



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

CLAUDIANA VIANA GODOY

**A geografia dos serviços e equipamentos da saúde:
a expansão das “clínicas médicas populares” no
Centro em Fortaleza - CE**

FORTALEZA - 2015



CLAUDIANA VIANA GODOY

**A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DA SAÚDE:
A EXPANSÃO DAS “CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES”
NO CENTRO EM FORTALEZA – CE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Geografia, da
Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de mestre em
Geografia.

Orientador: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva (Orientador).
Universidade Federal do Ceará (UFC).

Prof. Dr. Alexandre Queiroz Pereira
Universidade Federal do Ceará (UFC).

Prof. Dr. Edilson Alves Pereira Júnior.
Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências e Tecnologia

-
- G532g Godoy, Claudiana Viana.
A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza - CE / Claudiana Viana Godoy. – 2015. 171 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências, Departamento de Geografia, Pós-Graduação em Geografia, Fortaleza, 2015. Área de Concentração: Dinâmica Territorial e Ambiental. Orientação: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva.
1. Serviços de saúde. 2. Clínicas médicas – Fortaleza (CE). I. Título.

CDD 910

Dedico este trabalho aos que me fazem lembrar o verdadeiro sentido da vida, aos meus pais, Zairton e Tereza, a minha irmã, Ana Cláudia. A você Oader, meu esposo e companheiro no amor e na vida. Dedico principalmente à vida que já pulsa forte no meu ventre, o meu amado Dante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que compartilharam o caminho percorrido, que contribuíram direta ou indiretamente, para a realização desse trabalho.

Agradeço em primeiro lugar, a Deus, por ter me ajudado nos momentos de dificuldade, me suprimo de força de vontade e fé para seguir em frente.

Agradeço especialmente a minha família, pelo apoio e compreensão nos momentos em que precisei me dedicar exclusivamente à pesquisa. Aos meus pais, pelo incentivo e exemplo, a minha mãe uma grande guerreira de força e fé, sempre rezando por mim, e meu pai pelo seu carinho e dedicação, ambos sempre estimularam o meu crescimento e independência, obrigada pela vida, amor e criação.

À minha irmã, que sempre foi a minha melhor amiga, confidente e parceira, cuidando dos meus filhotes (Thico e Dino) sempre que precisei me ausentar, além de ser o meu apoio nos momentos mais difíceis, sem ela eu não conseguiria.

Ninguém cruza nosso caminho por acaso. Tampouco entramos na vida de alguém sem nenhuma razão, diante disso agradeço a Deus por ter colocado meu esposo Oader Dantas, na minha vida, que é hoje a minha força inspiradora, foi o motivo de dias mais iluminados e felizes. Agradeço a Deus pelo nosso filho Dante, que está a caminho e se traduz como fruto desse amor.

À minha avó, Nazaré Carneiro Braga, pelo exemplo de sabedoria, bondade e fé, me incluído sempre em suas orações, e minha tia Lucimar, meu irmão Cláudio, meu sobrinho Cláudio Vitor, meu cunhado e meus primos e primas.

Ao meu orientador José Borzacchiello da Silva, agradeço, pela oportunidade única, foi o divisor de águas da minha vida acadêmica, pelo apoio e incentivo aos estudos e a pesquisa, pela sábia orientação e compreensão de um clarividente.

Minha gratidão também a professora Clélia Lustosa da Costa, que tenho um imenso carinho e gratidão, pelo apoio na pesquisa e importante ajuda na qualificação, sempre atenta e com um imenso coração de mãe acolhendo a todos que buscam seu auxílio. A sua imensa energia positiva que é a mais contagiante do departamento. Ao

professor Eustógio Dantas, que sempre tive imensa admiração, pela gentileza de convidar-me a fazer parte do Lapur, e mudar a minha vida. Aos demais professores: Amaro Alencar, Edson Vicente da Silva, Christian Dennys, Maria do Céu e Linda Gondim.

Prof. Dr. Edilson Alves Pereira Júnior por ter aceitado participar da banca. Também, ao professor Alexandre Queiroz, por também ter aceitado o convite, bem como pela sua imensa colaboração no trabalho, com uma excepcional orientação.

As minhas grandes amigas, Iana Bárbara, pelo apoio, ensinamentos e incentivo, a nossa amizade que foi selada no primeiro dia de aula da graduação e seguirá pelo resto de nossas vidas e a Saori Takahashi, que veio do Japão para ensinar o sentido da verdadeira amizade, de uma fidelidade e honra rara aos nossos tempos e a Alcione Moreira, pela força e estímulo, sempre acreditando na minha capacidade, pelos ouvidos, ombro amigo e auxílio intelectual.

À minha e eterna amiga Mara Danny (*in memoriam*), que nos deixou antes de concluir a graduação, por ela eu dedico um imenso amor, orgulho e admiração pela dedicação que teve ao curso, ela é o meu exemplo de amor à profissão.

Aos meus amigos de colóquio e de laboratório: Eciane Soares, Júlia Monteiro, Ana Dienice, Beatriz Barbosa, Marlon Cavalcante, Cleiton Marinho, Ana Lima, Nayrisson Prado, Rodolfo Damasceno, Bruno Rodrigues, Rachel Araújo, Emília Maciel, Gabriela Bento, Regina Balbino, Eider Olivino, Felipe da Rocha e Thiago Estevam. E a todos os membros do laboratório, pessoas de excelência e aos funcionários, Denise, Marcos, Fernando, Erandi, o meu mais sincero obrigada.

Agradeço ainda aos proprietários, funcionários e responsáveis pelas clínicas médicas populares que responderam de boa vontade os questionários e foram além, oferecendo informações essenciais sobre o objeto investigado.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

RESUMO

A partir da primeira década do século XXI, observa-se um relevante fenômeno no Centro de Fortaleza: a expansão das clínicas médicas populares, estabelecimentos privados que realizam procedimentos de baixa complexidade como consultas, exames e tratamentos de saúde voltados à população de baixa renda. Essas novas formas de atendimento médico estão associadas à forte demanda de uma população que busca por serviços de saúde em hospitais públicos e não é atendida, formando uma demanda reprimida. A inserção dos serviços populares de saúde revelou um cenário novo ao bairro Centro, por meio da valorização do solo e do resgate de áreas antes depreciadas. Portanto, esta pesquisa buscou compreender a relação existente entre a inserção das clínicas médicas populares e as deficiências presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), com base em autores que tratam da dinâmica socioespacial na geografia urbana e da rede de distribuição dos serviços de saúde no país. A investigação discute o posicionamento da saúde estadual no cenário nacional, a influência regional dos serviços de saúde em Fortaleza, a importância das clínicas populares diante da precariedade do sistema público de saúde e as recentes mudanças do padrão de consumo das famílias brasileiras, além de abordar a refuncionalização do bairro Centro impulsionada pela instalação das clínicas médicas populares.

Palavras-chave: Centro. Serviços de Saúde. Clínicas Médicas Populares.

LISTA DE INLUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa com a localização do bairro Centro em Fortaleza Ceará	17
Figura 2 – Mapa da Divisão Regional da Saúde do Ceará, com a localização das novas unidades de saúde em 2014	41
Figura 3 – Mapa da localização dos hospitais públicos e privados em Fortaleza – 2015	49
Figura 4 – Região de influência da rede urbana de Fortaleza – Ceará, 2007	53
Figura 5 – Fotografia da fila de espera para o atendimento particular na Santa Casa	74
Figura 6 – Registro fotográfico do laboratório de análises clínicas da Clínica Nova, no bairro Centro em Fortaleza	77
Figura 7 – Mapa de localização dos hospitais e clínicas médicas populares no bairro Centro em Fortaleza - 2015	81
Figura 8 – Mapa de localização dos equipamentos urbanos e serviços de saúde no Quarteirão das Clínicas	85
Figura 9 – Registro fotográfico de um transporte alternativo (pau-de-arara) advindo do interior do Ceará	101
Figura 10 – Registro fotográfico de uma ambulância do município de Madalena – CE	113
Figura 11 – Fotografia de um divulgador autônomo de uma das clínicas médicas populares	123
Figura 12 – Folhetos publicitários de três clínicas médicas populares situadas no bairro Centro em Fortaleza	124

Figura 13 – Encartes publicitários de três clínicas médicas populares situadas no bairro Centro em Fortaleza	125
Figura 14 – Fotografia da inauguração da Casa de Apoio Tabuleiro do Norte em março de 2013	127
Figura 15 – Folheto publicitário da Clínica Médica Popular Imagem Paratodos, situada no bairro Centro	134
Figura 16 – Imagem da Clínica Médica Popular Imagem Paratodos situada no bairro Centro em Fortaleza – CE	134
Figura 17 – Registro fotográfico do outdoor de divulgação de endereço do Hospital Uniclínic e da Clínica Sim	136

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Número de equipamentos de saúde públicos e privados por 100.000 habitantes	29
Tabela 2 – Número de equipamentos de saúde públicos e privados por 100.000 habitantes	31
Tabela 3 – Quantidade e percentual de estabelecimentos hospitalares públicos e privados por tipo	34
Tabela 4 – Divisão das Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará	47
Tabela 5 – Alguns serviços especializados de transplantes, existentes nos municípios do Ceará	60
Tabela 6 – As clínicas médicas populares situadas no bairro Centro em Fortaleza, identificadas pelos nomes fantasias	96
Quadro 1 – Serviços de média e de alta complexidade, segundo o Ministério da Saúde	55
Quadro 2 – Comparação entre os preços de alguns exames e consultas das clínicas médicas convencionais e populares de Salvador – BA	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Motivos locacionais das clínicas médicas populares no bairro Centro em Fortaleza	102
Gráfico 2 – As condições de instalação das clínicas Populares	103
Gráfico 3 – Componentes da estrutura física das clínicas populares do bairro Centro	105
Gráfico 4 – As clínicas populares que atendem aos planos de saúde	108
Gráfico 5 – As clínicas populares, que possuem convênios com planos de assistência familiar	109
Gráfico 6 – As clínicas populares que possuem parcerias com algumas prefeituras no interior do Ceará	110
Gráfico 7 – As clínicas populares que recebem pacientes encaminhados pelas casas de apoio	112
Gráfico 8 – Os sistemas operacionais das clínicas populares	114
Gráfico 9 – As clínicas populares com filiais	116
Gráfico 10 – A diferenciação de preços, entre a matriz e a filial	116
Gráfico 11 – Formas de pagamento das clínicas populares	118
Gráfico 12 – Tipos de vínculos dos médicos com as clínicas populares do bairro Centro	120
Gráfico 13 – Tipos de divulgação e de acesso dos pacientes as clínicas populares no bairro Centro, em Fortaleza	128

Gráfico 14 – A origem dos pacientes atendidos nas clínicas Populares	129
Gráfico 15 – Os tipos de encaminhamentos e indicações realizados pelas clínicas médicas populares no bairro Centro em Fortaleza	137
Gráfico 16 – Tipos e quantidades de especialidades da saúde existente nas clínicas médicas populares	141
Gráfico 17 – Tipos e quantidades de exames e procedimentos de saúde presentes nas clínicas médicas populares	143
Gráfico 18 – Tipos e quantidades de equipamentos de exames existentes nas clínicas populares	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplantes de Órgão

AC – Alta complexidade

AB – atenção básica

AM – Modulação em amplitude

ART – ARTIGO

AP – Atenção Primária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BA – Bahia

CDLFOR – Câmara dos Dirigentes Lojistas de Fortaleza

CE – Ceará

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CFM – Conselho Federal de Medicina

CMCEE – Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados

CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPD – Central de Processamento de Dados

CRFB – Constituição Federal da República Federativa do Brasil

CREMEC – Conselho Regional de medicina do Estado do Ceará

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DETRAN – Departamento Estadual de Trânsito

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EEG – Eletroencefalograma

ECG – Eletrocardiograma

EMCETUR – Empresa Cearense de Turismo

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FISH – Hibridização fluorescente in situ

FM – Modulação em frequência

GM – Gabinete do Ministro

HAB – Habitante

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

HM – Hospital de Messejana

HPV – *Human Papiloma Vírus*

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IJF – Instituto Doutor José Frota

IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

IPM – Instituto de Previdência do Município

ISSEC – Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará

LEG – laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

M.A.P.A. – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MC – Média Complexidade

MEP – Medicina Especializada Popular

METROFOR – Metrô de Fortaleza

MG – Minas Gerais

MPCE – Ministério Público do Estado do Ceará

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina

PAB – Piso da Atenção Básica

PAS – Plano de Assistência à Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PE – Pernambuco

PMR – Polo Médico do Recife

PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza

PR – Paraná

REBRATS – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde

REGIC – Região de Influência das Cidades

RBT – Registro Brasileiro de Transplantes

RMF – Região Metropolitana de Fortaleza

SAE – Secretaria de Assuntos Estratégicos

SAS – Secretária de Atenção a Saúde

SESA – Secretária de Saúde do Estado do Ceará

SERCEFOR – Secretaria Executiva regional do Centro

SIG – Sistema de Informação Geográfica

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TDF – Tratamento Fora do Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 – Percurso da pesquisa	22
2. FORTALEZA E A SUA INFLUENCIA REGIONAL NA SAÚDE	27
2.1 – A distribuição assimétrica dos serviços e equipamentos de saúde	33
2.2– As políticas de descentralização da saúde do Ceará	38
2.2.1 - Divisão regional da saúde do Ceará	44
2.3 – Fortaleza: polo regional da saúde	48
2.3.1 – A região de influência de Fortaleza	52
2.3.2 – A influência regional dos serviços de saúde especializados	54
3. AS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES PRIVADAS: UMA ALTERNATIVA PARA CRISE DA SAÚDE?	62
3.1 – A precarização da saúde e as clínicas médicas populares, como alternativas	63
3.2 – A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza: precursora dos serviços populares de saúde	72
3.3 – O surgimento das clínicas médicas populares, no bairro Centro em Fortaleza	78
3.4 – A reconfiguração do bairro Centro e a concentração dos serviços de saúde	88

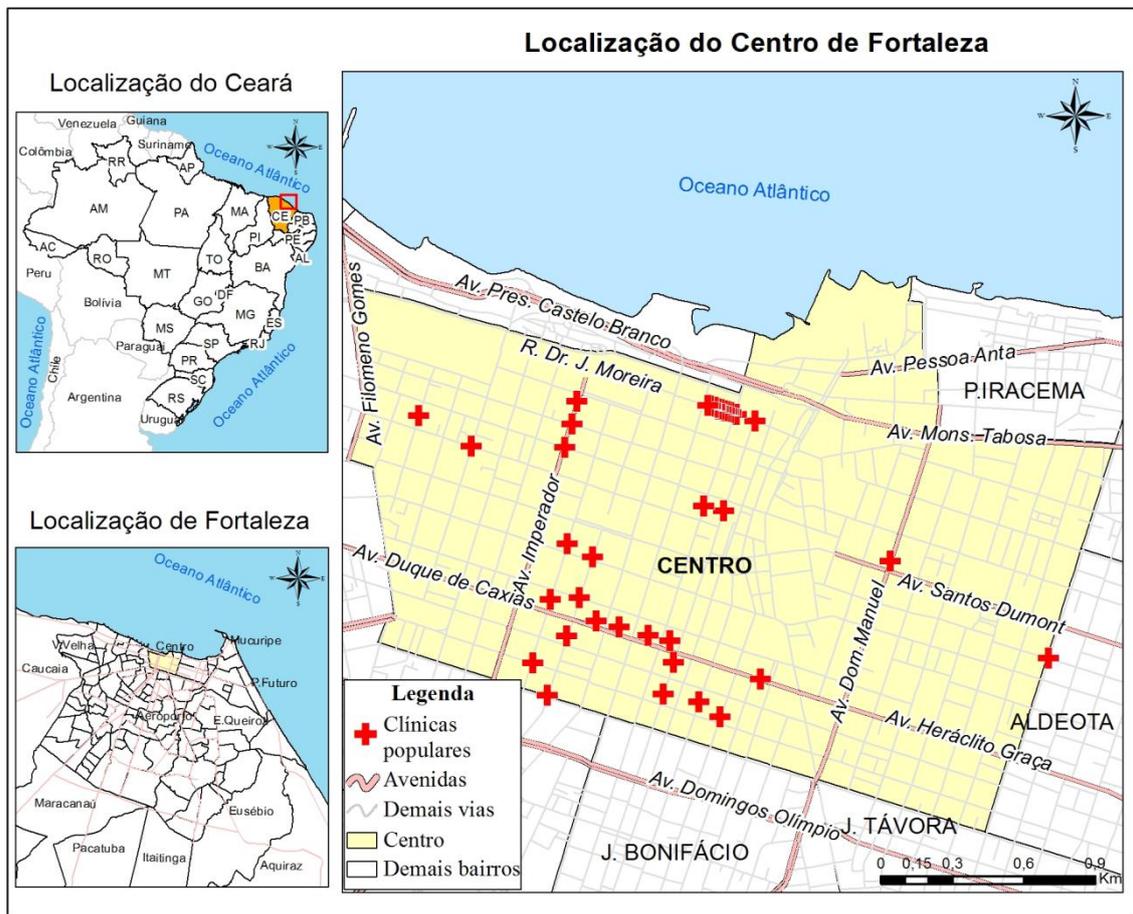
4. A INSERÇÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES NO CENTRO, EM FORTALEZA	95
4.1 – A inserção das clínicas no bairro Centro: ruas, quadras e clínicas	103
4.1.1. Os planos e convênios privados da saúde popular	107
4.1.2. Descrevendo uma clínica popular	114
4.1.3. A dinâmica flexível das clínicas	116
4.2 – AS CLÍNICAS POPULARES: O QUE SERVEM E A QUEM SERVEM	122
4.2.1. O que servem?	122
4.2.2. A quem servem?	129
4.3 – A REDE DE SERVIÇOS POPULARES	133
4.4 – OS SERVIÇOS E OS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE POPULARES	138
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERENCIAS	155
APÊNDICE	165



INTRODUÇÃO

A presente dissertação propôs a análise da dinâmica urbana do bairro Centro em Fortaleza, a partir da inserção dos serviços populares privados de saúde no final da década de 1990. Os estabelecimentos populares de saúde denominados “clínicas médicas populares” expandiram-se inicialmente para os arredores da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, e se estenderam pelas ruas do bairro Centro (Figura 1), concentrando-se principalmente nas proximidades dos hospitais desse bairro. As clínicas médicas populares também estão presentes em outros bairros de Fortaleza e em parte da região metropolitana e do interior do estado, entretanto a pesquisa teve como foco as clínicas populares situados no bairro Centro, considerando que o local foi o ponto de origem desses estabelecimentos e concentra o maior número deles.

FIGURA 1 Mapa com a localização do bairro Centro em Fortaleza Ceará



FONTE: GODOY, C. V. 2015.

As clínicas populares do bairro Centro (Figura 1) foram identificadas como estabelecimentos privados de saúde que realizam procedimentos de atenção básica e de média complexidade, os quais não exigem internamento, sendo mais comuns os seguintes serviços: consultas médicas; diagnósticos; tratamentos clínicos; reabilitação de pacientes; exames laboratoriais, radiológicos, de imagem e cardiológicos; alguns procedimentos invasivos, como as pequenas cirurgias e punções gerais para a realização de biópsias. Essas unidades médicas utilizam geralmente tecnologia de elevada complexidade e de baixa densidade e contam com uma ampla oferta de especialidades

médicas e não médicas, com preços e serviços voltados a consumidores de menor poder aquisitivo.

As contribuições teóricas de autores que realizaram estudos sobre a dinâmica socioespacial do bairro Centro foram fundamentais para a apreensão do fenômeno investigado. Silva (1992, 2009), Souza (2009), Costa (1988, 2009) e Dantas (1995, 2009) destacaram as aceleradas mudanças socioespaciais ocorridas no centro da cidade de Fortaleza ao longo do século passado, enfatizando a crescente importância do bairro, o seu papel na rede urbana do estado do Ceará, sua dinâmica de atividades, e o consumo e a oferta de bens e serviços.

Os estudos de Silva (2009) indicaram que a existência de um único centro em Fortaleza até meados do Século XX esteve ligada à concentração da burguesia comercial e financeira na área central. A partir do marco temporal apontado, o Centro, gradativamente, deixou de ser o espaço preferencial de moradia, lazer e negócios da elite, e adquiriu e fortaleceu uma série de atividades voltadas para um público de menor poder aquisitivo. Entre essas atividades estão em destaque, na atualidade, o comércio popular formal e informal (DANTAS, 2009) e os serviços de saúde e de educação.

Para além da identificação das funções do Centro ao longo do tempo, esses estudos revelaram que as transformações espaciais locais estiveram associadas a uma nova organização espacial da própria metrópole, e devem ser entendidas em uma perspectiva interescalar e relacional. À medida que Fortaleza cresceu (em termos demográficos, econômicos e territoriais), novas centralidades concentradoras de serviços surgiram em outros bairros (Aldeota, Montese, Messejana, Parangaba), entretanto o Centro tradicional não perdeu sua pujança econômica, revelando uma significativa capacidade de redefinir seu papel no espaço intrametropolitano e na própria rede urbana do estado do Ceará.

Nesse contexto, nota-se que a reconfiguração do bairro Centro, quando estudada na perspectiva da espacialidade, deve observar as transformações que ocorreram em escalas mais amplas (entre elas a metropolitana e a estadual). Como indicou Santos (1985, p. 49), “[...] sempre que a sociedade (a totalidade social) sofre uma mudança, a forma ou objetos geográficos (tanto os novos como os velhos) assumem novas funções; a totalidade da mutação cria uma nova organização espacial”.

Essas novas formas de prestação de serviços do segmento da saúde com características modestas estão associadas à forte demanda de uma população desassistida, que busca serviços de saúde em hospitais públicos e não é atendida, formando uma demanda reprimida. A expansão e a permanência das clínicas no bairro Centro com a capacidade de atrair a população do interior do estado são relevantes indicadores das assimetrias existentes na rede urbana estadual, e também apontam a forte centralização dos serviços de saúde na capital.

As clínicas populares em Fortaleza já se tornaram referência para uma população que procura serviços ainda raros no interior do estado (atendimento médico especializado e realização de exames). Ao mesmo tempo que redefinem a oferta dos serviços de saúde no Centro, esses estabelecimentos reforçam a própria centralidade de Fortaleza ampliando a capacidade de atração de uma população de fora da cidade.

As transformações socioespaciais e históricas ocorridas no Centro, após a inserção dos serviços populares privados de saúde, conduziu o bairro a uma nova dinâmica, evidenciada pelo fortalecimento das relações econômicas do bairro com outras cidades do Ceará. Nessa perspectiva, a análise do fenômeno das clínicas foi realizada em uma escala estadual, considerando que as pesquisas de campo realizadas no presente estudo indicaram que uma grande parcela dos atendimentos realizados nas clínicas populares é constituída de pessoas advindas de outras cidades do estado.

Para Santos (1985-2012, p. 31), a fração do espaço ou a menor escala de análise do fenômeno pode parecer mais concreta, não “[...] na medida em que seu valor sistêmico não está na coisa como a vemos, mas no seu valor relativo dentro de um sistema mais amplo”.

Portanto, a ampliação da escala de análise do fenômeno foi fundamental para a construção de um caminho metodológico viável, para a reflexão sobre a importância do bairro Centro na concentração dos serviços populares de saúde, e o entendimento da atribuição das clínicas populares na redefinição e/ou no fortalecimento da função de polo prestador de serviço de saúde do bairro, além da avaliação do raio de abrangência dos deslocamentos intrametropolitanos e regionais em direção ao bairro.

Outros estudos contribuíram para o entendimento da dinâmica urbana da rede de saúde do estado do Ceará – (OLIVEIRA, 2005; GUIMARÃES, 1994, 2000, 2001;

RAMIRES, 2013; FERRAZ, 2009; SANTOS, 2008; VICTALINO, 2004) – e destacaram a importância dos estudos da Geografia Urbana da Saúde para a compreensão das mudanças socioespaciais ocorridas no país após a inserção do Sistema Único de Saúde (SUS), transformações essas analisadas pela ótica das redes de distribuição dos serviços e equipamentos do setor da saúde.

Oliveira (2005) analisou as desigualdades na acessibilidade geográfica dos serviços de saúde no Brasil com base na relação entre a localização dos serviços de saúde e a distribuição e caracterização de sua clientela. Guimarães (1994) analisou a introdução das inovações tecnológicas no setor da saúde e os processos de produção do espaço urbano. Guimarães (2000) também contribuiu para o estudo sobre a natureza política da saúde pública, observando que “[...] os serviços de saúde são considerados uma rede de sociabilidade organizada pelo discurso”, (GUIMARÃES, 2000, p. 6)

Outros trabalhos foram realizados por Lima; Fernandes (2004, 2006) sobre o Polo Médico do Recife, com o intuito de compreender o funcionamento da concentração dos equipamentos de saúde em um determinado espaço circunscrito, por meio do conceito de *cluster*. Já o trabalho organizado por Ramires (2013) apresentou a dinâmica urbana de algumas cidades médias do estado de Minas Gerais, estimulada pelo setor de serviços da saúde, afirmando serem as “[...] cidades importantes polos econômicos em um contexto regional” (RAMIRES, 2013, p. 2).

Ferraz (2009) utilizou o conceito de rede geográfica para analisar o sistema de saúde de Vitória da Conquista/Bahia. A autora apresentou uma reflexão sobre a rede social e material, com as contradições e os conflitos do sistema público de saúde. Já Santos (2008) ressaltou as contradições presentes no discurso democrático da política de descentralização da saúde, que, segundo a autora, “[...] mascara a apropriação privada dos serviços e ações de saúde no âmbito local/nacional/global, através de uma rede hierarquizada seletiva e excludente” (SANTOS, 2008. p. 9).

No caso específico das clínicas médicas populares, Victalino (2004) mostrou um diagnóstico situacional das clínicas populares existentes na cidade de Recife – PE e refletiu acerca da inserção do profissional médico nos estabelecimentos populares. Entretanto as pesquisas ainda são raras quando se trata de temas no âmbito das ciências geográficas sobre o papel das clínicas populares na produção do espaço urbano, e no

fortalecimento e na consolidação das cidades, considerando-se a precocidade do fenômeno.

A problemática proposta é de ampla relevância para o campo da Geografia Urbana Regional e da Saúde. Os estudos da Geografia dos Serviços foram resgatados e enriquecidos pelas análises teóricas da produção do espaço, impulsionada pela dinâmica da rede de serviço da saúde. Essas análises são, muitas vezes, pouco abordadas nos estudos da Geografia. Portanto, quando se reflete sobre a dinâmica das redes urbanas, com base nos equipamentos de saúde, percebe-se a sua ampla relevância nos processos de produção do espaço “[...] como um conjunto indissociável de sistema de objetos e sistema de ações” (SANTOS, 1996, p. 19).

Além disso, as questões relacionadas à saúde-doença são temas frequentes nos meios de comunicação, especialmente nas mídias televisivas, que expõem constantemente os problemas enfrentados pelos usuários do sistema público de saúde do Brasil. As recentes manifestações de julho de 2013 expuseram, como uma das principais reivindicações, a necessidade de melhorias no setor da saúde pública. O estado do Ceará não está excluído dessa realidade, com destaque para os municípios interioranos, que apresentam maiores fragilidade no acesso à saúde pública, diante da escassez e da precariedade dos serviços e equipamentos de saúde, o que provoca a transferência de pessoas para as unidades de saúde de Fortaleza ou de outras cidades mais próximas.

Nesse sentido, o presente estudo torna-se inovador em virtude da escassez de pesquisa sobre a temática e ao mesmo tempo válido por possibilitar um resgate dos estudos de geografia dos serviços de saúde em Fortaleza. A investigação soma-se a outras contribuições acadêmicas que desmistificam a hipótese da “morte do centro da cidade”, alimentando o debate sobre a proeminência do bairro para a metrópole. A elaboração do Sistema de Informação Geográfica (SIG) e as conclusões levantadas no estudo poderão contribuir para a realização de planejamentos que objetivem uma melhoria nas condições de usos do espaço da área central fortalezense.

A pesquisa aborda um conjunto de questões que serão importantes no direcionamento das análises e que auxiliarão na compreensão das transformações

ocorridas no bairro Centro em Fortaleza, após a inserção dos serviços das clínicas médicas populares.

A presente análise prevê respostas para as seguintes questões:

- Como a cidade de Fortaleza se posiciona no contexto da saúde pública no estado do Ceará e no país?
- Por que a cidade de Fortaleza, que possui a maior concentração dos serviços de saúde do Ceará, não consegue suprir de forma eficiente a demanda populacional por serviços públicos de saúde?
- Qual o papel das clínicas médicas populares, diante das deficiências apresentadas pelo setor da saúde pública estadual?
- Como a reconfiguração do bairro Centro após a inserção das clínicas médicas populares está relacionada com as mudanças dos padrões de consumo no Brasil?
- Qual o novo perfil dos usuários dos serviços de saúde ofertados pelas clínicas médicas populares no bairro Centro?

1.1 PERCURSO DA PESQUISA

A primeira fase da pesquisa consistiu no momento de aprofundamento do tema com o intuito de compreendê-lo de uma forma mais ampla e construir uma reflexão teórica. Foram realizadas revisões bibliográficas com o auxílio de livros e artigos científicos sobre os assuntos: produção do espaço; reestruturação e refuncionalização das áreas centrais; rede urbana; distribuição dos equipamentos e dos serviços de saúde; região de saúde e hierarquia urbana. Também foram pesquisadas, nos principais jornais locais e nacionais impressos e online, notícias associadas à inserção das clínicas populares no Brasil/Fortaleza/Centro, e relacionadas às potencialidades e limitações dos serviços públicos de saúde. Esse levantamento elucidou questões relativas ao perfil dos usuários das clínicas, à caracterização dos serviços ofertados e à logística dos estabelecimentos, à percepção do fenômeno de inserção das clínicas em outras cidades do Brasil, além de discutir sobre o nicho de negócio impulsionado pelas lacunas do sistema público de saúde.

A segunda etapa da investigação consistiu em pesquisas no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). As informações requisitadas referiram-se ao número de estabelecimentos de saúde, com a discriminação dos hospitais por nível de complexidade, de equipamentos hospitalares, de leitos de internação existentes no estado do Ceará, subdivididos por macrorregiões de saúde e municípios, além do total de estabelecimentos situados no bairro Centro. Essas informações tiveram o propósito de avaliar a distribuição da rede assistencial dos serviços de saúde do estado e de refletir sobre as discussões teóricas relativas às possíveis conexões e desconexões da rede de saúde do Ceará, tudo isso correlacionado com a demanda reprimida do interior do estado.

Com o intuito de compreender a permanência e a expansão das clínicas populares, foram requeridas informações em instituições públicas. Na Prefeitura Municipal de Fortaleza e na Vigilância Sanitária do Município, foram requisitadas informações referentes aos procedimentos de regularização das clínicas médicas: localização e alvará de funcionamento. No Conselho Regional de Medicina (Cremec), solicitaram-se informações sobre o total de clínicas regularizadas e ativas no Ceará/Fortaleza/Centro. Apesar de ter havido dificuldades no acesso a esses dados devido às questões burocráticas dos órgãos públicos ou mesmo à falta deles, as pesquisas de campo e as pesquisas na plataforma nacional do Datasus e nos sites dos referidos órgãos corrigiram a ausência desses dados.

A terceira etapa do estudo incluiu trabalhos de campo nas clínicas populares com observações diretas e aplicação de questionários. As pesquisas realizaram-se nos períodos de janeiro e fevereiro de 2014, em que foi aplicado um questionário semiestruturado direcionado aos proprietários e gestores das trinta e sete clínicas médicas populares do bairro¹. Os questionários contribuíram para a análise da ressignificação do bairro Centro, no papel de polo prestador de serviços da saúde direcionado a um público menos favorecido economicamente.

¹ Após a realização dos questionários, outras clínicas populares foram inseridas no Bairro Centro, entre elas citam-se a Clínica Santa Imagem, na Rua General Sampaio, a Clínica Prontomédico, na Rua Barão do Rio Branco, e a Clínica Progastro, na Rua Senador Alencar, a última com sede no bairro Aldeota.

A princípio, os questionários funcionaram como uma espécie de pré-teste², aplicados em três clínicas. As informações obtidas foram preliminarmente analisadas e algumas questões reformuladas, chegando-se à versão definitiva do documento, composta por trinta e três questões. Os questionários foram aplicados em 91,5% do total das clínicas médicas populares do bairro, uma vez que algumas delas optaram por não oferecer informações.

Os dados primários resultantes dos questionários foram estruturados em três blocos temáticos, classificados de acordo com o escopo investigado. Destacaram-se os seguintes eixos: (i) estratégias de funcionamento; (ii) fluxo de atendimento; (iii) características dos serviços e equipamentos de saúde.

O primeiro bloco de análise dos questionários contextualizou diferentes aspectos referentes à estrutura de funcionamento logístico dos estabelecimentos populares de saúde: o ano de instalação; as condições estruturais do prédio; a organização dos setores de atendimento; a situação do uso e posse dos estabelecimentos; o total de área construída; o motivo da localização; o sistema operacional utilizado; a existência de filiais; a diferença de preços entre a matriz e as filiais; as formas de pagamento dos serviços prestados; os vínculos entre os médicos e as clínicas; as condições de regularização das clínicas junto aos órgãos responsáveis.

O segundo bloco relacionou-se ao fluxo de atendimento das clínicas populares, considerando os fatores: turnos e os dias de funcionamento; formas de encaminhamento para a realização de exames e outros procedimentos clínicos; estratégias de divulgação dos serviços prestados; convênios e planos de saúde privados; planos de assistência familiar; planos funerários; parcerias com as prefeituras do interior e casas de apoio; convênios com o SUS; média de pacientes atendidos por dia.

O terceiro bloco temático ressaltou os serviços e equipamentos de saúde das clínicas médicas, como as especialidades médicas e não médicas, os exames e procedimentos ofertados, além da quantidade de equipamentos de exames-diagnósticos existentes nas clínicas.

² É importante a realização de um pré-teste porque é provável que não se consiga prever todos os problemas e/ou dúvidas que podem surgir durante a aplicação do questionário. Sem o pré-teste, pode haver grande perda de tempo, dinheiro e credibilidade, caso seja constatado algum problema grave com o questionário já na fase de aplicação. Nesse caso, o questionário terá que ser refeito e estarão perdidas todas as informações já colhidas (CHAGAS, 2000).

A tabulação dos dados obtidos foi realizada com o auxílio do programa da Microsoft, Office Excel 2007, resultando na produção de infográficos, quadros e tabelas, além de planilhas com informações gerais sobre as clínicas médicas populares, que deram suporte à composição de um banco de dados do SIG, e à confecção dos mapas temáticos.

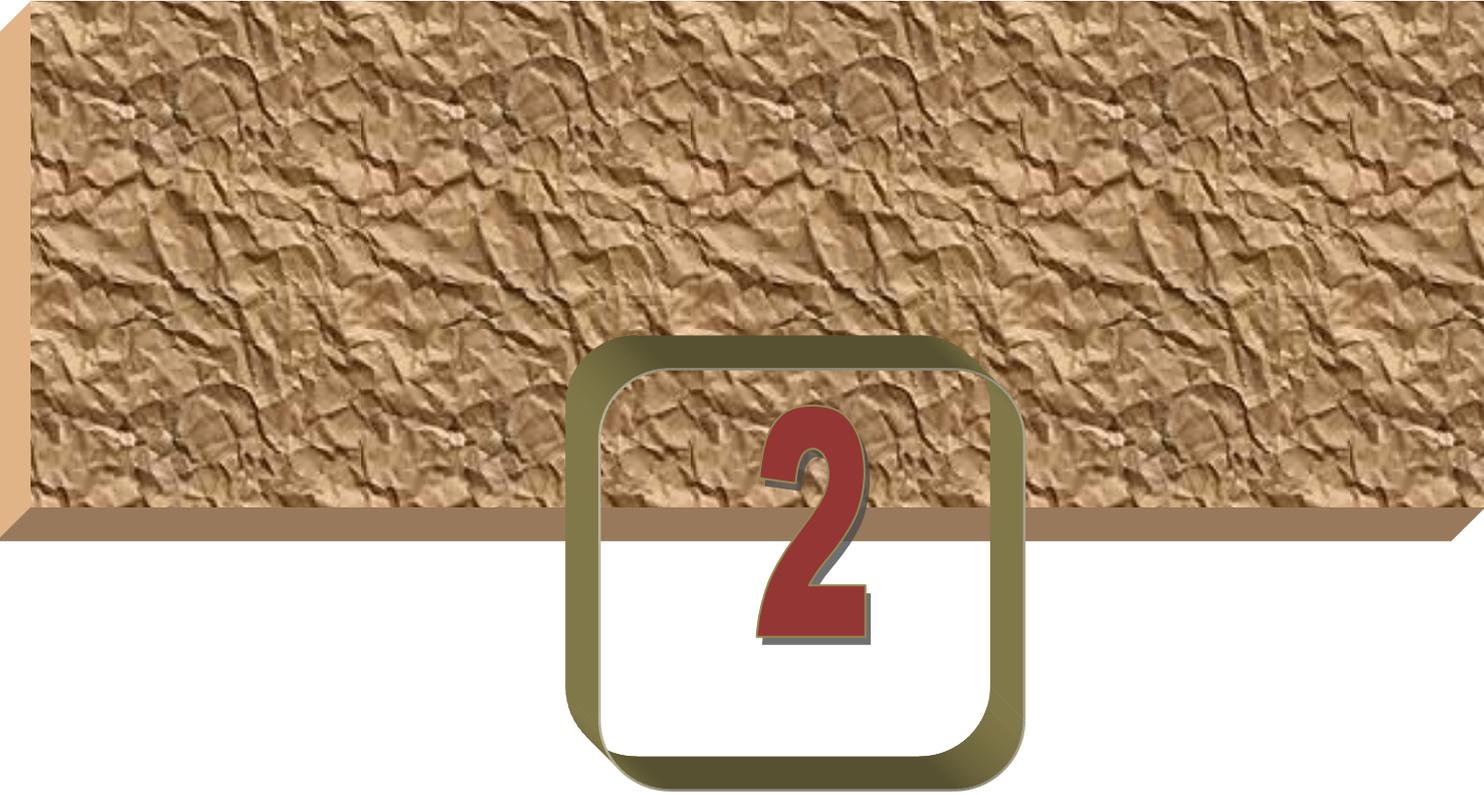
Para analisar a dinâmica urbana da área Central de Fortaleza, baseou-se na oferta de serviços e equipamentos de saúde, com ênfase nas clínicas médicas populares. Foi essencial destacar alguns objetivos: (i) refletir sobre a influência regional da cidade de Fortaleza, na qualidade de polo regional dos serviços especializados da saúde; (ii) relacionar a assimetria da localização dos serviços e equipamentos de saúde entre a capital e o interior do Ceará; (iii) entender o papel das clínicas médicas populares no preenchimento das lacunas deixadas pela saúde pública estadual; (iv) compreender a reconfiguração do bairro Centro, enquanto polo médico direcionado a um público menos favorecido economicamente; (v) caracterizar o perfil das clínicas médicas populares situadas no bairro Centro.

Os objetivos mencionados foram trabalhados ao longo do desenvolvimento da presente investigação, organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo tratou dos aspectos introdutórios da pesquisa. O segundo capítulo discutiu os seguintes temas: i) a influência regional no setor da saúde em Fortaleza com a ampla oferta dos serviços especializados de alta e média complexidade, diferente da realidade apresentada pelos demais municípios cearenses, como foi exposto no Relatório das Regiões de Influência das Cidades (IBGE – REGIC, 2007); ii) as limitações da rede de saúde de Fortaleza, evidenciando as carências estruturais, a saturação e a desconexão com a rede estadual de saúde.

No terceiro capítulo, abordaram-se as questões ligadas à inserção das clínicas médicas populares privadas como uma possibilidade apresentada à população desassistida, no enfrentamento da crise na saúde pública do país. Trataram-se a inserção dos serviços populares e a ressignificação do bairro Centro em um polo prestador de serviços de saúde privada, com características modestas. O fenômeno foi evidenciado na constituição espontânea de um quarteirão direcionado ao funcionamento de serviços de saúde populares – o Quarteirão das Clínicas.

O quarto capítulo foi resultado dos trabalhos de campo, no qual foram utilizados dados obtidos através da aplicação de um questionário semiestruturado, constituído de questões acerca dos diferentes aspectos de funcionamento geral dessas clínicas. As informações captadas foram organizadas e tabuladas, o que propiciou a análise qualitativa dessas informações. O principal resultado foi a confirmação da existência de um polo de serviços de saúde de abrangência estadual no bairro analisado.

Finalmente, as conclusões do trabalho resgatam as questões norteadoras da pesquisa sobre os aspectos relativos às políticas públicas de saúde do estado do Ceará, as limitações no setor, o papel das clínicas no *deficit* da saúde pública estadual e as mudanças ocorridas no bairro após a inserção das clínicas.



2

FORTALEZA E A SUA INFLUÊNCIA REGIONAL NA SAÚDE

O presente capítulo propõe a análise da influência regional da cidade de Fortaleza, na qualidade de polo centralizador dos serviços especializados da saúde. A finalidade da pesquisa foi refletir sobre a disposição da rede de saúde do estado do Ceará para compreender os aspectos assimétricos relativos à maior centralização dos serviços e equipamentos de saúde na cidade de Fortaleza, diferente da realidade apresentada no interior do Ceará.

Diante disso, o Datasus contabilizou em 2014 um maior percentual de equipamentos de saúde³ na cidade de Fortaleza, com 53% de todas as ofertas de

³ De acordo com o IBGE (2009, p. 1), os equipamentos de saúde e médico-hospitalares são definidos como “[...] um conjunto heterogêneo de bens de uso no setor saúde com vários graus de incorporação do conhecimento técnico-científico”. Portanto, os equipamentos de saúde são compostos por uma variedade de instrumentos produzidos pelos segmentos mais modernos da indústria, concentrada

equipamentos de exame diagnóstico em uso do estado do Ceará (Tabela 1). O contraste dos recursos existentes entre a capital e o interior do estado fortaleceu a concepção de que a cidade de Fortaleza polariza os serviços e os equipamentos de saúde do estado.

A maior proporção de equipamentos de saúde na capital está relacionada com a maior concentração populacional e a sua estrutura urbana, que, segundo Souza (2009, p. 21), [...] vincula-se ao papel que exerce Fortaleza na contração das principais atividades administrativas, comerciais, industriais, portuárias, sociais e culturais do Estado.

De acordo com a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2014, o estado do Ceará apresentou uma população de 8,842 milhões de habitantes, com uma concentração populacional de 30% na cidade de Fortaleza. Nesse sentido, os equipamentos de saúde foram contabilizados pelo número total de habitantes. Evidenciou-se, portanto, que a maior oferta dos equipamentos de saúde por grupo de habitantes é proporcionalmente maior em Fortaleza.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registrou, até agosto de 2014, a existência de 347 ultrassons de doppler distribuídos entre instituições públicas e privadas de saúde no estado do Ceará, com 222 equipamentos em uso na cidade de Fortaleza, o que representou 8,63 ultrassons disponíveis para cada 100 mil habitantes, enquanto os demais municípios cearenses possuem menos de 2 ultrassons para cada 100 mil habitantes. Os 448 aparelhos de ultrassom convencional do estado estão igualmente concentrados em Fortaleza, com registro de 7,54 equipamentos para cada 100 mil habitantes, enquanto os outros municípios cearenses dispõem de menos de 4,05 ultrassons convencionais para cada 100 mil habitantes.

Com relação aos aparelhos de alta complexidade e de manutenção dispendiosa, do total de 33 equipamentos de ressonância 21 estão em Fortaleza, restando apenas 12 unidades para os demais municípios cearenses, fato que se repete com os 66 aparelhos de densitometria óssea e os 108 tomógrafos, dos quais 38 e 68, respectivamente, estão concentrados na capital, restando menos da metade desses equipamentos nas unidades de saúde do interior do estado. Evidencia-se, portanto, que quanto maiores os níveis de complexidade dos equipamentos de saúde maior é a concentração desses aparelhos na capital e mais raros eles são no interior do estado.

basicamente nos países centrais como os Estados Unidos, a Alemanha, a Suíça, a Holanda, a França e o Japão.

Para Corrêa (1997, p. 23), a relação de concentração dos equipamentos e serviços mais especializados e raros nas cidades nordestinas é fruto da concentração da classe dominante, formada fundamentalmente, por exemplo, por uma oligarquia fundiária e comerciante, associada a um contingente de classe média e um vasto contingente populacional pobre, que leva a uma extrema concentração da oferta de bens e serviços de luxuosos a sofisticados nessas cidades.

Ainda de acordo com o autor, mesmo que os equipamentos e serviços disponíveis apresentem um amplo alcance espacial, ou seja, não sejam de acesso dificultoso para as demais localidades relativamente próximas, eles são consumidos quase que exclusivamente na cidade capital e apenas por uma parcela da população.

De acordo com o Ministério da Saúde, na Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, recomenda-se que deve haver um equipamento de ressonância magnética para cada grupo de 500 mil habitantes, um aparelho de densitometria óssea para cada 140 mil habitantes e um tomógrafo computadorizado para cada 100 mil habitantes. Portanto, há um saldo negativo nos municípios interioranos em razão de a quantidade de equipamentos não atingir o número ideal sugerido pelo Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Número de equipamentos de saúde públicos e privados por 100.000 habitantes, em uso no estado do Ceará, período até ago/2014

LOCALIDADE	CEARÁ		CEARÁ (-) FORTALEZA		FORTALEZA	
	Número	Equip./100.000 Habitantes	Número	Equip./100.000 Habitantes	Número	Equip./100.000 Habitantes
População Total	8.842.791		6.270.895		2.571.896	
Equipamentos Hospitalares						
Mamógrafo Simples	103	1,16	53	0,84	50	1,94
Raio-X de 100 a 500	313	3,53	155	2,47	158	6,14
Raio-X Densitometria	66	0,74	28	0,44	38	1,47
Tomógrafo computadorizado	108	1,21	40	0,63	68	2,64
Ressonância Magnética	33	0,37	12	0,19	21	0,81
Ultrassom Doppler	347	3,92	125	1,99	222	8,63
Ultrassom Convencional	448	5,06	254	4,05	194	7,54
%	100	-	47	-	53	-
TOTAL	1418	16,03	667	10,63	751	29,20

FONTE: Ministério da Saúde – CNES.

Elaboração: GODOY, C. V. 2015.

Os equipamentos hospitalares representados na Tabela 1 são de alta complexidade⁴, concentrando o maior volume de equipamentos na capital em relação aos demais municípios do Ceará, restando aos 183 municípios cearenses uma concentração inferior ao recomendado pela legislação brasileira.

Conforme o Datasus, as unidades de saúde do estado do Ceará, até novembro de 2014, dispunham de um total de 1.418 equipamentos de saúde, divididos em 103 mamógrafos simples, 313 raios-X de 100 a 500 m/a, 66 raios-X de densitometria óssea, 108 tomógrafos computadorizados, 33 ressonâncias magnéticas, 347 ultrassons de doppler e 448 ultrassons convencionais distribuídos entre as instituições públicas e privadas de saúde.

Quanto à disposição dos aparelhos hospitalares por macrorregião de saúde, observa-se que a maior parte deles concentra-se na macrorregião de Fortaleza com o total de 899 equipamentos, o que revela uma marca de 19,71 equipamentos disponíveis para cada 100 mil habitantes. A macrorregião de Fortaleza conta ainda com 65 tomógrafos computadorizados, 246 ultrassons de doppler e 23 ressonâncias magnéticas, que representam a maior concentração de equipamentos por habitante de todo o estado. Os equipamentos de raios-X, de densitometria óssea de mamógrafos simples e os de raios-X de 100 a 500 metros de alcance também estão em maior volume na macrorregião de saúde de Fortaleza, composta por 44 municípios que abrangem cerca de 4, 560 milhões de habitantes, compreendendo a maior população do estado.

É na macrorregião do Cariri que está a segunda maior concentração de equipamentos hospitalares do estado, com o total de 214, o que representa uma média de 14,77 equipamentos disponíveis para cada grupo de 100 mil habitantes. Apesar de o Cariri não ser a mais populosa, essa macrorregião de saúde possui um percentual superior em equipamentos médicos, o que ultrapassa a oferta de equipamentos da Macrorregião de Sobral, que abrange a segunda região de saúde mais populosa do estado, com o total de 173 equipamentos, representando 10,77 equipamentos para cada 100 mil habitantes.

⁴ Os equipamentos de alta complexidade demandam uma manutenção de técnicos qualificados com treinamento especializado. Em muitos casos, os técnicos possuem nível superior e o treinamento é desenvolvido no exterior.

O Sertão Central e o Litoral Leste – Jaguaribe dispõem de um volume inferior de equipamentos hospitalares em relação às demais regiões de saúde, com 68 e 60 equipamentos ofertados, respectivamente, numa média de 10,77 e 11,27 equipamentos disponíveis para cada 100 mil habitantes. Essa situação pode ser explicada pelo fato de essas macrorregiões serem as mais recentes, menos populosas e ainda não possuírem um hospital regional em funcionamento. Essas informações estão detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Número de equipamentos de saúde públicos e privados por 100.000 habitantes, em uso no estado do Ceará, por macrorregião de saúde. Período até novembro/2014

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ											
	Fortaleza		Sobral		Cariri		Sertão central		Litoral Leste/		CEARÁ
População Total	4.560.149		1.606.608		1.448.475		631.037		532.306		8.778.535
Equipamentos	Nº	Eq/100.000 hab.	Nº	Eq/100.000 hab.	Nº	Eq/100.000 hab.	Nº	Eq/100.000 hab.	Nº	Eq/100.000 hab.	
	Mamógrafo Simples	65	1,42	13	0,81	18	1,24	3	0,47	4	
Raio-X de 100 a 500 m/a	193	4,23	39	2,42	45	3,11	19	3,01	17	3,19	313
Raio-X Densitometria	42	0,92	6	0,37	13	0,90	3	0,47	2	0,37	66
Tomógrafo computadorizado	77	1,69	9	0,56	18	1,24	2	0,31	2	0,37	108
Ressonância Magnética	23	0,50	4	0,25	6	0,41	-	-	-	-	33
Ultrassom Doppler	246	5,40	33	2,05	45	3,11	14	2,21	9	1,70	347
Ultrassom Convencional	253	5,55	73	4,54	69	4,76	27	4,27	26	4,88	448
TOTAL	899	19,71	173	10,77	214	14,77	68	10,77	60	11,27	1.418

FONTE: Ministério da Saúde – CNES.

Elaboração, GODOY, C. V, 2014.

A concentração dos equipamentos de saúde na capital foi motivada por uma lógica populacional, na qual o documento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/SUS, 2002) estabeleceu o número mínimo de habitantes para a instalação de alguns equipamentos e serviços de saúde em geral. Nessa concepção, Guimarães, Amaral e Simões (2002), quando discutiram a rede urbana da oferta de serviços de saúde no Brasil, apontaram que

[...] alguns equipamentos e instalações, como laboratório de patologia clínica, equipamentos de radiologia e ultrassonografia obstétrica, devem ser ofertados em municípios-sede com um mínimo de 25 mil habitantes. [...] quanto aos equipamentos de maior complexidade, como aparelho para hemodiálise, são ofertados em poucos municípios (GUIMARÃES; AMARAL, SIMÕES, 2002, p. 6).

Essas informações podem ser comparadas aos resultados da pesquisa realizada por Oliveira em 2005, na qual a autora utilizou-se dos bancos de dados do Datasus e do IBGE para revelar que os serviços e equipamentos das “[...] redes de alta complexidade estão desconectados de cerca da metade dos municípios brasileiros” (OLIVEIRA, 2005, p. 6).

Outro exemplo que relata as desconexões das redes de alta complexidade da saúde pode ser detectado na pesquisa realizada por Nascimento e Melo (2013), em que os autores analisaram o PDR de Minas Gerais e o compararam ao sistema de distribuição e organização da saúde pública do país, evidenciando as limitações presentes na rede assistencial da saúde:

[...] o processo de descentralização da saúde pública não se efetiva em seu sentido pleno, uma vez que os pacientes residentes nas cidades e nos municípios de menor porte populacional necessitam se deslocar para um município melhor equipado para ter um atendimento médico especializado (NASCIMENTO; MELO, 2013, p. 329).

Essa circunstância estabelece o papel hierárquico das cidades, que possuem a capacidade de atrair e expelir os fluxos populacionais de acordo com a escala de serviços requisitada pela população. Ramires (2013, p. 199) afirma que “[...] o processo de diferenciação espacial tende a ser cada vez mais concentrador e, em grande parte, tende a reforçar o papel hierárquico das grandes metrópoles”.

O processo de distribuição dos serviços e equipamentos de saúde, instituído pelo Ministério da Saúde, destinou os recursos da saúde em razão da demanda populacional das cidades brasileiras. Assim, os equipamentos de alta complexidade foram implantados nos grandes aglomerados urbanos, ou seja, nas capitais dos estados consideradas como pontos estratégicos, enquanto os equipamentos de média complexidade estabeleceram-se nos centros regionais ou nas cidades médias com referência no atendimento da população dos municípios menores, consolidando, assim, a hierarquia urbana dos serviços de saúde do país.

Nessa concepção, entende-se que a rede de saúde do Ceará foi constituída de acordo com a hierarquia urbana do estado, em que a capital exerce uma função hegemônica na disposição dos serviços de saúde de alta complexidade para todo o estado, ao passo que as cidades médias dispõem dos serviços de média complexidade

para os municípios mais próximos e menos equipados, os quais, por sua vez, dispõem apenas dos serviços de atenção básica. Embora a cidade de Fortaleza concentre o maior volume de equipamentos hospitalares do estado, o atendimento e a qualidade dos serviços prestados não dão conta da demanda da própria cidade, em razão da elevada demanda estadual.

2.1 A DISTRIBUIÇÃO ASSIMÉTRICA DOS SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Discutir acerca da distribuição desigual dos serviços e equipamentos de saúde no Ceará requer refletir acerca da estrutura de funcionamento, da oferta, da distribuição e da concentração dos serviços de saúde na cidade de Fortaleza. Esses fatores, apesar de ser adequados às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, não se isentam dos problemas relativos ao mau funcionamento do setor que resultam principalmente na precarização dos atendimentos, no transbordo nas unidades de atendimentos, e na insatisfação de usuários e funcionários da rede pública de saúde. Grande parte dos problemas é atribuída às constantes transferências de pacientes do interior do Ceará, onde existem condições ainda mais precárias no setor da saúde pública.

Nesse contexto, a discussão, ponderada por Santos (1987-2012) auxilia uma reflexão sobre o tema, haja vista que o autor critica a carência dos serviços, que, segundo ele, são serviços essenciais à vida social e individual do cidadão. Entretanto, a concentração dessas atividades é mais frequente nos grandes aglomerados urbanos. Essa divergência foi facilmente constatada quando

[...] olha-se o mapa do país e se observa extensas áreas vazias de hospitais, postos de saúde, escolas secundárias e primárias, informação geral e especializada, enfim, áreas desprovidas de serviços essenciais à vida social e à vida individual. O mesmo, aliás, se verifica quando observamos as plantas das cidades em cujas periferias, apesar de uma certa densidade demográfica, tais serviços estão igualmente ausentes. É como se as pessoas nem lá estivessem (SANTOS, 1987- 2012, p. 59).

Essa análise foi viabilizada com base na observação da localização e da distribuição desses serviços e equipamentos no país na década de 1980, contudo o cenário atual da saúde ainda permanece debilitado, não muito diferente do apresentado por Santos (1987-2012). As extensas áreas vazias de hospitais e de centros de saúde, na maior parte do interior do Ceará, contrastam com a concentração desses serviços na malha urbana de Fortaleza, que, ainda assim, não possui uma estrutura médico-hospitalar equipada e organizada o suficiente para atender as demandas da própria cidade.

A maior concentração dos equipamentos dos serviços de saúde na capital do Ceará pode ser interpretada pelas análises de Lencioni (2008, p. 14), quando a autora discutiu o papel da metrópole contemporânea utilizando os conceitos de concentração e centralização do capital, afirmando que “[...] o grau de concentração territorial dos serviços produtivos na metrópole tem relação direta com o desempenho de seu papel central”.

Para Lencioni (2008), os serviços que envolvem operações mais complexas e inovadoras, como os centros hospitalares de alta complexidade, por exemplo, que necessitam de um aparato tecnológico de última geração e de profissionais especializados, abrangendo uma rede de contatos exclusivos para o funcionamento, são serviços que possuem maior grau de especialização e se concentram nas maiores cidades do país.

A centralização de hospitais em Fortaleza foi constatada quando se verificou que, dos 302 hospitais especializados do Ceará (Tabela 3), 101 unidades estão situadas em Fortaleza. Isso significa que os 201 hospitalares restantes são responsáveis pelos demais 183 municípios cearenses, enquanto Fortaleza sozinha concentra 33% dos hospitais de todo o estado. Embora os outros municípios do Ceará possuam 66% dos hospitais, o alto nível de complexidade tecnológica, a capacidade de atendimento e a maior oferta de leitos hospitalares centralizam-se em Fortaleza, ou seja, os maiores hospitais ditos de referência estão na capital.

De acordo com o Datasus, o estado do Ceará disponibilizou até fevereiro de 2015 o total de 17.442 leitos de internação entre hospitais públicos e privados, com 7.403 leitos ofertados pelos hospitais de Fortaleza, representando 2,87 leitos disponíveis

para cada grupo de 1.000 habitantes. Os 10.039 leitos restantes foram disponibilizados em outros hospitais do estado, sendo 1,6 leitos para cada 1.000 habitantes.

Tabela 3 – Quantidade e percentual de estabelecimentos hospitalares públicos e privados por tipo, em Fortaleza – Ceará, até outubro de 2014

HOSPITAIS	Ceará		Ceará (-) Fortaleza		Fortaleza	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospitais especializados	56	100	14	25	42	75
Hospitais Gerais	220	100	182	82	38	17
Hospitais dias	15	100	4	26	11	73
Prontos Socorros	11	100	1	9	10	90
TOTAL	302	100	201	66	101	33

FONTE: Ministério da Saúde – CNES.
Elaboração. GODOY, C. V, 2014.

De acordo com os dados do CNES (Tabela 3), observa-se que aproximadamente 169 municípios situados no Ceará não possuem hospitais especializados. Das 56 unidades existentes, 42 estão situadas na cidade de Fortaleza. Com relação aos hospitais gerais, constatou-se a presença de aproximadamente uma unidade por município. Nota-se, contudo, que existem quantidades menores de prontos-socorros e hospitais-dia⁵, o que representa onze unidades do primeiro e quinze no segundo. Em Fortaleza, registra-se a existência de dez prontos-socorros e onze hospitais-dia.

A disparidade existente na disposição dos serviços e equipamentos de saúde, no estado do Ceará, exige um esforço ainda maior da população que reside distante dos

⁵ Também conhecido como Serviço de Internação Parcial, é uma categoria hospitalar que fornece cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório por um período não superior a 12 horas, não requerendo assim a estadia durante a noite. Os hospitais-dia também se destinam ao atendimento de pacientes psiquiátricos, que frequentam a unidade hospitalar durante o período diurno, passando o restante do dia com a família e a comunidade onde residem.

centros urbanos, onde se situa a maior parte dos recursos. Os pacientes encontram dificuldades no acesso aos serviços de saúde, principalmente quando se trata dos níveis técnicos mais complexos da medicina, cuja localização encontra-se distanciada dos bairros periféricos e dos municípios interioranos.

Essa situação é ainda muito frequente em municípios mais distantes da capital, coerente com os propósitos apresentados pela Noas/SUS, 2002), que se baseia em delimitações e ou racionalização da abrangência dos serviços de alta complexidade, de acordo com os limites financeiros dos municípios, ficando os serviços de alta complexidade concentrados nos municípios-polo, enquanto os de menor complexidade devem estar presentes em todos os municípios (BRASIL, Portaria 373, 2002).

A intenção das redes de assistência à saúde é justamente a expansão do alcance dos serviços a uma população que reside mais distante dos centros urbanos. Logo, os municípios-polo mais próximos das localidades desassistidas se responsabilizam pela complementação dos níveis de média e alta complexidade de assistência à saúde da população. Portanto, a regionalização “[...] visa alcançar uma economia de escala, para uma atividade com custos crescentes e frequentemente marcada pela escassez de recursos financeiros” (RAMIRES, 2013, p. 200).

Portanto, “[...] o deslocamento de grandes distâncias só se justifica pela obtenção de serviços de alta qualidade comparativamente àqueles prestados em outros centros regionais mais próximos do paciente, especialmente em situação de custo decrescente de transporte” (FERNANDES; LIMA, 2006, p. 39).

Essa situação confronta-se com os princípios básicos da universalização no direito à saúde, que, segundo a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 da Constituição Federal, é direito a todo o cidadão brasileiro a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, Art. 7º).

Para que haja de fato a universalização e a equidade da saúde, torna-se necessária garantia de gratuidade dos serviços, tendo em vista que “[...] as barreiras econômicas restringem o consumo. Os custos incorridos no consumo de serviços de saúde incluem, também, aqueles de transporte, de espera para o atendimento, de aquisição de medicamentos e etc.” (TRAVASSOS, 1997).

O acesso limitado aos serviços de saúde é um entrave na vida da população, principalmente para os residentes do interior do estado do Ceará. Os interioranos precisam percorrer grandes distâncias em busca de atendimento médico especializado, pois vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor, o que dificulta o acesso. O Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece, 2012, p. 3) reforça esse fato quando admite que “[...] apesar dos avanços e conquistas obtidas, a população cearense, em especial a residente no interior do estado, ainda enfrenta dificuldades no acesso a serviços de saúde especializados”.

Essa circunstância foi analisada por Ramires (2007) a partir da pesquisa sobre os fixos e fluxos de saúde nas cidades médias. O autor utilizou-se das concepções de Corrêa (2007) para chamar a atenção para o fato de que as interações espaciais não devem ser reduzidas aos simples deslocamentos de pessoas, de mercadorias, de capital ou de informações, mas sim à percepção das diferenças entre os lugares, fato que se caracteriza, predominantemente, por uma assimetria, por relações que tendem a favorecer um lugar em detrimento do outro, ampliando as diferenças já existentes, isto é a transformação dos lugares (RAMIRES, p. 173, 2007).

As barreiras econômicas enfrentadas pela população usuária do sistema público de saúde são analisadas por Oliveira (2005) com base no conceito de acesso, que se fundamenta entre a necessidade do usuário e a oferta dos serviços de saúde, compreendendo a acessibilidade como um componente do acesso. Logo, a pesquisa levou em consideração a localização da oferta e do usuário em razão dos custos com os meios de transporte, com o tempo e a distância. Essa relação ocorre mesmo nos casos em que o serviço é gratuito, na medida em que o sistema de saúde afirma a universalidade, mas não garante o transporte (OLIVEIRA, 2005, p. 3).

Travassos (1997) analisa o princípio básico da universalidade do SUS, partindo da concepção de acesso aos serviços de saúde. Apesar da gratuidade dos serviços prestados à população, a autora não considera que o sistema de saúde público seja de fato universal, devido às barreiras econômicas que restringem o consumo mais amplo da população. Os custos incorridos no consumo dos serviços de saúde tendem a representar um valor relativo, isto é, proporcional à renda, sendo maiores para os grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor, o que restringe o acesso (TRAVASSOS, 1997, p. 7).

No campo de ação do SUS referente às dificuldades de acesso dos pacientes que necessitam de tratamento fora do município domiciliar, a Lei Orgânica da Saúde disciplinada pela Portaria Federal do Ministério da Saúde prevê o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente reside. Portanto, trata-se de um auxílio cedido aos pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados/contratados pelo SUS a serviços assistenciais de outro município/estado. Contudo, fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município nos tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica (PAB), (BRASIL, Portaria/SAS/Nº 055/1999). “Entretanto, como é natural, as autorizações para o TFD são limitadas, e devem observar o teto financeiro definido para cada município/estado” (OLIVEIRA, 2005, p. 4).

No estudo realizado por Oliveira (2005) acerca das territorialidades do SUS, destacou-se que as desigualdades perante a distribuição territorial dos serviços de saúde nas cidades brasileiras reforçam as desigualdades no acesso, considerando-se que a descentralização geográfica, ao melhorar as condições de acesso, é condição necessária, ainda que, por si só, insuficiente para o alcance da equidade (OLIVEIRA, 2005, p. 2).

A desigualdade apresentada na distribuição territorial dos serviços de saúde está relacionada às condições ou ao acesso a esses serviços por diferentes grupos sociais. Esse impasse é observado na desigualdade do acesso aos serviços de saúde dos habitantes mais carentes do interior do Ceará, com relação aos moradores da capital, no qual os primeiros buscam pelos serviços onde encontram maior oferta e menor distância. Portanto, a concentração dos fixos do setor saúde em Fortaleza fortalece a concepção de que a cidade representa um polo centralizador para todo o estado.

2.2 AS POLÍTICAS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ

A descentralização da saúde no Brasil estabelecida na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), no artigo 198, foi uma política de redistribuição administrativa, fundamentada no fortalecimento dos municípios, o que possibilitou uma divisão regionalizada e hierarquizada dos serviços públicos e privados

de saúde do país. Portanto, o poder de decisão e gestão, antes concentrado na esfera federal, foi transferido em parte para os estados e municípios brasileiros.

No esforço de se combaterem as discrepâncias ainda presentes, principalmente nos municípios mais afastados dos grandes aglomerados urbanos, a Lei da Saúde n° 8.080/90 regulamentou as ações de saúde em todo o território nacional, com base na descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde, através da regionalização e hierarquização, que constituem os princípios universais do sistema nacional de saúde. Essa resolução envolve principalmente a distribuição espacial dos equipamentos e serviços de saúde, como problematiza Ramires (2013):

A implantação de uma rede regionalizada de serviços de saúde prevista como um dos objetivos centrais do Sistema Único de Saúde implica na distribuição espacial de equipamentos e estabelecimentos em função das características epidemiológicas de cada localidade, descentralizando os serviços mais simples e concentrando os mais complexos (RAMIRES, 2013, p. 198).

Diante disso, o processo de descentralização da saúde foi reforçado pelo Decreto n° 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde de n° 8.080/1990, por meio da disposição da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa. Portanto, a resolução propôs uma maior operacionalidade e sustentabilidade à estrutura assistencial, definindo juridicamente as responsabilidades dos entes federativos, para que os cidadãos pudessem, de fato, ter acesso às ações e aos serviços ofertados nas regiões e organizados em redes de atenção à saúde, (BRASIL, 2012).

O sistema público de saúde possui uma estrutura organizada em níveis de atenção primária, secundária e terciária⁶ articulados aos níveis de complexidades crescentes. Os níveis de atendimentos são de responsabilidade dos respectivos poderes federais, estaduais e municipais. Portanto, a Rede Federal financia os níveis mais complexos (terciário), sendo referência para todo o país. A Rede Estadual possui uma

⁶ O nível primário é constituído por equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica do sistema, e a capacitação de pessoal necessita apenas de uma formação geral para atender os problemas de saúde mais frequentes. Os profissionais envolvidos nesse nível são os médicos da família e clínicos gerais. O nível secundário envolve o uso de equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica. O nível terciário concentra a utilização de equipamentos com alta incorporação tecnológica e demanda uma formação especializada mais intensiva dos profissionais (Ipece, 2012, p. 6).

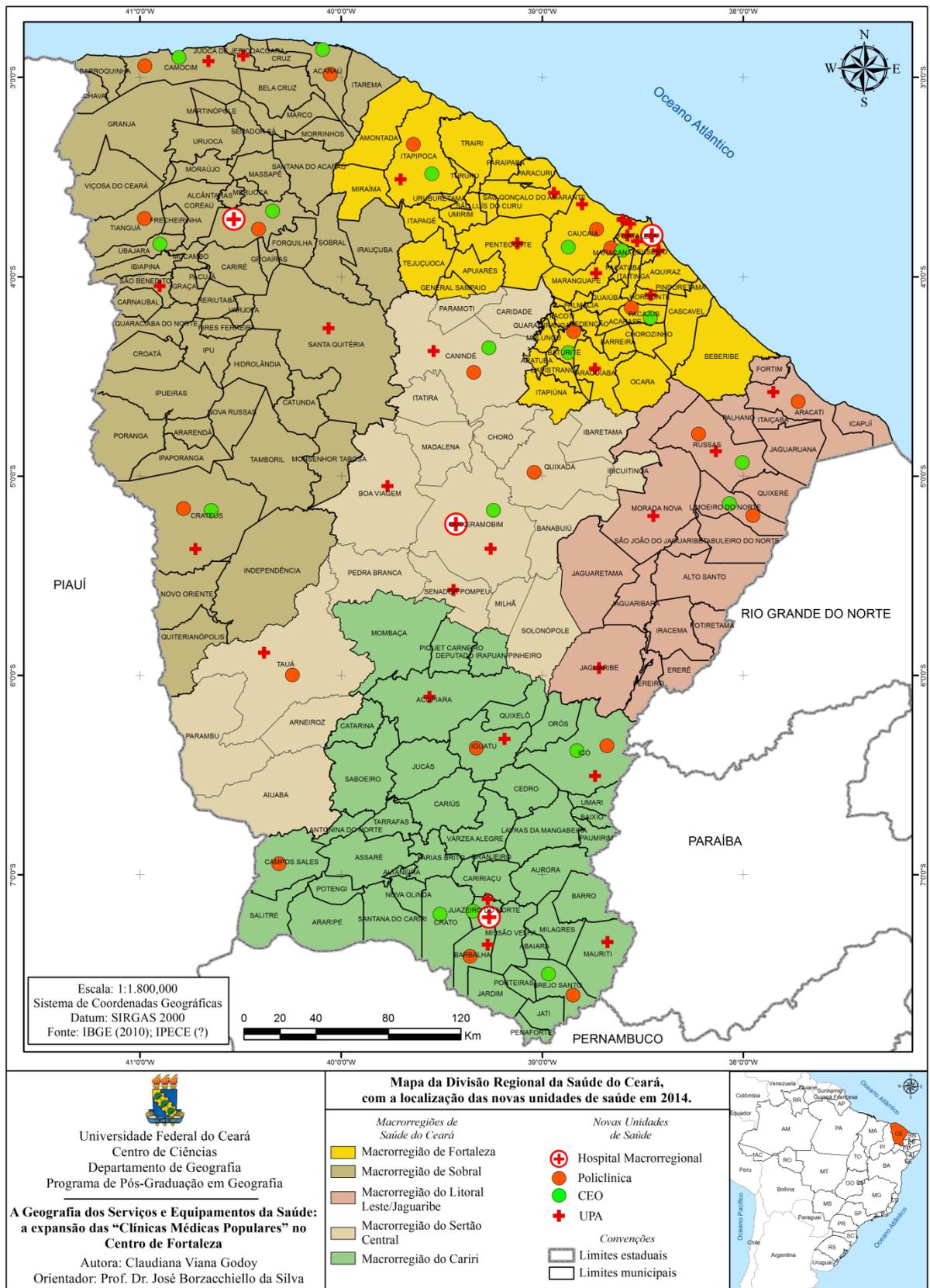
ampla cobertura, formada por hospitais, clínicas, ambulatórios, entre outros equipamentos, enquanto a Rede Municipal cobre os serviços de atenção primária.

O governo do estado do Ceará, na última década, fortaleceu o setor da saúde, através das práticas políticas direcionadas à descentralização espacial do setor, promovendo uma espécie de reparo na rede estadual da saúde pública. As intervenções tiveram como foco principal o preenchimento dos vazios assistenciais em todos os níveis de atenção. O maior avanço apresentado foram os projetos de instalação dos quatro hospitais regionais de referência estadual (Figura 2), planejados em pontos estratégicos dos municípios-polo/sede⁷ das macrorregiões de saúde⁸ do Ceará.

⁷ Municípios que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, sejam referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção à saúde.

⁸ Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, a oferta de serviços, as relações entre municípios, entre outros fatores. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde.

Figura 2 – Mapa da Divisão Regional da Saúde do Ceará, com a localização das novas unidades de saúde em 2014



Dois dos hospitais regionais já estão funcionando de forma parcial, o Hospital Regional do Cariri, localizado em Juazeiro do Norte, e o Hospital Regional Norte, no município de Sobral. O Hospital Regional do Sertão Central e o Metropolitano se encontram em via de implantação. Na atenção básica à saúde (Figura 2), a ampliação ocorreu através da instalação de 19 policlínicas, 18 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e 21 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em funcionamento, estando 11 unidades em processo de implantação.

Com o início das atividades dos hospitais regionais norte e sul, foram evidenciadas mudanças na qualidade do atendimento da população da capital e do interior. Embora os referidos hospitais situem-se distantes de Fortaleza, o relatório elaborado pelo Ipece (2012), sobre o desempenho dos novos hospitais regionais, indicou a redução no tempo de atendimento e na distância entre cada município com os hospitais mais próximos, além da redução do número de transferências para os hospitais em Fortaleza, quando ressaltou:

Atualmente, demoram-se 3,41 horas para se chegar em Fortaleza, percorrendo-se em média, 252 km. Com os novos hospitais, o tempo diminuirá para 1,85 horas, enquanto a distância cairá para 124 km para o hospital mais próximo, significando uma redução de 50% no tempo e na distância (IPECE, 2012, p. 24).

Os hospitais de referência e regionais são os elos da rede de saúde de alta complexidade do estado, pois eles funcionam como pontos de conexão da rede assistencial, fornecendo os serviços mais complexos aos municípios menos equipados, haja vista que os hospitais com alta capacidade de atendimento são localizados em pontos estratégicos dos centros regionais do estado. Nessa perspectiva, a inserção dos hospitais regionais em Sobral e Juazeiro do Norte beneficiou, no primeiro caso, 1.436.187 pessoas que antes percorriam em média uma distância de 266 km em 3 horas e 60 minutos para chegar aos hospitais de Fortaleza. O Hospital Regional de Juazeiro do Norte favoreceu uma população de 920.459 habitantes que perfaziam em média 468 km em 5 horas 20 minutos para chegar a Fortaleza.

Nesse contexto, a inserção de hospitais regionais e demais serviços e equipamentos de saúde acrescentaram uma nova dinâmica à rede assistencial do estado. A provável redução do fluxo de pacientes do interior do estado nos hospitais de

Fortaleza, indicada pelo Ipece (2012), foi explicada em razão de os novos hospitais regionais acolherem parte dos pacientes das respectivas regiões norte e sul do Ceará. Por outro lado, as críticas relativas à eficiência, à competência e à capacidade de funcionamento dos hospitais regionais é uma constante, levando em conta que as deficiências administrativas dos serviços de saúde de Fortaleza e do interior do estado não foram totalmente sanadas.

Essa situação ocorre em razão da carência de hospitais de referência na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), considerada como uma lacuna na rede assistencial do estado, pois é justamente onde ocorre a expansão populacional da capital, fato que reforça a imprescindibilidade da instalação de um hospital de referência, com o atendimento voltado aos municípios metropolitanos e em particular aos habitantes das cidades de Caucaia e do Maracanaú. Essa população influi sobre os índices mais altos de pacientes atendidos pelo Hospital IJF e provoca superlotação em outros hospitais de Fortaleza. Por conta disso, a implantação de um hospital metropolitano foi incluída nos planos do governo estadual em 2012, contudo, até o presente momento, a edificação do referido hospital não foi efetivada. Atualmente, o processo está na fase de limpeza do terreno.

Diante das estatísticas de atendimento apresentadas pelo hospital Instituto Doutor José Frota (IJF) em 2014, o superintendente do hospital, Walter Frota, afirmou que “[...] 50% das internações no hospital são de pessoas oriundas do interior do estado. Na emergência, 29% dos 6.635 pacientes atendidos não são de Fortaleza. Destaca-se que o total de 70% é oriundo da Região Metropolitana” (DIÁRIO do Nordeste Online, 31/10/2014). Essa situação se agrava em razão da ausência de um hospital de referência em tratamentos de traumas na RMF, pois esse perfil de pacientes é comumente encaminhado para os hospitais especializados em Fortaleza.

O número de pacientes provenientes do Cariri atendidos no IJF nunca foi significativo, segundo o responsável administrativo do IJF. Ademais, o Hospital Regional do Cariri oferta serviços de urgência e emergência para os 45 municípios situados no sul do estado, com 13 especialidades, incluindo os níveis de média complexidade (MC) e alta complexidade (AC) como a traumatologia-ortopedia, por exemplo. Portanto, são raras as transferências de pacientes do Cariri para o IJF.

Um dos fatores que causam amplos transtornos e saturação no atendimento dos hospitais públicos situados em Fortaleza, e principalmente nos hospitais IJF e no Geral, referem-se ao recebimento de um grande volume diário de pacientes fora do perfil de urgência e emergência, fato que acarreta a superlotação e o impedimento dos atendimentos de casos clínicos que envolvem riscos de morte. Nesse sentido, a ampliação do setor de urgência, isto é, o atendimento de casos clínicos com menor índice de gravidade, com o auxílio das UPAs 24 Horas situadas em diferentes bairros de Fortaleza, além de outros municípios do estado, garantiu uma sensível redução do fluxo de atendimento dos grandes hospitais de referência da capital.

2.2.1 Divisão regional da saúde do Ceará

Para um melhor entendimento das políticas de descentralização da saúde no Ceará foi fundamental a compreensão dos processos de divisão regional da saúde. O funcionamento da rede de saúde do estado do Ceará foi baseado na Noas-SUS 01/02, que instituiu “[...] o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência a saúde da população em todos os níveis de atenção” (NOAS-SUS, 2002).

Consta nos PDRs a divisão do sistema resolutivo de assistência à saúde do estado, proporcionando uma organização dos territórios estaduais em macrorregiões/microrregiões de saúde, que, segundo o documento Noas-SUS 01/02, a base territorial de planejamento da atenção à saúde “[...] não necessariamente coincide com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado [...]” (NOAS-SUS, 2002).

Apoiado na autonomia pertinente à divisão regional da saúde dos estados brasileiros, as Secretarias de Saúde levam em consideração algumas particularidades, entre outras: características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas; oferta de serviços; relações entre municípios. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde.

A Divisão Regional da Saúde do estado do Ceará passou por algumas modificações desde a elaboração do seu primeiro PDR em 2006, no qual o estado foi dividido em três macrorregiões de saúde, que constavam em Fortaleza, Sobral e Cariri. As alterações foram registradas no processo de revisão nos anos de 2011 e 2014, que resultaram na criação de mais duas macrorregiões de saúde associadas à ampliação da rede de assistência à saúde. Em termos práticos, a divisão regional da saúde no estado do Ceará em macrorregiões e microrregiões de saúde significou a ampliação e a descentralização da rede assistencial da saúde estadual, evidenciadas na inserção dos hospitais regionais e das demais unidades de saúde.

Na primeira revisão em 2011, foram realizadas algumas alterações, das quais foram pontuados o aumento da oferta de serviços e as melhorias do acesso, através da implantação dos CEOs, das Policlínicas, e dos Hospitais Regionais, além da criação da 4ª Macrorregião de Saúde do Sertão Central. A revisão realizada em maio de 2014 resultou na criação da 5ª Macrorregião de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, vinculada ao projeto de construção do hospital regional.

A atual divisão regional da saúde do estado do Ceará (Figura 2) é composta por cinco macrorregiões de saúde encarregadas da prestação de serviços assistenciais de alta complexidade (AC), e 22 microrregiões responsáveis pela assistência de média complexidade (MC), compreendidas em 184 municípios com uma população de 8,778 milhões de habitantes. As macrorregiões são formadas por um agrupamento de microrregiões, que, por sua vez, são compostas por municípios, cada um deles possuindo parcerias com consórcios (municípios e estado). Tais consórcios são responsáveis pela gestão e pelo financiamento das UPAs, dos CEOs, das Policlínicas, entre outros equipamentos públicos do setor da saúde.

A Macrorregião de Saúde de Fortaleza está compartimentada em seis microrregiões, que abrangem o total de 44 municípios, uma área que corresponde ao norte Cearense, como Uruburetama, Baturité, parte da RMF, além de todo o litoral de Itapipoca a Icapuí. Envolve, assim, as áreas de maior concentração urbana e populacional do estado, com um total de 4, 560 milhões de habitantes, ou seja, 51,9% da população do Ceará. A Macrorregião de Fortaleza disponibiliza os serviços de AC, enquanto os municípios-sede, Caucaia, Maracanaú, Maranguape, Baturité, Aracoiaba e Itapipoca, dão suporte aos serviços de MC.

A Macrorregião de Sobral está subdividida em cinco microrregiões de saúde, que englobam 55 municípios, uma área que abrange o noroeste do estado, o Baixo e Médio Acaraú, o litoral de Itarema a Chaval, os Sertões de Crateús, os Maciços da Meruoca, Rosário, a Serra das Matas e os Planaltos Sedimentares da Ibiapaba, e a Serra Grande. Corresponde, assim, à segunda maior concentração populacional do estado, com um total de 1, 606 milhões de habitantes, o que representa 18,3% da população do Ceará. O município de Sobral é referência nos níveis de AC, sendo as cidades de Acaraú, Tianguá, Tauá, Crateús e Camocim os municípios-sede que disponibilizam os serviços de MC.

A Macrorregião do Cariri é formada por cinco microrregiões de saúde, que presta serviço a 45 municípios, localizados no sul do Ceará, com limites que incluem a Chapada do Araripe, o Vale do Cariri, os Sertões de Icó e Iguatu e parte do Alto Jaguaribe. É a terceira maior concentração populacional do estado, com um total de 1, 448 milhões de habitantes, ou seja, 16,5% da população cearense. Os serviços de saúde de AC e MC estão distribuídos entre os municípios-sede, Juazeiro do Norte e Barbalha, e o nível de MC é atribuído aos municípios-sede de Icó, Iguatu, Brejo Santo e Várzea Alegre. A Macrorregião do Sertão Central é formada por três microrregiões de saúde, que atende a 20 municípios, em uma área que equivale aos territórios localizados no norte e nos Sertões Cearenses. Incluem todas as depressões sertanejas de Canindé, Quixadá e Tauá, esses últimos já nos Sertões dos Inhamuns, e parte sul do Planalto da Ibiapaba e do Alto Jaguaribe. É a penúltima maior concentração urbana do estado, com um total de 631 mil habitantes, ou seja, 7,2% da população do Ceará. Após a instalação do Hospital Regional do Sertão Central, em Quixeramobim, o município irá absorver os níveis de AC e MC, complementados pela cidade de Canindé e Quixadá.

A Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe abrange três Microrregiões de Saúde, as quais proporcionam o atendimento a 20 municípios do estado. A macrorregião ocupa uma extensão correspondente ao litoral leste do Ceará, que se inicia em Fortim e vai até o município de Pereiro, incluindo partes do Baixo e do Médio Jaguaribe. É a menor concentração urbana do estado, com um total de 532 mil habitantes, isto é, 6,1% da população do Ceará. Após a implantação do Hospital Regional do Litoral Leste em Limoeiro do Norte, o município atenderá o perfil de AC e MC, complementado por Aracati e Russas. As informações populacionais das macrorregiões de saúde do estado estão representadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Divisão das Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará: respectivas populações e unidades de saúde com percentuais por macrorregião

	POPULAÇÃO/ MACRORREGIÃO DE SAÚDE											
	Fortaleza		Sobral		Cariri		Sertão central		Litoral Leste/		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	4.560.149		1.606.608		1.448.475		631.037		532.306		8.778.535	
Nível complexidade												
Básica	932	28	843	26	832	25	336	10	340	11	3283	100
Média	5.667	68	840	10	1.133	14	371	4	299	4	8.310	100
Alta	289	51	82	15	119	21	40	7	40	7	566	100

FONTE: PDR CEARÁ – 2014.
Elaboração. GODOY, C. V, 2014.

A plataforma do Datasus apresentou a rede de básica, média e alta complexidade do Ceará através da disposição dos ambulatórios e hospitais situados nas cinco macrorregiões de saúde. Nesse caso, até janeiro de 2015, a Macrorregião de Fortaleza registrou o total de 5.667 unidades de saúde de média complexidade e 289 de alta complexidade. A macrorregião de Sobral contou com 840 unidades de média e 82 de alta complexidade, já a macrorregião do Cariri possuía 1.133 unidades de média e 119 de alta complexidade, enquanto o Sertão Central apresentou 371 unidades de média e 40 de alta complexidade. O Litoral Leste, por seu turno, disponibilizou 299 unidades de média e 36 de alta complexidade.

A regionalização da saúde no estado do Ceará apresenta importantes avanços, apesar do contexto histórico e geográfico ainda heterogêneo, devido às gritantes diferenças presentes no interior do estado, fato que compromete a sustentação essencial do setor da saúde para a população. Nas políticas descentralizadoras da saúde, as regiões de saúde são “[...] base territorial para o planejamento de redes de atenção que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde” (LIMA, et al., 2012, p. 2883).

Portanto, os avanços relativos à qualidade no atendimento à saúde do estado do Ceará consistiram em resultados positivos para o acesso à saúde da população, contudo os problemas apresentados pelo setor não podem ser limitados à ampliação e à melhoria dos recursos físicos (implantação de hospitais, UPAS e policlínicas). Existe uma série de fatores a serem considerados como os reais problemas enfrentados pela população, principalmente quando se leva em consideração as diferenças socioculturais e históricas presentes em cada município interiorano. Ainda assim, o modelo de gestão pública que buscar abranger o maior número de pessoas está relacionado ao planejamento regional fundamentado na homogeneidade dos problemas sociais.

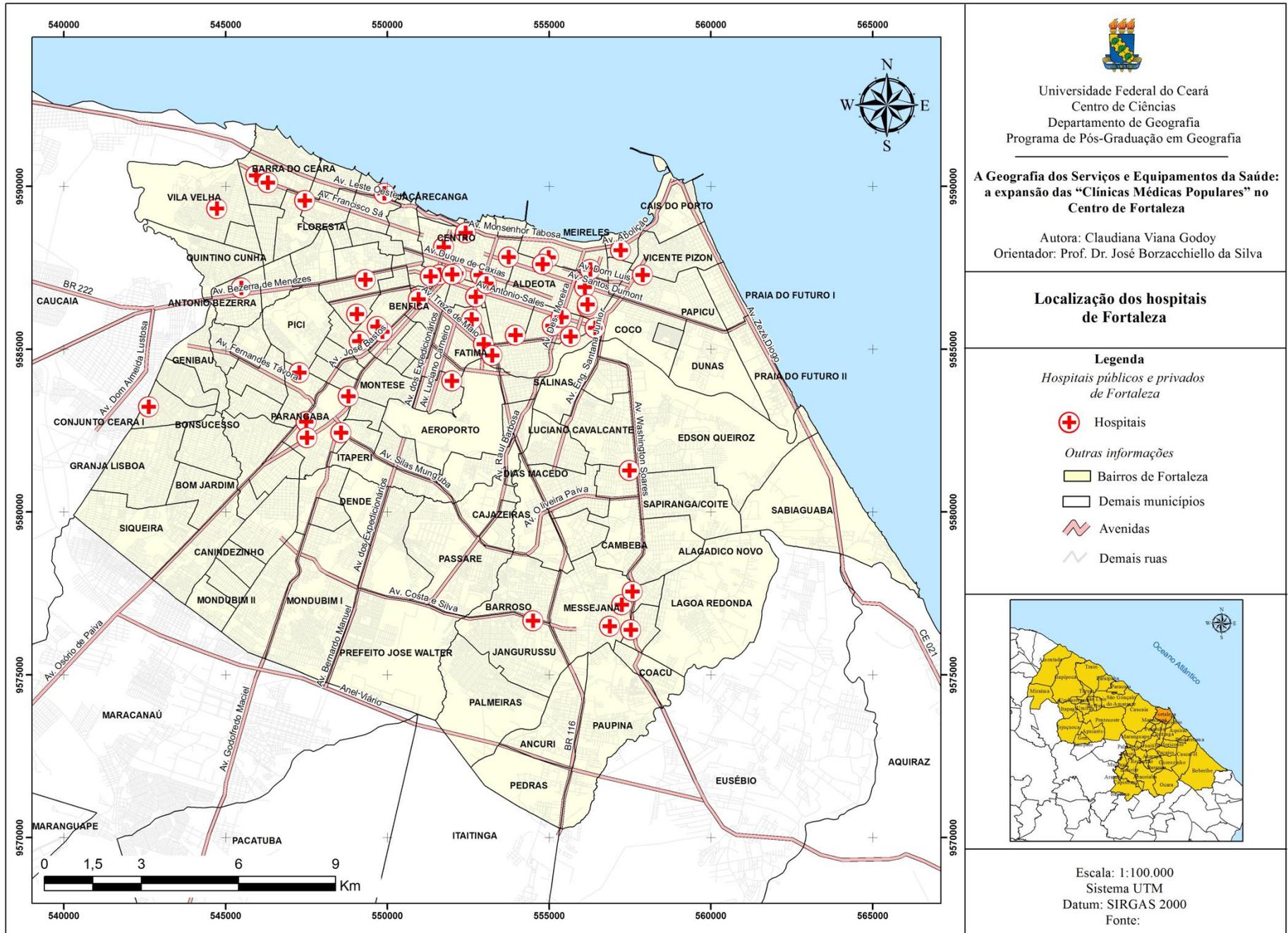
2.3 FORTALEZA: POLO REGIONAL DA SAÚDE

A cidade de Fortaleza possui uma significativa influência regional no setor de serviços da saúde, pois nela estão situados os mais importantes hospitais públicos de referência regional, como o IJF, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e o Hospital de Messejana (HM). Esses hospitais são referência nos procedimentos médicos de alta complexidade como os transplantes hepáticos, renais, cardíacos, pulmonares, entre outros procedimentos de saúde.

O setor privado também é bastante desenvolvido, com destaque para a realização de cirurgias plásticas estéticas, tratamentos de fertilização humana e odontológicos, procedimentos esses que atraem pacientes de outros estados, regiões e até mesmo de outros países. O setor de ensino médico superior do Ceará conta com sete cursos de graduação e diversos de pós-graduação em medicina.

O maior percentual dos serviços médicos de alta complexidade do estado situa-se na cidade de Fortaleza (Figura 3). Oliveira (2005, p. 2) destaca que “[...] os serviços de saúde que possuem maior complexidade concentram-se em poucos locais”. Então é comum que os grandes aglomerados urbanos centralizem espacialmente os serviços de uso mais frequentes, que, segundo Singer (1978), “[...] são serviços que não podem ser levados diretamente ao consumidor, portanto é imprescindível que estejam localizados junto à massa que servem ou de que se servem”.

Figura 3 Mapa da localização dos hospitais públicos e privados em Fortaleza – 2015



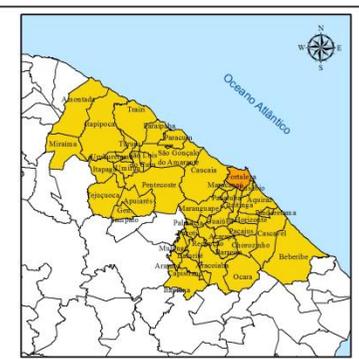
Universidade Federal do Ceará
 Centro de Ciências
 Departamento de Geografia
 Programa de Pós-Graduação em Geografia

**A Geografia dos Serviços e Equipamentos da Saúde:
 a expansão das “Clínicas Médicas Populares” no
 Centro de Fortaleza**

Autora: Claudiana Viana Godoy
 Orientador: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva

**Localização dos hospitais
 de Fortaleza**

- Legenda**
 Hospitais públicos e privados de Fortaleza
 + Hospitais
 Outras informações
 Bairros de Fortaleza
 Demais municípios
 Avenidas
 Demais ruas



Escala: 1:100.000
 Sistema UTM
 Datum: SIRGAS 2000
 Fonte:

Nesse contexto, torna-se essencial a reflexão acerca da influência regional e da centralidade que a cidade de Fortaleza alcança no cenário nacional, posto que o conceito de centralidade não se reduz a “[...] uma ocorrência de localização geográfica (distribuição espacial de atividades), mas fundamentalmente como um sistema de relações entre as atividades, usuários e localizações” (MACHADO, 2011, p. 284). Castells (1983) reforça que a centralidade é um “[...] elemento fundante das relações entre os elementos que compõem a estrutura urbana, sendo a centralidade constituída por um conteúdo social, sem deixar de representar uma localização geográfica”.

A centralidade é conferida pelo nível de especialização que o centro urbano possui, através da oferta de bens e serviços tanto para o uso diário como eventual. Por conseguinte, a organização hierárquica dos centros urbanos das capitais do país corresponde à capacidade que a centralidade possui em ofertar maior ou menor raridade dos serviços. Portanto, a região de influência de uma cidade é avaliada pelo alcance espacial das atividades de comércio e serviços, proporcionais aos fluxos gerados.

Na teoria das localidades centrais formulada por Walter Christaller em 1933, a cidade foi definida como uma “localidade central”, um lugar cuja função seria a de suprir bens e serviços num determinado espaço circundante (hinterlândia). Para isso, ele lançou mão de dois conceitos: o Limite Crítico da Demanda, isto é, a demanda mínima necessária para determinar o fornecimento do serviço, e o Alcance Médio do Serviço, que depende da distância econômica entre os lugares, para traçar seu modelo de rede e hierarquia urbana (BRAGA, 1999, p. 71).

Para Corrêa (1997, p. 41), a teoria das localidades centrais trata-se de um “[...] quadro teórico sobre a diferenciação dos núcleos de povoamento no que se refere à importância que apresentam enquanto lugares de distribuição de produtos industrializados e serviços”.

Na concepção de Corrêa (1997), o entendimento da diferenciação entre as localidades centrais de Christaller seguiu a ótica da região homogênea e desenvolvida economicamente, em uma nítida hierarquia definida pelo conjunto de bens e serviços oferecidos pelos estabelecimentos do setor terciário. Essa hierarquia caracteriza-se pela existência de níveis estratificados de localidades centrais, nos quais os centros de um mesmo nível hierárquico oferecem um conjunto semelhante de bens e serviços.

Portanto, a hierarquia dos centros urbanos foi classificada por Christaller de acordo com as áreas de influência que as grandes cidades abrangiam em função da demanda dos núcleos urbanos vizinhos. Desse modo, os serviços urbanos seriam classificados como de ordem superior ou de ordem inferior, e a hierarquia entre as localidades variariam de acordo com a ordem dos serviços fornecidos, isto é, conforme o seu grau de centralidade.

O estudo realizado por Fernandes e Lima (2006) acerca da concentração do setor de serviço de assistência de saúde em Recife – PE, denominado de Polo Médico do Recife, fundamentou-se no conceito de Região de Influência – ou alcance espacial máximo de Christaller. Buscou-se compreender a dinâmica espacial do agrupamento territorial das empresas do segmento da saúde em determinados bairros de Recife, o que os autores convencionaram chamar de região de influência de uma cidade:

[...] o alcance espacial máximo (maximum range threshold) nos termos de Christaller – definido pela distância que o indivíduo percorre entre sua residência e o mercado onde sabe que encontrará o bem ou serviço que procura, apesar dos custos de transporte que envolvem esse deslocamento. Quando o serviço é de altíssima especialização, a região de influência alcança distâncias consideráveis, como é o caso do tratamento de algumas enfermidades que levam pacientes a procurar atendimento em outras regiões ou mesmo outros países (FERNANDES; LIMA, p. 26, 2006).

De acordo com Ramires (2007), A teoria das Localidades Centrais, muito explorada nos estudos de redes urbanas, ao estabelecer os conceitos de limiar e alcance para a implantação de um serviço num mercado ideal, serviu de subsídio à localização de equipamentos de saúde, que são alocados em níveis hierárquicos crescentes em unidades que compõem um determinado sistema de saúde, (RAMIRES, 2007, p. 175).

No que concerne ao raio de influência e à centralidade de uma cidade, observa-se a capacidade que a urbe possui em ofertar bens e serviços à população. Firkowski (2012, p. 23) acrescenta que [...] “uma cidade se distingue das demais pelo fato de nela se localizarem atividades variadas que a tornam referência para uma população de um contexto mais amplo que o da própria cidade”.

Ressalta-se que a centralidade em questão nem sempre condiz com a geometria da cidade. Barreto (2010, p. 36) utilizou-se das definições de Claval (2000) para explicar os aspectos da centralidade geográfica, quando afirma que a centralidade

urbana “[...] não se trata de uma propriedade geométrica estável, pois depende das condições de deslocação de pessoas e bens e dos meios de comunicação disponíveis”. Ainda segundo o autor, as diferentes relações que se estabelecem foram modificadas, nos últimos quarenta anos, pelo efeito das redes de comunicação e pela rapidez de transporte de pessoas.

A influência dos centros urbanos está relacionada com a capacidade de as “[...] cidades concentrarem grande parte da população mundial e de ser nelas que se dá o maior volume de investimentos de capital” (MACHADO, 2011, p. 280). Souza (2009, p. 21), reconhece a importância da cidade de Fortaleza perante a capacidade que “[...] a capital possui em comandar um amplo espaço, ultrapassando mesmo os limites do Ceará”. A influência regional de Fortaleza dinamizou-se pela concentração populacional impulsionada pela disposição das principais atividades econômicas do estado, como as atividades administrativas, comerciais, industriais, portuárias, sociais e culturais.

Segundo dados estatísticos do IBGE (2014), Fortaleza possui mais de 2 milhões e meio de habitantes, o que representa cerca de 30% de toda a população do estado do Ceará, que compreende atualmente 8,8 milhões de habitantes. A concentração demográfica da cidade é explicada por Silva (2009, p. 107), em razão das “[...] atividades industriais, ao lado do comércio e serviços de toda a ordem mantidos por Fortaleza, para um vasto espaço que ultrapassa os limites estaduais”.

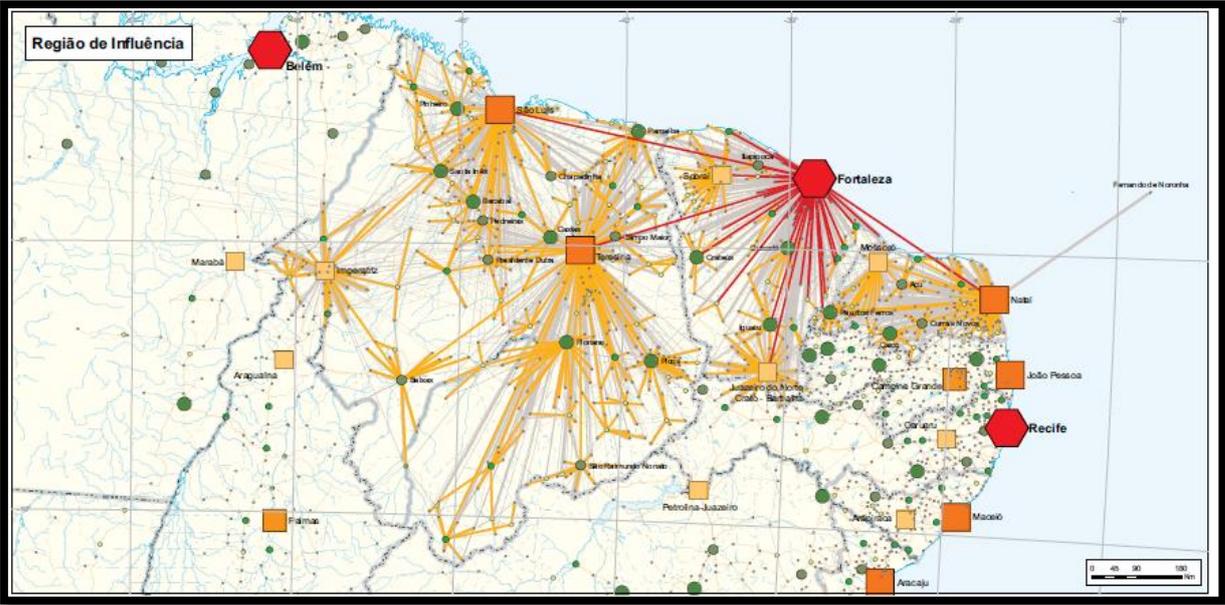
2.3.1 A região de influência de Fortaleza

No estudo realizado pelo IBGE (2007), que resultou no relatório Regic, a região de influência de Fortaleza foi apontada como a terceira maior rede populacional urbana do país, com um contingente de 20.573 milhões de habitantes. O raio de influência da rede urbana de Fortaleza, segundo o IBGE, “[...] abrange os estados do Ceará, Piauí e Maranhão e compartilha a área do Rio Grande do Norte com Recife”, (IBGE – REGIC, 2007, p. 14).

O IBGE analisou as 12 principais cidades brasileiras, com base na oferta dos distintos equipamentos e serviços que dotam a centralidade dos aglomerados urbanos, assim como no raio de influência das capitais para as demais localidades. A cidade de

Fortaleza (Figura 4), juntamente com Belo Horizonte, Recife, Porto Alegre, Curitiba, Goiânia, Salvador, Belém, Manaus e Campinas, foram classificadas como metrópoles. O Rio de Janeiro e Brasília classificam-se na categoria de metrópoles nacionais. Já a cidade de São Paulo foi considerada como uma grande metrópole nacional, devido ao nível mais apurado dos serviços ofertados com projeção em todo o país (IBGE – REGIC, 2007, p. 9).

Figura 4 – Região de influência da rede urbana de Fortaleza – Ceará, 2007



FONTE: IBGE – REGIC, 2007.

No cenário regional do Norte e Nordeste brasileiro (Figura 4), a cidade de Fortaleza se destaca na oferta de serviços de saúde especializados, não obstante conste uma expressiva carência de unidades hospitalares nessas regiões, principalmente as capacitadas para a execução das atividades mais complexas e de alta densidade, como o caso dos procedimentos cirúrgicos de transplantes de órgãos. Atualmente, os hospitais públicos de Fortaleza recebem pacientes de todo os estados do país, para a realização desses procedimentos.

2.3.2 A influência regional dos serviços de saúde especializados

O destaque de Fortaleza na oferta dos serviços de alta complexidade atrai fluxos de pessoas advindas de outros municípios e até mesmo de outras regiões do país. A circulação de pessoas, produtos e informações na metrópole reforça o papel polarizador dos serviços de saúde da cidade. Para isso, torna-se essencial entender a respeito dos serviços especializados de saúde na lógica dos níveis de atenção à saúde.

Deparamo-nos, portanto, com a necessidade de distinguir os níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade, pois, de acordo com Ramires (2013), ambos os níveis envolvem procedimentos e profissionais especializados e tecnologia (RAMIRES, 2013, p. 198). O Ministério da Saúde (2009) definiu os serviços de alta complexidade como

[...] um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (cuidados básicos e de média complexidade) (BRASIL, CONASS, 2009, p. 32).

Já o nível de média complexidade em saúde foi definido pelo Ministério da Saúde (2007) como

[...] um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, CONASS, 2007, p. 17).

Ainda assim, a diferenciação dos tipos de complexidade fica confusa, tendo em vista que, quando se fala em alta complexidade, a ideia mais comum é que esse nível de atenção é disponibilizado tão somente pelos centros hospitalares, como é o caso do conceito aplicado pelo IBGE (2009), que define o nível de alta complexidade como “[...] serviços que exigem ambiente de internação com uso de tecnologia avançada e pessoal especializado para sua realização” (IBGE, 2009, p. 21).

Por outro lado, Ramires (2013, p. 199) nos chama a atenção para o fato de que há procedimentos de “[...] alta tecnologia que não exigem internação, tais como muitos serviços de apoio à terapia e diagnóstico, evidenciando a necessidade de um entendimento único sobre o conceito de atenção de saúde de alta complexidade”.

Portanto, as principais áreas que compõem a alta e a média complexidade no setor da saúde do país foram classificadas pelo Ministério da Saúde (2009) conforme se vê no Quadro 1.

Quadro 1 – Serviços de média e de alta complexidade, segundo o Ministério da Saúde (2009)

Alta complexidade	Média Complexidade
• Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise).	• Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio.
• Assistência ao paciente oncológico.	• Cirurgias ambulatoriais especializadas.
• Cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica.	• Procedimentos traumatológico-ortopédico.
• Procedimentos da cardiologia intervencionista.	• Ações especializadas em odontologia.
• Procedimentos endovasculares extracardíacos.	• Patologia clínica.
• Laboratório de eletrofisiologia.	• Anatomopatologia e citopatologia.
• Assistência em traumatologia-ortopedia.	• Radiodiagnóstico.
• Procedimentos de neurocirurgia.	• Exames ultra-sonográficos.
• Assistência em otologia.	• Diagnose.
• Cirurgia de implante coclear.	• Fisioterapia.
• Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical.	• Terapias especializadas.
• Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático.	• Próteses e órteses.
• Procedimentos em fissuras lábio-palatais.	• Anestesia.
• Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático.	
• Procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono.	
• Assistência aos pacientes portadores de queimaduras.	
• Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica).	
• Cirurgia reprodutiva.	

FONTE: Ministério da Saúde, 2009. Elaboração. GODOY, C. V, 2014.

Diante dos níveis de assistência à saúde representados no Quadro 1, nota-se que, dentre os serviços de alta complexidade, alguns procedimentos não necessitam de intervenções cirúrgicas nem mesmo de internações hospitalares. Apesar de não haver a necessidade de uma permanência mais prolongada dos pacientes nos centros médicos, as referidas atividades tratam-se de mecanismos que envolvem altos custos e níveis tecnológicos de alta densidade, como é a situação do tratamento a pacientes portadores de doença renal crônica, por meio dos procedimentos de diálises, e a assistência às doenças oncológicas, além dos diversos procedimentos de apoio à terapia e ao diagnóstico.

Portanto, os serviços de alta complexidade também são disponibilizados em estabelecimentos de saúde que não possuem regime de internação, estabelecimentos esses definidos pelo Ministério da Saúde (1977) como de assistência ambulatorial (BRASIL, 1977, p. 9). Dentre os procedimentos de alta complexidade realizados nesses estabelecimentos, destacam-se “[...] radioterapia, hemodinâmica, terapia renal substitutiva, quimioterapia, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista, hemoterapia, imunologia, tomografia computadorizada e medicamentos ‘excepcionais’” (RAMIRES, 2013, p. 199).

Apesar disso, os serviços de alta complexidade ainda se concentram nos centros hospitalares – unidades responsáveis pelos procedimentos que envolvem riscos iminentes de morte. O Ministério da Saúde classifica esses estabelecimentos como Unidade Especial de Internação (BRASIL, 1977, p. 13), responsáveis por atividades cirúrgicas que envolvem transplante de tecidos, implante coclear, órteses e próteses, cirurgias oncológicas, cardíacas, entre outras.

Em vista disso, os estabelecimentos que prestam serviços de saúde constituem uma rede com distintos níveis de organização e de complexidade. Ramires (2007) analisou os níveis de complexidade do setor da saúde com base na hierarquia urbana dos serviços, o que na prática foi evidenciada a distribuição espacial dos serviços de saúde, resultando nas seguintes colocações:

[...] os postos de saúde seriam as unidades responsáveis pelos serviços mais elementares (complexidade básica); os centros de saúde teriam serviços ambulatoriais mais diversificados (média complexidade); os hospitais e equipamentos especializados estariam situados no topo da hierarquia das funções (alta complexidade) (RAMIRES, 2007, p. 176).

Consequentemente, os hospitais são considerados a figura principal no que diz respeito à distribuição espacial dos serviços de saúde, levando-se em consideração o nível tecnológico, os fluxos populacionais e as transformações urbanas envolvidas no funcionamento dessas unidades. Ramires (2007) reforça essa concepção quando afirma que “[...] entre todos os níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiros (básica, média e alta) observa-se uma supervalorização do hospital como espaço de ações em saúde” (RAMIRES, 2007, p. 176).

De acordo com levantamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS, 2012), o hospital IJF, localizado no centro da capital, é um hospital de grande porte⁹, com 428 leitos e diversos aparelhos de última geração, e “[...] é referência em atenção terciária para todo o Ceará, principalmente quando se trata das especialidades em traumatologia, ortopedia, queimaduras, intoxicações e cirurgias vasculares, cardiovasculares, neurológicas, bucomaxilofaciais e tratamentos oncológicos” (SMS, 2012). O hospital também representa o maior centro captador e doador de órgãos e tecidos do Ceará, sendo responsável por 71% de todos os órgãos captados em todo o estado.

O hospital da Universidade Federal do Ceará (UFC), o HUWC, caracteriza-se como unidade de grande porte, com 233 leitos, que presta assistência de alta complexidade à saúde da população do Ceará e de outros estados do país, sendo referência na realização de transplantes diversos, cirurgias bariátricas e cardiovasculares, neurocirurgias, tendo um serviço de nefrologia, terapia nutricional e traumatologia-ortopedia. Além de executar transplantes renais e hepáticos rotineiros, o hospital é sede de pesquisas clínicas vinculadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais, e conta com a participação em estudos multicêntricos em protocolos de pesquisa clínica avançada (EBSERH, 2013).

Conforme a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (Rebrats), o HGF foi considerado o maior hospital público da rede estadual, dispondo de 427 leitos de internação, e foi tido como um centro de referência para o Norte e Nordeste no tocante à assistência de alta complexidade. A unidade atende 24 especialidades médicas, com 395 leitos incluindo 3 Unidades de Terapia Intensiva. É referência em nível terciário em transplantes renais e de córnea, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia vascular, neurologia, oftalmologia, reumatologia, nefrologia e obstetrícia de alto risco. Habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), serve também de parâmetro de qualidade no tratamento de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Possui o único banco de olhos público do estado do Ceará, sendo considerado o maior parque tecnológico em equipamentos de saúde (REBRATS, 2014).

O Hospital de Messejana – HM oferece 281 leitos de internação e tem referência no atendimento especializado em cardiologia e pneumologia,

⁹ Segundo o Ministério da Saúde, os hospitais podem ser classificados de acordo com o número de leitos; logo, as unidades hospitalares de pequeno porte possuem até 50 leitos, as de médio porte de 51 a 150 leitos e as de grande porte entre 151 e 500 leitos, (BRASIL, 1977, p. 12).

disponibilizando tratamentos de ponta e procedimentos de alta complexidade, ainda não acessíveis em algumas capitais do Norte e Nordeste e até mesmo em outras regiões do Brasil. Exemplos são os transplantes pulmonares e o Projeto Coração Artificial¹⁰. Na área de ensino e pesquisa, o hospital também parte na frente como o primeiro do Norte, Nordeste e do Centro-Oeste do país a ter o doutorado em cardiologia, segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA, 2013).

A preponderância do setor especializado da saúde na cidade de Fortaleza em face do cenário Norte e Nordeste com base nos referidos centros hospitalares de AC e MC do SUS está expresso na análise de Fernandes e Lima (2006), quando afirmam que “[...] quanto mais sofisticadas as competências exigidas para a prestação do serviço [...] maior a tendência a se localizar em níveis mais elevados da hierarquia de cidades – as grandes aglomerações urbanas” (FERNANDES; LIMA, 2006, p. 25).

Em vista disso, a influência da rede urbana de Fortaleza, evidenciada nos estudos das Regics (REGIC – IBGE 2007), classificou a cidade de Fortaleza como a terceira maior rede populacional urbana do país, com ampla capacidade na prestação de atendimentos mais complexos, e com destaque para a oferta dos serviços de saúde¹¹, ficando atrás apenas das duas metrópoles nacionais, São Paulo e Rio de Janeiro (IBGE – REGIC, 2007, p. 14).

A cidade de Fortaleza possui um posicionamento favorável na oferta de serviços de saúde especializados, fato que confere a importância da cidade no cenário nacional. A título de exemplo, o HM se insere nessa lógica por ser o único hospital do eixo Norte e Nordeste autorizado pelo Ministério da Saúde para a realização de transplantes de pulmão, procedimento muito complexo. Além de Fortaleza, esse tipo de procedimento cirúrgico é realizado em apenas três unidades hospitalares dos eixos Sul e Sudeste do país, em São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais.

¹⁰ O Programa Coração Artificial do HM é uma proposta que inclui a utilização de dispositivos de assistência ventricular como suporte circulatório mecânico em pacientes da lista de espera para transplante cardíaco, que se encontram em grave estado de saúde, a ponto de não poder esperar pela doação de um órgão. Em janeiro de 2009, foi implantado o primeiro coração artificial interno, fabricado na Itália.

¹¹ Segundo Elias (2005) os serviços de saúde podem ser classificados segundo o local de atendimento ou mesmo os níveis de complexidade da atenção que oferecem ou ainda pelo modo como esses serviços são financiados pelos setores públicos ou privados. O setor público é subdividido pelas esferas federal, estadual e municipal, já o setor privado relaciona-se conforme as origens do capital investido, podendo ter fins lucrativos ou não-lucrativos.

Os hospitais públicos em Fortaleza lideraram o *ranking* de transplantes hepáticos realizados em toda a América Latina em 2013. Os transplantes de órgão são considerados procedimentos de alta complexidade, que necessitam de uma infraestrutura hospitalar completa e de uma equipe multiprofissional altamente treinada nos métodos e no acompanhamento de pacientes, geralmente debilitados e imunodeprimidos pela doença.

O Ceará possui 67 hospitais cadastrados na Central de Transplantes do Ceará, distribuídos em doze municípios do estado, contudo apenas quatro municípios possuem hospitais equipados para a realização de alguma modalidade de transplante. A cidade de Fortaleza concentra 16 hospitais entre públicos e privados que realizam transplante de córneas, rins, fígado, coração, medula óssea, pâncreas e pulmões. No município de Sobral, realizam-se transplantes de córneas e rins a toda a população da região norte do Ceará, enquanto no sul do estado são praticados transplantes de rins na cidade do Crato e transplantação de córneas em Juazeiro do Norte.

As cidades de Fortaleza, Sobral, Crato e Juazeiro possuem hospitais que realizam ações direcionadas à captação de órgãos e tecidos em pacientes com diagnóstico de morte cerebral. Esses órgãos são referenciados para outras unidades hospitalares em qualquer cidade do país, conforme o perfil dos pacientes da fila de espera de transplantes. De acordo com o CNES, os municípios de Camocim, Acaraú, Tianguá e Caucaia também contam com hospitais equipados com sistemas de captação e doação de órgãos e tecidos para transplantes. É muito comum a prática da captação de globos oculares em pacientes com morte encefálica nos hospitais de Barbalha, Juazeiro do Norte e Sobral, para doação ao Banco de Olhos do Hospital Geral de Fortaleza para fins de transplantação (Tabela 5).

Tabela 5 – Alguns serviços especializados de transplantes, existentes nos municípios do Ceará. Atualizado até novembro de 2014

Municípios	Fortaleza		Sobral		Crato		Juazeiro	
	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS
Tipos de Transplantes								
Córnea/Esclera	9	2	1	-	-	-	1	1
Rim	6	2	1	-	1	-	-	-
Fígado	3	1	-	-	-	-	-	-
Coração	2	1	-	-	-	-	-	-
Medula Óssea	3	1	-	-	-	-	-	-
Pâncreas	2	1	-	-	-	-	-	-
Pulmão	1	1	-	-	-	-	-	-
Doações e captação de órgãos	37	16	5	2	3	-	3	3
TOTAL	63	25	7	2	4	0	4	4

FONTE: Ministério da Saúde – CNES.
Elaboração, GODOY, C. V, 2014.

De acordo com os dados divulgados pelo HUWC e pelo Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) 2014, o hospital serviu como um polo regional, atraindo pacientes de toda a região Norte/Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e até do Sul do país. Dos mais de 1.000 transplantes de fígado realizados em 2014, mais de 60% dos pacientes vieram de outros estados brasileiros (UFC/HUWC, 2015).

Pelo segundo ano consecutivo, o HUWC se destaca como o maior serviço de transplantes de fígado do país, com o registro de 135 transplantes do órgão em 2014, ultrapassando o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, com 125 transplantes. Também é o maior de toda a América do Sul nessa área. Conforme foi anunciado no ano passado, o HUWC sozinho já havia feito mais transplantes de fígado que o México (106 transplantes, dados relativos a 2012) ou Chile (74 transplantes, em 2012).

Conforme o Ministério da Saúde, o número de transplantes realizados nos últimos quatro anos no Ceará foi ampliado, com um aumento de 842 cirurgias no ano de 2007 para 1.361 em 2013. O coordenador do Sistema Nacional de Transplantes, Héder

Murari Borba, classificou o desempenho do estado como “disparadamente o melhor do Nordeste e de destaque nacional” (DIÁRIO do Nordeste Online, 9/5/2014). Os dados analisados pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgão (ABTO) sobre o aumento do número de cirurgias realizados nos hospitais do estado do Ceará apontaram que

Depois de superar a marca de 1.295 transplantes de 2011, o Ceará fechou o ano de 2013 com um total de 1.361 transplantes de órgãos e tecidos realizados, estabelecendo novo recorde desde a implantação da Central de Transplantes da Secretaria da Saúde do Estado, em 1998. De acordo com os números finais da Central de Transplantes, em todo o ano passado foram realizados 250 transplantes de rim de doador falecido, 15 de doador vivo, 10 de rim/pâncreas, 30 de coração, 194 de fígado, 8 de pulmão, 55 de medula óssea, 9 de valva cardíaca, 762 de córnea, 27 de esclera e um de osso. Em 2013, o Estado registrou também novos recordes de transplantes de fígado, pulmão e medula óssea (ABTO, 2013).

Com a ampliação dos serviços mais especializados, complexos e sofisticados do setor da saúde, em Fortaleza, os fluxos populacionais são atraídos pela concentração dessas atividades, o que reforça a centralidade da capital. A propósito, Sposito (2007) declara que “[...] em algumas cidades, o que prevalece são os seus papéis regionais, uma vez que os territórios são polarizados [...] na obtenção de bens e serviços, atestando o paradigma proposto por Christaller”.

Por outro lado, a constante busca pelos serviços de saúde na capital ocasionou ao longo do tempo um congestionamento nos setores de atendimento dos serviços públicos, principalmente quando envolve atividades mais específicas como as especialidades médicas, cirurgias complexas ou os exames especializados, concentrados nos hospitais de Fortaleza. Nesse ângulo, a ampliação do setor da saúde na capital não foi suficiente para o atendimento da demanda interna e externa. Essa circunstância aponta uma grande lacuna do sistema público de saúde de Fortaleza, que no momento é preenchido pelo setor privado de saúde, o qual apresenta o diferencial em direcionar os serviços de saúde especializados para o público de menor poder aquisitivo, através da disponibilização das clínicas médicas populares, fenômeno recente, mais conhecido como a popularização dos serviços de saúde no país. Esse tema será aprofundado no próximo capítulo.



3

AS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES PRIVADAS: UMA ALTERNATIVA PARA CRISE DA SAÚDE?

Com o propósito de discutir o papel das clínicas médicas populares na dinâmica de reconfiguração do bairro Centro, que resultou na transformação de um bairro predominantemente comercial em um polo médico prestador de serviços do setor da saúde privada, direcionado a um público menos favorecido economicamente, este capítulo refletirá a ótica do preenchimento das lacunas deixadas pela saúde pública estadual.

Como já foi dito, as clínicas médicas populares do bairro Centro surgiram inicialmente no final da década de 1990, na circunvizinhança da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, e se estenderam pelas ruas do bairro Centro, concentrando-se principalmente nas proximidades dos hospitais.

Fato semelhante ocorreu na cidade de Maringá no Paraná, embora essa cidade não possua a mesma dimensão de Fortaleza e tenha uma população seis vezes menor e classificada como capital regional (IBGE – REGIC, 2007, p. 14), que possui [...] uma

área médica/hospitalar concentrada de clínicas especializadas, atendendo nas mais diversas especialidades, localizadas próximo aos hospitais existentes na cidade, (MACHADO, 2011, p. 281).

Até o início dos anos 1990, as clínicas médicas tradicionais de Fortaleza estavam localizadas primordialmente no bairro Aldeota¹², visto que a área central da cidade ainda constituía um bairro economicamente comercial e de prestação de serviços. Mas a presença de hospitais públicos tradicionais no Centro propiciavam fluxos direcionados aos serviços de saúde.

3.1 A PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE E AS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES COMO ALTERNATIVA

Segundo o IBGE, até julho de 2014 a população brasileira atingiu a marca de 202,7 milhões de habitantes, dos quais apenas 50,9 milhões¹³ possuem planos de saúde privados. No Ceará, a população coberta pelos planos de saúde representam apenas 14% da população do estado, portanto aproximadamente 7,2 milhões de cearenses dependem diretamente do atendimento do SUS, principalmente quando se trata das camadas menos favorecidas economicamente.

O sistema público de saúde do estado Ceará apresenta uma série de limitações referentes à qualidade e à eficiência dos serviços voltados à população. Essa situação é acentuada pelo desprovimento de estruturas adequadas de atendimento à saúde pública. A rede assistencial de atenção primária e secundária do estado não alcança as demandas integrais de todos os municípios cearenses. Essa circunstância revela as condições precárias da população, que reside distante da capital ou dos municípios que dispõem de melhores condições tecnológicas de atendimento à saúde pública.

¹² Aldeota é um bairro nobre localizado na zona norte de Fortaleza, onde se encontram várias sedes de importantes empresas imobiliárias, escritórios de serviços diversos, hospitais, clínicas médicas e odontológicas, centros comerciais e *shopping centers*.

¹³ Estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) revelou o número de usuários de planos de saúde no Brasil, até julho de 2014.

Portanto, o setor de saúde suplementar¹⁴ possui um papel relevante na assistência à população, que encontra obstáculos no atendimento disponibilizado pelo SUS. Na última década, houve um crescimento do setor privado de saúde de cunho popular, isto é, de serviços de saúde direcionados à população com menor poder aquisitivo, a denominada nova classe média brasileira¹⁵, formada por pessoas que, embora possuam uma renda mensal fixa, não se incluem no perfil dos usuários de planos privados de saúde.

A expansão das empresas privadas de saúde de cunho popular, na última década, foi resultado das mudanças do padrão de consumo de grande parte da população do país, que, até então, não incluía os gastos com a saúde como um item relevante nas despesas familiares. As transformações ocorridas no setor da saúde conceberam uma espécie de terceira via do setor, que antes se concentrava em dois polos opostos – as precárias condições da assistência do SUS e os altos preços cobrados pelos planos de saúde privados.

Com as facilidades de crédito e as mudanças do padrão de consumo da nova classe média brasileira, o mercado de saúde inovou e criou um novo segmento de atendimento ambulatorial, através de investimentos na instalação das denominadas clínicas médicas populares. Os preços praticados por essas clínicas foram considerados módicos, se comparados aos cobrados pelos serviços particulares tradicionais, de modo que se tornaram conhecidos como serviço de “preços populares”.

De acordo com o relatório da assessoria privada Intercriar (2015), até meados da década de 1990 a média de preço de uma consulta particular em uma clínica convencional custava em torno de 1/3 do salário mínimo, enquanto a mesma consulta em uma clínica popular saíria por menos de 10% desse valor.

As empresas de saúde concentraram as atenções nos usuários insatisfeitos com os serviços prestados pelo sistema público, o chamado transbordo do SUS. O *deficit* do SUS é o principal propulsor de pacientes em direção aos serviços ofertados pelas

¹⁴ Todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS – FBH, 2011).

¹⁵ A Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República definiu que a nova classe média ou classe de consumidores é integrada pelos indivíduos que vivem em famílias com renda *per capita* (somando-se a renda familiar e dividindo-a pelo número de pessoas que compõem a família) entre R\$ 291,00 e R\$ 1.019,00.

clínicas médicas populares, tendo em vista que esse perfil de cliente busca por resoluções rápidas e preços acessíveis. Em algumas cidades brasileiras, uma consulta médica pelo sistema público leva em torno de dois meses para ser concretizada, enquanto nas clínicas populares ocorrem de forma imediata, de acordo com a ordem de chegada do paciente na clínica.

Em vista disso, as clínicas médicas populares se difundem principalmente em áreas próximas a hospitais e postos de saúde, em virtude de se inserirem em um nicho de mercado que se expandiu com o auxílio das brechas do sistema público de saúde. As proximidades físicas entre as clínicas e os estabelecimentos do SUS conduzem a uma maior visibilidade e aproximação entre os potenciais consumidores e as oportunidades de negócios.

O setor das empresas médicas privadas de cunho popular usufrui de um momento favorável, pois, de acordo com a atual conjuntura, torna-se improvável que o sistema de saúde público, em poucos anos, consiga de fato recuperar o atendimento em número de qualidade. Para isso seriam necessários investimentos maciços nesse sistema e a multiplicação dos recursos existentes, além da melhoria da gestão financeira de verbas destinadas ao setor da saúde. Contudo, a realidade ainda se encontra distante de tal prodígio, restando um largo mercado para a expansão das clínicas médicas populares e de segmentos afins.

Na concepção de Ramires (2007), o aumento do número de empresas privadas do setor da saúde está relacionado ao “[...] dinamismo econômico de muitas cidades brasileiras, que junto à precarização dos serviços de saúde públicos têm levado ao crescimento do setor privado, com o surgimento de clínicas particulares e cooperativas médicas” (RAMIRES, 2007, p. 173).

O crescimento do setor privado de saúde popular deve-se principalmente à instalação de clínicas médicas, consultórios médicos isolados, consultórios odontológicos, laboratórios de análises clínicas, além dos hospitais filantrópicos que disponibilizam atendimentos particulares em diversas especialidades, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Temos também a situação de hospitais e clínicas convencionais privadas, que possuem parcerias com as clínicas populares para a realização de exames diagnósticos de alta densidade, circunstância que impressiona pela

flexibilidade do setor. A pesquisa, porém, irá centralizar as atenções para o caso específico das clínicas médicas populares.

A partir da década de 1990, as clínicas médicas populares foram instaladas nas principais cidades brasileiras, com destaque para as áreas carentes e periféricas das capitais. A empresa de consultoria empresarial Intercriar realizou uma pesquisa em 2011 sobre o funcionamento das clínicas médicas populares no Brasil, a qual revelou que as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Curitiba, Manaus, Recife e Porto Alegre disponibilizam o maior volume de clínicas médicas populares. Estima-se que existam em torno de 1.300 empresas em pleno funcionamento em todo o país.

A Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae), o Cnes e o IBGE não possuem uma definição específica para essas chamadas clínicas médicas populares, embora seja comum que as empresas desse segmento registrem o termo popular como nome fantasia. A terminologia popular utilizada para denominar as clínicas médicas ocorre exclusivamente por questões mercadológicas estratégicas, com o propósito de chamar a atenção da população mais carente para consumir os serviços dessas empresas.

Apesar de não haver uma definição oficial para as clínicas médicas populares, o funcionamento dessas empresas com o dito nome fantasia só é permitido após a regulamentação junto aos órgãos específicos. De acordo com a consultoria empresarial Intercriar (2015), uma clínica médica popular pode ser definida comercialmente como

[...] uma empresa de saúde que presta serviços de consultas médicas, realização de exames e procedimentos médicos de média complexidade, direcionados para uma parcela da população brasileira que não possui acesso aos serviços dos planos de saúde ou convênios médicos e que não tem recursos financeiros para arcar com os serviços médicos privados (particulares), (INTERCRIAR, 2015, p. 9).

Num sentido mais amplo, as clínicas médicas populares são entendidas como estabelecimentos privados de saúde que realizam procedimentos de atenção básica e média complexidade, sem a previsão de internamento, sendo mais comuns os serviços de consultas médicas, diagnósticos, tratamentos clínicos e reabilitação de pacientes, além de exames laboratoriais e radiológicos, de imagem e cardiológicos, e alguns procedimentos invasivos, como as pequenas cirurgias e punções gerais para a realização

de biópsias. Essas unidades médicas utilizam geralmente tecnologia de elevada complexidade e de baixa densidade e contam com uma ampla oferta de especialidades médicas e não médicas, com preços e serviços voltados a uma nova classe de consumidores.

A expansão e a permanência das clínicas médicas populares em todo o Brasil foi propiciada pela relação favorável entre os baixos investimentos aplicados e a alta lucratividade em longo prazo. Em Salvador (Bahia), a empresária Ana Andrade, proprietária da Clínica Popular Nordeste, relatou ao jornal Correio 24 Horas¹⁶ que para abrir a clínica no bairro, ela fez um investimento inicial de R\$ 200 mil: “[...] A unidade funciona há sete anos e só agora começa a dar resultados, sendo viável do ponto de vista econômico, mas tem que esperar” (JORNAL CORREIO 24 HORAS ONLINE, 15/6/2014).

Outro aspecto favorável à viabilidade econômica das clínicas médicas populares está na utilização de tecnologia de baixa densidade, ou seja, no uso de aparelhagens de baixo custo, que se justifica pelos altos fluxos de demanda e diminutos investimentos. A clínica Dr. Consulta, localizada em Heliópolis, a segunda maior favela da cidade de São Paulo, foi instalada com poucos recursos tecnológicos. O sócio-administrador do estabelecimento, Guilherme Azevedo, afirmou o seguinte: “Não temos tomografia, por exemplo, porque é muito cara e o fluxo não é alto. Trabalhamos com margens baixas, por isso conseguimos estes preços” (IG São Paulo, 23/7/2013).

Outro fator relevante para a aceitação das clínicas médicas populares no ramo da saúde empresarial reside na insatisfação dos profissionais médicos e proprietários de clínicas médicas convencionais com os planos de saúde privados nos últimos anos. Essas empresas operadoras de planos demoram cerca de 60 dias para ressarcir o valor das consultas e de outros procedimentos realizados, sem falar que a tabela de preço disponibilizada está abaixo do valor de mercado, enquanto o valor do serviço do atendimento particular em uma clínica popular é pago em espécie.

A insatisfação com as empresas de planos de saúde não é uma realidade exclusiva dos profissionais médicos. Estende-se aos clientes dos planos, que se

¹⁶ As informações foram captadas no site do jornal <<http://www.correio24horas.com.br/>>. O Correio 24 horas é uma plataforma online com matérias e reportagens com o mesmo teor editorial da versão impressa do jornal O Correio, que circula diariamente no estado da Bahia.

exprimem descontentes com os serviços prestados pela rede credenciada de saúde: quantidade de médicos credenciados aos planos, pequena variedade e empecilhos na autorização dos exames clínico-diagnósticos, número de hospitais, clínicas, leitos de internação e procedimentos cirúrgicos considerados insuficientes, em razão dos limitados recursos desproporcionais ao demasiado número de usuários vinculados aos planos. Com tal característica, é cada vez mais comum o congestionamento dos hospitais privados, que prestam atendimento aos usuários dos planos de saúde. Essa situação não se encontra distante da realidade do SUS.

A insatisfação com o SUS e com a limitada rede credenciada dos planos privados de saúde impulsionou a funcionária pública aposentada Maria José Serpa Santos, de 59 anos, assegurada por um plano de saúde que não cobre a consulta com o médico dela, a escolher uma clínica no bairro da Liberdade, em Salvador – BA, para a realização de exames e atendimento de rotina. De acordo com o site Correio 24 Horas, se porventura a aposentada fosse pagar por uma consulta ao cardiologista sem o plano de saúde, desembolsaria, no mínimo, R\$ 200. Em uma clínica popular, o valor caiu para R\$ 80. Nas palavras de Maria Santos,

[...] “o preço é muito acessível, eu economizo 100% ou até mais” (sic), contou. Além das consultas com o neurologista e o cardiologista, fez também exames, incluindo uma ressonância magnética que custou R\$ 600. Em outras clínicas, a soma de todos os serviços poderia ultrapassar R\$ 1,2 mil (JORNAL CORREIO 24 HORAS ONLINE, 15/6/2014).

De acordo com uma pesquisa realizada pela equipe do jornal do estado da Bahia, O Correio, em junho de 2014, foi revelado que a diferença de preços entre as clínicas médicas convencionais e as clínicas populares, no que concerne aos exames e às consultas, pode chegar ao um percentual acima de mil por cento. Quando se trata de um exame de glicemia ou no caso de uma consulta com um oftalmologista, a diferença pode chegar a 300% (Quadro 2).

Quadro 2 – Comparação entre os preços de alguns exames e consultas das clínicas médicas convencionais e populares de Salvador – BA, em junho de 2014

Exame/consulta	Convencional	Popular	Diferença %
Raio-X de coluna	R\$98 a R\$118	R\$35 a R\$40	180 a 195
Ultrassonografia transvaginal	R\$99 a R\$214	R\$62	59 a 245
Ultrassonografia obstétrica	R\$73 a R\$214	R\$67 a R\$80	9 a 167
T3	R\$43	R\$15	186
Hemograma completo	R\$16	R\$7 a R\$10	128 a 60
Glicemia	R\$10,40 a R\$70	R\$3,50 a R\$6	197 a 1.066
Tomografia computadorizada do crânio	R\$330 a 530(s/ contraste) R\$880 (c/ contraste)	R\$375	41 (s/contraste) 134(c/contraste)
Ressonância magnética do crânio	R\$731 a R\$961 (s/contraste) R\$1.231 (c/contraste)	R\$600	21 a 60 (sem) 105 (com)
Teste de gravidez	R\$16	R\$15	6
Eletrocardiograma	R\$65 a R\$220	R\$26 a R\$30	150 a 633
Cardiologista	R\$200 a R\$250	R\$60 a R\$80	212 a 233
Ginecologista	R\$120	R\$60 a R\$80	50 a 100
Pediatra	R\$150	R\$60 a R\$80	87 a 150
Dentista	Avaliação gratuita	Avaliação gratuita	-
Oftalmologista	R\$200	R\$50 a R\$80	150 a 300

FONTE: Pesquisa O CORREIO, 2014.

Elaboração: GODOY, C. V. 2015.

No que diz respeito à média de preços entre as clínicas convencionais e populares (Quadro 2), constata-se uma ampla divergência; as clínicas populares apresentam uma média de preço bem abaixo dos praticados pelas clínicas convencionais. Desde os exames mais simples até os mais sofisticados, o percentual de abatimento varia entre 6 a 1.066%, caso o procedimento seja realizado em uma clínica popular na Bahia. A diferença de preço entre uma consulta médica realizada em uma clínica convencional e em uma unidade popular pode variar em média de 50 a 300%.

Contudo, os resultados das pesquisas não abordaram a média de preço dos exames de tomografia e de ressonância magnética, que utilizam o método de contraste em exames realizados nas clínicas populares, tal qual especificado nas clínicas convencionais. A pesquisa realizada pelo jornal contou com informações meramente ilustrativas, haja vista que não foi informado o número de clínicas médicas pesquisadas.

Em termos práticos, as clínicas populares permitem que a população tenha acesso ao atendimento básico de saúde, limitando-se ao tratamento dos casos clínicos que não envolvem riscos de morte iminente, em razão de os referidos tratamentos serem

da alçada de um centro hospitalar. Os diagnósticos são processados com agilidade por meio de exames clínicos, radiológicos e cardiológicos, contudo, se o paciente necessitar de algum procedimento cirúrgico que demande um acompanhamento clínico por meio de uma internação ou algum procedimento com um nível mais complexo, o serviço não é realizado nas clínicas populares. Nessa perspectiva, o atendimento com início, meio e fim torna-se inviável, sendo as clínicas populares, na maior parte dos casos, apenas a porta de entrada para um tratamento de saúde, ou simplesmente uma medida paliativa.

Nesse sentido, a competência das clínicas médicas populares privadas se assemelha ao campo de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – postos de saúde –, e das policlínicas, que são serviços ofertados pelo SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os postos de saúde são responsáveis pelo atendimento de atenção básica e integral da população, com a oferta de especialidades básicas como ginecologistas, obstetras, clínicos gerais, pediatras, dentistas, psiquiatras e outros profissionais. As policlínicas são unidades de saúde que prestam atendimento ambulatorial em várias especialidades, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas, sem os serviços de internamento.

Embora o atendimento das clínicas médicas populares privadas pareçam limitados, por não oferecer uma conexão direta com as unidades de saúde públicas de alta e média complexidade (hospitais e pronto-socorros), a procura é frequente, sobretudo pela massa de trabalhadores, cuja relação se estreita entre as exigências do mercado de trabalho e o tempo de ócio reduzido, não restando tempo suficiente para os tratamentos mais elementares de saúde. Logo, a necessidade de um atendimento rápido, com um prognóstico eficiente, seguido de um tratamento imediato, torna-se essencial a esse perfil de consumidores. Em entrevista ao jornal online IG São Paulo, a operária Noemi Machado, de 26 anos, durante uma consulta na clínica médica popular Dr. Consulta, relatou sobre a necessidade de um atendimento rápido:

Vim porque não tenho paciência nem tempo de esperar pelo atendimento do SUS que demora séculos e precisa voltar mil vezes (sic). Eu trabalho, não tenho tempo para isso, disse a paulistana, antes de entrar no consultório para mostrar os exames para a ginecologista (IG São Paulo, 23/7/2013).

Nesse sentido, as atribuições das clínicas médicas populares adquiriram relevância no atendimento à massa de trabalhadores, que geralmente encontram

obstáculos para a realização de tratamentos pelo SUS, que exige tempo e paciência, em razão dos transtornos no acesso aos serviços públicos de saúde, levando em conta que o absentismo acarretaria em prejuízos financeiros ao trabalhador, incluindo a demissão. Portanto, a relação de descontentamento entre as camadas de trabalhadores que constituem o transbordo do SUS e os serviços precários desse sistema impulsionou os fluxos de atendimento em direção às clínicas médicas populares.

A precarização dos serviços de saúde no Brasil não é um fato recente; o que mudou foi o poder de escolha da população, antes excluída até mesmo dos serviços essenciais à subsistência humana. Essa relação de insatisfação entre os médicos e os consumidores com os planos de saúde e entre os pacientes e os serviços do SUS, somada aos altos preços cobrados pela rede privada de saúde, também promoveu uma demanda já existente, isto é, uma alternativa para o atendimento de qualidade a um preço justo.

Portanto, a precarização do SUS e o descontentamento da população com os planos privados, cada vez mais caros e limitados quanto à oferta de serviços evidenciam o desamparo da população com relação ao setor da saúde pública. Logo, a alternativa mais próxima à realidade apresentada é a utilização dos serviços populares da saúde.

3.2 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA: PRECURSORA DOS SERVIÇOS POPULARES DE SAÚDE

A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, localizada no bairro Centro, em Fortaleza, no estado do Ceará, nos limites entre as ruas Barão do Rio Branco, Senador Pompeu e Doutor João Moreira, foi o primeiro hospital do estado, inaugurado no ano de 1861 com apenas 80 leitos. Atualmente, o hospital filantrópico possui uma das maiores capacidades de atendimento do Ceará. De acordo com o Cnes, até abril de 2015 o hospital ofertou 331 leitos de internamentos hospitalares em traumatologia, oftalmologia, ginecologia, oncologia, nefrologia, cirurgia geral e plástica, entre outras especialidades. A Santa Casa possui um total de 424 profissionais entre médicos e outros profissionais da saúde vinculados ao hospital.

A Santa Casa foi a mola propulsora das transformações ocorridas no segmento da saúde no bairro Centro, nos últimos anos, alterações essas curiosamente estimuladas pelas crises financeiras periódicas ocorridas na instituição. Na tentativa de manter as contas em dia, o setor administrativo do hospital aderiu a uma categoria de atendimento diferenciado, no qual funcionava uma espécie de sistema misto, atendendo pacientes encaminhados pelo SUS e clientes particulares, por meio do pagamento do valor das consultas. Essa categoria de atendimento teve como marco inicial a criação da Casa de Saúde Eduardo Salgado¹⁷ em 1937, que funcionou inicialmente como unidade de repouso privada.

Por ser uma instituição de ordem filantrópica e sem fins lucrativos, o adequado seria que a Santa Casa prestasse serviços de forma integral e gratuita à população carente do estado, assim como determina o Ministério da Saúde, quando define que um hospital filantrópico deve ser

[...] mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatorios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção (BRASIL, 1977, p. 12).

Contudo, as dificuldades enfrentadas no final dos anos de 1980 (quando a unidade hospitalar passou a integrar o modelo de atendimento médico baseado no SUS, que modificou o repasse de recursos financeiros, por parte do governo federal) implicou diversas crises financeiras, agravadas no início do ano 2000, ocasião em que houve o risco de fechamento da instituição. Por ora, o Estado se responsabiliza por apenas 65% dos gastos relativos aos procedimentos realizados pela instituição, enquanto os outros

¹⁷ A Casa de Saúde Eduardo Salgado é um setor de atendimento privado vinculado à Santa Casa de Misericórdia, tendo os atendimentos de consultas populares funcionado entre 1998 a 2006. Atualmente a Casa de Saúde funciona com leitos de internamentos direcionados aos clientes particulares e de convênios privados. Recentemente reformada, as novas instalações da Eduardo Salgado ofertam 28 leitos distribuídos em cinco apartamentos individuais, quatro enfermarias com dois leitos, uma enfermaria com três leitos e três enfermarias com quatro leitos, todas destinadas a pacientes cirúrgicos. Dotadas de todas as comodidades necessárias para uma plena e tranquila recuperação, as acomodações dispõem de ar refrigerado, frigobar, TV led, telefone, poltronas para acompanhantes e armários por leito. São ofertados serviços nas áreas de ginecologia, urologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, proctologia, ortopedia, mastologia e cirurgia de cabeça e pescoço. Informações disponíveis no site: <<http://www.santacasace.org.br/eduardo-salgado>>.

35% são obtidos através das consultas populares, doações voluntárias e por meio de um convênio com as faculdades Christus e Ateneu, ambas com sede em Fortaleza.

A Santa Casa de Misericórdia foi a precursora nos atendimentos de consultas a preços populares em Fortaleza, inaugurando os atendimentos em 1998, sendo esse tipo de assistência difundida no ano 2008, seguindo o modelo da preexistente Casa de Saúde Eduardo Salgado. No que diz respeito ao perfil de atendimento popular realizado na instituição, o provedor Luiz Marques, em entrevista a um jornal local, informou que esse perfil

[...] foi criado há seis anos para suprir as carências não cobertas pelo SUS. "Nós temos um tempo ocioso e instituímos essa consulta por duas razões: para aproveitar o tempo ocioso dos médicos que atuam aqui e dar um suporte financeiro para complementar o que o SUS não nos dá" (Diário do Nordeste Online, 06/8/2014).

O tempo ocioso citado pelo provedor da Santa Casa está relacionado ao não preenchimento das consultas disponibilizadas pelo hospital aos pacientes do SUS. Portanto, as consultas populares, de acordo com Marques, têm o objetivo de preencher o tempo de permanência dos médicos na instituição e, acima de tudo, equilibrar as finanças da entidade.

Os serviços de atendimentos particular da Santa Casa (Figura 5) são disponibilizados mediante o pagamento de uma taxa no valor de R\$ 40,00 para o paciente ter acesso a uma consulta médica, com direito a um retorno em até 30 dias. A instituição dispõe de 21 diferentes especialidades médicas. O preço praticado pela entidade filantrópica é deveras concorrido pela população, principalmente quando se leva em consideração os valores cobrados pelas demais clínicas populares do bairro Centro, que variam entre R\$ 80,00 e R\$ 90,00.

Figura 5 – Fotografia da fila de espera para o atendimento particular na Santa Casa, localizado na entrada lateral da Rua Doutor João Moreira



FONTE: DIARIO DO NORDESTE ONLINE, 2014.

Assim sendo, o preço atrai um grande número de pessoas que se aglomeram na porta do hospital. Alguns pacientes chegam a dormir na fila para conseguir uma senha para a marcação da consulta, todavia não há garantia de que o atendimento seja realizado no mesmo dia. As clínicas populares, por outro lado, situadas nas proximidades da Santa Casa, asseguram um atendimento rápido e confortável, proporcionando uma ampla e organizada oferta de especialidades médicas. Vejamos estes dois depoimentos:

1º depoimento: paciente do serviço popular da Santa Casa:

[...] o mecânico Robson Holanda disse que o diferencial para ele é o preço. Tanto que ele chegou ao local às 3h da manhã com a esposa e a filha de dois anos. [...] Esta é a primeira vez que ele busca uma consulta na Santa Casa, mas afirmou que o preço baixo vale a pena. "Se eu for aqui em frente, a consulta é R\$ 80" (DIÁRIO DO NORDESTE ONLINE, 6/8/2014).

2º depoimento: pacientes de uma clínica médica popular situada na Rua Senador Pompeu:

[...] Às 7h30 da manhã, as irmãs Socorro e Raimunda Sousa seriam as próximas a ser atendidas e tinham chegado há poucos minutos em um consultório na Rua Senador Pompeu com o pai, que sofreu um AVC. "Está com mais de um ano que ele espera para ser atendido na fila do SUS. A gente veio aqui porque o particular é mais rápido e nessa clínica o preço é mais barato "(sic), (DIÁRIO DO NORDESTE ONLINE, 6/8/2014).

Outro motivo de grande fluidez na Santa Casa de Misericórdia está na existência de dois laboratórios de Patologia, o Edilson Gurgel (LEG) e o Laboratório LaboRocha Dr. Hamilton Monteiro, ambos possuindo convênio e funcionando no prédio da Santa Casa de Misericórdia.

O laboratório Edilson Gurgel é responsável pela realização de análises clínicas relativas a exames de sangue, urina, fezes e líquidos corpóreos. Já o laboratório LaboRocha possui apenas um posto de coleta nas instalações do dito hospital, para a coleta de exames mais peculiares como biópsias¹⁸, congelação¹⁹, punções aspirativas (PAAF)²⁰, Citopatologia²¹, imunistoquímicos²², Captura-híbrida²³, Proteína C-Reativa

¹⁸ Realizadas mediante um procedimento cirúrgico, no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório.

¹⁹ Exame realizado por um médico patologista com o auxílio de um microscópico, para a visualização do tecido lesionado. A lesão é provocada no próprio centro cirúrgico e realizada nos casos de urgência do diagnóstico.

²⁰ Procedimentos médicos direcionados à investigação de pacientes que apresentam nódulos. A técnica consiste na retirada de uma pequena porção de tecido por aspiração através de uma agulha fina e a posterior coloração para a análise microscópica.

²¹ Procedimento que pode detectar alterações da morfologia celular para diagnóstico ou prevenção de doenças a partir do estudo ao microscópio de esfregaços celulares, líquidos corpóreos ou de amostras colhidas por escovados, raspados, *imprints* ou punções aspirativas.

²² Exame microscópico das células que compõem uma lesão. Para chegar a um diagnóstico definitivo, o patologista insere soros com anticorpos específicos para caracterizar melhor a população de células doentes. Esse exame é realizado no material obtido a partir de biópsia, seja da medula óssea, do mielograma, de um linfonodo, do liquor, seja de qualquer tecido.

²³ Exame mais moderno para se fazer o diagnóstico do HPV. É um teste de biologia molecular qualitativo e quantitativo que amplifica e detecta o sinal dos híbridos formados pela reação enzima-substrato. O exame consegue diagnosticar a presença do vírus mesmo antes do aparecimento de qualquer sintoma.

(CRP)²⁴, Hibridação *in situ* fluorescente (FISH)²⁵. Esses materiais são coletados na Santa Casa e enviados para a sede do referido laboratório, situado no bairro Aldeota.

Diariamente, formam-se extensas filas na frente da Santa Casa para a realização de exames laboratoriais. Esse tipo de serviço é ofertado a um preço bem abaixo dos praticados pelos demais laboratórios de Fortaleza. Esses laboratórios, apesar do cunho privado com fins lucrativos, prestam serviços para a Santa Casa de Misericórdia e tem parte dos exames custeada pelo SUS.

No entanto, o fluxo de atendimento gerado pelos serviços populares da Santa Casa de Misericórdia não é completamente absorvido pela instituição, gerando eventuais insatisfações, principalmente quando se trata das camadas de trabalhadores que não dispõem de tempo ocioso para esperar em longas filas, ou, corriqueiramente, de pacientes que esperam meses ou até mesmo anos por uma consulta com uma especialidade médica do SUS. Nessa ocasião, as clínicas populares localizadas na vizinhança da Santa Casa desfrutam de intenso fluxo de pessoas, proveniente dos serviços de consultas e exames laboratoriais da referida instituição. Para isso, essas clínicas ofertam serviços idênticos e com preços semelhantes aos praticados pelos laboratórios da Santa Casa. As clínicas também conquistam a clientela do referido hospital em razão da variedade de serviços disponibilizados, que muitas vezes não são encontrados nem mesmo nos serviços populares da Santa Casa.

Para a realização dos exames laboratoriais, as clínicas populares efetivam parcerias com outros laboratórios de patologia. Os materiais de exames clínicos são coletados nos postos de coleta da própria clínica e enviados para análise em laboratórios terceirizados. Contudo, algumas clínicas populares já possuem laboratórios próprios (Figura 6).

²⁴ Principal proteína aguda produzida pelo fígado em resposta ao dano tecidual. O exame de sangue CRP serve para detectar a proteína indicativa de inflamação no sangue.

²⁵ Exame citogenético que permite a avaliação de alterações em sequência de material genético, facilitando o diagnóstico e a avaliação de prognóstico de doenças envolvidas com mutações celulares.

Figura 6 – Registro fotográfico do laboratório de análises clínicas da Clínica Nova, no bairro Centro em Fortaleza



FONTE: GODOY, C. V. 2014.

Por conseguinte, as clínicas populares tornaram-se economicamente atrativas, principalmente para os indivíduos que possuem condições financeiras para custear os serviços oferecidos, embora os valores praticados estejam acima dos disponibilizados pelos serviços populares da Santa Casa. O que conta na preferência, nesse caso, é a eficiência e a resolutividade do problema de saúde.

Fato semelhante ocorreu em Aracaju – Sergipe, segundo a pesquisa *A Política de Descentralização da Saúde e suas Interfaces Escalares*, realizada em 2007 com moradores de Aracaju, acerca dos tipos de atendimentos privados requisitados pela população dependente do SUS. Chegou-se à conclusão de que a maior parte da referida população, em algum momento, precisou utilizar serviços privados de saúde, do mesmo modo que a população de Fortaleza. As pesquisas indicaram que

[...] 90% dos entrevistados afirmaram já ter utilizado o serviço privado no que se refere a consultas com especialistas e exames. Dentre esses, 40% afirmaram ter pagado por cirurgias (nos olhos, ginecológica, próstata, ortopédica) (SANTOS; CONCEIÇÃO, 2010, p. 6).

Ressalta-se, ainda, que as razões que levaram a população de Aracaju consideradas dependentes do SUS a pagarem pelos serviços médico-hospitalares e ambulatoriais disponibilizados gratuitamente pelo sistema público de saúde foram justificadas pela demora do atendimento pelo sistema de saúde governamental, e pela dificuldade de marcar os exames solicitados por médicos. Essa situação reforça a percepção de que “[...] a rede de saúde produz um perverso processo que torna a saúde mercadoria e as pessoas em clientes ou subatendidos nas unidades públicas de saúde, concentradas na capital” (GUIMARÃES, 2001, p. 156; SANTOS; CONCEIÇÃO, 2010, p. 6).

Diante do exposto, depreende-se que os serviços de saúde voltados ao bem coletivo, como é o caso do atendimento prestado pela instituição filantrópica Santa Casa, direciona aos poucos as suas atividades para a população que pode pagar pelos serviços. Logo, a saúde torna-se um produto de consumo e a população carente potencial consumidora.

3.3 O SURGIMENTO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES NO BAIRRO CENTRO EM FORTALEZA

A Casa de Saúde Eduardo Salgado, vinculada à Santa Casa de Misericórdia, foi pioneira nos atendimentos populares de saúde. Inaugurada em 1937, em um prédio anexo à Santa Casa, surgiu com a necessidade de criar novas fontes de receita para o hospital, funcionando a princípio como ala de internamentos particulares. Com a redução da oferta de consultas pela Santa Casa no final da década de 1990, em razão das mencionadas crises financeiras, houve um acúmulo da demanda por atendimento de pacientes advindos principalmente do interior do estado, causando transtornos nos setores de atendimento do hospital. Por conta disso, o setor administrativo da Casa de Saúde Eduardo Salgado adicionou uma nova modalidade de atendimento privado em outubro de 1998 – com a oferta de consultas privadas em diversas especialidades médicas com preços populares. Assim, os pacientes que não conseguiam o atendimento gratuito na Santa Casa buscavam as consultas de preços populares da Casa de Saúde Eduardo Salgado.

Com o encerramento das atividades na Eduardo Salgado, em 2006, e a permanência da demanda por consultas médicas, exames e tratamentos clínicos por pacientes advindos de todo o estado do Ceará, alguns médicos perceberam, então, a oportunidade de montar o próprio negócio, enquanto os proprietários das três clínicas já existentes nas imediações da Santa Casa (clínicas São Paulo, Santa Clara e Divina Luz) instalaram outras unidades. Nesse contexto, os ex-funcionários da Eduardo Salgado adquiriram ou alugaram prédios na circunvizinhança, expandindo assim o número de clínicas populares no centro de Fortaleza. Atualmente a Eduardo Salgado mantém apenas o setor de internamento particular em funcionamento, já que as consultas populares foram transferidas para os ambulatórios da própria Santa Casa através de um sistema de agendamento de consultas na própria instituição, que serve tanto os pacientes do SUS quanto os particulares.

Até a década de 1960, o cenário médico hospitalar do bairro Centro correspondia a uma grande estrutura para a época, constituído de seis hospitais²⁶ e uma associação de assistência médica – a Associação dos Merceeiros²⁷. Na década de 1990, foram fundadas nove clínicas populares, a saber: Ortopédica e Traumatológica (1990), Omnimagem (1992), Prontoclínica (1994), São Paulo (1998), Cimagem (1998), Clison – Centro Integral de Ultrassonografia (1998), Clamed (1999), Divina Luz (1999) e Santa Clara (1999).

O decênio de 2000/2009 foi o período em que surgiu o maior número de clínicas populares (quatorze unidades), que atualmente representa cerca de 42% do total das clínicas existentes no bairro Centro. Dentre elas estão às clínicas Mário de Assis

²⁶ O Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, criado em 1928, foi denominado originalmente Maternidade Dr. João Moreira, em homenagem ao seu fundador. O Instituto Dr. José Frota teve começo nas instalações da Santa Casa, com 3 médicos apenas e uma ambulância (LEAL, 1979, p. 126). Foi instituído a partir de um convênio de serviços de prontos-socorros de Fortaleza, e esse contrato foi transferido posteriormente para o Hospital da Polícia Militar do Ceará, que começou a funcionar em 1939. O Hospital Luiz França, fundado em 1961, operou a princípio como consultório médico, e atualmente é um hospital de referência na cidade. Entre as décadas de 1970 a 1980 foram inaugurados dois importantes hospitais no bairro Centro, o Hospital Cura d' Ars e o Hospital Angeline. O primeiro iniciou suas atividades em 1972, na qualidade de principal maternidade filantrópica do estado do Ceará, enquanto o segundo começou a atuar, em 1973, como clínica de tratamentos cirúrgicos, ginecológicos e obstétricos.

²⁷ A Associação dos Merceeiros foi fundada em 1914 na Rua Floriano Peixoto, no bairro Centro, com a finalidade de proteger os pequenos comerciantes afetados pelos tempos difíceis da Primeira Guerra Mundial. Atualmente a associação presta serviços de assistência médica e jurídica aos usuários dos planos que contam com assistência médica, odontológica, ambulatorial, fisioterápica, jurídica, assistência social, além das diversas clínicas e laboratórios associados. Os preços cobrados pelos planos são considerados populares, a partir de R\$ 60,00, na categoria infantil individual, até R\$ 169,00 para dois adultos com até 85 anos.

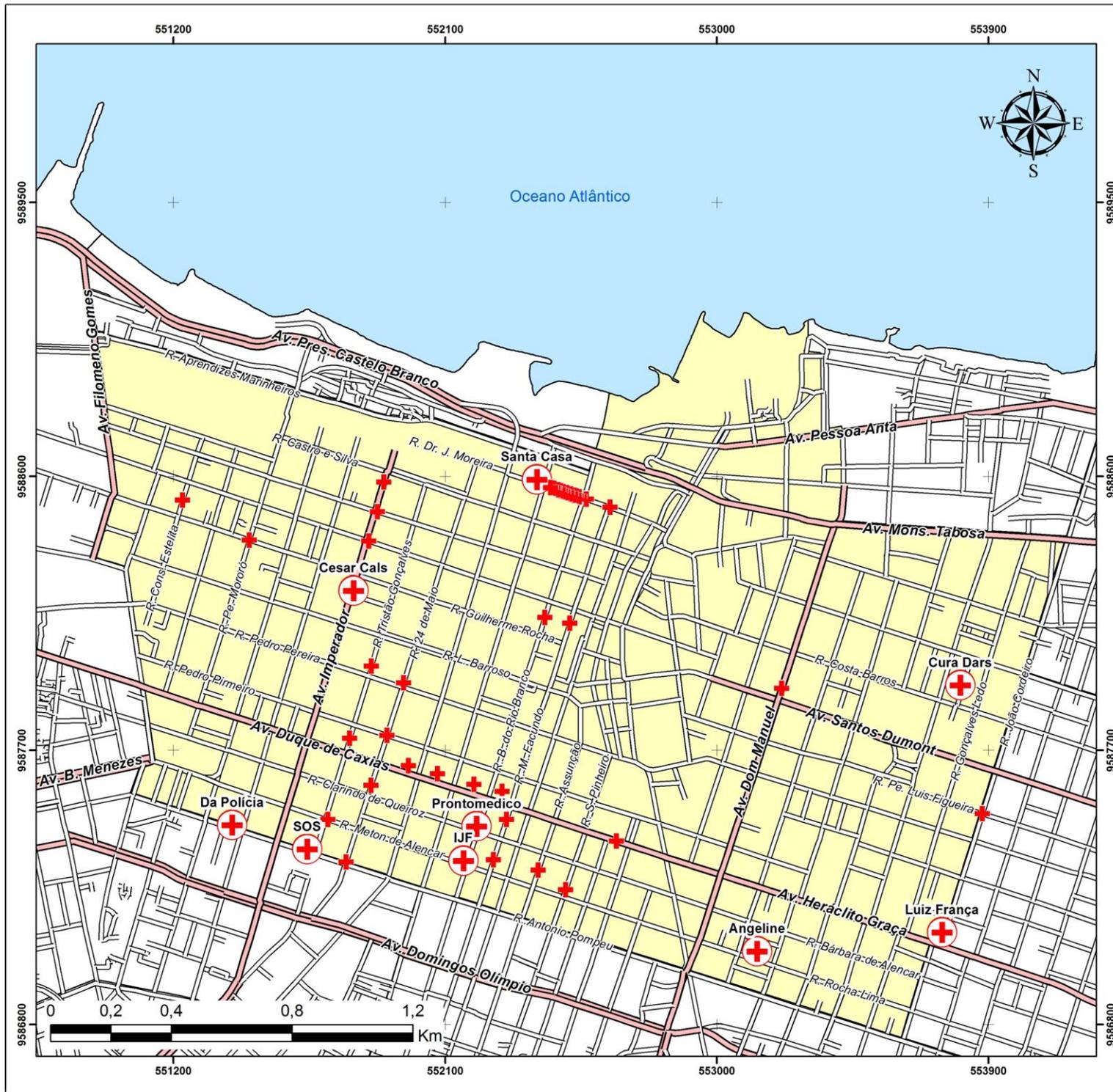
(2001), Ultravida (2002), Imagem do Ceará (2003), Dr. Geraldo Medeiros (2004), Multiclínico de Diagnóstico – Clínica da Fateci (2005), Psicologia e Medicina (2006), Rimagem (2006), Liberato Barroso (2006), MEP – Medicina Especializada Popular (2007), Do Coração (2008), Nossa Senhora das Graças (2008), Monte Sinai (2009), Centro Imagem (2009) e Nossa Senhora Auxiliadora (2009).

Já nos anos de 2010 a 2014 foram instalados mais oito estabelecimentos populares de saúde – as clínicas Free Life (2010), Medcenter (2011), Master (2011), Sol Imagem (2012), Saúde (2013), Imagem Paratodos (2013), Nova (2013) e Sim (2014) –, localizados principalmente nas cercanias da Santa Casa de Misericórdia e de outros hospitais da área central.

Os períodos que se destacaram com o maior volume de instalação de clínicas populares foram os anos de 1999, 2006, 2009 e 2013, indicando uma tendência da difusão de estabelecimentos médicos populares no bairro Centro e na cidade de Fortaleza, assim como em outras capitais brasileiras.

As clínicas médicas populares do bairro Centro (Figura 7) reúnem-se sobretudo entre as ruas Doutor João Moreira e Senador Pompeu, nos arredores da Santa Casa de Misericórdia. As demais clínicas localizam-se no entorno dos grandes hospitais públicos e privados da área central, próximo às avenidas Duque de Caxias e Domingos Olímpio, vias arteriais de grande fluxo de transporte coletivo da cidade e de linhas de ônibus, onde ocorre a integração do Terminal de Passageiros da Praça Coração de Jesus e o Terminal Rodoviário da Avenida Domingos Olímpio.

Figura 7 – Mapa de localização dos hospitais e clínicas médicas populares no bairro Centro em Fortaleza - 2015



Universidade Federal do Ceará
 Centro de Ciências
 Departamento de Geografia
 Programa de Pós-Graduação em Geografia

**A Geografia dos Serviços e Equipamentos da Saúde:
 a expansão das “Clínicas Médicas Populares” no
 Centro de Fortaleza**

Autora: Claudiana Viana Godoy
 Orientador: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva

**Localização dos hospitais e
 clínicas médicas populares no centro
 de Fortaleza 2013.**

Legenda

*Hospitais públicos e privados e
 clínicas médicas, no Centro em Fortaleza*

- + Clínicas populares
- + Hospitais

Outras informações

- Bairro Centro
- Limite dos bairros
- Avenidas
- Demais ruas



Escala: 1:12.500
 Sistema UTM
 Datum: SIRGAS 2000
 Fonte: CNES 2013

A localização das clínicas populares no entorno das vias de grandes fluxos de transporte de Fortaleza segue o que Corrêa (1997), utilizando a teoria das localidades centrais, chamou de “alcance espacial máximo”, que define a área de influência ou área de mercado de um determinado centro, atraindo os consumidores aos serviços ofertados conforme os custos e as facilidades de transporte.

Nas áreas onde há transportes baratos e um nível de demanda elevado, o alcance espacial máximo é amplo e o mínimo é reduzido. Isto significa que, além de terem sido satisfeitas as condições para que alguns comerciantes se instalem em uma localidade central, há, ainda, uma área de mercado onde os consumidores ali residentes procuram essa localidade central, proporcionando aos ali instalados lucros adicionais (CORRÊA, 1997, p. 58).

O grande volume de clínicas populares concentradas nas ruas próximas à Santa Casa fez com que a população frequentadora do bairro designasse uma nomenclatura para indicar a presença das clínicas inseridas entre as ruas Doutor João Moreira e Senador Pompeu,– o Quarteirão das Clínicas. A junção dos dois logradouros forma, portanto, o denominado quarteirão das clínicas, que fica situado na lateral da porta de entrada da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

Após uma década de existência, o número de clínicas médicas em funcionamento no referido quarteirão triplicou, convertendo o bairro Centro em um local amplamente concorrido pelos empresários do setor da saúde. A disputa por imóveis para a implantação de clínicas médicas populares ocorre principalmente nas proximidades dos hospitais públicos do referido bairro.

Essa nova configuração do Centro, responsável pela transformação ou ressignificação de uma parcela significativa da área do bairro, há pouco mais de uma década predominantemente comercial, em um polo prestador de serviços da saúde de cunho popular, o que provoca a necessidade de buscar explicações capazes de elucidar tal fenômeno. A propósito, Santos (1996), esclarece que

[...] um evento é o resultado de um feixe de vetores, conduzido por um processo, levando uma nova função ao meio preexistente, mas o evento só é identificável quando ele é percebido, isto é, quando se perfaz e se completa, (SANTOS, 1996, p. 76-77).

Para Santos (1996, p. 83), o que leva à mudança de função ou significação de um determinado lugar está no fato de a paisagem ser transtemporal e caracterizada por um sistema material de objetos do passado e do presente com formas e objetos. Nesse caso, esses objetos não mudam de lugar, mas mudam de função, isto é, de significação. Portanto, o novo padrão espacial pode dar-se sem que as coisas sejam outras ou mudem de lugar. É que cada padrão espacial não é apenas morfológico, mas, também, funcional.

Ante as evidências, o evento de expansão das clínicas médicas populares não pode ser explicado apenas pelos vetores internos, isto é, justificado pela existência das clínicas em si, em razão da própria cidade e/ou do bairro em que o fenômeno está inserido. Para compreender tal evento, que impulsionou uma nova função ou significado ao bairro Centro, surge a necessidade de se analisarem os vetores externos, por exemplo, a busca da compreensão das deficiências do setor da saúde, que propiciou o êxito do setor privado.

Para isso, voltaremos às atenções para o quarteirão das clínicas, reforçando que o dito local não se restringe aos serviços ofertados pelas clínicas médicas populares e pela Santa Casa de Misericórdia. O quarteirão dispõe de outros estabelecimentos com funções inerentes ao setor da saúde, entre os quais se encontram os mais relevantes:

- Laboratório Evandro Chagas
- Farmácia do Trabalhador
- Funerária Nova Jerusalém
- Plano de Assistência Familiar e Funerário São Raimundo
- Plano de Assistência Familiar Nova Jerusalém
- Funerária São Francisco
- Clínica Odontológica Odontocenter
- Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará (Issec)

Os estabelecimentos mencionados foram instalados anteriormente às clínicas populares, com exceção da clínica Odontocenter e da Farmácia do Trabalhador, sociedades instituídas posteriormente. Esses estabelecimentos surgiram a partir da crescente demanda existente por serviços de saúde nessa área, impulsionada pelos fluxos populacionais em direção aos serviços de saúde da Santa Casa, inclusive a instalação das primeiras clínicas teve essa motivação.

Das quinze clínicas populares em funcionamento no quarteirão das clínicas (Figura 8), quatro delas situam-se na Rua Senador Pompeu e onze na Rua Doutor João Moreira, com a ressalva de que algumas das clínicas possuem mais de uma unidade de atendimento. Na primeira rua, localizam-se as clínicas Do Coração, Master, Santa Clara e Monte Sinai; já na segunda rua encontram-se as clínicas, Sim, Nossa Senhora Auxiliadora, São Paulo, Divina Luz, Nossa Senhora das Graças, MEP, Santa Clara, SP Imagens, Do Coração e Monte Sinai.

Figura 8 – Mapa de localização dos equipamentos urbanos e serviços de saúde no Quarteirão das Clínicas no bairro Centro em Fortaleza

LOCALIZAÇÃO DO QUARTEIRÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES, NO BAIRRO CENTRO EM FORTALEZA



Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Geografia
Mestrado em Geografia
Mestranda: Claudiana Viana Godoy
Orientador: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva



LEGENDA

HOSPITAL E INSTITUTO

- I Santa Casa
- II ISSEC

CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES

- 1 Clínica do Coração
- 2 Clínica Master
- 3 Clínica Santa Clara
- 4 Clínica Monte Sinai
- 5 Clínica Monte Sinai
- 6 Clínica Santa Clara
- 7 SP Imagens
- 8 Clínica Santa Clara
- 9 Clínica MEP
- 10 Clínica Nossa Senhora das Graças
- 11 Clínica Divina Luz
- 12 Clínica São Paulo
- 13 Clínica Nossa Senhora Auxiliadora
- 14 Clínica Sim

EQUIPAMENTOS URBANOS

- A Praça e Estação João Felipe
- B Encetur
- C Passeio Público
- D Forte Nossa Senhora da Assunção
- E Mercado Central
- F Igreja da Sé

QUARTEIRÃO DAS CLÍNICAS

- Rua Senador Pompeu
- Rua Dr. João Moreira

INFORMAÇÕES CARTOGRÁFICAS

Sistema de Projeção UTM
Datum: SIRGAS 2000
Zona 24 S
Escala 1:3.000

Ao interpretar a Figura 8, é possível observar que nas proximidades do quarteirão das clínicas destacam-se equipamentos urbanos com diferentes funcionalidades, como a Praça da Estação, a Estação João Felipe, a Emcetur, o Passeio Público, A Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, o Mercado Central e a Igreja da Sé.

A Praça da Estação é um terminal aberto de transporte coletivo que faz parte do sistema integrado de transporte de ônibus da cidade de Fortaleza, situando-se defronte à Estação Central João Felipe²⁸, local de parada da Linha Sul do Metrô e Linha Oeste do trem urbano. A Empresa Cearense de Turismo (Emcetur) é um Centro de Turismo que funciona em um espaço onde funcionava a antiga Cadeia Pública até meados do século XIX. Atualmente, o comércio de artesanato ocorre de forma mais abrangente no prédio do Mercado Central.

Assim, esses equipamentos correspondem a diferentes funcionalidades, porém todos eles estão envolvidos na fluidez e aglomeração do bairro Centro. A Praça da Estação funciona como ponto de transbordo de passageiros da população oriunda de bairros da cidade e de alguns municípios da RMF, que chegam ao bairro Centro e se deslocam para outros pontos da cidade. A Emcetur e o Mercado Central têm uma função turística comercial com a venda de artigos artesanais e regionais diversos.

A Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção é um dos principais pontos turísticos da cidade, e também abriga a 10^a Região Militar do Exército Brasileiro. Localiza-se nas cercanias da Catedral Metropolitana de Fortaleza, inaugurada em 1978, com o seu atual estilo gótico. A Praça do Passeio Público é considerada um dos principais equipamentos culturais e simbólicos da cidade, que, curiosamente, até o final da década de 1990, era avaliado como um local promíscuo violento e hoje possui um público diverso devido à requalificação realizada entre o final da década de 1990 e o início do ano 2000.

²⁸ A Estação Ferroviária João Felipe foi desativada no dia 13 de janeiro de 2014 para o embarque e desembarque de passageiros. Os oito mil passageiros que passam pelo espaço diariamente farão a transição em uma estação provisória, localizada no fim da Rua Padre Mororó. Na área onde hoje estão os trilhos será construído um percurso subterrâneo para a Linha Leste da Companhia do Metrô de Fortaleza (Metrofor). De acordo com o Metrofor, existe um projeto do governo do estado para transformar aquela área da estação ferroviária em um equipamento cultural com a criação de museus, restaurantes e praças. Porém, até agora, ainda não há uma data para o início desse plano (DIÁRIO do Nordeste, Cidade, 9/1/2014).

A significativa valorização das edificações situadas nos arredores do quarteirão das clínicas ocorreu em conjunto com a ampliação do fluxo populacional em direção aos serviços de saúde do bairro Centro. Esse fato foi registrado em uma notícia publicada em um site, no qual foi mencionado o convívio frequente entre os pacientes das clínicas populares e as garotas de programas, que trabalhavam nas proximidades do Passeio Público,

[...] a vizinhança parece conviver em harmonia. Mas, vez por outra, é possível ouvir as "meninas" que batem ponto próximo ao motel reclamar da pilha de gente que chega todos os dias aos estabelecimentos. "Esse pessoal das clínicas ficam (sic) tudo em cima da gente, aí na porta do motel, ficam tudo em cima das putas", reclama uma delas ao bicheiro de plantão, o "tio do Paratodos" (MAFALDIANAS, 19/5/2007).

A notícia foi registrada no período de transição do entorno do passeio público. Nesse momento, o número de bares e motéis ultrapassava a quantidade de clínicas médicas existentes. Após as políticas de requalificação de uso da Praça do Passeio Público em 2007, o local tornou-se um espaço de convívio familiar no período diurno, uma vez que encerra as suas atividades após as 19 horas. Contudo, a permanência de alguns bares, boates e motéis com funcionamento noturno nas proximidades da praça ainda proporciona a presença de garotas de programas no local.

Essa circunstância dialoga com Santos (1996), quando o autor analisa as mudanças morfológicas que ocorrem de forma simultânea aos novos objetos, que só existem a partir das novas formas de ações: “quando há mudança morfológica, junto aos novos objetos, criados para atender a novas funções, velhos objetos permanecem e mudam de função” (SANTOS, 1996, p. 77-78).

Nesse sentido, as mudanças ocorridas no bairro Centro são observadas em atenção ao conjunto de relações envolvidas e no padrão de uso do bairro ou de parte dele. De forma direta, a inserção de clínicas médicas com o atendimento voltado à população menos privilegiada economicamente, onde antes funcionavam bares, bordéis, hotéis de segundo nível e outras atividades depreciativas, impulsionou de forma simultânea a resignificação da Praça do Passeio Público e a valorização da área do entorno, através das novas formas de ação e das mudanças de função do local.

Portanto, o quarteirão das clínicas é um local de fluidez com facilidade de acesso de transportes coletivos intra e intermunicipais que ligam o bairro Centro aos outros bairros da cidade e da RMF. Os equipamentos urbanos também atraem um grande fluxo populacional, além da população que busca o bairro em razão do comércio, das feiras de confecções populares e pelos serviços de saúde disponibilizados pela Santa Casa de Misericórdia e pelas diversas clínicas populares reunidas em um único quarteirão.

3.4 A RECONFIGURAÇÃO DO BAIRRO CENTRO E A CONCENTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os estabelecimentos onde atualmente funcionam as clínicas médicas populares no bairro Centro fazem parte da dinâmica socioespacial da cidade de Fortaleza, em razão das diferentes funções exercidas por essas propriedades, ao longo dos últimos séculos. Até meados do século XX, o bairro possuía múltiplas funções destacando-se as residenciais, comerciais, de prestação de serviços e lazer, em razão de o bairro ter, nesse período, a maior concentração populacional da cidade.

As múltiplas funções exercidas quase que exclusivamente pelo bairro Centro em Fortaleza, até meados do século XX, se insere em um processo urbano que os teóricos denominam de “cidades monocêntricas”, onde a área central das principais cidades era o ponto de convergência geral. De acordo com Spósito (1991, p. 9), “[...] até meados da década de 70, as cidades brasileiras até um determinado porte tinham praticamente um centro único e monopolizador, com forte concentração de atividades comerciais e serviços”.

Após a década de 1970, a função comercial do bairro Centro foi fortalecida, enquanto o número de residentes das classes mais abastadas reduzia-se cada vez mais, com o deslocamento dos moradores para outros bairros mais afastados do Centro. Esse acontecimento foi promovido pelas extensas aglomerações populacionais que disputavam espaço com os fluxos gerados pelas atividades comerciais, industriais e outros serviços, todos concentrados em um único bairro. Essa situação, de acordo com Silva (2009, p. 12) relaciona-se ao fato de a cidade ter sido, durante muito tempo, uma

cidade monocêntrica, pois, “[...] a existência de um único centro esteve ligada à concentração da burguesia comercial e financeira na área central com seus estabelecimentos comerciais, de serviços e outros negócios, como também suas residências”.

A concentração demográfica de residentes e de vítimas da estiagem junto aos estabelecimentos comerciais, às feiras e a outros serviços contribuiu para uma série de problemas urbanos, resultando “[...] no deslocamento das classes abastadas como reflexo do temor causado pela multidão de retirantes que invadiram Fortaleza durante a seca de 1915, além da revolta urbana de 1912, ocorrida durante o governo de Nogueira Accioly” (SILVA, 2007, p. 22). Em poucos anos, o bairro Centro passou a perder o *glamour* residencial “[...] incrustado pelas elites locais por meio de um modo de vida que elas mesmas ali impuseram” (PEREIRA, 2013, p. 100). Nesse contexto, a cidade se expandiu com o surgimento de outros bairros, e as famílias de alto padrão econômico e cultural foram se afastando cada vez mais do Centro, situação que favoreceu a transformação de algumas residências em pontos comerciais. Dantas (2009) acrescenta que

[...] a presença tida como incômoda das classes de menor poder aquisitivo, consideradas, por vários estudiosos, como responsáveis pela transferência, a partir da década de 1920, das camadas dominantes para o Bairro de Jacarecanga e, em menor proporção, para o Bairro do Benfica e para a Praia de Iracema (DANTAS, 2009. p. 2005).

A mudança do padrão de uso dos imóveis residenciais para fins comerciais, entre as décadas de 1970 e 1980, foi discutida por Spósito (1991) como um visível processo de expansão e degradação da área Central. A autora afirma que

[...] construções que antes eram utilizadas para fins residenciais de padrão médio e/ou alto passam a ser ocupadas por comércio (butiques, por exemplo) e sobretudo serviços (escritórios, clínicas, pequenas escolas, etc), num claro processo de expansão da área central (...) nos setores onde chegou ou chegaria a se delinear uma degradação do processo de ocupação e deterioração do patrimônio arquitetônico e do seu uso social, começamos a observar um processo tendencial e rápido de expansão de atividades comerciais, sobretudo voltado para um público de menor poder aquisitivo, através da localização de lojas de pequenas redes (SPÓSITO, 1991, p. 9)

As transformações em larga escala no bairro Centro em Fortaleza, evidenciadas na perda significativa de residentes e na substituição das estruturas comerciais de lojas de alto padrão por lojas populares, na concepção de (RUFINO, 2005, p. 7; PEREIRA, 2013, p. 40-41), relacionaram-se diretamente com os processos de reestruturação urbana ocorridos nos últimos 30 anos, além das mudanças econômicas e dos processos de suburbanização, que resultaram na descentralização da cidade e na criação de novos subcentros. Portanto, o esvaziamento das áreas centrais deu-se em decorrência da troca de endereço das estruturas comerciais e mudança do perfil econômico das lojas para um perfil mais popular, da perda de população moradora, do declínio de equipamentos e de serviços públicos e da mudança de padrão de consumidores.

As profundas transformações do bairro relacionadas à perda da diversidade na área central a partir dos anos 1970, com o deslocamento das instituições públicas do centro e a consolidação de outros setores residenciais, incentivaram a transferência de parte do comércio e principalmente dos serviços de profissionais liberais, de instituições financeiras, hotéis e atividades de lazer. Dantas (2009, p. 220) esclarece que “[...] o que ocorreu de fato, no Centro de Fortaleza, após os anos 1970, foi o fortalecimento das atividades comerciais e de serviços voltados para o atendimento da demanda das classes de menor poder aquisitivo da sociedade fortalezense”. Portanto, os comerciantes que permaneceram na área central buscaram novas alternativas de sobrevivência, sobressaindo-se o comércio popular²⁹ e os serviços de educação e saúde. A mudança de padrão comercial de luxo para o popular no bairro Centro em Fortaleza não se tratou de um fato isolado, pois, de acordo com as análises de Corrêa (1997, p. 18) sobre as principais capitais do país, como Rio de Janeiro, Salvador, Recife e Fortaleza, “[...] toda a história do comércio entre os séculos XVI e XX é a história da transformação progressiva do comércio de luxo em comércio de massa em comércio de bens para uma parte cada vez mais larga da população”.

As ruas do bairro Centro durante o dia concentram um grande fluxo de pedestres – pessoas que trabalham nos comércios próximos ou que vão ao centro realizar negócios ou fazer compras. A magnitude do fluxo de pessoas levou mesmo à

²⁹ De acordo com a pesquisa realizada por Silva (2013) sobre *Dinâmica socioespacial do comércio popular de confecção no Centro de Fortaleza*, o centro da cidade de Fortaleza, ao longo dos anos, tornou-se o principal lócus do comércio popular de baixa produtividade e capitalização no estado do Ceará, destacando-se as atividades comerciais realizadas na Feira da Sé, que tiveram início em 1990, e do Beco da Poeira em 1991.

presença de ambulantes comercializando todo tipo de produto durante o dia. À noite, ao contrário, as ruas estão praticamente desertas, constituindo outro ambiente, que, em certos setores do núcleo central, junto à área de diversões, torna-se mal-afamado para parcela considerável dos transeuntes diurnos do núcleo central (CORRÊA, 1997, p. 159).

O bairro Centro em Fortaleza vive hoje uma situação de contraste. Ao mesmo tempo que possui um movimento pulsante durante o dia, tem no período noturno um lento movimento. Outro fator divergente são as ruas circundantes do bairro, que não acompanham o movimento comercial, nas quais a função residencial é mais frequente, além da presença de imóveis desocupados ou subutilizados. De acordo com a Secretaria Executiva do Centro (Sercefór) por meio do Diário do Nordeste (2011), até 2011 o bairro possuía 670 imóveis vazios. Nesse caso, o grande volume de propriedades desocupadas fica na circunvizinhança das lojas comerciais.

Na análise de Santos (2008, p. 149) sobre o Centro da cidade de Salvador, o autor afirma que “[...] as áreas vizinhas – o velho quadro não atingido pela expansão das atividades do centro – têm tendência a ver aumentar sua população, até que a degradação dos imóveis torne impossível a moradia”.

Esse fato foi reforçado por Rufino (2005) quando analisou alguns imóveis situados nas proximidades do Passeio Público³⁰ de Fortaleza. A autora constatou que as edificações localizadas nessa área foram identificadas em grande parte como edificações de pequeno porte (1 ou 2 pavimentos) com um significativo índice de desocupação, o que, por outro lado, revelou uma grande possibilidade de especulação imobiliária dos proprietários que mantiveram as edificações desocupadas.

O alto índice de desocupação dos imóveis situados nas imediações dos comércios do Centro em Fortaleza insere-se nas concepções de Corrêa (1997), quando o autor afirma que grande parte dos imóveis deteriorados da área central são estrategicamente especulados pelos proprietários e herdeiros dessas residências, que visam à valorização desses imóveis, e que, nesse meio tempo, alugam para uma

³⁰ O levantamento de 70 imóveis situados no bairro Centro no período de março e maio de 2004 teve o propósito de conhecer e caracterizar o imobiliário subutilizado da área central. Essas edificações foram caracterizadas em fichas técnicas com informações relevantes sobre a implantação, as condições de conservação e propriedade. Os critérios para a seleção foram definidos pelos técnicos da Caixa Econômica Federal, na experiência deles de aprovação de contratações no âmbito do financiamento.

população de renda inferior, situação que predispõe a desvalorização temporária dos imóveis e da área onde se localizam essas edificações. Em muitos casos, os imóveis são reaproveitados como cortiços, lojas de artesanatos, estacionamentos, ou mesmo bares, motéis, pensões e hotéis de baixa categoria.

No caso de áreas próximas ao centro de negócios, por outro lado, onde a deterioração dos imóveis é maior, adiciona-se o fato de que as atividades de localização central não só incitaram à saída da população de alta renda, mas, também, sua expansão espacial, a partir do centro, cria para os proprietários dos imóveis a possibilidade de esperar a valorização, para depois vender a residência ou o terreno para firmas que necessitam de localização central. Enquanto isto, não convém investir no imóvel, que passa a ser alugado a uma população de renda inferior, ávida de uma localização central (CORRÊA, 1997, p. 136).

Portanto, as ruas e quadras da área central que ficam mais distantes dos fluxos comerciais e de transeuntes ficam propensas à deterioração, ainda que de forma transitória, como o que ocorreu nas cercanias do Passeio Público, onde se localiza atualmente o maior volume de clínicas médicas populares, situação analisada por Spósito (1991) como um processo de valorização e integração vinculado à promoção imobiliária:

[...] a existência e a dimensão de áreas momentaneamente deterioradas em volta do centro, à espera de um processo de integração/valorização, terão relação direta com a dinâmica dos processos de promoção imobiliária, que vão tomar em consideração para decidir sobre o aparecimento destas áreas, fatores tais como preço destes terrenos/localizações que possam cumprir os mesmos papéis a preços menores – possibilidade de que o Estado venha a realizar o investimento para superar a obsolescência das construções (física ou moral) (SPÓSITO, 1991, p. 7-8).

Ainda sobre o processo de degradação da área central, Spósito (1991) acrescenta que esse desgaste ocorre pela baixa densidade de moradores e pelo esvaziamento das ruas do bairro no período noturno, contrastando-se com a sua alta movimentação durante o dia. Nesse caso, “[...] o centro das grandes cidades constitui-se área de baixa qualidade para o uso de solo residencial, ‘expulsando-o’ muitas vezes, bem antes da capacidade de absorver estes setores para o uso de solo comercial ou de serviços” (SPÓSITO, 1991, p. 8).

O anel residencial que circunda o centro principal se desvaloriza e passa a ser ocupado por serviços inferiores: locais de diversão noturna e de prostituição, hotéis de

segunda classe, pensões e – em estágio mais avançado de decadência – por cortiços, marginais (SINGER, 1980, p. 84-85). Nesse sentido, as atividades consideradas depreciativas para os arredores da Praça do Passeio Público foram estimuladas principalmente pela constante presença de bares, motéis e pontos de prostituição.

Com a intensificação da procura por imóveis nessa localidade para a implantação de clínicas médicas, os valores dos aluguéis aumentaram. Em vista disso, a inserção do setor popular de saúde privado no Centro da cidade estimulou uma nova configuração socioespacial na dinâmica dessa área, de acordo com os elementos apontados, principalmente no que se refere aos fluxos intrametropolitanos e intraestaduais em direção aos serviços de saúde do bairro. A reestruturação é percebida na ótica das novas funcionalidades (clínicas populares) vinculadas aos serviços preexistentes (hospitais tradicionais), além das atividades relativas ao comércio formal e informal, à prestação de serviço, à educação, entre outras.

Na concepção de Santos (2012-1985, p. 31), quando existe uma compreensão das condições sociais, entendemos que “[...] edifício, loteamento, bairro, estão sempre mudando de valor relativo dentro da área onde se situam, mudança que não é homogênea”. Portanto, as explicações relativas à valorização imobiliária por conta da inserção das clínicas médicas se encontram fora de cada um desses objetos e só pode ser encontradas na totalidade de relações que comandam uma área bem mais vasta.

As transformações ocorridas no bairro Centro motivada pela inserção de empresas privadas do setor da saúde não é um fato isolado, pois em algumas capitais e cidades médias do país já ocorrem episódios semelhantes. A título de exemplo, a cidade de Maringá, no Paraná, teve o centro da cidade transformado em um centro prestador de serviços do segmento da saúde.

Na cidade de Maringá – PR, [...] o centro da cidade, possui uma diversificada atividade funcional [...]. atraídos pelo centro prestador de serviços e pelo fluxo de pessoas, os agentes do mercado (imobiliárias, médicos, proprietários) alugaram, venderam ou construíram os imóveis para clínicas. Foram estimulados por esses atrativos e também pela própria infraestrutura (rede de esgoto, iluminação, asfalto, acessibilidade, arborização, etc.), (MACHADO, 2011, p. 282-283).

Nesse contexto, as mudanças ocorridas no Centro ao longo das últimas décadas, como já esclarecemos, são concebidas por Souza (2013, p. 69) como uma refuncionalização do espaço urbano, processo vinculado, de acordo com o autor, à atribuição de novas funções a formas espaciais a objetos geográficos preexistentes, “[...] modificando-os muito pouco ou mesmo sem modificá-los; reestruturar um espaço material quer dizer alterá-lo muito significativamente, modificando a sua estrutura”.

Diante do fato da reconfiguração do bairro Centro como polo médico direcionado a um público menos favorecido economicamente, torna-se essencial a compreensão da expansão e da permanência das clínicas médicas populares num sentido mais abrangente, através da reflexão sobre o papel dessas unidades no preenchimento das lacunas deixadas pela rede pública estadual.



A INSERÇÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES NO CENTRO EM FORTALEZA

Com o propósito de refletir sobre a inserção das clínicas populares no bairro Centro em Fortaleza, o presente capítulo apresenta uma série de dados que englobam a dinâmica específica dos estabelecimentos. Os dados analisados correspondem aos resultados das pesquisas e observações *in loco*, nas quais foi aplicado um questionário semiestruturado, direcionado aos proprietários e gestores das 37 clínicas pesquisadas (Tabela 6).

De acordo com esses resultados, as clínicas médicas populares foram implantadas nas diversas ruas do bairro Centro, por meio de diferentes estratégias utilizadas pelos proprietários e sócios dos empreendimentos. Entre os motivos mais citados pelos informantes para a escolha locacional, está a localização central, a proximidade da Santa Casa de Misericórdia, a concentração de hospitais na área. Outros motivos serão abordados no decorrer do texto.

Tabela 6 – As clínicas médicas populares situadas no bairro Centro em Fortaleza, identificadas pelos nomes fantasias e os seus respectivos endereços de funcionamento

CLÍNICAS MÉDICAS	LOCALIZAÇÃO
1. NOSSA SENHORA AUXILIADORA	R. DR JOAO MOREIRA, 233
2. CLINICA SÃO PAULO	R. DR. JOÃO MOREIRA, 297
3. CLÍNICA INTEGRADA DIVINA LUZ	R. DR JOÃO MOREIRA, 327
4. CONSULTÓRIO N. S.a DAS GRAÇAS	R. DR JOÃO MOREIRA, 335
5. MEP CONSULTAS ESPECIALIZADAS	R. DR JÃO MOREIRA, 339
6. CLÍNICA SANTA CLARA_1	R. DR JOÃO MOREIRA, 343
7. CLÍNICA MONTE SINAI	R. DR JOÃO MOREIRA, 389
8. CLÍNICA SIM	R. DR. JOÃO MOREIRA,
9. CLÍNICA MASTER	R. SENADOR POMPEU, 467
10. CLÍNICA DO CORAÇÃO	R. SENADOR POMPEU, 517
11. CENTRO IMAGEM	R. GENERAL SAMPAIO, 1235
12. CLÍNICA DR. GERARDO MEDEIROS	AV. DUQUE CAXIAS, 753
13. CLINICA UNIVERSITÁRIA FATECI	AV. DUQUE DE CAXIAS, 201
14. PRONTOCLÍNICA	AV DUQUE CAXIAS, 789.
15. CLÍNICA SOL IMAGENS	AV. DUQUE DE CAXIAS, 1058
16. RIMAGEM	R. BR. DO RIO BRANCO, 1588
17. CLÍNICA NOVA	R. GUILHERME ROCHA, 326
18. CLÍNICA FREE LIFE	R. GUILHERME ROCHA, 1535
19. CLÍNICA ULTAVIDA	AV. TRISTAO GONCALVES, 733
20. CLÍNICA OMNIMAGEM	AV. TRISTÃO GONÇALVES, 1349
21. CLÍNICA RONALDO BARREIRA	R. 24 DE MAIO, 961
22. CLÍNICA MEDCENTER	R. 24 DE MAIO, 837
23. CLÍNICA DE IMAGEM DO CEARA	R. 24 DE MAIO, 1426
24. CLÍNICA IMAGEM PARATODOS	R. SENADOR POMPEU, 1426
25. CLÍNICA MEDICINA DO TRABALHO	R. 24 DE MAIO, 1438
26. CLÍNICA MÁRIO DE ASSIS	R. 24 DE MAIO, 1465
27. CIMAGEM	AV. IMPERADOR, 373
28. CLAMED	AV. IMPERADOR, 255
29. CLÍNICA BANDEIRANTE	AV. IMPERADOR, 253
30. FORT IMAGEM CLÍNICA	R. MAJOR FACUNDO, 1137
31. ASSOCIAÇÃO DOS MERCEEIROS	R. FLORIANO PEIXOTO, 1236
32. CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGICA	R. SOLÓN PINHEIRO, 446
33. CLÍNICA IAMG	R. ASSUNÇÃO, 528
34. CLÍNICA RIO DE JANEIRO	R. ROCHA LIMA, S/N
35. CLÍNICA SAÚDE – IPRED	AV. DA UNIVERSIDADE, 1980
36. CLÍSON	AVENIDA HERÁCLITO GRAÇA, 60
37. CLÍNICA LIBERATO BARROSO	R. LIBERATO BARROSO, 845

FONTE: Pesquisa direta. Elaboração:
GODOY, C. V, 2014.

Conforme os resultados das pesquisas, nota-se que a localização central foi o item mais citado pelos representantes das clínicas médicas. Dos 28 informantes que

escolheram esse item discorreram sobre a importância do grande fluxo populacional em direção ao comércio e aos serviços de saúde do bairro Centro. No que diz respeito ao posicionamento geográfico dos equipamentos urbanos, Santos (1978-2013) afirmou que “[...] a cidade é o lugar privilegiado do impacto das modernizações, já que estas não se instalam cegamente, mas nos pontos do espaço que oferecem uma rentabilidade máxima” (SANTOS, 1978-2013, p. 26).

A lucratividade dos serviços situados no bairro Centro, na percepção de Spósito (1991, p. 7), dá-se pelo fato de a área central das cidades serem “[...] um lugar de concentração da cidade, em que a circulação e as trocas das mercadorias e do dinheiro vão se realizar rapidamente, um lugar de estímulo ao próprio consumo de bens e serviços”.

Com a mudança de padrão comercial do Centro de Fortaleza em meados do século XX, em que o comércio voltado para as camadas mais abastadas da cidade volta-se para a população menos abastada, tal qual abordado no capítulo anterior, os serviços de cunho comercial, de saúde, educação e lazer foram direcionados para as camadas mais populares da cidade. Essa disposição teve como consequência “[...] a tendência do núcleo central de tornar-se o foco varejista e de serviços para segmentos sociais de níveis de renda mais baixos, tendências que se verifica mais nitidamente em metrópoles como Salvador, Recife e Fortaleza” (CORRÊA, 1997, p. 174).

A localização espacial dos serviços urbanos também foi explorada no trabalho de Araújo e Soares (2013). A análise seguiu um caminho metodológico bem próximo ao da presente pesquisa. Os mencionados autores analisaram a dinâmica socioespacial e os fluxos dos serviços de saúde em Araguari – MG, e chegaram à conclusão de que

[...] as clínicas médicas e os laboratórios ligados ao setor privado de saúde procuraram uma localização estratégica, próximos aos hospitais públicos e privados, o que permite a formação de áreas especializadas no espaço urbano, (ARAÚJO; SOARES, 2013, p. 347).

Nesse estudo, os autores relacionaram a distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde na área central da cidade com o fenômeno da economia de aglomeração em decorrência da tendência espacial observada em diversas cidades brasileiras. A concentração dos estabelecimentos de saúde localiza-se em pontos

estratégicos, próximos aos hospitais públicos e privados, o que permite a formação de áreas especializadas, independentemente de o bairro corresponder ou não à área central da cidade.

Para Corrêa (1997), o setor varejista do centro da cidade possui uma tendência de que as lojas ou os serviços do mesmo tipo se aglomerem, apesar de não manter negócios entre si. Essa aglomeração forneceria garantias para todas as lojas e todos os serviços porque haveria em direção àquele setor uma atração maciça de consumidores. O processo de coesão ou economia de aglomeração tende, em realidade, a gerar conjuntos de atividades espacialmente coesas (concentradas) (CORRÊA, 1997, p. 129).

Na escolha da área central de Fortaleza para a implantação das clínicas populares implicou também o fato de o bairro ser considerado o mais acessível da cidade, em razão da infraestrutura planejada com disposição do maior número de linhas de ônibus, e da presença de equipamentos sociais (hospitais, escolas, bancos, entre outros). Além disso, o bairro comporta o maior volume de comércios e prestação de serviços da cidade, para as diferentes camadas sociais, possibilitando, assim, uma margem estável de lucros.

Nessa concepção, Corrêa (1997, p. 124) afirma que a concentração de lojas e do setor de serviços na área central das capitais brasileiras, do ponto de vista do capital, seja entendida pelo quesito acessibilidade ou aglomeração, que “[...] é ainda hoje, para muitas atividades, uma localização ótima, racional, que permitiria uma maximização dos lucros”.

Essa situação torna-se favorável ao Centro, em Fortaleza, já que o bairro apresenta uma localização privilegiada na capital, por compreender um fluxo médio diário de 400 mil transeuntes³¹. A afluência ao Centro ocorre majoritariamente através de meios de transportes coletivos, uma vez que os serviços desse bairro estão voltados principalmente para as camadas mais populares, como já dissemos.

Para Barreto (2010, p. 34), a acessibilidade do bairro Centro é um fator dominante que influencia na escolha locacional das atividades desenvolvidas nessa área, já que “[...] a área central da cidade é a mais acessível, sobretudo na utilização de

³¹ Dado disponibilizado em março de 2014, pela Câmara dos Dirigentes Lojistas de Fortaleza (CDLFor), publicada no Jornal *O Povo*, em uma matéria com o título, O Centro que dá Certo.

transportes públicos, não só para os residentes, mas também para os visitantes ocasionais”.

Das 243 linhas de ônibus intraurbanas³² regulares diurnas, disponíveis na cidade de Fortaleza, oitenta dirigem-se para a área central da cidade. A isso soma-se o fato de que o itinerário do sistema de transporte da RMF direciona todas as linhas de ônibus para o referido bairro; a linha Sul do Metrô faz um percurso entre o Centro de Fortaleza até Pacatuba e a linha Oeste do trem metropolitano inicia o percurso em Caucaia e finaliza na Estação Central João Felipe. Portanto, Silva (2013, p. 79) ressalta que “[...] o Centro é local de chegada, passagem e saída para vários bairros e municípios da RMF”. Conseqüentemente o bairro Centro mantém um papel polarizador dos fluxos urbanos, que, na visão de Spósito (SPÓSITO, 1991, p. 6), “[...] o centro pode ser qualificado como integrador e dispersor ao mesmo tempo”.

Além disso, Corrêa (1997, p. 123) salienta que a presença das linhas de transporte urbano é uma característica comum às metrópoles modernas, principalmente quando se trata das áreas centrais, onde se concentram “[...] as principais atividades comerciais e de serviços, bem como os terminais de transportes interurbanos e intra-urbanos”.

O segundo critério mais citado para a escolha locacional das clínicas fundamentou-se na proximidade com a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. O curioso foi o fato de que sete das quinze clínicas que escolheram essa opção não se localizavam próximas ao referido hospital (situadas entre treze e dezesseis quadras de distância), mas, mesmo assim, os representantes das referidas clínicas destacaram a importância da Santa Casa para a escolha locacional. Isso se justifica pelas constantes indicações para o atendimento das clínicas populares por parte dos funcionários e médicos da Santa Casa. Além do mais, muitos desses médicos possuem vínculos de trabalho com as citadas clínicas médicas.

A presença da Santa Casa de Misericórdia no bairro Centro conferiu um poder de atração para outros serviços complementares ao do segmento da saúde no bairro. Essa dinâmica de atração dos serviços privados de saúde no entorno dos hospitais de

³² Dado consultado no anuário dos Transportes Urbanos de Fortaleza – 2010, disponibilizado no site da Empresa de Transporte Urbano de Fortaleza (Etufor), acessado em maio de 2014.

referência não se enquadra em um acontecimento singular, pois similar evento ocorreu em outras cidades do país. A propósito, Araújo e Soares (2013) observaram que

[...] como todos os hospitais presentes em Araguari localizam-se na área central, parece-nos possível afirmar que funcionam como uma atividade que exerce poder de atração sobre outras ligadas ao setor de saúde, tais como as clínicas médicas e os laboratórios (ARAÚJO; SOARES, 2013, p. 347).

A implantação das clínicas populares de Recife também seguiu a lógica da proximidade dos hospitais públicos, como relatou Victalino (2004, p. 45): “[...] as clínicas populares se servem de estratégias mercadológicas bem diversas [...] a proximidade com hospitais públicos nos quais os médicos já conhecidos da comunidade atuam”.

A opção no questionário denominada de “outros motivos para a escolha locacional das clínicas” foi a penúltima opção mais citada, sendo um critério fundamental para a análise locacional, tendo em vista que os representantes dos estabelecimentos pesquisados sugeriram outros caminhos para a investigação, além de se referirem ao bairro como um local de expansão e fluidez dos serviços de saúde que absorveu e favoreceu a permanência das clínicas médicas. Portanto, as próprias clínicas existentes no bairro criam uma sinergia entre si.

Das clínicas médicas que apontaram outros motivos para a escolha da localização, o diretor de uma delas, situada na Rua Senador Pompeu, na lateral da Santa Casa de Misericórdia, mencionou a vantagem relacionada ao baixo valor do aluguel em comparação às clínicas localizadas em frente ao hospital (na Rua Doutor João Moreira).

Outro fato importante refere-se à confluência de fluxos de outra clínica, também localizada na Rua Senador Pompeu, em que o informante se referiu ao local como um ponto estratégico devido à proximidade com as áreas de parada dos transportes alternativos, advindos de várias localidades do estado do Ceará, transportando pacientes para as clínicas populares.

Essas conduções³³ (Figura 9) chegam entre seis e sete horas da manhã e retornam no final do expediente de atendimento das clínicas, para regressarem com os pacientes para as suas cidades de origem. Essas vans, consideradas em muitos casos pelo Departamento Estadual de Trânsito do Ceará (Detran) como transportes clandestinos, são próprias das atividades de massa, da população dos municípios interioranos.

Figura 9 – Registro fotográfico de um transporte alternativo (pau-de-arara) advindo do interior do Ceará, estacionado em frente a algumas clínicas médicas populares, no Quarteirão das Clínicas, em Fortaleza – CE



FONTE: GODOY, C. V. 2014.

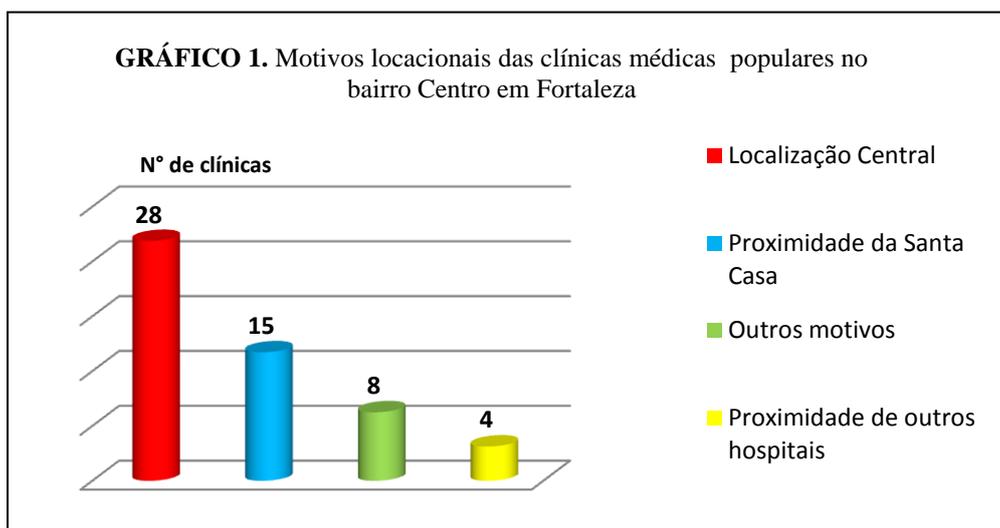
A proximidade com outros hospitais do bairro Centro também foi considerado um importante aspecto na escolha locacional das clínicas, visto que essa área é composta por nove hospitais, cinco privados, três públicos e um filantrópico, o que mostra a localização de grande parte das clínicas populares no entorno desses hospitais. São frequentes os casos das clínicas populares situadas no entorno do Hospital César Cals, que corresponde a um centro de referência na realização de partos, as quais oferecem serviços de exames e procedimentos clínicos direcionados à saúde da gestante, com intuito de captar esse perfil de pacientes, como é o caso da Clínica Liberato

³³ O transporte dos pacientes provenientes de algumas cidades do interior do Ceará também é realizado pelos transportes alternativos como as vans e outros veículos de pequeno porte, tidos como o principal meio de locomoção de muitos sertanejos que se deslocam entre comunidades ou municípios que não oferecem linhas de ônibus. É muito comum a apreensão de vans não cadastradas pelo Detran, que considera essa categoria de transporte de passageiros como “transporte clandestino” ou “transporte não autorizado”. “O Detran faz todo mês cerca de 30 apreensões de veículos (uma por dia), principalmente do tipo van, transportando passageiros sem autorização” (DIÁRIO DO NORDESTE, 10.8.2011).

Barroso, que possui os serviços direcionados a saúde da mulher como ponto forte nos atendimentos.

Outro fato semelhante são as clínicas próximas ao hospital IJF, que constitui o maior centro de atendimento de traumatismos do estado. Constatou-se que as clínicas vizinhas ao citado hospital disponibilizaram principalmente os serviços de raio-X, salas de gesso, especialistas em traumatologia e ortopedia, além dos cuidados pós-traumáticos de reabilitação e fisioterapia, como por exemplo a Clínica Saúde, que dispõe dos referidos serviços, situada a apenas três quadras de distância do IJF.

As informações referentes aos motivos que impulsionaram a escolha do bairro Centro para a instalação das clínicas médicas populares foram representadas, no Gráfico 1.



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

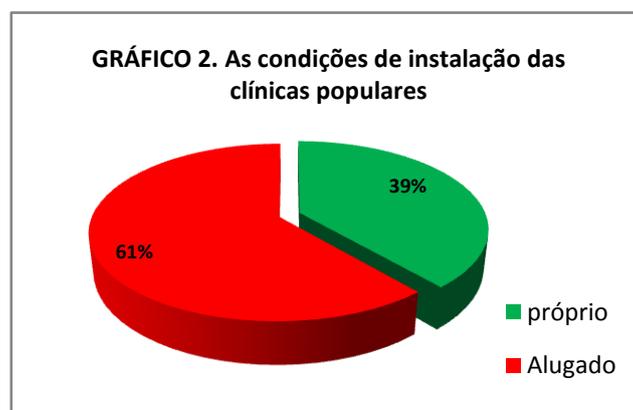
A análise dos motivos que levaram à escolha locacional das clínicas populares não envolve apenas os quatro pontos representados no Gráfico 1, uma vez que as respostas consideradas até então fora do contexto ou do questionário conduziram à reflexão sobre outros caminhos e à observação de outras hipóteses.

4.1 A INSERÇÃO DAS CLÍNICAS NO BAIRRO CENTRO: RUAS, QUADRAS E CLÍNICAS

No que se refere à estrutura física de funcionamento das clínicas médicas analisadas, foram observados os aspectos relativos à conservação das fachadas dos prédios, às formas de aquisição dos imóveis, ao tamanho médio dos estabelecimentos e à maneira como se configuram as divisões dos setores de atendimento das clínicas.

Os resultados da pesquisa apontaram um destaque para os aspectos concernentes à estrutura reservada para a recepção e a acomodação dos pacientes. A organização dos setores de atendimento e procedimentos clínicos, como os consultórios médicos e as salas de procedimentos clínicos apresentaram maiores índices em relação aos ambientes de uso restrito entre os médicos e funcionários, que constam de copas, sala de refeições e descanso.

No conjunto das clínicas pesquisadas, vinte delas foram inseridas em prédios alugados e as demais constaram como de domínio particular dos responsáveis pelas empresas (Gráfico 2). Vinte e cinco clínicas tiveram suas edificações adaptadas para desenvolver suas atividades, enquanto outras nove foram instaladas em prédios originais (que não foram reformados ou adaptados minimamente). Essas clínicas apresentaram uma estrutura interna dividida basicamente em recepção, sala de espera e consultórios médicos, contudo algumas delas desprenderam-se desse padrão, apresentando estruturas ampliadas e modernizadas.



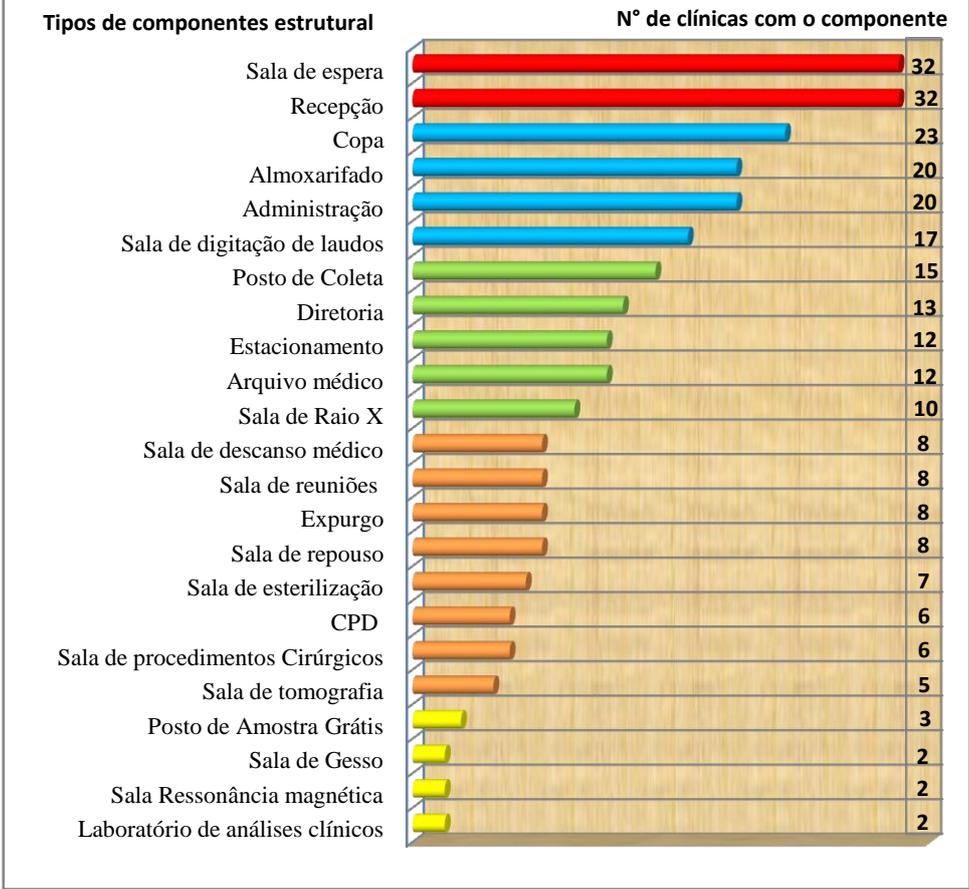
FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

A compartimentação interna das clínicas populares que apresentaram estruturas mais modernas constitui-se dos seguintes setores (Gráfico 3): copas, almoxarifados, salas de administração, salas de digitação de laudos, postos de coletas de exames laboratoriais, diretorias, estacionamentos, arquivos médicos, salas de raios-x, salas de descanso médico, salas de reuniões, salas de expurgos, salas de repouso, salas de esterilizações, Centrais de Processamento de Dados (CPDs), salas de pequenos procedimentos cirúrgicos, salas de tomografias, postos de fornecimento de amostras grátis, salas de gesso, salas de ressonâncias magnéticas e laboratórios de análises clínicas.

Os setores das clínicas (Gráfico 3) foram dispostos no texto em ordem decrescente, de acordo com a quantidade que mais aparece como setores constituintes das clínicas. Apenas seis clínicas declararam quase todos os componentes das estruturas físicas apresentadas nessa exposição, enquanto as demais apresentaram uma compartimentação de acordo com os serviços ofertados, e de forma proporcional ao número de atendimentos mensais.

Portanto, observou-se que os padrões de instalação da maior parte das clínicas populares são compostos basicamente por consultórios, sala de espera e recepção, funcionando em estruturas simples e modestas, em razão da temporalidade desses estabelecimentos, inseridos em uma concepção de permanência instável, em razão da fragilidade nos padrões regulatórios de funcionamento junto à prefeitura e ao estado, além do aumento da especulação imobiliária da área que, conseqüentemente, amplia os valores dos aluguéis dos imóveis onde funcionam as clínicas.

GRÁFICO 3. Componentes da estrutura física das clínicas populares do bairro Centro



FONTE: Pesquisa direta.
 Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

As características transitórias das clínicas populares centrais em Fortaleza transpõem os aspectos formais de regulação de funcionamento. De acordo com Santos (2008), essas atividades prestadoras de serviços para a classe mais pobre têm um caráter provisório e de fácil substituição por outras atividades. Nesse caso, Santos discorre que

[...] os palacetes e sobradões envelhecidos, que perderam seu antigo papel de residência dos nobres e da gente rica, conhecem agora outras utilizações. Alguns servem exclusivamente à residência pobre. Outras abrigam, no andar térreo, um comércio de transição ou artesanato (SANTOS, 2008, p. 161).

Como já discutido no capítulo anterior, a valorização da área central se concentra nas ruas que comportam as lojas de comércio e de prestação de serviços, já a desvalorização ou degradação são percebidas nas áreas circundantes com menores fluxos de transeuntes, onde existe uma disposição de atividades depreciativas como bares, motéis, bordéis, entre outros estabelecimentos. O aumento da procura por imóveis para a instalação das clínicas médicas nessas áreas que possuem aluguéis mais barato promoveu uma supervalorização local. Além disso, a concorrência entre as clínicas com oferta de serviços similares desperta atenção dos órgãos reguladores que brevemente cobrarão todos os impostos correspondentes à atividade desempenhada pelas clínicas. Portanto, as unidades que permaneceram na área central serão aquelas que suportarão pagar o alto preço.

Corrêa (1997, p. 124) acredita que a acessibilidade foi responsável pelos valores mais elevados da terra urbana que aí se encontram, o que levou a uma competição pelo uso da terra. Nesta competição, em que saíram vitoriosas aquelas atividades que podiam transformar acessibilidade em lucro, suportando pagar o alto valor da terra.

Por outro lado, as pesquisas revelaram que a ampliação dos setores de atendimento das clínicas ocorreu principalmente em razão de uma crescente demanda, que conseqüentemente estimulou a necessidade de investimentos direcionados à ampliação e à modernização dos espaços físicos das clínicas. Para a resolução dessa carência, tornou-se comum aos proprietários empregarem os lucros obtidos na aquisição de equipamentos de exames-diagnósticos e de tecnologias avançadas, além das reformas para a modernização e ampliação do espaço físico.

O aumento do número de atendimento das clínicas populares também acarretou uma maior necessidade de conforto na acomodação dos pacientes e funcionários, tendo em vista que os pacientes permaneceram mais tempo nas salas de espera e na recepção desses estabelecimentos. Algumas das clínicas populares localizadas no quarteirão das clínicas adotaram um tratamento diferenciado, oferecendo caldos, cafés, chás e biscoitos. Esses lanches são comumente disponibilizados no primeiro horário de atendimento, entre sete e oito horas da manhã. Ressalta-se que, apesar da simplicidade dos ambulatorios e da clientela frequentadora, observaram-se características de comprometimento e cortesia por parte dos funcionários das clínicas.

Contudo as clínicas populares apresentaram limitações relativas à estrutura física, em geral com estruturas modestas, com espaços insuficientes para implantação de alguns equipamentos que requereriam maiores espaços físicos. As áreas físicas das clínicas não ultrapassaram os duzentos metros quadrados de área construída, sendo esses reduzidos espaços aproveitados para o funcionamento dos consultórios médicos, dividindo-se os espaços com os equipamentos de exames clínicos. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, na Portaria nº 287/2012, os consultórios médicos ou gabinetes de consulta devem dispor de uma área mínima de 10 metros quadrados, visando garantir a segurança, a qualidade dos serviços prestados e o mínimo de conforto para os pacientes.

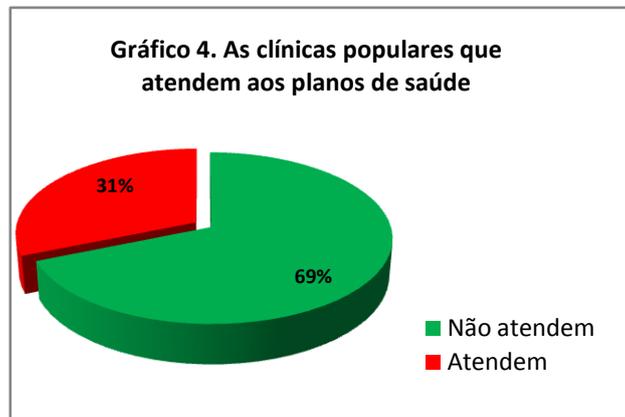
4.1.1 Os planos e convênios privados da saúde popular

Para abordar a relação das clínicas com as empresas de planos de saúde e de convênios, recapitulemos o que foi apresentado no capítulo anterior sobre o descontentamento de médicos e dos proprietários de clínicas com esses estabelecimentos de planos, uma das razões que motivaram a instalação das primeiras clínicas populares, com atuação autônoma, sem vínculos com planos ou seguros de saúde.

Todavia, o setor das clínicas populares passou por algumas adequações influenciadas pelo aumento da concorrência das empresas do segmento. A expansão do número de clínicas populares impulsionou o surgimento de estratégias por parte dos proprietários, como forma de se manterem competitivos no mercado. Dentre as alternativas mais incorporadas, estão a facilitação da forma de pagamento pelos serviços prestados aos clientes, a adesão aos planos, seguros e convênios de saúde, parcerias com as casas de apoios das prefeituras do interior do estado.

Contudo, o maior número de clínicas médicas populares funcionou de forma independente, conforme apontaram as pesquisas. Entre as clínicas pesquisadas, quase 70% delas (ou seja, 22 unidades) não atenderam aos planos de assistência privada, enquanto as demais se apresentaram positivas (Gráfico 4). Os planos de saúde privados mais citados entre as dez clínicas favoráveis a essa demanda constou a Unimed, o

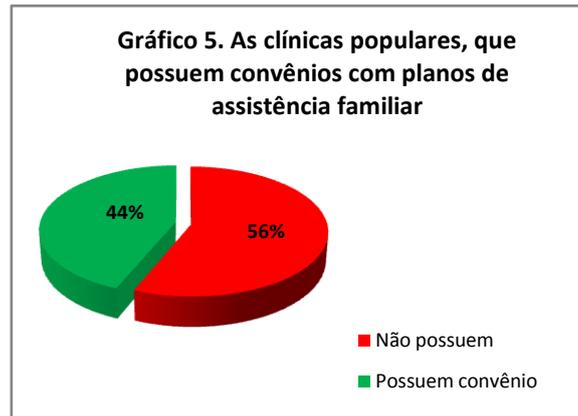
Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará (Issec), o Instituto de Previdência do Município (IPM), a Amil, o Bradesco Saúde, a Camed, a Caps Saúde, a Hapvida, o Plano de Assistência à Saúde (PAS) e a Golden Cross.



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Ademais, constataram-se os casos de clínicas que se disseram contrárias aos planos privados de saúde. Essa situação poderia ser revertida, porém, se o médico funcionário da instituição possuísse cadastro em algum plano de saúde privado. Nesse caso, os médicos teriam autonomia para o atendimento dos convênios, desde que se responsabilizassem pelos registros e controle do ressarcimento efetuado pelos planos. Esse tipo de operação tornou-se comum, em razão de os honorários pagos pelos planos privados serem similares aos valores cobrados pelas clínicas populares do bairro Centro.

Das clínicas populares do Centro, 14 (45%) apresentaram parcerias de atendimento com planos de assistência familiar, popularmente conhecidos como planos funerários (Gráfico 5). As parcerias tornaram-se vantajosas em virtude das vias de mão dupla, as quais possibilitaram as propagandas dos serviços prestados pelas clínicas, dando origem a maiores volumes de vendas dos planos funerários. O percentual de descontos pelos serviços oferecidos pelas clínicas populares aos associados dos planos assistenciais ficou entre 10 e 30%.



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Independentemente do atendimento das clínicas populares serem de cunho privado e individual, três das unidades pesquisadas, a Dr. Ronaldo Barreiras, o Hospital Multiclínico de Diagnósticos (Clínica da Fateci) e a Mário de Assis, afirmaram a existência de convênios com o SUS. Nesse tipo de atendimento, os pacientes não mantêm um contato direto com a clínica, pois o serviço é solicitado através do encaminhamento de um médico das unidades básicas de saúde pública, sendo o serviço agendado previamente por meio do recurso digital da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCEE), que busca a disponibilidade do serviço solicitado e direciona os pacientes com a consulta ou o exame previamente agendados.

Segundo os representantes das clínicas, o convênio com o SUS não foi amplamente adotado pelas clínicas populares da área central devido à burocracia do sistema de atendimento, principalmente quando se refere ao reembolso dos serviços prestados, além de exigências tecnológicas, como a conexão direta via internet da clínica com o sistema do SUS. Esse requisito tornou-se inviável, uma vez que os dados apresentados por meio das pesquisas de campo indicaram que 30% das clínicas ainda não possuíam sistema de gerenciamento informatizado e nem mesmo acesso à internet. Nesse caso, o convênio seria prejudicado pela ausência de uma conexão digital com a Central de Marcação de Consultas do SUS.

O ressarcimento dos serviços requisitados através do convênio SUS junto às clínicas populares ocorre de forma semelhante aos realizados pelos planos privados, ou seja, o convênio deposita na conta jurídica dessas unidades o valor mensal dos serviços

prestados. Esse recurso tem o prazo mínimo de sessenta dias úteis para o crédito na conta da empresa, sendo os valores acrescidos de impostos públicos, declarados anualmente por essas empresas, enquanto os fluxos de caixa dos rendimentos diários das clínicas têm maior lucratividade.

Algumas das clínicas populares do bairro Centro consolidaram-se graças às parcerias e aos convênios estabelecidos com as prefeituras de alguns municípios do interior do Ceará. Cinco das clínicas investigadas confirmaram as parcerias diretas com as prefeituras de alguns municípios, como Aratuba, Paramoti, Pedra Branca, Itarema, Quixadá, Pacatuba, Maracanaú, Maranguape, Aquiraz e Caucaia, sendo os últimos cinco municípios da RMF (Gráfico 6). Evidencia-se o fato de que as parcerias não ocorreram de maneira institucional: foram firmadas por meio de acordos verbais, realizados em prol de interesses mútuos.



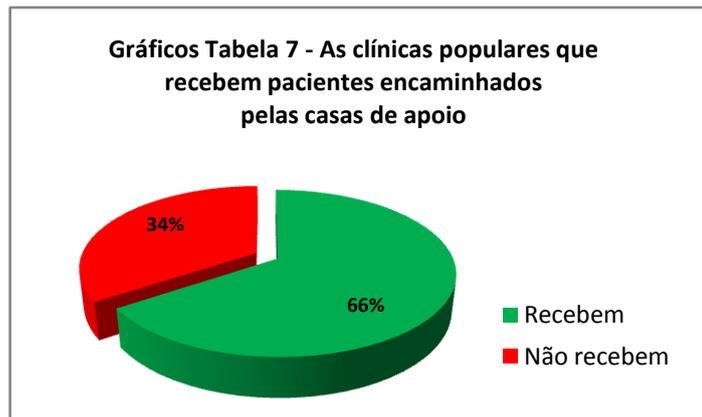
FONTE: Pesquisa direta.
 Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Durante as entrevistas com os representantes das clínicas médicas, ficou claro que as parcerias ou os convênios entre as clínicas e as prefeituras dos citados municípios não ocorrem de maneira direta, pois os informantes não responderam e não confirmaram a existência de vínculos. Ficou evidente, todavia, que os pacientes vindos de outros municípios do interior do estado já possuem um direcionamento para as clínicas indicadas pelas prefeituras, além do fato de os proprietários e médicos sócios das clínicas possuírem uma relação de amizade com os representantes de algumas prefeituras do interior do Ceará.

Apesar de a maioria dos representantes das clínicas negar a existência de parcerias ou convênios, ficou claro nas entrelinhas o direcionamento de algumas clínicas para esse perfil de pacientes. Os informantes que afirmaram não haver convênio ou parceria com as prefeituras interioranas confessaram, ao mesmo tempo, que a maior parte dos pacientes era advinda dos municípios interioranos, com as despesas, em muitos casos, pagas pelas prefeituras e com indicações de funcionários dessas instituições. É importante destacar que alguns recursos são disponibilizados pelos cofres públicos das prefeituras, e, por isso, podem ser direcionados ao subsídio dos serviços de saúde não disponíveis à população, como consultas com especialistas, exames e tratamentos clínicos, além de auxílios com transporte e estadia dos pacientes.

Diante disso, 80% dos proprietários e representantes das clínicas populares afirmaram que o pagamento dos serviços prestados aos pacientes encaminhados pelas prefeituras do interior do estado seria custeado por esses municípios. E como seria possível o direcionamento dos pacientes pelas prefeituras interioranas, se não houvesse um acordo entre ambas? A princípio, essas pessoas pagariam pelos serviços com recursos próprios e posteriormente seriam ressarcidas junto aos municípios de origem. Essa negociação concretizou-se mediante a apresentação dos comprovantes de despesas, como recibos de pagamentos emitidos pelas clínicas populares, comprovantes de transporte e estadia.

Outra parceria importante com as clínicas populares foram os convênios realizados com as casas de apoio. Oito das clínicas pesquisadas revelaram a existência de parcerias com essas instituições, sendo os mais citados os municípios de Pecém, Pacatuba, Pacoti, Pacajus, Tabuleiro do Norte, Limoeiro do Norte, Pedra Branca, Paramoti, Maracanaú, Crato, Iguatu, Juazeiro do Norte, Morada Nova, Quixeramobim, Cascavel, Mombaça, Nova Russas, Independência, Quiterianópolis, Ipueiras e Xorozinho (Gráfico 7).



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Mesmos as clínicas populares que não possuíam uma parceria direta com as casas de apoio receberam esse perfil de pacientes. Quase 70% das unidades revelaram-se adequadas ao recebimento desse tipo de pacientes. Apenas onze clínicas populares mostraram-se contrárias a esse tipo de atendimento. Observou-se que o último caso constitui-se de unidades situadas em pontos distantes do quarteirão das clínicas que, apesar de ofertarem serviços semelhantes, apresentaram uma menor quantidade de especialidades médicas e exames.

Outro elemento curioso ficou visível na relação entre as clínicas e os hospitais públicos de Fortaleza e da região metropolitana, que, apesar de não possuírem parcerias mútuas, 50% das clínicas investigadas admitiram o recebimento de pacientes transportados por ambulâncias para a realização de consultas, exames e outros procedimentos clínicos. Ressalta-se que os procedimentos de urgência e emergência não são realizados nas clínicas populares.

De acordo com Ribeiro (2004), o envio de pacientes em ambulâncias para os hospitais situados nas áreas centrais está relacionado às práticas de gestão das periferias metropolitanas conhecidas como “clientelismo”. Segundo o autor, “[...] a expressão mais sintética em muitos casos são as ambulâncias comunitárias, mantidas por prefeituras e numerosas entidades assistencialistas – a maioria pertencente a políticos locais –, que conduzem os doentes a áreas centrais” (RIBEIRO, 2004, p. 23).

Nessa perspectiva, observa-se na Figura 10 uma situação corriqueira. Uma ambulância proveniente do município de Madalena, estacionada em frente a uma clínica médica popular no bairro Centro. O paciente, por meio de uma conversa informal, declarou ter sido vítima de um acidente de moto no município de origem, razão por que foi transferido para o IJF em Fortaleza, com o auxílio de uma ambulância. Como nesse momento o IJF encontrava-se sem atendimento de médicos ortopedistas, o motorista da ambulância sugeriu a possibilidade de uma consulta nas clínicas populares, como uma alternativa rápida.

Figura 10 – Registro fotográfico de uma ambulância do município de Madalena – CE, estacionada em frente ao Quarteirão das Clínicas, na Rua Doutor João Moreira, em Fortaleza – CE

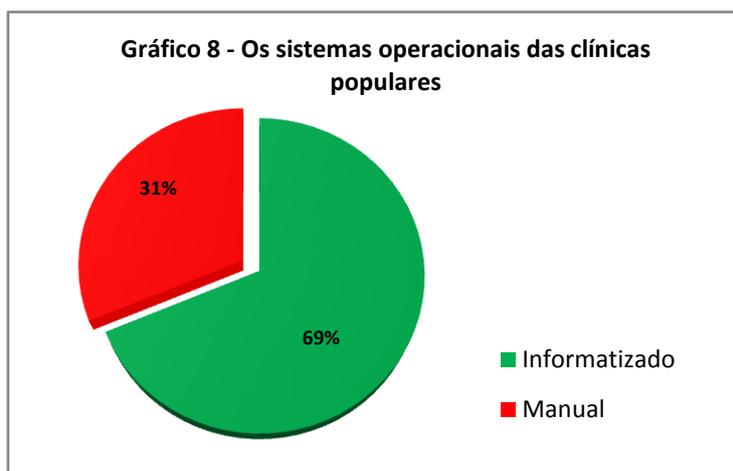


FONTE: GODOY, C. V. 2014.

De acordo com os responsáveis administrativos das clínicas médicas populares, os hospitais que mais transferiram pacientes de ambulância para a realização de exames e consultas foram aqueles localizados no próprio bairro Centro, como o IJF e o César Cals, além das unidades situadas em outros municípios da RMF como Caucaia, Maranguape e Pacatuba.

4.1.2 Descrevendo uma clínica popular

Das clínicas populares em funcionamento no bairro Centro, 22 delas apresentaram sistema operacional informatizado, geridos com a ajuda de *softwares* propícios para a administração de pequenas empresas do segmento da saúde. Apenas dez clínicas populares expuseram controle administrativo realizado manualmente, isto é, com o auxílio de registros em livros contábil (Gráfico 8).



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

As clínicas que apresentaram um sistema operacional informatizado contaram com recursos digitalizados de prontuários médicos, agendamentos de consultas e exames, orçamentos financeiros, controle de produtos e funcionários. As clínicas que gerenciadas de forma manual possuíam serviços semelhantes, contudo o controle do fluxo de pacientes dificilmente seria possível, e, quando afirmativos, ocorreram de maneira aleatória, ou seja, os atendimentos foram de acordo com a ordem de chegada dos clientes, sem o uso de um agendamento prévio. Os pacientes, nesse caso, foram identificados com o apoio de uma ficha manuscrita, onde constavam as informações gerais dos clientes, o procedimento clínico e o recibo avulso de pagamento.

Quando as clínicas médicas não dispunham de recursos informatizados, considerados facilitadores e potencializadores do funcionamento, detiveram-se meramente ao controle orçamentário, ou seja, à prestação de conta do fluxo diário de

caixa. Desse modo, essas instituições populares ficaram em desvantagem em relação às demais, pois, além da falta de precisão dos lucros da empresa, perderam o contato direto com os pacientes, que, muitas vezes, deixaram de dar continuidade aos tratamentos ou de buscarem outros serviços nessas instituições por falta de uma comunicação eficiente entre ambas as partes.

É importante registrar que algumas das clínicas populares localizadas principalmente no quarteirão das clínicas optaram pelo gerenciamento manual do fluxo de caixa, mesmo aparelhadas de programas computacionais exclusivos para o controle da fluidez de pacientes. Em tal caso, quando estava envolvida a arrecadação financeira da empresa, por exemplo, essa contabilidade ficou restrita à forma manual da prestação de conta da instituição.

Esse tipo de procedimento tornou-se uma prática frequente nesses estabelecimentos populares, já que a fiscalização realiza-se principalmente por meio do controle da emissão de notas fiscais junto ao site da Secretaria da Fazenda do Ceará (Sefaz) ou pelos dados apresentados junto à declaração do Imposto de Renda dos representantes jurídicos das clínicas.

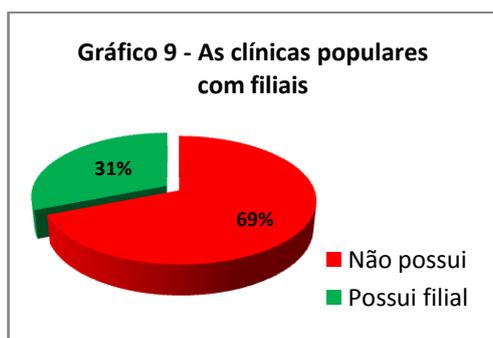
A questão da legalidade das clínicas médicas populares ainda é uma pauta polêmica, em razão de muitas delas apresentarem licença de locação dos imóveis, alvará sanitário de funcionamento, licenciamento para a utilização de radiações ionizantes, como as ressonâncias magnéticas, de radiação ultravioleta, de ultrassonografias, entre outras documentações junto à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. O curioso é que os proprietários de algumas dessas clínicas que possuem apenas algumas das referidas documentações atribuem parte da responsabilidade da ausência do registro junto ao Cremec às políticas burocráticas adotadas pelo órgão.

De acordo com o Cremec, a ausência do cadastro das clínicas junto ao órgão implica no funcionamento inadequado e principalmente na exposição da saúde dos pacientes a possíveis riscos. Por outro lado, os proprietários das clínicas reclamam dos altos preços praticados pelos órgãos reguladores, considerando-se os impostos cobrados anualmente. Além disso, constatou-se que o órgão permanece omissivo quanto à fiscalização e à normatização do funcionamento das clínicas sob análise.

É importante ressaltar que a polêmica relacionada à questão da regularização das clínicas implicou nos resultados gerais da pesquisa, considerando-se que um reduzido número de clínicas populares, por receio da divulgação das ditas “irregularidades”, optaram por não colaborar com a pesquisa. Todavia, os trabalhos de campo e as constantes pesquisas nos meios virtuais auxiliaram na coleta dos dados essenciais para as análises e as discussões sobre o tema.

4.1.3 A dinâmica flexível das clínicas

Das clínicas pesquisadas, nove delas afirmaram possuir uma filial, sendo quatro filiais instaladas no mesmo bairro da matriz e cinco localizadas nos bairros de Fátima, Messejana e Montese (Gráfico 9). Observou-se, pelas tabelas de serviços das duas primeiras filiais, a prática dos mesmos preços de suas matrizes, enquanto a clínica localizada no Montese obteve uma tabela de preço diferenciada de sua correspondente, ou seja, os preços cobrados foram considerados elevados e não apresentaram caráter popular. As outras clínicas apresentaram suas filiais nos municípios de Juazeiro do Norte e Horizonte, com oferta de preços também populares (Gráfico 10).



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Para Victalino (2004), a competitividade de mercado em que se inserem as clínicas populares favoreceu a duplicação das unidades populares de saúde na cidade de Recife – PE, que atingiu um nível de empresariamento, nas palavras da autora, até então

não prevista para elas. Victalino exemplifica isso quando cita o caso de um “[...] proprietário que iniciou suas atividades em um bairro de periferia, posteriormente, abriu outra unidade em um bairro nobre da cidade e atualmente está construindo seu próprio hospital-maternidade na Região Metropolitana do Recife” (VICTALINO, 2004. p. 63).

No que se refere à prática de preços populares, recapitula-se que quando as primeiras clínicas populares foram instaladas no entorno da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, no início da década de 1990, essas unidades adotaram um sistema de funcionamento similar, que consistia na disponibilização de consultas e exames a preços bem abaixo dos praticados pelas clínicas convencionais do bairro Aldeota, por exemplo. Esses valores eram cobrados em espécie, ou seja, não havia nenhum tipo de pagamento a longo prazo, como cheques, crediários ou cartões de crédito.

A partir do ano 2000, houve um crescimento considerável do número de clínicas médicas populares no bairro Centro, com serviços similares aos das clínicas localizadas no quarteirão das clínicas, inclusive o próprio quarteirão foi expandido, pois onde se localizavam seis unidades de atendimento atualmente funcionam quinze. Evidencia-se, portanto, que o aumento da concorrência na oferta dos serviços de cunho popular estimulou a diversificação e as facilidades nas formas de pagamento.

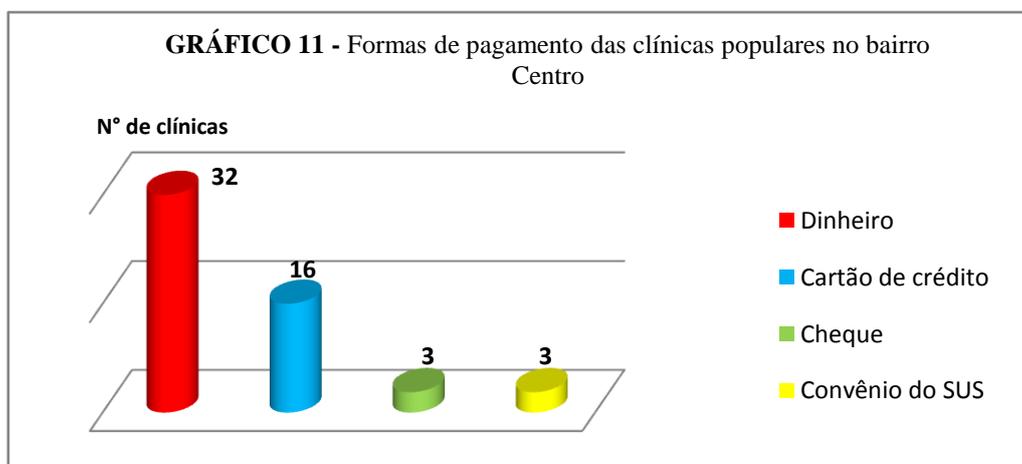
A facilitação das formas de pagamento e crédito ofertados pelas clínicas se relaciona às estratégias adotadas recentemente pelas clínicas para se manterem em um mercado competitivo que amplia cada vez mais as possibilidades de serviços dessa natureza aos fortalezenses, não muito diferente da dinâmica das clínicas populares de Recife, que, de acordo com as pesquisas empíricas de Victalino (2004),

[...] o pagamento direto da consulta (PDC) é realizado através de cartão de crédito, espécie ou cheque, que poderá ser financiado em até dez vezes a depender do valor do procedimento a ser realizado; ou mediante convênios ou do plano próprio administrado pela clínica (VICTALINO, 2004. p. 57).

Nesse caso, as clínicas de caráter popular localizadas no bairro Centro em Fortaleza, além de praticarem o pagamento em espécie pelos serviços prestados, passaram a adotar outras formas de reembolso, prevalecendo os pagamentos via cartão de crédito e débito, cheque, e convênio com o SUS. De acordo com os dados apontados por meio dos questionários, os cartões de créditos foram aceitos por dezesseis clínicas

questionadas. Foi observado que as clínicas que se apresentaram favoráveis ao recebimento de diferentes formas de pagamento foram exatamente as mesmas que dispuseram de sistemas de gestão informatizados, propícios ao recebimento de outras opções de atendimentos, como é o caso dos convênios de saúde particulares. Outro ponto notável foi o fato de as referidas clínicas se localizarem distanciadas do quarteirão das clínicas, ou seja, essas unidades estavam excluídas da grande concorrência com as clínicas captadoras de potenciais pacientes da Santa Casa de Misericórdia, o que favoreceu a decisão pelo parcelamento como um ponto estratégico na aquisição de um maior número de clientes.

Quanto ao recebimento do cheque, apenas três clínicas populares manifestaram-se favoráveis a essa forma como pagamento. Quanto ao SUS, três clínicas admitiram atender a demanda do sistema público de saúde da cidade de Fortaleza (Gráfico 11).



FONTE: Pesquisa direta. Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Lembrando que as primeiras clínicas com características populares foram instaladas por médicos que trabalharam na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, deduz-se que uma ampla parcela das clínicas pertença ou seja administrada pelos ex-funcionários ou aposentados da instituição. Principalmente quando se trata das unidades situadas nas proximidades do dito hospital.

Por outro lado, as pesquisas revelaram que tornou-se cada vez mais comum aos médicos optarem simplesmente pelo aluguel dos consultórios das clínicas populares, conciliando, assim, o expediente de trabalho com outras clínicas e hospitais (Gráfico 12). As clínicas que alugam consultórios são geralmente empresas gerenciadas por administradores empresariais do ramo comercial e comumente funcionam em estruturas com características de prédios comerciais, ou seja, imóveis que foram adaptados para o funcionamento dos consultórios e das salas de procedimentos e exames das unidades médicas.

Nesse caso, os médicos simplesmente prestam serviços para as clínicas enquanto pessoa física, ficando a responsabilidade jurídica ao encargo da administração do estabelecimento. Portanto,

[...] os médicos apenas alugam a sala das clínicas sendo a relação estabelecida entre “locador” e “locatário”. Quanto a esse “aluguel” é pago diariamente através de uma porcentagem fixa retirada dos ganhos de cada profissional na clínica, que, segundo eles, seria “para cobrir as despesas de manutenção predial” (VICTALINO, 2004. p. 69).

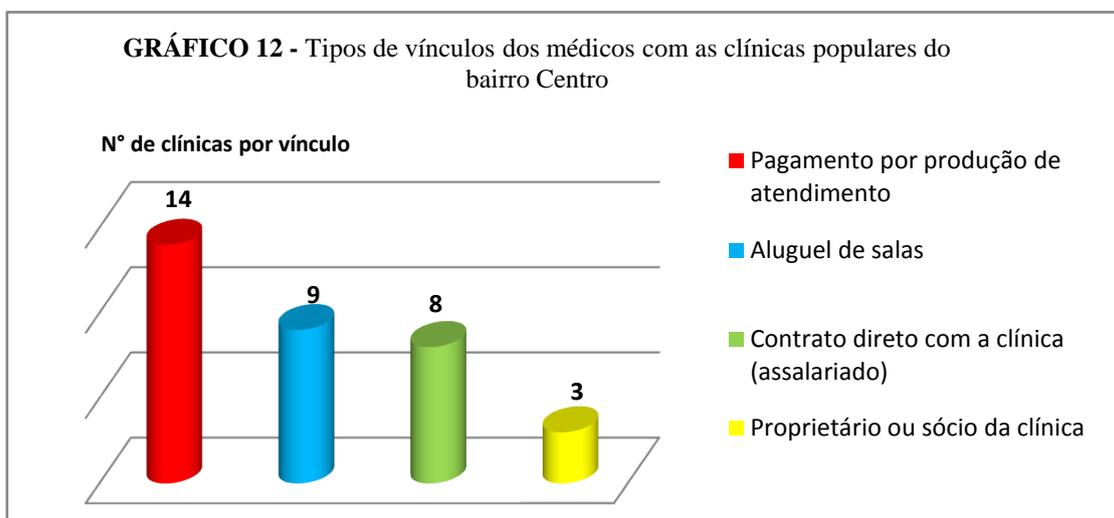
Verificou-se também que quatorze clínicas populares compuseram associações com médicos através do sistema de produção por atendimento, de modo que os médicos funcionários das unidades podem ser contratados informalmente, sem um vínculo empregatício na carteira de trabalho, por meio de parcerias verbais entre ambas as partes. De forma prática, a remuneração do profissional se dava de acordo com o número de pacientes atendidos por dia, ocasião em que o médico geralmente receberia o equivalente a 40 ou a 70% do valor da consulta paga pelo paciente.

Nove das clínicas pesquisadas afirmaram que o vínculo entre elas e os médicos ocorreu apenas pelo contrato de locação dos consultórios, cobrado por hora de permanência do profissional na clínica. Assim, os médicos dispunham de uma maior flexibilidade quanto à escolha da escala de trabalho, sendo comum o aluguel dos consultórios duas vezes na semana durante duas horas, por exemplo. Assim, esses profissionais passariam a dividir os consultórios de forma alternada com outros médicos.

Oito das clínicas pesquisadas informaram que os médicos foram contratados de forma direta, mediante vínculo empregatício e cumprimento do regimento dos

estabelecimentos. Apenas três das clínicas informaram que o vínculo ocorreu através de sociedade. Os médicos proprietários das clínicas firmaram acordos jurídicos administrados por meio de sociedades entre esses profissionais, ficando os gastos, as despesas e os lucros divididos entre os sócios.

Esses relatos não anulam o fato de que alguns dos gestores das clínicas adotaram um sistema misto de vínculo com os médicos. Algumas clínicas negociaram o tipo de contrato de acordo com a situação dos profissionais, em razão do reduzido número de médicos disponíveis no mercado, tendo a negociação se tornado um critério de difícil avaliação. Conclui-se que as negociações entre os profissionais e as empresas ocorreram de maneira singular, cabendo a cada instituição uma forma diferenciada de negociação (Gráfico 12).



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Na análise de Victalino (2004) acerca das relações de trabalho entre os profissionais médicos e as clínicas, a autora crítica os tipos de vínculos informais de trabalho, em que esses funcionários não possuem contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT:

[...] nas clínicas populares são estabelecidas relações de trabalho predominantemente informais, a partir das quais o proprietário do estabelecimento se apropria de parte do produto gerado. Mesmo não sendo um assalariado, o médico termina sendo expropriado em sua força de trabalho, na medida em que parte desse produto se transforma em mercadoria

a ser apropriada pelo proprietário do estabelecimento (VICTALINO, 2004. p. 70).

A autora descreve os profissionais como vítimas do sistema, citando a falta de formalidade do vínculo empregatício, porém ela não relata a facilidade que esses profissionais têm quanto à não necessidade do pagamento de imposto, pois os vencimentos recebidos são livres de ônus e não são obrigatoriamente apresentados à Receita Federal. Esse ganho é recebido ao final de cada jornada de trabalho e também o profissional tem da liberdade em assumir outros contratos em hospitais privados e públicos. Portanto, não se trata de um prejuízo moral e tampouco financeiro para os “médicos informais”.

4.2 AS CLÍNICAS POPULARES: O QUE SERVEM E A QUEM SERVEM?

4.2.1 O que servem?

As clínicas médicas populares do bairro Centro mantiveram o expediente de funcionamento no período diurno, das sete às dezessete horas, de segunda a sexta-feira e algumas aos sábados, porém, os estabelecimentos localizados no quarteirão das clínicas apresentaram horários de atendimento voltados principalmente para os fluxos de pacientes advindos do interior do Ceará, que se concentraram no turno da manhã.

Os fluxos de atendimento diferenciaram-se de acordo com os dias do mês, basicamente com uma maior movimentação de pacientes concentradas na primeira quinzena de cada mês (semanas de pagamentos), trânsito esse reduzido durante as duas semanas finais. Essa fluidez mensal das clínicas populares pode ser relacionada ao ciclo de remuneração salarial dos pacientes, pois comumente essas pessoas consomem o essencial no início de cada mês, preservando o restante do salário para se manter até o próximo ciclo de pagamento. Assim, os gastos com a saúde ficariam para o segundo plano ou o para o próximo mês.

Com a redução dos fluxos de atendimento, algumas clínicas utilizam estratégias para a manutenção dos fluxos. Para Victalino (2004, p. 54), “[...] as promoções ocorrem em dias em que o fluxos de clientes é menor como, por exemplo, nos primeiros quinze dias de cada mês, quando a clientela já gastou parte da suas rendas mensais”.

O primeiro passo para a manutenção da fluidez de pessoas nos setores de atendimento das clínicas ocorre quando a população toma conhecimento ou tem acesso a esses estabelecimentos. As pesquisas apontaram que a atração populacional ocorreu principalmente através de diversos canais de comunicação, entre os quais os mais citados são: sugestões feitas por outros pacientes; indicações de médicos e funcionários da Santa Casa; leituras de panfletos; acesso a meios digitais como sites, blogs e Facebook; anúncios vinculados aos planos de assistências familiares; comunicações em casas de apoio; anúncios nas mídias impressas e televisivas.

A notoriedade das clínicas populares por meio de indicações por parte de outros pacientes foi confirmada por 26 informantes, que garantiram que a divulgação dos serviços ofertados ocorreram de forma espontânea, facilitada pelo nível de qualidade e pelos preços dos trabalhos prestados. Assim, os próprios clientes divulgaram a existência das clínicas para seus parentes, amigos e conhecidos.

A divulgação das clínicas populares por indicação médica acontece principalmente entre aqueles profissionais que atendiam nos hospitais da rede pública e privada do SUS. Normalmente o público-alvo foi composto de pacientes que intencionaram dar continuidade a um tratamento clínico iniciado em outras instituições médicas conveniadas ao SUS. Esses pacientes contaram com a vantagem de um possível encaminhamento informal³⁴ para um hospital público que realizasse o procedimento com um custo mais acessível ou até mesmo de forma gratuita. Essas negociações ocorreram nos casos em que o tratamento ou o procedimento clínico não eram disponibilizados na clínica, geralmente associados a tratamentos com níveis técnicos mais complexos.

Das clínicas pesquisadas, 24 recorreram à impressão de panfletos como um recurso de divulgação dos serviços ofertados, onde foram descritas algumas informações essenciais, como as especialidades médicas disponíveis e os respectivos horários de atendimento, além dos exames e procedimentos clínicos. Esses folhetos também informaram o endereço das clínicas e destacaram o caráter popular dos preços

³⁴ Esse tipo de encaminhamento é um procedimento informal realizado entre o médico e o paciente. Os representantes das clínicas esclarecem que essa possibilidade pode ocorrer desde que o médico e o paciente entrem em acordo, não havendo assim responsabilidade por parte do regimento interno das clínicas populares.

praticados. Durante os trabalhos de campo, observou-se que algumas das clínicas, principalmente aquelas localizadas defronte à Santa Casa, contrataram o serviço dos divulgadores autônomos³⁵ (Figura 11).

Figura 11 – Fotografia de um divulgador autônomo de uma das clínicas médicas populares do bairro Centro em Fortaleza – CE



FONTE: GODOY, C. V. 2013.

A realização de propagandas consideradas excessivas gerou preocupação ao Cremec. As atividades médicas em algumas clínicas populares foram consideradas inadequadas, uma vez que os serviços de saúde foram oferecidos por meio de propagandas indevidas, tendo em vista que “[...] a publicidade médica deve obedecer exclusivamente os princípios éticos de orientação educativa, em razão dos serviços médicos não constituírem produtos meramente comerciais” (CFM, resolução 1.974/11, Art. 5º 2011).

No Manual de Publicidade Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM), baseado na resolução nº 1.974/11 o Art. 5º, fica explícita a seguinte norma:

³⁵ São panfletistas que trabalham com a divulgação dos serviços das clínicas populares e na abordagem de possíveis pacientes. Esses profissionais são autônomos, isto é, não possuem nenhum vínculo empregatício com as clínicas, tendo remuneração efetivada de acordo com o percentual de pacientes atendidos nas clínicas, geralmente em torno de R\$ 5 a 10 reais por paciente.

Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde deverão constar, sempre, o nome do diretor técnico médico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde (CFM, resolução 1.974/11, Art. 5º, 2011).

Apesar da legislação vigente, a realidade das clínicas médicas populares não condiz com o que se expressa na lei, segundo afirmou o médico Lino Antônio Cavalcante Holanda, membro do Conselho Regional, em entrevista a um jornal local, ao relatar acerca das propagandas abusivas com abordagens de clientes, que geraram uma concorrência desleal perante os atendimentos ofertados pelos demais serviços privados de saúde.

Dos 24 encartes publicitários analisados, apenas cinco deles continham a identificação do diretor técnico com as suas respectivas inscrições do Conselho Regional de Medicina, como pode ser observado nos exemplos das figuras 12 e 13.

Figura 12 – Folhetos publicitários de três clínicas médicas populares situadas no bairro Centro em Fortaleza, sem a identificação dos diretores técnicos responsáveis



FONTE: Material de divulgação cedido pelas clínicas médicas.

Figura 13 – Encartes publicitários de três clínicas médicas populares situadas no bairro Centro em Fortaleza, com os seus respectivos diretores técnicos responsáveis

Clínica Popular de Saúde
 Direção Clínica: Dra. Risalva Guerra - CRM 3173
 Rua Dr. João Moreira, 297 e 365 • Centro
 (esq. c/ Rua Barão do Rio Branco)
 (ao lado da Santa Casa) • Fortaleza • CE
 (85) 3212.1321 / 3226.1609 / 3094.2802 / 3065.0611
 A pioneira em Serviços Básicos de Saúde, desde 1997

ESPECIALIDADES MÉDICAS

01 • Angiologia/Cirurgião Vascular 2ª às 08.00h (15/15 dias) / 3ª às 11.00h	14 • Neurologia 2ª às 07.00h (Agendar - 15/15 dias) 3ª, 5ª e 6ª às 08.00h (Agendar) 6ª às 14.00
02 • Cabeça e Pescoço (Agendar) 3ª às 11.00h	15 • Nutricionista 2ª à 6ª às 08.00h 2ª à 6ª às 14.00h Sáb. às 08.00h
03 • Cardiologia (Agendar) 4ª às 14.00h / Sáb às 08.00h	16 • Ortopedia 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª às 08.00h
04 • Cirurgião Geral (Agendar) 3ª às 07.00h 6ª às 15.00h	17 • Otorrino 2ª às 5h às 07.00h
05 • Cirurgião Plástico (Agendar) 4ª às 14.00h	

Clínica Luz
 Responsável Técnico: Dr. Durvalino Ramos CRM 1467
 (3045.1449 / 3458.1582 / 3045.1583 / 8678.2254 / 9904.1222)
 Realizamos consultas e exames!
 Agende sua consulta ou exame!

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- Cardiologia
- Clínica Médica
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Vascular
- Cirurgia Cabeça e Pescoço
- Dermatologia
- Fonoaudiologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nutricionista
- Oncologia
- Ortopedia
- Otorrino
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Psiquiatria
- Urologia

EXAMES

- Colonoscopia
- Eletrocardiograma
- Ecocardiograma
- Doppler Venoso
- Endoscopia
- Exames Laboratoriais
- Holter e Mapa
- Laringoscopia
- Retosigmoidoscopia
- Punção Mamá / Tireoide
- Teste Ergométrico (Esteira)
- Ultrassonografia

Rua Dr. João Moreira, 327 - Ao lado da Santa Casa
 Centro - Fortaleza - Ceará

Clínica do Coração
 Dr. Carlos Efreim Lustosa da Costa
 DIRETOR TÉCNICO - CRM 2103
 CARDIOLOGIA - RUA 1103 - CLÍNICA MÉDICA - RUA 1103

Consultas e Cardiológica
 Avaliação de Risco Cirúrgico
 Avaliação de Marcapasso
 Ecodoplercardiograma
 Eletrocardiograma
 Exames Laboratoriais
 Mapa e Holter de 24 hs
 Teste de Esteira
 Ultrassonografia

PREÇOS POPULARES

Rua Senador Pompeu, 517 - Centro
 (Ao lado da Santa Casa)
 3253.1935 - 8878.8199 - 9950.1616
 Jesus é o Senhor!

FONTE: Material de divulgação cedido pelas clínicas médicas.

As mídias virtuais formaram uma ferramenta fundamental na divulgação das clínicas populares, porque, além de comporem um meio de rápida difusão, as unidades que optaram por *blogs* gratuitos e páginas no Facebook tiveram a vantagem de obter uma propaganda acessível e de ampla abrangência. Porém nem todas as divulgações feitas através da internet foram eficientes, já que algumas clínicas não forneceram informações básicas aos clientes, como serviços disponíveis, informações gerais, localização e telefones para contato, principalmente quando se tratou de perfis criados no Facebook.

Geralmente os pacientes tomaram conhecimento dos serviços e das especialidades médicas das clínicas populares após contato com hospitais públicos e filantrópicos da área central da cidade (Hospital da Polícia, IJF, César Cals e Santa Casa). A Santa Casa teve um peso maior nas divulgações dessas clínicas, pois, além de compor uma instituição filantrópica, a entidade possui um amplo setor de atendimento privado, principalmente no que diz respeito a consultas e exames clínicos.

Em síntese, funcionou basicamente assim: as pessoas se dirigiam até o setor de marcação de consulta da Santa Casa e, após a realização do pagamento de uma taxa, o serviço requerido seria agendado. Porém, quando as especialidades médicas ou o exames não fossem disponibilizados pela instituição, os próprios funcionários da Santa

Casa indicavam as clínicas populares como opção rápida e módica. Essa alternativa também se encaixou no perfil dos pacientes, que requereram algum procedimento de urgência.

Essa prática foi reforçada em uma entrevista concedida ao jornal local, por Luiz Marques, provedor da Santa Casa de Misericórdia, Marques admitiu que os funcionários do hospital encaminharam os pacientes para as clínicas médicas populares quando reconhece o fato de que “[...] caso necessário, as pessoas atendidas são encaminhadas para realizar exames em outras clínicas, escolhidas pelos próprios pacientes (DIÁRIO DO NORDESTE, 6/8/2014).

Quando os planos de assistência familiares e funerários apresentaram convênios com as clínicas populares, os clientes associados a esses planos puderam utilizar os serviços das clínicas com um percentual de desconto que variou entre 10 e 30% do total do valor cobrado pelo procedimento realizado nas clínicas associadas. Além dos descontos decorrentes dessa parceria, os planos de assistência divulgaram de forma secundária os serviços prestados pelas clínicas populares. Mais de quarenta por cento de todas as clínicas pesquisadas apresentaram parcerias com os planos de assistência familiar. As sedes desses planos localizam-se, principalmente, no bairro Centro, também nas redondezas das clínicas populares.

As casas de apoio (Figura14) são instituições responsáveis pela hospedagem de pacientes advindos dos municípios do interior do estado, que vêm a Fortaleza em busca de consultas médicas especializadas e tratamentos de saúde específicos nos hospitais e nas clínicas médicas. Essas casas são vinculadas às prefeituras de diferentes municípios do estado do Ceará. A divulgação das clínicas através dessas instituições ocorreu através das parcerias, em que os próprios funcionários de ambas as instituições direcionaram os pacientes conforme com o serviço requisitado.

Figura 14 – Fotografia da inauguração da Casa de Apoio Tabuleiro do Norte, em março de 2013, localizada na Rua Lauro Maia, 156, no bairro José Bonifácio, Fortaleza – CE

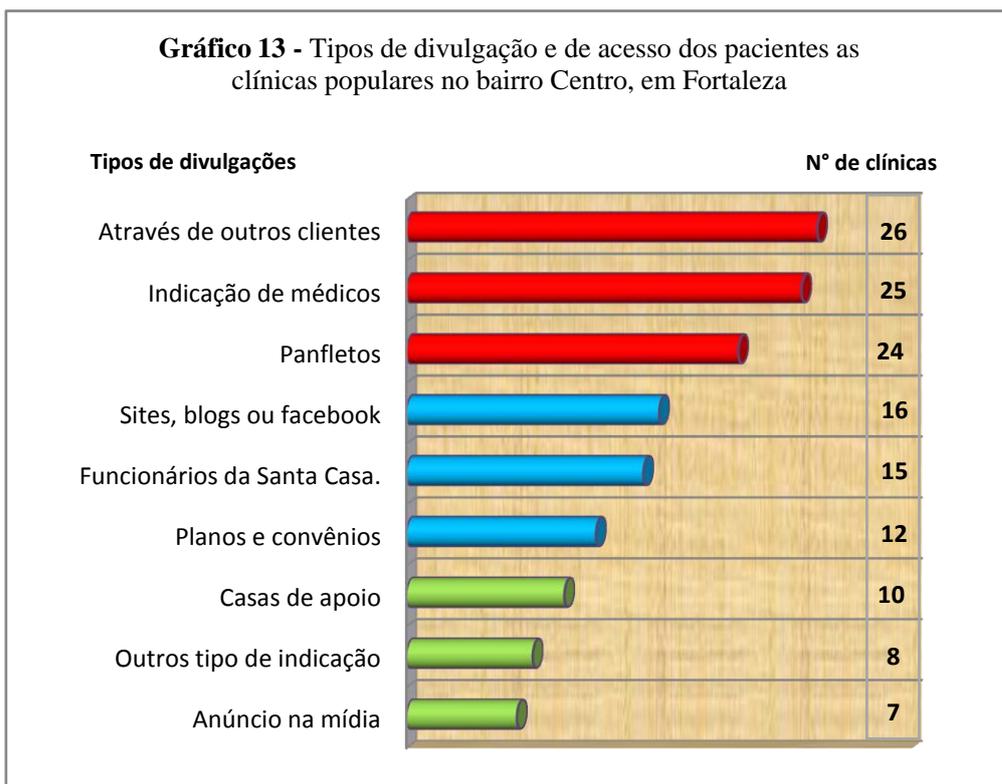


FONTE: Site da Prefeitura de Tabuleiro do Norte, 2013.

Outras formas de divulgação foram realizadas através de placas e *outdoors* instalados nas fachadas das clínicas. Esses recursos visuais foram utilizados para exteriorizar as informações gerais sobre os serviços ofertados e as especialidades médicas existentes. Além de destacar o caráter popular dos preços praticados nesses estabelecimentos de saúde, os *outdoors* atraíram a atenção das pessoas que passaram pelas cercanias das clínicas.

As placas e os *outdoors* institucionalizaram um vínculo entre as clínicas médicas populares, pois quando os pacientes, estimulados pelos anúncios, se dirigiram até uma dessas unidades e não encontraram os serviços requisitados, foram direcionados para outras clínicas com atendimento adequado. Esse tipo de conexão entre as clínicas populares e os demais serviços de saúde caracterizou o Centro de Fortaleza e especificamente algumas ruas desse bairro como uma área que se sobressai em serviços do setor da saúde, como já foi salientado.

Os administradores das clínicas populares praticaram também anúncios por meio de jornais impressos, comerciais de TV e rádio. Os veículos de comunicação mais utilizados foram os de abrangência regional que alcançaram a grande massa popular cearense, como a Rádio Verdes Mares (810 AM), a Rádio 100 FM e o canal 22 da TV Diário. Os jornais e as revistas de bairros também foram utilizados como forma de divulgação, pois os focos dessas clínicas populares concentraram-se nas pessoas mais carentes da cidade (Gráfico 13).



FONTE: Pesquisa direta.

Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

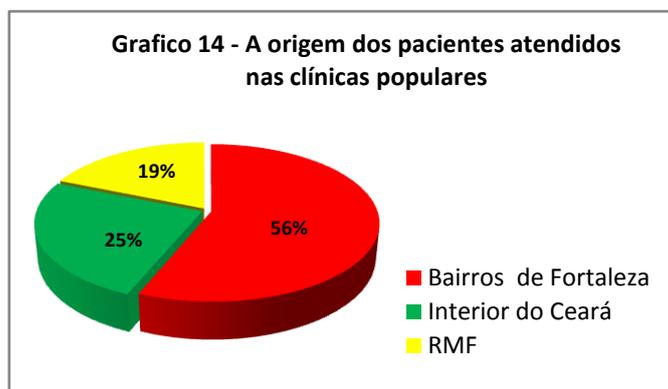
A análise das formas de divulgação e de acesso dos pacientes às clínicas populares sob análise constitui-se numa base maior de entendimento da permanência e expansão desses estabelecimentos de saúde no bairro em questão. Assim, não restaram dúvidas de que o bairro Centro atuou e continua atuando como um polo médico de atendimento à saúde da nova classe de consumidores, que buscaram por serviços antes disponíveis apenas para as camadas mais abastadas da sociedade ou para os assegurados por planos privados de saúde, independentemente dos motivos de atração da clientela,

como as propagandas em faixas, panfletos e carros de som. “O principal atrativo e mais eficiente são os baixos valores cobrados pelos serviços ofertados” (VICTALINO, 2004, p. 52). Portanto, as clínicas populares que se utilizam de diversos recursos para se manter competitivas no mercado e assegurar um equilíbrio na fluidez mensal da clientela possuem um princípio claro: o de preservar os preços populares dos serviços ofertados e de manter e melhorar a qualidade desses serviços e do atendimento.

4.2.2 A quem servem?

De acordo com os representantes das clínicas populares, o maior volume de pessoas que utilizam os serviços de saúde dessas unidades constitui-se primeiramente de moradores de Fortaleza. Em segundo lugar estão pessoas advindas dos municípios do interior do Ceará como, Apuiarés, Aracati, Barreira, Canindé, Camocim, Cratéis, Itapajé, Itapipoca, Itatira, Jaguaribe, Morrinhos, Morada Nova, Orós, Paramoti, Paraipaba, Paracuru, Pacoti, Pecém, Redenção e Trairi. Em terceira posição registra-se a população proveniente da RMF.

Das 32 clínicas que responderam os questionários, 18 informantes responderam que o maior volume de pacientes é oriundo dos bairros de Fortaleza, enquanto 8 representantes afirmaram atender uma maior clientela dos municípios do interior do Ceará e os 6 respondentes restantes afirmaram que o maior potencial dos atendimentos é de clientes da RMF (Gráfico 14).



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

As informações relativas à origem dos pacientes atendidos nas clínicas populares ainda são consideradas frágeis em razão da imprecisão das informações. De modo geral, as clínicas entrevistadas não disponibilizaram ou mesmo não possuem o controle dos cadastros de pacientes atendidos mensal ou anualmente nos estabelecimentos. Além disso, a origem dos pacientes que procuram as clínicas semanal ou mensalmente não constitui uma variável constante, pois, de acordo com os informantes da pesquisa, a procedência dos pacientes muda bastante, sendo impossível, portanto, afirmar se a maior parte das pessoas que frequentam as clínicas é de Fortaleza, da RMF ou dos municípios interioranos do estado.

A imprecisão da origem dos pacientes que buscam as clínicas populares trouxe algumas informações importantes para o entendimento dessa oscilação. Em primeiro lugar, observou-se que as unidades de saúde localizadas no quarteirão das clínicas foram as que afirmaram o recebimento do maior número de pacientes do interior do estado, já as clínicas mais distanciadas do quarteirão admitiram o recebimento majoritário da população fortalezense seguido dos moradores da RMF. Em segundo lugar, as clínicas situadas nas avenidas Imperador e Duque de Caxias afirmaram que a maior parte dos atendimentos é de pessoas advindas da RMF. As referidas avenidas, e principalmente a primeira avenida, é o principal ponto de parada dos ônibus que ligam a RMF ao bairro Centro.

Alguns fatores favorecem a maior procura da população interiorana pelos serviços das clínicas situadas no quarteirão das clínicas, constituída de pessoas que buscam pelos serviços hospitalares de cirurgia, pelos tratamentos mais complexos de saúde na Santa Casa, e aproveitam o deslocamento para realizar um exame clínico ou uma consulta com um especialista, por solicitação do próprio médico da Santa Casa. Quando o paciente se desloca em média de 100 a 300 quilômetros para a realização de uma consulta ou algum procedimento de saúde na Santa Casa de Misericórdia, e se depara com outros serviços solicitados para a obtenção de um diagnóstico ou para a realização de uma cirurgia, essa pessoa vai se defrontar com o que Oliveira (2005) chama de “barreiras ao uso dos serviços de saúde”. Nesse caso, os exames ou a consulta com o especialista requisitado pelo médico da Santa Casa só serão concretizados após semanas ou meses, pois o paciente, que precisará de muita paciência, terá a possibilidade de marcar esses exames ou a consulta no próprio hospital, e mais uma vez terá que gastar tempo e dinheiro com o deslocamento, ou simplesmente,

se tiver condições financeiras, poderá realizar os exames e a consulta no mesmo dia, nas clínicas populares localizadas do outro lado da rua.

As barreiras ao uso dos serviços de saúde, na concepção de Oliveira (2005), compreendem-se pela forma como os usuários dos serviços têm acesso aos serviços de saúde, levando em consideração o esforço e os gastos com transporte e com tempo, e a distância e os custos envolvidos nos deslocamentos. Nessa situação, a autora afirma que as barreiras representadas

[...] pela distância têm impacto diferenciado de acordo com o nível de complexidade dos serviços demandados; assim, os deslocamentos em busca de serviços especializados serão, normalmente, mais longos do que aqueles que demandam níveis de atenção mais simples (OLIVEIRA, 2005, p. 387).

Nesse contexto, os serviços especializados demandam um custo com os deslocamentos e com o tempo gasto devido à maior distância dos que residem em municípios mais afastados da capital, o que torna os serviços disponibilizados pelas clínicas populares uma alternativa para a contenção de gastos com transporte e com tempo de espera por atendimento. Os gastos com transporte são reduzidos em razão de os serviços de exames e consultas serem disponibilizados de forma ágil com médicos atendendo diariamente, e o resultado da maior parte dos exames ser entregue no mesmo dia.

Além da contenção de despesas, em virtude de menor número de viagens que os pacientes irão realizar para solucionar os problemas de saúde, outros agentes também propiciam o fluxo de pessoas do interior nas clínicas do quarteirão. Dentre os mais presentes estão os agentes das prefeituras do interior do estado através das casas de apoio, que direcionam os pacientes para as clínicas e inclusive para o médico que se responsabilizará pelo tratamento. Outro ponto facilitador está nos transportes utilizados pelos interioranos, sobretudo vans particulares, que se responsabilizam pelo transporte dessas pessoas.

Quanto à demanda dos moradores de Fortaleza, observa-se que a clientela é formada essencialmente pela classe de trabalhadores que não possuem planos de saúde e não dispõem de tempo para esperar por uma consulta em um posto de saúde ou em outras unidades públicas de saúde, ou ainda que necessitam de um atestado médico no

emprego. Não é novidade a precariedade enfrentada pela população fortalezense nos setores de atendimento da saúde pública. Embora exista um maior número de unidades de saúde na capital esse volume não suporta a procura da própria cidade e tampouco de todo o estado.

Outro ponto importante a ressaltar é a precariedade e a escassez dos hospitais e das unidades básicas de saúde da RMF, que impõem à população desses municípios a busca por assistências na capital. A facilidade de deslocamento entre os municípios metropolitanos e o bairro Centro intensifica a procura pelos serviços de saúde na cidade, principalmente quando se estende às clínicas populares situadas em avenidas que integram o bairro Centro aos municípios da RMF.

As clínicas populares também atenderam eventualmente as pessoas advindas de outros estados do Brasil, como Rio Grande do Norte, Maranhão, Pernambuco, Bahia, Pará, Manaus, São Paulo e o Rio de Janeiro. Esses fluxos ocorreram principalmente nos períodos de férias escolares. Nesse caso, o atendimento a esse público se deu de forma ocasional.

Há também pacientes de outros países³⁶ como Itália, Portugal, Noruega, Espanha, que também procuraram os serviços das clínicas populares, principalmente no mês de agosto, em razão das férias coletivas da Europa, período corresponde ao maior fluxo turístico internacional na cidade de Fortaleza. Já os coreanos e os africanos, que são, na maioria dos casos, residentes fixos da cidade, utilizaram as clínicas populares com maior frequência no decorrer do ano.

³⁶ A cidade de Fortaleza é um importante destino turístico do país, foi a quarta cidade mais visitada do Brasil em 2014 com mais de 3 milhões de visitantes, haja vista que o aquecimento da procura por serviços privados de saúde foi observado durante o período da Copa do Mundo em 2014, que promoveu o crescimento do número de estrangeiros que procuraram os serviços de saúde nas capitais sedes dos jogos mundiais. Dentre os serviços de saúde mais procurados o destaque foi para os tratamentos odontológicos com finalidade estética ou reparadora. Outro fator relevante para o número de europeus que buscam por procedimentos de saúde no Brasil está diretamente relacionado à crise na Europa, fato que motivou a aplicação de uma política de austeridade, a qual envolve o corte de gastos sociais, principalmente nos setores da saúde e da educação. O corte dos gastos públicos com o propósito de reduzir os *deficits* públicos afetou diretamente a saúde da população de países como Portugal, Espanha, Grécia, França e Alemanha, tendo esse público procurado por soluções em outros países que apresentem vantagens econômicas.

4.3 A REDE DE SERVIÇOS POPULARES

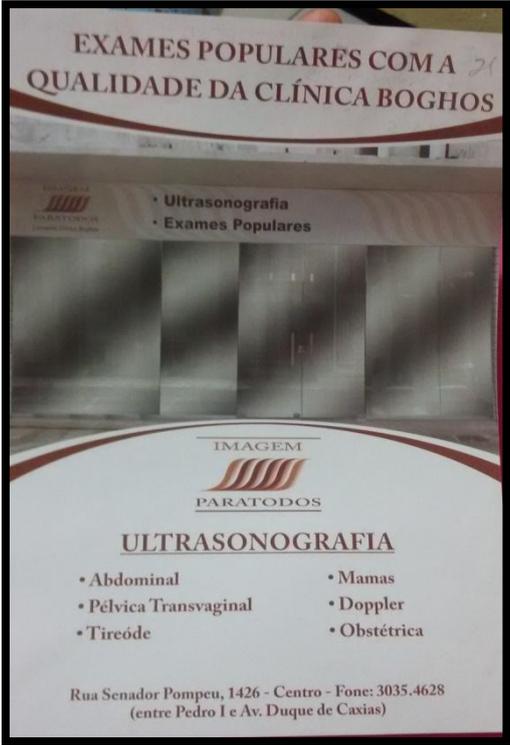
As clínicas populares tornaram-se referência na resolutividade dos serviços de atenção básica e média, os quais não exigem internações ou procedimentos cirúrgicos mais complexos. Portanto, os procedimentos que requereram maiores condições tecnológicas foram encaminhados para outras instituições responsáveis. Ressalta-se que, de modo geral, com exceção das três clínicas populares que atenderam em convênio com o SUS, as demais unidades não possuíam vínculo com os serviços públicos de saúde.

Nessa circunstância, uma prática muito comum nos encaminhamentos de pacientes foi as indicações realizadas para outras clínicas conveniadas. Doze das clínicas populares pesquisadas confirmaram a existência de convênio com outras clínicas médicas, parcerias essas que se vincularam especialmente aos laboratórios de exames clínicos e a outras clínicas médicas de diagnóstico por imagem que realizam procedimentos não disponíveis nas clínicas populares.

As clínicas parceiras localizam-se mormente em outros bairros de Fortaleza, como o caso da renomada Clínica Boghos Boyadjian de diagnóstico por imagem, com sedes na Aldeota, no Meireles e Pici. A clínica tem parceria com a Clínica Popular Imagem Paratodos, situada no bairro Centro. A Clínica Popular encaminha pacientes para os exames mais complexos, como os de ressonância magnética e de densitometria óssea. A parceria viabilizou-se em razão de os proprietários da Clínica Boghos constituírem sociedade com a clínica popular Imagem Paratodos. A clientela popular dispõe de descontos, que baixa o preço do exame de ressonância magnética craniana, por exemplo, de R\$ 750 para R\$ 500, além de ter facilidade de parcelamento.

Essas informações constam no folheto publicitário e na fachada da Clínica Popular Imagem Paratodos. Nas figuras 15 e 16, observa-se a exposição do texto do folheto (Figura 15): “Exames populares com a qualidade da Clínica Boghos”. Do lado direito do banner da clínica (Figura 16) está o logotipo da clínica parceira com a seguinte descrição: “Esta clínica tem um convênio com a Clínica Boghos Boyadjian de Diagnóstico por Imagem”.

Figura 15 – Folheto publicitário da Clínica Médica Popular Imagem Paratodos, situada no bairro Centro em Fortaleza – CE



FONTE: Material de divulgação cedido pela empresa.

Figura 16 – Imagem da Clínica Médica Popular Imagem Paratodos, situada no bairro Centro em Fortaleza – CE



FONTE: GODOY, C. V. 2015.

A utilização da imagem de uma clínica renomada e de alto padrão em uma clínica de caráter popular transmite credibilidade e requinte aos usuários, pois, no fim das contas, o propósito é consolidar a ideia de que os utilizadores dos serviços não serão meros pacientes carentes advindos da demanda reprimida do SUS, ou simples pessoas desprovidas de um plano particular de saúde. Não! Tratam-se de clientes que utilizam serviços de uma clínica médica padrão Boghos Boyadjian.

O item denominado de outros tipos de encaminhamento foi referenciado por doze das clínicas investigadas. Esses encaminhamentos e indicações realizaram-se de forma não planejada, ou seja, quando surgiram as necessidades de um exame ou de alguma especialidade médica não disponível nas clínicas populares onde o paciente iniciou o tratamento, o caso poderia ser transferido informalmente para os hospitais não conveniados ou simplesmente seria informado sobre os locais onde o procedimento poderia ser realizado.

As indicações realizadas para os hospitais e demais serviços do SUS (vide nota de rodapé 34), tornaram-se práticas constantes nas clínicas populares, considerando-se que os mesmos médicos que atendiam nas clínicas populares também trabalharam nos hospitais, nos postos de saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e nas Policlínicas do SUS. Esse tipo de encaminhamento também poderia ser requisitado quando o exame prescrito estivesse acima das condições financeira do paciente, ou se porventura o tratamento indicado demandasse um nível de média ou de alta complexidade, como alguns procedimentos cirúrgicos ou tratamentos oncológicos.

Seis das clínicas médicas populares optaram por não realizar nenhum tipo de encaminhamento ou indicação, já que esse tipo de procedimento ficou a encargo dos próprios pacientes. Alguns informantes esclareceram que os clientes que buscaram pelos serviços das clínicas populares foram pessoas autônomas e responsáveis por suas próprias escolhas, com os meios para a realização dos serviços requisitados pelos médicos.

Das cinco clínicas populares que informaram que os encaminhamentos de pacientes ficaram a critério dos médicos, foram *a priori*, estabelecimentos que funcionaram em regime de locação de consultórios. Consequentemente, esses profissionais dispuseram de total autonomia para a realização de encaminhamentos e

indicações para os serviços requisitados, uma vez que essas clínicas não se responsabilizaram por negociações dessa natureza. Essas clínicas populares apresentaram modelos similares às lojas dos *shoppings*, sendo os prédios das clínicas de propriedade de profissionais não-médicos ligados às áreas das ciências administrativas. Os médicos que alugaram as salas-consultórios assumiram os pagamentos dos aluguéis, além das taxas de manutenção da clínica, denominada de condomínio.

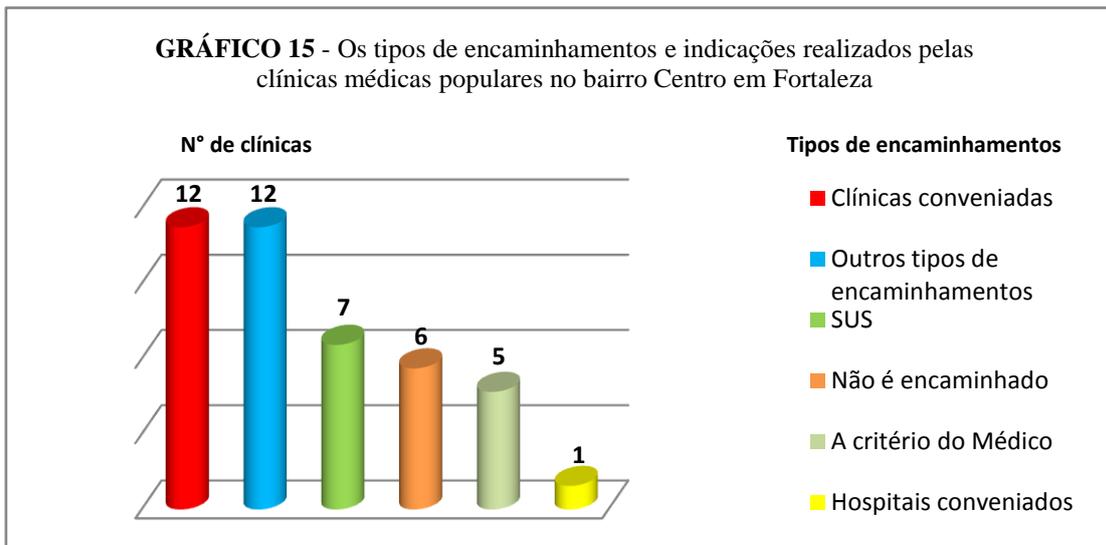
A clínica popular Sim, com sede nos bairros Centro e Fátima, informou que a transferência dos pacientes para a efetuação dos exames de ressonância magnética e tomografias computadorizadas foram conduzidos para o hospital conveniado Uniclinic, localizado próximo à sede do bairro de Fátima. O pagamento desses exames concretizou-se na própria clínica popular, sendo a parceria entre essas instituições facilitada devido ao grau de parentesco entre os proprietários. O convênio entre o Hospital Uniclinic e a Clínica Sim evidencia-se na Figura 17.

Figura 17 – Registro fotográfico do outdoor de divulgação de endereço do Hospital Uniclinic e da Clínica Sim, ambos localizados no bairro de Fátima, em Fortaleza – CE



FONTE: GODOY, C. V. 2014.

Segundo o informante responsável pela Sim, apesar da existência de convênio entre a clínica e o citado hospital, a indicação tratou-se de uma sugestão, portanto o paciente estava livre para escolha da instituição mais adequada para a realização dos procedimentos (Gráfico 15).



FONTE: Pesquisa direta.
Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Para Victalino (2004, p. 61), a existência de uma articulação entre as clínicas populares e os prestadores de serviços detentores de equipamentos de média e de alta complexidade favorece a internação clínica e cirúrgica nos serviços privados conveniados com as clínicas populares. Além disso, os hospitais conveniados às clínicas populares ofertam facilidades econômicas com desconto nos valores dos exames e procedimentos, e com a facilitação das formas de pagamentos.

4.4 OS SERVIÇOS E OS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE POPULARES

Uma das principais atribuições das clínicas médicas populares foi à capacidade das unidades de disponibilizarem uma ampla variedade de médicos e outros especialistas da saúde, ainda que funcionassem em prédios com estruturas modestas e compactas. Essa conquista foi fruto de uma gestão criativa e eficaz por parte dos gestores desses estabelecimentos, que ofertaram, em média, trinta e cinco diferentes especialidades médicas e não médicas à população.

Pelas pesquisas realizadas nas clínicas médicas populares do bairro Centro, depreendeu-se que as especialidades da saúde mais requisitadas pelos pacientes foram: ginecologia, clínica geral, cardiologia e dermatologia. Em primeiro lugar, os serviços mais popularizados foram os dos ginecologistas-obstetras, profissionais que atendem em 23 das clínicas populares do bairro. Os ginecologistas também representaram o maior número de registros, por especialidades médicas, junto Cremec, com o total de 543 registros profissionais até julho de 2014³⁷. Esse número também reforçou a hipótese de que os serviços desses estabelecimentos populares estariam voltados mormente para a saúde da mulher.

De acordo com dados relacionados à saúde da mulher no país, a maior frequência nos consultórios ginecológicos vinculou-se aos altos índices estáticos de mortes provocadas pelas doenças do aparelho reprodutor feminino, como foi o caso dos cânceres de mama e do colo do útero. Segundo as informações apresentadas pelo Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2010-2013),

[...] nos últimos anos, o câncer de colo do útero vem ocupando um lugar de destaque nas taxas de morbi-mortalidade da população feminina. Ele é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil, sendo o terceiro tipo de câncer mais incidente em mulheres, superado apenas pelo câncer de pele tipo não melanoma e pelo câncer de mama, respectivamente (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2010-2013).

A segunda especialidade médica mais presente nas clínicas populares foi à clínica médica, cujos profissionais atenderam em vinte clínicas do bairro Centro. Os

³⁷ Segundo dados estatísticos do Cremec até julho de 2014, consta o registro de 113 cirurgiões plásticos, 60 nefrologistas, 45 infectologistas, 44 hematologistas, 15 alergologistas, 2 cirurgiões oncologistas gerais e 2 cirurgiões pediatras.

clínicos gerais também representaram o segundo maior número de registros junto ao Cremec, em relação a outras especialidades, com o total de 533 profissionais atuantes em todo o estado do Ceará em 2014. A clínica médica foi uma das especialidades da saúde mais atuante no país, em virtude de os pacientes necessitarem constantemente de consultas preliminares com esses profissionais para o tratamento das doenças em geral, além da orientação e o encaminhamento para outros tratamentos especializados.

A terceira especialidade mais requisitada foi a dermatologia, com profissionais que atenderam em dezessete clínicas populares do bairro Centro. O Cremec contabilizou em 2014 o total de 140 dermatologistas cadastrados em todo o estado do Ceará. A ampla solicitação por profissionais da área relacionou-se ao fato de que as neoplasias cutâneas – ou seja, os cânceres de pele não melanoma – foram os mais frequentes no país, e principalmente no estado do Ceará. O alto índice dos casos de câncer de pele foi acentuado pela alta incidência dos raios solares comuns a essa região. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará ressaltou:

O câncer de pele é o mais frequente no Brasil, correspondendo a 25% dos tumores malignos registrados no país pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca). Embora seja o tipo de câncer mais frequente, quando detectado precocemente o câncer de pele apresenta altos percentuais de cura (SESA, 2013).

Os cardiologistas ocuparam a quarta posição das especialidades médicas mais presentes nas clínicas populares, com profissionais que atenderam em dezesseis das clínicas do bairro Centro. O Cremec registrou o total de 261 profissionais registrados em todo o estado do Ceará. A intensa procura por médicos cardiologistas nos últimos anos relacionou-se aos dados estatísticos do último censo, que apontou as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no Brasil³⁸ e, sobretudo no estado do Ceará, esse fato foi exposto no Relatório do Ministério da Saúde (2011) que afirmou que

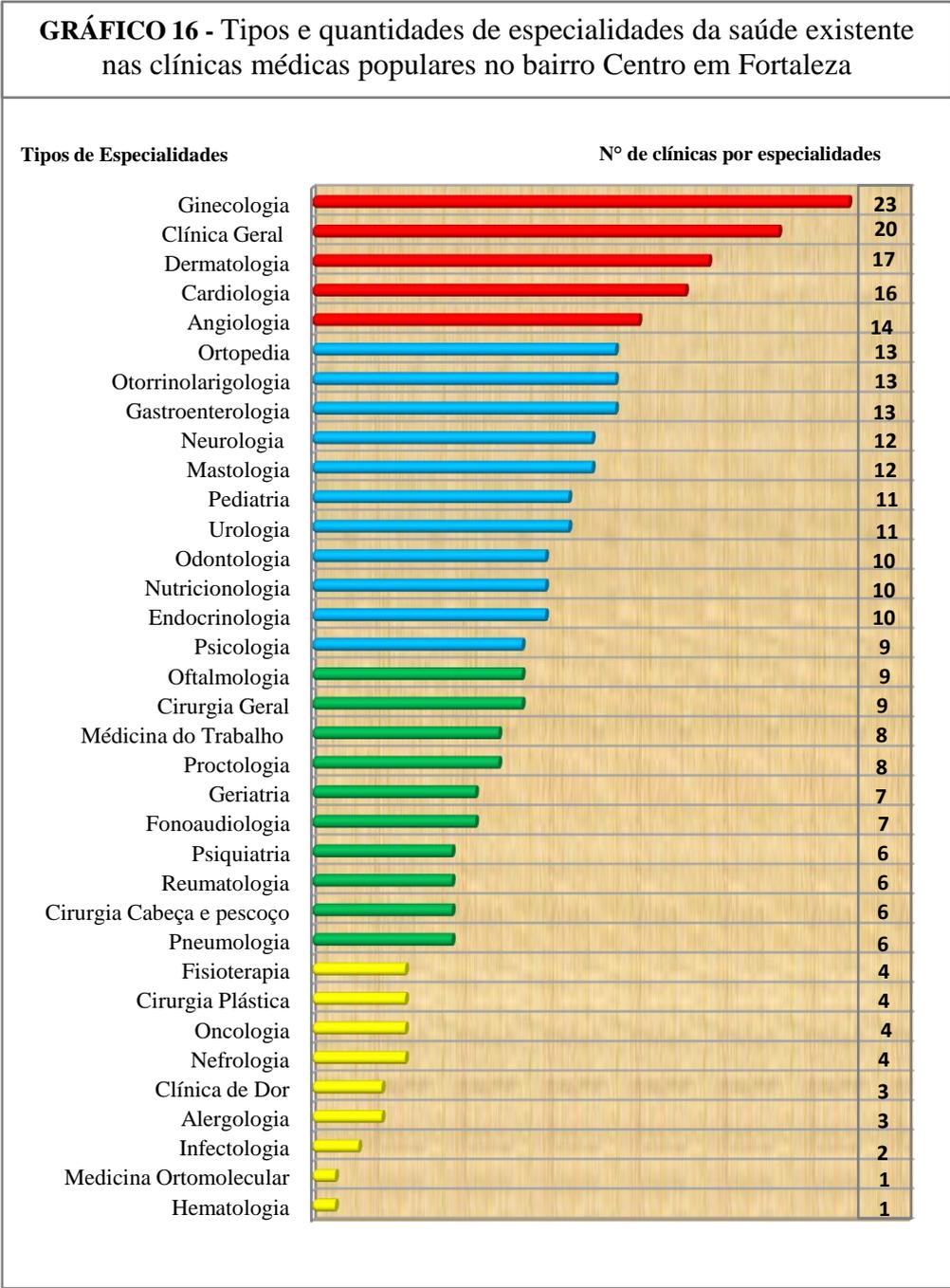
[...] as doenças cardiovasculares é a principal causa de morte no Brasil. A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil apresentou tendência de declínio no período de 1996 a 2009. No Ceará, assim como na região Nordeste, houve tendência de aumento, sendo as taxas similares ao Brasil no ano de 2007 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

³⁸ Esse dado é referente à pesquisa realizada pela Secretária de Vigilância em Saúde, publicado no Relatório de Situação Ceará – 2011.

De acordo com os dados da pesquisa, o segundo bloco que se destacou como também frequente nas clínicas populares foi as especialidades referentes à angiologia, ortopedia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, neurologia, mastologia, pediatria, urologia, odontologia, nutricionologia e endocrinologia. Entre quatorze e dez do número de clínicas populares pesquisadas ofertaram as referidas especialidades de saúde.

O terceiro bloco de destaque das especialidades da saúde também presente nas clínicas populares foi composto pelas seguintes especialidades: psicologia, oftalmologia, cirurgia geral, medicina do trabalho, proctologia, geriatria, fonoaudiologia, psiquiatria, reumatologia, cirurgia cabeça e pescoço e pneumologia. Entre nove e seis das clínicas populares disponibilizaram os serviços dos profissionais das referidas áreas médicas.

O quarto agrupamento das especialidades da saúde com os domínios menos frequentes nas clínicas do bairro Centro, foram: fisioterapia, cirurgia plástica, oncologia, nefrologia, clínica de dor, alergologia, infectologia, medicina ortomolecular e hematologia. Essas especialidades foram encontradas em quatro das clínicas pesquisadas. As especialidades citadas também representaram o menor número de registros profissionais junto ao Cremec (Gráfico 16).



FONTE: Pesquisa direta, questionários, sites e material de divulgação.
 Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Outro ponto de destaque das clínicas médicas populares do bairro Centro reside na capacidade dos estabelecimentos de disponibilizarem uma ampla variedade de exames e procedimentos voltados à manutenção da saúde da população, desde os mais simples aos mais complexos. As clínicas adquiriram cada vez mais importância, em

virtude do poder de concentração de alguns exames, ainda raros e de difícil acesso por grande parte da população do estado.

Os exames e procedimentos de saúde que apresentaram maior frequência nas clínicas populares foram as ultrassonografias ginecológicas convencionais e com Doppler³⁹, e as análises laboratoriais em geral. Entre 29 e 16 das clínicas pesquisadas ofertaram os referidos exames, ressaltando-se que, quando se trataram de exames laboratoriais, a maior parte das unidades responsabilizou-se apenas pela coleta e entrega dos resultados dos exames, pois o material coletado era enviado para os laboratórios associados para a realização dos exames de análises clínicas.

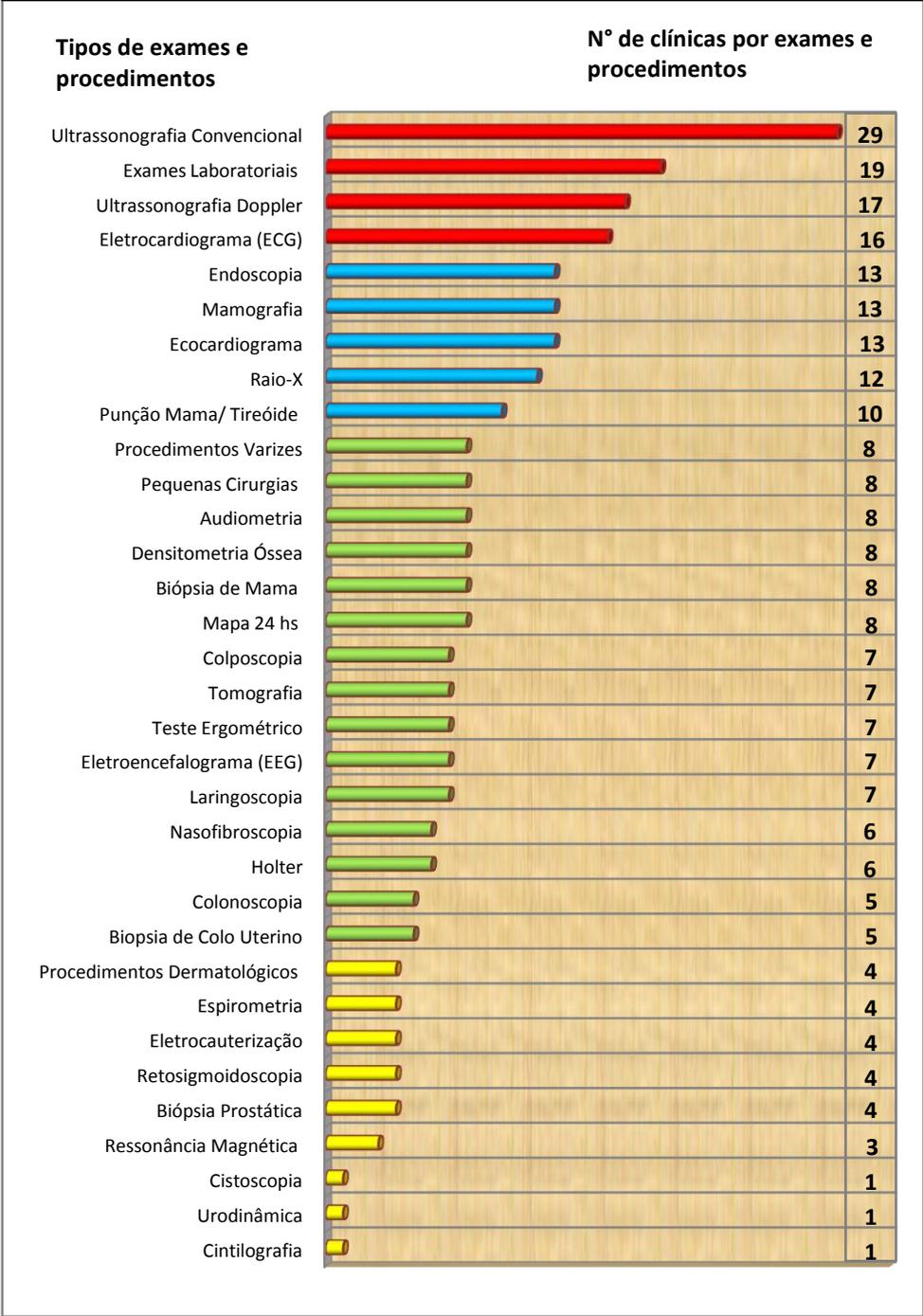
O segundo grupo de exames e procedimentos de saúde que apresentaram maior frequência nas clínicas populares abrangeu os eletrocardiogramas (ECG), as endoscopias, as mamografias, os ecocardiogramas, os raios-X e os procedimentos relativos às punções para a realização de biópsias. Entre treze e dez das clínicas pesquisadas ofertaram os referidos exames e procedimentos.

O terceiro grupo de exames e procedimentos com destaque nas clínicas populares relacionou-se aos tratamentos de varizes, às pequenas cirurgias, aos exames audiométricos, às densitometrias ósseas, às biópsias de mama, à monitorização ambulatorial da pressão arterial (Mapa), às colposcopias, às tomografias, aos testes ergométricos, aos eletroencefalogramas (EEG), às laringoscopias e nasofibroskopias, aos holters, às colonoscopias e às biópsias uterinas. Entre oito e cinco das clínicas médicas pesquisadas disponibilizaram os referidos exames e procedimentos clínicos.

Os exames e procedimentos menos frequentes nas clínicas populares do bairro Centro foram ofertados por menos de quatro dos estabelecimentos médicos. Os serviços menos usuais foram: os procedimentos dermatológicos, os testes de espirometrias, as eletrocauterizações, as retosigmoidoscopias, as biópsias prostáticas, as ressonâncias magnéticas, as cistoscopias, as urodinâmicas e as cintilografias (Gráfico 17).

³⁹ O exame denominado Doppler é uma modalidade da ultrassonografia, que consiste na produção, de imagens em tempo real, com a visualização do movimento das estruturas e órgãos do corpo. As imagens obtidas permitem determinar o sentido e a velocidade de circulação do sangue nos vasos sanguíneos e nas cavidades cardíacas. O sentido do fluxo sanguíneo é mapeado nas cores, azul e vermelha, conforme o sentido de circulação do sangue. O exame passou então a ser um inestimável auxílio no estudo da circulação, sendo empregado principalmente na área da obstetrícia para seguimento e avaliação da gestante e do bebê.

GRÁFICO 17 - Tipos e quantidades de exames e procedimentos de saúde presentes nas clínicas médicas populares no bairro Centro em Fortaleza



FONTE: Pesquisa direta, questionários, sites e material de divulgação.

Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

Para a realização dos exames cardiológicos, radiológicos e de imagem, as clínicas situadas no bairro Centro investiram na compra e manutenção dos aparelhos de

atenção primária e secundária, os quais utilizaram preferencialmente tecnologias de baixa densidade, ou seja, de menores custos.

Os dados coletados nas pesquisas de campo revelaram que os equipamentos de ultrassom convencional foram os instrumentos mais utilizados para a realização dos exames mais requisitados nas clínicas populares, justamente pela grande demanda do público de maior frequência nas clínicas – o feminino. Os exames de ultrassonografia estariam voltados principalmente para a realização dos diagnósticos referentes às doenças do aparelho reprodutor feminino, além dos exames obstétricos utilizados no acompanhamento da saúde da gestante e do feto.

Vinte e nove de todas as clínicas médicas de cunho popular do bairro Centro possuíam equipamentos de ultrassonografia, sendo que treze delas disponibilizaram mais de uma unidade, tendo sido contabilizado o total de 39 aparelhos de ultrassom convencional. Esse dado relacionou-se com o Gráfico 16, no qual os médicos ginecologistas representaram o maior número de especialidades da saúde, sendo proporcional ao número de clínicas que ofertaram os exames de ultrassonografia convencional, representados no Gráfico 17, como resultado da permanente demanda pelos serviços direcionados à saúde da mulher.

Depois do aparelho de ultrassom convencional, o ultrassom com Doppler e o eletrocardiógrafo foram os equipamentos de exames mais encontrados nas clínicas médicas do bairro Centro, sendo o primeiro disponibilizado por 22 clínicas e o último por dezenove.

O ultrassom com Doppler constitui-se uma categoria de ultrassonografia que permite conhecer o sentido e a velocidade do fluxo sanguíneo, exame muito utilizado para a avaliação da evolução fetal, principalmente nas semanas finais da gestação. As imagens obtidas através desses equipamentos auxiliam na avaliação dos principais órgãos do feto e na visualização da circulação do cordão umbilical, bastante requisitada pelos médicos angiologistas e cirurgiões vasculares.

Já o segundo exame, conhecido como ECG, foi solicitado principalmente pelos cardiologistas e também pelos cirurgiões gerais, antes da realização de procedimentos cirúrgicos mais complexos. No campo da medicina do trabalho, o ECG

foi somado a uma série de exames, muito comuns na constatação do estado de saúde dos candidatos aos cargos públicos.

Entre dez e doze das clínicas investigadas disponibilizaram os equipamentos do tipo endoscópios, raios-x, dynamapa⁴⁰ e mamógrafos, enquanto de cinco a nove das clínicas revelaram a posse de equipamentos como: laringoscópios, audiômetros, holters⁴¹, nasofibroscópios⁴², eletroencefalógrafos (EEG), colposcópios, tomógrafos, esteiras ergométricas e espirômetros.

Nessa circunstância, os equipamentos de mamografia de comando simples e o de raios X fizeram parte da elevada demanda de exames preventivos e diagnósticos precoce do câncer de mama. A crescente procura por esse tipo de exame pode ter sido consequência do aumento das campanhas de incentivo à prevenção, tal como a mais recente campanha internacional conhecida por Outubro Rosa⁴³.

Menos de quatro das clínicas pesquisadas disponibilizaram equipamentos mais raros, entre eles os eletrocautérios, as ressonâncias magnéticas, os raios-x de densitometrias ósseas, as colonoscópios, os retossigmoidoscópios, o aparelhamento de urodinâmicas e os cistoscópios (Gráfico 18).

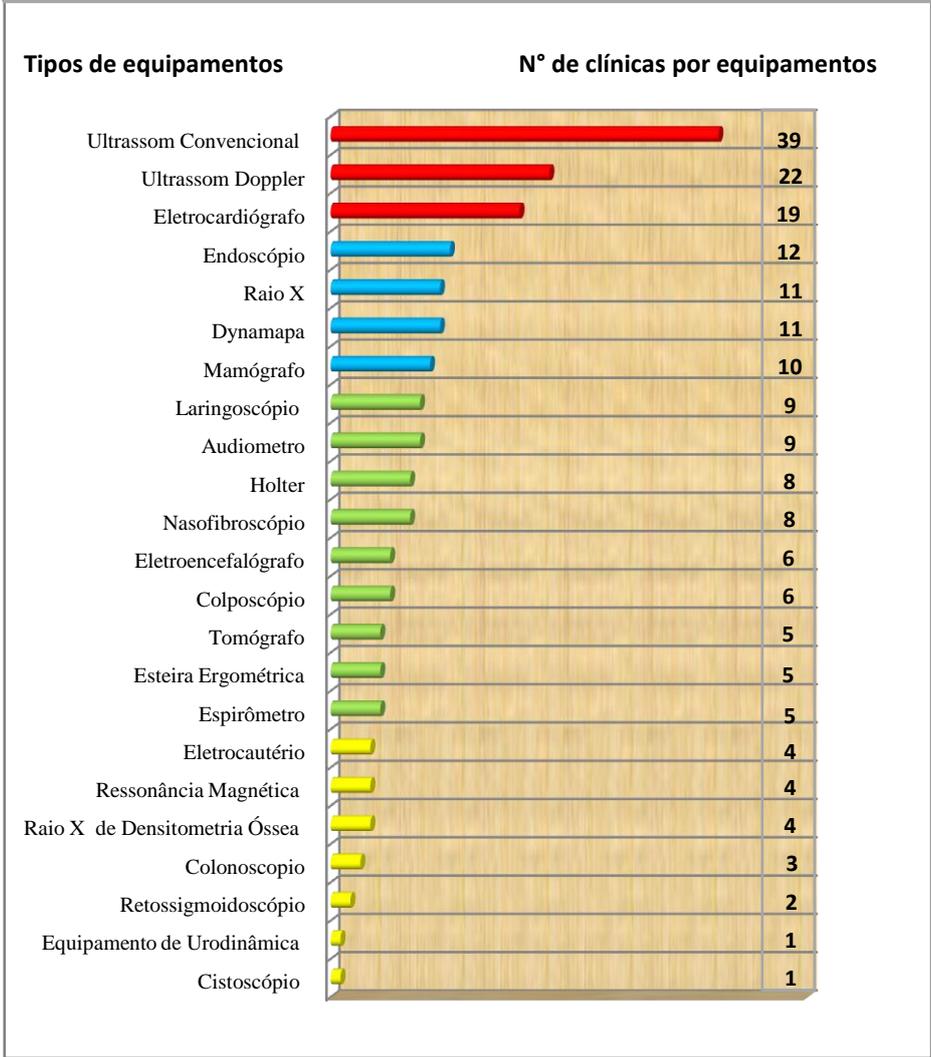
⁴⁰ É um aparelho utilizado no exame de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa), através de um monitor que permanece instalado no paciente durante um período de 24h, realizando medições periódicas da pressão arterial.

⁴¹ Dispositivo portátil que faz a monitorização das atividades cardíacas por um período prolongado, geralmente 24 horas.

⁴² É um equipamento de fibra óptica que permite a visualização interna do nariz, laringe (cordas vocais) e faringe, podendo ser rígido ou flexível, e não possui canal interno (diferindo de outros aparelhos utilizados em procedimentos endoscópicos do trato gastrointestinal).

⁴³ O movimento popular internacionalmente conhecido como Outubro Rosa é comemorado em todo o mundo. O nome remete à cor do laço rosa que simboliza, mundialmente, a luta contra o câncer de mama e estimula a participação da população, de empresas e entidades. Este movimento começou nos Estados Unidos, onde vários Estados tinham ações isoladas referentes ao câncer de mama e/ou à mamografia no mês de outubro; posteriormente, com a aprovação do Congresso Americano, o mês de Outubro se tornou o mês nacional (americano) de prevenção contra o câncer de mama (www.outubrorosa.org.br/). Acesso em: jan. 2015).

GRÁFICO 18 - Tipos e quantidades de equipamentos de exames, existentes nas clínicas populares no bairro Centro em Fortaleza



FONTE: Pesquisa direta.
 Elaboração: GODOY, C. V. 2014.

A ampla variedade de especialidades da saúde, exames e procedimentos clínicos e equipamentos de exame-diagnóstico nas clínicas médicas estudadas reforçam a proposição de que o bairro Centro em Fortaleza não perdeu a sua pujança ao longo do tempo. O bairro se posiciona como um núcleo de concentração e atração dos fluxos e fixos relativos aos serviços do setor da saúde juntamente ao setor de comércio, serviços e educação, como já foi ressaltado ao longo deste trabalho.

Observa-se a flexibilidade das clínicas populares centrais mediante as novas necessidades apresentadas, com o propósito de se manterem competitivas

mercadologicamente e resistirem ao aumento no valor dos aluguéis e à ampla concorrência das outras clínicas e dos serviços populares ofertados pela Santa Casa. Nesse contexto, as clínicas buscam novas alternativas como os convênios com outras clínicas que ofertam serviços diferenciados, com hospitais privados que ofertam exames mais complexos, além das parcerias com as prefeituras e as casas de apoio. As clínicas populares também buscam alternativas de fidelização da clientela através da oferta de serviços diferenciados, sem perder a característica primordial – o preço popular dos serviços ofertados.



5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas questões iniciais, apresentadas como eixos norteadores da pesquisa, apresentam-se as considerações finais sobre a inserção e expansão das clínicas médicas populares no bairro Centro em Fortaleza no estado do Ceará. A princípio, a pesquisa partiu da hipótese de que o fenômeno da expansão de pequenos e médios estabelecimentos da área da saúde denominados de clínicas médicas populares não ocorreu de forma isolada e desvinculada das transformações que ocorrem em escala mais ampla. Com esse pressuposto, a análise teve como ponto de partida a compreensão da forma de inserção dos serviços de saúde situados no bairro Centro em escala municipal e estadual. Nesse propósito, foram analisados a influência regional dos serviços públicos e privados de saúde da cidade de Fortaleza, o papel das políticas públicas no desenvolvimento, na ampliação e em melhorias no setor da saúde estadual e a ação dos serviços privados populares na dinâmica do bairro Centro.

De uma forma mais ampla, quando se analisa o papel do Estado na função de provedor dos serviços de saúde pública, observa-se um paradoxo entre a Lei Federal da Saúde nº 8.080 aprovada em 1990, que estabelece os princípios básicos da universalidade, da equidade e da integralidade das ações de saúde a todos os cidadãos brasileiros. Os princípios da lei universal da saúde não coincidem com a realidade e as limitações apresentadas pela rede pública de saúde em Fortaleza, tendo em vista que as práticas políticas não suprem amplamente as necessidades da população tal qual teoriza a lei, apesar de alguns teóricos considerarem a referida lei “[...] como o exemplo mais importante da democratização do Estado, em nosso país. Reafirmando o SUS como garantia a toda a população do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde” (RODRIGUES, 2003, p. 2).

Na prática, todavia, a teoria se distancia demasiadamente da realidade, principalmente pela evidência constatada através da análise dos relatórios de órgãos governamentais, como os externados pelo Ministério Público e pelas secretarias de saúde do estado e municípios, além das denúncias divulgadas nos veículos de comunicação. Essas informações expõem um fato que está presente no cotidiano da população cearense – o limitado e conturbado acesso da população aos serviços públicos de saúde.

Como se vê a prática difere do que é apresentado na teoria, o que podemos denominar de a “aparente social-democracia do sistema de saúde público” (SANTOS; CONCEIÇÃO, 2010, p. 2), em razão dos interesses ocultos das políticas de saúde do país que é muitas vezes blindado pelo discurso hegemônico da dita existente e avançada política democrática do país. Na contramão, esse discurso se depara com a realidade cotidiana da dificuldade de acesso e demora na resolução dos problemas de saúde das pessoas que denunciam a natureza do SUS.

A aparente democracia se contrapõe aos preceitos da mencionada Lei Orgânica da Saúde que confere “[...] a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, LEI nº 8.080, Art. 2, 1990).

De acordo com as colocações apresentadas, torna-se evidente que um dos grandes problemas enfrentados pela população que se serve do sistema de saúde da

capital está na insuficiência de uma estrutura adequada das unidades de saúde do interior do Ceará, em razão da rede de saúde do Estado não dispor de uma base consolidada. Os *deficits* da saúde pública intensificam-se pelas más condições de atendimento nos serviços básicos de saúde, fato que acarreta o agravamento da saúde da população, e, em longo prazo, promove as intensas demandas por serviços de média e alta complexidade, não ofertados pela grande maioria dos municípios cearenses. Por conta disso, a população interiorana se junta à demanda reprimida da capital.

Apesar das virtudes apresentadas a respeito da infraestrutura dos hospitais de referência da capital, é importante exprimir que as condições de atendimento dos serviços disponibilizados pelo setor público em Fortaleza ainda são inadequados. Portanto, um dos principais motivos de preocupação da sociedade e do Estado está na sobrecarga do atendimento das unidades hospitalares em Fortaleza, que é intensificado pelo limitado número de leitos de UTI hospitalares por habitante, que, segundo o Ministério Público, esse fato é agravado pelo “[...] tradicional jogo do ‘empurra-empurra’, entre Estado e Município, em que a população carente sucumbe-se pela falta de leitos de UTI”, (MPCE, 2010).

Embora a cidade de Fortaleza tenha sido considerada pelo IBGE como um potencial centro prestador de serviços de alta complexidade com uma abrangência regional, na pesquisa intitulada de Regic, 2007 foi ressaltado que o estado do Ceará possui uma rede de saúde incompleta, com carências nos diferentes níveis de complexidade.

Desse modo, os transtornos dos serviços de saúde em Fortaleza são intensificados pela precariedade dos serviços públicos do interior do estado, que, via de regra, transferem a responsabilidade para os hospitais da capital, fato que compromete o funcionamento adequado dessas unidades. A instalação dos dois hospitais regionais de Sobral e do Cariri com o intuito de absorver o fluxo de pacientes transferidos para a capital foi considerada insuficiente, haja vista as fragilidades administrativas, com os hospitais funcionando de forma incompleta, com a ausência de profissionais capacitados, somados à ampla demanda de pacientes advindos de outras regiões do estado.

A título de exemplo temos a situação do município de Iguatu, que faz parte da Macrorregião do Cariri. A falta de estrutura dos hospitais locais impõe a transferência dos pacientes de Iguatu para os hospitais polos do Cariri, cujo atendimento encontra-se comprometido pela falta de recursos. Esse episódio se deve à ausência de vagas no mais novo Hospital Regional do Cariri, que foi construído para atender a demanda de toda a região sul do estado e, na verdade, não consegue atender a demanda da própria cidade de Juazeiro do Norte.

Nesse cenário, o maior obstáculo vivenciado pelo setor da saúde pública de Fortaleza é o fato de a cidade atender a todo o estado do Ceará, considerando-se que as prefeituras cearenses se habituaram a “solucionar” as lacunas desse setor com as práticas políticas centralizada na compra de ambulâncias. Então as localidades com uma população reduzida é transferida para as cidades de maior porte e a utilização dos recursos da saúde é em prol de campanhas políticas. Nesse caso, “o SUS torna-se uma arma político-eleitoral” (BACELLAR, 2009, p.201).

A carência de vagas dos leitos de internação e de UTI não se trata de um problema concentrado ou exclusivo da capital. Basta compreender que a escassez dos serviços de atenção básica e principalmente dos níveis técnicos mais complexos da saúde nos municípios interioranos impulsionam um fluxo intenso de pessoas para a capital, em busca de atendimento médico especializado. A dificuldade remete notadamente à falta de uma interiorização eficiente da rede municipal de saúde, que dificulta a não expansão dos leitos hospitalares e dos recursos gerais do setor.

Portanto, o problema não pode ser reduzido ao número de leitos hospitalares ou mesmo à estrutura dos serviços de saúde, uma vez que esse setor encontra-se centralizado na capital. Nesse caso, a ampliação e o funcionamento eficiente da rede de atenção primária e secundária refletiriam diretamente na redução da necessidade da ampliação do número de leitos de alta complexidade.

No intuito de reduzir as divergências presentes na atenção primária à saúde, o governo federal lançou algumas medidas paliativas com o foco na descentralização dos profissionais médicos e dos recursos físicos da saúde no país, através do denominado Programa Mais Médicos, que consiste “[...] em um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê investimento em infraestrutura dos

hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais” (BRASIL, 2013).

Os investimentos realizados nos últimos dois anos pelo governo federal, em particular, no nível primário da saúde pública, expressa uma tentativa de juntar os fios da rede da saúde, que ainda se encontra desconectada. Os resultados positivos constatados através da ampliação do número de pessoas do interior do estado, atendidas pelos médicos do Programa Mais Médicos, acrescentaram a necessidade do estabelecimento de um sistema de saúde mais consistente, que disponibilize outras especialidades médicas nos serviços básicos de saúde, para que a população do interior do Ceará não seja submetida à busca por esses atendimentos em outros municípios ou na própria capital.

Portanto, a carência de especialidades médicas no interior do estado do Ceará revela-se como um dos principais fatores que estimulam os fluxos populacionais dos habitantes do interior do estado em direção à capital, em busca de serviços mais especializados de saúde. A maior parte da demanda se concentra nos setor público de saúde, sendo mais de 80% da população do Ceará dependentes diretamente do atendimento do SUS por não possuírem plano de saúde privado.

Portanto, as clínicas médicas populares possuem um papel relevante diante das deficiências apresentadas pelo setor da saúde pública estadual. Até a década passada, os tratamentos de saúde ocorriam de maneira bipolar. Caso o paciente não tivesse condição de pagar pelo serviço de saúde, restava-lhe recorrer ao SUS, de modo que a inserção das clínicas populares ajustou-se como uma espécie de terceira via, em que o “doente” tem mais uma opção de tratamento ao seu alcance.

Essa situação favoreceu o surgimento e a ampliação das empresas de saúde privadas – clínicas populares, que se insere em um nicho de mercado que se expandiu com o auxílio das brechas do sistema público de saúde. O surgimento das clínicas não ocorreu de forma singular, mas tratou-se de um negócio bem-sucedido que foi reproduzido por empresários em todo o país, sendo comum a presença de clínicas populares nos centros das cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Curitiba, Manaus, Recife e Porto Alegre.

O êxito dessas empresas foi comprovado pela empresa de consultoria empresarial Intercriar, que garante o sucesso das clínicas médicas populares em razão da ampliação do mercado da saúde pelo aumento da renda e da expectativa de vida população que não foi acompanhada pelos serviços públicos de saúde. Outro ponto importante consiste nos baixos investimento empregados na instalação das empresas de saúde popular, devido à utilização das tecnologias de baixo custo, com aparelhagem de baixa tecnologia que possuem uma alta rotatividade e lucratividade em médio e curto prazo.

A escolha do bairro Centro para a inserção das clínicas populares foi uma questão ponto de partida da pesquisa, pois parte-se do princípio de que houve uma reconfiguração na forma de uso do bairro após a instalação das clínicas médicas. Apesar de existirem clínicas médicas populares instaladas em outros bairros de Fortaleza, o ponto de maior concentração e fluidez está no referido bairro. A expansão das clínicas foi responsável pela nova dinâmica do bairro, representada pela valorização dos aluguéis dos imóveis comerciais, pela transformação de antigas lojas de artesanatos, pensões, bares e motéis em clínicas médicas, pela substituição de uma área de prostituição por um quarteirão de clínicas médicas, além do aumento do fluxo da população do interior do estado em busca de consultas, exames e outros tratamentos de saúde.

Embora exista uma série de pontos favoráveis ao funcionamento das clínicas populares, nota-se que não existem garantias de que esses empreendimentos permaneçam por muito tempo nesse bairro. Essa situação não se refere ao desagrado dos empresários responsáveis pelas clínicas convencionais, ou aos órgãos reguladores do setor da saúde, que ainda permanecem omissos. É importante lembrar que o bairro Centro passou por diversas fases ao longo dos últimos séculos, responsáveis pela atração e expulsão de algumas funções tradicionais como a residencial, comércio de luxo, sedes de órgãos públicos, educacional, cultural, entre outros. Ademais, a supervalorização dos imóveis, a longo prazo, fará uma seleção natural na qual permanecerão na área central apenas as clínicas que suportarem pagar o alto preço a ser cobrado.

A permanência das clínicas médicas populares está diretamente vinculada ao interior do Ceará, pois é justamente essa população a base de sustentação desses

estabelecimentos de saúde. Os elementos facilitadores que vinculam o interiorano às clínicas constam-se nas casas de apoio espalhadas por Fortaleza, no transporte alternativo direcionado aos pacientes das clínicas, nas parcerias com as prefeituras, nas ambulâncias e no atendimento da Santa Casa. A facilitação das formas de pagamento, a conexão do bairro com toda a cidade e sua região metropolitana através das linhas de ônibus, metrô e transporte alternativo, a grande quantidade de especialidades médicas e exames também atraíram para o Centro grande parte da população Fortalezaense e da RMF.

Portanto, as clínicas médicas populares, além do novo fôlego com a reconfiguração de áreas antes consideradas desvalorizadas e ocupadas por atividades depreciativas, acompanham as mudanças dos padrões de consumo da população brasileira que possui um maior poder de consumo, ofertando um tratamento de saúde rápido e acessível à maior parcela da população cearense. A presença das clínicas médicas populares no Centro é responsável pela alteração da dinâmica socioeconômica da cidade e, sem dúvida, do estado do Ceará, principalmente quando é discutido o aumento dos fluxos de saúde direcionados diariamente para o bairro.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Transplantes de Órgão (ABTO). **Registro Brasileiro de Transplantes – RBT**. São Paulo, 2013. Disponível em: < [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013-parcial\(1\).pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013-parcial(1).pdf)>. Acesso em: 10 de Out. 2014.

ARAÚJO, F. A. V; SOARES, B. R. Os fluxos dos serviços de saúde e a dinâmica socioespacial em Araguari: uma caracterização geográfica. In: RAMIRES, C. L. (org). **Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013, p. 342-363.

MONTEIRO, A; AZEVEDO, I. O Quarteirão da Saúde. **MAFALDIANAS: Impressões Sobre a Vida e o Mundo**. Disponível em: < <http://isabelleazevedo.blogspot.com.br/2007/05/o-quarteiro-da-sade.html> > Acesso em 01 de Ago. de 2014.

BACELLAR, W. K. A. A municipalização da Saúde pública e a pequena cidade. **II Congresso Internacional e IV Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**. Universidade Federal de Uberlândia, 2009, p. 193-208.

BARRETO, R. O centro e a centralidade urbana – aproximações teóricas a um espaço em mutação. **CEGOT Cadernos Curso de Doutorado em Geografia FLUP**. 2010. p.23-40.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Ações Básicas de Saúde: Coordenação de Assistência Médica Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília – DF, 1977. 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação Ceará 2011**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **SAE na mídia**. Nova classe média brasileira tem renda entre R\$ 291 e R\$ 1.019 familiar per capita, define governo. Disponível em < <http://www.sae.gov.br/site/?p=12055#ixzz38f1B9UNt> > Acesso em 27 de jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS. **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde** – CNES. Estabelecimentos por tipo – Ceará. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabce.def>>. Acesso em: 20 de Out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Mais Médicos**: Mais Médicos para o Brasil. Mais saúde para você. Brasília, setembro de 2013. Disponível em: <

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em: 18 de Nov de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014**. Seção III definições, Art. 4. - Brasília - DF, 2014.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Turismo de Saúde: Orientações básicas**. Secretária Nacional de Políticas de Turismo. 1. ed. Brasília – DF, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial Brasília. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/SAS/Nº 055, 1999**. Publicada no DOU. Nº. 38 de 26 de fevereiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 287/2012, de 20 de Setembro**. Diário Oficial de Brasília. Poder executivo, Brasília, DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002**. Diário Oficial de Brasília. Poder executivo, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508/2011** – regulamento de parte da Lei nº 8080/90.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Relatório de Situação Ceará 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_ce_5ed.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02, (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar) Brasília, DF.

BRAGA, R. **Walter Crisaller**: notas sobre a trajetória intelectual do criador da teoria dos lugares centrais. Rio Claro. p. 71-75. 1999.

CABRAL, B. O Centro que dá Certo. **O Povo Online**, Fortaleza, 23 de março 2014. Disponível em: < http://www.opovo.com.br/app/opovo/economia/2014/03/26/Noticias_jornaleconomia,3226097/o-centro-que-da-certo.shtml > Acesso em: 27 de jul. 2014.

CASTELLS, M. **A questão urbana**. São Paulo: Paz e terra, 1983.

CASTRO, B. Número de transplantes no Ceará cresce 59% em 4 anos. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 9 de Maio de 2014. Disponível em: < <http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2014/05/09/noticiasjornalcotidiano,3248107/numero-de-transplantes-no-ceara-cresce-59-em-4-anos.shtml>>. Acesso em: 10 de Out. 2014.

CAVALCANTE, S. Cirurgia Plástica em Fortaleza em alta para estrangeiras. **BLOG DR. Silas Cavalcante Cirurgia Plástica**. Fortaleza, março de 2013. Disponível em:

<<http://silascavalcante.com.br/blog/cirurgia-plastica-em-fortaleza-em-alta-para-estrangeiras/>>. Acesso em: 31 de Out de 2014.

CENTRO tem 670 imóveis vazios ou subutilizados. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 28 de Junho de 2011. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/centro-tem-670-imoveis-vazios-ou-subutilizados-1.501974>>. Acesso em: Dez de 2013.

CLÍNICAS populares são alternativa. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza 29 de Novembro de 2011. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/clinicas-populares-sao-alternativa-1.774918>>. Acesso em: 27 de jul.2014

CHAGAS, A. T. R. O questionário na pesquisa científica. **FECAP**. Vol. 1, n. 1. Janeiro, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Manual de Publicidade Médica**: Resolução CFM nº 1.974/11, Brasília, DF, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ. **Total de médicos com títulos registrados no Cremec**. Disponível em <<http://www.cremec.com.br/>> Acesso em 25 de jul. 2014.

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas**. Bertrand Brasil. Rio de Janeiro, 1997. 304 p.

COSTA, M. C. L. **Cidade 2000**: Expansão Urbana e Segregação Espacial em Fortaleza, 1988. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

DANTAS, E. W. C. **Comércio Ambulante no Centro de Fortaleza – CE**. 1995. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

DANTAS, E. W. C.; SILVA, J. B; COSTA, M. C. L.; SOUZA, M. S. **De cidade à metrópole**: (trans)formações urbanas em Fortaleza. Fortaleza: Edições UFC, 2009. 238 p.

DANTAS, E. W. C. Da Fortaleza à Região Metropolitana. In: COSTA, M. C. L; DANTAS, E. W. C. **Vulnerabilidade socioambiental na região metropolitana de Fortaleza**. Fortaleza: Edições UFC, 2009. 25-54 p.

DIAS, L. C. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (Org.). Geografia: **Conceitos e temas**. 3. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p.141-162.

ELIAS, P. E. A estrutura e a organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A; ELIAS, P. E. **A saúde no Brasil**: política e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez, Cedec, 2005. p.59-117.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. **Plano de reestruturação**: Hospital Universitário Walter Cantídio. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/images/pdf/contratos_adesao_huf/ufc/huwc/plano_de_reestruturacao_huwc_ufc.pdf>. Acesso em: 02. de Nov de 2014.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH / Hospitais Universitários Federais. **Hospital Universitário do Ceará será primeiro Centro de Alta Complexidade Oncológica totalmente público do estado.** Brasília – DF, 2013. Disponível em: < <http://ebserh.mec.gov.br/outros-destaques/208-hhuwc-sera-primeiro-centro-de-alta-complexidade-oncologica-totalmente-publico-do-ceara>.>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS – FBH. O que é saúde suplementar? **Revista Visão Hospitalar. Brasília – DF, 2011.** Disponível em < <http://fbh.com.br/sobre-a-fbh/o-que-e-saude-suplementar/>>. Acesso em 10 de Dez de 2014.

FEITOSA, A. Ceará tem déficit de 6.336 leitos na rede pública de saúde. **O Povo Online.** Fortaleza, 04 de Março de 2013. Disponível em: < <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2013/03/04/noticiasjornalfortaleza,3016083/ceara-tem-deficit-de-6-336-leitos-na-rede-publica-de-saude.shtml>>. Acesso em: 05 de Nov de 2014.

FERNANDES, A. C; LIMA, J. P. R. Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife. **Nova economia.** Belo Horizonte, 16 (1), 2006 p. 11-47.

FERRAZ, A. E. Q. **O espaço em movimento:** o desvelar da rede nos processos sociotécnicos do sistema de saúde de Vitória da Conquista – Bahia. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Federal de Sergipe, 2009.

FIRKOWSKI, O. L. C. F. Porque as regiões metropolitanas no Brasil são regiões mas não são metropolitanas. **Revista Paranaense de Desenvolvimento,** v. 122, p. 19-38, 2012.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Com 1.361 transplantes em 2013, Ceará estabelece novo recorde.** Fortaleza, Janeiro de 2014. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/component/content/article/9827/9827>>. Acesso em: 10 de Out. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Análise dos Impactos dos Investimentos do Governo do Ceará na Área da Saúde:** Estamos diante de uma revolução? Fortaleza, 2012. p.1-32.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Ceará em Mapas.** Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/121x.htm>>. Acesso em 30 de Out. de 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretária de Saúde do Ceará – Sesa. **Hospital de Messejana.** Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.hm.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=685:com-80-anos-de-historia-hm-oferece-servicos-exclusivos-na-rede-sus&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=81>. Acesso em: 30 de Out. de 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretária de Saúde do Ceará – Sesa. **Hospital de Messejana capacita médicos para o implante do "coração artificial".** Fortaleza, 2009. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/44134-hospital-de-messejana-capacita-medicos-para-o-implante-do-qcoracao-artificialq>>. Acesso em: 11 de Nov de 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde - SESA. **Plano Diretor de Regionalização:** reorganização das ações e serviços de saúde (PDR/2006-2011). Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde – SESA. **Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde** – PDR do Estado do Ceará 2014. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde – SESA. **Cuidado com o sol e o câncer de pele.** Assessoria de comunicação do Sesa. Fortaleza, 8 de jul de 2013. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45950-vai-a-praia-nas-ferias-cuidado-com-o-sol-e-o-cancer-de-pele>>. Acesso em: 27. Jul. de 2014.

GUIMARÃES, R. B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre.** São Paulo, n.17, p.155-170, 2º semestre, 2001.

GUIMARÃES, R. B. **O transbordar do hospital pela cidade:** tecnologia, saúde e produção do espaço. Dissertação (Mestrado em Geografia). Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1994.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde pública e política urbana:** memória e imaginário social. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2000.

GUIMARÃES, C; AMARAL, P; SIMÕES, R. Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2002. **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP.** Minas Gerais, setembro de 2006.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia.** Vol. IX, N. 17. 2007. 19-46 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Regiões de Influência das Cidades (REGIC). Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 201 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades.** Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>>. Acesso em 31 de Out de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf>. Acesso em: 29 de Out de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014.** Disponível em<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf>. Acesso em: 10 de Dez. de 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – IESS. **Saúde Suplementar em Números:** Os principais e mais recentes números de beneficiários de planos de saúde. 4. ed. Data base: junho de 2014. Disponível em:

<<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/o2t2d9ds0414wsm.pdf>>. Acesso em 09 de Dez. de 2014.

INTERCRIAR. **Clínica médica popular**. Editora: Intercriar Infoeditora, São Paulo. 4. Ed, E-book PDF 2011. Disponível em: <<http://resolveagora.files.wordpress.com/2012/04/clc3adnicas-mc3a9dicas-populares-ebook-grc3a1tis-2.pdf>>. Acesso em Dez de 2012.

INTERCRIAR. **Relatório Clínica Médica Popular: Mercado e Tendências**. Editora: Intercriar Infoeditora. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/folderview?id=0BxzUR7Ub9DifQjVsNDJvUnVIUDg&usp=drive_web>. Acesso em 07 de Jan de 2015.

LEAL, V. B. **História da Medicina no Ceará**. Fortaleza, Secretária de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1979. 232 p.

LENCIONI, S. Concentração e centralização das atividades urbanas: uma perspectiva multiescalar. Reflexões a partir do caso de São Paulo. **Revista de Geografia Norte Grande**, 39: 7-20, 2008.

LENCIONI, S. Da cidade e sua região à cidade-região. In: SILVA, J. B; LIMA, L. C; ELIAS, D. (Org). **Panorama da Geografia brasileira I**. São Paulo: Annablume, 2006. p. 65-75.

LIMA, L. D. de; et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciências e Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2881-2892.

MACHADO, J. R. As centralidades urbanas: o caso da área da saúde na cidade de Maringá – PR. **Revista GEOMAE**, Vol. 02, n. especial. 01, 2º semestre/2011.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.

MONTEIRO, A; AZEVEDO, I. O Quarteirão da Saúde. **MAFALDIANAS: Impressões Sobre a Vida e o Mundo**. Disponível em: <<http://isabelleazevedo.blogspot.com.br/2007/05/o-quarteiro-da-sade.html>> Acesso em 01 de Ago. de 2014.

MOTORISTAS denunciam transportes clandestino. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 10 de Agosto de 2011. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/regional/motoristas-denunciam-transporte-clandestino-1.641429>>. Acesso em: Abr. 2015.

NASCIMENTO, T. Região Metropolitana ainda lota IJF. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 31 de Outubro de 2014. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/regiao-metropolitana-ainda-lota-ijf-1.1139254>>. Acesso em: 31 de Out. de 2014.

NASCIMENTO, P. A. G; MELO, N. A. Os serviços de Saúde e Influência Regional de Ituiutaba: Algumas reflexões. In: RAMIRES, C. L. (org). **Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013, p. 325-341.

NETO, E. A. Governo do Estado do Ceará. Ministério Público do estado do Ceará. **Saúde pública: realidade e o papel do Ministério Público.** Fortaleza, 2010. Disponível em: < <http://www.mpce.mp.br/servicos/artigos/artigos.asp?iCodigo=75>>. Acesso em: 9 de Nov de 2014.

NOGUEIRA, E. **Hospital Walter Cantídio realiza milésimo transplante de fígado; ouça.** Fortaleza, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.verdinha.com.br/podcasts/hospital-walter-cantidio-realiza-milesimo-transplante-de-figado-ouca/>. Acesso em: 09 de Out. 2014.

OLIVEIRA, E. X. G. **A multiplicidade do Único: territórios do SUS.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: s.n, 2005. 97p.

PACHECO, C; NATIVIDADE, P. Clínicas populares são opção ao SUS e à carestia dos planos de saúde; compare preços. **Jornal Correio 24 Horas Online.** Salvador, 15 de junho de 2014. Disponível em: < <http://www.correio24horas.com.br/detalhe/noticia/clinicas-populares-sao-opcao-ao-sus-e-a-carestia-dos-planos-de-saude/?cHash=5a731a56df24e97c9ad05e95c259fa53>>. Acesso em 15 de Nov de 2014.

PEQUENO, R. Estrutura intraurbana socioocupacional & condição desigual de moradia na Região Metropolitana de Fortaleza In: COSTA, M. C. L; DANTAS, E. W. C. **Vulnerabilidade socioambiental na região metropolitana de Fortaleza.** Fortaleza: Edições UFC, 2009. 25-54 p.

PEREIRA, F. S. M. **Habitação em áreas centrais: as contradições do/no espaço urbano no Centro antigo de Fortaleza/CE.** Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Estadual do Ceará, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Hospitais municipais: regulação de leitos em 2012.** Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=433&Itemid=7>. Acesso em: 01 de Nov de 2014.

PIOTO, L. Gringos que vieram para Copa aproveitam para tratar os dentes no Brasil. **UOL Notícias Saúde.** São Paulo 9 de Julho de 2014. Disponível em:< <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/07/09/gringos-que-vieram-para-copa-aproveitam-para-tratar-os-dentes-no-brasil.htm>>. Acesso em: 04 de Nov. de 2014.

RAMIRES, J. C. L. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: SPOSITO, M. E. B. **Cidades médias: espaço em transição.** 1. ed. Expressão Popular, São Paulo, 2007, p. 173-186.

RAMIRES, J. C. L. Os serviços de saúde de alta complexidade nas cidades de Uberlândia e Uberaba: contribuições para a geografia urbana das cidades médias. In: RAMIRES, C. L. (org). **Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais.** 1 ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013, p.192-221.

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde - REBRATS **Hospital Geral de Fortaleza.** Disponível em: <<http://200.214.130.94/rebrats/Mhgf.php>>. Fortaleza 14 Outubro de 2014. Acesso em 01 de Nov de 2014.

RIBEIRO, L. C. Q. **Metrópoles**: entre a coesão e a fragmentação e o conflito. São Paulo/Rio, Editora Perseu Abramo/FASE/Observatório das Metrópoles, 2004

RIBEIRO, G. Pacientes busca clínicas com preços populares. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza 06 de Agosto de 2014. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/paciente-busca-clinicas-com-precos-populares-1.1073081>>. Acesso em: 06 de Ago. 2014.

RODRIGUES, S. B. **Controle social do SUS no município de Vidal Ramos**: dificuldades da prática. III Curso de extensão à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília – Faculdade de Direito, Brasília, 2003.

ROCHA, T. Estação João Felipe será desativada. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza 09 de Janeiro de 2014. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/estacao-joao-felipe-sera-desativada-1.790789>>. Acesso em: 27 de jul. 2014.

RUFINO, M. B. C. **Regeneração Urbana e Estratégias Residenciais em Áreas Centrais**: caso de Fortaleza (Brasil). Dissertação (Mestrado). Faculdade de Engenharia/Faculdade de Arquitectura, Universidade do Porto, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Plano municipal de saúde 2010-2013 de Fortaleza**: uma construção coletiva. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios_de_gestao/plano_municipal_de_saude_2010-2013.pdf> Acesso em: 25 de jul. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Anuário de Transportes públicos de Fortaleza 2010**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/etufor/arquivos_conteudos/Anuario2010.pdf>. Acesso em: 27 de jul. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Hospitais Municipais**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/hospitais-municipais>>. Acesso em: 31 de Out. de 2014.

SANTOS, A. R.; CONCEIÇÃO, A. L. A Política de Descentralização da Saúde e suas Interfaces Escalares. **Scientia Plena**. Vol. 6, n. 5, 2010, Sergipe. p.1-7.

SANTOS, A. R. dos. Redes e territórios na política de saúde. In: **X Encontro de Geógrafos da América Latina - EGAL**. São Paulo, 2005, Anais. p. 13642-13655.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo. 1. Edição 1987 (Livraria Nobel S.A). Editora Universidade de São Paulo, 7. Ed. 1. Reimpressão. 2012. 176p.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. São Paulo. 1. Edição 1985 (Livraria Nobel S.A). Editora da Universidade Federal de São Paulo – 5. Ed., 1. Reimpressão, 2012. 120 p.

SANTOS, M. **Pobreza Urbana**. São Paulo. 1. Edição 1978 (Hucitec). Editora da Universidade de São Paulo, 3.ed., 1. Reimpressão. 1978-2013. 136 p.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção** . 2.ed., São Paulo: Hucitec, 1996. 308p.

SANTOS, A. R. dos. **O desvelar das contradições do modelo de descentralização: as interfaces escalares na conformação do Sistema Único de Saúde em Sergipe**. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Federal de Sergipe, 2008.

SILVA, E. S. **Dinâmica socioespacial do comércio popular de confecção no Centro de Fortaleza**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SILVA, José Borzacchiello da. **Os incomodados não se retiram**. Fortaleza: Multigraf, 1992. 192 p.

SILVA, J. B. Formação socioterritorial urbana. In: DANTAS, E. W. C.; SILVA, J. B.; COSTA, M. C. L.; SOUZA, M. S. **De cidade à metrópole: (trans)formações urbanas em Fortaleza**. Fortaleza: Edições UFC, 2009. 87-142 p.

SILVA, M. I. da. **Nas Telas da Cidade: salas de cinema e vida urbana na Fortaleza dos anos de 1920**. Dissertação (Mestrado) em História Social. Universidade Federal do Ceará. Departamento de História, Fortaleza, 2007.

SINGER, P. A economia dos serviços. In: **Estudos Cebrap**, n.º 24, Petrópolis: Vozes, 1978, p.127-135.

SINGER, P. O uso do solo urbano na economia capitalista. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, AGB, v. 57, p. 77-92, 1980.

SOUZA, M. L. **Os conceitos Fundamentais da Pesquisa Sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1 ed. 2013, 320 p.

SOUZA, M. S. Análise da estrutura urbana. In: DANTAS, E. W. C.; SILVA, J. B. da; COSTA, M. C. L.; SOUZA, M. S. **De cidade à metrópole: (trans)formações urbanas em Fortaleza**. Fortaleza: Edições UFC, 2009. 238 p.

SPÓSITO, M. E. B. O Centro e as formas de Expressão da Centralidade Urbana. **Revista Geografia**, nº 10. São Paulo, UNESP, 1991. P. 1-18.

SPOSITO, M. E. B. Reestruturação urbana e segregação socioespacial no interior paulista. Scripta Nova. **Revista electrónica de geografía y ciencias sociales**. En línea. Barcelona: Universidad de Barcelona, vol. XI, núm. 245 (11). Ago. 2007.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: Uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública [online]**. 1997, vol.13, n.2, pp. 325-330.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **HUWC consolida-se como maior centro de transplantes de fígado da América Latina**. Fortaleza 25 de Fev de 2015. Disponível em: <<http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2015/6315-huwc-consolida-se-como-maior-centro-de-transplantes-de-figado-da-america-latina>>. Acesso em fev de 2015.

VICTALINO, A. P. V. D. **Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Recife. Universidade Federal de Pernambuco, 2004.

ZIEGLER, M. F. Clínica particular na favela atende pacientes de bairros de classe média. **IG São Paulo.** São Paulo, 23 de Jul de 2013. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2013-07-23/clinica-particular-na-favela-atende-pacientes-de-bairros-de-classe-media.html>>. Acesso em set de 2014.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

Questionário – Direção, Gerência e Administração da Clínica Popular

Nome da Clínica: _____ Data ____/____/____

Endereço da Clínica _____ Tel. _____

Cargo: _____ Tempo de experiência _____

1. Qual o ano de instalação da clínica?

2. Sobre as instalações da clínica, o prédio é:

Próprio Alugado

3. Sobre a construção da clínica, o prédio é:

Original Adaptada

4. Qual o total da área construída?

5. Por que esse prédio foi escolhido para ser a clínica?

Localização Central Acessibilidade
 Proximidades da Santa Casa Proximidade de outros hospitais
 Fluxo de pessoas Outros motivos

6. Como os clientes tomam conhecimento da clínica?

Panfletos Indicação das casas de apoio Encaminhados pelas prefeituras
 Anúncios na mídia Sites, blogs ou facebook Outros tipos de encaminhamentos
 Indicação de médicos Através dos planos e convênios
 Funcionários da Santa Casa. Através de outros clientes

7. Quais os turnos de funcionamento da clínica?

Manhã Tarde Noite

8. Quais os dias de funcionamento da clínica?

Segunda – sexta Segunda – sábado

9. Qual a média de pacientes atendidos por dia?

10. Quais especialidades médicas a clínica oferece? Especificar o valor da consulta:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Geriatria R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Odontologia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Angiologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Ginecologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Otorrino R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Hematologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Ortopedia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Clínico de Dor R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Infectologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Pneumologia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgião Geral R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Mastologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Pediatria R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgião Plástico R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Psicologia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Clínico Geral R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Medicina Ortomolecular R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Proctologia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Neurologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Psiquiatria R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologista R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Nefrologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Reumatologia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Nutricionista R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Urologia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Oftalmologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Oncologia R\$ ____ | |

11. Quais exames e procedimentos médicos a clínica oferece? Especificar os valores.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria R\$ ____ | <input type="checkbox"/> EEG R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Punção Mama/ Tireóide R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Biópsia de Mama R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Exa. Laboratoriais R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Pequenas Cirurgias R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Biópsia de Colo uterino R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Espirometria R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Raio X R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Biópsia da Próstata R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Endoscopia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Retossigmoidoscopia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Cistoscopia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Holter 24 hs R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Laringoscopia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Colposcopia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Mapa 24 hs R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Tomografia R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Densitometria Óssea R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Mamografia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Ultrassom convencional R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> ECG R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Nasofibrosocopia R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Ultrassom Doppler R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Proced. Dermatológicos R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Urodinâmica R\$ ____ |
| <input type="checkbox"/> Eletrocauterização uterina R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Procedimentos Varizes R\$ ____ | <input type="checkbox"/> Outros |

12. Quais as três especialidades médicas mais procuradas na clínica?

1° _____ 2° _____ 3° _____

13. Quais os três exames médicos mais procurados na clínica?

1° _____ 2° _____ 3° _____

14. Quais desses equipamentos citados a clínica possui? Especifique a quantidade

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiometro ____ | <input type="checkbox"/> Endoscópio ____ | <input type="checkbox"/> Raio X ____ |
| <input type="checkbox"/> Colposcópio ____ | <input type="checkbox"/> Equip. Urodinâmica ____ | <input type="checkbox"/> Raio X de densitometria óssea ____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia ____ | <input type="checkbox"/> Equip. Nasofibrosocopia ____ | <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética ____ |
| <input type="checkbox"/> Cistoscópio ____ | <input type="checkbox"/> Espirômetro ____ | <input type="checkbox"/> retossigmoidoscópio ____ |
| <input type="checkbox"/> Dynamapa ____ | <input type="checkbox"/> Esteira Ergométrica ____ | <input type="checkbox"/> Tomógrafo ____ |
| <input type="checkbox"/> Eletrocautério ____ | <input type="checkbox"/> Holter ____ | <input type="checkbox"/> Ultrassom Convencional ____ |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiógrafo ____ | <input type="checkbox"/> Laringoscópio ____ | <input type="checkbox"/> Ultrassom Doppler ____ |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalógrafo ____ | <input type="checkbox"/> Mamógrafo ____ | <input type="checkbox"/> Outros |

15. Acerca da estrutura física. A clínica dispõe de:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recepção | <input type="checkbox"/> Sala de Gesso | <input type="checkbox"/> Sala de descanso médico |
| <input type="checkbox"/> Sala de espera | <input type="checkbox"/> Sala de proc. cirúrgicos | <input type="checkbox"/> Posto d Amostra Grátis |
| <input type="checkbox"/> Sala de esterilização | <input type="checkbox"/> Sala de repouso | <input type="checkbox"/> Arquivo médico |
| <input type="checkbox"/> Lab. de análises clínicas | <input type="checkbox"/> Expurgo | <input type="checkbox"/> Almoxarifado |
| <input type="checkbox"/> Posto de Coleta | <input type="checkbox"/> Sala de digitação de laudos | <input type="checkbox"/> Copa |
| <input type="checkbox"/> Sala de Raio X | <input type="checkbox"/> CPD - Centro de proc. Dados | <input type="checkbox"/> Estacionamento |
| <input type="checkbox"/> Sala de tomografia | <input type="checkbox"/> Diretoria | <input type="checkbox"/> Central de ar |
| <input type="checkbox"/> Sala de mamografia | <input type="checkbox"/> Administração | <input type="checkbox"/> Outros |

25. Existem parcerias de atendimento com as prefeituras de municípios do interior do Estado do Ceará? Caso afirmativo, identifique os municípios credenciados à clínica, com maior número de pacientes.

Sim Não

Municípios: _____

26. A clínica recebe pacientes encaminhados pelas casas de apoio?

Sim Não

27. Existe parceria de atendimento com as casas de apoio? Cite os nomes das casas de apoio e dos municípios:

1. Sim 2. Não

Casas de apoio: _____

28. De onde advém a maior parcela dos pacientes atendidos na clínica? Se for escolhida mais de uma opção, especificar em ordem decrescente: Identificando o ranking de atendimentos, do primeiro ao último lugar.

Bairros próximos ao Centro _____

Bairros populares de Fortaleza _____

Bairros nobres de Fortaleza _____

Municípios da RMF¹ _____

¹(Aquiraz, Caucaia, Cascavel, Chorozinho, Eusébio, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Pindoretama, S. Gonçalo, etc)

Municípios do interior do Ceará² _____

²(Apuiarés, Aracati, Barreira, Canindé, Camocim, Crateús, Itapajé, Itapipoca, Itatira, Jaguaribe, Morrinhos, Morada Nova, Orós, Paramoti, Paraipaba, Paracuru, Pacoti, Pecem, Redenção, Trairi.)

Outras cidades do Brasil³ _____

³(Manaus, Belém, Pará, Rio G. Norte, Bahia, Maranhão, etc)

Outros países⁴ _____

⁴(Itália, Espanha, Portugal, África do Sul, China, Coréia, etc.)

29. A clínica recebe pacientes transferidos de ambulância de municípios da RMF ou do interior do estado? Caso afirmativo, cite as cidades que mais transferem pacientes.

Sim Não Esporadicamente

RMF: _____

Interior: _____

30. As consultas e os exames desses pacientes transferidos são pagos pela prefeitura?

Sim Não Às vezes Não sabe

31. Quais são as formas de pagamento das consultas e exames da clínica?

Dinheiro Cartão de crédito Cheque Convênio do SUS

32. Como é estabelecido o vínculo dos médicos com a clínica? Especifique os valores acordados:

Contrato direto com a clínica por tempo determinado. R\$ _____

Contrato direto com a clínica por tempo indeterminado. R\$ _____

Através do aluguel das salas. R\$ _____

Percentual por atendimento _____ %

O médico é o proprietário da Clínica.

33. A clínica possui regularização de funcionamento, junto aos órgãos responsáveis?

Sim Não Em processo de regularização

Documentação vencida Não sabe

TERMO DE COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DOS DADOS
OBTIDOS ATRAVÉS DOS QUESTIONÁRIOS

Eu Claudiana Viana Godoy, pesquisadora envolvida no projeto de título: *A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza – CE*. Comprometo-me a manter a privacidade sobre os dados coletados, sendo de uso específico para a elaboração da dissertação de mestrado e produções científicas, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à pesquisa do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Geografia na Universidade Federal do Ceará. No período de agosto de 2013 a agosto de 2015.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014.