando a necessidade de intervenção do Poder Público quanto à oferta de equipamentos especializados naquelas regiões.

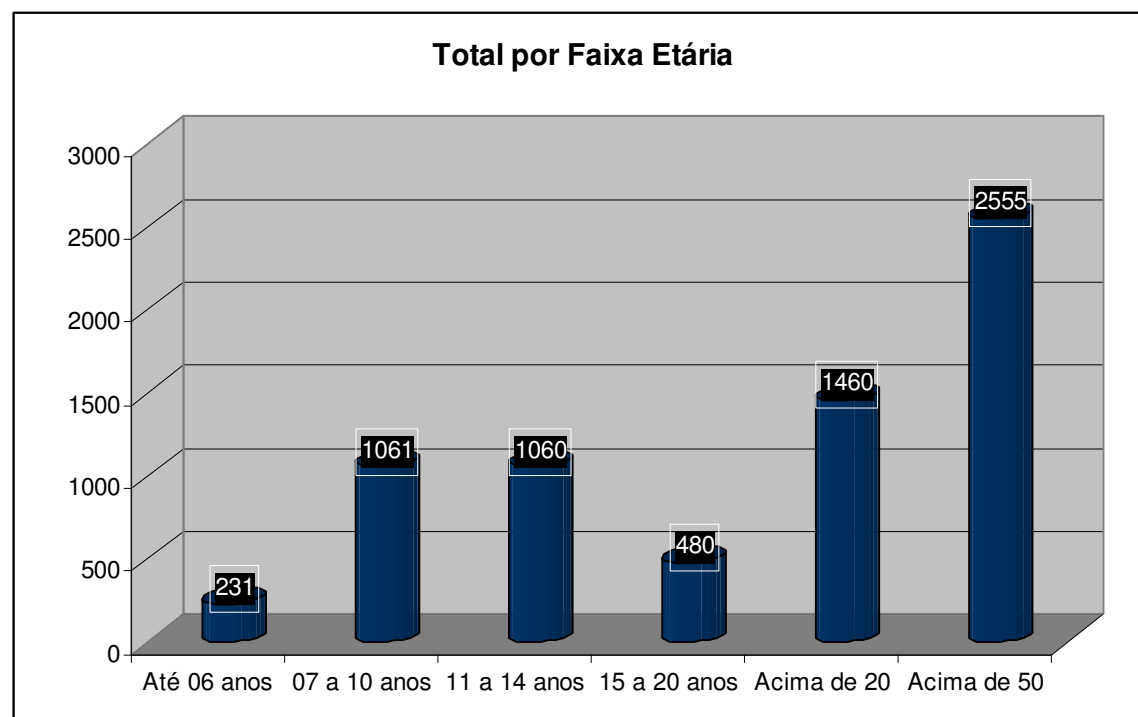
Em relação às atividades oferecidas, o Departamento de Esportes atende um total de 64.340 cidadãos, sendo 6.683 através de atividades dirigidas por profissionais e 57.657 em atividades espontâneas ou de lazer.

Tabela 2.
População Atendida, segundo tipo de Atividade
Regiões do Município de Campinas - 2005

Região	Atividades Dirigidas	Atividades Espontâneas	Total de Atividades
Norte	1703	12065	13768
Sul	2351	11105	13456
Leste	1780	21483	23263
Noroeste	314	2364	2678
Sudoeste	535	10640	11175
Total	6683	57657	64340

Fonte: Elaborado a partir de Seplama, 2005.

Gráfico 1
População atendida por faixa etária
Município de Campinas - 2005



Fonte: Elaborado a partir de Seplama, 2005.

Os dados apresentados acima, na Tabela 2 e Gráfico 1, mostram que apenas 6% da população é atendida pelo Poder Público através de atividades físicas, esportivas e de lazer e, destes, aproximadamente 90% realizam atividades sem a orientação de profissionais. Entre a população atendida em atividades dirigidas, encontramos uma parcela significativa de idosos e um número bastante reduzido de crianças, jovens e adultos.

Estes são indicadores significativos da necessidade de ampliação do quadro de profissionais do Departamento de Esportes. Ao mesmo tempo, o percentual reduzido do total da população atendida, seja em atividades dirigidas ou espontâneas, invoca a necessidade premente da oferta de programas e projetos esportivos e de lazer, principalmente para crianças e jovens.

No que se refere ao esporte de rendimento, ou seja, à manifestação que trata da detecção, desenvolvimento e manutenção de atletas e equipes, as ações desenvolvidas limitam-se à participação de representações da cidade em eventos promovidos pela Secretaria da Juventude, Esportes e Lazer do Estado de São Paulo. A implantação de programas de detecção e desenvolvimento de talentos esportivos, além de uma política de parceria com entidades de administração e de prática esportiva deve ser desenvolvida para atender esta parcela da população.

A análise de políticas públicas implementadas até então demonstra a insuficiência de ações pontuais de recuperação física dos equipamentos, havendo a necessidade do estabelecimento de intervenções amplas que contemplem, além de intervenções físicas, a reforma do sistema de gestão, reestruturação administrativa de recursos humanos e a implementação de programas, projetos e ações integradas e continuadas.