Universidade de São Paulo
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

Universidade Federal do Ceará
Departamento de Arquitetura e Urbanismo

Mestrado Interinstitucional em Arquitetura e Urbanismo

Espaço Hospitalar

O Caso do Hospital Universitário Walter Cantidio/UFC

Waldete Cunha de Freitas

Orientação: Prof. Dr. Wilson Edson Jorge

São Paulo, 2005

Waldete Cunha de Freitas

Espaço Hospitalar:
O Caso do Hospital Universitário Walter Cantidio/UFC

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo como exigência parcial para obtenção do Titulo de Mestre

Orientador:Prof. Dr. Wilson Edson Jorge

São Paulo
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

ASSINATURA:

E-MAIL: wfreitas@ufc.br

ac. 73071

Exemplar: 1384958

Freitas, Waldete Cunha de
F866e Espaço hospitalar: o caso do Hospital Universitário Walter Cantidio/UFC / Waldete Cunha de Freitas.—São Paulo, 2005.
296 p : il.

Dissertação (Mestrado) - FAUUSP.
Orientador: Prof. Dr. Wilson Edson Jorge

1.Hospitais - Fortaleza(CE) 2.Saúde pública - Fortaleza(CE) 3.Políticas públicas - Fortaleza(CE) I.Título

CDU 725.51(813.11)

Este trabalho é dedicado aos meus pais:

Antonio Cícero (*in memorian*) e Virginia

Agradecimentos

Agradeço a Deus antes de tudo e antes de todos.

Agradecimentos sinceros e especiais ao Prof. Dr. Wilson Edson Jorge pela orientação segura.

Agradeço à Universidade Federal do Ceará, onde me graduei e onde trabalho.

Ao Prof. Ricardo Bezerra, nosso Coordenador local, pelo empenho para que o Mestrado Interinstitucional se realizasse com sucesso.

Aos professores da FAU/USP que ministraram tão brilhantemente as disciplinas integrantes deste Mestrado.

À Coordenadora do Mestrado na FAU/USP – Profª. Drª. Heliana Comin Vargas, por sua competência e determinação .

Ao Prof. Liberal de Castro, pelos tempos pretéritos e pela carta de recomendação ao Mestrado.

Em especial, agradeço ao meu sempre professor Arq.Neudson Braga, pela sua generosidade e incentivo para que enfrentasse mais esse desafio.

Agradeço ao Dr. Walter Cantidio pelas informações possíveis, ainda armazenadas na memória de seus noventa e um anos.

Agradeço aos diretores e funcionários do Hospital Universitário Walter Cantidio pelas valiosas informações sobre aquele Estabelecimento.

Minha gratidão aos colegas de trabalho, de Mestrado e amigos pela paciência de ouvir questionamentos e continuar incentivando.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a elaboração deste trabalho.

Resumo

O presente trabalho trata de um Estabelecimento Assistencial de Saúde, o Hospital Universitário Walter Cantidio da Universidade Federal do Ceará.

Preliminarmente, são abordados os aspectos históricos e conceituais do hospital, uma das mais complexas estruturas que existem para o desenvolvimento de atividades que tem como objetivo a cura e a reabilitação do ser humano. Em seguida são apresentados as influencias das novas tecnologias, as tipologias hospitalares, dentre elas a do Hospital de Ensino.

Faz-se uma retrospectiva do atendimento à saúde no Estado do Ceará, desde o período colonial e sua evolução de acordo com as políticas públicas sanitárias estabelecidas em cada época no Brasil. Focaliza-se Fortaleza como cenário da criação, no final da década de 1940, da Faculdade de Medicina do Ceará, evento inicial de uma revolução na atenção à saúde no estado.

Com a criação da Universidade do Ceará em meados da década de 1950, posteriormente denominada Universidade Federal do Ceará, incorporando a Faculdade de Medicina, consolida-se um espaço especializado nas chamadas ciências da saúde, o *Campus* do Porangabuçu. Nesta área se estabeleceu, inicialmente como Hospital de Clinicas, o Hospital Universitário Walter Cantidio, um dos 45 hospitais universitários ligados ao MEC.

O trabalho converge para a análise diagnóstica da situação atual deste estabelecimento hospitalar universitário. Adotou-se a metodologia de pesquisa *in loco*, com a avaliação de todas as unidades integrantes do Hospital nos aspectos físicos e funcionais. Foram também realizadas entrevistas com os dirigentes para o melhor entendimento dos problemas relativos às atividades de ensino, pesquisa e assistência à saúde da população. A legislação existente do Ministério da Saúde - RDC Nº 50/ANVISA - mostrou-se um importante instrumento para a elaboração da análise diagnóstica.

Nas considerações finais, com o reconhecimento das demandas existentes, sem ordem de prioridade, são apresentadas algumas sugestões que apontam para elaboração de um Plano Diretor Físico para o HUWC.

Palavras chave – saúde, análise diagnóstica, legislação, hospital universitário.

Abstract

This work is regarding the Universitarian Hospital Walter Cantidio of the Federal University in the State of Ceará, Brazil.

Initially, the topics discussed are the hospital's historical and conceptual aspects. Hospitals are complex facilities that exist to develop activities with the objective to provide a cure and rehabilitation to the human being. Next, the influences of new technologies, hospital typology, are presented, including the schooling hospital.

A retrospective is made of the health service in the State of Ceara, from the colonial period, including the evolution according to the public sanitary infra-structure established during each time period in Brazil. Fortaleza is focused as a setting of the creation of the Medical School of Ceara at the end of the forties decade, as the initial event of the revolution of the state health.

With the creation of the University of Ceara, during the fifties, later denominated as Federal University of Ceara, incorporating a Medical School, it consolidated a specialized facility in the field of heath, the Porangabucu *Campus*. In this area was established, initially as Clinical Hospital, the Universitarian Hospital Walter Cantidio (HUWC), one of the 45 university hospitals affiliated to the Ministry of Education and Culture (MEC).

This work converges to the diagnostic analysis of the current situation of the university hospital. The *in loco* research methodology was adopted with the evaluation of all the units comprising the hospital, within the physical and functional aspects. Interviews were also performed with the directors for the better understanding of the problems related to the teaching activities, research, and the health assistance to the population. The legislation from the Ministry of Health - RDC N° 50/ANVISA – turned out to be and important instrument towards the elaboration of the diagnostic analysis.

Finally, with the recognition of the existing demands, without priority order, the sugestions that lead to the elaboration of a master plan for HUWC is created.

Key words – health, diagnostic analysis, legislation, university hospital.

Sumário

Introdução 9

Capitulo 1 – O Hospital: Aspectos históricos e conceituais

1.1 – A Evolução do edifício 18

1.1.1 – O Construído Social 30

1.2 – A Tipologia das Unidades Hospitalares 39

1.2.1 – Hospital Universitário – Hospital Especializado 42

1.2.2 - Modelo Pedagógico 54

1.2.3 - Modelo Assistencial de Saúde 64

1.2.4.-. As Novas Tecnologias 71

Capitulo 2 – A atenção à Saúde no Ceará

2.1 – A evolução da atenção à Saúde no Ceará 79

2.2 – Fortaleza – a cidade como cenário 109

Capitulo 3 - O Hospital Universitário Walter Cantidio

3.1 – A criação da Faculdade de Medicina do Ceará, do Instituto de Ensino Médico e da Universidade do Ceará. 118

3.2 –O Hospital Universitário Walter Cantidio – de Isolamento a Hospital de Clinicas 131

3.2 .1 – O projeto original 142

3.3 – *Campus* do Porangabuçu - A Implantação das Unidades Acadêmicas a partir da década de 50 159

Capitulo 4 - Levantamento Diagnóstico do HUWC

4.1 - A Legislação – Um instrumento 180

4.2 – A análise diagnóstica 189

4.3 – O *Campus*, a Cidade e o Metrô 216

Capitulo 5 – Considerações finais 230

Referências Bibliográficas 236

Bibliografia Consultada 242

Anexo A 250

Anexo B 295

Anexo C 296

INTRODUÇÃO

Introdução

Todo ser humano aspira e sonha com a condição da saúde perfeita. A saúde, juntamente com a educação, o trabalho, o lazer, a aceitação social, a seguridade, o conforto físico e a estética, segundo Mário Chaves (1978), citado por Malik (1982) é parte do conceito de *felicidade*.

A Organização Mundial da Saúde[1] estabelece que "saúde é o estado de completo bem – estar físico, mental e social, não só ausência de doença". Para Galeno[2], a saúde representava a "condição de perfeito equilíbrio e perfeita harmonia do ser humano".

Com a Constituição de 1988, a saúde no Brasil passou a ser um *direito de todos* e *dever do Estado* sendo definidas as ações e os serviços de saúde como de relevância pública.

O elenco de estabelecimentos destinados aos cuidados desse bem que é a saúde é constituído, principalmente, de postos de saúde, centros de saúde, ambulatórios, clinicas, centros de diagnósticos e tratamentos, pronto socorros e **hospitais.**

O hospital é, seguramente, dentre esses estabelecimentos, o de maior complexidade. Segundo a definição do Ministério da Saúde (1983), citada por Kotaka (1997, p. 1) é:

> "Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços".

A Organização Pan-americana de Saúde (1973) preconiza que o hospital, *apud* Kotaka (op.cit., p. 10), é:

> Estabelecimento com pessoal médico organizado, com instalações permanentes que incluem leitos de internação e com serviços médicos, incluindo atenção por médicos e cuidados contínuos de enfermagem, para proporcionar diagnóstico e tratamento aos pacientes.

---

[1] Conceito reafirmado e contido na Declaração de Alma-Ata, durante a Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 12/09/1978.

[2] Galeno (Pergamo –129/Roma(?)–200) foi, depois de Hipócrates , o mais famoso médico da Antiguidade. Seu prestigio chegou à Idade Média européia, à ciência árabe e aos primeiros fisiologistas modernos, como o inglês William Harvey.

De acordo com Gonçalves (1983, p. 3),nos documentos da Organização Mundial da Saúde está definido que:

> O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar á comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicilio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Entretanto, sabe-se que nem sempre foi assim, esse novo olhar sobre esse estabelecimento surge no século XX. Há muito, o hospital era um local onde se amontoavam seres humanos, desprovidos de bens materiais e saúde, onde não existiam recursos de nenhuma ordem. Estavam lá para morrer e para serem convencidos de que o sofrimento terreno lhes garantiria a vida eterna e não para serem assistidos e reintroduzidos ao convívio da sociedade. Esta, a partir do evento da doença, segregava, separava o doente para evitar contágios e afastar a possibilidade da morte de mais alguns de seus membros.

A finalidade deste abrigo era mais social que terapêutica, pois, o nível de conhecimentos da medicina era limitado às informações que os próprios doentes relatavam ou àquelas que o exame clínico permitia descobrir.Gonçalves (1983, p. 3) afirma:

> "(...) na verdade, nesse período o conhecimento das *doenças* limitava-se ao conhecimento dos *doentes*".

Ao se ultrapassar a fase, em que se conhecia mais do ser doente do que da doença, a medicina e os médicos fizeram descobertas sobre a fisiopatologia e sobre a origem, a causa das diversas afecções. Nesta perspectiva, chegou-se a um outro momento da evolução dos hospitais. Ali, agora era o local para onde os portadores de doenças eram levados para terem assistência de pessoal especializado com o apoio de equipamentos que por seu porte e complexidade jamais poderiam ser manipulados a domicilio.

Segundo Ribeiro (1993, p.51), a segregação do hospital moderno cumpre outra função diferente da função sanitária precedente e cita Pitta (1990):

> "Adoecer nesta sociedade e, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente à sua situação anterior. Se um acidente de percurso acontece, administra o evento desmoralizador, deixando que o mito da continuidade da produção transcorra silenciosa discretamente"

Estes estabelecimentos chamados de hospitais, ao longo do tempo, têm evoluído e se adaptado para permitir o atendimento das necessidades de assistência, ensino e pesquisa.

O edifício hospitalar, por sua complexidade e escala e também por seu caráter simbólico é cada vez mais foco de interesse de arquitetos, engenheiros, administradores, economistas e outros profissionais não ligados á área da saúde, mas, que devem ou deveriam estar envolvidos desde o inicio no seu planejamento. É importante enfatizar que o estabelecimento de saúde não deve ser visto como uma unidade isolada, portanto, é necessário entendê-lo no sistema de atenção à saúde onde está inserido.

O porte, a resolubilidade[3] e a tipologia conferem identidade às edificações hospitalares. Podem ser classificados quanto à tipologia, de acordo com Toledo (2003, p. 61):

- Hospital Geral
- Hospital Pediátrico
- Maternidade
- Hospital Especializado:hospital de doenças infecto-contagiosas,hospital geriátrico, hospital oncológico, hospital psiquiátrico; hospital universitário.
- Unidade Mista

Quanto à propriedade, administração, controle ou manutenção os hospitais podem ser:

- Hospital oficial:Federal,Estadual,Municipal
- Hospital privado: Filantrópico, não lucrativo ou de interesse mútuo, lucrativo.

[3] Resolubilidade é o termo que se refere à capacidade de um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) de receber, diagnosticar e dar continuidade ao tratamento dos pacientes que o procuram.

O Hospital de ensino ou universitário (assim denominado quando pertencente a uma universidade) tem por missão principal o ensino e a pesquisa, além de prestar assistência à população.

O presente trabalho trata de um representante desta tipologia: o Hospital Universitário Walter Cantidio, pertencente à Universidade Federal do Ceará.

Como centro de referencia para o ensino, o referido hospital acolhe alunos de graduação e pós-graduação nos cursos de medicina, enfermagem e farmácia da Universidade Federal do Ceará e de outras Universidades. Este Hospital de nível terciário, público e federal reúne qualificados profissionais, atuantes na área de pesquisa clinica, cirúrgica e farmacologia clinica.

Sua missão institucional é desenvolver, promover e estimular com qualidade e excelência o Ensino, a Pesquisa e a Assistência em Saúde, no nível hospitalar e ambulatorial, a pessoas de todos os grupos, integrado à realidade do nosso meio, de modo a contribuir com as soluções de seus problemas e com o seu desenvolvimento.

O Hospital Universitário Walter Cantidio encontra-se no *Campus* de Porangabuçu da Universidade Federal do Ceará e, como a maioria dos 45 hospitais universitários ligados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), sofre entre outras questões da inadequação física face às crescentes demandas acadêmicas e assistenciais, bem como de dificuldades do ponto de vista de financiamento e gestão, devendo-se isto em grande parte, ao relacionamento com o SUS (Sistema Único de Saúde) - criado pela Lei Orgânica da Saúde –n ° 8080 de 19/09/1990, o qual remunera os procedimentos hospitalares com valores defasados dos custos reais.

Construído há quase 50 anos, o estabelecimento tem capacidade instalada de 240 leitos e 24.488,99 m2 de área que correspondem a 38% do total de área construída no Porangabuçu (63.225,00 m2).

A obsolescência de suas instalações em algumas áreas contrasta com as intervenções pontuais em outras realizadas com recursos conseguidos através de

projetos como o do REFORSUS (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde)[4] – Programa do Ministério da Saúde. Esta iniciativa permitiu, por exemplo, a conclusão do centro cirúrgico e da clinica cirúrgica após vinte anos do inicio da obra, promovendo sua readequação física e tecnológica.

Nos últimos anos, na área do Porangabuçu, agravou -se o desrespeito à Legislação Municipal - Lei de Uso e Ocupação do Solo (LUOS), no que se refere a indicadores urbanos de ocupação. Deve-se isso, sobretudo, às ampliações e construções de Unidades Acadêmicas e Assistenciais, que elevando a taxa de ocupação do terreno, comprometem as áreas de circulação de pedestres, diminuem as áreas verdes, de lazer e os espaços para reuniões de funcionários, exposições e eventos ao ar livre promovidos pelos estudantes dos cursos existentes

A dissertação que ora se apresenta é estruturada em introdução e mais quatro capítulos.

No primeiro deles são tratados aspectos históricos e conceituais do edifício hospitalar, dando ênfase ao período que vai de meados do século XVIII até os dias atuais. Em seguida é apresentada a tipologia das Unidades Hospitalares, mais especificamente os hospitais universitários considerados hospitais especializados, que enfrentam atualmente uma grave crise no que se refere à gestão, financiamento e inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste capítulo são apresentados os hospitais universitários federais existentes no Brasil, para se ter idéia de sua importância, quantidade, localização e ligação com as Instituições de Ensino Superior (IFES). O modelo pedagógico adotado na Faculdade de Medicina do Ceará é também abordado, pois, como um processo em construção da formação profissional, implicará em repercussões importantes na organização física deste grande laboratório do ensino médico que é o hospital.

Complementa-se com considerações sobre modelo assistencial de saúde e as discussões que atualmente estão sendo realizadas no âmbito do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para a formulação de novas políticas visando à reorientação do

[4] Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde –projeto de investimento do Ministério da Saúde, instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) no valor de US$ 650 milhões.Investe na recuperação da rede de saúde física do País, que presta serviços ao SUS.

sistema hospitalar público. Finalmente, considera-se importante destacar as novas tecnologias do tipo da engenharia genética, dos processos de invasão mínima, das imagens e outros, como fatores de mudança na organização e estrutura dos hospitais.

No segundo capítulo, é abordada a evolução da atenção à saúde no Ceará, desde a época da colônia passando pelo império, atravessando a era Vargas e chegando até a década de noventa, relacionando-a com os aspectos políticos, sociais e econômicos do País e a conseqüente repercussão no estado. Neste capítulo se complementa com uma retrospectiva breve da origem e formação de Fortaleza, objetivando contextualizar o cenário onde se instalaram a Faculdade de Medicina, a Universidade do Ceará e o Hospital de Ensino que, foram acontecimentos de grande importância para o maior desenvolvimento da assistência à saúde no estado do Ceará, ocorridos nas décadas de 1940 e 1950 respectivamente.

No terceiro capítulo, se pretende esclarecer a partir da construção de um hospital de isolamento a sudoeste da cidade, no inicio da década de 40, a origem do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do Ceará, que se denominou inicialmente Hospital de Clinicas e o porquê da sua localização no bairro de Porangabuçu, identificando os agentes responsáveis por sua implantação original.

A seguir, trata-se especificamente do projeto final do referido Hospital de Ensino, datado de 1955, de autoria dos arquitetos do Rio de Janeiro, Roberto Nadalutti e Oscar Waldetaro, o qual não foi construído integralmente. Com a criação da Universidade do Ceará e a federalização da Faculdade de Medicina, o Hospital de Clinicas é parcialmente concluído e aqui se identificam suas etapas de expansão e adequação e, também a implantação das unidades acadêmicas que vão consolidando a área de Ciências da Saúde no Porangabuçu.

A Constituição de 1988 e o estabelecimento do SUS mudaram a lógica do planejamento da saúde no Brasil e, se verificou a necessidade de alteração da norma existente, a conhecida Portaria 400 do Ministério da Saúde. Surgiu então, em meados da década de 90, no cenário de mudanças, um novo documento, em consonância com a nova missão do Sistema de Saúde, e permitindo na concepção, sua atualização de acordo com o desenvolvimento cientifico e tecnológico do País, estava ai inserido o conceito de flexibilização da norma. Portanto, o conhecimento do regulamento técnico

atualmente em vigor, denominado RDC Nº 50-Anvisa é importante para o processo de projetação e análise de qualquer tipo de Estabelecimento Assistencial de Saúde.

O levantamento diagnóstico do objeto desse trabalho, Hospital Universitário Walter Cantidio será feito baseado na RDC n º 50, de 21/02/2002, onde estão definidas as oito atribuições de um EAS, possibilitando assim identificar e analisar sua atual composição funcional. Desse modo, é possível avaliar deficiências e /ou adequação de zoneamento e dos ambientes requeridos para o desenvolvimento das atividades de cada unidade operacional que integra o Hospital. Neste capítulo, também se mostra a relação do hospital com a estrutura urbana do seu entorno, no que se refere a uso e ocupação do solo, sistema viário, etc.

Por último, com a conclusão da análise do Hospital Universitário, são feitas considerações e algumas sugestões que se julgam convenientes diante dos problemas detectados.

A metodologia

O trabalho é um estudo de caso, com a contextualização histórica do tema. Foi desenvolvido com informações obtidas a partir de pesquisa bibliográfica, pesquisa em arquivos de projetos da Superintendência de Planejamento Físico e Operações da Universidade Federal do Ceará, em *sites* da Internet, jornais e revistas especializadas em saúde. Foram também realizadas entrevistas com dirigentes da Universidade Federal do Ceará, dentre eles, o Pró-Reitor de Pós-Graduação, o diretor da Faculdade de Medicina da UFC, o Diretor Geral do HUWC, o Diretor Administrativo, o Diretor Médico, o Diretor de Ensino e Pesquisa, a Diretora de Enfermagem e também com ex- diretores . Os depoimentos das chefias de serviços de apoio administrativo, apoio técnico e apoio logístico foram importantes para se obter informações mais precisas sobre o funcionamento do hospital.

Objetivos Gerais

A autora como arquiteta integrante do quadro de técnicos da Superintendência de Planejamento Físico e Operações (PLANOP), da Universidade Federal do Ceará (UFC),

tem acompanhado nos últimos anos, a obsolescência das instalações do HUWC e as intervenções feitas de forma pontual variando de pequeno, médio e grande porte, dependendo de programas e projetos governamentais, nas instâncias estadual e federal. A última intervenção de grande porte foi possibilitada pela inclusão da obra inacabada do Centro Cirúrgico, no Projeto Reforsus do Governo Federal, no final da década de 1990.

Entende-se, portanto, ser necessário um diagnóstico da situação atual do Hospital, do ponto de vista de sua estrutura física e operacional, para análise de alternativas à sua modernização frente às novas práticas e tecnologias médicas, exigência para a consecução dos seus objetivos que são: melhor formação de pessoal, desenvolvimento de pesquisa de qualidade e melhor assistência à população.

O Hospital Universitário Walter Cantidio é o laboratório comum aos cursos de Medicina, Odontologia, Farmácia e Enfermagem, instalados na área do Porangabuçu. Diante também do propósito político do novo governo de acelerar o processo de reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira apresenta-se a oportunidade de estudar as possibilidades de atualização do complexo hospitalar universitário.

Pretende-se, com o resultado da pesquisa contribuir com documentação para a memória da Universidade Federal do Ceará, uma vez constatada a escassez de informações necessárias para a compreensão do processo de ocupação e evolução de uma das áreas integrantes desta Universidade.

CAPITULO 1

O HOSPITAL-ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

CAPITULO 1

1.1-Hospital – a evolução do edifício

O desvelo e as preocupações pelo próximo nos países cristãos ocidentais, implicaram no aparecimento de instituições nascidas da necessidade de ajuda espiritual e material aos semelhantes, do mandamento de amor ao próximo.

O objetivo inicial era criar um abrigo, uma acolhida para assegurar aos pobres, anciãos, enfermos, loucos, peregrinos e viajantes, uma assistência mínima às suas necessidades. Embora fosse um lugar da caridade, também era um local para confinar aqueles que se apresentavam como ameaça à sociedade, devido aos desconhecidos sintomas que os incapacitavam para uma existência organizacional e produtiva sob o ponto de vista econômico e social. Assim, ainda não era o lugar onde se desenvolvia metodologia de técnicas de cura que os tornasse capazes de serem reintegrados ao ambiente de onde tinham sido retirados.

Sabe-se que os hospitais já existiam na Grécia de Esculápio e na Roma antiga, há também registros no Ceilão, na China, nos mercados da Babilônia, no antigo Egito, da existência destes lugares com denominações de hospícios, hospedarias e hospitais, palavras com a mesma origem latina: *hospitalis* - adjetivo derivado de *hospes*, que significa hóspede, estrangeiro, viajante, conviva e, igualmente o que dá agasalho e hospeda.

No inicio da era cristã, a terminologia corrente relacionava-se com o grego e o latim, de onde se originam os termos:

Gerontokomium - asilo para velhos;

Gynetrophium: -hospital para mulheres;

Hospitium: - lugar onde os hóspedes eram abrigados (donde se origina hospício significando estabelecimento que recebe enfermos pobres, incuráveis ou insanos);

Nosocomium: - local para tratar doentes, asilo de enfermos;

Nosodochium:- lugar para receber doentes;

Poedotrophium: - asilo para crianças;

Xenodoxium: - asilo para estrangeiros;

Xenotrophium: - hospital para mulheres.

A denominação hospital se conservou até a atualidade nos idiomas europeus – 'hôpital' em francês, 'hospital' em inglês, 'ospedale' em italiano, 'hospital' em espanhol.

Nos Países Baixos se utilizou a palavra 'gasthuis' para designar hospital, no sentido de albergue e depois se aplicou também as casas destinadas aos cuidados de enfermos. Nos paises de língua alemã se usou o conceito latino 'hospital' que posteriormente, sobretudo no sul da Alemanha, Áustria e Suíça, foi simplificado na palavra "Spital".

Nas regiões nórdicas, onde também inicialmente se utilizou a palavra hospital, apareceu uma forma especial de denominação–chamado "Helligändshus" (domus hospitalis Sancti Spiritus), equivalente dos Hospitais do Espirito Santo dos países ocidentais. O espírito religioso se conserva vivo, mais ainda nos nomes de God's House, na Inglaterra, Godshuis, nos Países Baixos, Maison Dieu ou Hotel-Dieu na França. Estes conceitos caracterizam o hospital como a verdadeira casa de Deus. Pode-se afirmar, dizem alguns autores, que não se estudou suficientemente os primeiros passos do desenvolvimento hospitalar no Ocidente. Têm-se informações sobre os primitivos hospitais cristãos dos países do Mediterrâneo oriental, dos hospitais bizantinos, que em sua época já haviam alcançado um nível elevado de desenvolvimento, como também se deve levar em conta a influência dos hospitais árabes. No que se refere ao campo extracristão, é certo mencionar os "valetudinaria" romanos, locais para os enfermos militares, que datam do tempo de Augusto. Estas instituições integravam numerosas e pequenas celas, dispostas em forma rigorosamente retangular. Segundo Antunes (1991, p. 35):

> Os Valetudinária podem ser considerados como precursores do hospital no Ocidente.Afinal, sua atribuição funcional era prover abrigo e despender cuidados médicos a um número relativamente elevado de doentes.

Diz-se de Asclépion da antiga Grécia, que não parecia um hospital, mas sim uma casa de saúde anexa a um santuário, tinha um caráter religioso, porém não se pode utilizar como um termo de comparação com as fundações ocidentais.

Todos estes exemplos, embora com testemunhos arquitetônicos pobres, não foram tão investigados.

Do ponto de vista histórico é conveniente determinar um ponto de partida para o entendimento da evolução do hospital. A Idade Média, nessa perspectiva, constitui uma etapa marcante não tão obscura quanto alguns historiadores nos fizeram crer no passado. A história da arquitetura hospitalar contemporânea se prepara a partir desta época.

O hospital místico – ponto de partida – (1000-1500)

Os edifícios são influenciados pela arquitetura religiosa e os meios tecnológicos dessa época. Compõem-se de grandes salões com uma ou várias naves. São cobertos com soberbas estruturas de madeira ou abóbadas de pedra que permitem vãos de até vinte metros de largura. A largura varia de trinta a cem metros e altura pode chegar a vinte metros, justificada pela necessidade de dispor de grande aeração. A preocupação com a higiene se resume praticamente a qualidade desta aeração, pois, acreditava-se que a origem das moléstias se relacionava com a qualidade do ar. No entanto, o perigo da promiscuidade escapou aos responsáveis. Os leitos de largura de 1.20 a 1.50m, recebiam dois ou mais doentes simultaneamente. Geralmente o grande vão coberto se prolongava até uma capela e os pacientes em seus leitos podiam acompanhar os serviços religiosos, estes funcionando como o suporte moral à falta de uma assistência médica necessária. Deste período tem-se notáveis testemunhas como L'Hôpital Saint - Jean d'Angers (1153), L'Hôtel Dieu Tonnerre e outros.

O Hospital Monumental – 1ª mudança (1500-1750)

Com a mudança progressiva da administração dos hospitais, ou seja, a substituição dos religiosos pelos leigos, a caridade vai cedendo espaço para a beneficência. Entretanto, os religiosos permanecem cuidando dos doentes. A primeira mudança na arquitetura dos hospitais não é especificamente hospitalar, mas deve-se a fenômenos exteriores. No decorrer deste período, surgem diferentes tipos de composição como:

O hospital – cruciforme - composto de um ou mais prédios, em forma de cruz, ligados entre eles por pátios, galerias e corredores. Cada braço da cruz corresponde a uma sala onde ficam os doentes. Um dos melhores exemplos de hospitais desta época é o Ospedale Maggiore de Milão, do arquiteto Filarete (1456).

O hospital –pátio (claustro) - este é construído em torno de um pátio quadrado ou retangular, derivado do claustro medieval. É desenvolvido em vários paises como Inglaterra, Alemanha, Países Baixos e Espanha. Outras formas inspiraram os hospitais da época moderna: em T, em L e em U, com sucesso variado. O mais conhecido exemplo é o Hospital Saint- Louis, em Paris de autoria do arquiteto Villefaux e construído em 1607, para o combate a uma epidemia de peste.

Um outro hospital construído na Inglaterra (Stonehouse- Plymouth) entre os anos de 1756 e 1764, constituiu-se no elo essencial para a evolução do desenho de edifícios para a saúde, é o Royal Naval Hospital. De autoria do inglês Rovehead, tem configuração pavilhonar e seus princípios irão influenciar as propostas para abrigar os cuidados da saúde nos próximos 250 anos.

O Hospital Realista – 2ª mudança (1850-1930)

Até a metade do século XVIII a historia dos hospitais não teve mais que uma influencia moderada sobre nossas concepções atuais, mas, aquela, pelo menos, as preparou bem. Efetivamente, a ignorância sobre os hospitais dos pensadores da época, de um lado e o uso inadequado que se fazia do mesmo, de outro, resultou no inicio de uma fabulosa discussão sobre o assunto.

O Hotel Dieu de Paris, hospital construído em 829 d. C e localizado em terreno exíguo entre a Catedral de Notre Dame e o Rio Sena, chega a outra margem do rio através de pontes para permitir seu crescimento. No inicio do século XVII, um grande incêndio desencadeia discussões sobre seu destino, sobre sua reconstrução. Uma série de projetos são propostos, entre eles o plano circular de Poyet para 5000 leitos, rechaçado pela comissão de construção.

Após o segundo grande incêndio ocorrido em 1772, a Academia de Ciências designa uma comissão composta por Tenon, Lavoisier, Laplace e Daubeton para elaborar relatório sobre os destinos do hospital. A comissão chega ao reconhecimento dos méritos do Royal Naval Hospital - Plymouth, como um modelo que atenderia os standards sanitários preconizados pela Academia de Ciências para os hospitais franceses. Novamente, Poyet em atendimento às recomendações da Academia, propõe novo modelo de 1200 leitos, com a adoção de conceitos de iluminação e

ventilação existentes no Royal Naval Hospital. Infelizmente, com a revolução francesa em 1789, são paralisados os planos para novas construções.

A primeira preocupação da revolução é de proceder ao confisco dos hospitais privados para submetê-los a tutela municipal. De acordo com as autoridades são criadas os 'bureaux "de assistência, que vão substituir o conceito de beneficência".

Finalmente, a aplicação do plano Tenon - Poyet de 1788 ocorre com a construção do Hospital Lariboisiére de Paris (1839-1854), celebrado como a melhor realização hospitalar pelos especialistas da época, em particular os higienistas.

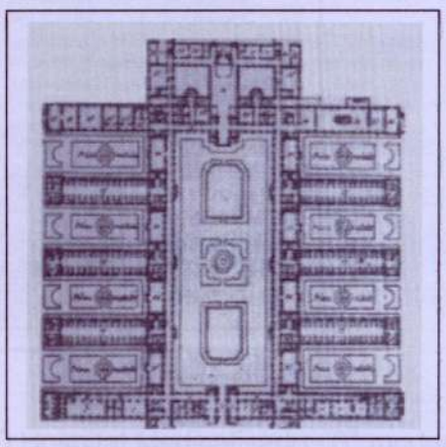


Figura 1- Hospital Lariboisière – Paris (1846-1854) - Arquiteto- Gauthier
Fonte: HOET, Thierry -L'Hôpital Confronté á Son Avenir -1993

O arquiteto Gauthier inaugura a configuração pavilhonar neste magnífico projeto, composto de dois grupos de pavilhões paralelos e separados uns dos outro por áreas ajardinadas, ligam-se através de galerias que definem um pátio interno. O eixo longitudinal do acesso principal passa pela capela, que lembra a importância do espiritual no prédio cuja vocação se torna cada vez mais temporal.

O Hospital Lariboisiére influenciará na construção de outros hospitais tanto na Europa como em suas colônias; será também referencia para os modelos pavilhonares que serão projetados na América do Norte. Podem-se citar como exemplos desta configuração o novo Hotel Dieu de Paris (1864), concebidos pelos arquitetos Gilbert e Diet, a Santa Casa de Misericórdia em São Paulo (1884) o St. Eloi em Montpelier (1890).

Outro exemplo mais exuberante desta arquitetura pavilhonar é o Johns Hopkins Hospital, construído em 1876. O plano deste hospital consiste de uma série

de pavilhões enfermarias Nightingale[5] de um único pavimento, interligados aos demais serviços e funções, através de um corredor de aproximadamente 500 metros. Os referidos pavilhões têm sua forma adequada às diferentes funções. A ventilação natural é um dos itens mais notados no projeto.

Até quase o final da década de 20 do século passado, o Hospital Johns Hopkins, manteve-se como um modelo para outras instituições hospitalares de grande porte nos Estados Unidos, conforme afirma Miquelin (1992).

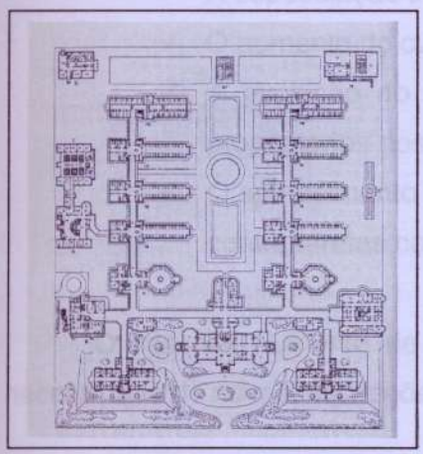


Figura 2 e 3 – Hospital J. Hopkins (Baltimore)
Acima – Visão do conjunto – Á esquerda.- Planta
Arq. Niernsee (1876-1889)
Fonte:HOET, Thierry. L'Hôpital Confronté á Son Avenir

O Hospital Medicalisado - 3ª mudança (1930-1990)

A primeira fase da medicalisação do hospital se completa no último terço do século XVIII, primeiro com a consagração dos médicos dentro do hospital e segundo com a evolução do poder médico graças ao desenvolvimento prodigioso das descobertas cientificas.

A medicina, antes considerada uma arte, tende a se transformar em ciência, afirma Hoet (1993,p .43). Em relação à prática médica, nada havia dentro da constituição do Hospital que indicasse haver uma medicina hospitalar.

A medicina medieval era individualista. A experiência hospitalar não fazia parte da formação ritual do médico, que era qualificado como tal ao fim de uma iniciação

[5] Enfermaria Nightingale – a enfermeira Florence Nightingale questionou, na Inglaterra, em suas "Notas sobre hospitais" (1859), a teoria dos *miasmas*. Através da sua experiência na guerra da Criméia, ela avalia que os defeitos principais dos hospitais existentes estavam na falta de padrões adequados de ventilação e iluminação naturais, bem como nos de área mínima por leito e na superlotação. Diz ela, "*Pode parecer um estranho princípio enunciar que o primeiro requisito em um hospital é que este não cause danos ao doente*". Ela se torna adepta do partido pavilhonar e estabelece um padrão para a enfermaria que ficou conhecida como enfermaria Nightingale. A partir de 1867, durante 50 anos, é o modelo de espaço para internação que se estabelece no mundo ocidental.

assegurada pela corporação dos médicos. Estes deveriam ter o conhecimento de textos e transmitir receitas secretas e /ou públicas.

O modelo Lariboisière, que se constituiu praticamente no primeiro exemplo de uma instituição efetivamente hospitalar, sofrerá por esta escalada da medicina.

Dentro de poucos anos a era industrial e diversos fenômenos intervêem com novas questões e confirmam a decadência do modelo pavilhonar. Pode-se citar entre elas:

- ✓ O surgimento crescente de novas tecnologias médicas;
- ✓ A especulação imobiliária devido ao desenvolvimento industrial;
- ✓ O aumento do custo da mão de obra;
- ✓ A evolução do padrão de vida impõe um novo acolhimento pelos proprietários dos hospitais para os pacientes, com mais conforto;
- ✓ O aparecimento de organizações sindicais para proteção das pessoas contra tarefas consideradas muito pesadas.

O sensível aumento de pacientes a serem tratados nos hospitais, levou a necessidade de novas instalações. Os motivos dessa recrudescência são:

- ✓ O desenvolvimento industrial nas cidades;
- ✓ A medicina que não mais se preocupa só em tratar as doenças, mas tenta também preveni-las;
- ✓ O aumento da idade da população, o que aumenta os casos crônicos de doenças;
- ✓ A impossibilidade de assegurar certos procedimentos cirúrgicos em domicilio com segurança;
- ✓ A criação da Segurança Social, embora lentamente, aumentou o número de pessoas que não tinham acesso aos novos atos técnicos;
- ✓ O desenvolvimento de um conceito que nasce da evolução social: o direito à saúde.

Com a transformação do cenário médico e cientifico ocorrendo de forma tão rápida, acontecem mudanças também rápidas no conceito de planejamento hospitalar. O papel das bactérias na transmissão de doenças é esclarecido e a teoria dos *miasmas*[6] é finalmente derrubada.

[6] Gases resultantes da decomposição de matéria orgânica que seriam responsáveis pela transmissão de doenças

As novas técnicas na arte de construir permitem a descoberta de uma terceira dimensão, a altura, permitida pela aparição do concreto armado, estrutura em aço e o surgimento dos meios de transporte verticais. Agora se podem concentrar edificações, com as descobertas de Pasteur, no campo da microbiologia e os princípios anti-sépticos de Lister. Em 1886, a assepsia suplanta a anti-sepsia com a utilização da esterilização e as regras de comportamento, preparando o futuro. Finalmente, em 1943, surge a penicilina que abre os caminhos para o emprego generalizado dos antibióticos.

O Hospital Monobloco

Surgem nos Estados Unidos os hospitais com configuração radicalmente nova, usando ao máximo as lições do passado e os meios do futuro, como diz Hoet (1993). Podem – se citar dois exemplos desta fase, implantados em áreas urbanas diferentes e enfrentando os problemas de custo de terreno: o Hospital Geral de Los Angeles (1929) e o Hospital Universitário de Cornell em New York (1932). Na Europa, surge o primeiro grande hospital vertical (doze pavimentos), o Hospital Beaujon de Paris, projeto dos arquitetos J.Walter e U.Cassan, posto em marcha em 1934 para receber 1400 leitos.

Miquelin (1992, p.54) destaca que no período compreendido entre as duas grandes guerras, o hospital monobloco vertical não era mais do que um empilhamento de enfermarias Nightingale, com um elevador ligando todos os andares.

Um outro exemplar é o Hospital Cite Hospitaliere de Lille, dos mesmos autores do Hospital Beaujon. Estes desenvolvem uma anatomia anelar composto de edifícios de formas variadas que se organizam em torno de um grande pátio central. A configuração anelar é composta pelo Hospital com as unidades de internação, radiologia, centro cirúrgico, apoio e consultas. O anel se liga com a Faculdade de Medicina, finalmente pelos blocos de laboratórios e consultas. Esta proposta, no entanto, será muito criticada, no que se refere à arquitetura, sua dimensão, densidade,altura e segundo Le Mandat (1991),sua "modénature". Porém, alguns conceitos serão mais tarde absorvidos e reaplicados com nova interpretação em outros hospitais do Norte da Europa e nos Estados Unidos. Esses conceitos são: a departamentalização horizontal, a colocação das áreas de diagnóstico e investigação entre os espaços de internação e consultas, o desenvolvimento progressivo da

pesquisa, o ensino prático e clínico, a superposição de urgências, imagens e cirurgia; a contigüidade entre bloco cirúrgico e clinica cirúrgica.

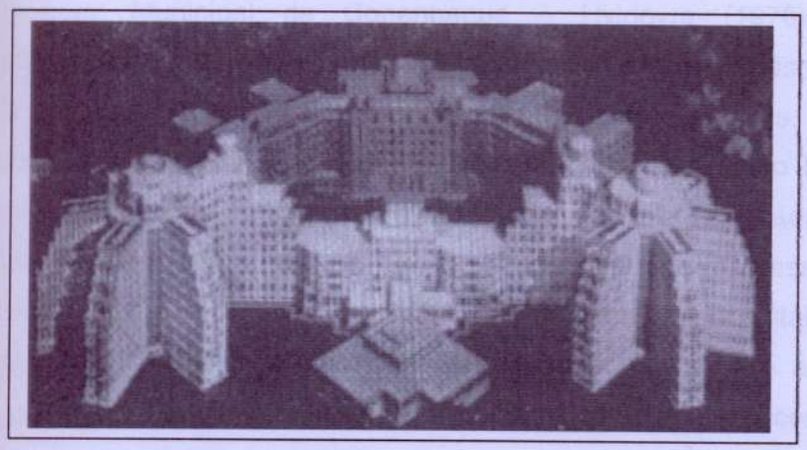


Figura 4
CitéHospitalière de Lille
Arquitetos – J. Walter-U.Cassa-L. Madeline
Fonte:HOET, Thierry L'Hôpital Confronté á Son Avenir

O Hospital compacto

Após a 2ª Grande Guerra vários hospitais monobloco surgem por todos os lugares. O Hospital Memorial França – Estados Unidos de Saint – Lô, de autoria de Paul Nelson, com quartos de um a quatro leitos, constitui-se um novo ponto de partida. É concebido originalmente como um protótipo para adaptar as técnicas e padrões hospitalares americanos à concepção e hábitos dos franceses. É considerado juntamente com o Sanatório de Paimio de Alvar Aalto uma das mais importantes obras no âmbito da arquitetura hospitalar dos anos 50. Seu partido é um grande paralelepípedo vertical pousado num enorme bloco horizontal, ao que os americanos chamam de "*matchbox on a muffin*".

A partir desta época, as soluções de modelo pavilhonar vão sendo progressivamente substituídas por modelos mais integrados. O hospital monobloco caminha assim para o hospital compacto dos anos setenta. Assim, pela multiplicidade de serviços acessíveis aos pacientes, pelo desejo dos gestores (incomodados pela experiência pavilhonar), é que se torna interessante a diminuição de longos percursos.

A iluminação e ventilação artificiais oferecem a possibilidade de vizinhança entre serviços e finalmente, o uso dos antibióticos contra as infecções diminui as resistências contra as concepções compactas.

Segundo Hoet (1993), uma obra que reúne os aspectos fundamentais do período contemporâneo é o projeto do Centre Hospitalier Universitaire Bichat (1979), de autoria dos arquitetos R.Marchand-J. Seach e H. Santelli.Outros exemplos, que merecem ser citados são o Hospital Universitário de Aix-La-Chapelle (1981), o Hospital Municipal de Copenhague – Hvidovre (1976), região sudoeste da cidade,cujos autores são os arquitetos Krohn e Hartvig Rassmussen. Este hospital se compõe de um gigantesco bloco horizontal com três níveis, que ocupa no solo uma área de 500x250m e sobre o qual estão dispostos cinco blocos verticais de dois pavimentos, que se ligam ao bloco inferior através de escadas e elevadores, que se articulam entre si através de uma "rua" principal que atravessa todas as unidades de internação. É um partido original, suas unidades de hospitalização se superpõem à zona do "plateau" técnico que lhes corresponde. Assim a unidade de cirurgia é subjacente ao centro cirúrgico, a unidade obstetrícia ao centro obstétrico, etc. Isto significa uma redução considerável no trafego horizontal dos pacientes. É difícil não se fazer um paralelo entre os hospitais Hvidovre e Herlev, este se encontra em outro subúrbio de Copenhague.

Figura 5
Hospital de Herlev- Copenhague
Arquitetos –Ornebush,Brüel e Selchan
Fonte;L'Hôpital Confronté á Son Avenir
Thierry Hoet

O Hospital Herlev, construído na mesma época e com um programa semelhante optou por uma solução mais clássica, a da justaposição. Ele é composto de uma torre de 25 andares, que abriga 988 leitos e de um "plateau" de 65.000m2, onde estão os serviços médico e técnico, assim como os estacionamentos e acessos. A solução dos arquitetos Ornebush, Brüel e Selchan oferece uma excelente qualidade em termos de arquitetura. Neste hospital, o que se percebe é uma grande flexibilidade

no "plateau" técnico, beneficiado pela iluminação zenital sobre toda a sua superfície, conferindo grande qualidade aos ambientes.

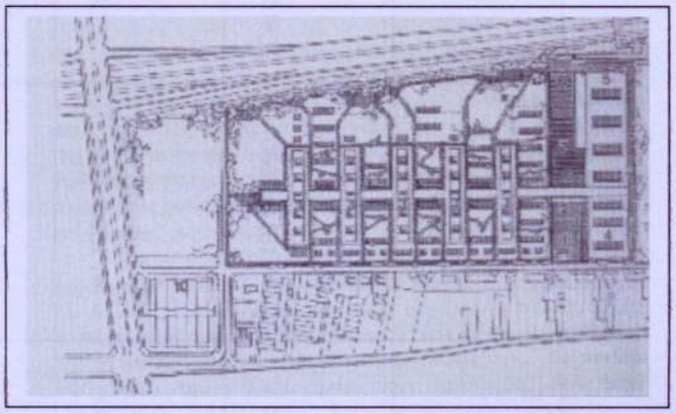


Figura 6
Hospital de Hvidovre - Copenhague
Arquitetos Krohn e H. Rassmussen
Fonte:HOET, Thierry.L'Hôpital Confronté á Son Avenir

O percurso pela história do hospital, embora rapidamente feito, nos permite melhor apreensão das modificações ocorridas na concepção deste edifício que, dentre outros de alguma importância existentes nas cidades é, sem dúvida o mais antigo juntamente com a igreja. A Figura 7 é um quadro resumo da evolução estudada até aqui, para melhor fixar à memória.

Exemplo	Evolução	Qualificação	Força Motriz	Arquitetura	Período	Duração
St – Jean à Angers	**Ponto de partida**	Hospital místico	Caridade	Eclesiástica	+/-1000>1500	Cerca de 5 séculos
Salpêtriére	1ª mudança	Hospital laico	Beneficência	Monumental	+/-1500>1750	Cerca de 2,5 seculos
Laribosiére	2ª mudança	Hospital realista	Assistência	Pavilhonar	+/-1850>1930	Cerca de 80 anos
Hôpital Beaujon	3ª mudança	Hospital medicalisado	Seguridade Social	1º monobloco	+/-1930>1970 (aprox)	Cerca de 40 anos
Hôpital Bichat				2º compacto	+/-1970>1990	Cerca de 20 anos
?	4ª mudança	Centro de alta tecnologia	Econômica	Variável	2000> ?	

Figura 7 -Evolução da Arquitetura Hospitalar - Fonte – HOET, Thierry, L'hopital Confronte à son Avenir -

1.1.1 -O Construído social

Antes do século XVIII esta instituição, como se viu tem a função essencial e principal de dar assistência aos pobres. Estes têm necessidade de assistência, porém, como doentes devem estar apartados, separados dos que estão saudáveis, portanto, este espaço hospitalar é um espaço de segregação. E é também um lugar de purgação, pois as pessoas que lá realizam a obra de caridade ao assistir os pobres e desvalidos, acreditam estar assegurando a salvação de suas almas.

Segundo Foucault (1974, p.5):

> O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos,prostitutas,etc, é ainda em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão,assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.

Quando a doença deixa de ser considerada um golpe do destino e passa a ser reconhecida como um fato patológico, aparece o conceito de hospital terapêutico e o autor citado afirma:

> O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII.

No século das luzes, acontecem profundas transformações sociais e aparece a consciência de que esta instituição que pode curar, não o faz como deve.

A investigação, a observação e o estudo de suas relações funcionais, possibilitaram a reconstrução do ambiente hospitalar, expurgando-o dos efeitos nocivos e da desordem nele existente.

Em torno de 1780, surge uma nova prática: visitas e observações sistemáticas e comparadas dos hospitais. John Howard, o inglês que percorreu hospitais, prisões e lazaretos na Europa e o médico francês Jacobus R. Tennon, que a pedido da Academia de Ciências da França, por ocasião dos estudos para reconstrução do Hôtel-Dieu de Paris, realizou viagens-inquérito com o objetivo inicial de definir programas de reforma e reconstrução de hospitais. Conforme a Academia de Ciências sentenciou:

> "São os hospitais existentes que devem se pronunciar sobre os méritos ou efeitos do novo Hospital".

Essas viagens não se referem especificamente sobre a estrutura geral do edifício. Não são mais meras descrições de monumentos ou edifícios e sim, aí se percebe a grande novidade, as descrições funcionais. São dadas as cifras de doentes por hospital, relação entre o número de doentes, números de leitos e área útil do hospital, extensão e pé-direito dos ambientes, cubagem de ar disponível por doente e taxas de mortalidade e de cura. Tennon pesquisou também as relações entre fenômenos patológicos e espaciais.

Investiga as condições espaciais mais favoráveis á cura de pacientes e vizinhanças perigosas. Descobre a correlação entre taxa de mortalidade crescente de feridos e a vizinhança de doentes da chamada febre maligna. Estuda os percursos, deslocamentos e movimentos da roupa branca, lençóis e utensílios usados no trato dos doentes. Analisa procedimentos operatórios e descobre que operações são mais bem sucedidas no hospital inglês Bethlehem (1675-1676) do que no hospital francês Hôtel-Dieu. Que razões explicariam este fato? Seriam a posição das salas, sua ventilação e a comunicação da roupa branca?

É importante ressaltar que os autores dessas descrições funcionais da organização médica – espacial do hospital não são arquitetos. Tennon é um médico, Howard não o é, porém pertence à categoria dos predecessores dos filantropos e possui uma competência sócio-médica.

Este novo olhar sobre o hospital decreta que mesmo sendo este considerado uma máquina de curar, produz algum efeito patológico, deve ser corrigido. O que se descobre no século XVIII é que os hospitais não curavam tão bem como deviam fazer. Foucault (1974, p.5.) afirma:

> O hospital como instituição importante e essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina, nesta época, é uma prática não hospitalar. É importante lembrar isso para compreender o que houve de novidade no século XVIII, quando se constituiu uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico.

O que caracterizava o hospital antes do século XVIII, era o fato de ser uma instituição de assistência aos pobres, um local de morrer. Um local de assistência material e espiritual. Em relação à prática médica, nada havia dentro da sua constituição que indicasse ser uma medicina hospitalar.

A medicina medieval era individualista. A experiência hospitalar não fazia parte da formação ritual do médico, que era qualificado como tal ao fim de uma iniciação assegurada pela corporação dos médicos. Estes deveriam ter o conhecimento de textos e transmitir receitas secretas e /ou públicas.

O hospital e a medicina permanecem independentes um do outro até meados do século XVIII.

A primeira grande organização hospitalar, na Europa (século XVII) aconteceu nos hospitais marítimos e militares. A desordem econômica existente nestas instituições, levou as autoridades a tomarem medidas reguladoras, que foram mais rigorosas no mercantilismo. Além disso, outro fato que contribuiu para esta nova organização, foi a formação dos indivíduos, suas aptidões e capacidade passaram a ter um preço maior para a sociedade. No final do século XVII, surgiu o fuzil e o exército tornou-se mais técnico e oneroso. Isto significou mais investimento de tempo e recursos no treinamento do soldado, vigiando-o para que não desertasse, cuidando-o para que não morresse de doenças. O hospital militar passa a ser um problema técnico importante, o mesmo acontecendo com o hospital marítimo.

Tornou-se então necessária a reorganização administrativa e política desses hospitais,que só foi possível a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política :a *disciplina*. Foucault (1974, p.9) afirma:

> A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios.

Continuando com o autor:

> O século XVIII se caracteriza também, por esta nova maneira de gerir os homens: controle de suas multiplicidades, utilização ao máximo de suas possibilidades e majoração dos efeitos de seu trabalho, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los.

Isto é disciplina:

- ✓ A arte da distribuição espacial dos indivíduos;
- ✓ O controle sobre o desenvolvimento de uma ação e não sobre o seu resultado;
- ✓ A vigilância constante dos indivíduos;
- ✓ O registro contínuo e transferência da informação para o cume da pirâmide disciplinar.

O hospital antigo, com sua missão de penitência e misericórdia desapareceu e um novo lugar de tratamento, de esperança e de recuperação surgiu a partir do século XVIII, com a disciplinarização do espaço hospitalar e a descoberta de novos *saberes* e o desenvolvimento de práticas médicas.

Agora, a questão fundamental do hospital se refere ao espaço a que ele está ligado. Primeiro, deve-se saber onde localizá-lo no espaço urbano e segundo, saber distribuir seu espaço internamente. Sua estrutura espacial é um meio de intervenção sobre o doente, portanto a arquitetura do hospital é ou pode ser *um instrumento de cura*, da mesma forma que um regime alimentar ou um procedimento médico.

A partir daí, os enormes hospitais com centenas de leitos e onde os pacientes portadores de doenças infecciosas, os feridos e mulheres grávidas ocupavam enfermarias contíguas, passaram a ser ordenados, surgindo novas propostas, dentre elas a separação dos pacientes internados em um mesmo hospital, segundo as patologias. Outra conseqüência é a construção de hospitais com menor capacidade, destinados ao tratamento de um único tipo de doença. É o hospital especializado que surge, a resposta do século XIX às questões levantadas no século das Luzes.

Os hospitais em bloco (inspirados nos antigos templos romanos) e com o partido em cruz são substituídos pelo novo modelo: o tipo pavilhonar, aceito como conflguração ideal, na época em que Pasteur e Kock, em seus trabalhos, descobriram o papel das bactérias como agente das enfermidades e os perigos de contágio, respectivamente, recomendaram o afastamento ou o isolamento de indivíduos que sofriam de doenças contagiosas.

Outra característica desse novo hospital é a transformação do sistema de poder dentro dele. Sai o pessoal religioso e entra o médico que será o principal responsável pela organização hospitalar.

Concomitantemente, surge o sistema e registro permanente do que acontece dentro do hospital com o doente, se morreu ou foi curado. A conseqüência disso é o aparecimento da obrigação dos médicos de confrontarem suas experiências e os seus registros, transformando este ambiente de cura também num lugar de acúmulo de informação, de registro e formação do saber. Este saber, antes registrado nos livros em grandes tratados clássicos da medicina, se estabelece no hospital, construído dia a dia. Soma-se ao lugar de cura a formação do médico, surgindo a *clínica*, como diz Foucault (1974, p.16):

> A clinica é a dimensão essencial do hospital significa sua organização como lugar de formação e transmissão do saber.

Os hospitais do Ocidente sofreram, pois, como complementa Ribeiro (1993, p.24), gradativa mudança devido principalmente a :

- ✓ Mudanças econômicas e sociais trazidas com o mercantilismo;
- ✓ Importância maior conferida às municipalidades para a resolução dos problemas comunitários e;
- ✓ O interesse de subordinar o clero às autoridades civis.

Com o surgimento dos Estados monárquicos, os hospitais vieram para a administração pública e o médico começa, como foi visto, a se tornar um elemento importante para a sua organização e também se transforma no seu símbolo.

Os cirurgiões emergem, e, são eles que ao ampliar o conhecimento da anatomia, da anatomia-patológica afastam a medicina do seu empirismo e começam a construção do hospital moderno e científico, afirma Ribeiro (1993).

Apesar dos avanços da cirurgia, graças a analgesia, a anti-sepsia e a incorporação de disciplinas básicas da medicina, ainda são muito precários tanto o hospital como a cirurgia . Ribeiro (1993, p.26) complementa :

> Desse modo, o hospital que emerge no século XX ainda é um lugar de internação dos pobres, embora todos reconhecidamente doentes e carecendo de cuidados médicos. Pessoas ricas e remediadas passaram a usá-lo, somente após a sensível queda da mortalidade por infecção intra-hospitalar e à medida que alojamentos diferenciados vieram a ser instalados.

Na metade do século XX, porém, adquire características e outras missões que são próprias do hospital contemporâneo, como conseqüência da produção industrial de equipamentos e quimioterápicos. Acrescenta Ribeiro (op.cit. , p.28) em sua análise das missões do hospital:

> O hospital contemporâneo tem outras missões, algumas herdadas de sua etapa precedente, outras mais recentes.Ele continua sendo um aparelho formador (Schraiber,1989), de profissionais em permanente qualificação independentemente de ser, *strictu sensu*, uma escola. (...) Assim, ao lado da missão de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital reproduz de outro modo, o capital. Ele também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta ou indiretamente. (...) Se não o é, como no hospital estatal, nem por isso deixa de reproduzir o capital, posto que, é lugar de venda e consumo de mercadorias,

> especialmente de um tipo especial de mercadoria: as tecnologias médicas.

O estabelecimento hospitalar, diz Labasse (1982), citando Maurice Rochaix[7], ao se transformar em centro de ensino e de aplicações técnicas que requerem a atividade de inúmeras empresas em diversos setores da indústria, da mecânica à ótica, da química a eletrônica, se converte também em um dos motores da economia urbana.

Ao se afirmar que o hospital é uma instituição, como a escola, os tribunais, o exército ou o parlamento, realiza-se um nível de análise macro, assumindo que esta instituição desempenha, além de funções técnicas (tais como, tratamento, cura e reabilitação da doença), formação médica e paramédica, um papel social, econômico, ideológico, científico e político. Desta maneira, articula-se com diferentes sistemas de ação que o moldam e dão legitimidade como: os poderes legislativo, executivo e judiciário, a ciência, tecnologia, educação, proteção social, associações profissionais, indústria farmacêutica e outros *lobbies ou stakeholders* – o sistema social maior do qual faz parte, de acordo com Graça (1992, p.6), que complementa:

> A saúde e a educação são, por excelência, instituições, isto é, conjuntos de idéias, crenças, valores e normas de comportamento propostos (e muitas vezes impostos) ao individuo numa da sociedade. Por exemplo, no caso da educação médica, pode ser dada uma representação mais tecnocêntrica ou mais antropocêntrica da prática clínica, um modelo mais biomédico ou mais psicossocial da saúde/doença, etc.
> Por outro lado, dizer que o hospital moderno é uma instituição significa que tem uma base jurídica e material que lhe é dada, em última análise, pelo Estado.

Entende-se então que o hospital e as outras organizações que cuidam da saúde dos indivíduos são legitimados pelo poder político e pelas relações sociais que em cada época determinam missões, valores, regras e normas.

O hospital visto como uma organização significa a análise do seu sistema de ação interna, dos seus atores internos e as relações estabelecidas entre si (administração/*staff* profissional , médico /paciente).

Entende-se organização como uma unidade social ou agrupamento humano, segundo Etizioni, citado por Graça (1992, p.7): *"intencionalmente construída e reconstruída, a fim de atingir objetivos específicos"* (grifo nosso). É também uma

[7] Maurice Rochaix, diretor de Los Hospices Civils de Lyon, em uma entrevista à imprensa em 05/04/1978.

unidade definida no tempo e no espaço, possuindo normas e um sistema de autoridade e poder.

O hospital é uma organização como tantas outras: empresas, partidos políticos, sindicatos, tribunais, igreja e tem sido objeto de análise sociológica, pois que é constituído de diversos indivíduos e grupos, reunidos em função de um objetivo e sendo estabelecido entre estes um tipo de relações, de trabalho e poder. Todavia, o que o distingue nos dias de hoje de uma empresa é o fato de poder ser classificado na categoria das organizações especializadas – organizações estabelecidas com o fim específico de criar, aplicar, acumular e comunicar o conhecimento e empregar 50% de especialistas ou profissionais como: médicos, enfermeiros, técnicos de diagnósticos, terapêutica, professores, pesquisadores, biólogos, engenheiros, arquitetos, assistentes sociais, profissionais da informática. Pode-se incluir neste conceito, outras organizações: a universidade, centros de pesquisa, laboratórios, serviço social e centros de formação profissional, dentre outros.

Segundo Graça (2000), ao hospital,como estrutura formal, pode-se aplicar o conceito *weberiano* de burocracia. Para Weber, a burocracia representaria o tipo-ideal da racionalidade legal caracterizada por Graça (2000) como:

- Alto grau de especialização;
- Sistema hierárquico de autoridade;
- Regras explícitas definindo a responsabilidade de cada membro da organização, a definição dos papéis e a coordenação das diversas tarefas;
- Exclusão das considerações de ordem pessoal nas decisões administrativas
- Imparcialidade no tratamento dos problemas dos profissionais e dos usuários
- Seleção de especialistas (critério da competência técnica)
- Existência de carreiras profissionais

Ainda segundo o mesmo autor, este modelo sociológico enfrenta algumas dificuldades de aplicação às organizações de saúde e ensino e, mais especificamente ao hospital.

As referidas dificuldades seriam fatores macroestruturais favoráveis ao desenvolvimento do modelo burocrático, por exemplo: a industrialização da medicina, envelhecimento da população, aumento exponencial dos custos dos cuidados da

saúde,intervenção do Estado no campo da proteção social , seu papel como financiador, regulador e até prestador.

Um fator desfavorável seria a autonomia técnica dos prestadores (também dos médicos), que tende a entrar em conflito com o sistema de autoridade do hospital. Percebem-se claramente aqui, duas linhas de autoridade: o gestor e o médico, este sendo quem decide o que é melhor para o paciente.

Outro conceito, o chamado de burocracia profissional Mintzberg (1975), citado por Graça (1992, p.10) é, então, o mais apropriado para se entender as diferenças do hospital em relação outras organizações:empresas de produção, a administração pública ou as forças armadas- estas mais próximas do modelo *weberiano*. Estas organizações que podem recorrer à colaboração de especialistas, são intrinsecamente organizações não especializadas.

Pode-se afirmar que uma característica comum aos diversos tipos de organizações que se conhece, e que são antes de tudo, locais onde se realizam atividades particulares, (produção de bens, administração do ensino, serviços de saúde e outros) é o maior ou menor grau de abertura em relação ao exterior.

Algumas organizações são mais **fechadas**, em termos físicos, simbólicos e culturais, do que outras tais como: estabelecimentos militares, presídios, colégios internos, reformatórios, conventos, seminários, etc. Outras, ao contrário, são mais **abertas**, estão mais próximas da comunidade a que pertencem e servem, como exemplo o hospital, o centro de saúde, ou são obrigadas a manter uma ligação com esta mesma comunidade (empresa que produz e vende bens ou serviços).

Segundo Goffman, citado por Graça (1992), pode-se chamar as primeiras de *Total Institutions*. Estas instituições totalitárias têm como característica a criação de barreiras às transações com o exterior, em nível de entradas e saídas.

As barreiras podem tanto ser físicas (arquitetura monumental, sistemas de segurança, áreas de acesso com controle de público), como culturais ou simbólicas (regulamentos,valores ,normas, etc).

Uma característica da sociedade moderna, como afirma Goffman, *apud* Graça (1992, p.12) seria a mobilidade, a liberdade de ir e vir e se estabelecer em diferentes locais, do indivíduo. Ele desenvolve atividades diferentes em locais diversos e sob diversos tipos de autoridades, por exemplo, os pais em casa; a professora, na escola; o chefe, no trabalho; o padre na igreja, dentre outros.

Nas instituições totalitárias, as fronteiras que separam os campos de atividades (casa, trabalho, lazer) são quebradas:

- As pessoas estão sob uma única e mesma autoridade, por exemplo, o diretor do hospital psiquiátrico, o diretor da prisão, etc;
- As atividades cotidianas se desenvolvem, para cada pessoa em conjunto com grande número de outras, submetidas às mesmas regras, deveres e procedimentos, por ex.,recluso no presídio,doente no hospital;
- Todos os períodos das atividades são de acordo com um programa estrito e obedecem a um plano imposto de cima e cuja realização é supervisionada por pessoal técnico ou administrativo, por exemplo, guardas, médicos , enfermeiros.

Por fim, as atividades impostas são reagrupadas, de acordo com um plano racional, o qual foi concebido para atender os objetivos da instituição, ou seja, reinserção social de delinqüentes, recuperação do doente, formação militar dos recrutas.

O estabelecimento hospitalar, foi durante séculos uma *total institution,* com maior ou menor conivência dos seus profissionais, entre eles os médicos.

A arquitetura do antigo paradigma hospitalar surgiu da idéia do *Total Institution.* Os hospitais antigos antes de 1930 inspiravam receio, medo e respeito, mesmos sentimentos despertados por prisões ou igrejas. Esses edifícios tinham características monumentais e geralmente empregavam materiais resistentes, pesados e lembravam mais um mausoléu do que um lugar para o conforto, descanso e cura.

Conforme afirmam, Miller e Swensson (2002, p. 39):

> Muitos hospitais construídos nas décadas de 50 e 60 aderiram ao modernismo funcionalista, deliberadamente se desligando do que lembrasse a antiga ornamentação gótica, para apresentar uma imagem profissional, eficiente e esterilizada, ao usar materiais do tipo aço inoxidável e vidro. Os dois estilos, entretanto, indicavam total lealdade à instituição. O edifício hospitalar de 1920 é diferente do de 1950, porém, um observador casual ou um usuário estão aptos a descrevê-los como institucionais.

Atualmente dá-se muita ênfase à humanização do hospital, o que não deixa de ser um sintoma da persistência, diga-se histórica de certos aspectos totalitários de sua organização e funcionamento, segundo Grasset (1975), Walton (1988), citados por Graça (2000)

Em relação à função hospitalar, que já era encontrada na antiguidade clássica (Egito, Grécia Roma e Bizâncio), pode-se afirmar que o que há de novo, na moderna

sociedade, é a *organização hospitalar* e não propriamente a função hospitalar que integra o acolhimento dos doentes, diagnóstico e o tratamento da doença, prática e o ensino da medicina, de acordo com Graça (1992,p.16):

"O hospital moderno é contemporâneo do Estado moderno".

A principal característica do hospital moderno é o rompimento do conceito, ou seja, a passagem da prestação de assistência para a produção de cuidados de saúde. Isto é a evolução de conceitos diametralmente opostos: da hospitalidade e da caridade para a prestação de serviços.

A grande nova é a emergência de sistemas integrados de saúde, dos quais o hospital passa a fazer parte , como subsistema dos cuidados secundários e terciários, como local de ensino e pesquisa.

1.2 - Tipologia das Unidades Hospitalares

No Brasil, os hospitais juntamente com os demais Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) formam um sistema de atenção à saúde chamado Sistema Único de Saúde (SUS) e neste, os hospitais se destacam por seu nível de complexidade, alta resolubilidade[8] e custos de implantação e de operação.

Em uma análise retrospectiva de períodos anteriores à Constituição Federal de 1988, o setor da saúde era dicotomizado, separava-se a saúde coletiva da assistência médica e hospitalar individualizada, prestada somente aos trabalhadores contribuintes do sistema nacional de previdência social.

As ações e serviços de saúde eram exercidos por diversos ministérios, tais como Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Cultura, Interior e do Trabalho e somente a União tinha poderes para tratar da assistência médica e hospitalar individualizada do contribuinte da previdência social.

Aos Estados competiam as ações de saúde coletiva e aos municípios, manter os serviços de pronto atendimento e a vigilância epidemiológica.

Com a Constituição de 1988 a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado sendo definidas as ações e os serviços de saúde como de relevância pública.

---

[8] O termo resolubilidade, se refere à capacidade de um EAS receber, diagnosticar e dar seguimento ao tratamento de pacientes que o procuram.

Suas diretrizes estenderam-se às Constituições Estaduais e às Leis Orgânicas das três esferas de governo.

A Lei Federal n.° 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, no seu art. 4°, dispõe: "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS".

As edificações hospitalares constituem, portanto, as unidades de maior complexidade de um sistema hierarquizado e descentralizado de atenção à saúde, prescrito pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu o SUS.

As edificações hospitalares diferenciam-se pela tipologia de cada unidade, como também pelo grau de resolubilidade e porte.

- Hospital Geral – unidade que oferece atendimento médico geral e se de alta resolubilidade, o hospital será dotado de completo Apoio Diagnóstico,Tratamento constituído de Centros Cirúrgico e Obstétrico, UTI e Emergência/Pronto Atendimento e Internação nas quatro especialidades – Infantil, Obstétrica,Cirúrgica e Clinica Médica de alto padrão.
- Hospital de Emergência – unidade com ênfase dada às unidades de Emergência, Centro Cirúrgico e UTI.
- Hospital Infantil/Pediátrico –unidade de atenção às crianças e adolescentes. Este tipo de hospital tem programa semelhante a um hospital geral, excluindo-se o Centro Obstétrico.
- Maternidade - unidade que tem por objetivo de prestar assistência à gestante durante a gravidez, parto e pós-parto e ao recém-nascido.
- Hospital Especializado - unidades que se destinam ao diagnóstico tratamento e recuperação de pacientes com patologias crônicas e especificas do tipo: hospitais de traumato-ortopedia,cardiologia, oncologia,doenças infectocontagiosas, geriátricos,psiquiátricos, universitários
- Unidade Mista - estabelecimento com Apoio Diagnóstico de média complexidade, Centro Cirúrgico/Obstétrico conjunto e uma menor capacidade de internação.

O hospital é caracterizado como local, regional, distrital, nacional ou até internacional devido à sua área de influência, tem-se como exemplo a Clínica Mayo, Baylor University Medical Center (USA), Hospital das Clínicas e Hospital Albert Einstein (SP).

Outros critérios de classificação de hospitais são:

Segundo a dependência, propriedade ou manutenção, controle ou administração:

- Hospital Oficial
- Hospital Particular
- Hospital Paraestatal

Segundo a lotação:

- Hospital de pequeno porte –25 a 49 leitos
- Hospital de médio porte – 50 a 149 leitos
- Hospital de grande porte – 150 a 500 leitos

Segundo a faculdade do exercício profissional:

- Hospital aberto
- Hospital fechado

Segundo o sistema de edificação

- Pavilhonar
- Monobloco

Segundo o partido arquitetônico

- Tipo vertical
- Tipo horizontal

Independente do tipo de classificação adotada interessa ao arquiteto a identificação e a compreensão do perfil hospitalar, itens fundamentais para a avaliação das particularidades para a montagem do programa e elaboração do projeto.

É evidente que, um hospital de maior complexidade funcional e conseqüentemente de maior porte, implica em um projeto arquitetônico de solução mais complexa que de uma unidade mista.

As unidades localizadas em grandes núcleos urbanos experimentam constantemente transformações funcionais resultantes da incorporação de inovações tecnológicas e da adoção de novos procedimentos, como por exemplo, a tendência a retirar de dentro do hospital alguns serviços de apoio técnico e logístico.

1.2.1 - Hospital Universitário - Hospital Especializado

O Sistema Único de Saúde (SUS), organização que reordenou os serviços e ações de saúde dos órgãos e instituições federais, estaduais e municipais após a Constituição de 1988, integra cerca de 6.000 hospitais, dos quais 148 são reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde como entidades de ensino. São os denominados hospitais escola ou universitários. E o que são Hospitais Universitários?

Segundo o Ministério da Educação:

> São unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Estas unidades garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais.

Os Hospitais Universitários são importantes centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes hospitais possuem Programas de Educação Continuada, o que permite a atualização técnica aos profissionais de todo Sistema de Saúde. O renomado Professor Odair Pedroso (1984, p.187), afirmava categoricamente:

> Um Hospital de Ensino Médico, deve apresentar determinadas características que o diferem da maioria ou da totalidade de outros Hospitais, num país como o nosso, principalmente.

Médici (2001) destaca que os hospitais de ensino[9] são tão antigos como o conceito de saúde surgido com o renascimento. A partir do inicio do século XX, a

[9] Denominação aplicável ao conjunto dos hospitais universitários, hospitais escola e hospitais auxiliares de ensino. Hospital Auxiliar de Ensino – hospital que, devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior, não sendo de propriedade ou gestão de universidade ou escola médica isolada,nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço, nos cursos de graduação ou pós-graduação da área de saúde.

medicina flexeneriana[10] e o seu impacto no aumento da especialização, ampliou o escopo destas instituições, tornado obrigatório seu vínculo orgânico e a dependência institucional junto às Faculdades de Medicina.

Em relação ao conceito e formas de operação, Médici (2001) enfatiza a concepção tradicional do Hospital Universitário, que o define como uma instituição que tem como características:

- ✓ Ser um prolongamento de um estabelecimento de saúde (Faculdade de Medicina);
- ✓ Prover treinamento universitário na área da saúde;
- ✓ Ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, devendo estar submetido à supervisão das autoridades competentes;
- ✓ Propiciar atendimento médico de alta complexidade (nível terciário) à comunidade onde está inserido.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou em 1995, um seminário internacional com o objetivo de avaliar o "estado da arte" dos hospitais universitários. Os resultados foram publicados em um estudo destas instituições em 22 países, divididos em países de baixo, médio e alto índice de desenvolvimento (ver Tabela A).

Hospital Escola- hospital de propriedade ou gestão de escolas médicas isoladas, públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizado.

Hospital Universitário – hospital de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a ela vinculado por regime de comodato ou cessão de uso devidamente formalizado.

[10] Um verdadeiro exemplo de impregnação do modelo positivista nas práticas de assistência à saúde foi a efetivação do modelo flexneriano, iniciado nos Estados Unidos com a Reforma Flexner, a partir de 1910, quando houve a divisão em departamentos do ensino médico, separando o ciclo básico do profissional, sendo então criado o Hospital de Ensino ou Universitário, com a intenção de modernizar a prática médica, através de um ensino que incorporasse avanços tecnológicos emergentes à época. Esse modelo passou a ser chamado de flexneriano e tinha como base a ciência e uma abordagem biocêntrica dos problemas de saúde. A formação médica é, portanto, de caráter cientificista e pragmática, implicando postura "fria", "neutra" e "objetiva", atributos reconhecidos da ciência positivista. É nesse cenário que o sistema educacional tem a sua lógica. Nele, o processo ensinar-aprender assume uma dimensão não apenas ética, mas também política. No momento em que se estabelece um vínculo com o sistema social, o processo encarrega-se de promover a mudança de classe social, possibilitando a difusão dos valores vigentes na sociedade.

O famoso relatório orientado pelo educador Abraham Flexner (1866-1959), contempla um estudo em que foram avalisadas as 155 escolas médicas que existiam à época, nos Estados Unidos, quando se apurou que apenas 20% delas adotavam o modelo cartesiano-newtoniano aceito pela ciência moderna. As críticas e sugestões evidenciadas no relatório estavam de acordo com o modelo cartesiano-newtoniano e também com a ideologia das corporações capitalistas, sendo seu objetivo fixar diretrizes para o ensino de medicina nos EUA e Canadá.

Oliveira, E. O.e Aragão, A..Araújo

http://www.sbmfc.org.br/site/bib/influenciapositivista.html - Download - 16/02/2005

O Brasil não foi incluído neste estudo. Na prática, a realidade destes 22 países analisados mostra que esta instituição é entendida como um centro de atenção médica de alta complexidade que:

a. Tem importante papel no atendimento médico de nível terciário;
b. Apresenta grande envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa
c. Induz a concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde;
d. Exerce um papel político importante na comunidade na qual se insere devido a sua escala, dimensionamento e custos.

No referido estudo, ainda que a importância dos hospitais universitários mantenha relação com o nível de desenvolvimento, algumas das características destes são mais ou menos gerais. Representam uma parcela importante do gasto total com saúde, que chega a variar de 4.5% na Colômbia até 21% na Coréia.Nos países europeus a média se situa entre 7% e 12%. No Japão e na Coréia os leitos dos HU's representam entre 5% e 21% do total de leitos existentes nestes países, respectivamente, sendo que a participação no total dos gastos hospitalares varia de 9%(Colômbia) a 40% (Coréia) (ver Tabela A). De acordo com Médici (2001, p. 153):

> Assim, ao utilizarem alta tecnologia e incluírem ensino e pesquisa, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume do atendimento.Conclui-se que os hospitais universitários são caros.

Estudos realizados na Austrália mostram que, considerando-se o tratamento de um conjunto de enfermidades selecionadas, o custo dos hospitais de ensino chega a ser 12% mais alto do que os custos dos hospitais não - universitários de alta tecnologia. Isto pode ser explicado devido ao fato das atividades que envolvem o ensino, incluírem um pouco de ineficiência técnica contida no processo didático, como afirma Médici (op.cit.,p.153).

Tabela A – Indicadores dos Hospitais Universitários(HU) selecionados

País	Leitos de HU/Total de leitos(%)	Gasto dos HU/Gasto Total e / Saúde(%)	Gasto dos HU/Gasto Hospitalar (%)	Duração do Curso Medicina (anos)	Duração dos Cursos de Especialização (anos)	Gasto com Hospitais Universitários Saúde(%)
ALTA RENDA						
Suíça	11	8,3	19,2	7	5	0,6
Japão	5	6,6	11	-	-	0,4
Suécia	19	11,7	21,2	6	7	1,0
França	17	11,7	24,8	6	5	1,0
Holanda	8	7,7	14,0	6	5	-
Austrália	-	-	-	6	5	-
Reino Unido	-	-	-	5	7	-
MÉDIA RENDA						
Coréia do Sul	21	20,8	40	6	5	1,4
Chile	-	-	-	7	-	-
Jamaica	-	-	-	-	-	-
Colômbia	10	4,5	9,3	6	4	0,2
Marrocos	17	4,9	-	7	-	0,1
Filipinas	-	-	-	5	-	-
Albânia	20	-	-	6	5	-
BAIXA RENDA						
Egito	18	-	-	-	-	-
Indonésia	-	-	-	7	4	-
Paquistão	-	-	-	5	2	-
China	-	-	-	-	-	-
Benin	14	8,1	13,9	-	-	0,3
Nigéria	-	-	-	-	-	-
Tanzânia	5	12,2	22,2	5	3	0,6
Vietnã	-	-	-	-	-	-

Fonte:Hospitais Universitários – Passado,Presente e Futuro-Médici(2001)

De acordo com a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), entidade fundada em 1989 e que congrega atualmente 113 hospitais universitários,esse hospitais, em 2001, foram responsáveis por 9% dos leitos,13.2% das internações e 24% dos recursos do SUS. Na mesma época, realizaram 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 48,12% do total das internações de grande complexidade, feitas no país inteiro. È, portanto, inegável a importância desses hospitais e este fato vai de encontro a grave crise financeira que esses estabelecimentos vêm enfrentando nos últimos anos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), os Hospitais de Ensino também são responsáveis em 2003 por:42.757 mil, de leitos no SUS, o que representa 10.9% do total de leitos do país, inclusive os leitos cirúrgicos, clínicos e complementares, ou seja, das unidades de tratamento intensivo ou de cuidados intermediários, além de :

- 11,8 % das AIHs (R$ 1.346.123)
- 11,62% produção ambulatorial
- R$ 481 milhões / ano - FIDEPS
- AIH média: R$ 779,99
- 2,55 % da rede hospitalar brasileira
- 10,9 % dos leitos SUS
- 25,6 % dos leitos de UTI
- 37,56 % dos procedimentos de AC

O perfil dos Hospitais de Ensino se caracteriza principalmente pela heterogeneidade dos estabelecimentos existentes nas diversas regiões brasileiras. Os aspectos principais que se pode destacar são;

- Perfil assistencial
- Porte
- Incorporação tecnológica
- Modelos de gestão
- Natureza jurídica
- Inserção e relação com o SUS: gestão local/regional/estadual

Dos 148 Hospitais de Ensino existentes em 2003, assim denominados pela Portaria SNES/MS nº15, de 8 de janeiro de 1991 , 41 são hospitais pertencentes ao MEC, 03 são próprios do Ministério da Saúde, 47 estaduais, 06 municipais, 49 filantrópicos e 02 são privados.

Tabela B - Distribuição dos Hospitais de Ensino pelos Estados Brasileiros

Estado	Nº de Hospitais	Estado	Nº de Hospitais
Acre	-	Paraiba	02
Alagoas	01	Paraná	09
Amapá	-	Pernambuco	04
Amazonas	02	Piaui	05
Bahia	13	Rio de Janeiro	17
Ceará	09	Rio Gr. do Norte	03
Distrito Federal	06	Rio Grande do Sul	20
Espírito Santo	02	Rondônia	–
Goiás	01	Roraima	–
Maranhão	01	Santa Catarina	09
Mato Grosso	01	São Paulo	20
Mato G. do Sul	02	Sergipe	01
Minas Gerais	18	Tocantins	–
Pará	02		

No mapa abaixo se observa a maior concentração desses estabelecimentos, na região sudeste, que conta com 57 hospitais, seguida da região nordeste com 39, região sul com 38. As regiões centro - oeste e norte possuem a menor quantidade de hospitais de ensino, contando com 10 e 4 estabelecimentos respectivamente.

Localização Geográfica dos HE no Brasil

Figura 8

Fonte:Ministério da Saúde – 2003

Segundo publicação do Ministério da Saúde (2004, p.4) as formas de financiamento dos gastos sociais derivam da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais implementadas a cada governo, portanto , como são idealizados e praticados os financiamentos das políticas sociais depende do momento histórico, devendo ser entendido nos recortes de tempo e espaço.

No Brasil, o total de recursos que são destinados ao financiamento federal da Saúde é estipulado por dispositivo transitório – Emenda Constitucional n ° 29 (EC 29). È chamado transitório, pois, a nova redação do texto constitucional, no parágrafo 3 ° do artigo 198, prevê a necessidade de uma lei complementar que deverá ser reavaliada, a cada cinco anos, pelo menos.

Sobre o financiamento dos HE, este pode ser realizado através de várias fontes, dependendo de sua forma jurídica, que pode ser publica ou privada. Os públicos são mantidos com recursos do orçamento público federal, estadual e municipal, podendo ser acrescidos de recursos de convênios, por pagamento de produção, recursos de fontes privadas, como os resultantes de serviços prestados por atendimento de pacientes cobertos pela medicina de grupo, cooperativa médica, seguro saúde, autogestão, como informa Bittar (2002, p. 11).

Os Hospitais de Ensino se encontram em crise e esta se associa a uma forma de financiamento problemática do SUS, cuja remuneração é abaixo do valor real dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos. Porém, se faz necessário evidenciar que a crise é da atenção hospitalar no Brasil como um todo e esta possui varias dimensões que são:

- ✓ Aspectos financeiros – custeio e investimento
- ✓ Aspectos políticos-
- ✓ Aspectos organizacionais – internos e externos
- ✓ Aspectos assistenciais
- ✓ Aspectos de formação profissional
- ✓ Aspectos sociais.

Na dimensão financeira se evidenciam os aspectos que se relacionam com as opções em termos de mecanismos de custeio das unidades e com a geração de investimentos necessários para a construção e readequação de unidades. O financiamento da rede de hospitais pode induzir a mudanças ou pode manter o *status*

quo. A pior opção é a manutenção do atual modelo de atenção à saúde, o chamado modelo médico-assistencial curativo e hospitalocêntrico.

No aspecto político tem-se a opção de adotar uma diretriz para privilegiar um nível de atenção excludente como ocorre hoje no modelo hegemônico SUS, ou fortalecer a atenção primária, com a inclusão das ações de promoção à saúde, prevenção e ênfase na assistência ambulatorial.

Na dimensão organizacional, em uma visão macrossistemica, trata-se da definição do lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços. Uma questão atualmente bastante discutida no âmbito internacional se refere à construção de redes assistenciais, como redes de serviços de urgência e emergência, unidades de terapia intensiva, serviços de atenção ao parto e outros.

Em quarto lugar tem-se a dimensão assistencial, onde se discute o modo de cuidar do individuo, resgatando a integralidade desse cuidado e ao mesmo tempo em que se promove a atualmente chamada *humanização* da assistência.

A constatação de que o paciente foi relegado a um segundo plano, privilegiando-se o operacional e perdendo-se a visão integral do individuo, causou uma reação nos usuários e na comunidade surgindo, inicialmente na Europa e depois nos Estados Unidos, um movimento pela *humanização da atenção*, implicando em uma reformulação na configuração dos hospitais.

A dimensão do Ensino e Pesquisa está presente nos hospitais que são espaço de ensino e aprendizagem das diversas profissões de saúde, que infelizmente, tendem a reproduzir o modelo-assistencial hegemônico, com todas as suas concepções estabelecidas no que se refere ao processo de trabalho, fragmentação de objeto (doença e doentes) e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Por ultimo, na dimensão social é que se reflete a crise. Aqui é onde se configuram a dificuldade de acesso à atenção, a baixa qualidade ou a inexistência da assistência hospitalar. A situação de insatisfação leva a pressões sociais e políticas para a melhoria da atenção à saúde, *embora grande parte da população não tenha acesso às discussões na área de serviços da saúde e da* academia (grifo nosso), segundo o MS (2004,p.5).

O agravamento da crise dos HE tem sua origem na década de 1990, quando a política do governo federal, era de não permitir a ampliação do quadro de pessoal, não realizando praticamente concursos públicos para contratação de novos funcionários. Isso levou a um déficit cumulativo, compensado pela contratação de pessoal terceirizado, através das fundações de apoio às universidades. A conseqüência disso foi a necessidade de utilizar recursos do SUS, que deveriam ser destinados apenas para o custeio dos estabelecimentos, para pagar pessoal. Em 2001 já havia 20 mil funcionários terceirizados, representando uma despesa de 190 milhões de reais. Isso acarretou a impossibilidade de manutenção dos custos, agravada pela instabilidade econômica de 2002, aumento da inflação e variação do dólar, o que afeta a compra de produtos importados utilizados pelos hospitais.

Os hospitais das universidades federais foram obrigados a reduzir sua produção, para garantir as condições mínimas necessárias ao ensino, pesquisa e assistência à população. Adicionam-se à crise do custeio, a falta de investimentos sistemáticos na recuperação, ampliação e adequação às novas demandas deste imenso patrimônio nacional, que são os hospitais de ensino. O resultado é a obsolescência dos edifícios que abrigam o ensino, a pesquisa e a assistência. Em muitos casos se consegue os equipamentos, através de programas específicos, convênios, com o compromisso da instituição, em contrapartida, fazer investimentos em obras. Isso não acontecendo implica no desgaste e obsolescência do equipamento pela falta de uso, além, evidentemente, do comprometimento da assistência à população e a defasagem no treinamento de pessoal.

No decorrer do ano de 2003, foi iniciado o debate sobre a crise ou crises que afetavam os Hospitais de Ensino, sempre apresentadas por seu aspecto mais aparente,ou seja, *as dificuldades de financiamento.* Embora a mais evidente, não foram deixados de ser ressaltados os problemas de caráter estrutural, organizativo e de gestão. Viu-se então a necessidade de se desenvolver políticas especificas, que levassem em consideração suas especificidades assistenciais, de ensino e de pesquisa. Tão importante quanto resolver as questões financeiras e de pessoal, seria também definir o papel dos HE em relação aos sistemas locais de saúde, visando sua inserção definitiva ao SUS.

Foi, então, instituída uma Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino, pela Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-Mpog nº562, de

12 de maio de 2003, com o objetivo de avaliar a real situação dos hospitais no país, com vistas à reformulação da política para o setor. A Comissão se compôs de representantes da sociedade civil e de instituições governamentais que trabalhou na revisão do Fideps[11] e no tema da certificação dos hospitais de ensino. Foi então proposta a extinção do Fideps e sua substituição por outra modalidade de vinculação dos HE ao SUS.

A existência de impropriedades de inclusão e de exclusão de hospitais nas categorias de universitários e de ensino levou à instituição de um novo processo de certificação. Como resultado os hospitais efetivamente enquadrados como de ensino terão uma nova modalidade de contratação pelo SUS.

As portarias que se referem à certificação e contratação de hospitais de ensino são:

- ✓ Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004: *define os requisitos para certificação de estabelecimentos como hospital de ensino.*
- ✓ Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.005, de 27 de maio de 2004: *define os documentos comprobatórios para certificação dos HE.*
- ✓ Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004: *cria o Programa de Reestruturação dos HE do MEC.*
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.254, de 25 de junho 2004: *define os recursos financeiros relacionaados ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos HE.*
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.702, de 17 de agosto 2004: *cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS*
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.703, de 17 de agosto 2004: *destina recursos de incentivo á contratualização de Hospitais de Ensino público e privados*
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.352, de 26 de outubro de 2004: *regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratação constante do Programa Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC, no SUS.*

[11] Fideps - Os Hospitais de Ensino recebem além da verba do SUS, o recurso Fideps (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa).

- ✓ Portaria GM/MS nº 2.355, de 26 de outubro de 2004: *altera os artigos 4º e 5º da Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.005, de 27 de junho de 2004.*

Os hospitais de ensino brasileiros surgiram, como se verá a seguir,a partir da criação das Faculdades de Medicina e com a incorporação destas às Universidades (criadas após o governo federal sancionar a Lei 2.234 de 4/12/1950 definindo o Sistema Federal de Ensino), esses hospitais são também federalizados. Na seqüência, tem-se a listagem completa dos HU's, por região e instituição de origem. No **Anexo A** apresentam-se as fichas com o histórico individual dos 45 estabelecimentos e de seus dados físicos.

Tabela C

Sigla, Região, Unidade da Federação, Nome e Instituição de Origem dos HU's

Sigla/ Região	UF	Hospitais	Instituição Federal de Ensino Superior
Norte			
HGVAM	AM	HU Getúlio Vargas	Universidade do Amazonas
HBFPA	PA	HU Betina Ferro de Souza	Universidade Federal do Pará
HJBPA	PA	HU João de Barros Barreto	Universidade Federal do Pará
Nordeste			
HUAL	AL	Hospital Universitário	Universidade Federal de Alagoas
HESBA	BA	HU Prof. Edgar Santos	Universidade Federal Da Bahia
CPHBA	BA	Centro Pediátrico Hosannah de Oliveira	Universidade Federal Da Bahia
MCOBA	BA	Maternidade Climério de Oliveira	Universidade Federal Da Bahia
HUWCCE	CE	HU Walter Cantidio	Universidade Federal do Ceará
MEACCE	CE	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Universidade Federal do Ceará
HUMA	MA	Hospital Universitário	Universidade Federal do Maranhão
HLWPB	PB	HU Lauro Wanderley	Universidade Federal da Paraíba
HACPB	PB	HU Alcides Carneiro	Universidade Federal da Paraíba
HCPE	PE	Hospital das Clinicas	Universidade Federal de Pernambuco
HABRN	RN	HU Ana Bezerra	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MJCRN	RN	Maternidade Escola Januário Cicco	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
HOLRN	RN	HU Onofre Lopes	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
HPRN	RN	Hospital de Pediatria	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MHFSE	SE	Maternidade Hildete Falcão	Universidade Federal de Sergipe

HUSE	SE	Hospital Universitário	Universidade Federal de Sergipe
Sudeste			
HAMES	ES	HU Antonio de Moraes	Universidade Federal do Espírito Santo
HEMG	MG	Hospital Escola	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
HCUMG	MG	Hospital de Clinicas	Universidade Federal de Uberlândia
HCMG	MG	Hospital de Clinicas	Universidade Federal de Minas Gerais
HUMG	MG	Hospital Universitário	Universidade Federal de Juiz de Fora
HAPRJ	RJ	HU Antonio Pedro	Universidade Federal Fluminense
IMGRJ	RJ	Instituto de Puer.Ped. Martagão Gesteira	Universidade Federal do Rio de Janeiro
HFARJ	RJ	Hospital Escola S. Francisco de Assis	Universidade Federal do Rio de Janeiro
CFFRJ	RJ	Clementino Fraga Filho	Universidade Federal do Rio de Janeiro
IGRJ	RJ	Instituto de Ginecologia	Universidade Federal do Rio de Janeiro
MERJ	RJ	Maternidade Escola	Universidade Federal do Rio de Janeiro
IDCRJ	RJ	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	Universidade Federal do Rio de Janeiro
IDTRJ	RJ	Instituto de Doenças do Tórax	Universidade Federal do Rio de Janeiro
IPRJ	RJ	Instituto de Psiquiatria	Universidade Federal do Rio de Janeiro
GGRJ	RJ	Gaffrèe e Guinle	Universidade do Rio de Janeiro
HSP	SP	Hospital São Paulo	Universidade Federal de São Paulo
Sul			
HCPR	PR	Hospital de Clinicas	Universidade Federal do Paraná
HCJRS	RS	HU Dr. Miguel Riet Correa Júnior	Universidade do Rio Grande
HCPARS	RS	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade do Rio Grande do Sul
HEPRS	RS	Hospital Escola	Universidade Federal de Pelotas
HURS	RS	Hospital Universitário	Universidade Federal de Santa Maria
HUSC	SC	Hospital Universitário	Universidade Federal de Santa Catarina
Centro-Oeste			
HUDF	DF	Hospital Universitário	Universidade de Brasilia
HCGO	GO	Hospital de Clinicas	Universidade Federal de Goiás
HAPMS	MS	HU Maria Aparecida Pedrossian	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
HJMMT	MT	HU Júlio Miller	Universidade Federal de Mato Grosso

1.2.2 - Modelo Pedagógico

O treinamento profissional no ensino médico iniciou com o aprendizado informal sob a orientação de um médico prático, de acordo com dados históricos. Normalmente, os docentes de uma Faculdade de Medicina agregam suas habilidades em ensino na relação mestre-discípulo.

Passou-se das tutorias da época de Sócrates (469-399), onde ao questionar incentivava seus alunos a descobrir as respostas a suas perguntas, para a era das aulas magistrais, necessárias devido à demanda crescente de alunos que aspiram a profissão médica.

Nas escolas médicas ou em sua grande maioria predomina o método tradicional de ensino, onde o aluno é uma figura passiva, pois esse modo é centrado na figura do professor.

Atualmente há uma tendência mundial em mudar a perspectiva do ensino da medicina, procurando centrá-lo no aluno. Algumas escolas médicas têm introduzido programas de formação de professores, com o objetivo de atualizar o ensino, adequando-o às varias e rápidas mudanças que vem ocorrendo no mundo nas ultimas décadas, devido as grandes descobertas das ciências.

O professor passa a assumir o papel de tutor, onde lidera o processo ensino – aprendizagem mais pelo exemplo e pela experiência que possui e isso implica em uma mudança na relação professor-aluno,possibilitando o auto aprendizado, facilitado pelo ensino com turmas com menor numero de alunos.

A Educação Médica tem sofrido modificações ao longo das últimas décadas, principalmente com a publicação do relatório Flexner em 1910, que teve como conseqüência o reforço das disciplinas básicas e a autonomia da pesquisa. Depois dos anos cinqüenta, as escolas médicas, principalmente as americanas, iniciaram um processo de inovação curricular. Nos anos setenta, houve um movimento com o objetivo de modificar a estrutura de preparação de profissionais da saúde nas Américas, visando, principalmente o atendimento da saúde voltado para a comunidade. Portanto, o ensino médico teve de ser repensado na perspectiva do atendimento as necessidades da sociedade e o preparo de novos profissionais com conhecimentos e habilidades para enfrentar os novos desafios.

Como se vê, o processo de mudança curricular não é fato recente. É um processo dinâmico, pulsante, continuo e articulado as rápidas transformações que acontecem na sociedade.

Nesta perspectiva, a formação do novo médico, requerendo uma nova postura docente não deixa de provocar polemica. Os mais conservadores não se adaptam muito facilmente ao novo modelo. Segundo Campos (2001, p. 13)

> A esse docente cabe o exercício da transdisciplinaridade, da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe multiprofissional. Liderando o processo educativo, principalmente por seu exemplo, tem o privilégio de acolher novas idéias e propor novas metas educacionais, cabendo-lhe também decidir se o estudante desenvolveu habilidade suficiente para exercer sem supervisão a Medicina.

Como se viu o processo de renovação das idéias de como formar o novo médico, com o perfil desejado para o enfrentamento das novas realidades, foi iniciado nos paises mais desenvolvidos. No Brasil as discussões de propostas de mudanças no ensino médico iniciaram-se em 1991, com o trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM-, que congregou a maioria das escolas médicas brasileiras.

A Universidade Federal do Ceará vem desenvolvendo esforços no sentido de superar os desafios que se colocam, na atualidade, por uma sociedade em constante transformação.

Para por em prática esses esforços, a UFC lançou em 2000 seu Projeto Institucional UFC 2000/2003 – Inserção e Expansão com Qualidade, onde coloca sua missão, objetivos permanentes e opções estratégicas, resultando daí um elenco de idéias que vem orientando as ações atualmente desenvolvidas nas instâncias acadêmicas e administrativas da Instituição. As opções estratégicas, traçadas com o objetivo de promover o desenvolvimento da instituição, são as seguintes:

- Inserção na Sociedade, que se traduz no reforço da presença da UFC em seu meio, onde atua procurando expandir, aprimorar e interiorizar as suas ações;

- Expansão Acadêmica, que materializa o propósito de ampliar e diversificar a produção do conhecimento e a oferta de cursos, programas e serviços;

- Promoção da Qualidade, opção que incorpora a idéia de se buscarem, permanentemente padrões de excelência em todas as atividades desenvolvidas pela Instituição.

Assim sendo, o novo currículo do Curso de Medicina se integra de modo totalmente adequado e coerente ao projeto institucional da Universidade Federal do Ceará, naquilo que é entendido como missão, objetivos,opções estratégicas, inserção , interiorização, expansão e qualidade.

O Prof. Dr. Henry Campos, diretor da Faculdade de Medicina da UFC enfatiza, na entrevista concedida à autora em 11/2004:

> O novo currículo prioriza a geração de conhecimento, tendo por objetivo as suas aplicações, estimula o aprender a aprender, propõe a substituição da memorização pelo processamento de idéias, reafirma o compromisso do médico com o ser humano ao longo de toda a sua existência...

Por ocasião do XXVIII Congresso da ABEM ocorrido em novembro de 1990, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina em Cuiabá, criaram um grupo de trabalho, com o objetivo de avaliar o ensino médico no país, preocupação já expressa em lugares do mundo. Como resultado criou-se em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que seria responsável por articular nacionalmente, técnica e politicamente, o movimento em prol da reforma do ensino médico. Composta por várias entidades e apoiada por uma equipe técnica, desenvolveu o Projeto CINAEM, com participação de 76 Escolas Médicas das 80 então existentes no Brasil. Nesta primeira fase os dados coletados diagnosticam as condições das Escolas, nos aspectos políticos, administrativos e econômicos, quanto aos recursos humanos e materiais. São também pesquisados o modelo pedagógico adotado pela escola, papel na pesquisa e assistência e o grau de adequação do médico recém – formado às demandas sociais.

Na fase seguinte do Projeto se aprofundou a avaliação de três variáveis: o modelo pedagógico, os recursos humanos e o médico formando.

Para avaliar o modelo pedagógico, prepôs-se a metodologia de planejamento estratégico a ser desenvolvida em cada escola. Isso permitiria que fossem criadas condições para a transformação do ensino médico, pois com o conhecimento do contexto da realidade existente, aliado a um novo paradigma educacional, viabilizaria a formação de um profissional adequado às novas necessidades da população.

Ao longo de seus 52 anos de existência a Faculdade de Medicina sempre mostrou preocupação de se manter atualizada no que se refere à qualidade de ensino, não poderia, portanto, ficar a margem do Projeto CINAEM, do qual participa desde o

seu inicio. Desde de 1995, vem mantendo a discussão sobre o ensino médico com as comunidades, tanto interna quanto externa.

As discussões para a mudança curricular, aqui se entendendo por currículo, todos os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem e, não só a grade curricular do Curso de Medicina, foram ricas e amplas. Todos os aspectos foram vistos como os objetivos do Curso, as competências a serem desenvolvidas pelos alunos de medicina, as metodologias, o comportamento dos professores e funcionários, os gestores e os ambientes d e treinamento.

As etapas de discussão do processo de mudança foram as seguintes:

- ✓ O perfil ideal do Médico: discutido pelos dirigentes universitários, alunos, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Escola de Saúde Publica, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde.

- ✓ O cenário da saúde – projeção 20 anos: para se ter um diagnostico de um cenário da saúde em 20 anos foram analisados os aspectos referentes a população, perfil epidemiológico, saúde publica, mercado de trabalho, avanços da medicina, educação, universidade

- ✓ Diretrizes curriculares e competências profissionais: os grupos de trabalho definiram as competências profissionais em termos de conhecimentos técnicos - científicos; compromisso ético e social; capacidade de liderança; capacidade de trabalhar em equipe; compromisso com a defesa da vida e as transformações da sociedade.

Grupos de estudo, consultoria e capacitação pedagógica

- ✓ Definidos o perfil de profissional a ser formado e constatado que o atual modelo pedagógico era incompatível com o novo perfil, configurou-se ainda mais a necessidade de mudança de currículo, assim os grupos fizeram visitas técnicas a outras escolas médicas no Brasil e também no exterior.

- ✓ Projeto Piloto em aprendizagem baseada em problemas – desenvolvido no 4° semestre do Curso de Medicina: experiências desenvolvidas em escolas no exterior, documentadas em extensa bibliografia despertaram o interesse de um

grupo de professores em relação a metodologia de aprendizagem baseada em problemas e estes se submeteram a um programa de treinamento na Metodologia Baseada em Problemas – ABP. O método é centrado no aluno, e favorece a capacidade de análise, a consciência do processo de aprendizagem, a responsabilidade com o autodesenvolvimento, a iniciativa e o trabalho multi disciplinar e em equipe.

- ✓ Comissão de Reforma Curricular-a Comissão de Reforma Curricular composta pela Diretoria da Faculdade de Medicina, pelos representantes dos Departamentos e pelo Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica – NUDEM,foi estabelecida em maio de 1999, com o objetivo de elaborar uma proposta de currículo que permitisse a formação do profissional de saúde com o perfil adequado, seguindo a orientação do perfil epidemiológico do Estado.

A sociedade está em constante mudança, paralelamente a transição há que haver a preocupação de se fazer montagem de cenários especulando-se com parâmetros e informações existentes, as mudanças para o ano 2020.

Prever o futuro é claro, uma difícil missão. Pode-se voltar para o passado e examinar o que foi conseguido, examinar o presente e ver onde se está agora, porém, não se pode afirmar onde se estará no futuro. Todavia, pode-se afirmar que os cuidados com a saúde estão na frente de todos os interesses nas décadas vindouras.

Uma tendência que, muito provavelmente afeta o cuidado da saúde é a emergência do que Alvin Toffler, *apud* Carpman e Grant (1993) chama de *prosumer society*[12], na qual uma grande proporção do trabalho das pessoas, estará envolvida na produção de mercadorias e provisão de serviços para uso pessoal ou familiar. Nesta direção, se pode imaginar as pessoas cada vez mais cuidando de si mesmas, de seus interesses e de sua saúde.

Nas questões ligadas ao exercício da Medicina e a saúde, é provável que cada vez mais as pessoas tomarão maior consciência de sua Cidadania, consoante as determinantes das modificações da sociedade.

No caso do Brasil, considerado pais emergente, espera-se cada vez mais que a população tenha acesso a informação, a educação ,a comunicação, as novas

[12] Prosumer-termo do Inglês que mescla profissional com consumer indicando equipamento originalmente destinado ao mercado doméstico - consumer - porém de qualidade compatível com equipamentos profissionais

tecnologias e de posse desses instrumentos exerça sobre o setor saúde uma maior fiscalização.

Serão exigidas medidas mais eficazes e mais amplas no que concerne a prevenção, promoção e assistência da saúde, juntando-se a essas exigências a competência do profissional da saúde, assim como uma mudança de comportamento respeitando o individuo e ética.

Vem-se sentindo a premente necessidade, desde a muito tempo, de contrapor à formação do médico com especialização precoce, conformada no diagnóstico técnico-dependente, uma outra prática com ênfase num paradigma voltado à humanização do mesmo profissional, tornando-o mais atento às necessidades do individuo e preocupado em dar resolutividade ao encontro do profissional com aquele. Este, além de ter queixas específicas de saúde, carrega todo um complexo social e psicossomático ignorado na prática dos serviços públicos de saúde.

Não se pode minimizar a constatação de que, segundo Capra (1982) *apud* Noronha Filho (1995, p. 215)

> A moderna medicina científica tem enfatizado excessivamente a abordagem reducionista e desenvolveu suas disciplinas especializadas a um ponto tal que os médicos, com freqüência, já não são capazes de ver a enfermidade como uma perturbação do organismo todo, nem tratá-la como tal.

Feitas essas considerações, ao analisar no âmbito da Faculdade de Medicina da UFC, o modelo pedagógico vigente, a comunidade interna, considerou-o inadequado, diante da missão de se formar profissionais com o perfil que a sociedade necessita e que no futuro saberá exigir.

Incorreções na seqüência de disciplinas até e carga horária mal distribuída e por vezes subutilizada, foram os problemas detectados na grade curricular existente.

Currículo fragmentado em disciplinas isoladas, falta de integração entre disciplinas básicas e profissionalizantes são adicionadas aos problemas encontrados no sistema de avaliação do desempenho dos alunos que é descrito como indutor a memorização, além de muito estressante.

Nota-se também falhas na avaliação do docente e inexistência de avaliação do currículo falta de criatividade nos métodos de ensino, ênfase nas aulas teóricas com prejuízo na ausência de aulas praticas.

O Curso se ampara fortemente no complexo HUWC e MEAC e, portanto, é desenvolvido no cenário do nível terciário, com pouco acesso ao treinamento na atenção primária. É nesta realidade que a Medicina curativa se impõe e a especialização precocemente é estimulada Então a formação do médico, ocorre de forma centrada na figura do Médico/ Professor e na figura do paciente e longe das comunidades se distancia das transformações da sociedade .

Todavia, o Curso de Medicina tem avançado bastante, embora ocorram crises, aqui e ali, estas devem ser enfrentadas com o argumento de que as mudanças terão que ser implementadas, por se tratar de uma realidade que se impõe no Brasil e no resto do mundo.

Para a consecução dos objetivos propostos ou seja , montar um novo modelo de currículo que possibilitasse a formação do profissional de saúde com o perfil desejado, necessário e orientado pela Epidemiologia do Estado/Região, foi designada pelo Conselho Departamental da Faculdade de Medicina a Comissão de Reforma Curricular, para elaborar o novo modelo pedagógico.

Pode-se definir o Currículo de um Curso de Graduação, segundo a Comissão de Reforma Curricular (2001, p. 29) como:

> O conjunto planejado de atividades que conduzem os alunos ao longo do período de formação; é o processo mediante o qual uma Instituição cumpre sua missão.

O Currículo aqui entendido como um processo dinâmico deverá ser considerado sempre em construção e que requer para sua implantação e desenvolvimento, o acompanhamento efetivo de todos os seus participes.

As características principais do Currículo da Faculdade de Medicina da UFC, que está sendo implantado, são:

Estrutura geral - curso em 12 semestres, com período letivo de pelo menos 100 dias. Os conteúdos essenciais obrigatórios estão assim distribuídos:

- Módulos Seqüenciais;
- Módulos Longitudinais:Desenvolvimento Pessoal e Assistência Básica em Saúde

- Internato de 2 anos – proporciona melhoria na qualidade do processo ensino – aprendizagem, devido a vivência hospitalar efetiva.

Observe-se que os conteúdos complementares são oferecidos em disciplinas optativas.

Ciclo básico e Ciclo Profissional - consiste em desafio a ser superado, a dissociação entre os dois ciclos. A integração deverá ser promovida progressivamente através de inserção no ciclo básico de aspectos clínicos e no ciclo clinico, temas do básico deverão ser retomados sempre que necessário.

Integração e organização por sistemas - a integração de disciplinas é hoje recomendação prioritária pelos que estudam a educação médica. A integração é possível, no currículo proposto, pela organização dos assuntos por sistemas em módulos consecutivos. Este modo de organização já foi adotado no Brasil, pela Escola Paulista de Medicina e no exterior, na Faculdade de Medicina de Harvard.

Estrutura Modular: módulos, por definição, são as unidades didáticas formadas por disciplinas articuladas. A estrutura permite concentração de alunos em um assunto, com divisão da turma em menores grupos, melhorando a relação professor-aluno, consequentemente melhora o processo ensino-aprendizagem. São dois tipos de módulos como se viu na estrutura geral:

- Módulos seqüenciais: se desenvolvem um por vez no ciclo básico e dois por vez no ciclo profissional.

- Módulos longitudinais: Desenvolvimento Pessoal - aborda assuntos relativos aos aspectos humanísticos da Medicina, com as disciplinas sobre Ética, Psicologia e Ciências Sociais. Objetiva principalmente estimular nos estudantes o comprometimento com a defesa da vida, possibilitando-lhes tomar decisões a partir de valores éticos e morais.
  Assistência Básica em Saúde - aborda aspectos de Saúde Coletiva e da Atenção Básica, com o

objetivo de conhecer a realidade socioeconômica-cultural do meio onde estão inseridos. O objetivo principal, então, é tornar o médico um individuo comprometido com a sociedade.

- Módulos Optativos:esses abordam conteúdos complementares e permitem flexibilidade necessária ao Curso de Medicina, de acordo com o preceito das diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e do Ministério da Educação (MEC).

Períodos livres: exceto no internato, existirão dois períodos livres por semana, possibilitando aos alunos horários para se dedicarem a outras atividades.

Metodologia: deve em cada módulo ressaltar o papel mais ativo do aluno, trabalho em grupo, o papel do professor, desenvolvimentos de temas baseado em exemplos reais e/ou simulados, em ambiente adequado e com recursos pertinentes.

Atividades práticas: devem ser enfatizadas em espaços adequados, ou seja, eem ambulatórios e laboratórios com boa infra-estrutura.

Avaliação: as avaliações deveram ser periódicas e planejadas, integrando o corpo docente, discente, funcionários técnico-administrativos e consultores externos.

A reforma curricular do Curso de Medicina da UFC foi aprovada pela Resolução nº 01/CEPE em 07 de fevereiro de 2001.

O diretor da FM/UFC, Prof. Dr.Henry Campos enfatiza: o *processo está sendo construído.* Todavia, se sabe, que as crises acontecem tanto pelos alunos terem uma formação tradicional, quanto pelos professores, não a maioria, certamente, que são resistentes a determinadas mudanças.

Observa-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal e legislação correlata, não tem sido implementado na sua

plenitude, por uma série de obstáculos. Entre eles, destaca-se a formação de médicos pelas atuais escolas médicas.

Por outro lado, o Sistema de Saúde não oferece salários e condições de trabalho que atraiam médicos para o trabalho no Serviço Público.

Conseqüentemente, ao tentar reformar os currículos sem modificar o subsistema público, em termos de salários e condições de trabalho, as probabilidades de êxito serão menores, porque o perfil profissional do médico tenderá a continuar atendendo ao mercado.

O sistema público de saúde brasileiro, o SUS, é o *maior sistema de saúde do mundo*, como destaca o Prof. Dr.Henry Campos. Atualmente, a política do governo conduz para que o sistema se transforme no grande espaço de aprendizagem, dentro do conceito do treinamento em serviço. Neste sentido, a população será grandemente beneficiada.

1.2.3 -Modelo Assistencial de Saúde

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde-Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro (2004, p. 22) a definição de Modelo de Atenção a Saúde é:

> A forma como a sociedade, ante os determinantes sociais e biológicos da saúde, organiza seus recursos humanos, tecnológicos e materiais para afrontar integralmente, os riscos de saúde e proporcionar os serviços de fomento, prevenção e atenção médica, incluindo aquelas modalidades informais de atenção estabelecidas pela própria comunidade.

O Brasil já experimentou vários modelos. No século XIX foi adotado o modelo denominado Sanitarismo Campanhista, onde os serviços e ações sanitárias eram fornecidos de modo compulsório, objetivando principalmente os cuidados com as doenças infecto – contagiosas.

O Modelo Assistencialista surgiu em conseqüência do processo de urbanização e industrialização ocorrido no país a partir dos anos 30. Esse sistema foi desenvolvido como componente do sistema previdenciário e tinha como clientes os trabalhadores pertencentes ao mercado formal do trabalho. O atendimento era feito de acordo com o que a clientela definia como problema. Neste modelo a prevenção era preterida em função da atividade curativa. De acordo com Nunes (2004) os problemas oriundos deste modelo são principalmente:

- ✓ Acessibilidade única de usuários inseridos no mercado formal de trabalho e seus dependentes as unidades de saúde do sistema publico;
- ✓ Prioridade da pratica médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações de prevenção de agravos e promoção de saúde;
- ✓ Criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico – industrial, com grande incorporação tecnológica de equipamentos de alto custo sem o devido planejamento de aquisição em função das necessidades da população;
- ✓ Organização da pratica médica visando lucro, resultando em privilegio para o prestador privado;
- ✓ Desarticulação de ações entre os níveis de governo.

Sabe-se que este modelo sobrecarregava significativamente o hospital. A população buscava o hospital, porque não encontrava a solução no centro e posto de saúde e aquele se mostrava sem capacidade de dar prioridade aos usuários com problemas que necessitavam de atenção realmente.

Com o surgimento do SUS[13], nasce uma nova proposta de atenção, que é o Modelo Integrado. Este modelo implica em mudanças organizacionais que são a descentralização, a hierarquização, universalização e, também na nova visão do processo saúde – doença, na nova definição da ligação entre usuários e serviços.

O modelo de atenção contém três grandes eixos; a prevenção da enfermidade e do acidente, a promoção da saúde, a atenção curativa e determina a forma de organizar os sistemas de saúde-nível de atenção primária, secundaria e terciária e influi nas modalidades de atenção (ambulatorial e internação), no perfil dos recursos humanos que prestam a referida atenção e que se constituem de especialistas, médicos de família, enfermeiras e outros profissionais que estão envolvidos nos serviços disponibilizados por nível de atenção. Vale ressaltar que a atenção primária é o grande suporte do modelo e o portal de entrada para o resto do sistema.

As discussões acerca do modelo de atenção à saúde emergem das pressões de se conter os custos dos serviços hospitalares, com os quais se atende parcela mínima da população, cerca de 10% a 20% e que constituem aproximadamente dois terços do orçamento da saúde, segundo os especialistas em gestão de hospitais na América Latina. Portanto, urge que se façam mudanças no sistema de saúde em função de custos mais equitativos e acessiveis, reforçando as estratégias de se antecipar aos danos possíveis à saúde, através da promoção e da prevenção, apoiando-se as ações em serviços ambulatoriais com boa capacidade resolutiva, boa localização para se evitar tratamentos caros como a hospitalização.

[13] O SUS está definido na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990´- Lei Orgânica da Saúde, como "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde", garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde.

Atualmente se percebe uma tendência internacional de deixar que a demanda determine a organização dos serviços de saúde e a introdução de mecanismos de mercado. Nesta perspectiva, existe consenso com relação às imperfeições e limitações do chamado mercado da saúde, sobretudo quando o Estado não se mostra capaz de exercer sua função reguladora e formuladora *ou reitora* como preferem os especialistas acima referidos. Sabe-se que sem o exercício dessas funções e a mercê dos mecanismos de mercado da saúde, a população pode ser a grande prejudicada, com o prejuízo da equidade e da efetividade sanitária do sistema.

Para se discutir modelos de atenção alguns aspectos devem ser examinados. Primeiramente, o suporte institucional utilizado para organizar as ações de saúde e, em segundo lugar, o que é entendido ou é evidenciado como problema de saúde.

O modelo assistencial chamado de Médico Hegemônico possui características medicalocêntrica e hospitalocêntrica. É um modelo que apresenta uma capacidade de onerar os custos da assistência à saúde e que se originou nos recursos que foram disponibilizados a assistência centrada no conhecimento especializado e na tecnologia largamente desenvolvida nesta área. De acordo com MS (2004, p. 23):

> A dinâmica capitalista na saúde é a mesma do campo econômico geral; assim, um sistema de saúde centrado em procedimentos corrobora com o acumulo de capital, ou seja, a dinâmica de produção de serviços é estruturada e comandada por interesses desta ordem.

Nesta perspectiva, outro autor Ribeiro (1993, p.29) confirma a assertiva anterior:

> (...) ao lado da missão de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo o capital. Ele também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta ou indiretamente.

Continuando com Ribeiro (op.cit.,p.29), o autor lembra que mesmo que o hospital seja estatal, não deixa de reproduzir o capital, pois é um local de venda e consumo de mercadorias, especialmente de um tipo especial de mercadoria: as tecnologias médicas.

Para a construção de um novo modelo que seja transformador, segundo Merhy (1997) *apud* MS (2004, p. 23):

> É necessário incorporar instrumentais que consigam tomar os indivíduos como expressões de processos coletivos de viver.

Na América Latina tem-se tentado modificar os modelos para responder as mudanças epidemiológicas, demográficas, culturais e tecnológicas que foram produzidas nos últimos tempos e, também responder as pressões econômicas. Modificar para se adequar deverá ser um conceito chave.

Modificar um modelo assistencial não é em trabalho simples. Neste sentido, implica em mudança de conceitos da atenção a saúde, das práticas de trabalho, distribuição de recursos para custeio e investimentos, indivíduos e suas atribuições e competências nos sistemas de saúde, normas e relações entre os vários componentes do sistema, que estavam estruturados e conformados de outro modo durante décadas.

Um modelo tecnoassistencial transformador deverá ter os seguintes princípios norteadores, segundo MS (2004):

- Gestão democrática – usuários, trabalhadores e governo em ampla colaboração para a consecução dos objetivos;
- Saúde como direito à cidadania;
- Serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Assim, o grande desafio é a reinvenção. O *que* e *como fazer* um novo modelo que se estruture a partir da realidade, que a transforme baseada nos princípios paradigmáticos do Sistema, ou seja: *universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade* (grifo nosso).

A constatação real dos fatores que se relacionam ao modelo assistencial hospitalocêntrico – problemas do financiamento, clientelismo,padrão epidemiológico e demográfico da população, custos crescentes da atenção e corporativismo dos profissionais de saúde – demonstra quanto se tem que avançar para a consolidação do SUS.

A superação das dificuldades na implementação do sistema passa necessariamente por uma política consistente de descentralização focada no município, partilhada com o controle social e a construção de um sistema de informação que permita ao Estado exercer o seu papel regulatório, segundo o MS (2004).

No atual governo, a gestão do Ministério da Saúde tem como uma de suas iniciativas, a reforma da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de ampliar o debate sobre a formulação de políticas e novas diretrizes para a reorientação do sistema hospitalar público. Essa reorientação visa principalmente

assegurar a oferta e garantir o acesso, a qualidade e a adequação dos serviços às reais necessidades da população.

Uma oficina de trabalho sobre o tema, foi realizada em dezembro de 2003, envolvendo representantes de diversos órgãos do MS, das Secretarias de Estado de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), pessoal envolvido com gestão de hospitais, representantes de universidades, com o objetivo de discutir propostas e idéias para o melhor desenvolvimento de ações, e a conformação de uma política global de reformulação da atenção hospitalar.

Foram constituídos quatro grandes grupos de trabalho de composição heterogênea que discutiram e propuseram diretrizes:

a) Financiamento global -Instituição de financiamento global ou misto para prestadores, de acordo com a avaliação do gestor, com acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução de convênios/contratos.
b) Gestão hospitalar - Elaboração de políticas de governo indutivas visando à reestruturação da assistência hospitalar; Profissionalização da gestão; Gestão hospitalar integrada com o sistema locorregional.
c) Organização e planejamento de rede hospitalar-Desenvolvimento de projetos de abrangência regional que fortaleçam a regulação e implementem sistemas de informação, com capacitação de pessoal par o SUS e criação de modalidades de atenção à saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado.
d) Modelo assistencial - Adequação do perfil assistencial dos hospitais em função das necessidades epidemiológicas, demográficas e das características regionais, considerando a vocação dos diversos hospitais e sua inserção no sistema de saúde;Enfoque no paciente com qualificação no cuidado, esta considerada uma garantia de acesso com o acolhimento adequado, incorporando a análise de risco e a implementação de práticas clinicas e gerenciais que ampliem a resolutividade e promovam a humanização, a responsabilização e o incentivo ao cuidado integral, transdisciplinar, abordando o usuário como cidadão protagonista no processo de recuperação.

Das diretrizes do quarto grupo – Modelo Assistencial – foram tiradas sete estratégias a saber:

1. Aprimoramento da qualidade de atenção e de cuidados à saúde, baseando-se em evidencias cientificas e na política de *humanização*;
2. Aumento da autonomia do usuário, família e rede social com relação ao seu agravo e à sua participação no processo de recuperação, fortalecendo o controle social no cotidiano, não apenas no espaço formal do Conselho Gestor;
3. Instituição da educação permanente, centrada nas diretrizes do modelo assistencial;
4. Implantação de uma política radical de valorização dos profissionais de saúde;
5. Estabelecimento de gestão de risco no ambiente hospitalar, questão do resíduo fármaco, técnico e hemovigilância, acidentes e doenças ocupacionais;
6. Incorporação, na contratação dos hospitais, do seu papel na rede de atenção, das diretrizes da qualificação e humanização da atenção, do aprimoramento da gerencia mediante o estabelecimento de indicadores e metas;
7. Articulação da continuidade do cuidado pós-alta, de forma integrada com a rede (internação domiciliar, atendimento domiciliar, hospital-dia).

Logicamente que os temas não se esgotaram e deverão ser cada vez mais discutidos e trabalhados para a melhoria do Sistema Único de Saúde. O objetivo se configura na criação de condições favoráveis à reversão do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico hegemônico. Felizmente, as iniciativas do Ministério da Saúde, convocando à participar do debate, os gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde, representantes de entidades e usuários se constitui na sinalização de um esforço de inserção do tema na agenda política do SUS.

Aqui se faz pertinente a observação do arq. João Carlos Bross (2003, p. 48):

> As formas de prover atenção à saúde estão passando por acentuadas modificações: o modelo predominantemente assistencialista,que outros aspectos peculiares atende em função das demandas, está progressivamente se adequando às ações recomendadas pelo modelo sanitarista, que atua mais intensamente junto às comunidades e o meio ambiente, promovendo a saúde e prevenindo doenças e acidentes.

> Esta conversão de cuidados, nitidamente hospitalocêntricos, a partir das doenças para novas formas de orientar e gerenciar a saúde de grupos e indivíduos, se faz necessária também pela progressão geométrica dos custos das coberturas que se volumam pelo aumento da expectativa de vida e pela introdução de procedimentos a partir de técnicas e tecnologias, cujos valores de investimento e operação tornam inviáveis os custos para os sistemas, tanto **públicos** como **privados** (grifo nosso).

As novas propostas deverão ser encaminhadas, concordando com as afirmações do arq. Bross, não só pelos sanitaristas, mas com a participação de arquitetos, urbanistas, economistas, administradores de saúde em todas as instâncias de poder , no sentido de se encontrar novas maneiras de se educar a população para o cuidado à saúde. Saúde e educação não podem deixar de ser vistas como uma interação, como unidade para a consecução de objetivos e metas de um país em desenvolvimento.

1.2.4 – As Novas Tecnologias

As edificações onde se abrigam os cuidados da saúde estão constantemente sendo reconstruídos, renovados. Estão sempre mudando cada vez mais rapidamente. O cenário onde emergem tecnologias é também o cenário de recursos escassos para assistência da saúde.

Os maiores avanços na tecnologia médica tem sido alcançados na ultima década, nas técnicas do rastreamento ou seleção (screening), diagnóstico, tratamento e alivio através de desenvolvimento de drogas, testes, equipamentos e técnicas cirúrgicas. Também avanços têm sido vistos nos hospitais e sistemas comunitários, permitindo inovações organizacionais que mudam a forma dos hospitais serem utilizados. As tecnologias novas podem se juntar em grandes grupos e afetar de modo diferente os diversos serviços de saúde. As mais importantes tecnologias médicas emergentes são:

Tecnologias de rastreamento: onde testes de sangue, tecidos e rastreamento por imagem são aplicados em parte da população considerada de risco, por exemplo, estudar possibilidades de câncer em fumantes.

Tecnologia de exames portáteis – kits para verificar, por exemplo: colesterol e gravidez.

Tecnologia de drogas tipo *delivery -:* novo tipo de drogas estudadas para o tratamento somente de tecidos e células afetadas. Atualmente possibilitadas pela o uso da nanotecnologia[14], cujo objetivo é produzir novos produtos e materiais baseados na crescente capacidade da tecnologia moderna de enxergar e manipular átomos e moléculas. Outras drogas não têm a necessidade de serem aplicadas em área hospitalar, oferecem tratamento suplementar a primeira terapia, por exemplo, tamoxifen, para câncer de mama e também outras imuno-supressivas para transplante de órgãos.

Terapia genética - introdução artificial de material genético que pode substituir genes defeituosos ou genes perdidos.

[14] Nanômetro- dimensão com um bilionésimo de metro. Nano, é um prefixo que vem do grego e significa anão

Técnicas de cirurgia laparoscópica e de mínimo acesso - essas técnicas permitem rápida recuperação e menor tempo de internação, além, é claro aumenta o numero de atendimentos.

Técnicas de transplante de órgãos - usam técnicas de imunologia para reduzir a rejeição de órgãos humanos e também a órgãos de animais.

Tecnologia de imagens e radiologia intervencional; tecnologia que permite transferência de imagens entre diferentes clinicas e o uso em tempo real das imagens para intervenções.

Terapia células-tronco:no inicio de 1998, pesquisadores fizeram células de embrião humano se reproduzirem em laboratório e isso foi o inicio da terapia celular para tratar doenças e lesões através da substituição de tecidos doentes por células saudáveis. Por exemplo, o transplante de medula óssea para tratar pacientes com leucemia é um método de terapia celular já conhecido e comprovadamente eficiente. A medula óssea do doador contém células-tronco sangüíneas que vão fabricar novas células sangüíneas sadias.

Telemedicina - serviços de telemedicina permitem consultas em tempo real entre pacientes distantes e médicos de centros clínicos.

Finalmente, o desenvolvimento dos profissionais e da organização, por exemplo, com a adição de especialista para treinamento do pessoal de enfermagem e outros profissionais da saúde com vistas a obter o melhor gerenciamento de condições crônicas selecionadas em novas clinicas.

Nos Estados Unidos, como destacam Miller e Swensson (2002, p.344), três grandes tendências continuarão a dar a forma do futuro da medicina, são elas:

Engenharia dos genes humanos, cromossomos e moléculas com o objetivo de eliminar ou tentar a cura das doenças. O novo século será o século da biologia, abastecida que será pelas ferramentas de informação conseguidas no Projeto Genoma e outros estudos genéticos e imunológicos.

Aplicação de tratamentos e procedimentos não invasivos que irão gradativamente substituindo as grandes intervenções cirúrgicas. Portanto, este século será baseado na tecnologia das imagens, na computação, arquivos em mídias óticas, comércio eletrônico, robótica e da nanotecnologia.

A engenharia genética é a promessa de melhor custo-efetivo para prevenir as doenças além de repará-las, para os outros acometimentos que não podem ser previstos, advindos de acidentes, os tratamentos continuam a ser avaliados pelo custo-beneficio. Este século será do gerenciamento de saúde, centrado no campo dos

cuidados de saúde sob constante e massiva pressão para redução de custos e emoldurado pelo vasto campo dos instrumentos biológicos e tecnológicos.

A inovação que essas tendências trazem, mais especificamente as duas primeiras, é totalmente espetacular, rápida e serão aceleradas nos próximos anos. Os instrumentos de invenção nestes tempos foram bastante desenvolvidos, o que é uma das razões para essa perspectiva otimista. Os farmacologistas podem manipular impressões ou representações em três dimensões de moléculas de drogas na tela como Legos, moldando-as para verificar alvos a serem atingidos no corpo humano. Os biólogos conseguiram trazer rascunho do genoma humano no ano 2000, graças aos super computadores aos robôs. Os neurologistas usando MRI's (Magnetic Resonance Imaging) podem observar o cérebro funcionando e ver na tela uma nova e estranha gramática composta de luz e impulsos. A relação entre máquina e a força da computação tem produzido e ainda irá produzir incríveis avanços.

Os cirurgiões tem desenvolvido braços robóticos para cirurgias abertas no coração, minimizando incisões e reduzindo drasticamente o tempo de recuperação dos pacientes.

As telecomunicações e a Internet estão causando impactos na sociedade e nos cuidados a saúde com um mundo sem fio. Os avanços da comunicação eletrônica e o processamento de dados têm seguramente transformado o ambiente onde se pratica a medicina.

Os diversos papéis clínicos do Hospital podem ser classificados como de rastreamento, diagnóstico, tratamento, supervisão de condições crônicas e de alivio. Novas tecnologias de rastreamento tem surgido para uma ampla serie de condições genéticas, para uma grande serie de tumores e para outras diversas doenças. Unidades móveis podem agora ser providas de equipamentos com mamógrafos e ultra-som para rastrear aneurismas. Entretanto, os novos casos identificados por essa tecnologia podem sobrecarregar os hospitais se as doenças requererem tratamento imediato ou se características genéticas identificadas necessitarem de um hospital base para supervisão e vigilância das doenças detectadas precocemente.

Não se pode prever o impacto de novos diagnósticos e tecnologias de tratamento em hospitais de eventos agudos. Cirurgias pouco invasivas estão substituindo alguns tipos de intervenções abertas e alguns procedimentos como endoscopia e colonoscopia podem ser executadas em clinicas afastadas de grandes hospitais. È provável, segundo alguns especialistas como Harrisson e Prentice *apud* Rosen (2002) apontam, que as tecnologias futuras como de órgãos artificiais

continuarão a se concentrar em hospitais, devido à complexidade de equipamentos necessários para realização desses eventos.

Aqui se faz necessário uma advertência, segundo os autores já referidos. As mencionadas tendências são reais e suas implicações na arquitetura são significativas. Os hospitais, segundo Miller e Swensson (2002) ditos para tratamentos de agudos estão crescendo menos em número e em geral diminuindo em tamanho. Aqueles, relativamente alguns poucos hospitais de agudos que foram construídos, se constituem geralmente em mega complexos, em hospitais regionais. Se os hospitais desse porte perdem leitos, eles seguramente convertem essas áreas em cuidados ambulatoriais. Os pacientes externos estão ganhando essas áreas, mas é interessante colocar as seguintes questões;

- ✓ O que pode acontecer se uma epidemia emergir, como aconteceu com a invasão do vírus Ebola, que pode requerer um grande volume de prolongados cuidados de casos agudos?
- ✓ O que pode acontecer com a descoberta de um efetivo tratamento para o vírus HIV que requerer um volume grande de prolongados cuidados de casos agudos também?

Isto pode significar que se apresse em resgatar os leitos desativados e se deixe de criticar os grandes complexos de atendimentos a casos agudos.

Outra critica pode ser feita às condições de tratamento de agudos nos hospitais com a superlotação das emergências. Com corredores cheios de pacientes que não podem receber tratamento nas unidades de internação, pois, estas também estão lotadas. Derler et al (2001) citados em Miller e Swensson (2002) colocam a superlotação das emergências como um problema sério, nos Estados Unidos, independente do hospital ser publico, de ensino ou privado. Pode-se observar que a situação pode ser explicada pela menor quantidade de médicos e baixa disponibilidade de leitos. Na perspectiva dos avanços da tecnologia torna-se complicado fazer uma previsão de como serão os estabelecimentos de saúde daqui a quinze, vinte anos. A necessidade por flexibilidade é bastante intensificada pela natureza da industria do cuidado da saúde, como destacam Miller e Swensson (2002). Nesse sentido o que se pode fazer é trabalhar os espaços nos conceitos de flexibilidade e expansibilidade.

Os hospitais que foram construídos na era do aparelho de Raios -X, tem hoje, muitas vezes, dificuldades de acomodar equipamentos especiais de diagnostico e

tratamento. Alguns estudiosos fazem previsão de que alguns equipamentos precisarão de mais espaço, enquanto outros acreditam na nanotecnologia e outras tendências de miniaturização eletrônica, comunicação e radiologia digital, que irão reduzir a necessidade de espaço para equipamentos de diagnostico.

A grande questão que se coloca é a rapidez das transformações na tecnologia. A vida útil dos equipamentos e dos edifícios está diminuindo e muitas vezes, três ou quatro anos pode ser um longo tempo para ficar no topo de linha. Ser flexível é ter um desenho que possa ser rapidamente, economicamente reconfigurado e aperfeiçoado. O *retrofit*[15] de antigos edifícios de saúde é um desafio para os profissionais da área.

Na década de 60, foram desenhados os primeiros hospitais com o chamado *interstitial space*. Os precursores foram Health Sciences for McMaster University, Veteran's Administration Hospital (1980) nos Estados Unidos e o Greenwich Hospital na Inglaterra. O termo, tomado emprestado da medicina, significa um espaço entre camadas da pele.

Nos edifícios, esses espaços são áreas de serviço, inseridas entre pavimentos, onde se encontram as instalações de ar condicionado, gases, elétricas, água, esgoto. Esses elementos são visitáveis, acessíveis para a manutenção, atualização e outras adaptações que se façam necessárias, sem que se tenha que interromper atividades nos espaços imediatamente inferiores ou superiores. O andar técnico, de acordo com Miquelin (1992) deve ter as seguintes características:

- Altura adequada para:

    1. Distribuição integrada, ordenada e disciplinada dos sistemas;
    2. Facilidade de acesso para armazenagem e manutenção de equipamentos;
    3. Facilidade de manutenção.

- A plataforma, que é o piso do andar de serviço, deve:

[15] Termo que significa modernização predial, compreendendo novas instalações elétricas, sistemas de automação predial, fibra ótica.Ver Romero,M. de A. e Orstein,Sheila – Avaliação Pós Ocupação – Col. Habitare/FINEP – p. 21 –Porto Alegre - 2003

1. Ter cálculo de sobrecarga suficiente para acomodar os componentes de sistemas de instalações;
2. Capacidade de resistência ao fogo, atendendo as normas dos bombeiros e outras normas pertinentes;
3. Possibilidade de furação da plataforma com ferramentas simples de mão;
4. Possuir proteção acústica;
5. Suportar peso de equipamentos hospitalares eventualmente pendurados na plataforma.

Miquelin (1992) lembra que a solução, embora, afaste o fantasma da obsolescência no prédio vertical, deverá ser cuidadosamente examinada em relação aos custos, pois, onera o metro quadrado da construção hospitalar. Sempre se deve avaliar outras soluções possíveis para cada unidade. O autor se refere à solução do prédio dos Ambulatórios da Faculdade de Medicina da USP, como um equívoco na utilização exagerada do pavimento mecânico, entre pavimentos de exames ambulatoriais e tratamento.

Os planejadores favoráveis ao uso dos pavimentos técnicos pensam na economia a longo prazo, com a facilidade de manutenção e flexibilidade das áreas úteis, pois, os *shafts* são praticamente inexistentes, nesse caso. Os outros planejadores afeitos aos menores custos imediatos não têm para aqueles, argumentos quando os prédios não se adaptam rápida e economicamente as novas necessidades.

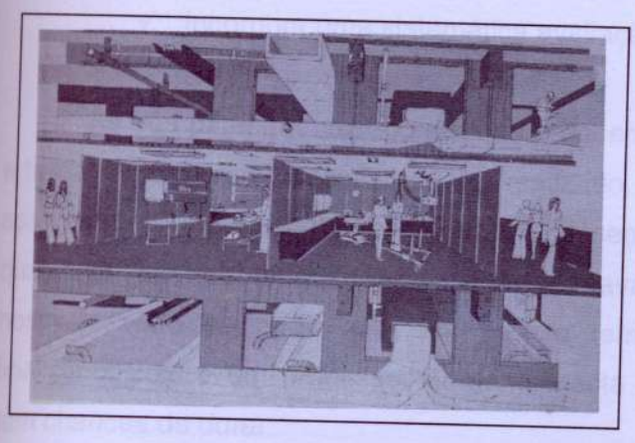
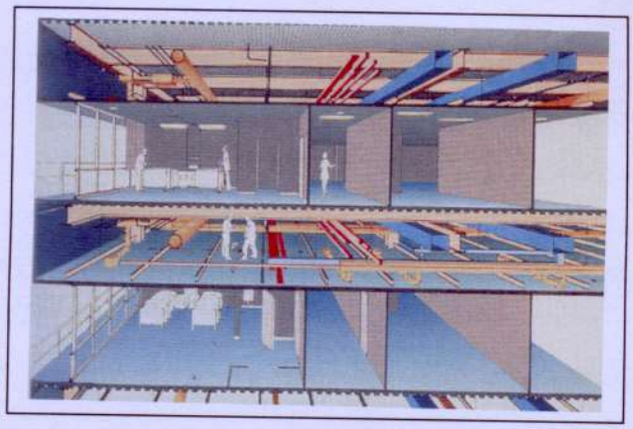


Figura 9 - Instituto dos Ambulatórios - HC/USP – Pavimento técnico
Fonte – CJ-Arquitetura -1977

Figura10 - Exemplo de espaço intersticial (Integrated Building System)
Fonte – Miller e Swensson - 2002



Flexibilidade é cada vez mais determinante no planejamento do lay-out do edifício de saúde. Ela começa com o desenho e não termina com a obra concluída. O desenho flexível é o desenho dinâmico, um processo que é parte do que Jane R. Carpiam,*apud* Miller e Swansson (2002, p.346) escrevendo em Group Practice Journal (1991) chama de *"socially responsible health facility design"*.

Esse desenho socialmente responsável do edifício de saúde, segundo a autora, tem cinco características:

- ✓ Um sistema de valores; explicitamente compartilhado;
- ✓ É baseado na informação;
- ✓ É o produto de um processo de desenho participativo;
- ✓ Incorpora uma revisão sistemática do desenho periodicamente;
- ✓ Incorpora uma sistemática avaliação pós-ocupação.

As três primeiras asseguram que o desenho é politicamente, economicamente e fisicamente factível, possível de ser realizado. Os dois últimos são relevantes para assegurar a progressão da flexibilidade do desenho, pois estabelecem um sistema no qual o projeto é submetido à avaliação e reavaliação. No ambiente da arquitetura hospitalar não se pode falar em projeto terminado, ele nunca será realmente finalizado, pois é um processo. Somente nesta perspectiva os projetos construídos têm chances de durar.

CAPITULO 2
A ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ

CAPITULO 2 –

2.1 –A Evolução da Atenção à Saúde no Ceará

O Ceará situa-se na região Nordeste do Brasil, possuindo uma área de 148.817 km^2, correspondendo a 1,7% da área do Brasil e 9,4% da área do Nordeste, limitando-se com o oceano Atlântico e os estados do Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba.

O estado está dividido em 184 municípios e a capital é Fortaleza, situada no litoral. Os municípios foram agrupados em oito áreas político-administrativas para efeito de planejamento governamental e em 21 (vinte e uma) microrregiões e três macrorregiões de saúde com a finalidade de organizar os sistemas de serviços de saúde, na lógica assistencial.

O relevo do Ceará é formado por planícies litorâneas, zonas intermediárias de sertão e serras, com vegetação em sua maioria localizada na região semi-árida, constituída de plantas xerófitas, sendo a caatinga a vegetação predominante.

A população do Estado em 2000, segundo dados preliminares do último censo referido pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE é de 7.417.402 habitantes, sendo 3.620.263 homens (49%) e 3.797.139 mulheres (51%) e Fortaleza possui 2.138.234 habitantes, correspondendo a 29% da população do Estado.

No período Colonial

No contexto do Brasil Colônia, o Ceará teve um papel coadjuvante, devido sua subordinação administrativa a Capitania de Pernambuco, hegemônica na região Nordeste. Somente em 1603, se inicia sua ocupação de forma ainda incipiente e finalmente em 1799 desliga -se administrativamente da Capitania de Pernambuco.

O sertão ocupa a maior parte do estado que possui uma costa uniforme com poucos acidentes geográficos. As dunas de areia compõem um cenário diverso dos outros estados do nordeste. Algumas serras são verdadeiros oásis no meio do sertão inóspito. Possui duas estações climáticas, composta de um período de chuvas – chamadas de inverno – e outro de estiagem chamado de verão. Estes períodos ás vezes são interrompidos pela calamidade maior: a seca.

Nos séculos XVII e XVIII, não houve praticamente nenhum desenvolvimento econômico. Somente em meados do século XVIII, com o desenvolvimento da pecuária e a instalação das charqueadas[16] observou-se uma melhoria nas condições sócio-econômicas da capitania. No século XIX, nosso outro produto economicamente importante foi o algodão.

No período colonial, o cenário nosológico se caracteriza por doenças-infecto contagiosas de caráter epidêmico, que são: a varíola, o impaludismo, o sarampo, desinterias, febres tifícas, doenças endêmicas, a sífilis, a hanseníase e a tuberculose. Complementa-se esse quadro com as doenças carenciais do tipo: raquitismo e o escorbuto. Nesta época, a ação do serviço público para controlar as epidemias e promover a saúde da população era incipiente. Segundo Barbosa (1990, p.21):

> (...) limitava-se a atingir três objetivos: 1 – controlar e sistematizar a arte de curar; 2 – garantir a dominação militar; 3 – preservar as condições objetivas para viabilizar economicamente a colônia.

No Ceará, o atendimento hospitalar a população era deveras precário, como o era no Brasil inteiro. Havia enfermarias dos Jesuítas na Serra da Ibiapaba, inaugurado provavelmente em 1723, sem dúvida, como afirma João Brígido, citado por Barbosa (1990) o primeiro estabelecimento de saúde do Ceará, como também existia em Aquiráz (1727).

A assistência médica no Brasil Colônia esteve nas mãos das ordens religiosas. Com os jesuítas expulsos, o atendimento à saúde ficou a descoberto. A coroa portuguesa criou os hospitais reais militares que ocupavam os conventos, colégios e os hospícios abandonados pelos padres.

Esses hospitais são dirigidos pelo capitão-mor ou governador da capitania, o qual designava poderes ao físico-mor ou cirurgião-mor nas guarnições menos importantes.

Quando o tenente-coronel Antonio Vitorino Borges da Fonseca assume a província do Ceará, com o titulo de capitão-mor, em 27 de outubro de 1766, encontra a Capitania imersa em um caos organizativo e uma população completamente desassistida em termos de saúde. Em 1769, com o agravamento do estado de saúde

[16] Os sertões do Ceará não se prestavam para o cultivo da cana e sim para a pecuária. O transporte dos rebanhos para Pernambuco, impunha grandes perdas com a diminuição de peso e morte dos animais. Surgindo as charqueadas oficinas que transformavam as boiadas em mantas de carne e couro, conservadas a sal e sol.

dos soldados, manda alugar uma casa que atendesse aos doentes, à guisa de hospital. A construção precária de taipa dispunha de três camas somente.

Ao se concluírem as reformas do Forte em 1802, esse chamado hospital foi instalado em suas dependências.

Desde cedo ficou clara a inconveniência de tal obra, localizada junto à Capela e aos depósitos de víveres e munição. Contudo, por falta absoluta de outro lugar para abrigar os soldados enfermos, continuou a funcionar até inicio do século XX.

Os protestos dos governadores que dirigiram a província do Ceará se fizeram durante o período colonial e nos documentos oficiais chegavam a chamar tal estabelecimento de Ospital Real do Forte de Nossa Senhora da Assunção, embora não o considerassem de nenhuma valia.

No Império

Com a chegada de D. João VI, em 1808, fugindo da invasão de Napoleão em Portugal, o Rio de Janeiro se transforma em sede do Império português. Esse fato encerra o período Colonial e cria as condições para as transformações econômicas, sociais e políticas que iriam determinar a nossa independência de Portugal em 1822.

Por decreto, o regente promove a abertura dos portos da Colônia a todas as nações consideradas amigas. Este fato se junta a outras medidas do tipo como a criação do Banco do Brasil e a implementação de obras públicas de grande porte, que irão desenvolver a economia do país.

A cultura do algodão proporciona significativo desenvolvimento econômico no Ceará. As condições para que isso ocorresse deveu-se principalmente a consolidação da Revolução Industrial na Inglaterra, a guerra da Independência Americana e a queda da produção de outros fornecedores.

A pecuária e o algodão são parceiros no desenvolvimento. O gado tem uma contribuição significativa na expansão do território de sua ocupação e o algodão depois de colhida a pluma serve de alimento para o gado, além de consolidar a estrutura agrária, que dera depois responsável pelo atraso e pela miséria que se instalará no Ceará até os nossos dias.

A situação do Brasil na primeira metade do século XIX é, segundo Sodré (1983) *apud* Barbosa (op.cit., p.44) :

> (...) uma fase extremamente difícil; ela assinala a preparação para autonomia política e sua efetivação, mas também e principalmente, a integração da economia brasileira no mundo e todo o tortuoso processo de adaptação desta economia colonial, que persiste colonial, às condições criadas pelo avanço capitalista no exterior.

O café na segunda metade do século é o sustentáculo do desenvolvimento da economia brasileira. Sai de cena o tráfico dos escravos africanos em 1850 e surgem as relações de trabalho, com os trabalhadores brancos e europeus. Inicia-se a acumulação de capital nestas áreas e a modernização do pais com a incorporação dos avanços tecnológicos da revolução industrial. Surge também, embora de forma incipiente, a industria têxtil brasileira.

O cenário no Nordeste é diverso, sobretudo no Ceará. A cultura do algodão é prejudicada pelo recrudescimento da produção em outros paises, como os Estados Unidos. A pecuária também sofre a concorrência de outros estados do sul, notadamente no Rio Grande do Sul.

Secas, epidemias e movimentos migratórios contribuíram grandemente para a diminuição da população do Ceará, no século XIX. O que seguidas vezes desarticulou a economia do estado. Os cearenses vão para o Norte em busca da borracha e, também libertam seus escravos em 1884, menos por misericórdia e mais por desinteresse econômico, pois os latifúndios improdutivos estavam nas mãos de poucas famílias, que detinham o poder político.

Vê-se que as relações de produção e o desenvolvimento econômico irão determinar as políticas públicas de saúde. As práticas sanitárias serão diferentes, determinadas por uma economia diversa entre Sul e Nordeste.

No sudeste a modernidade acontece no lastro das relações capitalistas de trabalho. No Nordeste, o subdesenvolvimento se instala, amparado na estrutura agrária e relações de trabalho feudais, patrocinado pela elite oligárquica atrasada e arrogante.

Na Europa do século XVIII, surgiu a medicina social, medicina urbana ou medicina moderna no cenário de desenvolvimento capitalista no Ocidente que, tinha como objetivo medicalizar preventivamente o espaço e as populações urbanas. Foucault, *apud* Ponte (2001, p.69), afirma que a medicina antes individualista passou à condição de coletiva com o advento do capitalismo na época clássica. Ainda

segundo Ponte (2001, p.69), o historiador – filosofo demonstra que o primeiro objeto a ser socializado pelo capitalismo é o corpo que trabalha e produz:

> O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-politica. A medicina é uma estratégia bio-politica.

A medicina social assumiu três diferentes caracteristicas na Europa:

Na Alemanha - medicina estatal – Estado desenvolvendo o saber médico estatal.

Na França – medicina urbana-formação possibilitada pelo desenvolvimento das principais cidades.

Na Inglaterra - medicina da força do trabalho – ocupa-se da saúde e disciplina dos corpos disponíveis para o trabalho.

A partir de meados do século XIX, surgiu a medicina social no Brasil, através dela, emerge um conjunto de praticas e discursos, que convergem para uma premente necessidade de higienizar as cidades e medicalizar suas populações[17].

De acordo com Barbosa (1990), Portugal não segue os avanços ocorridos na Europa na área da medicina e quando a corte chega ao Brasil, mantém-se a mesma

---

[17] Hipocrates, considerado o pai da Medicina, recomendava ao médico que chegava a uma cidade para avaliar o estado de saúde da população, observar as condições naturais.O homem não podia ser tratado na sua totalidade sem se levar em consideração as influencias do meio externo em que ele vivia.Em um trecho do capitulo V do tratado hipócratico, 'Ares, águas e lugares", encontramos um maior esclarecimento:
Aquele que deseje fazer pesquisas exatas em medicina deve proceder assim: considerar em primeiro lugar, as estações do ano e os efeitos que cada uma delas é capaz de produzir(...);e em segundo lugar deve observar os ventos, quentes ou frios, sobretudo aqueles que são próprios a cada região. Ele deve também considerar as propriedades das águas, pois elas diferem em sabor e peso(...)De modo que, quando um médico chega numa cidade que lhe é desconhecida, ele deve examinar com cuidado a maneira como ela está exposta em relação aos ventos e em relação ao nascente(...); e a propósito das águas, ele deve considerar como elas e apresentam, e em particular se os habitantes usam água de mangues ou águas duras provenientes de lugares elevados e de lugares rochosos ou águas salobras. Quanto ao solo, ele deve considerar se ele é descoberto e sem água ou se ele é arborizado e inundado, se ele é baixo e quente ou se ele elevado e frio. Ele considerará também o rgime dos habitantes, se eles amam a bebida, se tomam refeições ao meio dia e não suportam a fadiga ou se eles amam o exercício e o trabalho, comendo bem e bebendo pouco.É a partir destes dados que o médico deverá considerar cada caso.Para um médico que conhece bem, todos estes aspectos, senão ao menos a maior parte deles, ele não deixará escapar,(...),nem as doenças locais, nem a natureza das doenças gerais, de sorte que ele não cometerá erro,em relação a todas as coisas que naturalmente se produzem, se ele tem um conhecimento prévio destes dados para refletir antes de cada caso (cap V- Airs,eaux et lieux – Jouanna, *apud* Costa, in A cidade e o urbano: Temas para debates – Fortaleza –EUFC – 1997).
Com a anamnese, digamos do meio e do individuo , poder-se-ia com maior segurança avaliar o estado de saúde da população e fazer um diagnóstico seguro. Esta medicina hipocratica volta a ser utilizada, no final do sáculo XVIII.O meio ambiente será utilizado como o elemento que explica o surgimento de doenças.No século seguinte, os higienistas entendem a cidade como o foco da explicação do aparecimento das epidemias . Aqui se concentra gente, pobre, sem moral sem bons costumes, onde a sujeira e promiscuidade promovem o ambiente propicio para instalação da doença.Complementando com Ponte(2001,p.74):

> Mas, ao se debruçar sobre o urbano para medicalizá-lo, o médico terminou por perceber que precisava mais do que seus conhecimentos clínicos para proceder a uma intervenção tão global. Foi preciso, então, que o profissional de medicina se tornasse também um cientista social, passando a incorporar ao seu saber conhecimentos históricos, geográficos, estatísticos, topográficos e demográficos...

estrutura relativa a saúde, baseada no físico-mor e nos comissários sanitários nas províncias, cuja função era:

- ✓ Controlar o exercício da prática médica
- ✓ Fiscalizar os portos
- ✓ Agir na ocorrência das epidemias.

D. João VI cria no Hospital Militar da Bahia a escola de cirurgia, através da Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808. Também é fundada outra escola médica no Rio de Janeiro em 2 de abril do mesmo ano. Anos depois essas escolas são transformadas em academias médico-cirúrgicas, em 1813 e 1815. Através de uma lei de 03 de outubro de 1832, as referidas academias são elevadas a categoria de faculdades de Medicina.

Em meados do século XIX são criadas as comissões de higiene pública provinciais que eram subordinadas à Junta Central de Saúde Pública, que foi atuante até a Proclamação da República. Segundo Ventura (1998, p.28):

> É na metade do século XIX que a medicina social no Brasil assume claramente o caráter de intervenção no organismo social, propondo-se a cuidar não apenas da saúde dos cidadãos, mas também da saúde das cidades. Neste período, inicia-se uma incipiente atividade médica com a finalidade de proteger a corte contra epidemias e contágios no novo meio considerado primitivo e insalubre.
> Os médicos, no período imperial, têm o papel de consultores, assessores, conselheiros e críticos da administração no que concerne a saúde publica dentro das entidades civis e corporativas como a Academia Imperial de Medicina, que opina e interfere nos variados tema s relacionados a vida nas cidades. O primeiro órgão público destinado às questões de saúde, dirigido especificamente ao combate da febre amarela, surge no final do Segundo Império, em 1885.

No Ceará, durante o século XIX as epidemias de varíola (1824 /1825 e 1878) a febre amarela(1851/52/53) e a cólera(1862), provocaram grandes mortandades na população da província. Sem serviços de saúde organizados na província, o poder público assume algumas responsabilidades com a saúde da população, aplicando os Códigos de Posturas das Câmaras, a vacinação antivariólica, construção de lazaretos e finalmente a contratação de "Médicos da Pobreza"[18].

[18] O primeiro médico a ser contratado no Ceará, foi o Dr. José Lourenço, formado pela Faculdade do Rio de Jneiro, no governo do padre Martiniano de Alencar, o outro profissional nomeado Médico da Pobreza pela Portaria de 1845, foi

A concepção de cidade dos médicos sanitaristas, nesta época, partia de um conhecimento especifico, técnico que justificava as medidas adotadas pelo poder central. A limpeza das cidades tinha como fundamento a noção higienista. Os relatórios propunham mudanças qualitativas sobre toda a cidade e eram entregues diretamente para o governo.

A cidade de Fortaleza no final de 1851 recebeu um médico como presidente,Joaquim Marcos de Almeida Rego(6/07/1851 a 28/04/1853). Foi o primeiro médico que assumiu a presidência e havia sido enviado do Rio de Janeiro, com a missão de tomar medidas urgentes na cidade contra as epidemias que vinham dizimando outras capitais brasileiras. Aos primeiros sinais de epidemia, as antigas medidas da Câmara Municipal são reforçadas com novos artigos instituídos. A policia é o elemento de coação da população, vigiada para ser impedida de sujar as ruas, o médico da pobreza e o apontador de obra acompanham os serviços de limpeza das ruas, com frentes de trabalho contratadas pelo governo. Os relatórios sobre as condições de higiene ficavam a cargo dos médicos. O médico Liberato Castro Carreira sugere como necessário e urgente a criação de "***asylo***" para recolher a pobreza.

Outras medidas são enviadas ao Presidente, referentes ao escoamento de águas paradas, limpeza de valas, becos e ruas; execução de valas profundas para o lixo; vigilância e limpeza no matadouro público; inspeção rigorosa do mercado público, tabernas e alimentos; proteção das fontes de água de beber, não permissão de abrir covas no cemitério com menos de 8ª 10 palmos de fundo; não haver toque de sinos, nem para Sacramentos, ao surgir nova intensidade de febre; realizar fumigações nas prisões e outros lugares de ajuntamentos;visitar todo e qualquer quintal suspeito de não ser limpo e multar os donos que não o conservasse em ordem; internar em hospital os pobres doentes e,segundo Abreu, *apud* Silva (2000, p.31*)*:

> "(...)finalmente fazer compreender as pessoas, que a epidemia reinante é o mais benigna possível e que o clima e a estação entrante são abundantes em ventos geraes".

Isto tudo é evidencia do aumento da epidemia na cidade e a Câmara Municipal[19] faz maior pressão na população. Anos depois o governo contratou os

Liberato de Castro Carreira. Estes dois se destacaram na construção de um investimento médico - higienista sobre a ascendente urbanização de Fortaleza, segundo Ponte (2001,p.78).

[19] Segundo Costa(2002, p.67), o discurso médico higienista rebate-se nos planos urbanos, nas reformas urbanas e na legislação.O Código de Posturas e de Higiene de Fortaleza, de 1835, exige dos moradores a manutenção da limpeza pública.Determina *que todos os habitantes desta Cidade, e Povoações do município, ou sejão proprietários, ou rendeiros,*

serviços do Engenheiro Adolfo Herbster para cuidar das obras públicas da cidade. A Câmara Municipal cria, segundo Silva (2000), todas as condições necessárias para um novo modelo de cidade, sob os moldes da propriedade privada.

Segundo Ventura (1998, p.28)

> Num contexto histórico, o impacto e a velocidade com que o crescimento urbano e industrial modificaram a face da antiga vila para a nova cidade, a partir da nova década do século XIX, demonstra claramente o papel assumido pelas ações ou políticas públicas de saúde.

O proletariado emergente torna-se objeto da atenção médica, que visa regenerar, curar, fortalecer, disciplinar, moralizar e finalmente adestrar essa parte da população com as ações de saúde. O espaço era curado para o atendimento a determinada burguesia.

Lazaretos – lugar de segregação

Os lazaretos tinham como objetivo retirar os portadores de lepra do convívio da comunidade. No Brasil, esses abrigos tiveram suas funções ampliadas, posto que recebiam todos os que eram acometidos de doenças contagiosas, especificamente as epidêmicas, como a varíola e a cólera. Em algumas vilas foram utilizados como local de quarentena de escravos, que chegavam em péssimas condições de saúde, sendo ali abrigados para se curarem ou morrerem. Nestes locais, na periferia das cidades, não havia praticamente assistência médica e os doentes eram atendidos por um enfermeiro pratico, cuja função era mais vigiá-los do que tratá-los.

No período colonial foram construídos lazaretos no Rio de Janeiro em 1763, em Recife (1791), na Bahia(1787), em São Paulo(1803), em Itu e São João Del Rei (1826).

Como conseqüência da chegada da família Real no Brasil, ocorreram investimentos públicos na construção de hospitais e os lazaretos se tornam construções de maior porte, onde podem ser internados dezenas e até centenas de pacientes.

---

são obrigados a trazerem limpas as frentes de suas cazas, becos e fundos de quintaes por onde haja trânsito público... e proíbe lançar nas ruas animais mortos e outras imundícies *que causam mau cheiro* , conforme Campos(1988),*apud* Costa (op.cit., p.67)

No Ceará, no decorrer do século XIX, a varíola se torna endêmica, com alguns episodios epidêmicos, principalmente nas secas. Fortaleza, nesta época recebia grande aglomerado humano vindo do sertão, daí acontecendo grandes catástrofes.

Em 1814, foi construído um abrigo em um sitio chamado Jacarecanga, a oeste da Vila. A Junta Real da Fazenda determinou que todos os pobres fossem lá assistidos. Esse 'hospital"não passava de uma casa de taipa, com coberta de palha. Os desvalidos lá encontravam um local para morrer, longe da população abastada, esta quando necessário era tratada em casa, sem presenciar o sofrimento dos retirantes. Após o evento da epidemia esse abrigo com características efêmeras era abandonado, sendo destruído pelo tempo. Na ocorrência de outro surto, grande como o de 1918, foram construídas pequenas casas configurando um arraial de desvalidos.

O Governador Sampaio (Manoel Inácio Sampaio), em 1819, decidiu em reunião da Real Junta da Fazenda, construir um hospital em tijolo e cal,com coberta em telha de barro, visando abrigar os escravos doentes, quando se iniciou , naquela época o trafico diretamente da África para a Vila de Fortaleza. A obra iniciada em julho de 1819 e concluída no ano seguinte, em maio, sofre reformas nos anos de 1849 e 1855.

Por esta realização o Governador Sampaio foi saudado pela população com discursos de seguinte teor, segundo Leal (1978, p.118):

> (....)observai e vede os sentimentos de piedade e beneficência,a compaixão com que procura a nossa saúde, erigindo nos subúrbios desta Capital , um Hospital que serviu ao mesmo tempo de asilo para a enfermidade de uns e de reparo à saúde e conservação de outros

No ano de 1855 foi iniciada a construção de outro lazareto, prédio com 112 palmos de frente e 142 de fundo, no local denominado Lagoa Funda, nas cercanias de Jacarecanga, a 7 Km mais a oeste do centro de Fortaleza. A epidemia do *cholera - morbus*, já caminhava para o Ceará, pois se tinha noticia da sua chegada no Pará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Bahia, entre 1855 e 1856. A Província foi duramente atingida e cerca de 11 mil pessoas perderam a vida.

Em outubro de 1878 o cemitério da Lagoa Funda[20] se torna um cenário de horrores. A varíola trazida pelos potiguares, via Aracati, se instalou em Fortaleza, nos acampamentos de retirantes localizados nos subúrbios.

---

[20] O abandono, a dor e o sofrimento a que eram submetidos os doentes no lazareto da Lagoa Funda, por ocasião da epidemia de 1878, podem ser ilustrados com um trecho do romance "A Fome', de autoria de Rodolfo Teófilo:

O novo presidente da província, José Júlio de Albuquerque Barros, solicitou a orientação dos médicos sobre que atitude tomar para conter a doença e proteger a população. Estes após longas deliberações sugeriram que fossem imediatamente retirados os abarracamentos instalados a barlavento na cidade. A sotavento, acreditavam eles, as correntes de ar levariam para longe os venenos da peste. Os cadáveres deveriam ser transportados pela praia, sem passar pelo centro da cidade.

O número de mortos era desolador, em trinta dias, foram contabilizados 9.721 cearenses levados pela varíola. Porem, o cenário de terror, teria seu ápice no dia 10 de dezembro de 1878. O dia em que, no cemitério contíguo ao lazareto da Lagoa Funda, foram recebidos, até o cair da noite 1004 corpos. Este dia ficou conhecido como o Dia dos Mil Mortos. O pior dos dias deixou ainda insepultos 238 cadáveres. A tarefa adiada para o primeiro raio de sol do outro dia se mostraria tão terrível quanto à do anterior.

O Governo central pouco contribuiu para minimizar a gravidade da situação. Para exemplificar a pouca eficiência do poder público para combater a epidemia. Quando esta estava praticamente debelada, chegou a Fortaleza uma comissão médica enviada pelo Imperador, pensando que havia outra epidemia, a peste bubônica ao invés da varíola. Os medicamentos trazidos não foram úteis e a comissão nada pode fazer para ajudar a população.

A varíola permaneceu endêmica até 1904, quando a ação da Inspetoria de Higiene e o farmacêutico Rodolfo Teófilo conseguiram erradicá-la das terras cearenses.

A varíola, em companhia da seca, faria mais vitimas em 1888 e em 1900, mas, não com a mesma intensidade e mortalidade. Segundo Ponte (2001), o médico Pedro Augusto Borges, achou por bem mandar fechar o referido hospital pelo alto índice de impregnação infecciosa do prédio e do seu cemitério próximo.

Sabe-se que no período colonial as Santas Casa desempenharam papel importante na assistência médica no Brasil. As Irmandades de Misericórdia que eram confrarias formadas por católicos fundaram e mantinham essas instituições.

Somente em meados do século XIX, se conseguiu construir uma Santa Casa no Ceará. Como se vê, com defasagem de tempo significativa em relação às outras províncias, que já possuíam suas Santas Casas como Santos (1543), Bahia (1549),

---

Os gemidos surdos dos moribundos e os gritos desconsertados dos variolosos que deliravam, formavam um concerto que comovia e aterrava.(...) Corpos cuja pele a inchação havia estirado a ponto de fender-se em todos os sentidos e, assim em carne viva, sem mais o invólucro protetor sentia o desgraçado a aspereza da lona da cama a penetrar nos tecidos nus, como um ferro incandescente, produzindo dores de uma horrível queimadura!

Vitória(1554/55), Olinda(1560), Ilhéus(1564) e Rio de Janeiro(1582). Isso demonstra o nível de atraso e miséria da nossa província.

A primeira tentativa frustrada ocorreu em 1839, quando aconteceu a visita pastoral do Bispo de Olinda e Recife, D. João da Purificação Marques Perdigão. O Governador da Província, João Antonio de Miranda, convoca uma reunião com as 87 pessoas mais importantes da cidade, porém, menos da metade não compareceu. Problemas de ordem política impediram a mobilização da sociedade para a construção do hospital. O Bispo doou a quantia de 50 mil reis para o inicio da obra, mas em 1840, com a destituição do governador, não se descobriu jamais o destino dado aos fundos que foram arrecadados.

Finalmente foi iniciada em 1847, a construção da Santa Casa, durante o governo de Inácio Correia de Vasconcelos que aproveitou alguns recursos pecuniários, sobras das secas dos anos passados e mais 3:000$000 decretada no § 4° do art. 2° da lei n° 398 de 26 de setembro de 1846, sob o nome de hospital de Caridade, julgando mais conveniente destinar as quantias para um estabelecimento público que atendesse adequadamente a população carente. O engenheiro da obra foi o primeiro tenente Jilvencio Manoel Cabral de Menezes, substituído em 1849 pelo 2° Tenente Manuel Vicente de Oliveira.

O edifício foi concluído em 1857, mas, sem verba para seu custeio, o Presidente da Província, Dr. João Silveira de Souza, mandou fechá-lo e demitir empregados. Em oficio ao Ministério do Império, em fevereiro de 1858, o Presidente da Província demonstrou a impossibilidade de manter o hospital em funcionamento e solicita que fossem concedidas as loterias, pedidas em oficio no ano anterior. Em agosto de 1860, a lei n° 928, autorizou a Presidência a instalar a Irmandade de Misericórdia, sendo concedida a subvenção de 6:000$000 réis para o suprimento das despesas acrescidos ao mesmo os rendimentos do cemitério público. Em 14 de março de 1861, foi inaugurado o estabelecimento com todas as solenidades pertinentes, oficiais e religiosas.

Após autorização, a Mesa Administrativa pela Resolução n° 1232 de 03 de dezembro de 1867, contratou no Rio de Janeiro, quatro irmãs de caridade que aqui desembarcaram em janeiro de 1870.

A grande construção é assim descrita por Meneses (1992, p.77):

> Ocupa a quadra situada entre a praça dos Mártires, ruas da Misericórdia e Senador Pompeu, tendo o lado norte para o mar, e é

> um dos melhores edifícios da capital por suas proporções, asseio e aplicações.
> Está levantado sobre um aterro de 1.30m com 6.30m de altura dele a cornija.
> Em uma extensão de 70m de frente, conta com 20 janelas e uma elegante e nobre entrada.
> As portas de todas as janelas têm 2.83 m com 1,33m de largura e as das entradas 4m, sendo que a principal tem 2.12m de largura.

Meneses (op.cit,p.77-78) continua, informando os ambientes que compunham o edifício e o seu zoneamento:

Consta o edifício pelo lado da frente de: capela, sala para a Mesa Administrativa, secretaria, parlatório das Irmãs; vestíbulo, terraço, cinco dormitórios para as Irmãs; ao centro um grande compartimento com:rouparia, sala de costura, latrina, refeitório, dormitório para 33 crianças;outro compartimento com farmácia,laboratório, armazém, consultório,depósito da capela;pelo lado sul,enfermaria de medicina para indigentes masculinos,refeitório, enfermaria de cirurgia para indigentes masculinos, despensa, deposito de drogas; sala de tratamento de pensionistas militares, quarto de isolamento (dito xadrez); pelo lado do fundo:sala para refeição, sala de cirurgia, deposito de instrumental cirúrgico, 06 quartos para pensionistas civis; necrotério;pelo lado do mar: 02 enfermarias de medicina e cirurgia para mulheres, consultório medico, despensa, 01 enfermaria para mulheres indigentes, despensa,consultório;ao centro:cozinha, despensa, refeitório, depósito para carne verde, banheiros, lavanderia e sala para o engomado. O prédio possuía ainda três poços com as respectivas bombas e dois cataventos.

Como se percebe o programa era extenso e com suas unidades funcionais bem definidas, ou seja, o setor administrativo, de apoio e de atenção aos internados. A atenção ao paciente externo, acontecia de forma ainda incipiente, com o apoio do Médico da Pobreza Dr. Castro Carreira.

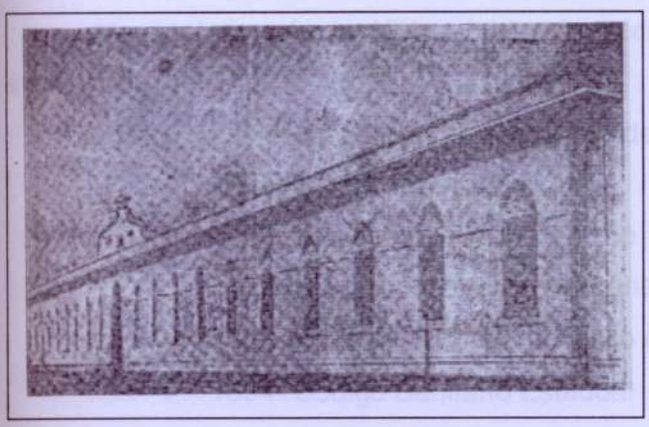


Figura 11
Santa Casa de Fortaleza –no ano da fundação -1861
Fonte: Livro – O poder e a Peste - 2001-

Na República

Nas ultimas décadas do Império ocorreu significativo desenvolvimento econômico, predominantemente no sul e sudeste do Brasil, decorrente da produção e exportação do café. Este processo de desenvolvimento e as transformações econômicas sociais e políticas que ocorrem entre a abolição dos escravos (1888) e a revolução de 1930 inicia a formação de parque industrial para produção de bens de consumo do tipo: tecidos, roupas e alimentos, que irão substituir as importações, segundo Ventura(1998).

O novo cenário, o desmonte das oligarquias cafeeiras, industrialização e criação de uma legislação trabalhista, proporcionado ao contingente assalariado um melhor padrão de vida começa, atrair para as cidades uma grande migração das massas rurais.

A República herdou do Império uma estrutura de assistência médica deficiente, onde a atuação do governo era praticamente inexistente e como viu-se ancorada em instituições de caridade, como as Santas Casas.

Um grande número de órgãos de policia médica e de controle sanitário são criados na Republica, dando a medicina maior autoridade para disciplinar a vida urbana. A assepsia da cidade e o controle da vida dos indivíduos irão contribuir para uma nova configuração urbana, atrelada a idéia de embelezamento da cidade.

Em São Paulo, palco de transformações urbano-industriais, se inicia a transformação na estrutura sanitária do país. O crescimento da população do estado, devendo-se também à emigração de europeus, agrava a sua condição sanitária.

Providencias são tomadas no Porto de Santos para garantir o controle da entrada de emigrantes e o escoamento de mercadorias, dentre elas o café.

No final do século XIX e inicio do século XX foram criadas as seguintes instituições:

- 1891- Inspetoria de Higiene, depois Serviço Sanitário, dirigido por Emilio Ribas
- 1892- Instituto Vacinogênico e a Comissão de Vigilância Epidemiológica para Zona Urbana
- 1893- Laboratório Bacteriológico e o Serviço de Desinfecção
- 1894- Código Sanitário Estadual
- 1901- Instituto Butantã
- 1903- Instituto Pasteur

No inicio do século o Rio de Janeiro, capital da República, tinha 750.000 habitantes e as péssimas condições sanitárias levaram o governo investir recursos em saúde pública, centralizando ações e decisões, tais como:

- 1890 – Constituição do Conselho de Saúde Pública
- 1892 – Regulamentação do Laboratório de Bacteriologia
- 1893 - Criação da Inspetoria Geral dos Portos
- 1894 – Instituto Sanitário Federal
- 1897 – Criação da Direção Geral de Saúde Pública.

Evidentemente, as cidades do Rio de Janeiro e de Santos são privilegiados com as dotações orçamentárias por serem os principais portos de escoamento da produção de café.

No governo de Rodrigues Alves (1902-1906), é lançado um grande programa de obras públicas, incluindo saneamento e reforma urbana e, nomeado o médico Oswaldo Cruz como diretor do Serviço de Saúde Pública do Rio de Janeiro. É a consolidação da política sanitária da Velha República: repressiva, normatizadora, segregadora e algumas vezes violenta.

Iniciando o combate pela febre amarela, e conseguindo bons resultados , apesar da resistência da população o médico Owaldo Cruz ataca em seguida o problema da peste bubônica ,mas somente em 1909,diminui a incidência da doença.

Finalmente, Oswaldo Cruz investe contra a varíola. Ocorre grande resistência da população, com diversos setores da sociedade se mobilizando contra a campanha da vacina, devido sua obrigatoriedade.

Em 1918 é criada a Liga Pró-Saneamento no Brasil e surgem os serviços de profilaxia rural, que através de medidas sanitárias, tentavam mudar o quadro de miséria em que se encontravam as populações rurais, principalmente do Nordeste. Outro protagonista na aplicação das medidas sanitárias foi a Fundação Rockefeller que, em 1920 inicia suas atividades principalmente no norte do país no combate a febre amarela.

O Ceará não tem sua estrutura política especialmente alterada com o estabelecimento da Republica, as oligarquias da província aderem sem traumas ao novo status quo. A oligarquia Acyoli, a mais longeva (três mandatos no governo) é totalmente subserviente ao governo central, comandado por um representante da oligarquia paulista ou mineira, logicamente. A estrutura feudal é realçada pelo poder dos coronéis, donos de pensamento e terras.

A atividade econômica no Ceará estava debilitada por fatores do tipo; seca por longos períodos, preço baixo do ouro branco, o algodão, a estrutura agrária e a emigração para o norte que promoveu o vazio populacional. Na Republica há uma melhora no quadro: o preço do algodão se eleva por conta da ativação do mercado interno, com sua manufatura; o látex da maniçoba, devido à valorização no mercado internacional, começa a se consolidar na economia local e o café, produzido na Serra de Baturité, induz um certo desenvolvimento local. Neste cenário surgem as industrias, a têxtil e as de óleos de produtos agrícolas, do caroço de algodão e mamona. Para escoar os produtos, aparece a estrada de ferro de Baturité, que chega ao Juazeiro do Norte em 1926.

Em relação à saúde, o Estado não faz praticamente investimentos, nada que lembre a atuação dos governos estaduais no Rio e em São Paulo, juntamente com o governo federal. Porém, com a implantação da Republica, acontece uma significativa descentralização administrativa, com as políticas sanitárias passando a responsabilidade dos governos estaduais.

As Inspetorias de Higiene continuam a fazer a vigilância dos portos e vacinação antivariólica, embora de maneira deficiente. Em 1919, é realizado um convenio com o governo central, criando o Saneamento Rural. São criados postos de saúde em Fortaleza e em outras cidades do interior. Segundo Barbosa (1990, p.105);

> Um aspecto peculiar da saúde publica no Ceará, neste período, é que as praticas sanitárias em voga, no sul do pais, chegaram ao estado por iniciativas individuais ou da própria comunidade.

Dentre essas iniciativas tem-se os seguintes exemplos:

- ✓ A ação de Rodolfo Teófilo no combate a varíola[21]
- ✓ A fundação do Instituto de Proteção e Assistência a Infância em 1913, pelo Dr. Abdenago da Rocha Lima
- ✓ A criação da Maternidade João Moreira em1915, pelo Dr. Manuelito Moreira
- ✓ A fundação do Instituto Pasteur, em 1918, pelo farmacêutico Afonso de Pontes de Medeiros e Dr. Carlos Ribeiro
- ✓ Construção do Leprosário Antonio Diogo, em 1928, mantido pela Sociedade Mantenedora e Protetora do Leprosário.

Um dos acontecimentos relevantes para a saúde no Ceará é a fundação do Centro Médico Cearense em 1913. Segundo Ponte (2001, p.121):

> A entidade assinala o desejo de unificação e defesa dos interesses científicos e corporativos dos médicos, farmacêuticos e odontólogos da Capital e do Estado.

---

[21] Rodolfo Marcos Teófilo – Farmacêutico e escritor, nasceu em 6 de maio de 1853, em Salvador e faleceu em 2 de julho de 1932 em Fortaleza.Aos dois meses foi trazido para o Ceará, quando indagada sua origem,declarava : "Sou cearense porque quero".
Rodolfo Teófilo, segundo Neto (2001,p.12) era:

> (...)uma figura quixotesca, que tomou para si a tarefa de enfrentar a varíola, praticamente sozinho. Anos a fio correu os quatro cantos de Fortaleza, batendo de porta em porta, aplicando as doses de vacina que fabricava em casa.(...) O trabalho não foi em vão. Quando ainda atacava os estados vizinhos do Ceará, a varíola estava praticamente extinta em Fortaleza.

O Ceará foi dominado no final do século XIX e inicio do século XX, por um representante de uma retrograda oligarquia, chamado Antonio Nogueira Accyoli.Enquanto dirige o estado, esse líder não promove quase nenhuma ação de saúde.
A varíola, de caráter endêmico, após o grande evento de 1878, sem a devida atenção recrudesce em pequenos surtos.Neste cenário, inicia-se em 1901, o trabalho de Rodolfo Teófilo, com a inauguração de seu vacinogenio. Dois anos se passam e consegue extinguir a varíola no estado, o único no país.

Na capital da Republica, apesar do apoio, a doença afligia a população. Oswaldo Cruz não logrou o sucesso esperado com o suporte oficial e, surpreendentemente um farmacêutico tão distante dos recursos , quanto da capital ousou e com a pratica sanitária respaldada pelo participação popular, venceu a doença.O governo local tentou desmoralizar a vacina por ele produzida, pois era uma prova da incompetência do poder publico.

> "Ao vulgo venci com a palavra, doutrinando: ao governo, desprezando as suas invectivas e tendo compaixão de sua cegueira."

Embora o Ceará, já tivesse livre da varíola, Rodolfo Teófilo, buscou ajuda do governo federal para construção de um isolamento em Fortaleza, para a proteção da população de novos casos, pois os estados vizinhos, Paraíba e Pernambuco e na capital da republica a doença permanecia sem controle.Portanto, escreve ao Diretor Geral de Saúde Publica Oswaldo Cruz, em 1910:

> "Excelentíssimo Sr. Oswaldo Cruz,
>
> Minhas respeitosas saudações. Permita V. Exa. que eu venha a sua presença solicitar uma medida de salvamento para o Ceará, onde a higiene publica é coisa de pouca valia, a medida que eu venho pedir é a criação de um isolamento para variolosos. A varíola se acha extinta aqui a cerca de cinco anos. O Ceara é o único estado do Brasil que goza presentemente de semelhante prerrogativa...

A cidade contava com 32 médicos à época, que trabalhavam sem trocar informações. Daí a importância do Centro Médico, pois promovia o encontro destes profissionais.

Outro acontecimento que nasce neste ambiente de efervescência cultural e política e que será importante para o futuro da população é a criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia. Houve uma primeira tentativa em 1914, frustrada nos seus intentos e em 1916 os seus idealizadores obtêm o parecer favorável para o seu funcionamento, expedido pela Comissão de Instrução Pública. O Presidente do Estado Dr. José Thomé de Saboya e Silva sanciona a Lei nº 1931, de 2 de outubro de 1916, reconhecendo a instituição como de utilidade pública. Em 4 de dezembro de 1950 foi federalizada, pela Lei nº 1254 e em 1954 foi incorporada à estrutura da Universidade do Ceará, sobre cuja criação se fará referência em capitulo posterior.

A grande epidemia da gripe Espanhola desencadeia uma grave crise social e sanitária no Brasil, com elevado número de mortes ocorridas em apenas dois meses no Rio de Janeiro (12.830 pessoas), ressalta as precárias condições de vida das populações.

Neste cenário, as classes trabalhadoras, com sua mobilização, fazem reinvidicações que forçam o poder central a intervir nas relações de trabalho. Em 1919, são criadas as primeiras leis sobre Acidente do Trabalho, Previdência Social (Lei Eloy Chaves – 1923). Na área sanitária é criado o Departamento Nacional de Saúde.

Como viu-se anteriormente em 1918, havia sido criada a Liga Pró-Saneamento no Brasil. Esta passa a editar a revista Saúde, que se tornará porta-voz do novo movimento da entidade de caráter nacionalista, combatendo as idéias colonialistas que afirmavam a inviabilidade de civilização prosperar nos trópicos. A formação étnica e o meio insalubre eram os argumentos dessa assertiva.

Os sanitaristas defendiam um estado forte, que resolvesse os problemas de saúde das populações urbanas e rurais.

O governo, reagindo à pressão cria o Serviço de Profilaxia Rural, cujo objetivo principal era combater três grandes endemias presentes nas zonas rurais do Brasil:

- ancilostomíase,
- malária
- doença de Chagas

No Ceará é criado em 1920 e é grande acontecimento para a saúde no estado. Finalmente as praticas modernas aportam no Ceará, sob o patrocínio do governo,

Não houve resposta, portanto não foi conseguido o seu objetivo.E, em 1913, a varíola volta a atacar o território cearense.

motivando a formação de novos profissionais médicos, com visão pública da saúde. Surgem os primeiros Postos de Saúde com prestação de serviços permanentes a população, em Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte. Posteriormente cria-se o Serviço Sanitário do Estado pelo Decreto nº 78, de 03 de janeiro de 1931, se extinguindo então o serviço de profilaxia rural.

Um outro acontecimento na área de assistência à saúde no Ceará, é o inicio da interiorização do serviço de saúde ocorrida com a inauguração da Santa Casa de Sobral em 1925. A criação deste hospital significa muito para a região norte do estado servindo de referencia para 15 municípios.

A hanseníase no Ceará foi sempre presente, porem só no inicio do século XX, o serviço público passa a cuidar desta doença de caráter segregador e excludente. Como conseqüência da criação Serviço de Profilaxia Rural passa a funcionar o Dispensário Oswaldo Cruz, localizado no centro de Fortaleza, não sem protestos da população que não queria a proximidade dos hansenianos. Até 1928 era em um aldeamento, chamado Arraial Moura Brasil que se isolava os doentes. No entanto eles continuavam a circular pela cidade. Um ano antes havia se organizado uma comissão construtora para o leprosário e finalmente em agosto de 1928 é inaugurado no parque de Canafistula o Leprosário Antonio Diogo, nome dado em homenagem ao seu grande beneficiador.

As novas drogas possibilitaram em 1951 o tratamento dos portadores do mal de Hansen, o fechamento do estabelecimento e alta dos internados, o que não significou que o estigma da doença fosse esquecido.

Na Era Vargas

Em 1929 eclode uma grande crise financeira internacional e a tentativa dos paises mais desenvolvidos de transferirem os seus prejuízos para os paises periféricos, decerto modo provocaram condições objetivas para com a Revolução de 30, serem retirados do poder as forças políticas que dirigiram o país durante a vigência da Velha Republica. Estas forças se baseavam na economia agro-exportadora e eram lideradas pelas oligarquias estaduais, principalmente as de São Paulo e Minas. A economia é abalada pela crise e são enfraquecidas as pressões imperialistas na vida do país.

O governo de Washington Luis cometeu vários erros na tentativa de defender o programa de estabilização que lançara e culmina levando o país à ruína econômica e financeira. A divida externa brasileira chegou a altos patamares, resultando em

pressão dos credores e redução de credito ao pais. O Presidente retrocede no apoio a política de valorização do café, o que gerou descontentamento por parte das oligarquias cafeicultoras. O governo perde o apoio das elites e nesse ínterim surge no cenário político a figura ascendente de Getulio Vargas, governador do Rio Grande do Sul.

A Revolução de 30 acontece como resposta a crise e as antigas estruturas desabam sem condições de dar alternativas a situação estabelecida. Este acontecimento representa o fim da hegemonia da burguesia do café.

A descentralização administrativa com maior autonomia dos estados, levou a diferenças significativas na economia das várias regiões do país, isto foi característico da Velha Republica. Posto a nova configuração, com centralização administrativa e perda de autonomia dos estados, a velha burguesia cafeeira resiste à perda de poder, principalmente em São Paulo.

No Nordeste, as elites locais praticamente não resistem e vêem nas reformas uma maneira de se fortalecerem.

Getúlio Vargas assume o poder e através do Decreto nº 19.398, de 11 de novembro de 1930, cria a figura do interventor no estado, com a função de implantar a política do governo federal, ungidos de poderes executivos e legislativos, pois, como se sabe as assembléias estaduais haviam sido dissolvidas. Segundo Souza (2002, p.299):

> As interventorias do período pós-30 iniciam um processo de centralização política, contrapondo-se ao sistema federativo que predominou na Primeira Republica.A Federação atribuindo amplos poderes aos Estados, pela política dos governadores, era considerada o motivo da criação de oligarquias, com seus desmandos políticos administrativos.

De 1930 a 1945 o Estado intervém nas relações de trabalho e tende a responder a questão social não mais parcialmente e estabelece um conjunto de transformações políticas e econômicas, que criam espaços para o surgimento de políticas sociais que promovem mudanças profundas.

Getulio estabelece o Estado Novo, no período de 1930-1937, foi um período de transição para a hegemonia burguesa.

A política dos anos 30, a nova dinâmica da acumulação capitalista passa a ser dominada pelo capital industrial, que produz a aceleração da urbanização, ampliação

da massa de trabalhadores sem saúde, educação e habitação, que exige a ampliação das políticas sociais e a identificação uma política de saúde de caráter nacional.

Na área da saúde, a centralização, ou seu processo, se consubstancia com a criação do Ministério da Educação e Saúde (1931). A Revolução de 30 e a criação do Ministério da Educação e Saúde promoveram perda de poder e prestigio ao circulo intelectual médico e sanitário, identificados com a Velha Republica.

São nomeados para os estados os assistentes técnicos do governo federal, pode-se chamá-los de interventores no setor da saúde. Estes implementam as ações de saúde obedecendo a uma política centralizada e normatizada pelo Departamento Nacional de Saúde, chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social.

Nos estados do Nordeste, dentre eles, no Ceará surge uma efetiva política de saúde implementada pelo poder publico. Um dos serviços criados especificamente para o Nordeste é o Serviço de Malária do Nordeste (1939).

No âmbito do Trabalho Urbano, Previdência Social, Justiça e Trabalho no período de 30-35, surge um conjunto de legislação social para regulamentar aspectos trabalhistas, tais como: benefícios para os trabalhadores, criação de Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e a criação da carteira Profissional Federal.

No Ceará a criação dos IAP's e os convênios com entidades privadas permitiram o desenvolvimento de uma rede de serviços privados e conveniados, que antes não teriam condições econômicas de existir. Por essa circunstancia é que são criados o Sanatório de Messejana (1933), Casa de Saúde São Gerardo (1935), Casa de Saúde São Raimundo(1939) e a Casa de Saúde São Pedro também em 1939.

Com a Revolução de 30, modifica-se o cenário da saúde no Ceará, devido à centralização administrativa, permite um desenvolvimento mais igualitário das políticas de sociais mais efetivas nos estados mais pobres do país.

A valorização do algodão no mercado internacional, a partir de 1934; a criação da Caixa de Fundos para Serviços de Assistência e Saúde Publica, obrigando os Estados e Municípios a designarem 5% de toda a receita arrecadada para o setor, cria condições econômicas para o financiamento das alterações que acontecem na saúde do Ceará.

Ocorrências significativas no pós 30, no estado do Ceará relativo a assistência a saúde:

- Criação do Serviço Sanitário do Estado do Ceará – Decreto nº 78- 5/01/1931 – dirigido por Dr. Antonio Alfredo Justa
- Criação da Diretoria da Saúde Publica – Decreto-Lei 1.103 - 9/05/1933- dirigido por Dr. Amilcar Barca Pellon

Dr. Amílcar Pellon, recebe apoio do Estado[22] para a implantação de medidas transformadoras - a chamada Reforma Pellon - e forma equipes de médicos sanitaristas. Pellon fixou a sede de comando das referidas medidas em Fortaleza, então com 120.000 habitantes. Contando com seus órgãos técnicos necessários, se estabeleceu o Centro de Saúde[23], em 1933, na administração do interventor Carneiro de Mendonça,como sua peça mais importante, centro irradiador de conhecimento e praticas. O Centro de Saúde de Fortaleza foi o primeiro do Nordeste e um avanço importante para a saúde do Ceará.

As reformas também incluíam a política de recursos humanos, com seleção rigorosa e treinamento de pessoal.

Dividido o estado em 5 distritos sanitários, sendo a sede primeira da capital e o restante situados em Sobral, Quixadá, Aracati e Juazeiro do Norte. A nova estrutura sanitária teve como resultados a queda da mortalidade infantil em Fortaleza. De 1933 a 1937, morreram 40,6% de crianças menores de um ano em relação à quantidade de óbitos gerais e, no qüinqüênio seguinte 1938 – 42 este índice caiu para 33,7%.

Com a implantação do Estado Novo, em 1937, o Governo Federal padroniza as estruturas de saúde dos estados. No Ceará, em 1939, o interventor federal Dr. Menezes Pimentel constitui uma comissão com o objetivo de reestruturar a Diretoria

---

[22]No mês de outubro de 1935, foi realizado o Primeiro Congresso Médico Cearense, com o apoio do Governador Meneses Pimentel.A classe médica da época discutiu no congresso temas ligados a saúde pública, devido a influencia das idéias sanitárias americanas que eram veiculadas no Brasil pela Fundação Rockfeller.Assim, surge uma elite de intelectuais,médicos sanitaristas, formados nas Universidades dos Estados Unidos ou sob sua influencia. Esta elite passa

de Saúde Publica, que através do Decreto nº 522, de 22 de março de 1939 passa a se denominar Departamento de Saúde Pública – DSP, com a atribuição de administrar, coordenar e executar todas as atividades relativas á saúde publica no Ceará. A organização era composta de dois grupos:órgãos de direção e de execução.

Em Fortaleza, as seguintes ações foram executadas:

- Ampliação das instalações do Centro de Saúde;
- Criação e aparelhamento de dispensário de Lepra;
- Criação de Dispensário de Higiene Mental e de uma seção de tuberculino – diagnostico para imunização com BCG;
- Ampliação do Dispensário de Doenças Venéreas, passando a ser chamado de Dispensário de Higiene Social;
- Criação do serviço de profilaxia da Lepra e encampado o Leprosário Antonio Diogo(1940);
- Inauguração do Leprosário Antonio Justa;
- Ampliação do numero de equipamentos do Laboratório Central.

No final da década de 40, o D.E.S, foi perdendo seu caráter de órgão de saúde publica e o Centro de Saúde da capital e as outras unidades sanitárias existentes no interior, se transformaram quase que totalmente em policlínicas, com apenas serviços ambulatoriais.

Na década de 50, a economia brasileira se apresenta numa fase singular, é um momento de reaparelhamento no Estado. Neste período a saúde pública atinge sua estrutura definitiva que vinha se configurando desde o Estado Novo, ampliando o atendimento e acentuando a centralização anterior.

Em 25 de julho de 1953, é instituído o Ministério da Saúde, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério de Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação. São suas atribuições além da manutenção de algumas funções do extinto Departamento Nacional de Saúde (DNS), como o combate a endemias:

- Campanhas nacionais da febre amarela, tuberculose, malária, peste e lepra;
- Assistência materno-infantil;
- Assistência hospitalar;
- Assistência a psicopatas;
- Saúde dos portos;

- Fiscalização do exercício profissional;
- Fiscalização antivenérea nas fronteiras e delegacias federais de saúde.

O Serviço de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, através de convenio com organizações do governo americano (Fundação Rockfeller), expande-se nesta década, atendendo as áreas das estradas de ferro Vitória-Minas e Vale do São Francisco.

Em 1956, três anos após a criação do Ministério da Saúde, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRu), que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária,doença de Chagas, peste, brucelose, febre-amarela e outras enfermidades endêmicas existentes no pais.

De 1940 a 1960 os resultados das políticas de saúde publica foram de significativa melhoria nas condições sanitárias da população, porém o quadro de doenças infecciosas e parasitarias, e das taxas de morbidade e mortalidade infantil, permaneceu dramático, como observa Ventura (1998). Com o desenvolvimento industrial há um aumento das doenças crônico – degenerativas e a demanda por cuidados médicos é uma resultante do processo de urbanização.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) uniformizou os direitos dos segurados de todos os institutos aos benefícios e serviços. Essa uniformização não atendeu as pressões que no contexto político democrático populista, proporcionou um aumento dos benefícios prestados pela Previdência Social. Com o aumento das pressões, se acentuou o conflito pela não satisfação das necessidades que estavam contempladas na legislação e não asseguradas na prática.

Em 1963 a partir de documento oficial da III Conferencia Nacional de Saúde[24], torna-se mais centralizado, no âmbito federal, o processo de decisões da área de saúde. Neste mesmo ano são introduzidas discussões pelo Ministério da Saúde sobre a municipalização[25] das atividades de saúde.

---

[24] Convocada pelo Ministro Wilson Fadul , árduo defensor da tese da municipalização.

[25] A descentralização das tarefas executivas, no âmbito da ação curativa, é indicada como postulado capaz de reforçar os órgãos estaduais e municipais que receberão subsídios federais dentro de normas que variam em função da complexidade dos problemas sanitários locais, da escassez de recursos e da densidade demográfica. O programa visa suplementar as entidades assistenciais privadas desde que se subordinassem aos critérios gerais de coordenação, e propugna a difusão do regime de comunidade de serviços na Previdência Social".A filosofia da municipalização foi efetivamente introduzida no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-65) do Presidente João Goulart.

Em 1964, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito, então Ministro da Saúde, reitera o propósito de incorporar ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde, segundo as diretrizes da II Conferencia Nacional de Saúde.

Nos anos de 1964 a 1974 a política de saúde foi centrada na atenção médica individual, na rede hospitalar privada, através da Previdência Social. As ações de saúde publica do Ministério da Saúde foram relegadas ao abandono. É criado em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social e o da Saúde conseqüentemente deixa de exercer grande parte de suas funções. A partir de 1975, nota-se a dinamização e rearticulação da estrutura de Saúde Pública do Governo. Em 17 de julho de 1975 foi criada a lei 6229, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional da Saúde.

Nos anos seguintes consolida-se a dinâmica capitalista das empresas prestadoras de serviços de saúde, assegurando taxas de rentabilidade adequadas à medicina previdenciária, de acordo com Ventura (1998).

A década de 80 foi marcada pelo processo de redemocratização do país, as eleições diretas são restabelecidas e aprovadas pelo Congresso. Com a reforma partidária é extinto o bipartidarismo e estabelecido o pluripartidarismo.

Ao fim dos anos 80, o Brasil possuía um sem numero de desempregados, índices de inflação a níveis dramáticos e a classe média trabalhadora era sufocada pelo arrocho salarial. Neste cenário surge no ABC, uma liderança sindicalista que acaba reconhecido nacionalmente, o metalúrgico Luiz Inácio Lula da Silva, que mais adiante se candidatará à presidência do Brasil.

A nova república, cujo objetivo era consolidar a abertura política do país, é o período que se iniciou com a eleição de Tancredo Neves, que morreu antes de tomar

importante passo no plano político, continuou a insatisfação do povo em relação ao governo.

Diante deste cenário, com discurso agressivo contra a situação em que se encontrava o país foi eleito, depois de 29 anos de presidentes não escolhidos pela população, Fernando Collor de Mello. Ao assumir a presidência em março de 1990, instituiu o Plano Brasil Novo, com 23 medidas provisórias nas áreas econômica - financeira e administrativa. O Plano Collor, como ficou conhecido, segundo alguns analistas econômicos, foi recessivo, provocando desemprego e perdas salariais.

A década de 80 ficou, segundo Ventura (1998), marcada pela articulação entre as experiências municipais de saúde e o movimento iniciado em 1978,durante o I° Encontro de Secretários Municipais de Saúde. O município de Campinas lança um documento, que é aprovado por 60 municípios em 16 estados, cujo conteúdo principal era propor, segundo Muller, *apud* Ventura (1998):

- Prioridade dos Municípios para atenção primária através dos postos de saúde;
- Priorização pelo Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social (FAS), às solicitações dos municípios para investimentos na rede física de serviços;
- Descentralização tributária das prefeituras para a saúde
- Integração interinstitucional.

A Conferencia Internacional sobre a Assistência Primária de Alma-Ata realizada na URSS, em setembro de 1978, no relatório da Declaração de Alma–Ata, enfatiza a necessidade de se elevar o nível de saúde das populações menos favorecidas, com a efetiva assistência primária da saúde em âmbito mundial.

Em 1980, na VII Conferencia Nacional de Saúde foi debatida a nova proposta de Assistência Primária de Saúde, de modo a reorientar o Sistema Nacional de Saúde.

Dois anos depois, o Ministério da Previdência Social, cria o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, cujo plano continha a estratégia da reformulação do setor saúde no Brasil, com a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS. Estas passam a ser a estrutura da política de saúde.

Na VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, são realizados debates visando as políticas do setor saúde que dão subsídios para a Constituição de 1988.

Naquela Conferencia fica estabelecido como principio básico que segundo Oliveira, *apud* Ventura (1998, p.51):

Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado,

Para que as propostas da VIII Conferencia Nacional de Saúde pudessem ser implementadas constitui-se uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que elaborou documento contendo uma proposta de saúde encaminhada à Assembléia Nacional Constituinte para se juntar ao novo texto Constitucional. Foi um consenso a criação do Sistema Unificado de Saúde (SUS), coordenado por um único Ministério. Em 1989, os secretários municipais de saúde se uniram na luta pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde[26], bem como para a construção do SUS. Em dezembro daquele ano foi aprovada a referida lei pela Câmara dos Deputados, consagrando a autonomia municipal e a descentralização de fato dos recursos financeiros.

A atenção à saúde pública nos anos 90 se configurou a partir do texto legal da Constituição Federal de 1988 que instituiu o SUS.

No Ceará o setor da saúde tem obtido importantes avanços na organização dos serviços e na melhoria dos indicadores das principais doenças e agravos.

Na década de 1980, com a Constituição Federal de 1988 e antecedendo às Leis Orgânicas Federais (Lei 8.080/90 e 8.142/90), o processo de descentralização da saúde no Ceará teve seu marco inicial com a municipalização da rede de serviços básicos, onde a gerência destas unidades, incluindo recursos humanos, ficou a cargo dos municípios.

Outra estratégia utilizada constituiu-se nas cinco ações básicas da saúde da criança:

- aleitamento materno;
- crescimento e desenvolvimento;
- controle das doenças diarréicas;
- controle das doenças imunopreveníveis ;
- controle das infecções respiratórias agudas.

Essa estratégia aliada às ações dos agentes de saúde e à municipalização da saúde resultou na redução da mortalidade infantil, principalmente a decorrente de doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas. Porém, não conseguiu ofertar serviços de qualidade e resolutivos capazes de influir nas causas perinatais.

[26] A Lei Federal n.º 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, no seu art. 4º, dispõe: "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS".

A partir da década de 1990, consolida-se a municipalização da saúde no país, com a maior autonomia financeira dos municípios.

Foram implantadas em 1994 as primeiras equipes de Saúde da Família, pela iniciativa dos municípios, cabendo ao Estado se estruturar para normatizar complementarmente ao nível federal, assessorar e acompanhar a organização destas equipes.

Com a descentralização dos serviços de saúde, embora tenha ocorrido impacto na melhoria dos níveis de saúde da população, houve um esvaziamento no papel das secretarias estaduais, como também se fortaleceu a percepção da necessidade de regionalizar e hierarquizar os serviços para assegurar a assistência integral, resolutiva e com qualidade.

Em 1997, com o apoio do Department for International Development – DFID-UK, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará contratou uma consultoria internacional para estruturar o Sistema de Referência e Contra-Referência estadual. Inicialmente foram identificadas treze áreas no Estado, por onde convergiam os municípios aos pólos terciários: Fortaleza, Sobral e Cariri e, posteriormente estas áreas foram divididas em 21 (vinte e uma) microrregiões de saúde.

Surgiu então, em 1998, o processo de modelagem de gestão estadual, com o objetivo de reestruturar a Secretaria da Saúde do Estado, de acordo com o seu perfil e missão diante do Sistema Único de Saúde estadual. Com essa mudança, os quatorze antigos departamentos regionais foram substituídos por 21 (vinte e uma) microrregionais de saúde, definidas para responderem pela organização dos serviços de saúde no âmbito das microrregiões, sendo oficializadas no início de 2000.

A Secretaria da Saúde do Estado, ao retomar ao papel de liderança no processo de reorganização dos serviços no Sistema Único de Saúde estadual, com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, lançou o documento "Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará", visando a estruturação dos Sistemas Microrregionais e Macrorregionais de Serviços de Saúde, envolvendo níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS o processo de reorganização dos serviços de saúde, que já se encontrava em desenvolvimento no Estado, teve de ser reorientado no sentido de ajustá-lo à Norma Nacional.

Com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS o processo de reorganização dos serviços de saúde, que já se encontrava em desenvolvimento no Estado, teve de ser reorientado no sentido de ajustá-lo à Norma Nacional.

Assim, o processo de regionalização iniciou-se com a realização de Seminários Microrregionais para gestores municipais (prefeitos e secretários de saúde) e da capacitação dos gerentes e equipe técnica das Microrregionais para coordenação do processo de elaboração do PDR[27].

Num primeiro momento, consta a proposta política de organização da assistência à saúde, definindo o desenho da organização da rede de saúde no Estado do Ceará. Foi elaborada a descrição da organização do Estado em Macrorregiões, Microrregiões de Saúde e Módulos Assistenciais, com a identificação dos municípios Sede de Módulos Assistenciais e Pólos, bem como a abrangência populacional dos Módulos e das Microrregiões, as referências para as ações de média e alta complexidade e as potencialidades de gestão nos municípios.

[27] O Plano Diretor de Regionalização-PDR é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência no estado, cumprindo as exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, que regulamenta a aplicação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90).

Figura 12–
Fonte - Iplance

A seguir, consta a proposta final do PDR, com a descrição dos serviços de saúde que integram os sistemas municipais, o perfil de assistência das unidades de apoio para referência, a constituição dos sistemas de referência especializada, o plano de investimento PDI e o cronograma de implantação do PDR.

Todo o processo encontra-se em construção, estando as referidas microrregiões em etapas distintas do seu desenvolvimento.

O estado do Ceará encontra-se em Gestão Plena do Sistema Estadual (NOAS/2002) onde todos os 184 municípios possuem equipes do PSF. As condições gerais de gestão são: 25 municípios em Plena do Sistema Municipal (NOAS 01/02); 05 municípios em Plena da Atenção Básica Ampliada (NOAS 01/02); 07 municípios em Plena do Sistema municipal (NOB 96) e 147 municípios em Plena de Atenção Básica (NOB 96)

Nesse mesmo ano, com o suporte da Escola de Saúde Pública, do Department for International Development – DFID-UK e de uma consultoria nacional, foi lançado o projeto piloto na microrregião de Baturité, a fim de estruturar os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, sendo expandido, em 2000, para outras cinco

microrregiões (Crateús, Iguatú, Maracanaú, Quixadá e Tianguá) e, em 2001, envolvendo as demais microrregiões de saúde do Estado.

É importante ressaltar que este processo encontra-se em construção, tendo o suporte de consultorias nacionais e internacionais, estando as referidas microrregiões em fases distintas do seu desenvolvimento.

2.2 - Fortaleza – a cidade como cenário

A cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, encontra-se a 16,00 metros de altitude acima do nível do mar, com latitude de 3°43'02" ao sul do equador e longitude de 38°32'35". Com área de 336km^2, limita-se ao Norte com o Oceano Atlântico, ao sul com os municípios de Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga, a leste com o Oceano Atlântico, Eusébio, Aquiráz e a Oeste com o município de Caucaia e Maracanaú. Seu clima é tropical, quente e úmido, com temperatura média anual de 27°C, umidade relativa do ar é de 77% e a precipitação média anual 1.378,3mm.

A origem de Fortaleza deveu-se a necessidade dos holandeses de marcar território para defesa, quando aqueles estavam se expandindo. Somente passou de uma simples fortificação a condição de povoado na segunda metade do século XVII. Em 1603, Pero Coelho de Sousa, construiu a oeste de onde mais tarde se implantaria a cidade de Fortaleza, o forte de São Tiago. Nove anos depois, o lendário Martim Soares Moreno construiu, o forte de São Sebastião, no mesmo local. Depois da saída do chamado Guerreiro Branco, os holandeses voltam a se estabelecer nas terras arenosas do Ceará. Agora escolhem um outro sitio às margens do Riacho Pajeú. E constroem um outro forte, que recebe o nome de Schoonenborch. Após sua expulsão, voltam a cena os portugueses, ocupando a paliçada deixada pelos flamengos. A povoação do Forte, recebe o titulo de vila somente a 13 de abril de 1726 por decisão de El-Rei D. João V. O acontecido não lhe altera a condição de pobreza e miséria assentadas naquele vasto mar de areia. A ocupação ocorre do interior para o mar, sendo o Ceará assim povoado.

Depois da separação definitiva da Capitania do Ceará da de Pernambuco, o que ocorre em 1799, surge a possibilidade de comércio direto com Lisboa. Concomitantemente, a guerra da independência nos Estados Unidos impede a continuação do fornecimento de algodão para a Inglaterra. Durante o século XIX, Fortaleza definirá sua posição no Estado, devido a perda de influencia de outras vilas e o ganho de novas funções urbanas, como a de centro exportador da produção do algodão, afirma Castro (1982).

Ao final do século XVIII, Fortaleza "era uma pequena e acanhada vila sem nenhuma expressão econômica, tendo apenas o papel de capital administrativa", conforme Costa (1988, p.63).

O planejamento e a organização do espaço urbano da pequena vila inicia-se quando o Governador da Província do Ceará (1812- 1820), Coronel Manuel Inácio de Sampaio, convida o Coronel Engenheiro Antonio José da Silva Paulet para elaborar projetos e execução de serviços, entre eles um Plano Urbanístico, que se tornou a matriz básica da conformação da cidade. Em meados do século, foi contratado o Engenheiro Adolfo Herbster, pelo Boticário Antonio Rodrigues Ferreira, Presidente da Câmara (1843-1859), que além de elaborar "Planta Exacta da Capital do Ceará",em abril de 1859,projetou uma nova planta para a cidade com inspiração parisiense. A partir de 1930, a então pequena Fortaleza conhece o desenvolvimento. Castro (1982, p.35-36) destaca :

> Os bairros mais modestos vão se espalhando ao longo das ferrovias[28], junto das quais, principalmente na zona oeste, surgem as indústrias. As pessoas mais abastadas começam a preferir a Aldeota, pelo clima, a barlavento, desprezando gradativamente as moradias do centro urbano ou as chácaras e palacetes construídos nos fins das linhas de bonde, hoje retiradas.

Desta época, surgem as evidências da segregação espacial e social em Fortaleza.

Vários planos foram elaborados por urbanistas, para a cidade que caminhava para o leste, no século XX, nos anos de 1933,1948 e em 1963[29], não sendo nenhum desses implementados.

Patrocinado pelo governo Federal, foi elaborado em 1972, o Plano de Desenvolvimento Integrado para a Região de Fortaleza – PLANDIRF. Seguiram-se outros planos em 1975 – Lei 4486 - e em 1979 – Lei 5.122-A .

O Plano Diretor de Desenvolvimento de Fortaleza–PDDU-FOR-Lei 7.061/92,definiu as macrodiretrizes, as diretrizes setoriais nos aspectos estruturantes e condicionantes do desenvolvimento e ordenamento das funções urbanas,conforme

---

[28] A construção da estrada de ferro ocorre em 1875, partindo do centro da cidade na direção sul, chegando a 600km do litoral, na cidade de Crato em 1926.A ferrovia consolida a função comercial da cidade.

[29] Em 1933,Nestor de Figueiredo, um dos fundadores do Instituto de Arquitetos do Brasil foi onvidao a elaborar um plano de remodelação da cidade de Fortaleza. Segundo Castro(1982), a "rápida mudança de prefeitos, fato comum após a revolução de 1930,fez com que aqueles interessados no trabalho pouco demorassem no cargo,de sorte que um dos sucessores fugiu ao compromisso assumido pela edilidade, sob a alegativa de que a cidade não precisava de planos".
O outro plano, de 1948, elaborado pelo cearense José Otacílio Sabóia Ribeiro, professor de Urbanismo da Faculdade de Arquitetura, no Rio de Janeiro e nunca foi posto em marcha, devido a forte oposição dos proprietários de terrenos existentes no centro da cidade, pois, propunha o alargamento de ruas e a abertura de grandes avenidas.Em 1963,ocorre mais uma tentativa frustrada de se repensar o planejamento da cidade. Contratado pela Prefeitura de Fortaleza, o urbanista Hélio Modesto elabora um Plano Diretor onde, segundo Costa(1988)," apresentava uma abordagem integrada, cujas proposições urbanísticas abrangiam os aspectos econômicos, sociais e administrativos", porém, novamente aquele plano não foi adotado na sua versão integral.

determina a Lei Orgânica, visando à época, a viabilização da política urbana na perspectiva do ano 2000.

Desde a década de 50, a cidade assiste a um grande crescimento, que só tem agravado o desordenamento urbano. Na referida época, estava em curso a grande explosão urbana no Brasil e na cidade de Fortaleza não aconteceu diferente. O acentuado crescimento demográfico urbano está ligado ao saldo migratório, que ultrapassou aos 60% do crescimento do município.

Tabela D

Crescimento Demográfico de Fortaleza segundo os componentes

Período	Incremento Total	Saldo migratório	Incremento Parcial %	Crescimento vegetativo	Incremento Parcial %
1940/1950	89.984	56.904	62,24	33.080	36,76
1950/1960	244.649	158.629	64,84	86.020	35,12
1960/1970	355.915	222.796	62,25	135.119	37,65
Total	692.548	438.329	63,29	254.219	36,71

Fonte: PLANDIRF -1972

O processo de urbanização da cidade foi pontuado por problemas no atendimento às necessidades básicas da população fortalezense. Sobretudo no que se refere aos transportes urbanos, cuja situação era considerada de péssima qualidade em meados dos anos quarenta. Ainda existiam uns poucos bondes e os ônibus não atendiam a carência existente. Em 1948, os bondes finalmente são retirados de circulação e, segundo Jucá (2003,p.99) "*começou a ser incrementada a chamada indústria do transporte autoritário*".

Um dos problemas que afligiam os habitantes de Fortaleza, nos anos cinqüenta, se referia ao fornecimento de energia elétrica. Em meados de 1948, um decreto presidencial permitiu que a Prefeitura Municipal encampasse a Ceará Light. A energia elétrica continuou a ser rara e em 1952, foram iniciadas as obras da Usina Municipal de Luz e Força, localizada no Mucuripe e que teria capacidade geradora de 12.500 Kw. Em maio de 1954, foi criado o Serviço de Luz e Força de Fortaleza – SERVILUZ. A Usina do Mucuripe não atendia a demanda e, no inicio dos anos sessenta o SERVILUZ, foi transformado numa sociedade de economia mista, com o objetivo de ampliar a concessão da CHESF, até a capital Fortaleza. Somente no final de 1960, foram iniciados os trabalhos de reforma na rede elétrica de Fortaleza , com a implantação de uma linha de alta tensão de 6.000 volts.

Em relação ao fornecimento de água potável[30] para os habitantes da cidade de Fortaleza, na década de 50, os problemas eram mais graves. Além da área de atendimento ser limitada, a qualidade da água, chamada de salobra, levava os moradores a dependerem das chamadas 'carroças de água", assim como construírem cisternas. De acordo com Jucá (2003), o serviço de abastecimento de água dependia mais da iniciativa particular do que do **poder público.**

A saúde da população, de modo geral, não era atendida de forma adequada embora, segundo o IBGE,[31]Fortaleza possuísse em meados da referida década, vinte estabelecimentos de assistência hospitalar dotados de modernos equipamentos médico-cirúrgicos e um total de 1755 leitos disponíveis. Porém, a maioria dos hospitais era particular, em número de 14, assim distribuídos: 4 eram do governo estadual, 1 pertencente ao poder municipal e 1 ao governo federal.

Os indicadores de saúde se constituem em valioso instrumental para avaliar, na perspectiva sanitária, a higidez dos agregados humanos, ou seja, o estado de saúde da população. Portanto, se verá os indicadores da década de 50 e 60, para entender a saúde da população de Fortaleza na época.

A mortalidade infantil na década de 50, até meados da década de 60, mostrava um quadro de tendência negativa acentuada, no estudo feito por Rouquayrol[32] (1976). Em 1958, o valor se acentuava, provavelmente ligado à imigração por causa da grande sêca ocorrida naquele ano.

Outro dado, o da razão da mortalidade proporcional, se apresentava estacionário, com tendência à melhoria de 1951 a 1965. Este indicador estava entre os mais baixos do país, à época, significando que os óbitos ocorriam em faixa etária de menos de 50 anos.

Fortaleza possuía outro indicador alarmante, em 1960, embora a esperança de vida ao nascer tenha aumentado de 22,5(1920) para 45,0(1945), continuava o município no limiar do Estágio I, isto é, saúde pública encaixada teoricamente em época anterior ao ano de 1900, comparando-se à áreas tecnologicamente mais desenvolvidas.

A mortalidade geral, analisados os valores médios trienais, referentes às décadas de 1920 a 1960, mostravam uma tendência de decréscimo, mais ainda elevada, com taxa de 17,7 por 1000 habitantes, entre as mais altas do País. Neste

[30] O abastecimento de água da cidade, na década de 50 , era feito por um órgão estadual - o Departamento de Saneamento e Obras Públicas. Dos cerca de 49.000 prédios existentes na cidade, em 1954, somente 8.200 eram servidos de abastecimento de água.
[31] Enciclopedia dos Municípios Brasileiros- IBGE- 05/1959 – Rio de Janeiro

indicador aparece um desvio acentuado, em 1958, devido à seca que trouxe a Fortaleza um sem número de flagelados.

Com relação ao indicador de doenças transmissíveis, esse é altamente prejudicado, devido, o elevado número de óbitos sem a especificação correta da causa da morte, cujo percentual chegou ao valor de 39,6 em relação ao número total de ocorrências.

Segundo reportagem do jornal Unitário[33], Fortaleza com seus aproximadamente 250.000 habitantes, em 1950, possuía apenas 12 leitos de cirurgia para mulheres. Nesta edição, um renomado médico paulista, Dr. Salomão Chaib, em visita à cidade, faz uma constatação bastante realista da situação:

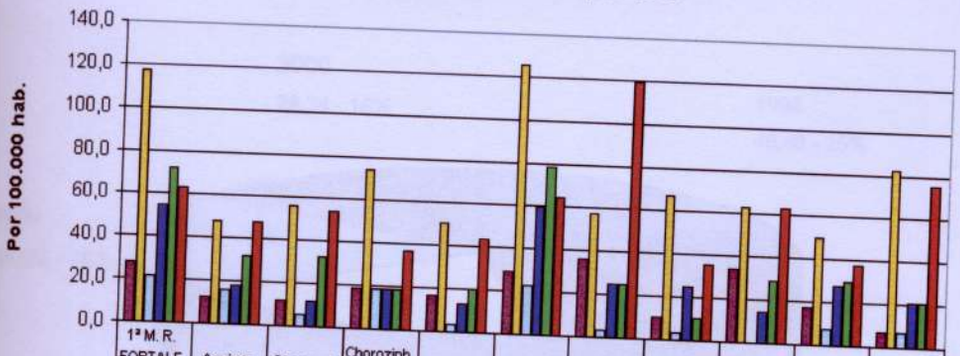
> Minha impressão sobre as condições de saúde e assistência médica no Ceará é verdadeiramente de acabrunhamento.Não fosse a esperança num pugilo de médicos moços e vontadosos que encontrei aqui, poderia dizer que era uma impressão que conduzia a uma descrença total. A verdade é que a quase totalidade do povo cearense morre à falta de assistência médica sanitária conveniente.
> As condições de saúde e de higiene de Fortaleza são comparáveis às das cidades africanas.

Atualmente os indicadores de saúde no Estado mostrem avanços importantes que se refletem principalmente na redução da Taxa de Mortalidade Infantil. O Ceará convive com um quadro epidemiológico de doenças da modernidade, identificadas com o incremento da esperança de vida ao nascer, urbanização e melhoria da renda, ao mesmo tempo em que ainda lida com as doenças do atraso, da ignorancia resultante das precárias condições da vida rural, pobreza e favelamento.

Os dados mais atuais de 1999 demonstram que as principais causas de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório (28,8%) seguido das causas externas (10,70%), neoplasias (10,40%) e doenças do aparelho respiratório (9,0%), constituindo-se meta do governo a redução destes índices.

[32] Maria Zélia Rouquayrol- Revista da Faculdade de Medicina/UFC-Vol. 16- 35-44 – Fortaleza -1976
[33] Jornal Unitário (Diários Associados)-Edição do dia 13 de janeiro de 1951.

Coeficiente de Mortalidade pelas Principais Causas de Óbito
1ª MR - Fortaleza por Municipio -1999



	1ª M. R. FORTALEZA	Aquiraz	Cascavel	Chorozinho	Euzébio	Fortaleza	Horizonte	Itaitinga	Ocara	Pacajus	Pindoretama
DIP	27,7	12,4	11,6	18,5	16,8	29,1	36,0	10,6	34,0	17,5	6,9
AP. CIRC.	117,5	47,9	56,0	74,2	50,4	125,7	57,6	67,1	63,2	50,0	82,2
AP. DIG.	21,3	16,0	5,8	18,5	3,4	23,2	3,6	3,5	0,0	7,5	6,9
AP. RESP.	54,6	17,7	11,6	18,5	13,4	59,4	25,2	24,7	14,6	27,5	20,6
NEOPLASIAS	72,0	31,9	32,8	18,5	20,2	78,2	25,2	10,6	29,2	30,0	20,6
CAUSAS EXTERNAS	63,2	47,9	54,0	37,1	43,7	64,4	118,9	35,3	63,2	37,5	75,4

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – Sesa/CE

Segundo análise do relatório de gestão estadual (1999-2000), a taxa de mortalidade infantil vem decrescendo progressivamente nos últimos sete anos, quando em 1994 correspondia a 80 óbitos/1000 nascidos vivos, caindo em 2000 para 28,3 óbitos/1000 nascidos vivos.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 N.V.).

1996 a 2000

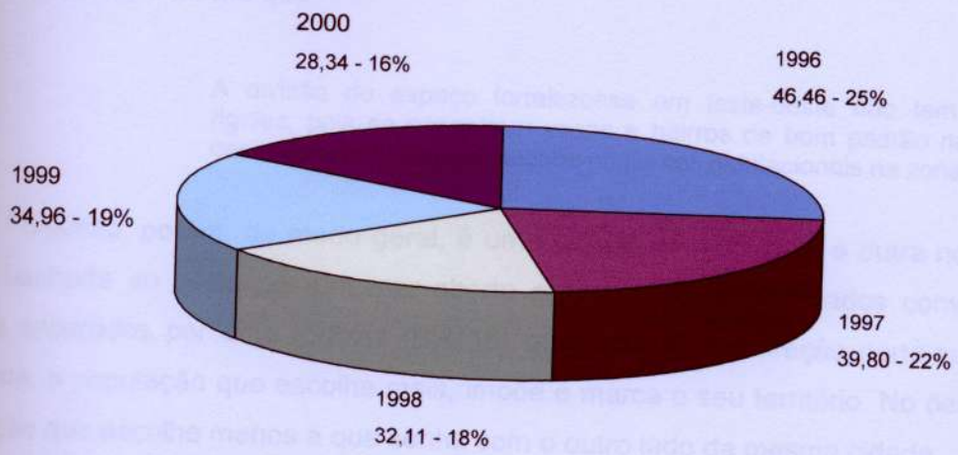


Gráfico 2

Fonte:Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Os principais fatores responsáveis por esta redução são as ações implementadas de uma política específica voltada à saúde infantil expressa em resultados favoráveis, tais como:

- ✓ Consultas de pré-natal - 86%;
- ✓ Aleitamento materno exclusivo - 59%;
- ✓ Elevadas coberturas vacinais acima de 95% para todas as vacinas de rotina, exceto a contra *haemophylus influenzae b* que atingiu a 76,04%;
- ✓ Melhoria da acessibilidade aos serviços básicos de saúde e das ações de prevenção, especificamente desenvolvidas pelos agentes de saúde.

Atualmente, do total de óbitos infantis, 53% destes estão relacionados com as causas perinatais que requerem medidas de controle, dentre as quais a melhoria da qualidade do pré-natal, assistência ao parto e atenção neonatal de forma acessível.

Como a maioria das cidades brasileiras, Fortaleza possui uma variedade de problemas, que vão desde a falta do emprego, déficit habitacional, carência de obras de infra - estrutura, equipamentos urbanos, serviços de assistência à saúde e à educação. Ultimamente, acrescenta-se a este cenário, o grave problema das drogas e do chamado "turismo sexual".

Cerca de um terço da população de 2.2 milhões de habitantes, vive em favelas e áreas ocupadas. Segundo Costa (1988, p.28), a população favelada *pontilha* (grifo nosso) toda a cidade, pois se fixa onde os terrenos vazios sejam públicos ou privados, estão disponíveis e afirma que:

> A divisão do espaço fortalezense em leste-oeste não tem muita rigidez, pois se encontram casas e bairros de bom padrão na zona oeste e muitas favelas e alguns conjuntos habitacionais na zona leste.

Fortaleza, porém, de modo geral, é uma cidade no lado leste e outra no lado oeste, banhada ao norte por um mar aberto e bravio. Estes dois lados convivem, embora separados por uma rodovia (BR116) que a divide na direção norte-sul. Do lado leste, a população que escolhe mais, impõe e marca o seu território. No oeste, a população que escolhe menos e que sonha com o outro lado da mesma cidade.

A quinta capital do país, chega ao novo século com recordes negativos. O déficit habitacional é de 160 mil, índice de desemprego é de 19%, as ocupações de margens de lagoas, rios, mangues e dunas se encontram em 87 áreas e chegam a cada ano cerca de 140 mil migrantes do interior e outros estados do Nordeste. As políticas públicas até hoje implementadas não tem sido capazes de conter a ocupação sem ordem do espaço e a suprir todas as zonas adequadamente de serviços e equipamentos urbanos. Porém, as zonas de interesses econômicos preponderantes, cerca de 30% de sua área, têm recebido a atenção do poder público.

CAPITULO 3

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO

Capitulo 3

3.1 –A criação da Faculdade de Medicina do Ceará, do Instituto do Ensino Médico e da Universidade do Ceará

No início do século XIX a metrópole portuguesa estava ocupada pelas tropas napoleônicas e encontrava-se impedida de despachar os cirurgiões examinados e aprovados pela Junta do Protomedicato e os físicos diplomados em Coimbra. A solução então foi a criação das escolas de cirurgia que formassem profissionais (cirurgiões) no Brasil. Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808 e, sendo Salvador e Rio de Janeiro as cidades brasileiras de maior expressão do país na época, nelas se instalaram as primeiras escolas de cirurgia. O ensino médico brasileiro em seu início, no entanto, funcionou de forma bastante precária. Na Bahia era ainda mais precário que no Rio de Janeiro, recebendo menos recursos.

No Ceará a nova ordem demorou muito a chegar, continuando por muitos anos a receber cirurgiões mores, que vinham dar uma assistência médica muito primária aos soldados da tropa.A lastimável condição da Província, cujo desprestigio era evidenciado pela falta de escolas, como relata Bernardo Manuel de Vasconcelos *apud* Leal (1978, p. 88):

> (...) para elas (as outras) têm enviado escolas desde as de primeiras letras até filosofia e grego, matemáticos, engenheiros, artífices e o Ceará, na Costa Marítima da América, prometendo mil riquezas, a nossa capital não tem até agora um matemático, um engenheiro, um naturalista, um médico e nem um hábil cirurgião, sendo a causa porque vive debaixo do manto de Pernambuco.

Em 1848, Fortaleza tinha 8.896 habitantes. Para atender essa população acrescida de algumas dezenas de milhares de moradores das vilas próximas, existiam apenas seis profissionais de medicina e dois boticários. Cem anos depois, em 1948, aconteceu uma verdadeira revolução na área do ensino e da educação superior no Ceará, que foi a criação da Faculdade de Medicina.

No final dos anos 30, visitou Fortaleza o renomado Professor Dr.Antonio Austregésilo, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e membro da Academia Brasileira de Letras. Em encontro com Dr. Jurandir Picanço, seu ex - aluno, lançou a idéia de se criar uma Faculdade de Medicina no Ceará.

Apesar de parecer sonho, um grupo de médicos resolveu acolher a sugestão e estudar mais objetivamente a possibilidade de implantação de um curso para formação de profissionais da área médica.

O Professor Austregésilo, era um homem de grandes conhecimentos e entendia a necessidade da descentralização do ensino médico no Brasil, para suprir a falta de profissionais nesta área. Em todo país se reclamava a presença de médicos para o atendimento à população, que contava com pouca ou quase nenhuma assistência, principalmente no nordeste.

O eminente professor continuou, pois, insistindo com o Dr. Jurandir Picanço, para que este promovesse o estabelecimento do ensino da medicina no Ceará. Estimular a implantação de uma escola de formação médica na cidade de Fortaleza, permitiria o preparo de jovens menos afortunados, que não poderiam se deslocar para outros estados para estudar, no caso, para Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro. Segundo o Prof. Parreiras Horta, *apud* Araripe (1998, p. 160), que foi o relator da Comissão do Ensino Superior, quando do pedido de autorização para o funcionamento da Faculdade de Medicina do Ceará:

> Os alunos que freqüentam Faculdades muito afastadas de seus Estados apresentam tendência a permanecer definitivamente na terra em que realizam seus estudos.Assim a Faculdade de Medicina em Fortaleza, além de aumentar o grande valor cultural do Ceará, vem satisfazer uma necessidade real da região ainda muito carecedora de técnicos e profissionais destinados a zelar pela saúde da população, pouco amparada pelos recursos da ciência médica.

Porém, só em meados da década seguinte, com o sucesso do I° Congresso Brasileiro de Médicos Católicos, realizado em julho de 1946, tendo como vice - presidente o Dr Jurandir Picanço, volta-se a cogitar na fundação da Faculdade de Medicina. Um ano depois deste evento, é constituída a Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará, sendo feita a eleição da diretoria pelo Dr. Jurandir Picanço e por mais vinte e dois expoentes da medicina cearense.

A criação da Faculdade de Medicina foi levada à discussão com o Presidente da República General Eurico Gaspar. Dutra, a bancada cearense no Congresso e também, com o Desembargador Faustino de Albuquerque, governador do Estado do Ceará. Todos reagiram favoravelmente à idéia proposta, o que incentivava ainda mais o Dr. Jurandir Picanço a continuar na sua empreitada.Dirigia à época, a repartição do Ensino Superior do Ministério da Educação, o Dr. Jurandir Lodi, entusiasta da criação de uma nova Faculdade no Ceará.Segundo Costa (2002, p.61):

As escolas de Medicina são mais do que lugares de formação de profissionais para atuar no combate às doenças, são verdadeiros celeiros de criação intelectual de elites dirigentes.

Figura 13 – Médicos fundadores da Faculdade de Medicina
Da esquerda para a direita:Jurandir Picanço, Waldemar Alcântara (sentados),José Carlos Ribeiro, Newton Gonçalves e Walter Cantidio
Fonte: Livro –A História da Medicina no Ceará -1978

No futuro, ver-se-á que a Faculdade de Medicina do Ceará, contribuirá de forma significativa, para a administração superior universitária, para a política local e nacional, seus professores e ex-alunos se destacarão como governadores, senadores, deputados federais e estaduais, prefeitos, vereadores e secretários estaduais de Saúde.

O Instituto de Ensino Médico

A transformação da Sociedade Promotora em outra entidade chamada Instituto de Ensino Médico, foi o segundo e importante passo para a consecução dos objetivos do grupo. O Instituto do Ensino Médico do Ceará seria a partir daquela data, 28 de julho de 1947, o órgão com os encargos jurídicos para a manutenção da nova Faculdade de Medicina.Na Presidência Executiva ficou o Dr. Jurandir Picanço[34], enquanto na Presidência de Honra permaneceu o Dr. César Cals, como o fora na Sociedade Promotora.

A sociedade cearense como um todo, respondeu positivamente a esta iniciativa, a imprensa prestigiou, o comércio e a indústria contribuíram com expressivas quantias em listas de adesões para atendimento às primeiras despesas de instalação da Faculdade de Medicina.

[34] Prof. Dr. Jurandir Marães Picanço- Clinico Geral e Psiquiatra

O Governo do Estado, através da lei nº 55, de 17 de novembro de 1947, concede ao Instituto do Ensino Médico a subvenção inicial de Cr$ 200.000,00, aprovada pela Assembléia Estadual que, a partir de 1948, passaria a ser de Cr$ 240.000,00 , faz também a doação de terreno de propriedade do Estado,localizado no bairro São Gerardo, à oeste da cidade de Fortaleza e de um prédio de antigo grupo escolar[35], situado na Praça José de Alencar, para instalação da Faculdade. No artigo 4º da referida lei, ficam salvaguardados os interesses do Estado, devido a observação de que se Faculdade de Medicina, não fosse fundada, ou se o fosse e não atendesse às suas finalidades,o terreno e o prédio voltariam a pertencer ao Estado Anos depois, o referido terreno é integrado novamente ao patrimônio estadual, apesar do sucesso do empreendimento da Faculdade de Medicina.

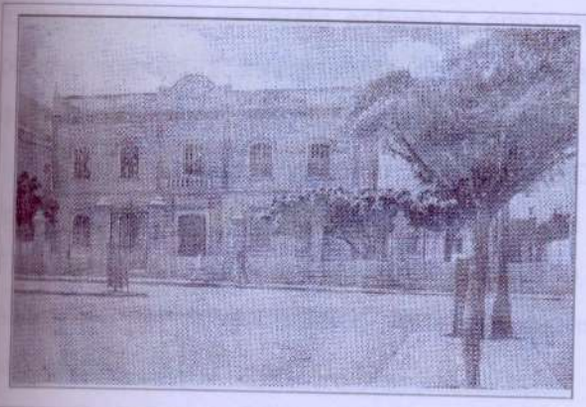


Figura 14 – Faculdade de Medicina do Ceará – prédio original localizado na Praça José de Alencar
Fonte: Livro – A Faculdade de Medicina e sua Ação Renovadora -1998

Os médicos que faziam parte do Instituto contribuíram também com a quantia de Cr$ 10.000,00, de que acordo com o que dispunha os seus estatutos.

A primeira contribuição financeira do Governo Federal para a futura Faculdade de Medicina, ocorre quando o Deputado Paulo Sarasate[36], inclui na votação orçamento da União para 1948, a quantia de Cr$ 500.000,00 .

O objetivo inicial do Instituto de Ensino Médico, conforme determinavam seus estatutos, era fundar, instalar e manter a Faculdade de Medicina do Ceará.

---

[35] De acordo com o arquiteto Liberal de Castro (2004), o prédio doado pelo governo do Estado foi construído em 1884 conforme projeto do austríaco Henrique Foglare para abrigar a sede da Escola Normal, depois com sua mudança é ocupado pelo Grupo Escolar Norte da Cidade, posteriormente denominado Grupo Escolar José de Alencar. O pequeno prédio de dois pavimentos possuía área total de 500m2 e estava implantado no setor frontal do terreno de 1.240m2

[36] Deputado Federal Paulo Sarasate – foi deputado pelo PSD (Partido Social Democrático), na Constituinte de 1935 a 1937, perdendo o mandato em 1937. Também foi autor de lei que deu o primeiro fundo financeiro ao Banco do Nordeste Brasil. Seria governador do Estado do Ceará, em 1954.

O Decreto nº 24.796, de 13 de abril de 1948, no seu artigo único,finalmente concedia autorização para o funcionamento do curso de medicina da Faculdade de Medicina do Ceará.

O segundo objetivo daquele Instituto seria fazer funcionar um Hospital de Clinicas, o que será também alcançado como se verá adiante, no inicio da década de 1950.

Em 1º de março de 1948, foi instalada a Faculdade de Medicina do Ceará, esta data foi escolhida para coincidir com o 1º aniversário de governo do Desembargador Faustino Albuquerque.

Foram abertas sessenta vagas e inscritos 85 candidatos dos quais somente 10 foram aprovados.No dia 12 de maio daquele ano, foi dado o inicio as aulas e a 26 de dezembro de 1953, o Ceará recebe os seus três primeiros profissionais médicos, formados depois de muito esforço e empenho de pessoas que acreditaram em um objetivo comum. É interessante observar que dos três novos profissionais formados dois eram mulheres.

Segundo depoimento do cardiologista Dr.Raimundo Hélio Cirino Bessa, um dos formandos da primeira turma, foi um grande acontecimento na época a criação da Faculdade de Medicina que, embora privada, permitiu o acesso de pessoas menos abonadas, devido ao módico valor das mensalidades, pois como se viu o Estado subvencionava o empreendimento.

O antigo prédio de dois pavimentos foi adequado ao novo uso, sendo construídos, primeiramente, dois anexos para abrigar os laboratórios de histologia e anatomia, em área livre existente nos fundos do lote. No ano seguinte, foram acrescentados os laboratórios de fisiologia e química.

Para ministrar as aulas de medicina prática se utilizavam a Santa Casa de Misericórdia, Casa de Saúde César Cals, Maternidade João Moreira, Casa de Saúde São Gerardo e o Centro de Saúde, todos localizados no centro da cidade.

Na Santa Casa de Misericórdia que funcionando como o Hospital – Escola da Faculdade de Medicina, os problemas se avolumavam devido às instalações físicas inadequadas e a falta de equipamentos. Segundo Girão (1994, p. 20):

> A visão dos dirigentes da Misericórdia, quanto às prioridades do hospital, nem sempre coincidia com a dos professores; não contemplava o progresso cientifico como objetivo maior, o que já representava uma limitação aos anseios destes.

Em 1954, ao ser criada a Universidade do Ceará, surge a oportunidade da federalização da Faculdade de Medicina, através de uma emenda que passou a

constituir o artigo 6° e seu parágrafo único da Lei n° 2.373 de 12/1954. O grande mentor deste processo é o Professor Antonio Martins Filho, idealizador e primeiro reitor da Universidade do Ceará.

No ano de 1956, a 20 de abril, aconteceu a transferência do patrimônio do Instituto do Ensino Médico[37] para a Universidade do Ceará, consolidando assim a integração Faculdade de Medicina à nova realidade universitária.

A Faculdade de Medicina funcionou nestas instalações do centro da cidade até meados de 1957. Á partir daquele ano, com sua federalização passou a funcionar no bairro de Porangabuçu, quando foi concluída a obra do Hospital de Clinicas.

A transferência não deixou de provocar polemica, pois, o Porangabuçu, bairro onde se localizava o novo hospital, era considerado muito longe do centro. Fortaleza, á época, tinha um sistema de transportes deficitário no que se referia a quantidade e qualidade. Como informa Jucá (2003, p.107):

> O déficit de transporte coletivo em Fortaleza decorria da exígua renovação dos ônibus, do crescimento populacional e, conseqüentemente, de um maior numero de locais distantes a serem atendidos.

Criação da Universidade do Ceará

Na década de 50, vivenciava-se no Brasil uma nova realidade, política, social e econômica. A ditadura do Estado Novo se foi, abrindo espaço para chamada redemocratização do país. A migração do meio rural para o meio urbano promove o aumento das populações e dos problemas nas cidades. Ocorre também o inicio da industrialização no Brasil. O novo cenário impõe demandas pelo ensino superior e o governo federal atende aquelas demandas, implantando novas faculdades, como também federalizando as existentes nos estados, aí se incluindo as públicas e as privadas.

Em meados da década de 40, o médico Dr. Antonio Xavier de Oliveira, enviou ao Ministério da Educação e Saúde um relatório sobre a federalização da Faculdade de Direito do Ceará. Nele, é mencionado o pensamento da criação de uma Universidade em nosso estado. Era uma idéia original e a partir daquela data passou a fazer parte das cogitações do reduzido mundo acadêmico existente na cidade de Fortaleza. Em 1947, duas personalidades aventaram a possibilidade de Fortaleza

sediar uma Universidade, uma delas foi o Prof. Cesário de Andrade, Presidente do Conselho Nacional de Educação e a outra , o Prof. Clemente Mariani, Ministro da Educação. Este último foi recebido na Faculdade de Direito e os alunos solicitaram, em um documento com dez mil assinaturas a criação de uma Universidade no Ceará.

Primeiramente o eminente Professor Mariani, *apud* Martins Filho (1999, p. 16) diz que o governo federal vê com simpatia a solicitação feita e continua:

> Certamente não pretendeis que vo-la ofereça, como um régio dom. O problema da criação de uma Universidade, ainda que seja no papel, já não é mais assunto para divertimento de Ministro. Se a queremos possuir, juntos havemos de trabalhar por ela.Trabalhar perante os institutos existentes, para que concordem em associar-se sob a sua égide. Esforçar-nos junto ao Congresso da União e do Estado, junto aos particulares de boa vontade, para que todos contribuam com a sua parcela para a criação de novos institutos e o melhor aparelhamento daqueles de que já dispomos.

No seu depoimento, o Ministro chama atenção para formação do *espírito universitário*, para que professores e alunos, se irmanem na sede de saber e juntos promovam pesquisas e investigações e projetem no futuro, *a inquietação cearense.*

O Desembargador Faustino Albuquerque entusiasmou-se com a empreitada e tomou as primeiras providencias para a consecução do objetivo de criar uma Universidade no Ceará.

O primeiro passo é o apoio da Congregação da Faculdade de Direito,cujo representante o Prof. Antonio Martins Filho será um dos protagonistas deste movimento. Devido às dificuldades de tamanho projeto, principalmente na conciliação de interesses dos diversos estabelecimentos que iriam compô-la, o governador diminui o entusiasmo inicial e sai de cena. Anos depois, com a reforma do ensino de 1951, o Governo Federal empreende a federalização de faculdades e sua integração em universidades. Então, o Prof. Martins Filho vê a grande oportunidade de retomar a luta interrompida para a criação da Universidade no Ceará, uma luta agora no âmbito federal.

A primeira audiência com o Ministro da Educação e Saúde, Prof. Antonio Balbino de Carvalho teve resultado satisfatório. Elaborado o memorial solicitado pelo Ministério, submetendo-o a apreciação de autoridades diversas e com a aprovação do então governador Raul Barbosa foi emitido o Parecer nº 263/53, favorável á criação da

[37] O patrimônio do Instituto do Ensino Médico estava avaliado em cerca de 13 milhões de cruzeiros e era constituído pelo prédio da praça José de Alencar, o Hospital em construção , o terreno em Porangabuçu ,prédio com laboratórios e a quantia de 2 milhões de cruzeiros.

Universidade do Ceará. Finalmente, é criada pela Lei 2.373, de 16 de dezembro de 1954, sancionada pelo então Presidente Café Filho.

Pela referida lei, a Universidade do Ceará constituiu-se inicialmente de três faculdades, a Faculdade de Direito (1903), Faculdade de Farmácia e Odontologia (1916), Escola de Agronomia (1918) que já eram mantidas pelo governo federal, juntamente com a Faculdade de Medicina (1948), que como já se viu, era uma entidade particular, cuja gestão era do Instituto do Ensino Médico do Ceará e nesta ação é federalizada. Assim, a nova universidade é composta de todo o patrimônio daquelas unidades.

Os bastidores da criação da nova instituição foram movimentados pela ambição e vaidade de diversos setores da elite dominante no Ceará, sendo o cargo de reitor, com seus atributos de poder, prestigio, obviamente, bastante disputado Inicialmente, o Prof. Martins Filho (1999, p. 18) , afirmou que jamais havia considerado a possibilidade de ser escolhido para o exercer o cargo de Reitor, porém, quando a idéia da criação foi se fortalecendo e os candidatos ao posto foram surgindo,ele declara:

> Mas a luta pela nomeação para o importante cargo só se tornou acérrima quando, já esvaziado o movimento em favor da Universidade do Estado, a nossa pretensão se tornou mais ambiciosa, mercê das providências, oportunamente adotadas, no sentido da criação de uma Universidade Federal para o Ceará.

O suicídio do Presidente Vargas e a posterior ascensão ao poder do Vice-Presidente Café Filho, leva ao proscênio, um dos personagens mais importantes dos bastidores da criação da Universidade Federal do Ceará, seu primeiro reitor e detentor de quatro mandatos sucessivos, de 1955 a 1967, um homem na meia idade com a força e a energia que são sempre creditadas à juventude e a capacidade intelectual forjada nos anos já vividos. Barreto (2004, p. 33) sexto reitor da UFC, enfatiza:

> No dia 16 de dezembro de 1954, pela Lei nº 2.373, o Presidente Café Filho criou a Universidade do Ceará. Seis dias após, no dia 22, o Prof. Antonio Martins Filho completava meio século de existência. A partir de então, o destino de uma estava ligado definitivamente às ações do outro. Universidade Federal do Ceará e Martins Filho formaram por quase cinqüenta anos, um binômio inseparável.

No primeiro mandato, após a posse, a primeira providência foi a instalação da Reitoria. Isto ocorre em uma pequena sala situada no pavimento térreo da Faculdade

de Direito,cedida pelo diretor Prof. Andrade Furtado. Após quatro meses, a Universidade passa a ter sua sede, em imóvel alugado no centro, próximo a Faculdade de Direito. Em abril de 1956, o Prof. Martins Filho, ao tomar conhecimento da disposição da família Gentil em vender o solar do Benfica, envidou esforços junto ao Ministério da Educação,no sentido de conseguir recursos para comprar o referido imóvel. E, no dia 25 de junho de 1956, foi inaugurada a sede definitiva da Reitoria, no Palacete Gentil do Benfica, após serem feitas as adaptações necessárias.

Neste primeiro ano, o Reitor consegue dar nova redação ao art 1° da Lei n° 2.373, de 16 de dezembro de 1954, passando a Universidade a ser vinculada ao Ministério da Educação e Saúde e não integrada como anteriormente escrito. No art. 2°, foi determinada a incorporação da Faculdade de Engenharia à Universidade do Ceará. A agora denominada Escola de Engenharia fora criada através da Lei n° 2.383, de 3 de janeiro de 1956,não se entendendo o seu funcionamento isolada, já que era um instituto mantido pelo Governo Federal. Esse episódio revela a determinação do Prof. Martins Filho(1999, p.90) em impor seu ritmo de trabalho e, ao ser reconduzido ao segundo mandato, generaliza e consolida uma *ideologia comum*:

> (...).como Universidade teríamos de cultivar o saber em sua intrínseca universalidade. Mas, como instituição do Ceará, tínhamos de nos voltar logo para a região em que nos situávamos. Conseqüentemente, como Universidade do Ceará, teríamos como finalidade última alcançar – O Universal pelo Regional.

Figura 15 -Reitor Antonio Martins Filho
Fonte: 50 Anos UFC- 1954-2004

A aquisição da "Vila Gentil" para abrigar a Reitoria da Universidade do Ceará, iniciou o processo de compra de diversos imóveis no bairro Benfica, com a intenção de agrupar várias unidades institucionais ao longo da Av. da Universidade (antiga Av. Visconde de Cauípe), onde já existiam a Faculdade de Direito e a Faculdade de

Ciências Econômicas. Hoje, além da maioria das unidades administrativas da Instituição e das faculdades já citadas, encontram-se nesta área as unidades acadêmicas do Centro de Humanidades, Faculdade de Educação e Curso de Arquitetura e Urbanismo.

Concomitantemente à incorporação da Faculdade de Medicina à sua estrutura acadêmica, a Universidade agregou ao seu patrimônio o terreno e imóvel pertencente ao Instituto de Ensino Médico[38], no bairro Porangabuçu, para fazer funcionar o hospital universitário, utilizando a estrutura hospitalar existente. A partir daí áreas adjacentes foram compradas e novos prédios foram construídos, consolidando assim a área da saúde no Porangabuçu, o que será mais detalhado adiante.

No bairro Pici, após a aquisição do terreno e prédios onde originalmente se situava a Escola de Agronomia do Ceará, a Universidade incorporou novos lotes de terceiros, ampliando assim sua base física no local. Hoje, nesta área encontram-se instalados os Centros de Ciências Agrárias, Ciências e Tecnologia, além de unidades da Administração Central.

Nos mandatos do Reitor Prof. Antonio Martins Filho que se seguiram, ficam evidenciadas a sua personalidade forte,o que caracteriza um líder e, sua obstinação em manter o otimismo e o entusiasmo dos tempos de criação e implantação da Universidade do Ceará. Discorrendo sobre os segredos do êxito na sua administração Martins Filho (1999, p. 95) declara:

> Muito cedo compreendi que o êxito na administração de um organismo complexo como é uma universidade não seria alcançado com a imposição de normas rígidas determinadas de cima para baixo

A atualmente denominada Universidade Federal do Ceará – UFC- permanece instalada em três áreas distintas, interligadas por vias urbanas de acesso direto (Figura 16):

Do Benfica se chega ao Pici, através das Avenidas 13 de Maio / Jovita Feitosa / Humberto Monte, com distância aproximada de 3,5 km;

Do Benfica ao Porangabuçu, utilizando-se as Avenidas Carapinima e José Bastos, distando 1,5 km entre as duas áreas.

[38] A assinatura da escritura de transferência do patrimônio do Instituto do Ensino Médico para a Universidade do Ceará, ocorreu em 20 de abril de 1956, às 17,30hs, no Cartório Martins.

Finalmente, do Pici ao Porangabuçu, através das Avenidas Humberto Monte e José Bastos, com distância de 3,5 km.

Figura 16–Localização dos *Campi* da Universidade Federal do Ceará
Fonte : Planop/UFC

Ao longo de seus 50 anos de existência, a UFC cresceu e promoveu a criação de novos cursos, abrangendo hoje todas as áreas de conhecimento, reunidas em torno de quatro Centros – Ciências, Tecnologia, Ciências Agrárias, e Humanidades, e cinco Faculdades – Direito, Educação (FACED), Economia, Administração, Atuária e

Contabilidade (FEAAC), Medicina (FM) e Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE).

Dentro do objetivo da instituição, de preservar, elaborar, desenvolver e transmitir o saber em suas várias formas de conhecimento, a UFC apresenta, resumidamente, os seguintes dados em cada uma destas atividade

No **Ensino** são oferecidos atualmente 48 cursos de graduação, 44 cursos de mestrado e 14 cursos de doutorado, além de 50 de especialização, beneficiando 20.310 alunos de graduação, 4.037 alunos de pós-graduação "*stricto sensu*" e 5.640 alunos no programa de educação continuada nos cursos de línguas estrangeiras oferecidos pelas oito casas de cultura estrangeira – Casas de Cultura Britânica, Hispânica, Italiana, Portuguesa, Germânica, Francesa, Russa e Esperanto. Conta atualmente com 1662 professores.

As atividades de **Pesquisa** básica e aplicada são desenvolvidas pelos departamentos acadêmicos, núcleos, fazendas experimentais, Instituto de Ciências do Mar (LABOMAR), Laboratório de Produtos Naturais (LPN), e Parque de Desenvolvimento Tecnológico (PADETEC). Sua estrutura compreende 171 grupos cadastrados junto ao CNPq, assim distribuídos: 45 em Ciências Exatas e da Terra, 31 em Ciências da Saúde, 26 em Ciências Agrárias, 20 em Engenharias, 19 em Ciências Biológicas, 13 em Ciências Sociais Aplicadas, 10 em Ciências Humanas e 7 em Lingüística, Letras e Arte. Nestes grupos de pesquisa e cursos de pós-graduação atuam cerca de 1600 bolsistas de várias agências de fomento (CNPq, CAPES, FUNCAP, ANP).

O trabalho de **Extensão** desenvolve-se dentro de três linhas básicas: ação comunitária, ação cultural e difusão científica e tecnológica. Nas atividades de natureza artístico-cultural, promovem-se cursos permanentes e temporários, além de programas com o respaldo dos equipamentos da própria UFC, constituídos pela Casa de José de Alencar, Casa Amarela Eusélio Oliveira, Museu de Arte, Seara da Ciência, Teatro Universitário, Rádio FM, Concha Acústica, Edições UFC e Imprensa Universitária. A difusão científica e tecnológica é realizada por intermédio de cursos e serviços, que fazem a intermediação entre Universidade e Sociedade.

Na área de saúde, a prestação de serviços à população da Capital e do interior é assegurada por um complexo hospitalar formado pela Maternidade-Escola Assis Chateaubriand e Hospital Universitário Walter Cantidio, unidades que

respondem pela formação médica e de outros profissionais de saúde, além de prestarem serviço de saúde à comunidade, respondendo pela realização anual de cerca de 378.000 consultas, 617.000 exames, 29.000 internações, 4.260 cirurgias, em seus 463 leitos disponíveis.

Para dar apoio a todas essas atividades, a instituição conta com um sistema de bibliotecas que compreende 12 unidades, reunindo cerca de 110.000 títulos de livros e 6.200 títulos de periódicos, encontrando-se interligadas em rede de computadores com serviço de comutação bibliográfica e com acesso a bancos de dados internacionais.

Figura17 – Prédio da Reitoria da Universidade Federal do Ceará
Fonte:Planop/UFC

CAPITULO 3

3.2 -O Hospital Universitário Walter Cantidio – de Isolamento a Hospital de Clinicas

Na primeira metade do século XX, Fortaleza se moderniza e é inaugurada a primeira instituição de saúde com quartos privativos, salas de cirurgia e ambulatórios: a Casa de Saúde São Lucas, responsável, através do desempenho do médico Abdenado Lima, por vencer a resistência da população mal informada a respeito de internamento hospitalar. Na época, as pessoas com problemas de saúde permaneciam em casa, para o atendimento e mesmo para sofrerem algum tipo de cirurgia.

Em 1928, foi inaugurada a Casa de Saúde Dr. César Cals, localizada na Rua do Imperador, que por muitos anos permaneceu funcionando modelarmente e hoje é propriedade do Estado. Outras Casas de Saúde foram sendo implantadas, entre elas Casa de Saúde São Gerardo (1935), no Alagadiço (zona oeste da cidade), Casa de Saúde São Raimundo,localizada no centro inicialmente.

Em 1932, foi instalado na Santa Casa, o serviço de Pronto Socorro por iniciativa pública, em atendimento ao desejo e necessidade da população de Fortaleza. Alguns anos depois, em 1937, é lançada a pedra fundamental do novo edifício. O Hospital de Pronto Socorro, que leva o nome de Instituto Dr, José Frota, se desdobra em alguns outros Prontos Socorros nos bairros da cidade e continua cada vez mais prestando assistência a população da cidade. No âmbito do setor público surgem o Hospital Geral, Hospital de Messejana, Hospital do Exército, Hospital da Policia Militar e da Previdência Social.

A partir de 1948, muitas unidades hospitalares são inauguradas no interior. Algumas não conseguem se manter e fecham, principalmente porque são de iniciativa privada.

Na década de 40, Fortaleza uma cidade com 200 mil habitantes, era possuidora de carências substantivas nas áreas de moradia, postos de saúde, luz, água, escolas, pavimentação de ruas e abertura de novas avenidas. Já em 1938, o Dr Otávio Lobo, *apud* Sousa (2002) no 2° Congresso Médico, na Bahia, já declarava que Fortaleza era uma cidade doente, aberta a tuberculose que se abrigava e proliferava nos casebres :"*expressão objetiva da pobreza e da anti-higiene*", segundo o médico.

A assistência hospitalar no Ceará se apresentava aquém das necessidades da população carente, o que determinou a obtenção pelo Departamento de Saúde Pública do Estado, de autorização do Governo para o planejamento de um estabelecimento dessa natureza em Fortaleza. Projetava-se construir um *moderno* hospital, com capacidade para 250 leitos, dele fazendo parte um pavilhão para isolamento de contagiosos agudos, que substituiria um precário alojamento existente e adaptado para esse fim.

O planejamento do hospital ficou a cargo, segundo a revista Ceará Médico (6/7/1942), de técnicos federais, embora jornais locais tenham publicado quando do lançamento da pedra fundamental do empreendimento, o projeto de autoria de *arquiteto projetista* Orlando A. de Luna Freire, pertencente ao Departamento de Saúde Pública do Estado.

Figura17 – Ante projeto do Hospital de Isolamento
Fonte:Jornal O Nordeste em 24/03/1941

No bairro do Porangabuçu, há um pouco mais de três quilômetros do centro, na direção sudoeste da cidade de Fortaleza foi lançada a pedra fundamental, em 25/03/1941, pelo interventor federal Francisco Menezes Pimentel[39], do hospital que receberia o nome de Hospital de Isolamento Carlos Carneiro de Mendonça[40]. O terreno segundo informa o jornal da época *Unitário*, foi doado pela Prefeitura ao governo do Estado.

[39] Francisco Menezes Pimentel – governador eleito em maio de 1935, pela Assembléia Estadual Constituinte. Em 1937, com a instalação do Estado Novo, é mantido no cargo como interventor até 1945.

MURROS E PAULADAS, S
Inst
Exp
Com
inau
elog
UNITARIO

Figura18-Flagrante do interventor Meneses Pimentel
Lançando a pedra fundamental do Hospital de Isolamento Carneiro de Mendonça, em 1941
Fonte – Jornal Unitário – 25/03/1941

As obras iniciadas em 1944 não tiveram continuidade pela crônica falta de recursos do governo. Em 1949, os dirigentes do Instituto de Ensino Médico do Ceará como se sabe,a entidade mantenedora da Faculdade de Medicina, enxergaram nisso a oportunidade de conseguir instalar o seu hospital de ensino no local e, então foi sugerida ao governo do Estado a transferência da obra para a referida entidade.

Naquele ano, segundo o jornal Unitário, o diretor do Departamento de Saúde Pública, o médico enterologista Dr. Quintilio Teixeira, foi expulso do Instituto de Ensino Médico e da Faculdade de Medicina, por não ter dado parecer favorável sobre o pedido de doação do Instituto do Ensino Médico ao Governo do Estado, de terreno e verba federal. Segundo a entrevista, que se acha importante transcrever, concedida ao referido jornal em 9/08/1949, o Dr Teixeira explica o seu posicionamento:

> A origem de toda essa atoarda, a minha exclusão do Instituto do Ensino Médico, a má interpretação de meu parecer sobre pedido do Instituto ao Governo, que visava obter por doação pura e simples o terreno, material de construção e de verba federal de 250.000 cruzeiros, depositados no Banco do Brasil, pertencentes ao Hospital de Isolamento, ora em inicio de construção.Há cerca de um mês, o Instituto solicitou a doação.O processo veio a direção do D.S.P, via Secretaria de Educação. Examinei o assunto com o interesse do Estado, da Faculdade de Medicina e o progresso do ensino médico na terra em comum.Emiti franco parecer aos interesses científicos do ensino. Apenas não compreendi a DOAÇÃO, como querem os

[40] Carlos Carneiro de Mendonça –médico sanitarista, amigo e companheiro de Oswaldo Cruz

diretores do Instituto. E, isso não se ajusta aos interesses do Estado, sobretudo, por se constituir, ao que pensei, uma alienação de propriedade, de patrimônio em favor de particular, sujeita, à mudança de dirigentes e por via de conseqüência, de critério de administração e utilização.Entendo, que defendi, com o meu parecer, isso de que poucos se lembram nos seus arroubos privativistas, a coisa pública.

A entrega do Hospital de Isolamento nos alicerces ao, não teria cunho de legitimidade e nem os tramites a percorrer seriam apelo simplista ao executivo. Creio, que o caso ficaria a depender da aquiescência do Legislativo e de anuência explicita e categórica do Governo Federal, que estipendia a construção do Hospital em cooperação com o estado, através da competente Divisão do Ministério da Educação e Saúde.

Este é o aspecto legal do problema, e o lado moral do assunto?

Seria interessante o Estado abandonar a particulares construção de um hospital, nos alicerces,entregando-lhes verbas federais?

A resposta é negativa, pois isso seria "test" de incompetência administrativa e propiciar esquivança, no Rio de Janeiro, a quaisquer tentativas de obtenção de verbas, por parte da bancada cearense e do governo local.Se a verba fosse cedida irregularmente, isso se chamaria desvio, de péssima repercussão para o critério da administração local.

Contrariando a doação em assertiva e ainda concordo com duas concessões substanciais:

1- Ceder ao Instituto, para direção, administração e manutenção autônomas o bloco de enfermarias de clinica:

2- Ressalvando a direção e a administração do Pavilhão de Isolamento, que teria prioridade na edificação e ficaria diretamente ligado ao DSP, como complemento necessário as suas atividades na profilaxia das doenças transmissíveis, por à disposição do mesmo Instituto, o número de leitos necessários ao ensino da cadeira de Doenças Tropicais e Infecciosas.

Como se pode apreender nesta entrevista, os interesses da entidade gestora de uma instituição privada como a Faculdade de Medicina, embora implícito o objetivo maior de contribuir para o progresso cientifico, cultural do estado e o bem estar da população, entraram em rota de colisão com os interesses do Estado.

Aqui começa a se configurar, em fase embrionária, o futuro Hospital de Clinicas, sob toda essa discussão.

O governador Faustino de Albuquerque, cujo governo se encontrava com as finanças combalidas, acata a sugestão e, novamente, o Deputado Federal Paulo Sarasate consegue incluir no orçamento federal de 1950, a importância de Cr$ 3.000.000,00, que seria destinada a continuação da obra.

Com o aporte de recursos, as obras foram retomadas e, em 1952, já no governo de Raul Barbosa, é inaugurada a ala destinada ao tratamento de doenças

infecto-contagiosas, de acordo com a negociação feita anteriormente com o governo do Estado. A contribuição de Cr$ 500.000 do governador Raul Barbosa, além da subvenção já prevista em lei, proverá mais uma vez o Instituto do Ensino Médico.

No inicio do ano de 1954, diante das dificuldades que se apresentavam para a continuação das obras do hospital, com a contribuição pessoal de Fernando de Alencar Pinto, um rico empresário cearense, o apoio dos governos municipal e estadual, do Instituto de Ensino Médico e da Faculdade de Medicina foi criada a Fundação Júlio Pinto, cujos objetivos principais eram , segundo Araripe (1998):

- ✓ Cooperar com o Instituto do Ensino Médico e a Faculdade de Medicina do Ceará no que se fizer necessário para a consecução dos seus objetivos;
- ✓ Construir e manter o Hospital das Clinicas;
- ✓ Construir e manter a Maternidade – Escola de Fortaleza;
- ✓ Construir e manter o Instituto Evandro Chagas;
- ✓ Cooperar com os governos e instituições para a melhoria constante da assistência médico–hospitalar, do aprendizado técnico-científico, no sentido da pesquisa e do ensino médico.

Figura 19–Primeiro bloco em construção do Hospital de Isolamento inicio década de 50.
Fonte: Arquivo HUWC

Figura 20 – Visita dos médicos e Dep. Paulo Sarasate às obras do Hospital - inicio década de 50
Fonte: Arquivo Dr. Walter Cantidio

Figura 21– Primeiro bloco construído-Hospital de Isolamento – 1952
Fonte: Arquivo Dr. Walter Cantidio

Figura 22– Outra vista do Hospital de Isolamento – 1952
Fonte: Arquivo HUWC

A Prefeitura Municipal de Fortaleza dispunha de grande terreno[41] contíguo à área do hospital já em construção e, o então prefeito Paulo Cabral de Araújo vê na idéia de concentrar em Porangabuçu as unidades hospitalares e de pesquisa a oportunidade de prover a cidade da infra-estrutura para o desenvolvimento do ensino médico e a melhoria no padrão de assistência a saúde da população. Sanciona então a Lei 787, publicada em 14 de abril de 1954, que:

"Estabelece a participação do Município de Fortaleza na Fundação Júlio Pinto e dá outras providências".

No artigo 2° da lei é estabelecida a doação da Prefeitura de Cr$ 2.000.000 em dinheiro e no artigo 3° está autorizado o Prefeito a transformar, de bem ***público*** em bem ***patrimonial***, o terreno situado em Porangabuçu, determinando seus limites e doação ao Instituto de Ensino Médico, com objetivo final de construção dos edifícios para o funcionamento dos serviços da Fundação Júlio Pinto.

As seis quadras que foram doadas pela Prefeitura e, que originalmente se destinavam no loteamento a criação de praças, somavam um total de 57.000m². Confirmava-se mais uma vez em Fortaleza, que as áreas livres, na maioria das vezes vão sendo ocupadas com os mais diversos equipamentos, mais para o atendimento de interesses institucionais ou privados e menos para melhoria do padrão urbanístico da cidade. Como Mota Jucá (2000, p. 47) observa:

> As praças foram rareando e tanto as velhas como as novas passaram a ser ocupadas por edifícios(...)Fortaleza ainda sofria de crescimento sem planejamento. Muitas áreas que deveriam ser reservadas à instalação de praças foram ocupadas sem nenhuma orientação básica.

Na criação da Faculdade de Medicina, na construção do Hospital de Clinicas se configura plenamente a forma de atuação do Estado, estreitamente ligada aos interesses da classe dominante, cuja fração é aqui representada pelo grupo de médicos estabelecidos na capital. Este fato também demonstra as inter-relações entre o público e o privado que como se verá adiante irão produzir um espaço especializado.

Lefébvre, segundo Gottdiener (1997), tem visão critica quanto à intervenção do Estado, afirmando que este não só intervém no espaço como ajuda a produzi-lo.

[41] A Prefeitura aprovou o loteamento das terras de Vila Porangabuçu em 1943.

Apesar de mentores da idéia da instalação de um curso superior no Ceará, da organização preliminar em uma Sociedade Promotora, os médicos do Instituto do Ensino Médico perceberam que sem o aval e a parceria do governo do Estado, materializados na forma de recursos financeiros e materiais, não conseguiriam levar adiante projeto tão ambicioso, principalmente, no cenário existente, em um estado de economia pobre como o Ceará. O Estado, como, afirma Correa (1993, p. 24), tem:

> (...) atuação complexa e variável tanto no tempo como no espaço, refletindo a dinâmica da sociedade da qual é parte constituinte.
> (...)esta atuação se faz, fundamentalmente e em última análise, visando criar condições de realização e reprodução da sociedade capitalista, isto é, condições que viabilizem o processo de acumulação e a reprodução das classes sociais e suas frações.

A implantação do Hospital de Clinicas a partir de meados da década de 50, nas terras da Vila Porangabucu, foi como já se viu , produto da obstinação de uma elite intelectual e política para a promoção de uma melhor assistência à saúde da população, o treinamento e formação de pessoal e, por que não dizer, para consolidar a hegemonia da classe médica na sociedade cearense. É também a produção de um espaço especializado sob o patrocínio do Estado, nas suas três esferas de decisões, em uma área social e espacialmente segregada, localizada no setor sudoeste da cidade de Fortaleza.

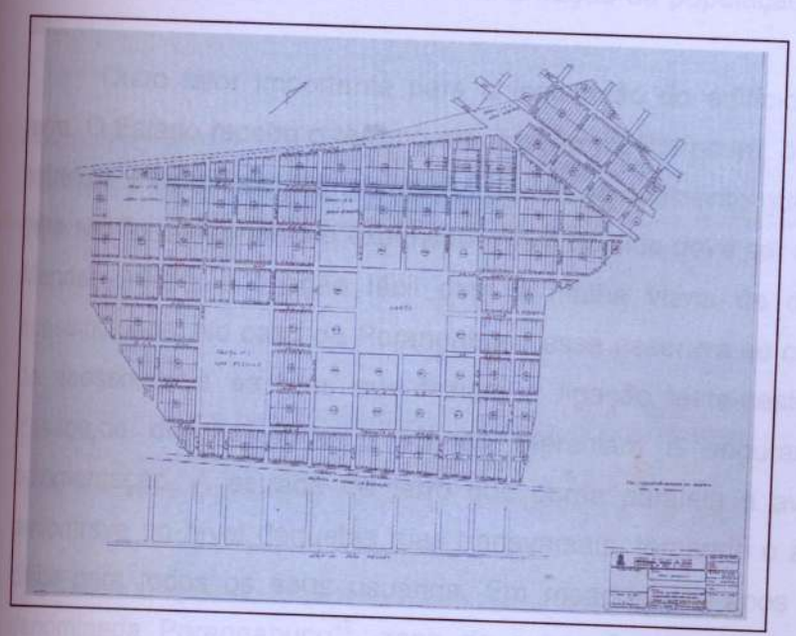


Figura 23 – Planta do Loteamento da Vila de Porangabuçu – Aprovado pela Prefeitura em 1943
Fonte – Arquivo Planop

O arquiteto francês Le Mandat (1989), discorrendo sobre a localização de um dos mais importantes equipamentos urbanos, afirma que o hospital no seu papel

funcional e institucional não conservou ao longo da história as mesmas relações com o poder, nem as mesmas exigências de localização dentro das áreas urbanas. Ele pode ser encontrado no centro das cidades, na periferia, ao longo de cursos d'água, de vias de transito ou junto de outros equipamentos urbanos. Labasse (1982, p. 205), geógrafo francês complementa:

> A localização do hospital é extremamente diferenciada, desde o centro até sua mais distante periferia.Entre as funções antigas da cidade, a hospitalização é a mais dispersa, comparável neste aspecto às que se tem implantado desde meados do século XIX: como estações ferroviárias, centros comerciais e armazéns de grandes dimensões.

A localização do Hospital de Isolamento Carlos Carneiro de Mendonça, tão distante do centro da cidade (à época), justificou-se pelo seu objetivo de ser um local para abrigar os portadores de doenças infecto-contagiosas, afinal era necessário segregar para não perturbar a vida dos outros componentes da comunidade.

O estabelecimento estava distante do centro e distante da área onde se encontrava a camada da população mais abastada. No caso de Fortaleza, a instalação à sotavento, desde o século XIX, na visão dos médicos higienistas, era a condição ideal para a instalação de equipamentos hospitalares para receber a população mais necessitada, pois não comprometia o meio nem os ares das áreas situadas a barlavento, onde se fixava a fração da população de poder aquisitivo mais alto.

Outro fator importante para a instalação do edifício foi a disponibilidade de terra. O Estado recebe o terreno em doação da Prefeitura, o qual, embora sem infra - estrutura é adequado a implantação de um equipamento que requer espaços amplos para seu funcionamento e expansão. Além do sitio deve ser considerado, segundo Le Mandat (1989), a ligação fácil com a malha viária da cidade, ou seja, o fator acessibilidade. No caso de Porangabuçu essa assertiva se contrapunha à dificuldade de acesso, pois as ruas que faziam a ligação leste-oeste com a avenida João Pessoa,de direção norte – sul,não ofereciam a segurança e comodidade da pavimentação. A estrada de ferro que corria paralela à avenida João Pessoa se encontrava no nível daquelas ruas transversais, tornando o acesso ao hospital mais difícil para todos os seus usuários. Em meados dos anos 50, naquela localidade denominada Porangabuçu[42], zona de expansão da cidade, Araripe (1998, p.107) comenta:

[42] O antigo bairro de Porangabuçu, (palavra da língua tupi, composta de porangaba= beleza e açu= grande) teve anos depois seu nome trocado pelo de Rodolfo Teofilo, já referido neste trabalho

> (...) se tinha a impressão de estar no interior, com estradas de barro batido, onde veículos levantam nuvens de poeira; com casinhas modestas e pequenas; com grandes descampados que a garotada desocupada aproveita para quadras de futebol. Não falta, sequer, o trem, com o silvo das locomotivas a cortar o espaço livre. Não há estação, mas existe uma parada bem defronte ao Hospital–Escola. A Faculdade, até na urbanística de Fortaleza, não foge ao seu destino pioneiro: planta uma civilização em Porangabuçu.

A construção do Hospital de Clinicas, em 1944, inicialmente para um projeto no âmbito estadual tinha o objetivo de se tornar um centro de referencia em doenças infecto contagiosas, veio tomar impulso dez anos depois, com a criação da Fundação Júlio Pinto e a federalização da Faculdade de Medicina, quando da criação da Universidade do Ceará.

Em ata da sessão ordinária do Conselho Deliberativo da Fundação Julio Pinto, de 22 de dezembro de 1954, foram levantadas questões relativas ao andamento das obras do Hospital de Isolamento em Porangabuçu. Nota-se a preocupação dos integrantes do Conselho em relação à qualidade dos materiais empregados e, surpreendentemente se referem à necessidade de se obter *planta completa do Hospital, sob pena de resultar futuramente numa construção defeituosa.* Decide-se pela suspensão da obra e sugere-se a contratação de nova firma construtora.

Os problemas continuaram frustrando os integrantes do Instituto de Ensino Médico e da Fundação Júlio Pinto. Em 10 de fevereiro de 1955, o Conselho Deliberativo se reúne para avaliar e aprovar a proposta de desenvolvimento do projeto do Hospital de Clinicas enviada pelo escritório dos arquitetos Roberto Nadalutti,Oscar Waldetaro e Israel Barros Correia do Rio de Janeiro,no valor de Cr$ 250.000,00 (duzentos e cinqüenta mil cruzeiros).

O então Diretor da Faculdade de Medicina Prof. Dr. Jurandir Picanço, em oficio datado de 20 de julho de 1956, comunica ao Reitor da Universidade do Ceará a constituição da Comissão encarregada de dar prosseguimento às obras do Hospital das Clinicas e enfatiza a urgência e relevância da referida obra para o ensino da medicina.

Segundo Araripe (1998), técnicos do SESP[43] vieram avaliar as obras que, em fins de 1956, foram retomadas para a conclusão do hospital.

[43] SESP-Serviço Especial de Saúde Publica

Finalmente em 1957, foi possível a transferência da Faculdade de Medicina para as dependências do Hospital do Porangabuçu.

3.2.1 – O projeto original

O Brasil é o segundo país da América do Sul (o primeiro havia sido o Peru, em 1538) a construir um edifício destinado a receber doentes: o Hospital da Santa Cruz da Misericórdia de Santos, criado por Brás Cubas em 1543. Segundo Rocha, *apud* Leal (1978, p. 114) "*a primeira Misericórdia do Brasil, teria sido construída em Olinda, três anos antes do hospital de Santos*".

As Santas Casas da Misericórdia se estabeleceram, depois de Santos, nas capitanias provinciais e mais tarde chegaram ao interior. Projetada em 1884 pelo engenheiro italiano Luis Pucci, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, um exemplo de partido pavilhonar, sofreu grande influência dos conceitos adotados no famoso Hospital Lariboisière.

A passagem da configuração pavilhonar, no Brasil, para o monobloco, pode ser conferida na obra do engenheiro português Luiz Morais Júnior, primeiro profissional a se tornar um especialista no projeto de unidades laboratoriais e de saúde. Este engenheiro ao migrar para o Brasil conheceu Oswaldo Cruz e segundo Benchimol (1990), citado em Toledo (2003, p. 30):

> Luiz de Moraes veio a ser o artífice não só o conjunto arquitetônico edificado em Manguinhos, como de todas as instalações criadas ou reformadas com vistas à modernização dos serviços de saúde pública no Rio de Janeiro.Durante os sete anos em que Oswaldo Cruz permaneceu a frente da DGSP e os quinze em que dirigiu o Instituto batizado com seu nome(1902-1917), Luiz de Moraes pode acumular uma experiência notável no campo muito especializado da construção civil:o das edificações laboratoriais,sanitárias e hospitalares.
> Seus primeiros projetos incorporaram às antigas regras da arquitetura pavilhonar, codificada em fins do século XVIII, o saber e a tecnologia médica oriundos da revolução pausteriana.
> (...) Suas últimas construções hospitalares, posteriores a 1930, já obedecem a uma lógica médica e a parâmetros formais e construtivos inteiramente diversos: além de se terem modificado as *noções sobre o contágio das doenças infecciosas, a complexidade das práticas e tecnologias médico-terapêuticas já não se coaduna com os modelos clássicos de arquitetura pavilhonar, gestados na Europa. Estes hospitais incorporam, então, as normas construtivas desenvolvidas nos Estados Unidos, precursores das construções verticais, em monobloco, utilizando o concreto armado.*

A arquitetura hospitalar no Brasil, na década de 40, tem no esquema "bloco-
torre" (uma das variantes do monobloco vertical), um dos seus mais belos exemplos: o

...do Câncer, em São Paulo, primeiro hospital projetado por Rino Levi que foi ...enuído em 1947. Segundo Segawa (2002, p. 139), Levi:

> (...) tornou-se um especialista em arquitetura hospitalar, o que o levou a ser chamado pelo governo venezuelano para organizar um sistema de edifícios hospitalares para o país.

O grande arquiteto Rino Levi, declarava na década de 50, que não mais se ...mitia a adoção de formas pré-estabelecidas ou discutir se o hospital deveria ser ...rizontal ou vertical, em pavilhão ou monobloco. Para ele cada projeto de hospital ...ha suas especificidades que logicamente influenciariam o seu planejamento. Levi ...acordo com a revista Arquitetura e Urbanismo (1993, p. 66):

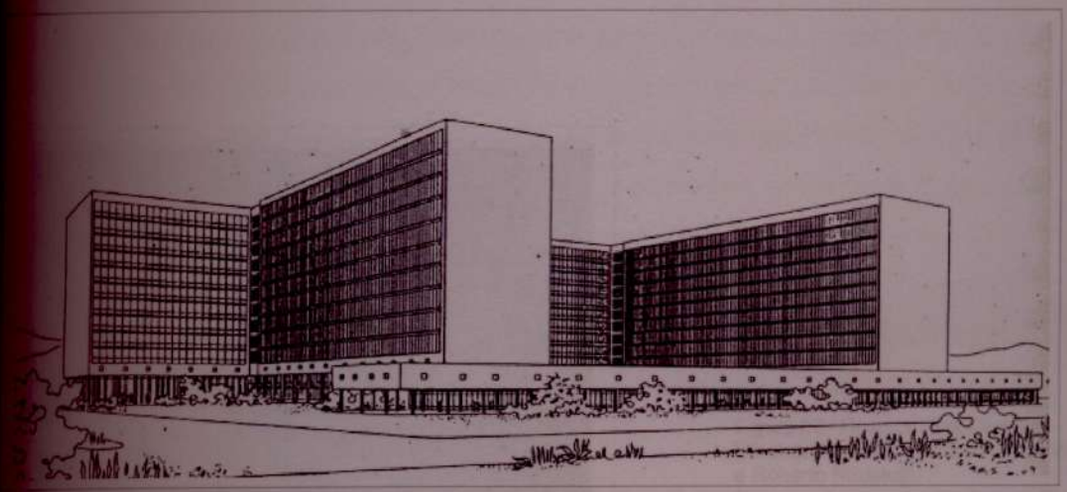
> (...)introduziu o estudo das funções e das circulações propostos pelos programas procurando racionalizar as interconexões e, dessa forma, fazer do edifício um elemento de eficiência no processo de atendimento aos pacientes.

Outros projetos de Rino Levi na área hospitalar são evidencias do seu talento. Um deles não construído obteve grande repercussão internacional por aplicação de conceitos da arquitetura funcionalista, trata-se da Maternidade Universitária de São Paulo de 1945. Em 1950 projeta o Hospital da Cruzada Pró-Infância, em 1952 o Instituto de Moléstias do Aparelho Digestivo, Hospital Albert Einstein em 1958 e em 1959 o Instituto de Gastroenterologia.

Figura 24– Hospital Albert Einstein - Arq. Rino Levi – 1958
Fonte – Revista Projeto de 111/1988

Figura 25 – Hospital do Cancer- Arq. Rino Levi – 1947
Fonte – Revista Projeto de 111/1988

O modernista Jorge Moreira foi um arquiteto que demonstrou raro talento ao ... do programa hospitalar. À frente do ETUB (Escritório Técnico da Universidade ... Brasil) projeta a Cidade Universitária na Ilha do Fundão-RJ, onde é construído o ...pital de Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, hoje ...minado Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, no final da ...cada de 40.



...26 – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho –UFRJ - Arq. Jorge Moreira
...: Toledo, L. Carlos – Feitos para curar-Arquitetura Hospitalar &Processo - 2002

Na Cidade Universitária é implantado também o Instituto de Pediatria e ...ricultura (1949-1953), premiado na categoria edifícios hospitalares na 2ª Bienal de ... Paulo, considerada sua obra mais madura, pois nela, de acordo com Segre[44], o ...iteto habilmente articula seu repertório arquitetônico com as experiências dos ... colegas, que na época (década de 40) estavam criando os paradigmas da ...itetura moderna carioca. Jorge Moreira também projeta o Hospital das Clinicas de ...to Alegre.

Oscar Niemayer, segundo Toledo (2002), projetou poucos hospitais, acredita ... a arquitetura hospitalar exige a presença de profissionais especializados e ...escenta que ao projetar o Hospital da Lagoa tivera a colaboração de Hélio Uchoa, ...sim como a do arquiteto Roberto Nadalutti quando fez o projeto do Hospital Distrital ... em Brasília.

Na década de 50, Niemayer projeta em parceria com arquitetos paulistas o ...spital Gastroclinica, localizado nas proximidades do Parque Ibirapuera que, no final ... década de 80, passa a ser disciplinado por um plano diretor, elaborado pelo ...critório L.C. Miquelin & S. Mei Ling.

...oberto Segre – arquiteto e professor titular do Departamento de Projeto Arquitetônico na FAU/UFRJ

Diversos arquitetos entre eles Jarbas Karman, Oscar Waldetaro, Roberto Nadalutti e mais recentemente Irineu Breitman, João Carlos Bross, Pompeu de Souza, Siegbert Zanettini e João Filgueiras Lima, o conhecido Lelé. deram e dão respectivamente, enorme contribuição com seus projetos e pesquisas ao desenvolvimento da arquitetura de hospitais no país, conhecedores que são das questões técnico-operacionais destes estabelecimentos.

Figura 27– Hospital das Clinicas-Ribeirão Preto -Arquitetos.-Oscar Waldetaro e Roberto Nadalutti.
Fonte : Toledo, L. Carlos – Feitos para curar-Arquitetura Hospitalar &Processo - 2002

Figura 28– Hospital das Clinicas-Santa Maria/RGS - Arquitetos. Oscar Waldetaro e Roberto Nadalutti
Fonte : Toledo, L. Carlos – Feitos para curar-Arquitetura Hospitalar &Processo - 2002

Segundo Toledo (2003), os dois arquitetos Nadalutti e Waldetaro foram precursores da normatização dos processos projetuais e do edifício hospitalar, quando trouxeram para o Brasil conhecimentos adquiridos nos Estados Unidos. Quando eram funcionários do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), estagiaram, entre os anos de 1951 e 1952, em um curso de atualização em arquitetura hospitalar ministrado no Public Health Service, em Washington. Após saírem do SESP, fundaram a firma

Oscar Waldetaro& Roberto Nadalutti Arquitetos, que iria se tornar um dos escritórios mais importantes na produção de projetos para a área hospitalar no país. Foram ganhadores do concurso para o Hospital Santa Mônica de Belo Horizonte, na década de 50,com a proposta torre-base e no qual Jarbas Karman ficou com a segunda colocação, com a proposta de prédio horizontal

No Ceará, os arquitetos Roberto Nadalutti, Oscar Waldetaro e Israel Barros Correia desenvolveram três projetos na área da saúde. O primeiro deles foi o Hospital de Clinicas, o segundo o projeto da Maternidade–Escola para as mães carentes do Ceará e o terceiro uma proposta para o então Hospital do Câncer do Ceará. Todos os três foram construídos, embora mutilados na sua concepção original (exceto a MEAC), pela força incontestável da falta de recursos na quantidade e no tempo preciso, retardando as obras e não permitindo sua conclusão segundo o planejado.

Como já se viu, os arquitetos acima referidos foram contratados pelo Instituto do Ensino Médico do Ceará para fazer o reestudo do projeto do Hospital de Clinicas, cujas obras estavam em andamento, inclusive elaborando as reformas necessárias no bloco que já estava sendo utilizado.

O partido pavilhonar foi adotado pela equipe de arquitetos e constituía-se de cinco blocos de dois pavimentos justapostos a um outro central também constituído de dois pavimentos e um sub solo, com área total construída de 12.500,00m2.

A proposta foi possibilitada pela generosidade de área disponível, o que permitiria a construção por etapas e de acordo com a capacidade de investimento do Instituto de Ensino Médico e da Fundação Júlio Pinto e mais tarde, da Universidade Federal do Ceará. A solução arquitetônica adotada permitia melhores condições de ventilação e iluminação naturais. Na fachada noroeste, os projetistas demonstraram certo desconhecimento da insolação na cidade e utilizaram brises de concreto na vertical, em um ângulo sem eficácia para proteção ideal da insolação no ambiente.

O projeto datado de 1955 constava de um programa físico de hospital geral com setor de internação com circulação central e enfermarias de dois, três, quatro e seis leitos, quartos de um leito com banheiro acoplado, totalizando 300 leitos, cinco salas de cirurgia, central de esterilização, cozinha, refeitório, almoxarifado, salas para atendimento ambulatorial, laboratórios, capela, conforto de pessoal e outros ambientes necessários ao funcionamento pleno do edifício.

Os acessos eram bem definidos e as circulações permitiam fluxos diferenciados de pessoal, pacientes e materiais.

A modulação utilizada era de 1.20m e a estrutura em concreto armado e as vedações externas e divisórias (paredes) internas em alvenaria. As circulações verticais previam escadas e elevadores para pacientes, publico, funcionários e elevadores de serviço. A implantação do prédio seguiu a mesma orientação do bloco existente, ou seja, com a fachada maior voltada para o sudeste, recebendo os ventos dominantes.

Infelizmente o resgate do projeto em arquivo da Universidade, não foi possível na sua forma integral, o que permitiria uma avaliação melhor das especificações originais e detalhes construtivos. Os projetos complementares de instalações fizeram parte do pacote fornecido pelo escritório dos arquitetos, porém, só alguns desenhos dos referidos projetos estão arquivados. O projeto estrutural também foi extraviado e não há nenhum registro do mesmo nos arquivos da atual Superintendência de Planejamento Físico e Operações – PLANOP, da Universidade Federal do Ceará.

Devido, provavelmente, à escassez de recursos, somente três dos blocos projetados foram concluídos em 1957, embora parcialmente oferecendo as condições para a internação de pacientes e a instalação da Faculdade de Medicina no Porangabuçu .

O prédio começou, nos anos seguintes a sofrer interferências sem o parecer de seus projetistas, que muito provavelmente pela distancia e comunicação deficiente não poderiam dar a assistência necessária. A primeira grande interferência se configura, no desrespeito ao projeto original, que, provavelmente, deve ter tido o seu programa discutido com os médicos, dirigentes do Instituto do Ensino Médico, diretor da Faculdade de Medicina e os demais interessados.

Segundo consta na Revista Paulista de Hospitais, nº 4 de abril de 1967, em um artigo sobre hospitais de ensino, o eminente Prof. Odair Pedroso[45] se refere ao planejamento que havia feito para o Hospital da Universidade do Ceará, reservando 30 leitos para pesquisa dos *400* que seriam construídos. Há um engano quanto a esse número, haja vista que o projeto previra 300 leitos.

[45] Prof. Odair Pedroso, criou na Faculdade de Saúde Pública em São Paulo, o primeiro curso de nível universitário no país em Organização m e Administração Hospitalar.Consultor hospitalar foi designado Perito da OMS em 1955.

De todo modo, existia um projeto cujo partido, parecia adequado ao contexto econômico e social existente na época, e que permitiria obras progressivas de acordo com os recursos disponíveis. As alterações realizadas no projeto para continuação das obras comprometeram grandemente a fluidez funcional do edifício.

O bloco central, onde se propunha instalar as áreas técnicas, de logística e de tratamento, passa na proposta seguinte a ser área de circulação vertical com a construção de uma rampa, circundada por ambientes de apoio do tipo administrativo e alojamentos para residentes, como se notará na análise do edifício na década de sessenta.

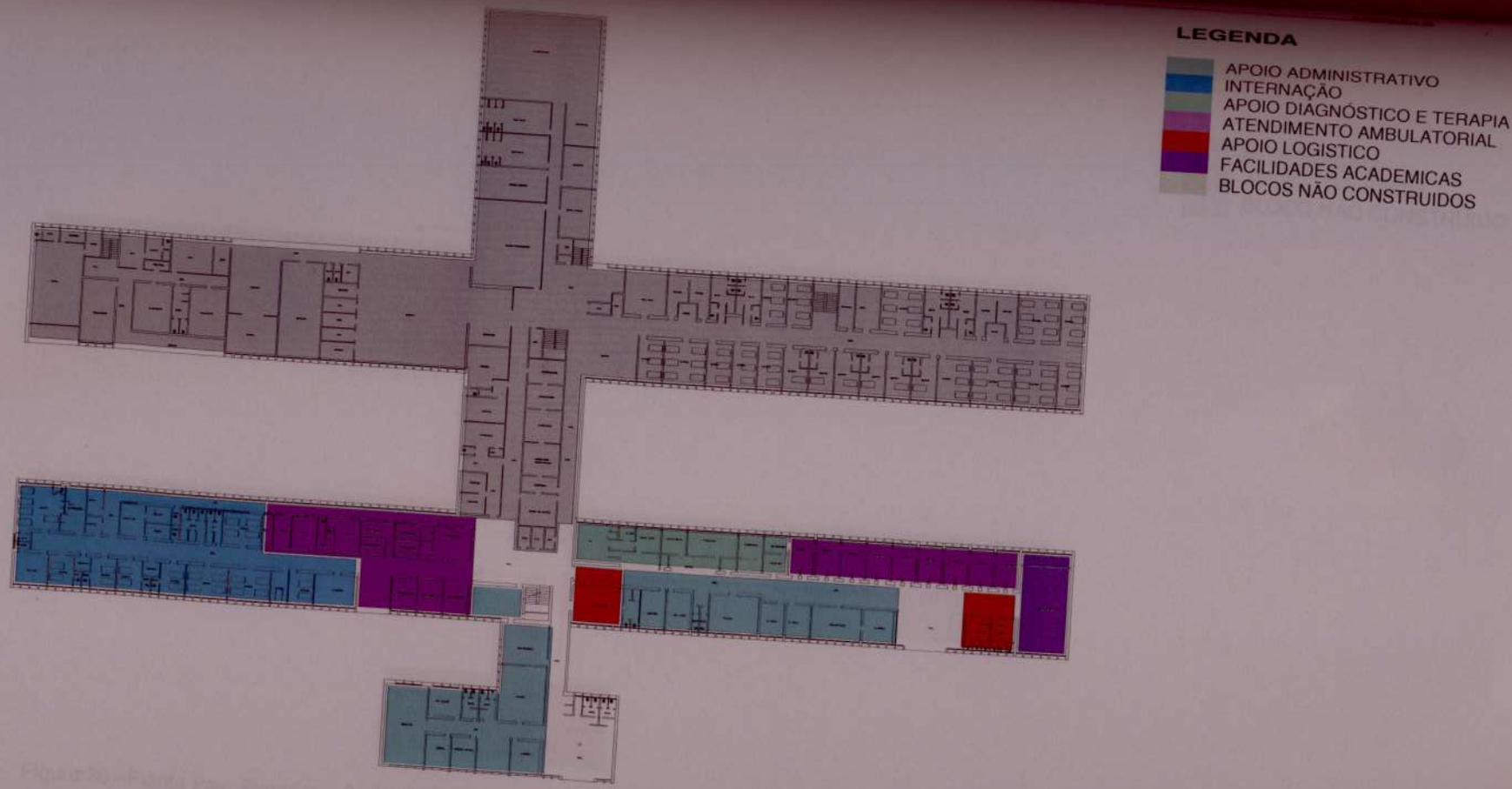


Figura 29 – Planta original do Hospital Universitário –Térreo
Arquitetos. R. Nadalutti e Oscar Waldetaro -1955
Fonte : Arquivo Planop/UFC-Desenho da autora - 2004

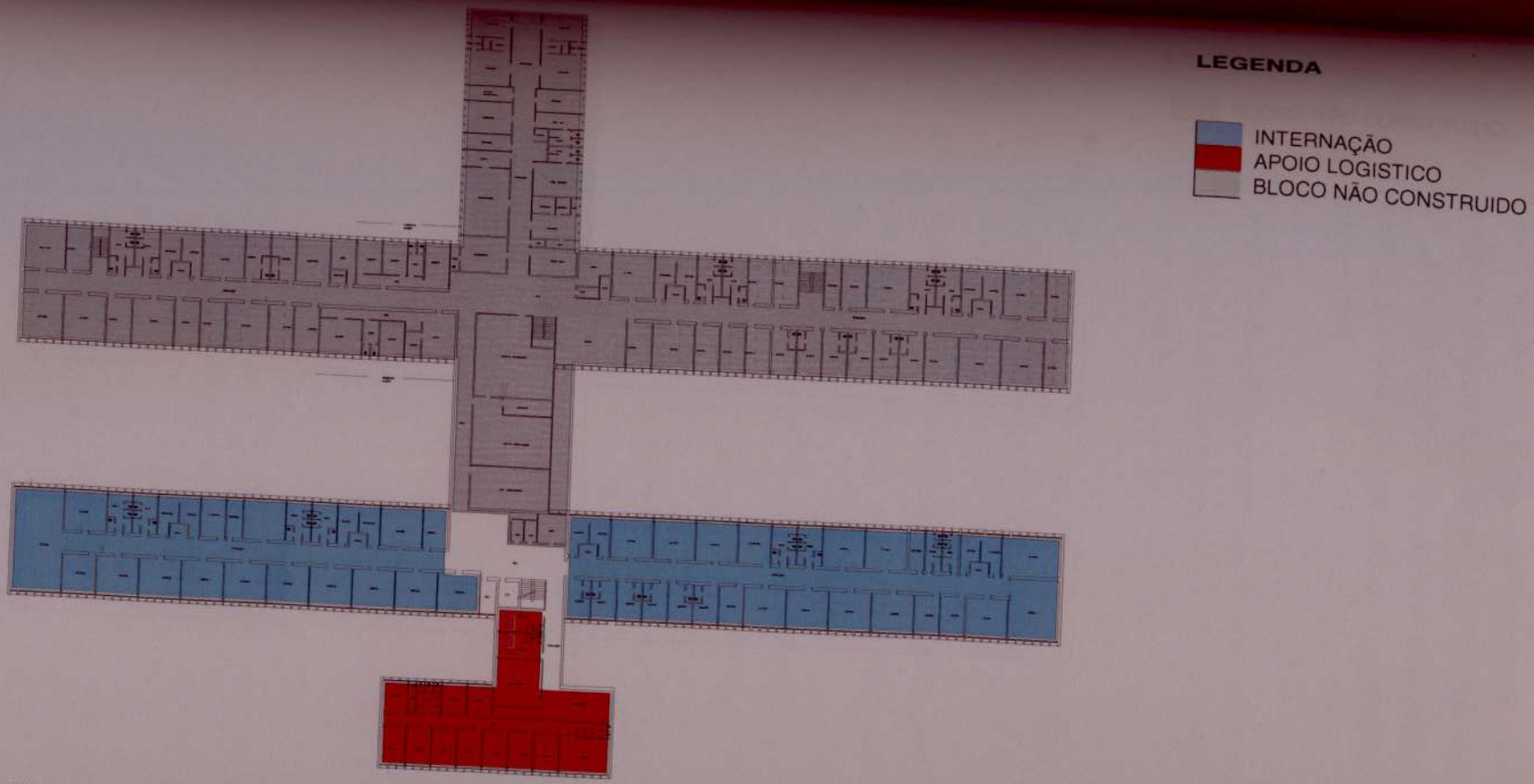


Figura 30 –Planta Pav. Superior – Projeto original do Hospital Universitário – Arquitetos. R. Nadalutti e Oscar Waldetaro -1955

Fonte : Arquivo Planop/UFC-Desenho da autora - 2004

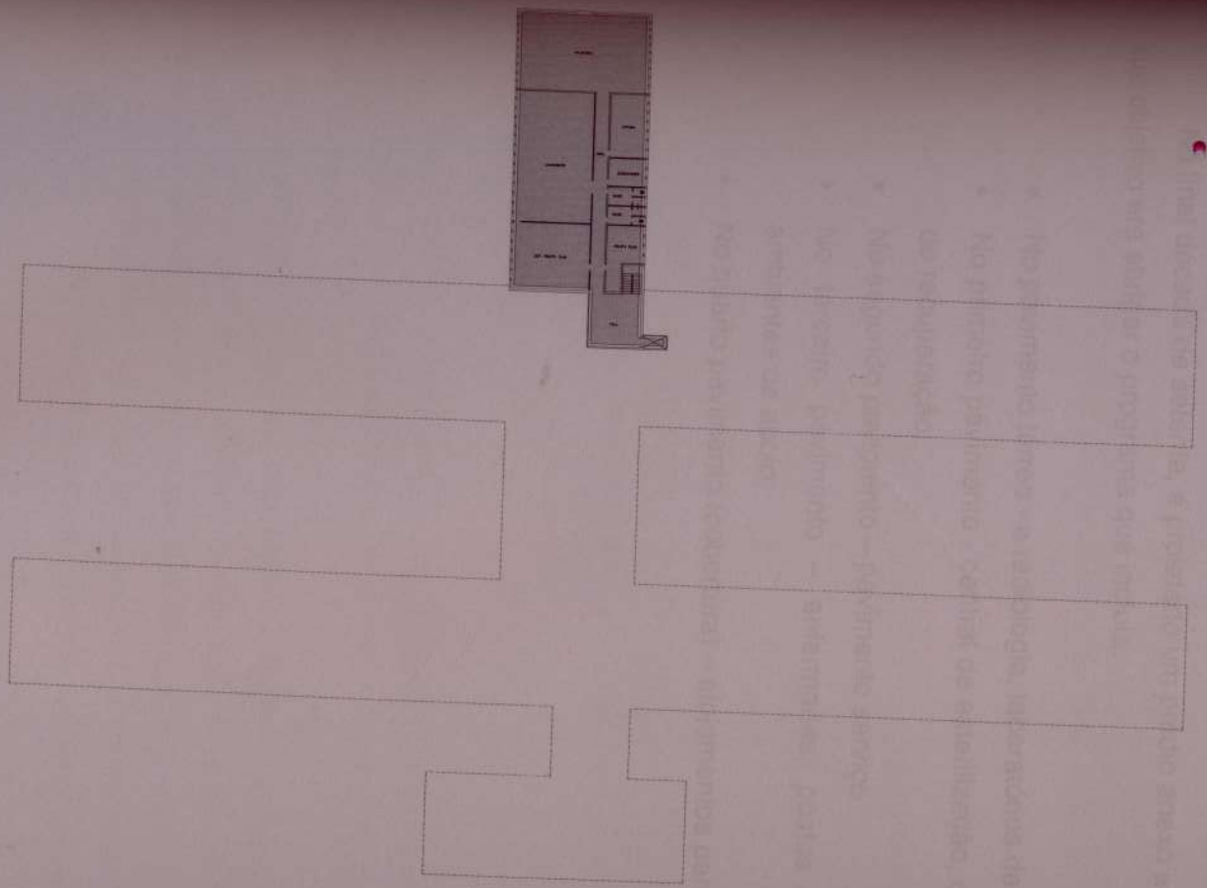


Figura 31 –Planta Subsolo - Projeto original do Hospital Universitário – Arquitetos. R. Nadalutti e Oscar Waldetaro -1955
Fonte : Arquivo Planop/UFC-Desenho da autora - 2004

O Hospital das Clinicas inaugura em agosto de 1959 sua primeira unidade de pacientes internos, a enfermaria de Clinica Médica com vinte e cinco leitos, juntando-se aos oito leitos de "isolamento" existentes. Nesse mesmo ano é inaugurado, pelo então Presidente Juscelino Kubitschek, em rápida passagem pela cidade, juntamente com outras obras da universidade

No inicio dos anos sessenta são construídos o bloco da Nutrição, Lavanderia e o bloco central onde se localizam as dependências da residência médica. e a rampa, em substituição aos elevadores previstos no projeto.

No final década de setenta, é projetado um prédio anexo ao antigo Hospital, cujo objetivo era abrigar o programa que incluía:

- No pavimento térreo - a radiologia, laboratórios de analises clinicas;
- No primeiro pavimento - central de esterilização, centro cirúrgico, sala de recuperação;
- No segundo pavimento – pavimento serviço
- No terceiro pavimento – enfermarias, postos de enfermagem e ambientes de apoio;
- No quarto pavimento (cobertura) – alojamentos para residentes.

Em 1980 é iniciada a construção do referido edifício composto de quatro pavimentos mais a cobertura. Este projeto é elaborado por arquitetos estabelecidos no Ceará. Especificamente, neste caso, a autoria é dos professores Gherard Ernst Bormann, Nicia Paes Bormann e Nearco Araújo, professores do Curso de Arquitetura e Urbanismo da UFC.

Figura 32 – Vista do Hospital das Clinicas, concluído em 1957.
Fonte: A Faculdade de Medicina e sua Ação Renovadora - 1998

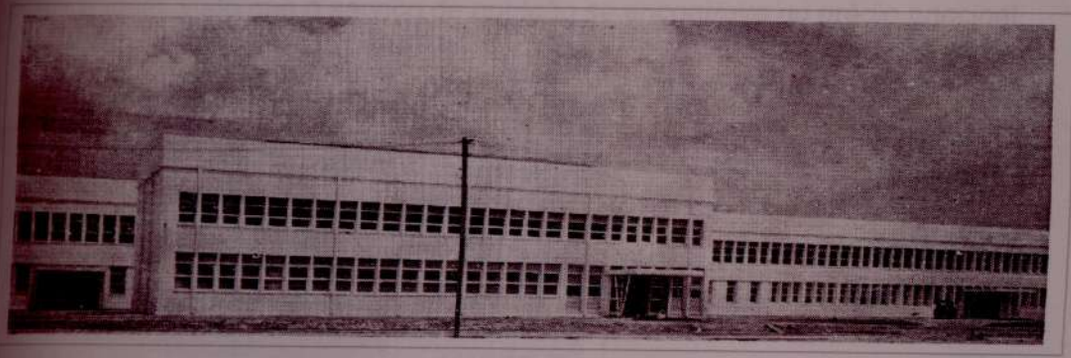


Figura 33 – Fachada principal do Hospital das Clinicas - 1957
Fonte: A Faculdade de Medicina e sua Ação Renovadora - 1998

O novo edifício de cinco pavimentos é ligado através de uma rampa ao bloco central do antigo Hospital das Clinicas, que viria a se chamar Hospital Universitário Walter Cantidio[46].

Mais uma vez, os recursos não foram suficientes para a conclusão da obra e o prédio permanece vinte anos funcionando parcialmente, pois, só o pavimento térreo, onde se localizam o laboratório de análises clinicas e a radiologia, foi concluído. O método construtivo é convencional, sendo a estrutura em concreto e as vedações em alvenaria, como também as divisórias. A novidade nesse projeto a utilização de um

[46] Dr. Walter Moura Cantidio – um dos fundadores da Faculdade de Medicina do Ceará, Diretor do Hospital de Clinicas e Reitor da Universidade Federal do Ceará de 1971 a 1975.

andar intersticial[47], para passagem de dutos de ar condicionado e tubos de instalações que irá permitir a manutenção adequada dessas mesmas instalações, foram também introduzidos o uso de *shafts*, para a descida das tubulações.

A construção deste bloco seria a primeira etapa de um plano que previa a implantação de outros prédios para o ambulatório e emergência, com o objetivo de, finalmente dotar o Hospital Universitário de instalações modernas para o atendimento ao ensino e assistência da população. Os projetos jamais foram estudados além de uma definição de zoneamento no terreno disponível.

A construção do bloco cirúrgico ligado ao bloco original permitiria a facilidade de acesso dos pacientes da clinica cirúrgica a radiologia e ao laboratório, pois, o antigo centro cirúrgico distando cerca de 100m do hospital original, dificultava o transporte de pacientes, tendo que se usar uma ambulância que para vencer aquela distancia e devido ao fluxo de mão e contra mão de ruas, acabava sendo aumentando percurso e o tempo. A roupa limpa era transportada em carrinhos inadequados e os alimentos idem, visto que o serviço de nutrição se encontrava no prédio principal.

Figura 34 – Fachada norte do Bloco Cirúrgico – década de 80
Fonte: Arquivo HUWC

O cardiologista Dr. Luis Carlos Fontenele, ao assumir a direção do Hospital Universitário em 1986, de acordo com a orientação do arquiteto Neudson Braga, coordenador de projetos e obras do D.O.P/UFC, resolveu criar o setor de arquitetura no Hospital, contratando via SAMEAC[48], duas arquitetas para desenvolver projetos de adequação as novas demandas. Este fato merece nota devido os benefícios advindos

[47] Na década de 70, foi construído o Instituto dos Ambulatórios do Hospital das Clinicas da USP *A complexidade e a quantidade das instalações e o desenvolvimento acelerado da tecnologia médico-didática impõe* ao edifício a *necessidade de alteração de ambientes e de instalações*,sendo estes fatores responsáveis pela configuração da estrutura do edifício, que permitiu o estabelecimento de pavimentos de uso médico e de pavimentos de serviços (espaços entre vigas Vierendel, com 2.50 m de altura)

pelo maior controle das alterações físicas no espaço hospitalar e, conseqüentemente o seu registro. Antes algumas mudanças no espaço físico eram decididas pelos médicos, enfermeiras e pessoal administrativo, junto a empreiteiros contratados diretamente, sem a preocupação com as conseqüências de reformas pontuais. Outra decisão inédita da direção do hospital foi a contratação de um escritório especializado em arquitetura hospitalar - Bross&Leitner- Arquitetura e Consultoria, de São Paulo, para elaborar o Plano Diretor do HUWC,visando a obtenção de recursos junto ao Governo Federal para as devidas reformas, ampliações e implantações dos projetos que atenderiam as demandas reprimidas dos serviços existentes e dos que se entendia necessários para a melhoria do ensino e da assistência/atenção. Houve uma grande mobilização por parte da direção, no sentido de se obter a maior colaboração possível dos chefes de serviço e dos funcionários. Alguns projetos foram desenvolvidos, porém, os recursos não foram alocados para a construção dos mesmos, apesar dos esforços da direção do complexo hospitalar HUWC/MEAC. Apenas um dos blocos propostos teve sua construção executada: o chamado Bloco da Emergência (provisório), que anos depois seria desativada.

3.3 –Área do Porangabuçu - A implantação das Unidades Acadêmicas a partir da década de 50

A área do Porangabuçu foi sendo ocupada sem o devido planejamento, nos primeiros anos da produção de um espaço de feição especializada, ao sabor das necessidades imediatas, do alcance de recursos batalhados no âmbito do governo federal e ainda, à falta de profissionais arquitetos na cidade. Estes foram chegando a Fortaleza, na segunda metade da década de cinqüenta, diplomados nas escolas de arquitetura do Rio de Janeiro e também de Recife. Como lembra Castro, *apud* Mota Jucá (2003, p.21):

> (...) a volta dos arquitetos para a cidade, afora a saudade, se daria.pela.fundação da Universidade do Ceará. e do Banco do Nordeste.(...) A presença dos arquitetos diplomados, deve ser enfatizada pela importância fundamental no processo de transformação da imagem da cidade ocorrido nos anos seguintes, em particular após a fundação da Escola de Arquitetura,nos últimos dias de 1964, logo transformada em centro cultural renovador no campo da cultura e das artes.

[48] Sociedade de Assistência Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Instituto Evandro Chagas

Concomitantemente a construção do hospital é implantado o Instituto Evandro Chagas com o patrocínio do industrial Fernando Alencar Pinto, presumivelmente a partir de 1955. Este edifício, térreo, de arquitetura simples desenvolvido em torno de pátio central, porém, totalmente adequado ao clima hostil do Ceará, com suas varandas e passarelas, é de autor desconhecido, e irá abrigar laboratórios,a biblioteca, o Instituto de Medicina Preventiva (IMEP),criado em 1959, como também a administração da Faculdade de Medicina, quando esta se transfere do prédio do hospital, para dar lugar às primeiras modificações internas que já começavam a ocorrer e que serão repetidas amiúde nos anos que se seguirão, por conta como se sabe da evolução das técnicas médicas e, também das idiossincrasias características dos dirigentes de uma instituição emergente. O referido bloco será demolido anos depois para dar lugar a outros edifícios os quais serão analisados mais adiante. Ainda existem algumas áreas remanescentes desse bloco resistindo e se adaptando a novos usos.

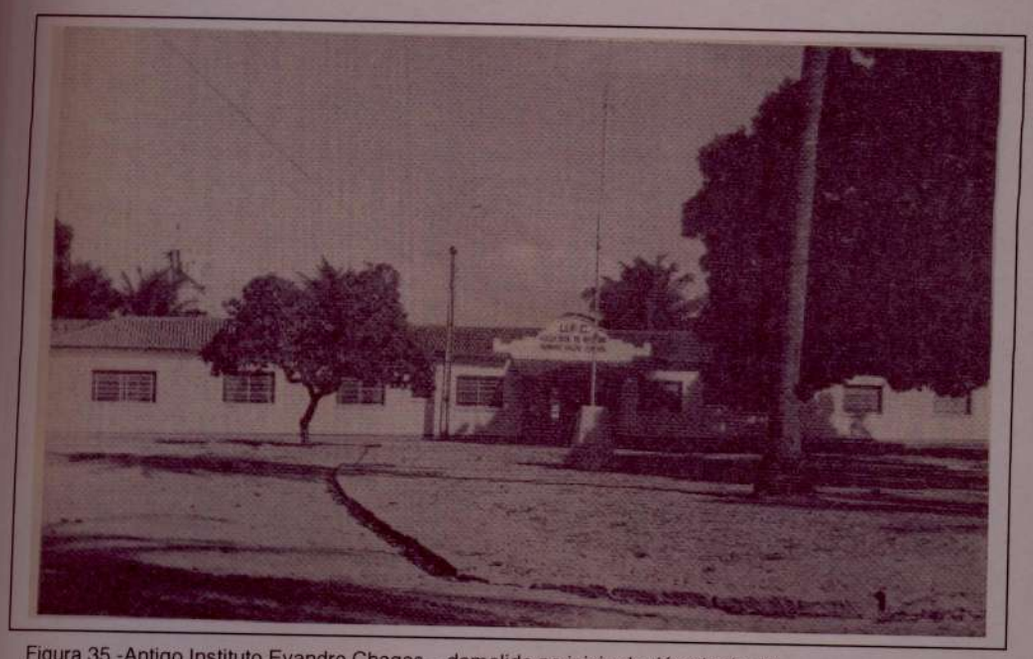


Figura 35 -Antigo Instituto Evandro Chagas – demolido no inicio da década de 70
Fonte: Livro - Memória do Hospital das Clinicas -1994

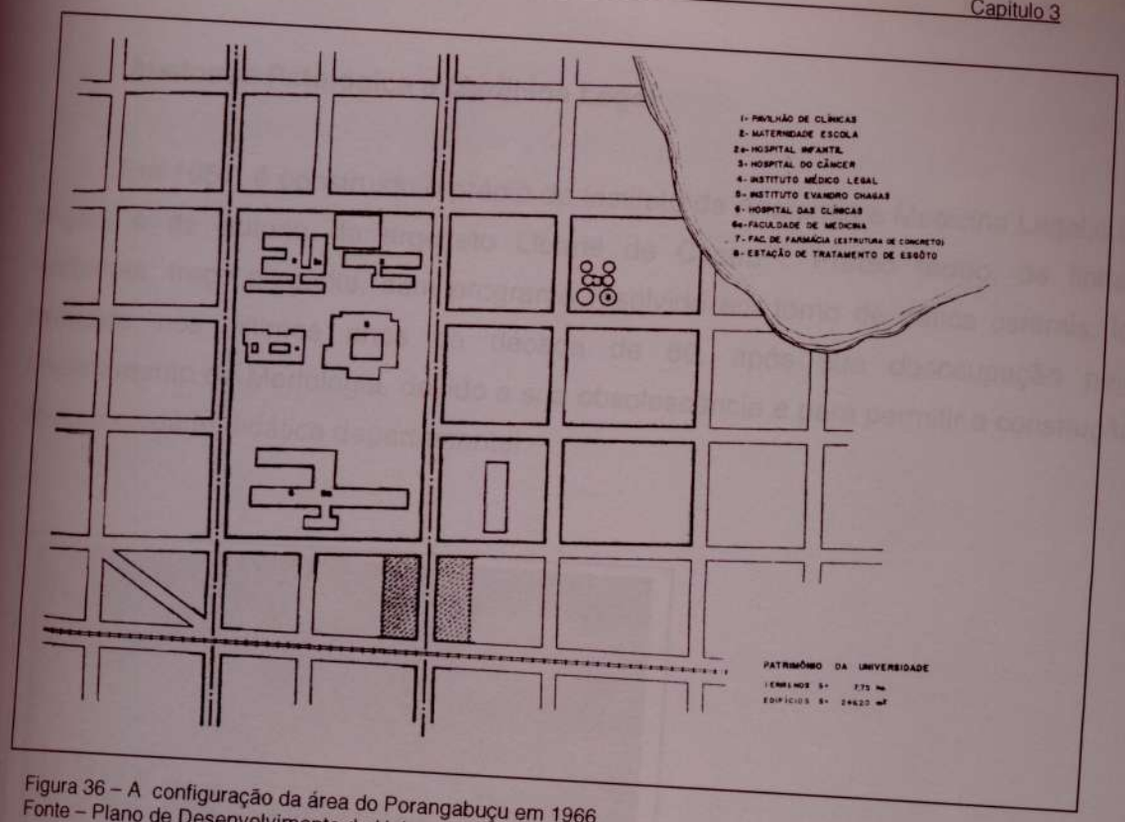


Figura 36 – A configuração da área do Porangabuçu em 1966
Fonte – Plano de Desenvolvimento da Universidade Federal do Ceará

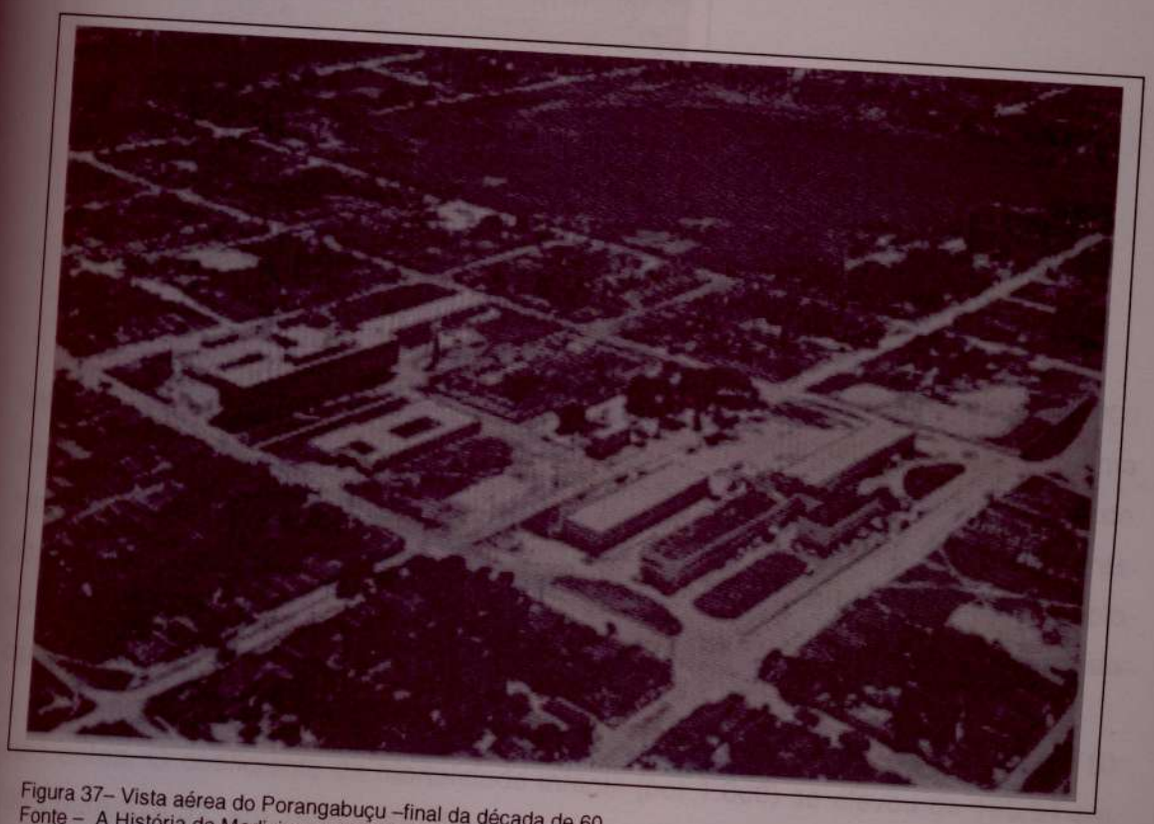


Figura 37– Vista aérea do Porangabuçu –final da década de 60
Fonte – A História da Medicina no Ceará -1978

Anatomia Patológica e Medicina Legal

Em 1957, é construído o prédio do Instituto de Anatomia e Medicina Legal,cujo projeto é de autoria do arquiteto Liberal de Castro[49]. Prédio térreo, de linhas modernas, traço elegante, com programa resolvido em torno de pátios centrais, foi demolido nos últimos anos da década de 80, após sua desocupação pelo Departamento de Morfologia, devido a sua obsolescência e para permitir a construção de uma unidade didática departamental.

Figura 38 – Antigo Instituto de Anatomia e Medicina Legal (demolido)
Fonte – Universidade do Ceará,A -= Separata dos Anais Científicos – nº 68 – S. Paulo , 1960

Maternidade Escola Assis Chateaubriand (antiga Maternidade Popular)

Fortaleza, pretensamente moderna, com uma população superior a 300.000 habitantes, em meados da década de 50, não possuía senão um pouco mais de uma centena de leitos para atender as gestante pobres, que integravam a grande parte de sua população feminina adulta. Os índices de mortalidade infantil subiam a cifras espantosas, como demonstravam as estatísticas oficiais. Basta citar como exemplo que, em 1946 registrou o Departamento Estadual de Saúde, somente no município da capital, um total de 2.253 óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade.

Em 1956 o número de "anjinhos" subiu para 4.826 - mais do que o dobro há 10 anos antes. O coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000) se elevou de 195,04 em 1946 para 274.57, em 1956 – isto, levando em conta apenas o que podia apurar, com as naturais deficiências do controle, o serviço de estatística da repartição oficial do Estado. Urgia, portanto, a necessidade de se tentar, pelo menos parcialmente,

amenizar o angustiante problema social. Embora não pertencentes à área da saúde, o senador João Calmon, Diretor Geral dos Diários, Rádios e TV Associados, juntamente com Diogo Siqueira, em meados da década de 50 idealizaram a construção da Maternidade Popular (Escola), que viria a ter no futuro o nome de Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e seria inaugurada em janeiro de 1965.

Figura 39- Maternidade Escola -1965
Arquitetos- R. Nadalutti- Oscar Waldetaro e Israel Correa
Fonte; Arquivo HUWC

O prédio, projeto de Roberto Nadalutti e Oscar Waldetaro, tem configuração torre –base e foi considerado um moderníssimo conjunto hospitalar, à época de sua inauguração. Seu funcionamento foi possível, graças ao convenio firmado entre Universidade do Ceará e a Sociedade de Assistência à Maternidade (SAMEAC). Atualmente carente de reformas e atualização de suas instalações, continua prestando serviço de alta qualidade no atendimento à saúde materno-infantil.

Hospital Infantil Olga Monte Barroso

No inicio da década de sessenta é construído com recursos da Fundação Korvett, o Hospital Infantil Olga Monte Barroso (autoria de projeto desconhecida), situado ao lado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que se encontrava ainda em construção. O referido Hospital Infantil, materialização do sonho de desenvolvimento da Pediatria e da Puericultura, funcionou até 1973, quando problemas de ordem administrativa e outros ligados à Lei de Diretrizes e Bases desestruturaram a referida instituição. Neste contexto se implanta o sistema colegiado, com a necessária junção de disciplinas para assegurar o número mínimo de vinte docentes para compor o Departamento de Saúde Comunitária. O prédio do Hospital Infantil passa a abrigar os ambulatórios e a administração do Departamento, indo as enfermarias para o Hospital das Clinicas, ocupando a área do antigo isolamento, sendo criado assim o Serviço de Pediatria do Hospital das Clinicas. O desmonte se

[49] Arquiteto formado no Rio de Janeiro em 1955,fez parte da equipe do Depto. de Obras e Projetos da UFC, do quadro de

completa com o remanejamento do laboratório, da radiologia e da endoscopia para o prédio do Hospital das Clinicas.

Hospital de Cirurgia

O prédio do Hospital de Cirurgia pertencia inicialmente ao Instituto do Câncer do Ceará. O ICC pleiteara a cessão de uma das seis quadras que a Prefeitura doara ao Instituto do Ensino Médico para a construção do Hospital das Clinicas e, em 1956 foram iniciadas as obras, com verbas federais de acordo com projeto do escritório de Roberto Nadalutti e Oscar Waldetaro, os mesmos que haviam projetado o Hospital das Clinicas e a Maternidade Popular (Escola). Mais uma vez, a obra não é construída de acordo com o projeto e de forma integral, (somente o térreo do bloco principal e o ambulatório estavam em andamento), pois as verbas prometidas não foram liberadas. Assim, após um ano de paralisação e de muito esforço junto ao Governo Federal sem o retorno pretendido, a direção do ICC resolveu cobrir a laje exposta e fazer algumas adaptações para o funcionamento das Clinicas Cirúrgicas. No inicio do ano de 1959, estavam prontas duas enfermarias de oito leitos para adultos e uma de quatro leitos para crianças, duas salas de cirurgia, esterilização e preparo de material, recuperação, sala para reuniões e aulas. Em 1962, o arquiteto Liberal de Castro, elabora o projeto de ampliação do ainda chamado Hospital de Cirurgia, constando do programa: enfermarias, refeitório, ambientes de apoio e um pequeno anfiteatro.

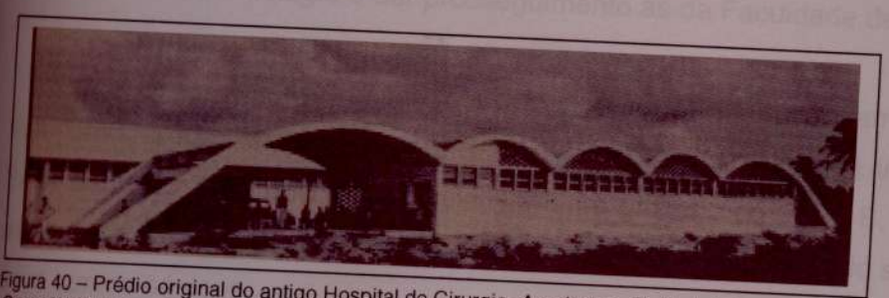


Figura 40 – Prédio original do antigo Hospital de Cirurgia -Arquitetos - R. Nadalutti e Oscar Waldetaro - Fonte: Plano de Desenvolvimento da UFC -1966

O Reitor Martins Filho, era um homem obcecado por realizações, resolve ampliar a área do Porangabuçu e adquire mais duas quadras, através dos Decretos nº 42.810 de 13/12/1957 e 49.335 de 25/11/1960, o que irá permitir a implantação do Curso de Farmácia, que nessa época ainda se encontrava no centro da cidade, de outros cursos e obras de infra-estrutura como a estação de tratamento de esgoto.

professores do curso de Engenharia Civil e foi um dos fundadores da Escola de Arquitetura em 1965.

Complementa-se esta informação com a pertinente observação de Castro (2004, p. 186):

> O rápido crescimento da instituição redundou no desencadeamento de um plano objetivo, visando à aquisição de terrenos e à construção de instalações condizentes com as novas necessidades, verdadeira batalha travada durante quatro mandatos consecutivos, sob a ação obstinada e empreendedora de Antonio Martins Filho.

Após dez anos de criação, a UFC, elaborou em 1966 o Plano de Desenvolvimento da Universidade Federal do Ceará. Este foi a primeira proposta no âmbito do planejamento físico de *Campus* Universitário. O documento tinha como um dos seus objetivos a obtenção de financiamento junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento-BID - para a construção e reforma das unidades escolares.

O Plano de Desenvolvimento[50] estabelecia o zoneamento mais orgânico da UFC, através de uma especialização das três principais áreas que lhe pertencem:

Setor A - Situado no bairro do Benfica, onde permanecerão as unidades de Ciências Sociais, Educação, Letras, Artes e órgãos da administração central Universidade;

Setor B - situado no bairro de **Porangabuçu,**[51] localizam-se todas as unidades Biomédicas, que aí já têm a maior parte de seus investimentos imobiliários. Torna-se necessário, então, a conclusão do prédio da Faculdade de Farmácia, a construção da Faculdade de Odontologia e dar prosseguimento às da Faculdade de Medicina.

Setor C - situado no bairro do Pici, onde já se encontram as unidades da Agronomia, serão implantadas as unidades de Tecnologia e os Institutos Básicos. Setor de maior área encontra-se relativamente próximo do Setor B, de modo que os estudantes da área da saúde, terão acesso fácil aos Institutos onde serão ministrados seus cursos básicos.

A reforma universitária ocorreu em 1968, quando o regime de créditos foi implantado e as cátedras deram lugar aos departamentos, com o objetivo de flexibilizar os cursos. Neste contexto, iniciou-se uma nova configuração na área do

[50] O Plano de Desenvolvimento 1966/70 teve como coordenador o Prof. Hélio de Queiroz Duarte, juntamente participaram os arquitetos cearenses José Neudson Braga,Liberal de Castro, Gerhard Bormann,Nicia Bormann, Ivan S. Brito,Luis Carvalho Aragão e o Eng. Hugo Alcântara Mota.

[51] *O antigo bairro de Porangabuçu teve anos depois seu nome alterado para Rodolfo Teófilo, em homenagem ao farmacêutico e escritor, responsável praticamente sozinho pela erradicação da varíola no Ceará, mas, continua até hoje denominando o Campus da UFC.*

Porangabuçu, com ampliação da área construída e uma incipiente verticalização já se faz notar.

Porangabuçu – na década de setenta

Unidade Didática/Biblioteca

No inicio dos anos setenta se implanta o prédio da Unidade Didática e Biblioteca, ligado por uma rampa ao prédio do Hospital das Clinicas no nível do 2º pavimento. É um bloco de dois pavimentos composto de salas de aula que podem receber até 100 alunos, além dos ambientes da Biblioteca. O projeto de 1969 é do arquiteto Ivan da Silva Brito, também professor do Curso de Arquitetura e membro da equipe do Departamento de Obras e Projetos da Universidade. Sua implantação é um fator de inviabilidade de ampliação do Hospital como estava posto no seu plano original.

Departamento de Patologia

Em 1974 é construído o Departamento de Patologia. Neste período, já começam a ocorrer as primeiras mudanças em Porangabuçu, pois, parte do antigo Instituto Evandro Chagas é demolido para que seja possível a implantação do bloco da Patologia em dois pavimentos, o programa que se constitui de laboratórios,salas de aula,gabinetes de professores dependências administrativas, se desenvolve em torno de um pátio central. A autoria deste projeto é do arquiteto Nearco Araújo do DOP./UFC.

Departamento de Fisiologia e Farmacologia

Para a implantação deste departamento, é demolida outra área do Instituto Evandro Chagas. O projeto é de 1976 e também de autoria do arquiteto Nearco Araújo. O prédio foi sendo ampliado rapidamente, o que implicou no desaparecimento quase total do antigo e simpático Instituto. O que resta do bloco é ocupado com deposito e oficinas de apoio ao novo departamento. O edifício é também concebido em dois pavimentos, numa clara demonstração de que a área do Porangabuçu já está se tornando insuficiente para abrigar o crescimento das unidades acadêmicas.

Porangabuçu – a década de oitenta e o Programa MEC –BID III

Em 1979, o Reitor Paulo Elpidio de Menezes Neto constitui uma comissão composta pelo Pró-Reitor de Planejamento, Diretores de Centro, representantes estudantis e do corpo técnico para proceder estudos e elaborar o Plano Diretor do *Campus* da Universidade Federal do Ceará. Aprovado pelo Consuni através de Resolução nº 02 de 27 de novembro de 1979, o documento orientador do desenvolvimento físico da Instituição, possibilitou o financiamento para construção, reforma e ampliação de edifícios e instalação de infra-estrutura da UFC através do convênio MEC/BID III.

O Plano preconizava a proposta de permanência das unidades de saúde na área do Porangabuçu, sendo para isso necessária a aquisição de terrenos para ampliação do então Centro de Ciências da Saúde.

Através deste convênio foi possível a execução de obras de infra-estrutura e de construção, reforma e ampliação de unidades para atender as demandas de área física geradas pelo crescimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Infelizmente a proposta de desapropriação das sete quadras, mostrou-se inviável pela estrutura fundiária existente e pela movimentação da população do bairro, que não admitia a idéia de se transferir para áreas mais distantes, sair de suas casas, habituados que estavam em uma área com relativa infra-estrutura. Aqui, lembra-se Santos, *apud* Villaça (2001, p. 75) quando este se refere à localização e a acessibilidade:

> Cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão depende de sua localização no território. Seu valor vai mudando incessantemente, para melhor ou para pior, em função das diferenças de acessibilidade (tempo,frequência, preço)independentes de sua própria condição. Pessoas com as mesmas virtualidades, a mesma formação, até mesmo o mesmo salário, têm valor diferente segundo o lugar em que vivem: as oportunidades não são as mesmas. Por isso, a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está.

A área do Porangabuçu chegará, na década de 80, quase no seu limite de ocupação e seus problemas com o entorno se farão notar mais fortemente.

O Governo Brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) celebraram dois contratos de financiamento no valor global de US$ 200 milhões, destinados a apoiar um projeto de melhoria em dez Universidades Federais do Brasil, dentre elas a do Ceará. Posteriormente ampliou-se para onze com a inclusão da Universidade Federal de Pernambuco. A instituição financeira norte americana participou com US$ 95milhões e a contra - partida nacional, no valor de US$105 milhões, oriunda de recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAZ (CEF),Ministério da Educação e das Universidades beneficiadas.

- O Projeto MEC-BID III contemplaria as seguintes categorias de investimentos:
- Obras de Edificações – implantação, reforma e /ou ampliação de unidades acadêmicas;
- Obras de Infra-estrutura - urbanização, redes de energia elétrica, telecomunicações, redes de esgoto, água e estação de tratamento de esgoto sanitário;
- Equipamentos-aquisição e instalação de equipamentos, mobiliário e instrumental cientifico destinados aos novos prédios e aos existentes.
- Desenvolvimento de Recursos Humanos - capacitação de pessoal docente e técnico-administrativo, e
- Consultoria Especializada - para desenvolvimento de grupos emergentes

PROJETO MEC-BID III

Resumo – Edificações, Infra-estrutura e Equipamentos-(US$ 1,00)

Área 2 – Porangabuçu (Agosto/84 a Dezembro/89)

Area	Fonte dos Recursos	Edificações	Infra-estrutura	Equipamentos	Total
Porangabuçu	BID	4.242.155	237.891	94.816	4.574.862
	CEF/FAS	964.854	517.511	577.942	2.060.307
Total Geral		5.207.009	755.402	672.758	6.635.169

Fonte: ETA- Escritório Tecnico Administrativo /DOP/UFC

São as seguintes as obras que fizeram parte do Programa MEC-BID III, na área de Porangabuçu com projetos desenvolvidos pelo Departamento de Obras e Projetos da UFC.

Curso de Odontologia – conclusão

Inicialmente instalada em edifício no centro da cidade, a Faculdade de Odontologia, fundada em 1916, se transfere para o prédio que abrigava Faculdade de

Medicina na Praça José de Alencar, depois que já havia se desmembrado da Faculdade de Farmácia e Bioquímica. Na segunda metade da década de setenta, no reitorado do Prof. Pedro Teixeira Barroso, (4° reitor), que era da área da Odontologia,foram iniciadas as obras, na área do Pici, das novas instalações da Faculdade de Odontologia, porém, com seu falecimento ocorrido antes do término do seu mandato, interrompeu-se a obra, que já estava com a estrutura em concreto parcialmente concluída e não foi retomada no *Campus* do Pici, devido a pressão exercida por parte de alguns professores, que se recusavam a aceitar a idéia de se instalar no Pici o curso de Odontologia. O projeto de configuração pavilhonar é de autoria do arquiteto Neudson Braga. O novo Reitor Paulo Elpidio M. Neto, aceitando os argumentos de permanecer com a área da saúde no Porangabuçu, inicia a construção da nova Odontologia, localizada na mesma quadra onde já se encontrava o agora denominado Curso de Farmácia, com recursos da Universidade provenientes da alienação de imóvel no *Campus* do Benfica. Porém, a obra não é, mais uma vez, concluída por falta de recursos.

Ao sexto Reitor da UFC, Prof. José Anchieta Esmeraldo Barreto,coube a execução parcial do convenio MEC-BID III, no valor aproximado de 25 milhões de dólares. O Centro de Ciências da Saúde é beneficiado com parte desses recursos e o prédio da Odontologia, que tinha somente a estrutura de concreto executada é, finalmente, concluído. O projeto original do arquiteto Neudson Braga é desenvolvido pela arquiteta Regina Lúcia L. S. da Cunha, pertencente à equipe do Departamento de Projetos e Obras da UFC. Mesmo ocupando um prédio que já não atendia as necessidades de expansão de um curso de tamanha magnitude, como viu-se, a antiga sede da Faculdade de Medicina, no centro da cidade, seus professores e funcionários não viam com bons olhos a mudança paro o Porangabuçu. O resultado da falta de comunicação, diga-se, da sonegação de informações dificultou enormemente o desenvolvimento do projeto de arquitetura e seus complementares.

Curso de Farmácia – reforma

A construção do Curso de Farmácia foi iniciada ainda na década de 60, como já foi visto anteriormente. O projeto de autoria do arquiteto Ivan da Silva Brito também pertencente ao quadro do D.O.P, desenvolveu o programa em dois pavimentos e mais um sub-solo. A antiga Faculdade de Farmácia dividia o mesmo prédio com a Faculdade de Odontologia no centro da cidade, à rua Barão do Rio Branco, antiga rua Formosa, antes que aquela, como já se disse fosse transferida para o edifício da

Praça José de Alencar. O reitor Martins Filho havia ampliado a base física do Porangabuçu conseguindo desapropriar duas quadras. Em uma delas foi implantada a nova Faculdade de Farmácia. Em meados dos anos 80, o prédio foi totalmente reformado, readequando espaços remanescentes devido à transferência da direção do Centro de Ciências da Saúde para sua sede definitiva, e modernizando as instalações dos laboratórios didáticos e da Farmácia-Escola. Esse projeto também foi desenvolvido pela equipe de arquitetos do Departamento de Obras e Projetos.

Departamento de Morfologia - implantação

O atualmente denominado Departamento de Morfologia foi construído na mesma quadra onde já se encontravam os prédios da Farmácia e da Odontologia. As precárias instalações do antigo Instituto de Anatomia e Medicina Legal não mais comportavam suas demandas comprometendo a qualidade de ensino. Trata-se de um prédio resolvido em cinco níveis (equivalentes a três pavimentos), abrigando um programa extenso com ambientes de grande porte. Com sua conclusão, o antigo Instituto de Anatomia foi demolido, sendo essa decisão criticada por alguns professores de outros departamentos que já viam a possibilidade de usá-lo para abrigo de outras atividades, mas esta alternativa se inviabilizava pela falta de recursos da Universidade para reformas e adaptações. A autoria do projeto do Departamento de Morfologia é da arquiteta Leda Pessoa Pinheiro do Departamento de Obras e Projetos/UFC.

Departamento de Enfermagem – implantação

Para que fosse possível a construção deste prédio, concebido em dois pavimentos, foi necessária a demolição parcial do bloco do Departamento de Cirurgia, antigo Hospital de Cirurgia. Constituído de ambientes para atividades administrativas, ensino e apoio, este edifício foi projetado com a estrutura prevista para o terceiro pavimento que, atualmente está sendo executado, para acomodar as instalações da pós - graduação. É, antes de uma obra arquitetônica, o resultado da luta de vários anos dos professores daquele combatente departamento, pois suas instalações eram provisórias e dispersas, no bloco do Departamento de Saúde Comunitária. O projeto foi desenvolvido pela arquiteta Maria do Rosário Dond Veloso, do Departamento de Obras e Projetos, em um trabalho onde a participação das enfermeiras foi fundamental para a definição do programa de necessidades e seu dimensionamento.

Administração Setorial - implantação

A implantação do prédio justificou-se principalmente, para fornecer as devidas condições de funcionamento da direção do Centro de Ciências da Saúde, que se encontravam em instalações inadequadas e dispersas implicando em grandes prejuízos para as atividades administrativas e do ensino. Neste edifício foram contemplados os programas da Direção do então Centro de Ciências da Saúde e das Coordenações de Cursos de Odontologia, Farmácia, Enfermagem e Medicina. O projeto é constituído de áreas administrativas e de apoio como copa, almoxarifado, arquivo, sanitários e central telefônica do Centro.O programa foi resolvido em um bloco sobre de quatro pavimentos sobre pilotis com elevador e escada. O projeto é de autoria da arquiteta Waldete Cunha de Freitas também pertencente ao quadro do Departamento de Obras e Projetos da UFC, hoje Superintendência de Planejamento Físico e Operações -PLANOP.

A última grande reforma universitária ocorreu em 1968, quando o regime de créditos foi implantado e as cátedras deram lugar aos departamentos, com o objetivo de flexibilizar os cursos.

Na UFC, em 1972, no reitorado Walter Cantidio, a UFC optou pela estrutura de Centros e assim surgiu o Centro de Ciências da Saúde, constituído inicialmente pelos cursos de Medicina, Odontologia e depois da Enfermagem, porém, o curso de Medicina nunca se adequou muito bem a essa estrutura e por ocasião das comemorações dos 50 anos da criação da Faculdade de Medicina, em 1998, volta à configuração de Faculdade isolada, restaurando assim a tão desejada identidade. O prédio da Administração Setorial, concebido para atender ao conceito de Centro continuou abrigando as coordenações de cursos e a direção da Faculdade de Medicina (FM) e da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE).

Unidade Didática Departamental - implantação

Entre todos os projetos elaborados dentro do Programa MEC-BID III, a Unidade Didática Departamental é o de maior área física, edifício de cinco pavimentos, com estrutura de concreto, vedações e divisórias em alvenaria e fechamento de vãos em esquadrias de alumínio e vidro. Abriga os departamentos de Cirurgia, Medicina Clinica, Saúde Comunitária e Materno – Infantil, além de salas de aula, auditório, e laboratório de informática. Antes esses departamentos estavam funcionando em diversos locais sem condições adequadas para o desenvolvimento das atividades

administrativas e de ensino. Projeto original do arquiteto Nearco Araújo, desenvolvido posteriormente pela arquiteta do então Departamento de Obras e Projetos, Magda Campelo. Após sua ocupação já sofreu interferências, com ambientes sendo adequados a novos usos, para o atendimento, principalmente, das necessidades da pós-graduação.

Figura 41 – Unidade Didática Departamental
Fonte: Arquivo Planop

Departamento de Saúde Comunitária – reforma e ampliação

O prédio do antigo Hospital Infantil Olga Monte Barroso, que como foi dito, passou a ser chamado de Departamento de Saúde Comunitária, entrou no programa MEC-BID III, como projeto de reforma e ampliação para abrigar as atividades de ensino e assistência. O prédio encontrava-se em um lamentável estado de conservação e sua ampliação contemplou as atividades administrativas e de ensino do departamento. A área remanescente com a transferência para o novo prédio da Unidade Didática Departamental foi ocupada com a instalação do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP), a partir de 1988. Projeto original de autoria desconhecida, mas, teve projeto de reforma e ampliação elaborado pela equipe de arquitetos do DOP/UFC.

Figura 41 – Deptº. Saúde Comunitária
Fonte: Arquivo Planop

Figura 42 – Bloco da Administração Setorial
Fonte: Arquivo Planop

Figura 43 – Prédio da Unidade Didática e Biblioteca
Fonte: Arquivo Planop

Figura 44– Deptº. Patologia
Fonte: Arquivo Planop

Figura 45 – Deptº. Fisiologia e Farmacologia
Fonte: Arquivo Planop

Unidade Didática do Centro de Ciências da Saúde – reforma

O terceiro pavimento do bloco anexo ao Hospital Universitário, foi incluído no Projeto MEC-BID III, para abrigar as salas de aula complementares ao atendimento do esforço acadêmico da área da saúde, enquanto a obra da Unidade Didática Departamental não fosse concluída. Foi ocupado provisoriamente pelo departamento de Medicina Clinica, arquivo do Hospital, setor de arquitetura, pelo centro de processamento de dados. Além de salas de aula era constituído de área para sanitários.

Infra-estrutura/Ampliação

Durante mais de três décadas, o Porangabuçu padeceu da falta de uma infra-estrutura adequada e o Programa MEC-BID III permitiu que a meta física desta obra compreendesse :

- Complementação da rede elétrica de baixa e alta tensão;
- Construção de uma subestação abaixadora;
- Complementação da rede de esgoto sanitário e ampliação da Estação de Tratamento;
- Construção da rede de águas pluviais;
- Instalação da central telefônica PABX com 600 ramais e 60 troncos e complementação da rede subterrânea;
- Urbanização de toda área compreendendo o tratamento paisagístico e caminho de pedestres;
- Construção do sistema viário interno, com parques de estacionamento.

Com a reforma da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE), a Universidade fez uma parceria com a CAGECE[52] para sua operação e manutenção. Alguns anos mais tarde, na década de 90, com a implantação do Projeto Sanear do Governo do Estado no bairro Rodolfo Teófilo, esta seria desativada.

Ambulatório de Cirurgia

Ainda no final dos anos 80, a obra do Ambulatório de Cirurgia foi projetada e executada com recursos próprios da Universidade. O projeto de autoria do arquiteto Neudson Braga, é um bloco térreo, de estrutura combinada de concreto e metálica, foi desenvolvido pelas arquitetas do Hospital, com o objetivo de suprir provisoriamente as necessidades de assistência e ensino, enquanto se aguardava a obtenção de recursos para a construção do Bloco dos Ambulatórios previsto no Plano Diretor. Frustradas as tentativas de conseguir recursos para obra, o pequeno bloco permanece até hoje atendendo de modo cada vez menos adequado, no que se refere à qualidade e quantidade do espaço e a falta de equipamentos.

O serviço de Emergência do Hospital foi instalado em 1979, em área contígua ao Bloco da Cirurgia e estava com suas instalações em péssimas condições, portanto, outro prédio foi construído no final da década de 80, previsto no Plano Diretor, para acolher esse serviço provisoriamente enquanto se aguardava a construção definitiva da nova Emergência. Depois o pequeno prédio passaria a ser sede do Centro Acadêmico. O serviço tornou-se referencia para casos clínicos complexos, não atendendo os de trauma, que eram encaminhados ao Instituto José Frota, hospital pertencente ao governo municipal. Infelizmente dificuldades financeiras e a falta de apoio dos governos municipal e estadual, inclusive do Ministério da Educação, conduziram a desativação do considerado excelente núcleo de ensino. A desativação do serviço de Emergência, não só prejudicou o ensino, como suprimiu a assistência a população da área oeste da cidade.

O Porangabuçu e o Hospital Universitário nos anos 90

O Plano Diretor de 1979, ao preconizar a permanência da área de Saúde no Porangabuçu, apontava para a compulsória necessidade de ampliar sua base física, adquirindo quadras no seu entorno, não só para implantação de novas unidades como para resolver em médio prazo o problema de estacionamento de veículos. Em outro documento mais recente, de 1996, chamado *Campus* Universitário - Consolidação da Área Física (1996, p.45), encontra-se a confirmação da necessidade de área para ampliação, porém enfatizando o problema para a desapropriação de área no entorno do chamado *Campus*:

[52] CAGECE-Companhia de Água e Esgoto do Estado do Ceará

> Essa condição, absolutamente indispensável para o desenvolvimento do setor ali instalado, mostra-se inviável a cada dia que passa, pela complexidade da textura social do entorno, pelas dificuldades operacionais e pelo contra-senso de natureza econômica que envolve sua realização, colocando um limite claro, na perspectiva de crescimento futuro.

Após os investimentos realizados na área do Porangabuçu, em infra-estrutura, construções, reformas e ampliações e urbanização na década de oitenta, entra-se nos anos noventa com demandas não atendidas no Programa MEC-BID III, de modo geral nos programas da pós-graduação.

Nesta década são realizadas algumas obras de médio e grande porte, outras de pequeno porte, pontuais, paliativas, realizadas com recursos próprios da Universidade e de convênios com o Governo do Estado e programas no âmbito do Governo Federal, destas as mais significativas são:

- ✓ A reforma e ampliação da Unidade de Pediatria, localizada no pavimento térreo da ala esquerda do bloco original do Hospital, modernizando suas instalações e criando espaços para permitir a permanência das mães para o acompanhamento de seus filhos internados, procedimento preconizado pela legislação do Ministério da Saúde, Portaria 1884/91

- ✓ A reforma da Clinica I e do Serviço de Hematologia, localizados no pavimento superior do primeiro bloco do Hospital. Devido à exigüidade da área, não foi possível dotar as enfermarias de sanitários, o que implicaria na diminuição do número de leitos, continuando então com a configuração anterior, ou seja, os pacientes utilizando sanitários coletivos.

- ✓ A reforma e ampliação da Clinica II, o que possibilitou o aumento do número de leitos e o atendimento à legislação do Ministério da Saúde – Portaria 1884 /1994 em vigência na época. Até então os sanitários eram coletivos, de acordo com projeto original de Roberto Nadalutti, as instalações estavam totalmente desatualizadas no que concernia a espaços, infra-estrutura e revestimentos, comprometendo

enormemente o desenvolvimento das atividades de ensino e assistência.

- ✓ A reforma de área remanescente da demolição do antigo Instituto Evandro Chagas (ocupada então por oficinas e depósitos do Deptº. de Farmacologia e Fisiologia) para instalação da Unidade de Pesquisa em Farmacologia Clinica, a primeira do gênero no Brasil, sob a coordenação do Prof. Dr Odorico de Moraes.

- ✓ A instalação da rede fibra ótica interligando as unidades acadêmicas e o complexo hospitalar, facilitando a transmissão de dados e o acesso a Internet por maior números de usuários.

- ✓ A conclusão do chamado Bloco Cirúrgico (iniciada em 1999), anexo ao antigo Hospital das Clinicas, construído como já relatado, no inicio da década de 80, foi possível graças ao Projeto REFORSUS[53]. Com essa obra o HUWC, passou a contar com oito salas de cirurgia, uma Sala de Recuperação com 14 leitos, Central de Esterilização, vestiários/sanitários para pessoal médico e funcionários, facilidades acadêmicas, postos de enfermagem, além de seis enfermarias de seis leitos, quatorze de três leitos e seis quartos de dois leitos, totalizando 90 leitos para clinica cirúrgica. O projeto arquitetônico de reforma atendendo à época, à Portaria 1884 do Ministério da Saúde foi elaborado pelas arquitetas Ana Luiza Pires de Carvalho e Waldete Cunha de Freitas, pertencentes ao quadro da SAMEAC e à equipe da Superintendência de Planejamento Físico e Operações (PLANOP), respectivamente.

[53] REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – projeto de investimentos do Ministério da Saúde, instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD).

Figura 46 – **Área do Porangabuçu -** Ocupação atual
Fonte: Arquivo Planop

CAPITULO 4

LEVANTAMENTO DIAGNÓSTICO DO HUWC

4.1 - A Legislação –Um instrumento

Em 15 de dezembro de 1977, era publicada a Portaria 400/ BsB. Dois anos antes com a publicação da Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1075, o Presidente Ernesto Geisel estabelecera como prioridade do seu governo a constituição do Sistema Nacional de Saúde. A Portaria 400, portanto, foi uma medida importante e disciplinadora, pois, a pretensão do governo federal de financiar a expansão da rede hospitalar. A referida norma tornou-se como diz, a arquiteta do Ministério da Saúde Regina Barcellos o best-seller das publicações do MS, embora já existisse um significativo histórico de normatizações sobre projetos de hospitais e outras unidades de assistência à saúde.

Os novos projetos, reformas e adequações de estabelecimentos físicos da área da saúde teriam que ser aprovados à luz da nova norma, pois, eram em sua grande maioria dependentes do financiamento do Sistema Nacional de Saúde.

Durante quase duas décadas, de 1977 a 1994, segundo Flósculo (2002, p. 73):

> As prescrições da Portaria 400 foram fortalecidas por um grande conjunto de outros instrumentos normativos, relacionados aos equipamentos, outras tipologias não – previstas inicialmente, normas sobre unidades específicas como hemocentros e farmácias, etc

A Portaria 400 ao longo dos anos foi criticada por apresentar programas completos para hospitais de 50 150 leitos e de outras tipologias, informava áreas e dimensões de ambientes, especificações e instalações de cada compartimento integrante das unidades de saúde e apresentava desenhos desses compartimentos , brindando também aos seus usuários com um modelo de planta térrea de um hospital de 50 leitos, que foi copiada pelo Brasil inteiro, independente do local de implantação. Era a famosa planta do Ministério da Saúde. Embora criticada ensejou a possibilidade de financiamento de inúmeras unidades, pois como *desaprovar* o projeto apresentado pelo próprio Ministério.

A partir da década de 80, foram se apresentando os problemas mais complexos das redes estaduais e municipais das grandes cidades, de hospitais especializados e a Portaria 400 não respondia a contento as novas concepções de espaços e era frágil frente às novas tecnologias.

Arquitetos como Jarbas Karman, João Carlos Bross e João Filgueiras Lima, o Lelé, demonstravam a exaustão o quão inadequados e engessadores podiam ser os

postulados da referida Norma. Pergunta-se o que seria da Rede Sarah de Hospitais se sua arquitetura não *desobedecesse* à série de prescrições que integravam a norma.

Embora com esses aspectos negativos, há que se reconhecer os aspectos positivos, como o faz Flósculo (2002) quando destaca que as normas eram discutidas por um grande numero de profissionais, que a equipe do Ministério se mostrava profissional ao dar o tom da discussão da política publica com os diversos setores da sociedade;que o Ministério da Saúde se tornou referencia para se discutir planejamento físico dos sistemas de saúde no país e que finalmente o governo federal realizou um grande esforço ao financiar e controlar a qualidade dos espaços para a saúde e contribuiu para o aparecimento de escritórios de profissionais que se dedicaram ao tema da arquitetura para os sistemas de saúde.

Iniciou-se ao fim dos anos oitenta, um *movimento de reforma* do aparato de normas do governo, com uma abordagem desregulamentadora e emerge assim a Portaria Ministerial 1884/94, que foi bem aceita pelos profissionais, que já trabalhavam respondendo as demandas de seus clientes e de instituições e eram capazes de explicitar os fundamentos de projetos que desenvolviam.

A Portaria 1884 foi um reflexo do processo de abertura que se verificou no Brasil. A Lei Orgânica da Saúde já havia sido promulgada em 1990, conseqüência do movimento da Reforma Sanitária, movimento que foi muito fortalecido na década de 80.

Segundo Barcellos, do Ministério da Saúde, *apud* Toledo (2003) com o advento da Constituição de 1988 e o estabelecimento do SUS, mudou a lógica do planejamento da saúde, pois o modelo centralizador anterior passou para o *planejamento estratégico*, baseado nas necessidades locais, na participação da comunidade no planejamento das ações. Os argumentos dos diversos profissionais projetistas da área da saúde para que se mudasse a Norma se baseava no fato de que esta era muito restrita frente às mudanças que estavam acontecendo nas técnicas de procedimentos médicos e na evolução das técnicas construtivas.

O Brasil voltava a pensar com mais profundidade em idéias novas com o retorno de pensadores e intelectuais que haviam sido banidos na época da ditadura militar.

A construção do SUS é elaborada num cenário de busca do tempo perdido, na ânsia de democratização do Estado Brasileiro, onde suas funções reguladoras e regulamentadoras são redefinidas e tem conseqüências significativas *no conjunto de suas competências.*

A nova Norma não definia um programa arquitetônico, e sim enfatizava uma metodologia de programação que se baseia nas demandas de serviços de saúde de cada área de cobertura. Induzia os Municípios e Estados a explicitarem seus objetivos em termos de trabalho assistencial, definirem o padrão de organização de serviços e permite a criação de tipologias inovadoras de EAS[54], adequadas ao sistema local.

Como destaca o arq. Domingos Fiorentini (1998, p. 73);

> Sem duvida, grandes avanços e modernização são creditados a essa Portaria, que sucedeu a Portaria 400, após 17 anos de vigência.(...) a Norma 1884 abandonou o modelo de representação gráfica de Unidades Funcionais, libertando os arquitetos de paradigmas e soluções impostas, pré-estabelecidas e engessantes da Portaria 400.

O documento anterior que predefinia programas arquitetônicos, que tinha um caráter prescritivo, que trabalhava com parâmetros nacionais sem levar em consideração as especificidades das diversas regiões brasileiras e demograficocentrica cedeu lugar a nova proposta de tipologia aberta, construída no nível local, com programa arquitetônico voltado para os problemas loco-regionais, com ênfase no perfil epidemiológico e na nova missão do Sistema de Saúde.

Outro avanço da Portaria 1884/94 continha a determinação de sua revisão após dois anos de sua vigência, com o objetivo de atualizá-la ao desenvolvimento cientifico e tecnológico do País. Isso ocorre com a publicação da Consulta Publica SUS/MS nº 674 em 31 de dezembro de 1997, ancorada na Portaria 1884/94, revista, atualizada. Naquela, novos enfoques são introduzidos e itens suprimidos ou aprimorados, com a equipe do Ministério da Saúde interagindo com todos os profissionais envolvidos no melhor planejar, no melhor fazer e interessados no melhor desempenho dos estabelecimentos voltados à saúde.

Quatro anos depois a Consulta Publica tem sua versão revisada e publicada como Resolução da Diretoria Colegiada – RDC- nº 50 em 21 de fevereiro de 2002,MS/ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento,

[54] Estabelecimentos Assistênciais de Saúde

programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A Resolução RDC N°50/2002, compõe-se de:

Parte I – Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde –onde se trata da elaboração de projetos físicos de EAS,com a definição da terminologia e das etapas dos projetos de arquitetura, estrutura e instalações e a forma de apresentação dos projetos

Parte II-Programação Físico-funcional dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. – onde se apresentam as atribuições e atividades desenvolvidas nos vários tipos de EAS.

Parte III-Critérios para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – onde se apresentam as variáveis que orientam e regulam as decisões a serem tomadas nas várias etapas de desenvolvimento de projeto. Essas variáveis são:

Circulações externas e internas;

Condições ambientais de conforto;

Condições ambientais de controle de infecção hospitalar;

Instalações prediais ordinárias e especiais;

Condições de segurança contra incêndio

Embora para alguns profissionais possa parecer obvia a primeira parte da RDC N° 50, ela se faz necessária e extremamente útil, pois, os técnicos do Ministério da Saúde , não tinham , muitas vezes condições de avaliar projetos de arquitetura que lá chegavam, constando somente de plantas baixas, com desenhos que não *respeitavam nenhuma norma existente* da ABNT e sem o acompanhamento dos respectivos projetos complementares.

Na segunda parte encontra-se o instrumental para se definir o EAS de acordo com o Plano de Atenção à Saúde elaborado, onde se devem encontrar as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem atingidas . A programação físico - funcional de um EAS, varia de acordo com a composição de suas atribuições especificas, que são de acordo com a RDCn° 50/2002 são:

1-Prestação de atendimento eletivo de assistência a saúde em regime ambulatorial e de hospital dia – atencão à saúde incluindo atividades de promoção,

prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos, de forma programada e continuada.

2-Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde-atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida(emergência)

3- Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação-atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos)

4- Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia-atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado de saúde(contato direto);

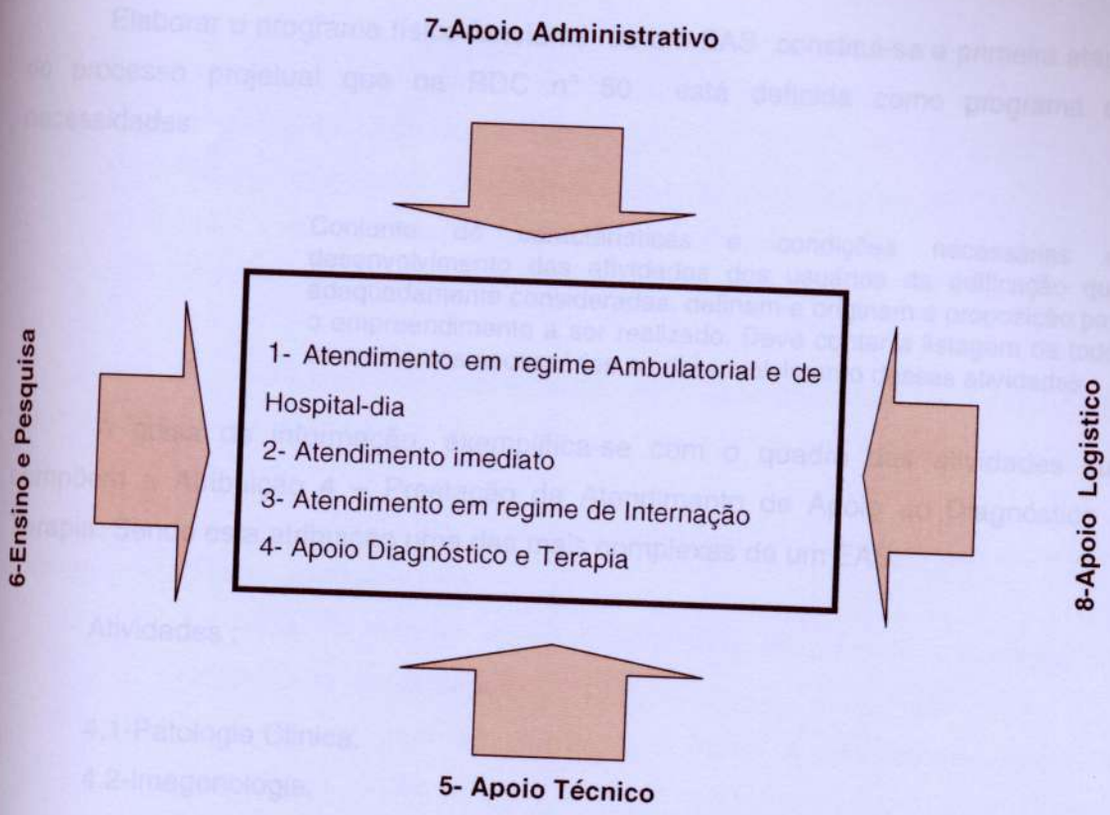
5- Prestação d serviços de apoio técnico – atendimento direto e a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto);

6- Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa - atendimento direto ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;

7- Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa – atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;

8- Prestação de serviços de apoio logístico – atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

As quatro primeiras atribuições são diretamente concernentes à atenção e assistência à saúde e as quatro restantes são as chamadas atribuições-meio que são o suporte das primeiras e delas mesmas. As atribuições são integradas por um grande número de atividades e subatividades que são desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde.



O programa físico-funcional de um determinado tipo de EAS inicia-se, portanto, com a composição de suas atribuições e respectivas atividades. De acordo com a RDC N°50- MS (2000, P. 19)

> Os conjuntos de atribuições admitem diversas composições (teóricas) que são as tipologias (modelos funcionais) de estabelecimentos assistenciais de saúde. Portanto, cada composição de atribuições proposta definirá a tipologia própria a ser implantada.

O regulamento técnico não apresenta um programa predefinido ou projetos pré-elaborados, desvinculado das realidades loco-regionais e assim o regulamento não só normatiza, como sistematiza e educa. Segundo Barcellos, *apud* Toledo (2002), organizar a norma por unidades funcionais que quando agrupadas, formaria programas arquitetônicos diferenciados, assim:

> È um quebra-cabeça onde você tem as peças, mas em vez de montar uma única proposta, você pode montar várias. As peças estão ali e você vai montando vários desenhos. Essa foi à intenção do trabalho, dotar a norma de uma grande **flexibilidade.**

Elaborar o programa físico-funcional de um EAS constitui-se a primeira etapa do processo projetual que na RDC nº 50 está definida como programa de necessidades:

> Conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades.

À guisa de informação, exemplifica-se com o quadro das atividades que compõem a Atribuição 4 – Prestação de Atendimento de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Sendo esta atribuição uma das mais complexas de um EAS.

Atividades :

4.1-Patologia Clinica,
4.2-Imagenologia,
4.3-Métodos Gráficos,
4.4-Anatomia Patológica e Citopatologia,
4.5-Desenvolvimento de Atividades de Medicina Nuclear
4.6-Realização de Procedimentos Cirúrgicos e Endoscópicos
4.7Realização de Partos Normais, Cirúrgicos e Intercorrências Obstétricas
4.8-Desenvolvimento de Atividades de Reabilitação em Pacientes Externos e Internos
4.9-Desenvolvimento de Atividades Hemoterápicas e Hematológicas
4.10-Desenvolvimento de Atividades de Radioterapia
4.11-Desenvolvimento de Atividades de Quimioterapia
4.12-Desenvolvimento de Atividades de Diálise
4.13-Desenvolvimento de Atividades relacionadas ao Leite Humano
4.14-Desenvolvimento de Atividades de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)'

A Patologia Clinica (4.1), é uma atividade composta das seguintes subatividades;

4.1.1-Receber ou proceder a coleta de material (no próprio laboratório ou descentralizada);
4.1.2-Fazer triagem do material;

4.1.3-Fazer análise e procedimentos laboratoriais de substancias ou materiais biológicos com finalidade diagnostica e de pesquisa;

4.1.4-Fazer o preparo de reagentes/soluções;

4.1.5-Fazer a desinfecção do material analisado a ser descartado;

4.1.6-Fazer a lavagem e preparo do material utilizado;

4.1.7-Emitir laudo das análises realizadas

Para a realização das atividades são discriminados os ambientes, quantificados e dimensionados, e as instalações necessárias são também definidas.

Este setor destinado a dar suporte laboratorial aos serviços de pacientes internos e externos relaciona-se com:

- As áreas de atenção ambulatorial (onde se procede a extração ou recepção de amostras);
- As áreas de internação, centro cirúrgico e atendimento imediato (emergência /urgência) para onde deve deslocar-se o pessoal técnico da especialidade.

É importante observar que sua localização no EAS deve permitir o acesso fácil aos pacientes ambulantes.

A seqüência das atividades que são desenvolvidas em um EAS podem ser representadas em um fluxograma, cuja visualização é importante para determinação dos ambientes necessários ao seu desenvolvimento.

Apresenta-se a seguir o fluxograma da atividade Patologia Clinica pertencente *como se sabe à Unidade Funcional 4*

Fluxograma de Atividades –UNIDADE FUNCIONAL 4 –Apoio ao Diagnóstico e Terapia/Patologia Clínica

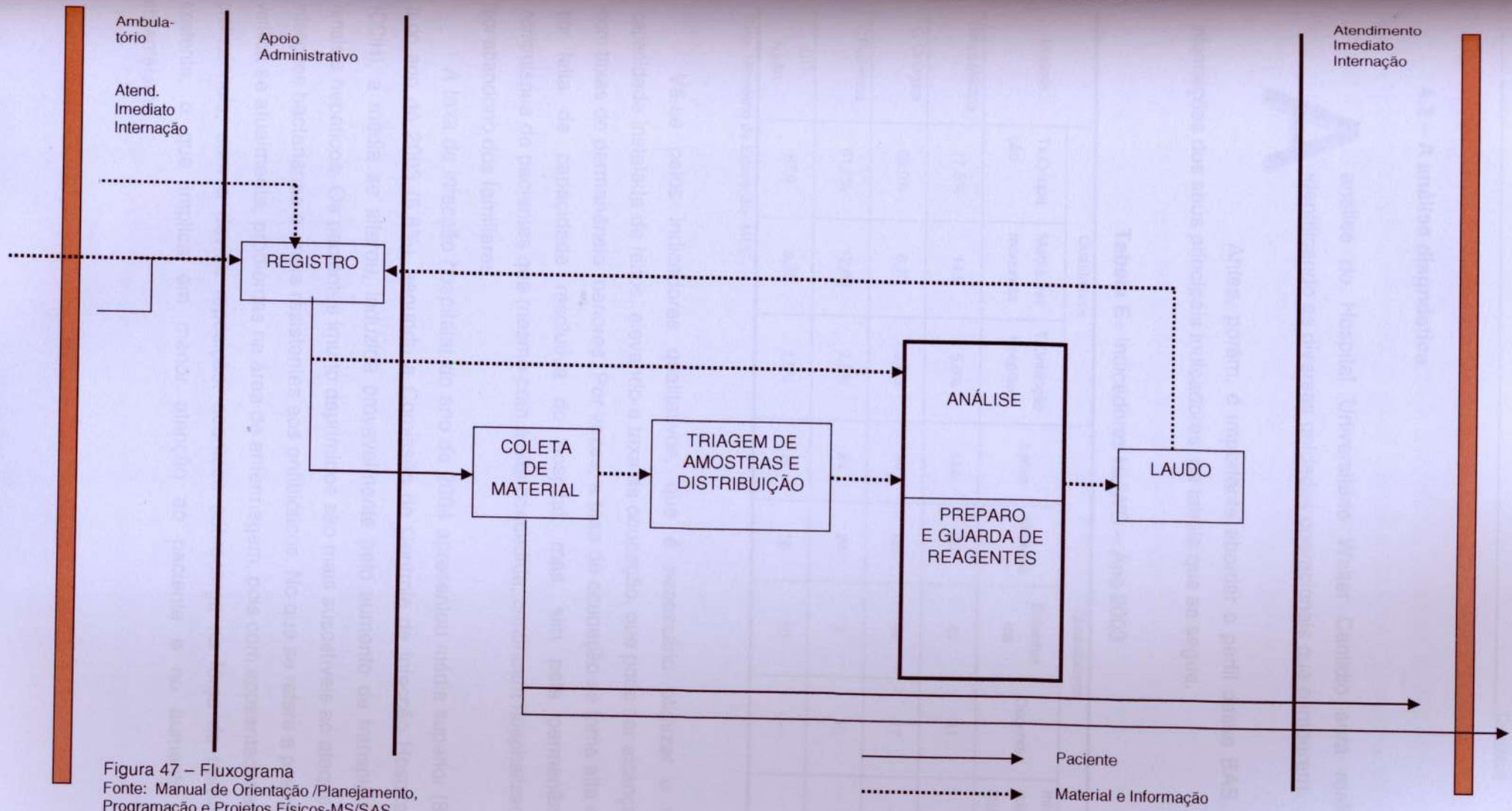


Figura 47 – Fluxograma
Fonte: Manual de Orientação /Planejamento, Programação e Projetos Físicos-MS/SAS

4.2 – A análise diagnóstica

A análise do Hospital Universitário Walter Cantidio será realizada identificando as diversas unidades operacionais que o integram.

Antes, porém, é importante abordar o perfil desse EAS, com informações dos seus principais indicadores, na tabela que se segue.

Tabela E– Indicadores HUWC – Ano 2003

Unidade	Qualitativos			Quantitativos				
	Tx.Ocupação	Média.Permanencia	Tx.Infecção Hospitalar	Leitos	Médicos	Enfermeiros	Docentes	Intern. (Média Mensal)
Clinica Médica	77,5%	14,9	5,8%	144	87	41	41	178
C. Cirúrgica	66,0%	6,10	3,8%	84	121	44	27	273
C.Pediátrica	61,2%	12,80	2,8%	24	24	5	10	34
UTI Adulto	87,9	8,20	4,8%	6	10	10	-----	19

Fonte: Ministério da Educação- MEC

Vê-se pelos indicadores qualitativos, que é necessário otimizar o uso capacidade instalada de leitos, elevando a taxa de ocupação, que pode ser alcançada com taxas de permanência menores. Por vezes, a taxa de ocupação se torna alta não por falta de capacidade resolutiva do hospital, mas, sim pela permanência compulsória de pacientes que mesmo com a alta concedida, continuam hospitalizados por abandono dos familiares.

A taxa de infecção hospitalar do ano de 2004 apresentou média superior (8%) a do ano de 2003 (5.8%), segundo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a média se alterou, induzida provavelmente pelo aumento de transplantes renais e hepáticos. Os pacientes imuno deprimidos são mais suscetíveis ao ataque de infecções bacterianas e mais resistentes aos antibióticos. No que se refere a pessoal, verifica-se atualmente, problemas na área de enfermagem, pois com aposentadoria de profissionais, sem a devida reposição, acontece sobrecarga na força de trabalho existente, o que implica em menor atenção ao paciente e no aumento do absenteísmo.

Feita essa breve apresentação de indicadores, passa-se à análise dos blocos que compõem o HUWC, acompanhada de plantas e de fotos. O primeiro bloco do HUWC, o edifício original, de configuração pavilhonar, é composto de cinco blocos paralelos de dois pavimentos, interligados por um bloco transversal de dois pavimentos.

Bloco A - primeiro bloco, frontal em dois pavimentos
Bloco B/C – bloco em duas alas e dois pavimentos
Bloco D – bloco com um pavimento, à esquerda do bloco F
Bloco E – bloco com dois pavimentos à esquerda do bloco F
Bloco F – bloco central em dois pavimentos

HUWC-Blocos A/B/C/D/E/F
Atribuição1-Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital-Dia
Atribuição 3- Prestação de atendimento de Assistência à Saúde em Regime de Internação
Atribuição 4- Prestação de atendimento de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
Atribuição 5- Prestação de Serviços de Apoio Técnico
Atribuição 6- Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Pesquisa
Atribuição 7- Prestação de Serviços de Apoio de Gestão e Execução Administrativa
Atribuição 8- Prestação de Serviços de Apoio Logistico

A análise que se segue será feita nos diferentes blocos por piso

Bloco A - Piso Térreo

Neste Bloco encontra-se o acesso principal do Hospital. O hall descentralizado distribui o fluxo de pessoal, para a área central e para a área Administrativa e a Direção. Em parte da área de ligação deste bloco com o Bloco B/C estão atualmente instalados o Setor Pessoal e a Perícia Médica, onde se realizam as avaliações de todos os funcionários da área da saúde, para concessão de licença médica, exames admissionais, periódicos e demissionais. Este setor funciona precariamente no que se refere as condições ambientais, os dois consultórios existentes não permitem a privacidade necessária para atendimento do paciente, faltam sanitários de público e computadores para melhor desenvolvimento das atividades.

O Bloco A mantém praticamente a mesma configuração do projeto original e apresenta os seguintes problemas:

Na área de recepção que é subdimensionada para o porte do Hospital estão funcionando a chefia da unidade de serviços gerais e a xerox para atendimento interno.

Os ambientes de apoio à administração são subdimensionados, não permitindo um *lay-out* adequado para o desenvolvimento das atividades.

A Direção não dispõe de área para espera e reuniões, estas últimas ocorrem na recepção sem a privacidade necessária.

Os ambientes de apoio desta área se resumem a uma pequena copa, recortada da sala de pessoal e aos sanitários que atendem a publico e funcionários.

Bloco B (ala direita);Térreo

Nesta ala encontra-se o acesso de visitantes, pacientes externos com marcação de consultas e internação, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), a Hemodiálise, os consultórios de Neurologia e Pneumologia, Serviço Social e uma área atualmente sem uso, que antes abrigava alguns consultórios transferidos recentemente para outro bloco.

O hall desse bloco tem área incompatível com o movimento de pessoas, pois para ele se abrem os balcões do SAME para atendimento do público. A espera é feita nos corredores sem condições de conforto para os pacientes.

Um dos grandes problemas deste setor é a área do SAME, insuficiente e inadequada para realização das atividades pertencentes à unidade funcional 7-Apoio Administrativo.

Outro grave problema se refere ao atendimento nos ambulatórios, estes com área inadequada e sem conforto para o paciente e o pessoal.

Os sanitários para público nessa área são insuficientes, não estando também adequados para uso de deficientes físicos.

Nesta ala encontra-se uma escada de acesso ao pavimento superior, não prevista no projeto original do hospital. Esta circulação vertical é incompatível com o fluxo existente no local, é estreita e desconfortável.

Bloco C – Térreo

Neste bloco se encontram :

Unidade de internação de Dermatologia com quatro enfermarias de 4 leitos e duas de 2 leitos e outros ambientes inerentes a uma unidade de internação. Abriga

também ambulatório com 06 consultórios, laboratório de micologia e salas de procedimentos e apoios.

Unidade de Pediatria, cujo acesso se faz tanto pelo corredor central como por circulação muito estreita ao longo da fachada poente. Esta unidade conta com 24 leitos e dependências para as mães acompanhantes e plantonistas, bem como uma pequena área para recreação dos pacientes em condição de sair do leito.

Embora tenha havido uma reforma e ampliação deste bloco em meados da década de 90, reorganizando os espaços para o atendimento, dentro das possibilidades orçamentárias e de área física, à legislação de então - Portaria 1884/94MS, incluindo a criação de sanitários em cada enfermaria, a área apresenta problemas como o da contigüidade entre pacientes internos e externos, falta de área para recreação de pacientes da pediatria, como um *solarium* e estar mais humanizado.

Para prover as enfermarias de sanitários, foram criados pequenos blocos apostos às fachadas, solução que se apresentou menos onerosa, pois permitia um rearranjo interno para outras funções sem soluções mais complexas para a estrutura existente,da qual não se tinha nenhum dado, como projeto ou memória de calculo.

Todas as instalações foram totalmente refeitas, dotando as unidades de condições para seu pleno funcionamento. As limitações de recursos, como sempre, não permitiram acabamentos de primeira qualidade, porém, os mesmos são adequados ao uso de um estabelecimento de saúde, permitindo limpeza fácil e uma boa vida útil.

Ligando os Blocos B/C/D/E encontra-se o Bloco F, onde estão a rampa e ambientes de apoio administrativo e de apoio logístico.

Bloco D – Térreo

Neste bloco estão localizados o serviço de engenharia e arquitetura e a manutenção com suas oficinas.

Bloco E – Térreo

Neste bloco encontra-se o serviço de Nutrição, recentemente reformado e que ainda não foi colocado para funcionar plenamente, sendo terceirizado o fornecimento das refeições dos pacientes e funcionários. Segundo a nutricionista responsável pelo serviço, a dificuldade de voltar a produzir refeições deve-se não só a falta de pessoal, pois, o quadro foi sendo gradativamente desfalcado devido a transferências, aposentadorias, como também a não conclusão das câmaras frigoríficas e a falta de equipamentos e utensílios de cozinha. A auto-gestão do serviço de Nutrição, de acordo com a nutricionista do HUWC, favorece a individualização da refeição, como também permite manter sabor, aspectos nutritivos e a temperatura dos alimentos, devido a proximidade entre produção e consumo do alimento.

A área de nutrição enteral não está funcionando também por falta de pessoal, climatização e fogão.

Aqui cabe informar que o projeto de reforma da área da nutrição obedeceu ao que preconiza a RDC nº 50 no que se refere aos ambientes necessários a essa unidade operacional, sua quantificação e dimensionamento.

Existe há muito, a tendência de ser retirada de dentro do EAS o serviço de Nutrição. Isto poderá acontecer mais facilmente em grandes centros urbanos onde se acham disponíveis fornecedores que atendam um padrão mínimo de qualidade para produzir a alimentação. Quando possível, torna-se um ganho de área nos hospitais existentes para a atividade-fim que é o cuidado do paciente.

Bloco E – Sub-solo

No sub-solo encontra-se a Farmácia, Almoxarifado e Lavanderia, que são unidades pertencentes às unidades funcionais apoio técnico e apoio logístico respectivamente. Atualmente, a lavagem da roupa hospitalar é terceirizada. O acesso de insumos se faz neste nível, tanto para o Central de Abastecimento da Farmácia (CAF) quanto para área de armazenagem do Almoxarifado.

Foram reformados a área da Farmácia, esta com ampliação ocorreu no inicio do ano 2000 e, a área do Almoxarifado, em 2003. Embora o projeto de reforma incluísse toda a área (Lavanderia e Almoxarifado), foi tomada a decisão de reformar parcialmente a Lavanderia, pois, com a terceirização do serviço, houve necessidade

de apenas prover espaços para a guarda e distribuição de roupa limpa e costura. O local para recepção de roupa suja não foi contemplada na referida reforma.

Atualmente são processados 850Kg a 1000kg de roupa por dia. O valor atual contratado do quilo de roupa limpa é de R$ 2,40.

A Farmácia do HUWC não apresenta problemas maiores em relação a área física, pois, na reforma executada no ano 2000, os fluxos, dimensionamento da área e acabamentos, foram estudados com a chefia do serviço exaustivamente. Atualmente é necessária reforma na Central de Armazenagem da Farmácia (CAF), em relação aos acabamentos de piso e parede, para que se mantenha o padrão exigido pela Vigilância Sanitária. Outra demanda que se apresenta para o funcionamento integral do serviço é a adequação das instalações elétricas e climatização da área de Nutrição Parenteral. Com os investimentos necessários sendo feitos na estrutura física da Farmácia do HUWC, como também a modernização na área de informática, esta se tornará a melhor estrutura do estado do Ceará, como destaca a farmacêutica responsável pelo serviço.

Bloco F- Térreo

Esse pavimento é ocupado por áreas de apoio administrativo e de conforto de pessoal. Neste nível existe uma ligação através de passarela com o primeiro pavimento do Bloco Cirúrgico.

Bloco A – 1° Pavimento

Neste pavimento encontram-se 6 enfermarias de três leitos e uma área de isolamento da Hematologia, que funciona com exíguas áreas de apoio. As enfermarias não possuem dimensões adequadas para a quantidade existente de leitos,não possuem sanitários privativos,apenas 2 conjuntos de sanitários coletivos com áreas inadequadas, atendem as necessidades dos pacientes. A chamada Clinica 1 opera completamente fora dos padrões de uma unidade de internação, pois se instalou numa área originalmente destinada a abrigar conforto de pessoal.

Na ligação com o hall entre os Blocos B e C, está situada a Unidade de Terapia Intensiva, com 06 leitos e completamente fora dos parâmetros no que concerne a áreas mínimas necessárias para apoio e procedimentos.

Bloco B (ala direita) – 1° Pavimento

O acesso a esta área, feito através de uma escada, onde se encontram os ambulatórios especializados, se constitui no primeiro grande problema. Originalmente projetada para ser uma unidade de internação, a adaptação para ambulatório implica na subdivisão de espaço de forma inadequada para atenção e ensino.

No turno da manha acontece o maior numero de atendimentos e os consultórios não são em número suficiente para atender a essa concentração, gerando um grande problema na montagem de escalas de trabalho.

A configuração do bloco, circulação central duplamente carregada leva na utilização desta como área de espera o que implica em grande desconforto para os pacientes, acompanhantes e transtorno para o corpo de funcionários.

Neste pavimento encontram-se o ambulatório de servidores da UFC, da Cardiologia, Reumatologia, Neurologia, Psicologia, Pneumologia, Gastroenterologia e também as dependências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Algumas reformas pontuais foram feitas recentemente na área do ambulatório da Cardiologia, dando mais condições ambientais para o desenvolvimento das atividades de atenção, mas, o restante dos ambulatórios deixa muito a desejar. Estes ambientes não permitem a privacidade e a confidencialidade necessárias no encontro médico-paciente. Para o ensino é problemática a configuração atual, pois, alunos, professor e paciente ficam desconfortáveis devido a exigüidade do espaço, a falta de mobiliário adequado em quantidade e qualidade.

A diversidade de materiais de acabamento, novos e antigos, testemunha as alterações pontuais feitas ao longo do tempo nos espaços, para a adequação a novas técnologias e/ou novos usos.

Segundo McKee e Healy (2000, p. 803)

> Os hospitais, em especial os mais complexos como os Hospitais Universitários, estão constituídos por estruturas imóveis, com muitos anos de vida, apresentando todo tipo de problemas funcionais ou físicos.

Bloco C – (ala esquerda) – 1º Pavimento

Nesta ala situa-se a Clinica 2, com 9 enfermarias de 4 leitos, 4 enfermarias de 6 leitos,2 enfermarias de 3 leitos e 3 quartos de 2 leitos , perfazendo um total de 72 leitos. A internação é dotada de dois postos de enfermagem, com todos os ambientes necessários á atenção do paciente, bem como ao ensino, possuindo áreas de facilidades acadêmicas. Este setor foi reformado e ampliado em 1994, num esforço conjunto da UFC e governo do Estado, quando o caos existente na organização espacial refletia negativamente na atenção médica e de enfermagem aos pacientes.

Anteriormente os pacientes tinham que se deslocar de seus leitos (os que podiam deambular) para ir ao banheiro, que até aquela data eram coletivos e se encontravam completamente depredados.

A reforma contemplou uma nova configuração organizacional, execução de instalações totalmente novas, ampliação para dotar as enfermarias de sanitários e de salas de aula. A especificação dos revestimentos foi feita visando principalmente a durabilidade e resistência frente à utilização de materiais de limpeza usados na desinfecção dos ambientes.

Bloco F- 1ºPavimento

Esse pavimento é ocupado, como acontece no piso térreo, por áreas de apoio administrativo (Recursos Humanos) e de conforto de pessoal (quartos e sanitários de residentes masculinos e femininos). Neste nível existe uma ligação através de passarela com o bloco de salas de aula e biblioteca. Por sua conformação, apreende-se claramente que foi implantada depois de construído o prédio da biblioteca, visto a necessidade ou comodidade de professores e alunos de ter acesso mais rápido do hospital para as salas de aula , a despeito de se constituir mais um ponto de evasão de materiais, já que para controle de entrada e saída,haveria que se instalar um posto de trabalho.

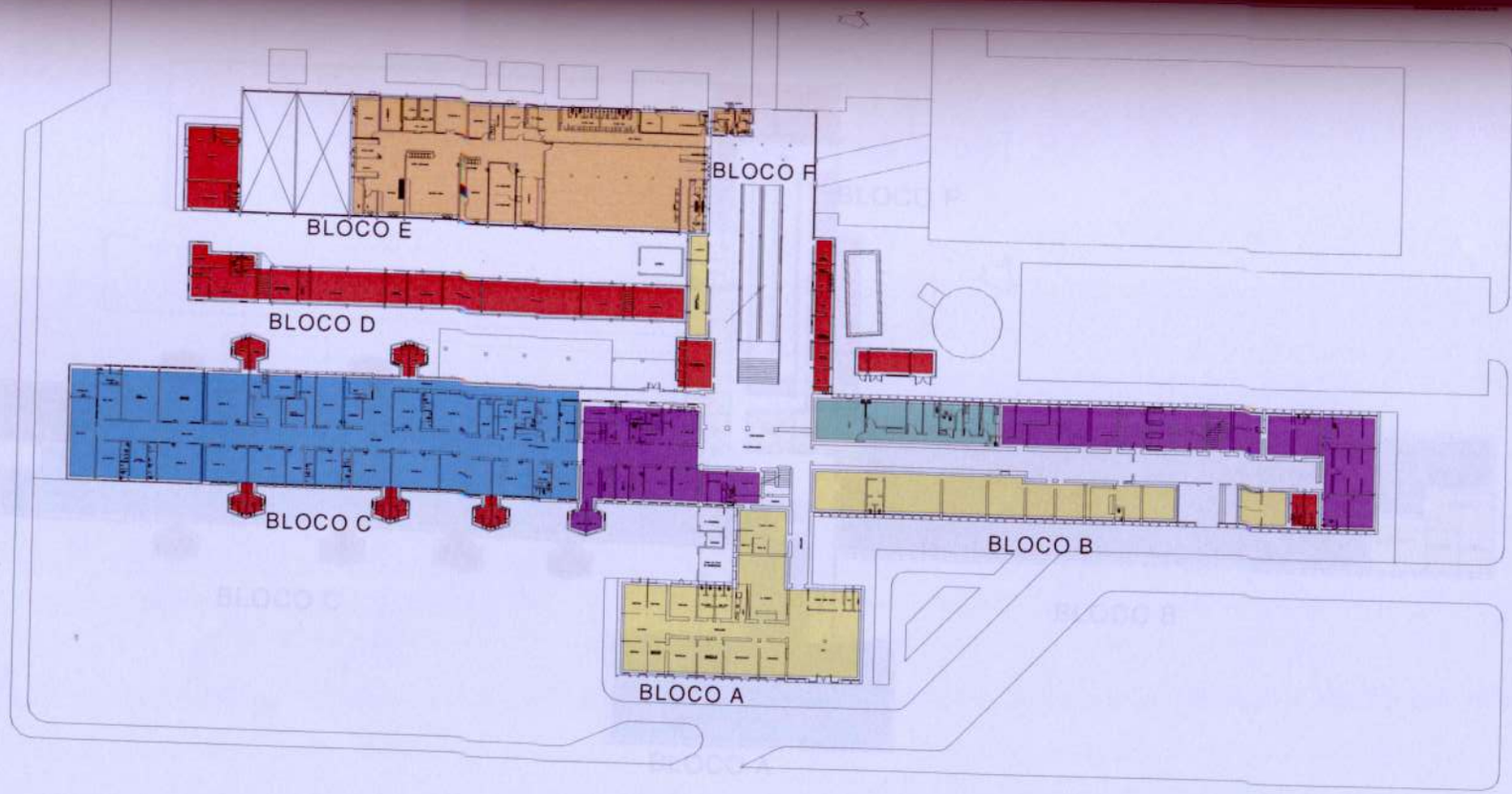


Figura 48 - HUWC – Planta Térreo (Blocos A,B,C,D,E,F)

Fonte - Desenho da autora

LEGENDA

- APOIO ADMINISTRATIVO
- INTERNAÇÃO
- APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA
- ATENDIMENTO AMBULATORIAL
- APOIO LOGISTICO
- APOIO TECNICO

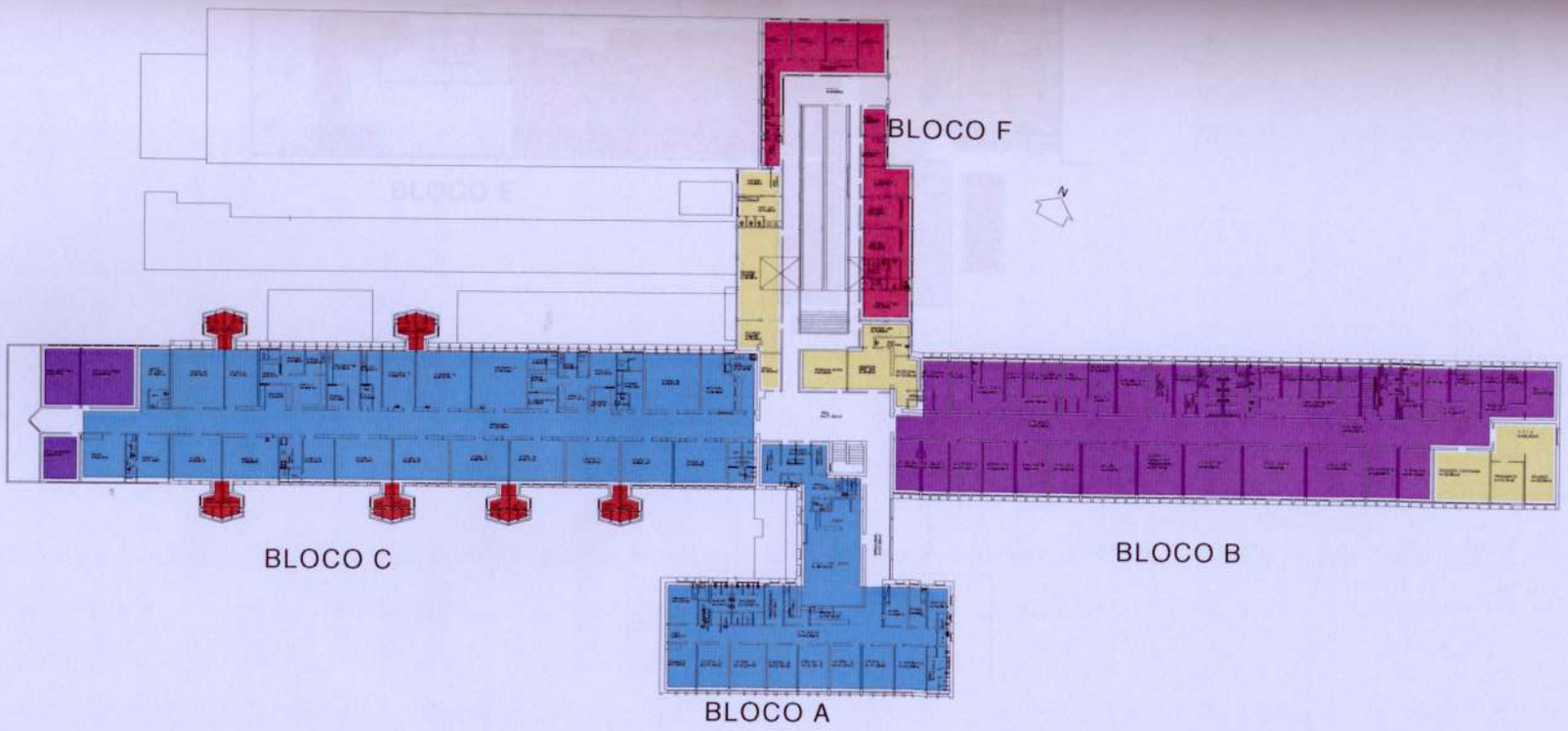


Figura 49 – Planta Pav. Superior – HUWC (Blocos A, B, C, F)

Fonte - Desenho da autora

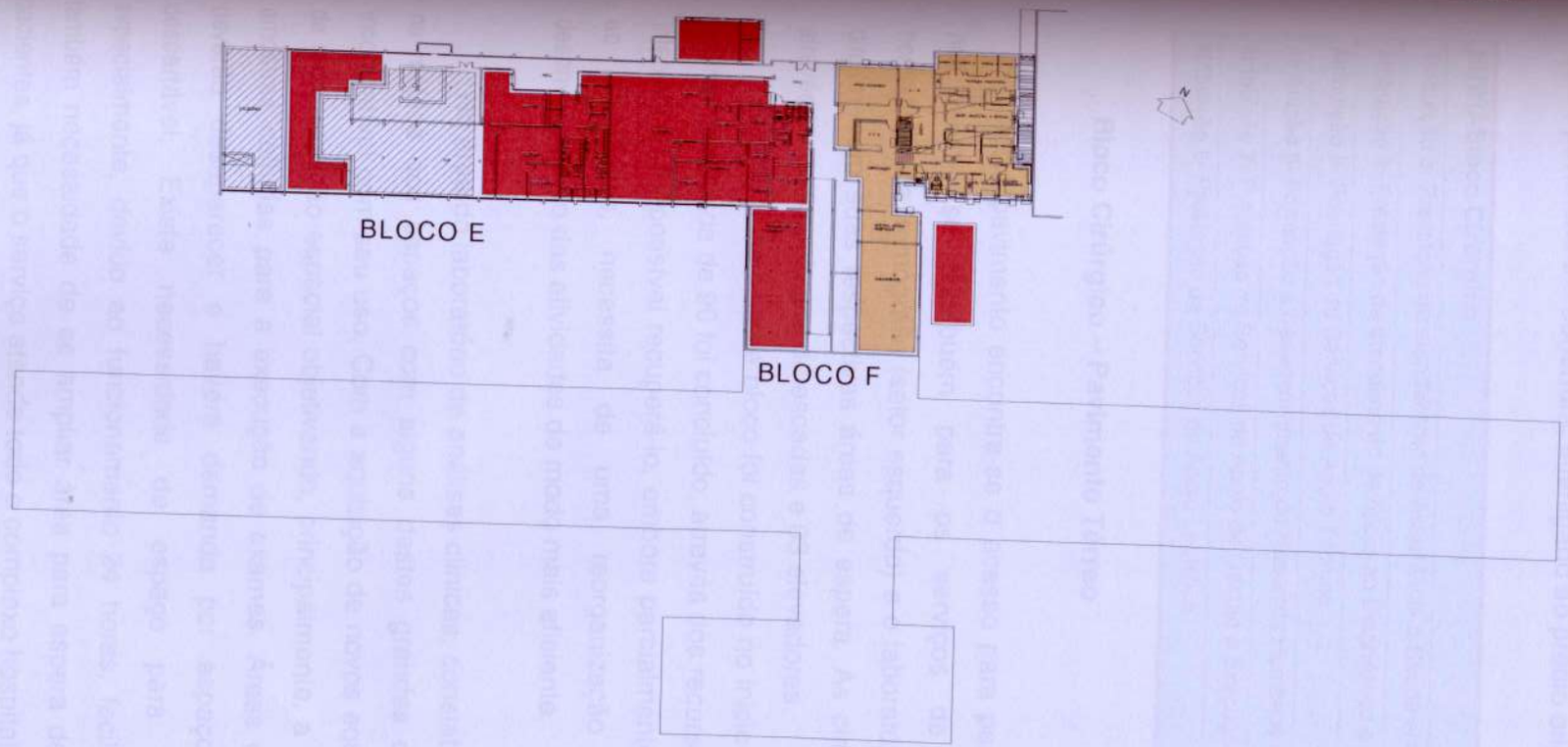


Figura 50- Planta Subsolo - HUWC (Blocos E,F)

Fonte - Desenho da autora

O segundo bloco do HUWC a ser analisado é o Bloco Cirúrgico composto de quatro pavimentos e cobertura, interligado ao prédio original por uma passarela.

HUWC-Bloco Cirúrgico
Atribuição 3- Prestação de atendimento de Assistência à Saúde em Regime de Internação
Atribuição 4- Prestação de atendimento de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
Atribuição 5- Prestação de Serviços de Apoio Técnico
Atribuição 6- Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Pesquisa
Atribuição 7- Prestação de Serviços de Apoio de Gestão e Execução Administrativa
Atribuição 8- Prestação de Serviços de Apoio Logístico

Bloco Cirúrgico – Pavimento Térreo

Neste pavimento encontra-se o acesso para pacientes externos, que de um hall central se distribuem para os serviços de radiologia, ultrasonografia, hemodinâmica, tomografia (setor esquerdo) e o laboratório de análises clinicas (setor direito), com suas respectivas áreas de espera. As circulações verticais são feitas através de dois conjuntos de escadas e 03 elevadores.

Como foi visto, esse bloco foi construído no inicio da década de 80 e somente no final da década de 90 foi concluído, através dos recursos do Reforsus. Nesta última intervenção foi possível recuperá-lo, embora parcialmente, mas, como área de apoio ao diagnóstico, necessita de uma reorganização interna para permitir o desenvolvimento das atividades de modo mais eficiente.

Na área do laboratório de análises clinicas, constata–se um desbalanceamento na métrica dos espaços com alguns destes grandes demais e outros com área incompatível com seu uso. Com a aquisição de novos equipamentos há necessidade de reorganização espacial objetivando, principalmente, a racionalização do fluxo das amostras colhidas para a execução de exames. Áreas de lavagem e esterilização deverão desaparecer e haverá demanda por espaço de guarda de material descartável. Existe necessidade de espaço para o conforto de pessoal, especialmente, devido ao funcionamento 24 horas, facilidades acadêmicas, como também necessidade de se ampliar área para espera devido ao grande afluxo de pacientes, já que o serviço atende todo o complexo hospitalar HUWC/MEAC.

Atualmente estão sendo realizadas obras para a instalação de um novo equipamento da Hemodinâmica (localizada no setor esquerdo) e estudos para tornar possível a instalação de uma Ressonância Magnética. Nestes casos, sempre existirão movimentos preliminares, do tipo, algum setor deverá ser deslocado para outro bloco ou área para permitir a implantação do novo serviço no espaço remanescente, já que não existe terreno para expansão. Esses movimentos têm um custo que onera o valor da obra a ser executada, pois, tem que agregar valor de adequação da área que irá abrigar o novo uso, e o custo do tempo de transferência sem a produção de determinada serviço, que é mais grave, quando inviabiliza a atividade-fim. Observe-se que os custos advindos desses movimentos deverão ser computados no orçamento, caso isso não ocorra corre-se o risco de inviabilizar a obra com aditivos sem o devido respaldo financeiro, podendo ocorrer atrasos e suspensão de contratos.

Bloco Cirúrgico – 1° Pavimento

Neste pavimento estão instalados o Centro Cirúrgico com 08 salas e os ambientes de apoio necessários, contando com 14 leitos de recuperação. A Central de Esterilização atende ao dimensionamento e quantidade de ambientes, como também aos fluxos desejáveis para a boa prática do serviço, previstos na legislação pertinente (RDC n° 50). Contíguo a Central de Esterilização acha-se uma sala destinada a facilidades acadêmicas. Neste nível se faz a única ligação, através de uma passarela em rampa abrigada, do bloco original do Hospital Universitário com o bloco cirúrgico.

Bloco Cirúrgico – 2° Pavimento

Este pavimento é o chamado pavimento técnico onde estão as instalações elétricas, de dutos de ar condicionado que atendem ao centro cirúrgico e central de esterilização.

Bloco Cirúrgico – 3° Pavimento

A internação da clinica cirúrgica, recebe e assiste os pacientes encaminhados pelo ambulatório ou emergência (se esta existir no EAS), pela UTI, Centro Cirúrgico ou outra unidade de internação. É constituída de 06 enfermarias de 06 leitos, 14 enfermarias de 03 leitos e 06 quartos de 02 leitos, totalizando 90 leitos distribuídos por três postos de enfermagem, dotados de todos ambientes necessários às atividades de

atenção ao paciente em pré ou pós - operatório. Neste nível existe uma passarela que se liga ao bloco da Unidade Didática Departamental, no pavimento onde se encontra o Deptº. de Cirurgia, exigência feita pelos médicos/ professores para facilitar o acesso deles a clinica cirúrgica. Para atender a solicitação houve a retirada de área correspondente a uma enfermaria de 03 leitos.

Bloco Cirúrgico – 4º Pavimento

Na cobertura encontram-se alojamentos para residentes e áreas de estudo com apoio de sanitários.

Figura 51 – Bloco Cirúrgico – Planta Térreo
Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

APOIO ADMINISTRATIVO
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA
FACILIDADES ACADÊMICAS
APOIO LOGISTICO

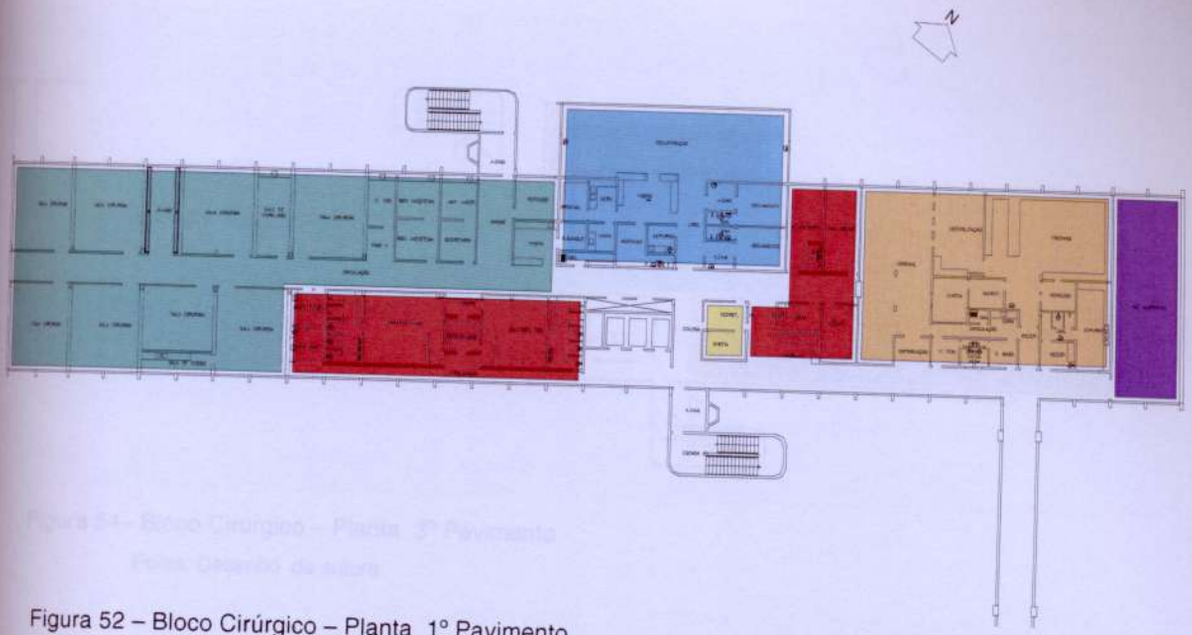


Figura 52 – Bloco Cirúrgico – Planta 1° Pavimento

Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

- APOIO ADMINISTRATIVO
- INTERNAÇÃO
- APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA
- FACILIDADES ACADÊMICAS
- APOIO LOGISTICO
- APOIO TECNICO

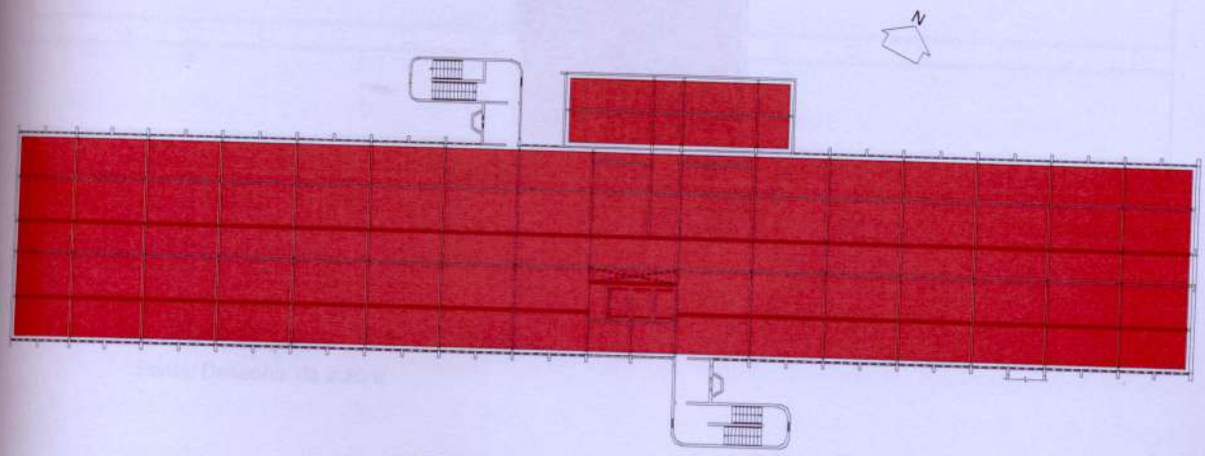


Figura 53 – Bloco Cirúrgico – Planta 2°Pavimento (Pav. Mecânico)

Fonte: Desenho da autor

LEGENDA

- APOIO LOGISTICO

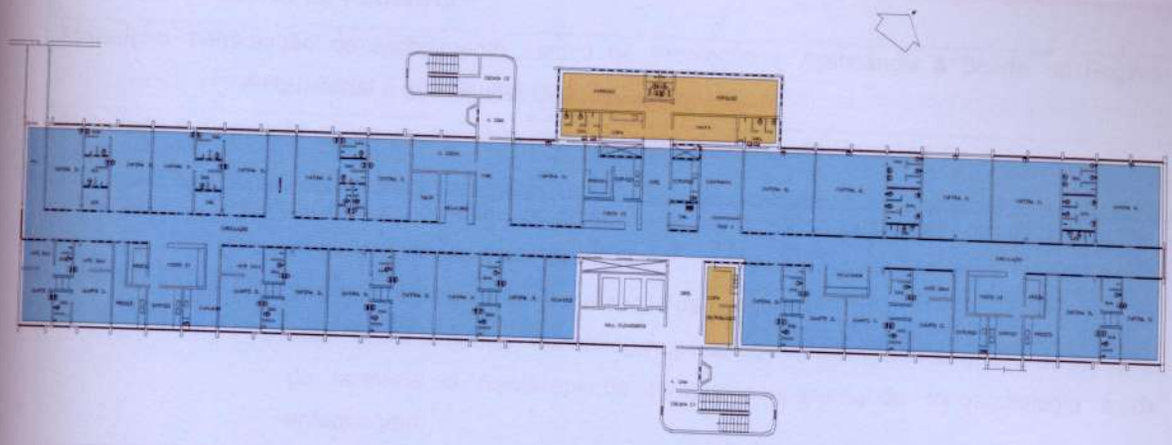


Figura 54– Bloco Cirúrgico – Planta 3º Pavimento

Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

INTERNAÇÃO
APOIO TÉCNICO

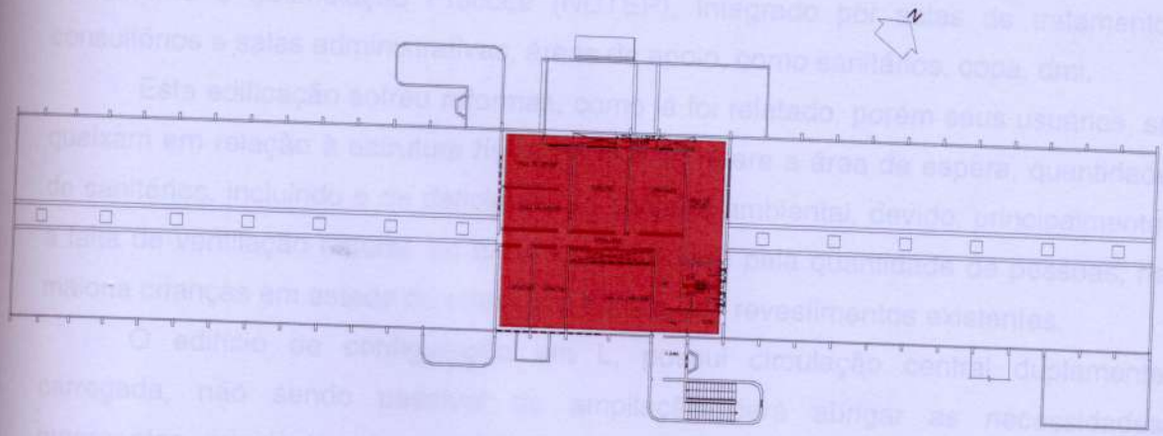


Figura 55 – Bloco Cirúrgico – Planta Cobertura

Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

APOIO LOGISTICO

O terceiro bloco do HUWC a ser analisado é o do Ambulatório de Pediatria, contíguo a MEAC e distante do bloco principal do HUWC.

Bloco-Ambulatório de Pediatria -
Atribuição 1-Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital-Dia
Atribuição 6- Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Pesquisa
Atividades – 1.1-Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como:imunizações, controle de doenças, visita domiciliar. 1.6 –Recepcionar,registrar e fazer marcação de consultas 1.7–Proceder consulta médica, odontológica,psicológica,de assistência social, de nutrição, de farmácia,de fisioterapia,de terapia ocupacional,de fonoaudiologia e de enfermagem.

Neste prédio, de configuração em L, com área total construída de 1.353,24m2, distribuída em um pavimento térreo, com um trecho em dois pavimentos, encontra-se o Ambulatório de Pediatria do HUWC, constituído de 12 consultórios para atendimento médico e de enfermagem, vacinas, salas de aula, salas para atividades administrativas e ambientes de apoio.

No mesmo prédio, na área em dois pavimentos encontra-se o Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP), Integrado por salas de tratamento, consultórios e salas administrativas, áreas de apoio, como sanitários, copa, dml.

Esta edificação sofreu reformas, como já foi relatado, porém seus usuários, se queixam em relação à estrutura física no que se refere a área de espera, quantidade de sanitários, incluindo o de deficiente, ao conforto ambiental, devido, principalmente, a falta de ventilação natural, ao barulho, que ocorre pela quantidade de pessoas, na maioria crianças em estado de stress e à dureza dos revestimentos existentes.

O edifício de configuração em L, possui circulação central duplamente carregada, não sendo passível de ampliação para abrigar as necessidades emergentes, principalmente do NUTEP, posto que, contíguo ao prédio da MEAC e já no limite do terreno, a expansão torna-se impossível. Sua ampliação vertical também se mostra inviável em relação aos custos, pois, construir outros pavimentos significaria grandes investimentos em estrutura independente, para não haver comprometimento da construção existente.

As demandas por mais espaço, neste caso, não diferem das outras áreas onde são atendidos os pacientes externos do HUWC. Os argumentos usados por seus usuários de que os consultórios não são suficientes, são frágeis diante da avaliação feita da escala de atendimento, pois, das quinze salas, somente seis delas são ocupadas para atividade de atenção e ensino durante os dois turnos.

É necessário ressaltar que análise de utilização do espaço, no que se refere à sua quantidade, qualidade e adequação ao uso, que aqui se faz, é de ordem puramente técnica, não se podendo intervir na questão de ordem administrativa, o que cabe especificamente à Direção Geral do HUWC e à Administração Superior da UFC.

No que se refere à adequação da unidade operacional à legislação vigente – RDC nº 50/2002-Anvisa /MS, se pode considerar adequada a realização das atividades.

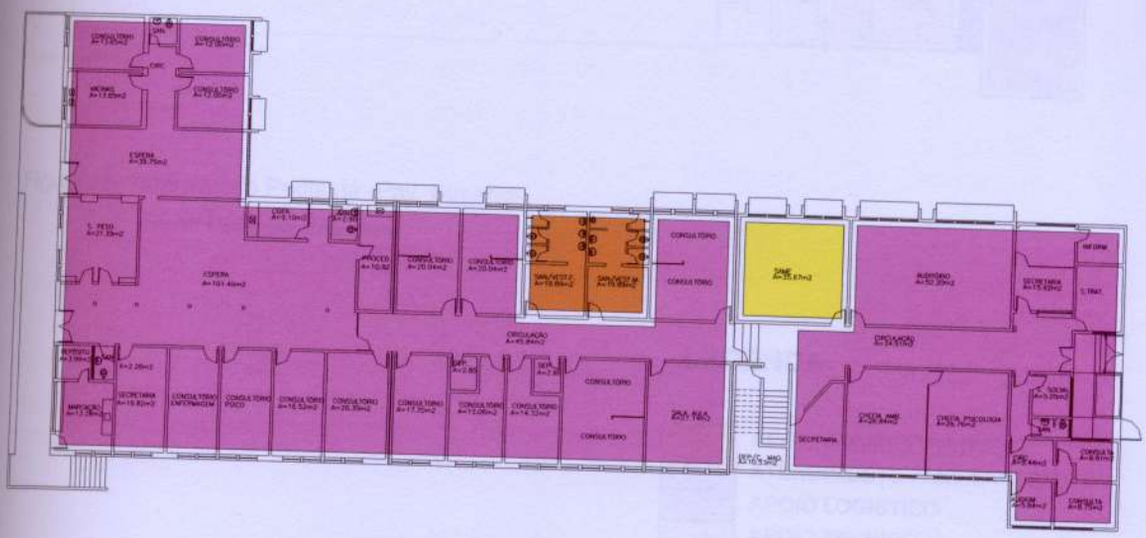


Figura 56 – Ambulatório Pediatria - PlantaTérreo

Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

APOIO ADMINISTRATIVO
ATENDIMENTO AMBULATORIAL
APOIO LOGISTICO

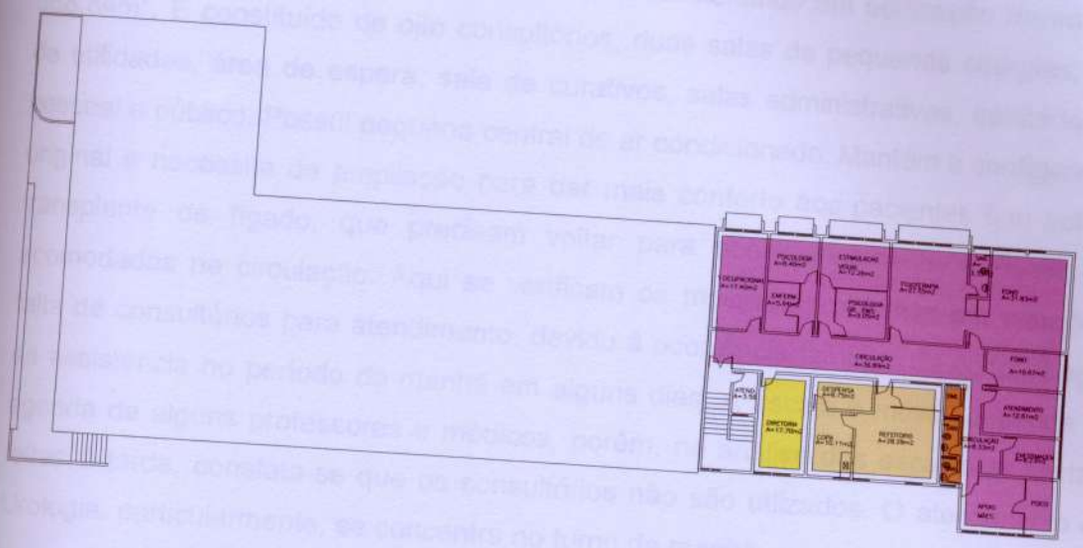


Figura 57– Ambulatório Pediatria -Pav. Superior
Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

APOIO ADMINISTRATIVO
ATENDIMENTO AMBULATORIAL
APOIO LOGISTICO
APOIO TECNICO

O quarto bloco do HUWC a ser analisado é o do Ambulatório de Cirurgia, independente do bloco principal do HUWC.

Bloco-Ambulatório de Cirurgia
Atribuição 1-Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital-Dia
Atribuição 6- Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Pesquisa
Atividades – 1.6 –Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas 1.7–Proceder consulta médica, odontológica, psicológica, assistência social, nutrição, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e de enfermagem. 1.8-Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia,etc)

O Ambulatório de Cirurgia encontra-se funcionando em edificação térrea com 368,84m^2. É constituído de oito consultórios, duas salas de pequenas cirurgias, sala de utilidades, área de espera, sala de curativos, salas administrativas, sanitários de pessoal e público. Possui pequena central de ar condicionado. Mantém a configuração original e necessita de ampliação para dar mais conforto aos pacientes que sofrem transplante de fígado, que precisam voltar para acompanhamento e ficam mal acomodados na circulação. Aqui se verificam os mesmos problemas em relação à falta de consultórios para atendimento, devido à ocorrência também da concentração de assistência no período da manhã em alguns dias. A escala é móvel, depende da agenda de alguns professores e médicos, porém, na análise das escalas às sextas-feiras à tarde, constata-se que os consultórios não são utlizados. O atendimento de Urologia, particularmente, se concentra no turno da manhã.

A edificação de arquitetura simples permite readequações internas, mas, em termos de ampliação não será possível devido à exigüidade de área no entorno.

No que se refere a adequação da unidade operacional à legislação vigente – RDC nº 50/2002-Anvisa /MS, não se pode considerar adequada à realização das atividades de assistência e ensino, no que concerne a dimensionamento, quantificação dos ambientes.

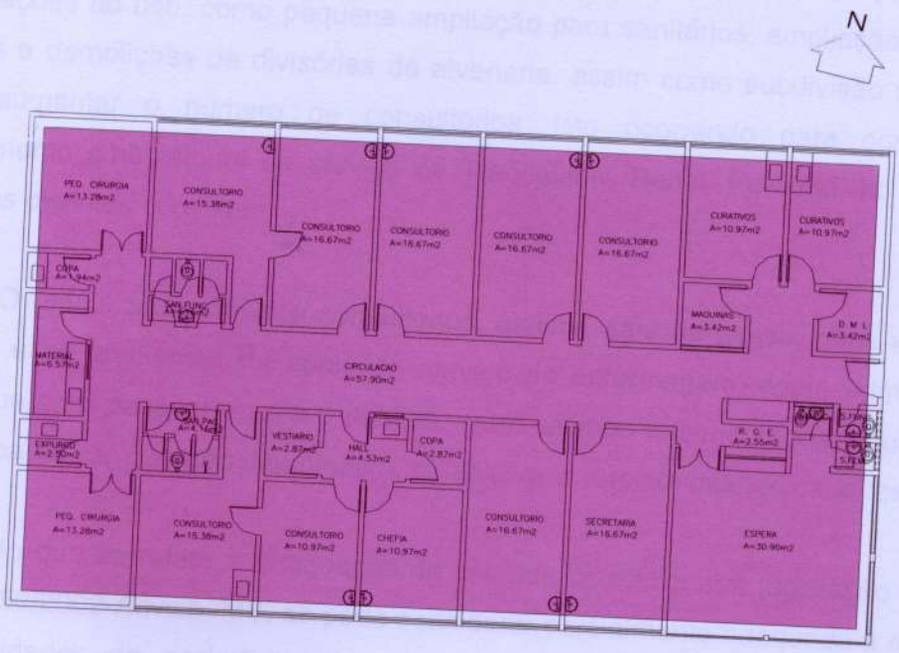


Figura 58– Ambulatório Cirurgia -Planta Térreo
Fonte: Desenho da autora

LEGENDA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O quinto bloco do HUWC a ser analisado é o do Ambulatório de Traumato - Ortopedia, também separado do bloco principal do HUWC.

Bloco-Ambulatorio Traumato-Ortopedia
Atribuição 1-Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital-Dia
Atribuição 2-Prestação de Atendimento Imediato de Assistência à Saúde
Atribuição 6- Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Pesquisa
Atividades – 1.6 –Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas. 1.7–Proceder consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem. 2.1-Nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade)

A edificação que abriga atualmente o serviço de Traumato-Ortopedia foi projetada originalmente para o funcionamento provisório da Emergência, como se verificou anteriormente. Embora não tenha sofrido reformas de porte, houve adequações ao uso, como pequena ampliação para sanitários, ampliação da sala de espera e demolições de divisórias de alvenaria, assim como subdivisão de espaços para aumentar o número de consultórios, isto ocorrendo para contemplar o atendimento ambulatorial do serviço de Transplante Renal. Portanto, no bloco dois serviços distintos convivem.

O prédio abriga quinze consultórios, espera, sala de gesso, raios-x, pequena cirurgia e os ambientes de apoio ao serviço de enfermagem, apoio administrativo, sanitários para pessoal e para o público, estes últimos totalmente inadequados para uso de pacientes que não deambulam, ou seja, que estejam usando cadeiras de rodas

No que se refere à adequação da unidade operacional à legislação vigente – RDC nº 50/2002-Anvisa /MS, se pode considerar parcialmente adequada à realização das atividades de assistência e ensino, no que concerne a dimensionamento, quantificação dos ambientes.

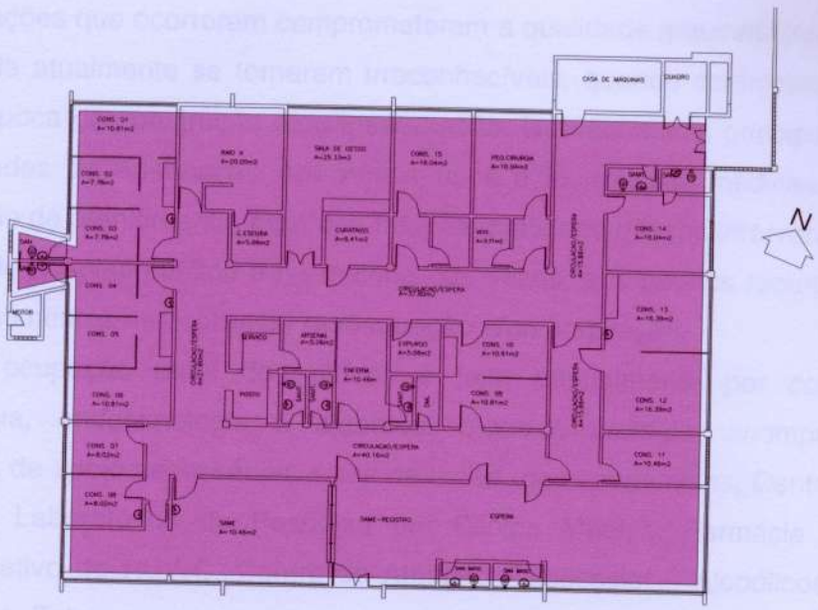


Figura 59– Ambulatório Traumato Ortopedia - Planta Térreo
Fonte:Desenho da autora

LEGENDA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O sexto bloco do HUWC a ser analisado é o edifício que atualmente abriga o Ambulatório Geral.

Bloco-Ambulatorio Geral
Atribuição 1-Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital-Dia
Atribuição 6- Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Pesquisa
Atividades – 1.6 –Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas. 1.7–Proceder consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem.

Os dois blocos que atualmente abrigam o Ambulatório Geral foram construídos nas décadas de 50 e 60 e já abrigaram diversas funções como Centro Cirúrgico, Emergência, Internação da Clinica Cirúrgica e Departamento de Cirurgia. Para tanto, ao longo do tempo, foram sofrendo adaptações de ordem espacial e de instalações.

As ampliações que ocorreram comprometeram a qualidade arquitetônica dos edifícios, a ponto de atualmente se tornarem irreconhecíveis, quando confrontados com fotos feitas à época da construção e/ou inauguração. Isso acontece, principalmente, pelas necessidades de adequação aos novos usos e tecnologias médicas, aumento da capacidade de atendimento, porém, a falta de qualidade dessas intervenções se deve, no caso do hospital público e na maioria das vezes, aos poucos recursos existentes para investimentos nas obras de readequação e/ou ampliação.

A ocupação atual dos blocos é feita parcialmente por consultórios de oftalmologia, endocrinologia e diabetes, otorrino, urologia, acompanhados dos ambientes de apoio necessários, salas de facilidades acadêmicas, Centro de Atenção ao Idoso, Laboratórios de Pesquisa em Clinica Médica, Farmácia Ambulatorial, Arquivo Inativo do HUWC, Centro de Atenção Psicosocial – Alcoólicos e Drogados (CAPS-AD). Estes usos ocupam cerca de 60% da área total dos blocos que totaliza 3.240,15m^2 em construção térrea. As áreas não usadas estão em estudo para sua ocupação por atividades de atenção.

A diversidade de usos nestes blocos é explicada devido à disponibilidade de área remanescente após a transferência da Clinica e Centro Cirúrgico para o Bloco E, o que já foi comentado. As atividades de assistência que estavam com demanda reprimida e/ou abrigadas no Hemocentro do Ceará (HEMOCE) foram alojadas nesses blocos, com investimentos advindos de convênios da UFC, incluindo os realizados com a Secretaria de Saúde do Estado (no caso do CAPS-AD) e recursos do HUWC. Em um dos blocos foi instalado o Centro de Atenção ao Idoso, com o objetivo de se ter um espaço para o treinamento de estudantes, particularmente de medicina, nesta área de atenção ao idoso.

Segundo o Dr. João Macedo, chefe do serviço de Atenção ao Idoso e professor de Geriatria da Faculdade de Medicina da UFC, lamentavelmente, a saúde do idoso não faz parte dos conteúdos dos currículos da maioria dos cursos da área da saúde. São poucas escolas de Medicina no Brasil que oferecem na graduação a disciplina de Geriatria, a Faculdade de Medicina da UFC, está entre elas.

Os idosos têm suas peculiaridades no adoecimento, na forma de responder aos tratamentos. Portanto, com o aumento da expectativa de vida da população, ocorre o aumento também do numero de pessoas a requerer cuidados com as doenças crônicas e se torna necessário o treinamento de profissionais para o atendimento à saúde e a promoção da qualidade de vida desses indivíduos.

O serviço foi então criado para possibilitar, primeiramente, o treinamento dos estudantes em nível de graduação e pós-graduação na área de atenção ao idoso. Em

segundo lugar, foi constatada a não existência no Serviço Único de Saúde do estado do Ceará, de alguma estrutura que atendesse as doenças oriundas do envelhecimento, como o Mal de Alzheimer, portanto, o serviço veio a contribuir com o preenchimento dessa lacuna assistencial à população.

A Pesquisa é outro fator importante para implantação deste serviço, pois possibilita a investigação no campo da Geriatria. Elaboração de dissertações de mestrado, projetos de Extensão na área da Odontologia, pós-graduação em nível de especialização em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado, articulação com a Universidade de Fortaleza, cujos alunos do curso de Fisioterapia, fazem estágio no Centro, todas essas atividades são possibilitadas pela estrutura do Centro de Atenção ao Idoso. A demanda está aumentando no que se refere ao ensino e a assistência e, a estrutura física necessita ser melhorada e ampliada, sendo este o único serviço de atenção à saúde do idoso existente nas Universidades Federais do nordeste.

No que se refere à adequação da unidade operacional à legislação vigente – RDC nº 50/2002-Anvisa/MS, se pode avaliar como parcialmente adequada à realização das atividades de assistência e ensino, no que concerne a dimensionamento, quantificação dos ambientes, considerando-se que os prédios foram concebidos dentro de outros parâmetros para estabelecimentos de saúde, existentes quarenta anos antes.

Figura 60 – Ambulatório Geral – Planta Térreo

Fonte–Desenho da autora

Figura 61 – HUWC – Visão atual do bloco principal do HUWC
Fonte: Arquivo da autora

Figura 62 – HUWC – Vista da entrada de pacientes externos
Fonte: Arquivo da autora

Figura 63 – HUWC – Ambulatório didático-Estudantes,paciente e professor
Fonte: Arquivo da autora

Figura 64 – HUWC – Vista de um dos ambulatórios do HUWC
Fonte: Arquivo da autora

Figura 65– HUWC – Rampa de ligação entre o prédio principal e o bloco do Centro Cirúrgico
Fonte: Arquivo da autora

Figura 66-Fachada principal (noroeste) do Bloco Cirúrgico
Fonte: Arquivo da autora

Figura 67-Vista passarela do Bloco Cirúrgico ao prédio da Unid. Didática Departamental
Fonte: Arquivo da autora

Figura 68-Posto de enfermagem da Clinica Cirúrgica
Fonte: Arquivo do Setor de arquitetura do HUWC

Figura 69-Sala de procedimentos da Clinica Cirúrgica
Fonte: Arquivo do Setor de arquitetura do HUWC

Figura 70- Enfermaria da Clinica Cirúrgica
Fonte: Arquivo do Setor de arquitetura do HUWC

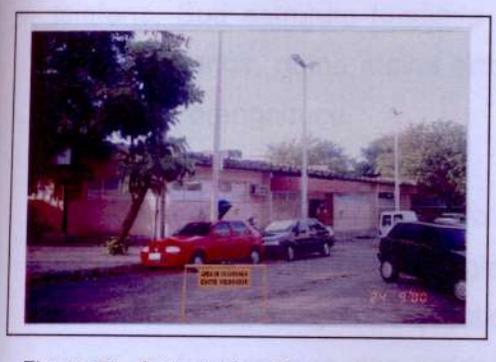


Figura 71- Ambulatório Traumato – Ortopedia
Fonte: Arquivo PLANOP

Figura 72- ambulatório de Cirurgia
Fonte: Arquivo PLANOP

4.3 – Porangabuçu , a Cidade e o Metrô

A área do Porangabuçu, atualmente com 8.1ha , conforme informado, teve sua base física definida nas décadas de 50 e 60. A área integrada ao patrimônio da Universidade quando da federalização da Faculdade de Medicina foi acrescida com terrenos desapropriados por decretos da Presidência da República, por iniciativa do reitor Prof. Martins Filho, com vistas a permitir a expansão e instalação de unidades acadêmicas.

O bairro Rodolfo Teófilo, onde se encontra o *Campus* do Porangabuçu, está situado na III Secretaria Executiva Regional – SER III (Ver Anexo B), configura-se numa paisagem urbana horizontal e homogênea de grande densidade, com o predomínio do uso residencial unifamiliar de classe média baixa. A população é de 17.880 mil habitantes, significando 5.25% da população total da área, que é de 340.516 mil pessoas. A densidade demográfica do bairro é de 99,7 hab/ha. A renda média mensal dos chefes de família do bairro é de 5.75 salários mínimos, maior do que a renda média da região, que é de 4.10 salários mínimos.

No que se refere a estabelecimentos de saúde existem no bairro, no âmbito municipal, dois Centros de Saúde e um Centro de Apoio Psico Social (CAPS).(Ver Anexo C). Existem também, pertencentes ao Estado, o Hospital São José, Centro de Hemoterapia do Estado do Ceará (HEMOCE), além de um estabelecimento particular que é o Instituto do Câncer do Ceará.

O sistema viário principal da região é composto pelas Av. João Pessoa (via arterial de sentido norte-sul), Av. José Bastos (via arterial de sentido norte-sul que margeia a ferrovia pelo lado oeste) e Rua Prof. Costa Mendes (via coletora no sentido leste – oeste). O bairro é servido de infra-estrutura básica: água, esgoto, energia e telefone. Sua estrutura fundiária é composta de quadras de dimensões regulares e lotes pequenos, numa malha ortogonal só interrompida na área onde se encontra a lagoa de Porangabuçu.

A oferta de 240 leitos do Hospital Universitário Walter Cantidio, de 169 leitos para adultos e 54 da neonatalogia da MEAC, acrescida do atendimento ambulatorial, atraem diariamente grande quantidade de pacientes e acompanhantes, somando-se a estes os funcionários das Unidades Acadêmicas, professores e alunos. Este fluxo diário de pessoas advindo de atividade terciária como a educação e a assistência á

saúde, contribui para o crescimento da economia do bairro com a instalação de agências bancárias, estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, faz também surgir um comércio de ambulantes, que se apropria da área pública para a venda de lanches rápidos a até confecções, ao que Vargas (2001) denomina *de pequeno comerciante independente* .

No longínquo bairro de Porangabuçu, considerado assim, em meados da década de cinqüenta, pelos que não aceitavam a mudança da Faculdade de Medicina do centro da cidade para o Hospital de Clinicas construído naquele bairro, surgiu uma área que atualmente apresenta características semelhantes ao bairro de Vila Maariana, onde se insere a Escola Paulista de Medicina, em São Paulo. O Hospital Universitário da UNIFESP, denominado Hospital São Paulo, a partir de meados dos anos oitenta passou a adquirir imóveis no seu entorno para atender a novas demandas das atividades de ensino, pesquisa e assistência. Houve inclusive remembramento de lotes para possibilitar a implantação de unidades didáticas, Unidade de Pediatria e outros serviços. A partir do núcleo original aconteceu um transbordamento para as ruas transversais de serviços especializados que não tinham condições de se agregar ao bloco hospitalar principal devido, logicamente a falta de área para sua expansão.

Quadro da Estrutura Urbana do Entorno do Hospital São Paulo Vila Mariana - SP

Figuras 73/74– Imóveis adaptados para diversos serviços do Hospital São Paulo/UNIFESP
Fonte: Foto da autora - 2004

Figura 75– Instituto de Oncologia Pediátrica
Fonte: Foto da autora - 2004

A presença do hospital em área do bairro de Vila Mariana implicou no aparecimento de diversos estabelecimentos comerciais ligados à área da saúde tais como: material médico-hospitalar, lojas de roupa branca, farmácias, laboratórios de manipulação, clinicas especializadas. Devido à existência de atividade acadêmica surgem serviços como xerox, encadernação, livraria, papelaria, serviços de digitação, restaurantes tipo "self-service", lanchonetes e outros.

Um problema que se apresenta nas duas áreas, resultante do tipo de uso, é o veiculo. A presença maciça do transporte individual implica no congestionamento do entorno imediato do estabelecimento de saúde, devido à falta de estacionamento. No caso do Porangabuçu, as ruas próximas ao *Campus* ficam completamente lotadas de veículos, trazendo desconforto e contribuindo para falta de segurança dos moradores da área. Estes problemas seriam maiores hoje, caso a Emergência do HUWC fosse reativada, pois, o movimento de ambulâncias e táxis seria bem maior.

Assim, em todas as edificações integrantes da área do Porangabuçu, se desenvolvem atividades geradoras de grande número de viagens e sua implantação provoca impacto no que se refere à saturação da capacidade viária do entorno, na circulação da vizinhança, na acessibilidade, na qualidade ambiental, na capacidade da infraestrutura existente e na segurança de veículos e pedestres. Portanto, o *Campus* do Porangabuçu se enquadra, na LUOS, como um Pólo Gerador de Tráfego - PGT.

A emergência de comércio e serviços na área se deve, como se vê, à localização do complexo universitário, que contribuiu também para implantação de outros estabelecimentos de saúde, como o Instituto do Câncer do Ceará, o HEMOCE, Centro de Apoio Psicosocial, Postos de Saúde e clinicas particulares (estas últimas ainda de maneira incipiente).

Figura76 – Farmácia de Manipulação
Fonte:Foto da autora /2004

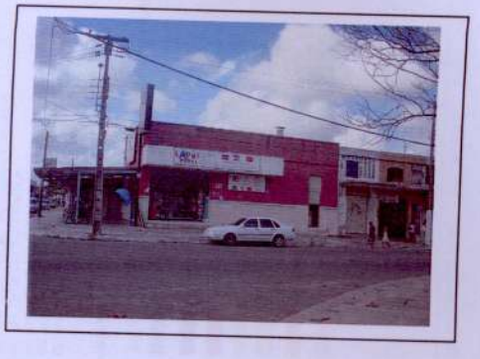


Figura 77– Papelaria
Fonte:Foto da autora /2004

Figura 78 – Edifício de consultórios
Fonte:Foto da autora /2004

Quadro da Estrutura Urbana No Entorno do HUWC – Bairro Rodolfo Teófilo

Figura 79– Loja -Ótica e Relojoaria
Fonte:Foto da autora /2004

Figura 80– Comerciante de rua
Fonte:Foto da autora /2004

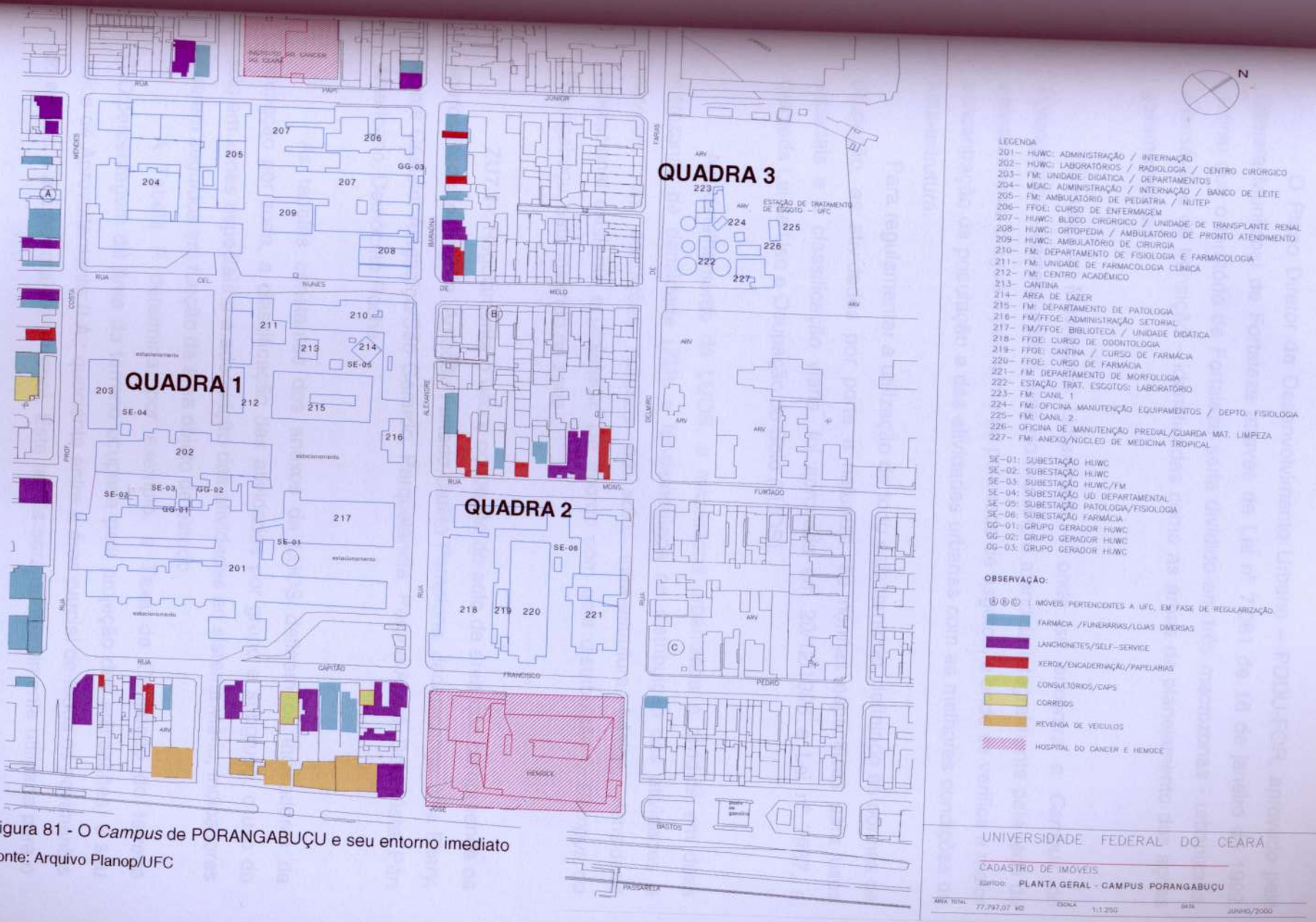


Figura 81 - O *Campus* de PORANGABUÇU e seu entorno imediato

Fonte: Arquivo Planop/UFC

O Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano – PDDU-FOR, aprovado pela Câmara Municipal de Fortaleza através da Lei nº 7.061 de 16 de janeiro de 1992, definiu que o território de Fortaleza seria dividido em três macrozonas - urbanizada, adensável e de transição – identificadas como as áreas de planejamento das ações governamentais.

Destas, a Macrozona Urbanizada – onde se encontra o *Campus* do Porangabuçu - corresponde à área do município atendida integralmente pela rede de abastecimento d'água e parcialmente pela rede de esgotos, e onde se verifica a maior concentração da população e das atividades urbanas com as melhores condições de infra-estrutura.

Para regulamentar a utilização de todo este território, definindo as normas de ocupação, as atividades por porte e natureza, as normas específicas para usos especiais e a classificação viária, foi aprovada em 20/12/1996 a Lei nº 7987, a chamada Lei de Uso e Ocupação do Solo (LUOS).

No detalhamento da LUOS, a macrozona urbanizada é dividida em doze microzonas de densidade (ZU), e fundamentada na distribuição das atividades e serviços, nas condições naturais do solo, infra-estrutura básica, densidade populacional existente e projetada. De acordo com esta distribuição o *Campus* do Porangabuçu está inserido na zona :

ZU7.1-: Regulamenta o uso e ocupação do solo da área que compreende os bairros **Rodolfo Teófilo**, Amadeu Furtado,Carlito Pamplona, Jacarecanga, Vila Ellery, Monte Castelo, Alagadiço/São Gerardo, Parquelândia, Parque Araxá, Bela Vista, Pan Americano, Demócrito Rocha

As tabelas constantes dos anexos da LUOS definem os indicadores de ocupação por zona, a classificação das atividades por grupo e subgrupo, o uso do solo em zonas especiais e a adequação das atividades ao sistema viário, indicadores a serem seguidos em função da área objeto de estudo.

A Tabela F determina, por exemplo, a Taxa de Ocupação do terreno (T.O:percentagem da área do terreno ocupada pela projeção das edificações) e seu Índice de Aproveitamento (I.A.: quociente entre a área parcial de todos os pavimentos do edifício e a área total do terreno). Esta tabela será oportunamente utilizada para o

diagnóstico dos indicadores urbanos de ocupação das quadras do *Campus* do Porangabuçu.

Tabela F (parcial): Indicadores Urbanos da Ocupação

MIDROZONAS DE DENSIDADE		TAXA DE PERMEABILIDADE (%)	TAXA DE OCUPAÇÃO - T. O (%)				FRAÇÃO DO LOTE (M²)		ÍNDICE DE APROVEITAMENTO (I.A)		
			RESIDENCIAL		OUTROS USOS	SUB-SOLO	RESIDENCIAL	C.S.M.	RESIDENCIAL		OUTROS USOS
			UNI	MULTI					UNI	MULTI	
ZU 1	CENTRO	20	60	60	60	70	100	25	1	3	3
ZU 2	ALDEOTA / MEIRELES	20	55	60	60	70	100	25	1	2,5	2,5
ZU 3-1	FÁTIMA / BENFICA	30	55	60	60	60	100	25	1	2	2
ZU 3-2	ANTONIO BEZERRA / PADRE ANDRADE	40	45	50	50	50	100	25	1	2	2
ZU 3-2	VARJOTA / PAPICU	40	45	50	50	50	100	25	1	2	2
ZU 3-3	VICENTE PINZON	40	45	50	50	50	100	25	1	1	1
ZU 3-4	PARANGABA / MANUEL SÁTIRO	40	45	50	50	50	100	25	1	1,5	1,5
ZU 4-1	DIONÍSIO TORRES / SÃO JOÃO DO TAUAPE	30	55	60	60	60	100	25	1	2	2
ZU 4-2	BARRA DO CEARÁ / ÁLVARO WEYNE	40	45	50	50	50	100	25	1	1	1
ZU 4-2	HENRIQUE JORGE / JOÃO XXIII	40	45	50	50	50	100	25	1	1	1
ZU 4-3	PARQUE DO COCÓ	40	45	-	50	50	-	-	1	-	1
ZU 5	CONJUNTO CEARÁ / GRANJA PORTUGAL	40	45	45	45	50	140	35	1	1	1
ZU 6	MONTESE / JARDIM AMÉRICA / VILA UNIÃO	30	45	45	45	50	200	50	1	2	2
ZU 7-1	ALTO DA BALANÇA / AEROLANDIA	30	55	60	60	60	200	50	1	2	2
ZU 7-1	PICI / MONTE CASTELO / PARQUELÂNDIA	30	55	60	60	60	200	50	1	2	2

Para instalação de equipamentos de ensino de 3° grau da UFC, como também de estabelecimentos de saúde, atividades definidas como serviço (grupo) de educação e saúde (subgrupo), a LUOS deverá analisar as propostas da Instituição como projetos especiais a serem submetidos ao órgão de planejamento do município para análise de orientação prévia, qualquer que seja a área construída do edifício (Tabelas G e H)

Tomando por base o Cadastro de Área Física da UFC – Ano 2000 foi elaborada a tabela para localização, identificação e área dos terrenos e imóveis da UFC no *Campus* do Porangabuçu, a projeção das edificações no terreno, respectivas taxa de ocupação e índice de aproveitamento (Tabela I).

Na Tabela I constata-se que o HUWC é um conjunto de edificações que ocupa a maior porção da área de 59.844m2 (Quadra 1), ou seja, 30.45% de taxa de ocupação. Embora se verifique que a taxa de ocupação da área de 51.95%, esteja

aquém da permitida, que é de 60% para outros usos na ZU7.1, conforme a LUOS, pode-se afirmar que essa diferença não permitirá a ampliação necessária das unidades ali instaladas, restando a alternativa de se demolir prédios existentes com baixos índices de aproveitamento para a construção de edificações verticalizadas. A verticalização com a utilização do índice de aproveitamento permitido é uma alternativa para o atendimento das demandas das unidades para a ampliação e/ou para novas construções, além possibilitar a ampliação de áreas para estacionamento e lazer que se fazem extremamente necessárias no *Campus* do Porangabuçu.

Analisando-se as outras áreas que integram o *Campus*, verifica-se que a quadra de 10.513m2, onde se localizam três unidades, o Curso de Odontologia, o Deptº de Morfologia e o Curso de Farmácia, está com taxa de ocupação de 52.38%, próxima do limite da T. O permitida, que é de 60%.

A terceira e última quadra, praticamente ás margens da Lagoa de Porangabuçu, é a única que apresentava até o final de 2004, baixa taxa de ocupação, 6.19%, sendo uma reserva territorial para implantação de novas unidades, porém, como dista em torno de 120m do conjunto das unidades acadêmicas e hospitalares, não se integra ao mesmo, menos pela distancia é evidente, mais pelo uso (residencial) existente nas quadras lindeiras ao *Campus*. Nesta quadra se encontravam: a antiga estação de tratamento de esgoto – ETE, desativada quando da implantação do projeto Sanear pelo Governo do Estado, canil, laboratórios e oficinas de manutenção, estes ligados a departamentos da Faculdade de Medicina. Atualmente estas edificações foram demolidas para que seja iniciada a construção do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos da UFC. A implantação desta nova unidade implicará, logicamente, no aumento da taxa de ocupação do terreno e refletirá na acessibilidade e circulação viária do entorno, com o aumento do trafego de veículos e diminuição da segurança dos pedestres.

No que se refere à análise da adequação das atividades ao sistema viário existente, a implantação de serviço de saúde de Classe PGT4, é inadequado pelo porte (acima de 10.000m2) em relação às vias circundantes que são do tipo coletora e local. Portanto, o HUWC estaria de acordo com a LUOS, se localizado as margens de uma via expressa ou de uma arterial de tipo 1.

Tabela G- Classificação das atividades por grupo e subgrupo

Grupo – Serviços – Sub grupo - Saúde

CÓDIGO	ATIVIDADE	CLASSE SS	PORTE (II) (M²)	Nº MÍNIMO DE VAGAS DE ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS
85.11.11	Hospital	3	251 a1000	
		4	1001 a 2500	NL<= 100:1 vaga/leito
		PGT2	2501 a 5000	NL> 100:1 vaga/2 leitos
		PGT3	5001 a 10000	(que exceder a 100)
		PGT4	Acima de 10000	
85.11.12	Maternidade	3	251 a 1000	
		4	1001 a 2500	NL<= 100:1 vaga/leito
		PGT2	2501 a 5000	NL> 100:1 vaga/2 leitos
		PGT3	5001 a 10000	(que exceder a 100)
		PGT4	Acima de 10000	
85.11.13	Casa de Parto	1	Até 80	
		2	81 a 250	1 vaga / 3 leitos
		3	251 a 1000	
85.13.14	Hospital de doenças infectocontagiosas	5PE	Qualquer	Será objeto de estudo

Tabela H: Classificação das atividades por grupo e subgrupo

Grupo – Serviços – Sub grupo - Educação

CÓDIGO	ATIVIDADE	CLASSE SE	PORTE (II) (M²)	Nº MÍNIMO DE VAGAS DE ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS
80.12.81	Ensino de 1º Grau.	1	Até 80	
		2	81 a 250	1 vaga / 50 m² A.U.
		3	251 a 1000	
		PGT1	1001 a 2500	1 vaga / 30 m² A.U.
		PGT2	Acima de 2500	
80.20.01	Curso Preparatório (pré-vestibular e outros).	1	Até 80	
		2	81 a 250	1 vaga / 50 m² A.U.
		3	251 a 1000	
		PGT1	1001 a 2500	1 vaga / 30 m² A.U.
		PGT2	Acima de 2500	
80.21.71	Ensino de 2º Grau.	2	Até 250	
		3	251 a 1000	1 vaga / 50 m² A.U.
		PGT1	1001 a 2500	1 vaga / 30 m² A.U.
		PGT2	Acima de 2500	
80.21.72	Ensino do 1º e 2º Graus.	3	251 a 1000	1 vaga / 50 m² A.U.
		PGT1	1001 a 2500	1 vaga / 30 m² A.U.
		PGT2	Acima de 2500	
80.22.51	Ensino técnico-profissional (Escola Profissionalizante)	3	251 a 1000	1 vaga / 50 m² A.U.
		PGT1	1001 a 2500	1 vaga / 30 m² A.U.
		PGT2	Acima de 2500	
80.30.61	Ensino de Terceiro Grau .	4-PE	Qualquer	Será objeto de estudo

Tabela I - *Campus* do Porangabuçu

Distribuição dos imóveis por quadras, com indicadores de ocupação – Quadra 1

Ref.	Microzona LUOS	Prédio	Área Construída (m²)	Projeção (m²)	Área Parcial (m²)	Área Quadra (m²)	Taxa de ocupação no terreno	I.A
1	ZU 7.1	Hospital Universitário W. Cantidio	18.677,58	13.232,16	15.816,71	59.844,00	22,11%	0,26
2		Biblioteca/UD	2.946,88	1.473,44	2.586,88	59.844,00	2,46%	0,04
3		Unidade Didática Departamental	3.689,92	550,67	2.955,92	59.844,00	0,92%	0,05
4		Deptº. Patologia	2.535,94	1.267,97	2.027,94	59.844,00	2,12%	0,03
5		Administração Setorial	1.711,00	255,15	1.299,00	59.844,00	0,43%	0,02
6		Deptº.Fisiologia e Farmacologia	2.294,61	1.506,38	2.004,61	59.844,00	2,52%	0,03
7		Unidade e Farmacologia Clínica	819,77	819,77	705,77	59.844,00	1,37%	0,01
8		Centro Acadêmico	206,79	206,79	123,79	59.844,00	0,35%	0,00
9		Cantina/Depósito	135,37	135,37	135,37	59.844,00	0,23%	0,00
10		Pronto Atendimento Ortopedia	671,93	671,93	468,93	59.844,00	1,12%	0,01
11		Bloco Ambulatórios/Pesquisa	3.240,15	3.240,15	2.353,15	59.844,00	5,41%	0,04
12		Deptº. Enfermagem	1.642,96	817,56	1.342,56	59.844,00	1,37%	0,02
13		Ambulatório Pediatria	1.353,24	1.083,31	1.031,24	59.844,00	1,81%	0,02
14		Maternidade Escola	10.762,63	4.730,52	8.729,63	59.844,00	7,90%	0,15
15		C.Investigação Biomedicina	2.986,74	1.097,65	891,27	59.844,00	1,83%	0,01
16		Subestações	272,35	272,35	272,35	59.844,00	0,46%	0,00
		SUBTOTAL1	**53.675,51**	**31.088,82**	**24.546,34**	**59.844,00**	51,95%	0,69

***Campus* do Porangabuçu**

Distribuição dos imóveis por quadras, com indicadores de ocupação – Quadra 2

Ref.	Microzona LUOS	Prédio	Área Construída (m²)	Projeção (m²)	Área Parcial (m²)	Área Quadra (m²)	Taxa de ocupação no terreno	I.A
17	ZU 7.1	Curso Odontologia	4.529,22	2.047,00	3.489,22	10.513,07	19,47%	0,33
18		Curso de Farmácia	3.565,94	1.379,79	2.646,94	10.513,07	13,12%	0,25
19		Deptº. de Morfologia	3.129,59	2.080,00	2.614,69	10.513,07	19,78%	0,25
		SUBTOTAL 2	**11.224,75**	**5.506,79**	**8.750,85**	**10.513,07**	52,38%	0,83

***Campus* do Porangabuçu**

Distribuição dos imóveis por quadras, com indicadores de ocupação – Quadra 3

Ref.	Microzona LUOS	Prédio	Área Construída (m²)	Projeção (m²)	Área Parcial (m²)	Área Quadra (m²)	Taxa de ocupação no terreno	I.A
20	ZU 7.1	Canil	124,49	124,49	124,49	10.286,67	1,21%	0,01
21		ETE- laboratório	60,00	60,00	60,00	10.286,67	0,58%	0,01
22		Oficina Manutenção Equip.	26,22	26,22	26,22	10.286,67	0,25%	0,00
23		Oficina Manutenção Predial	51,33	51,33	51,33	10.286,67	0,50%	0,00
24		Núcleo de Medicina Tropical	374,46	374,46	374,46	10.286,67	3,64%	0,04
		SUBTOTAL 3	**636,50**	**636,50**	**636,50**	**10.286,67**	6,19%	0,06
		TOTAL	**64.900,26**	**37.232,11**	**33.933,69**			

O *Campus* e o Metrô

Na década de oitenta, a CBTU, de acordo com o Programa de Estadualização dos transportes sobre trilhos, passou para a gerencia estadual. Foi assinado o Convênio de Transferência do Sistema em 23/4/97, entre a União e o Governo do Estado do Ceará. A necessidade de modernização do transporte ferroviário levou a criação da Companhia Cearense de Transportes Metropolitanos – METROFOR (Trem Metropolitano de Fortaleza), empresa de Economia Mista que operaria o sistema após transferência.

O projeto METROFOR é constituído de uma rede de três linhas metroviárias a serem implantadas em três estágios aproveitando o traçado existente. O primeiro estágio que interessa neste trabalho é a Linha Sul, a ser implantada na linha Tronco sul da atual ferrovia, com 18 estações, entre elas a de Porangabuçu.

Figura 82 – Metrofor – Linha SUL em construção
Fonte: Fonte: Site www.metrofor.ce.gov.br

Figura 83– Localização da Estação de Porangabuçu
Fonte: Site www.metrofor.ce.gov.br

A presença do *Campus* de Porangabuçu da UFC, contendo o Hospital Universitário Walter Cantidio, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand e as outras unidades que o integram, foi um elemento definidor da localização da primeira estação de superfície da Linha Sul do metrô, de acordo com os estudos das polarizações que gerariam demandas para o Projeto Metrofor.

Os estudos do impacto da inserção do trem metropolitano na estrutura urbana de Fortaleza ainda estão sendo elaborados, mas, é possível se deduzir que o bairro Rodolfo Teófilo e sua vizinhança serão afetados em relação ao uso e ocupação do solo, com a valorização imobiliária e a dinamização do comércio local. Ao longo da linha do metrô localizam-se diversos bairros e um dos que oferece maior número de empregos é o bairro Rodolfo Teófilo. Este fato se deve à presença do *Campus* Universitário e de outros estabelecimentos instalados no bairro.

A inserção do Metrô certamente requalificará o espaço no entorno das estações. A introdução de nova e segura acessibilidade terá como conseqüência a alteração qualitativa do grau de atração das várias áreas servidas, podendo surgir com a melhoria da infra-estrutura, novos equipamentos, novos usos e novos estratos sócio-econômicos.

A grande questão que se coloca é: a presença do Metrô diminuirá significativamente a presença do transporte individual no *Campus*? Provavelmente, quando da construção da linha leste, num futuro não muito próximo.

CAPITULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Capitulo 5

Considerações finais

Atualmente, os 45 Hospitais Universitários Federais ligados ao Ministério da Educação - MEC, sofrem praticamente os mesmos problemas, em relação ao seu financiamento, com recursos insuficientes para o custeio, e sem perspectiva, a curto prazo, de investimentos para sua modernização. Embora sendo a questão financeira e de pessoal o problema mais aparente e urgente, reconhece-se outros elementos críticos, como os de ordem estrutural, organizativa e/ou de gestão. A estrutura física de muitos desses hospitais está comprometida pela falta de manutenção, pela desatualização de suas instalações e sucateamento de seus equipamentos. O Hospital Universitário Walter Cantidio, como um deles, padece dos mesmos problemas.

Desde sua inauguração, no final dos anos de 1950, o Hospital Universitário Walter Cantidio sofreu uma série de intervenções na sua área física, algumas acertadas e outras equivocadas, mas todas feitas com o propósito de melhor adequar a instituição aos novos procedimentos e tecnologias, visando não só atender às necessidades do ensino como também produzir serviços de melhor qualidade à população. A primeira intervenção, mais importante e talvez a mais perversa, foi a amputação da proposta original de Roberto Nadalutti e de Oscar Waldetaro (ver Cap.3, p. 149). Concebido para 300 leitos, com partido arquitetônico horizontal de configuração pavilhonar, pois, a área generosa assim o permitia, o projeto foi adequado ao clima do Ceará e ao cenário de recursos intermitentes de uma novíssima instituição pública, possibilitando sua construção por blocos. Porém as decisões tomadas sempre condicionadas aos recursos financeiros existentes e às idiossincrasias de seus dirigentes, sem planejamento adequado, comprometeriam no futuro a evolução físico-funcional do hospital.

Hoje a asfixia territorial existente na área do Porangabuçu, decorrente de um crescimento onde foram desrespeitadas etapas de planejamento na ocupação do terreno da Universidade, leva a crer que esta ocupação talvez jamais tenha sido suficientemente vislumbrada pelos que dividiram a autoria do projeto de levar o Hospital de Ensino para

aquela área da cidade. Naquele cenário, a possibilidade de crescimento rápido em um bairro que apresentava uma ocupação ainda incipiente, parecia longínqua na perspectiva do tempo.

O criador da Universidade do Ceará, o Prof. Martins Filho, com sua visão de edificador, agregou área ao Porangabuçu, embora tenha sido frustrada a sua meta inicial de adquirir mais terreno no entorno da área original pela falta de recursos para desapropriação. A configuração atual do *Campus,* portanto, se deve à sua iniciativa de incorporar mais duas quadras às seis existentes na década de 1950.

No final da década de 1970, quando dos estudos feitos no Porangabuçu, para elaboração do Plano Diretor da Universidade Federal do Ceará, concluiu-se que a instituição deveria desapropriar sete quadras no entorno para permitir a expansão do *Campus*, o que equivalia a um acréscimo de praticamente 100% da área existente, cerca de 8 hectares. Frustrado o que preconizava o planejamento, em função da insuficiente disponibilidade orçamentária, a área do *Campus* foi acrescida de mais alguns blocos, construídos para abrigar programas do hospital, áreas administrativas, didáticas e de pesquisa dos departamentos.

Atualmente, a possibilidade de desapropriação e aquisição de área no entorno é obstada ainda mais pela elevação dos custos de imóveis que mudaram de uso em conseqüência da presença do pólo universitário, e pela configuração fundiária local, composta de lotes de pequenas dimensões.

Constata-se hoje que o Hospital Universitário Walter Cantidio possui várias carências de ordem física, que comprometem sua funcionalidade, dentre as quais podem ser citadas: o setor de internação, deficitário tanto no aspecto quantitativo quanto no aspecto qualitativo; a UTI sem área que permita a ampliação do número de leitos em atendimento às necessidades da rede de atenção; espaço para instalação do hospital-dia[55]; área para ampliação do setor de diagnóstico e tratamento, necessária para instalação de novos equipamentos e repouso de pacientes após alguns procedimentos.

[55] Hospital – dia : Modalidade de atendimento em hospital na qual o paciente utiliza, com regularidade, os serviços da instituição, na maior parte do dia, para fins de tratamento e/ou reabilitação, segundo o Ministério da Saúde.

No atendimento ao paciente externo vê-se conveniente e necessário reunir em um só bloco todas as atividades que hoje estão dispersas, visando a melhor operacionalização na atenção ao paciente, incluindo seus acompanhantes. Há necessidade de novos espaços para o conforto de pessoal e setor administrativo. A instituição se ressente da falta de áreas adequadas às atividades administrativas da residência médica e de espaços para atividades acadêmicas como salas de aula e auditório de maior porte.

No que se refere a algumas unidades de apoio técnico como Central de Material Esterilizado, Centro Cirúrgico, Clinica Cirúrgica, Almoxarifado e Farmácia, o Hospital está funcionando a contento, já que as últimas intervenções foram realizadas respeitando as normas preconizadas pela RDC nº 50 de 02/2000 - ANVISA/MS.

A comunicação visual, inexistente tanto no *Campus* , como no interior do Hospital Universitário, se faz necessária, principalmente devido ao tipo de usuário (pacientes) do sistema, na sua maioria com baixa escolaridade. Ao chegar ao hospital pela primeira vez, o paciente tem dificuldade para encontrar a entrada principal e depois se dirigir aos outros blocos para utilização dos serviços de diagnóstico e tratamento.

A continuar se insistindo na permanência do Hospital no local, verifica-se que é possível, em termos de crescimento, a verticalização da área do Porangabuçu. A taxa de ocupação atual do *Campus* encontra-se praticamente no limite permitido pela Lei de Uso e Ocupação do Solo (LUOS), que é de 60%, não havendo mais disponibilidade de área para construções novas. No que se refere ao Índice de Aproveitamento, a média encontrada ali é baixa, em torno de 0.05 na Quadra 1, de 0.27 na Quadra 2 e de 0.01 na Quadra 3, ainda bem distante do índice 2, estabelecido pela mesma Lei para a ZU7.1 (ver Cap. 4 – 4.3)

A criação de estacionamentos subterrâneos é uma alternativa para minorar o problema crescente de espaço para abrigar veículos, embora signifique consideráveis investimentos para construção e manutenção dessas novas áreas.

Não só o Hospital Universitário possui necessidades de expansão; todas as unidades existentes no *Campus* apresentam demandas reprimidas no âmbito dos cursos

de graduação e da pós-graduação. Isto constatado, torna-se necessário estudar alternativas para a solução de problemas em relação à área física, o que será possível com a elaboração de um Plano Diretor, já que é consenso entre técnicos e dirigentes do HUWC, que sem planejamento será impossível buscar soluções adequadas aos problemas endógenos e exógenos do Complexo Hospitalar e do *Campus*.

A proposta de um Plano Diretor tem vários aspectos positivos, dentre eles a redefinição de objetivos, a participação de maior número de interessados, a diminuição de conflitos, estabelecimento de estratégias, sistematização de ações e estimulação para a obtenção de resultados.

Diante de um quadro de obsolescência, inadequação e falta de área para expansão, existe a alternativa de transferência do Hospital Universitário para o *Campus* do Pici, distante cerca de 5Km do local, onde a questão de área é plenamente atendida, tanto em relação à disponibilidade de terreno, quanto à existência de infra-estrutura e acessos. Com a liberação de área ocupada pelo complexo hospitalar, no Porangabuçu, seriam minorados os problemas relativos a estacionamento, à ampliação e readequação de prédios integrantes das Faculdades de Medicina, e de Odontologia, Farmácia e Enfermagem e à expansão da Maternidade Escola, onde a falta de espaço físico compromete cada vez mais o funcionamento daquele importante estabelecimento.

Podem ser enumeradas as vantagens na construção de um novo hospital em outra área, entre as quais o menor custo de construção em relação a um hospital reformado, maior flexibilidade funcional, possibilidade de expansão, menor custo de manutenção, flexibilidade estrutural, menor impacto ambiental durante a construção e menores prazos para conclusão da obra. A organização do espaço em um novo edifício deverá acontecer de acordo com as necessidades do sistema locorregional de saúde, atendendo também às necessidades do modelo pedagógico em implantação.

As desvantagens de reforma do edifício existente se referem, principalmente à simultaneidade de obras com o funcionamento do hospital, impacto ambiental daquelas sobre o restante do edifício, custo adicional com obras que devem prever os movimentos de ocupação e desocupação de áreas para minimizar os incômodos no desenvolvimento da atividade-fim.

Todavia, as alternativas convergem sempre para o grande obstáculo que é a dificuldade de se obter recursos para executar e por em marcha empreendimento desse porte. Porém, isto não deverá ser impedimento para não planejar, para não organizar o processo de realizar as mudanças necessárias. Neste sentido, é imperioso o conhecimento da situação físico-funcional do complexo hospitalar, respeitar as etapas integrantes do processo de planejamento para elaboração de um projeto conceitual o mais abrangente possível.

O HUWC realizou no mês de março de 2005, o centésimo transplante de fígado. É um marco importante a despeito de todas as dificuldades existentes. Pode-se chegar a números ainda mais significativos, com a instalação de uma Unidade de Transplante, outra demanda detectada, que é consenso entre seus dirigentes, para que se possam realizar mais transplantes de coração, rins e iniciar os de pâncreas e medula óssea, consolidando o HUWC como um estabelecimento de nível terciário e quaternário de referência estadual e regional.

No corrente ano, o Hospital obteve a sua certificação como hospital de ensino, quando preencheu os requisitos definidos pelas Portarias Interministeriais MS-MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, e nº 1005, de 27 de maio de 2004. Isto significa uma nova modalidade de contratação pelo SUS, que envolve definição de metas, que serão negociadas com os gestores locais do SUS e também uma nova modalidade de remuneração global, baseada em metas estabelecidas e pactuadas no âmbito da prestação de serviços, da formação e da pesquisa.

Felizmente, o quadro começa a mudar. O entendimento da necessidade de um Plano Diretor Físico, da implantação de uma estrutura administrativa mais moderna, que permita ao HUWC, através da gestão de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, atingir o perfil de um centro de referencia de nível terciário e quaternário, onde todas as ações tenham como foco a geração de conhecimento, o ensino e, consequentemente, uma assistência médica adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

ADH´98 - *Hospitais sem Muros:Comunidade Bem Assistida.* Coletânia de Artigos . São Paulo : Frôntis Editorial, 1998

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira .*Hospital, Instituição e História Social* São Paulo: Ed. Letras&Letras – 1991

ARARIPE, J.C. Alencar . *A Faculdade de Medicina e Sua Ação Renovadora* – Fortaleza : Imprensa Universitária,1998

ARCOWEB, Projeto Design. *Arquitetura Hospitalar* . Disponível em: <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp > Acessível em: 23/09/2003

BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. *Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino.* São Paulo: Revista de Administração em Saúde. Out/Dez 2002. vol. 5, nº 17

BRASIL, Ministério da Saúde/SAS. *Manual de Orientação para Planejamento, Programação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde* Brasília:1995

BRASIL, Ministério da Saúde.Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde .*Projeto Reforsus - Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde.* Brasília, 2002

_____. *Analisando os atuais Hospitais Universitários.* Revista Hospitais Brasil São Paulo: Publimed Editora Ltda,2003

CARPMAN, Janet R; GRANT, Myron.A. *Design that cares: planning health facilities for patients and visitors.* San Francisco, CA : Jossey – Bass – A Wiley Company,1993

CJ. ARQUITETURA , *Saúde* . nº 15 . Rio de Janeiro: FC Editora, 1977

CASTRO, J. Liberal de. *Fatores de Localização e de Expansão da Cidade de Fortaleza* .Fortaleza:Imprensa Universitária,1977

_____, J. Liberal de. *Ceará, sua arquitetura e seus arquitetos.*in Cadernos Brasileiros de Arquitetura, Panorama da Arquitetura Cearense. Fortaleza:Projeto Editores Associados Ltda ,1981

COSTA, Maria Clélia Lustosa da.- *Cidade 2000: Expansão Urbana e Segregação Espacial em Fortaleza.* Dissertação de Mestrado.FFLCH/USP. Deptº de Geografia São Paulo ,1988

_____– *A cidade e o pensamento Médico: uma leitura do espaço urbano . in* Mercator – Revista de Geografia da UFC. Fortaleza, 2002

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento do Hospital.*Texto transcrito da Conferência proferida no Instituto de Medicina Social da UFRJ. Rio de Janeiro, 1974

GIRÃO, Célio Brasil. *Memórias do Hospital das Clinicas.* Fortaleza: Imprensa Universitária/ UFC,1994

GONÇALVES, Ernesto Lima e outros. *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea* .São Paulo: Editora Pioneira, 1984

GOTTDIENER, Mark. *A Produção Social do Espaço Urbano.* São Paulo :Edusp 1997

GRAÇA, Luis. *História dos Hospitais* .Textos sobre Saúde e Trabalho. Disponível em:< http://www.terravista.pt/meco/5531/textos85.html >Acesso em: 26/10/2003

HOET, Thierry. *L´Hôpital Confronté à son Avenir* .Paris:Editions Lamarre,1993

JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. *Verso e reverso do perfil urbano de Fortaleza.* São Paulo - Fortaleza : Secretaria de Cultura e Desporto do Ceará, Annablume , 2000

KARMAN, Jarbas; FIORENTINI, Domingos; Lima, V. Helena de A. *Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar* . Brasília : Min. Saúde / SAS ,1995

KOTAKA, Filomena. *Estudo dos resultados da reformulação e modernização do Hospital Santa Cruz, segundo as opiniões dos funcionários e usuários, aplicando Avaliação Pós – Ocupação (APO).*Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutor em Saúde Pública .São Paulo ,1997

LABASSE, Jean. *La ciudad y el hospital* :Geografia Hospitalaria. Madri:Instituto de Estudios de Administración Local,1982

LEAL,Vinicius Barros – *História da Medicina no Ceará* – Fortaleza- Secretaria da Cultura , Desporto e Promoção Social – 1979

LE MANDAT, Maurice. *Prévoir L´Espace Hospitalier* .Paris:Berger- Levrault,1989

MALIK, Ana Maria. *Saúde e Desenvolvimento. in* Administração de Saúde no Brasil. São Paulo:Editora Pioneira,1984

MARTINS FILHO, Antonio. *História Abreviada da UFC.* Fortaleza: Casa José de Alencar /Programas Editoriais,1996

MCKEE, Martin & HEALY, Judith . *The role of the hospital in a changing environment* – Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000

MEC– SESU .*Hospitais Universitários* :Disponível em :<http://www.mec.gov.br/Sesu > Acessado em: 05/04/04

MÉDICI, A.C . *Hospitais Universitários : Passado, Presente e Futuro* .Rev. Ass. Med. Brasil:2001, 47- p.p 149-156 – Trabalho realizado no BID Washington ,DC

MILLER, Richard L.; SWENSSON, Earl S. *Hospital and Healthcare Facility Design* – Second Edition .New York : W.W Norton & Company , 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Agência Nacional de Vigilância Sanitária . *Resolução - RDC nº 50,* Brasília: MS/ANVISA,21/02/2002

MIQUELIN, Lauro Carlos, *A anatomia dos edifícios hospitalares* . São Paulo-:Cedas,1992

NETO, Lira. *O Poder e a Peste – a vida de Rodolfo Teófilo.* Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha , 2001

NETO, Paulo Elpidio de Menezes (Org.) .*Martins Filho de Corpo Inteiro.* Fortaleza: Imprensa Universitária, 2004

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.* Brasília: OPAS/OMS, 2004

PEDROSO, Odair P. *Evolução Conceitual da Assistência Médico – Hospitalar* – São Paulo: Associação Paulista de Hospitais,1984

PINTO, Silvia C.F.*Hospitais:Planejamento Físico de Unidades de Nível Secundário - Manual de Orientação* .Brasília: Thesaurus Editora , 1996

PITTA, Ana .*Hospital: Dor e Morte Como Oficio.* São Paulo: Ed. Hucitec, 1990

PONTE, Sebastião Rogério. *Fortaleza Belle Époque – Reforma Urbana e Controle Social 1860-1930.* Fortaleza : Edições Demócrito Rocha,2001

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. *Plano de Desenvolvimento Integrado da RMF* -PLANDIRF, Fortaleza,1972

_____- IPLAM - *Lei de Uso e Ocupação do Solo* – Lei nº 7987/96 de 20/12/96,Fortaleza,1996

RIBEIRO, Herval Pina . *O Hospital : História e Crise* . São Paulo :Cortez,1993

ROSEN, Rebecca. *Introducing new Technologies* in Hospitals in a Changing Europe. Buckingham : Open University Press - WHO , 2002

SEGAWA, Hugo . *Arquiteturas no Brasil* – 1900 -1990 . São Paulo: Edusp , 2002

SESA - CE. *Seminário - Saúde no Estado do Ceará* . Fortaleza ,2002

SILVA, Ana Cristina Mota. *A Propriedade Privada da Terra e a Produção de Novas Espacialidades na Cidade de Fortaleza.* Dissertação de Mestrado – FFLCH / USP-Deptº. Geografia . São Paulo, 2000

SILVA, José Borzachiello da. *Os Incomodados não se retiram – Fortaleza em questão* Fortaleza : Multigraf Editora, 1992

SOUZA, Simone de ; GONÇALVES, Adelaide (Organizadores). *Uma Nova História do Ceará* .Fortaleza : Ed. Demócrito Rocha , 2002

TOLEDO, Luis Carlos – *Feitos Para Curar - Arquitetura Hospitalar & Processo Projetual no Brasil* – Dissertação de Mestrado apresentada à –FAU/UFRJ – PROARQ – Rio de Janeiro – 2002

BARRETO, Frederico F. Pinheiro. Modelos Normativos, Complexidade Funcional e Metodologias de Programação Arquitetônica:Aplicações na Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, *in* .Temas de Arquitetura - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002

UNIVERSIDADE DO CEARÁ, A – *Imprime novos rumos à Educação e Cultura*- Separata dos Anais Científicos – nº 68 - São Paulo ,1960

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. *Plano de Desenvolvimento.* Fortaleza, 1966

_____. *Plano Diretor.* Fortaleza, 1979

_____. *Campus Universitário – Consolidação da Área Física.* Fortaleza, 1996

_____.*Série Acadêmica – Projeto Pedagógico do Curso de Medicina : Um Novo Currículo* . Fortaleza : Imprensa Universitária , 2001

VENTURA, Erineuda Clementino. *Planejamento Urbano - Caracterização da Acessibilidade à Rede Física de Atenção Básica à Saúde na Malha Urbana de Moji das Cruzes* – SP . Dissertação de Mestrado apresentada à FAU/USP. São Paulo, 1998

WHEELER, E. Todd, *Hospital Modernization and Expansion.* New York : McGraw - Hill Books,1971

_____. *Hospital Design and Function.* New York: McGraw Hill Books, 1971

WEIDLE, Érico P.S. *Sistemas Construtivos na Programação Arquitetônica de Edifícios de Saúde* - Ministério da Saúde /SAS . Brasília: Série Saúde & Tecnologia,1995

ZANNETINI, Siegbert. O Hospital Contemporâneo. Disponível em: <http://www.abdeh.com.br/restrito/tzaneti.pdf > Acessado em : 18/04/2004

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bibliografia Consultada

ABNT- Associação de Normas Técnicas . NBR9050: *Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos* - Rio de Janeiro : ABNT,1994

ARQUITETURA DO BRASIL . *Hospitais* . Rio de Janeiro: Vicente B. Gagliard,Set/1985

ARQUITETURA E URBANISMO (Especial). *Hospitais* . São Paulo:Ed. PINI,Set/2002
:

AZEVEDO, Miguel Angelo de. *Fortaleza, ontem e hoje.* Fortaleza: Fundação de Cultura e Turismo de Fortaleza, 1991

BELL, George H. *Hospital and Medical School Design.* Edinburgh /London: E.&S.Livingstone LTD,1962

BITTAR, Olimpio J. Nogueira. *Hospital – Qualidade & Produtividade.* São Paulo: Sarvier,1996

BOLETIM nº 3 da Universidade do Ceará. Fortaleza:Imprensa Universitária , Out/Nov/Dez. 1956

BRANDÃO, Carlos Antônio Leite. *A Formação do Homem Moderno Visto Através da Arquitetura,* 2ª edição. Belo Horizonte : Editora UFMG ,2001

BRASIL, Ministério da Saúde/SAS. *Manual de Orientação para Planejamento, Programação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde* Brasília:1995

BRASIL, Ministério da Saúde.Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde .*Projeto Reforsus - Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde.* Brasília,2002

BROSS, J.C. *Aspectos metodológicos do planejamento físico dos hospitais.* Revista Projeto. São Paulo :1980. nº 24, p. 53.

CASTELAR, Rosa Maria ; MORDELET, Patrick ;GRABOIS, Victor (Orgs). *Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro.*São Paulo: Éditions École Nationale de la Santé Publique,1995

CJ. ARQUITETURA , *Saúde* . nº 15 . Rio de Janeiro: FC Editora, 1977

CLEMESHA, Maria Regina. *A Nova Imagem do Hospital, Subsídios e Diretrizes para o Projeto Arquitetônico.*Dissertação de Mestrado .FAU/USP. São Paulo, 2003

CASTRO, J. Liberal de. *Ceará, sua arquitetura e seus arquitetos.*in Cadernos Brasileiros de Arquitetura, Panorama da Arquitetura Cearense. Fortaleza:Projeto Editores Associados Ltda ,1981

COSTA, Maria Clélia Lustosa da.- *Cidade 2000: Expansão Urbana e Segregação Espacial em Fortaleza.* Dissertação de Mestrado.FFLCH/USP. Deptº de Geografia São Paulo ,1988

FOUCAULT, Michel – *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão.*Rio de Janeiro:Petrópolis Editora Vozes, 2003

FRAGA FILHO, Clementino. *A Implantação do Hospital Universitário da UFRJ* (1974-1978) . Rio de Janeiro :Fundação Universitária José Bonifácio,1990

GIRÃO, Raimundo. *Fortaleza e a Crônica Histórica* . Fortaleza: Imprensa Universitária/ UFC, 1983

GONÇALVES, Ernesto Lima e outros . *Administração de Saúde no Brasil.* São Paulo: Editora Pioneira,1984

GONÇALVES, Ernesto Lima. *Desenvolvimento Organizacional dos Hospitais de Ensino no Brasil.* Revista Ponto e Virgula, nº 12. São Paulo: 1990

GONÇALVES, Ernesto Lima. *Estrutura e Atuação dos Hospitais de Ensino Médico* Revista Ponto e Virgula, nº 12. São Paulo: 1989

GÓES, Ronald de. *Manual prático de arquitetura hospitalar.* São Paulo: Editora Edgar Blücher Ltda , 2004

JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. *Verso e reverso do perfil urbano de Fortaleza.* São Paulo - Fortaleza : Secretaria de Cultura e Desporto do Ceará, Annablume ,2000

KARMAN, Jarbas. *Manutenção Hospitalar Preditiva.* São Paulo :Editora Pini, 1994

_____.*Planejamento de Hospitais.* Comissão de Planejamento de Hospitais do IAB .Deptº. São Paulo. São Paulo,1954

KARMAN, Jarbas; MEZOMO, J. C. *Iniciação à Arquitetura Hospitalar* – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares. São Paulo, 1970

_____ *Centros de Saúde e Hospitais de "Linha de Frente" em Áreas Rurais e Urbanas* , Projeto. nº 24, p.p. 48-52 ,São Paulo, 1980

KARMAN, Jarbas; FIORENTINI, Domingos; Lima, V. Helena de A. *Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar* . Brasília : Min . Saúde / SAS ,1995

KARMAN , Jarbas; FIORENTINI Domingos; KARMAN, Jarbas N. de Moraes. *Arquitetura Incorporada à Manutenção Hospitalar* .Brasília:Min . Saúde – SAS, 1995

KLECZKOWSKI, B.M y Pibouleau, R. *Critérios de Planificacion y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Paises en Desarrollo. Vol. 1*- México: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Publicación Cientifica ,1979

_____, *Critérios de Planificacion y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Paises en Desarrollo . Vol. 2.*México :Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Publicación Cientifica ,1979

_____, *Critérios de Planificacion y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Paises en Desarrollo. Vol. 3,* México : Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica ,1979

KNOWLES, John H .M.D. *The Teaching Hospital – Evolution and Contemporary Issues* . Cambridge :Harvard University Press ,1966

LAMB, Paulo Lindolfo.*Centro Cirúrgico e Recuperação Pós – Anestésica Planejamento.* Porto Alegre :P. L. Lamb, 2000

MARCUS, Clare Cooper; FRANCIS, Carolyn .*People Places - Design Guidelines for Urban Space* . N. York :John Willey & Sons. Inc,1998

MASCARÓ, Juan Luis. *O Custo das Decisões Arquitetônicas no Projeto de Hospitais*- Brasília:Ministério da Saúde – SAS ;Série Saúde & Tecnologia,1995

MINDLIN, Henrique E. *Modern Architecture in Brazil.* Rio de Janeiro;Amsterdam Colibris Editora Ltda,1956

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Agência Nacional de Vigilância Sanitária, *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira* – Brasília:MS/SAS,2004

MIQUELIN, Lauro Carlos, *Um lindo hotel, parece um hospital.* Revista Projeto – nº 214, pg. 104 a 107 .São Paulo ,1997

MIRSHAWKA, Victor- *Hospital Fui bem atendido: A vez do Brasil* . São Paulo : Makron Books do Brasil Editora Ltda/ Editora McGraw-Hill Ltda ,1994

NETO, Paulo Elpidio de Menezes (Org.) .*Martins Filho de Corpo Inteiro.* Fortaleza: Imprensa Universitária, 2004

OMS (Organização Mundial da Saúde /ONU). *Ministerial Round Table- Investment in Hospitals: dilemmas facing ministers* , 52ª Assembleia de Saúde Mundial.Maio, 1999

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.* Brasília: OPAS/OMS, 2004

PAGANINI, José Maria;NOVAES, Humberto de Moraes. *El Hospital Público – Tendências e Perspectivas.* Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS/OMS,1994

PEDROSO, Odair P. *Evolução Conceitual da Assistência Médico – Hospitalar* – São Paulo: Associação Paulista de Hospitais,1984

PEVSNER, Nikolaus. *História de las Tipologias Arquitetônicas* . Barcelona: Gustavo Gili, 1979

PINTO, Silvia C.F.*Hospitais:Planejamento Físico de Unidades de Nível Secundário - Manual de Orientação* .Brasília: Thesaurus Editora , 1996
PITTA, Ana .*Hospital: Dor e Morte Como Oficio.* São Paulo: Ed. Hucitec, 1990

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - IPLAM - *Lei de Uso e Ocupação do Solo* – Lei nº 7987/96 de 20/12/96,Fortaleza,1996

PREISER, Wolfgang F.E., VISCHER, Jacqueline C., WHITE, Edward T. *Design Intervention – Toward a More Humane Architecture.* New York :Van Nostrand Reinhold ,1991

PROAHSA - *Manual de organização e procedimentos hospitalares.* São Paulo: FGV/EAESP/HC/FMUSP, 1987

PROJETO, Revista - nº 24, p.p 26-46. São Paulo, 1980

PROJETO, Revista, nº 61, p.p 58-68 . São Paulo, 1984

_____, nº 72, p.p 91-98 . São Paulo, 1985

_____, nº 77 p.p 62-63 e 79-93 . São Paulo, 1985

_____, *Hospitais* - nº 151, p.p 46-58 . São Paulo , 1992

_____. nº 162, p.p 66-70. São Paulo, 1993

_____, *Hospitais: Cinco Projetos Diferenciados.* nº 176, p.p 52-63. São Paulo – 1994

_____, *Especial Hospitais* – nº 214, p.p 40-58 São Paulo. 1997

SANTOS, Mauro ; BURSZTYN, Ivani (orgs.) . *Saúde e Arquitetura – Caminhos para humanização dos ambientes hospitalares* . Rio de Janeiro : Senac Rio, 2004

SCHMIDT, Suzel de Oliveira. *Arquitetura Hospitalar: Forma, Programa e Condicionantes de Projeto.* Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo .São Paulo, 2003

SESA - CE. *Seminário - Saúde no Estado do Ceará* . Fortaleza ,2002

SERRA, Geraldo. *Programação de Projetos Hospitalares – O Caso do IPq* – in O Mundo da Saúde . n ° 3- ano 23 v.23 . São Paulo , mai/jun. 1999

SILVA, José Borzachiello da. *Os Incomodados não se retiram – Fortaleza em questão* Fortaleza : Multigraf Editora, 1992

SILVA, Kleber Pinto – *Hospital, espaço arquitetônico e território* Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Arquitetura Urbanismo /USP – São Paulo -1999

_____. *A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII* Disponível em:<http://vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/bases/texto052.asp> Acessado em: 23/09/2003

SOUZA, Simone de ; GONÇALVES, Adelaide (Organizadores). *Uma Nova História do Ceará* .Fortaleza : Ed. Demócrito Rocha , 2002

UNGLERT, Carmen V. de Sousa – *Contribuição para o Estudo da Localização de Serviços de Saúde - Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública* - Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo –São Paulo -1986

_____, *Territorialização em Saúde : A Conquista do Espaço Local Enquanto Prática do Planejamento Ascendente* – Tese apresentada á Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo , para concurso de Livre- Docência . São Paulo -1995

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - Faculdade de Arquitetura.*Temas de Arquitetura - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde,* Salvador-2002

UNIVERSIDADE DO CEARÁ, A – *Imprime novos rumos à Educação e Cultura*- Separata dos Anais Científicos – nº 68 - São Paulo ,1960

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. *Plano de Desenvolvimento.* Fortaleza, 1966

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. *Plano Diretor.* Fortaleza, 1979

_____. *Campus Universitário – Consolidação da Área Física.* Fortaleza, 1996

_____.*Série Acadêmica – Projeto Pedagógico do Curso de Medicina : Um Novo Currículo* . Fortaleza : Imprensa Universitária , 2001

VISCONTI, Maria Giselda Cardoso. *Programação de Projetos Hospitalares.* Dissertação de Mestrado apresentada à FAU/USP. São Paulo, 1999

WHEELER, E. Todd, *Hospital Modernization and Expansion.* New York : McGraw - Hill Books,1971

_____. *Hospital Design and Function.* New York: McGraw Hill Books, 1971

WEIDLE, Érico P.S. *Sistemas Construtivos na Programação Arquitetônica de Edifícios de Saúde* - Ministério da Saúde /SAS . Brasília: Série Saúde & Tecnologia,1995

ZANNETINI, Siegbert. O Hospital Contemporâneo. Disponível em: <http://www.abdeh.com.br/restrito/tzaneti.pdf > Acessado em : 18/04/2004

Imagens – Videocassetes,Vídeo CD

NORMAS Federais para Planejamento de Estabelecimentos de Saúde. V Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. São Paulo: TV MED- Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 1995. 2 videocassetes

GESTÃO de Resíduos em Sistemas de Saúde. 12º Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2002. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2002. 1 videocassete.

O ESPAÇO Físico, o Controle da Infecção Hospitalar, a Preservação da Saúde Pública e do Meio Ambiente. 12º Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2002. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2002. 1 videocassete.

ESTUDO DE CASO: Áreas de Apoio diagnóstico e Terapêutico.12º Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2002. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2002. 1 videocassete.

O ESPAÇO da Saúde e sua Evolução do Uso: Histórico, Serviços Terceirizados, Transportes, Hierarquização e Desospitalização.12º Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2002. São Paulo: TV MED- Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2002. 1 videocassete.

A IMPORTÂNCIA dos Indicadores na Gestão da Hotelaria Hospitalar. 14° Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2004. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2004. 1 vídeo CD

O ATENDIMENTO e da Equipe e a Responsabilidade da Equipe Multiprofissional para o Bem-Estar do Cliente na Instituição de Saúde. 14° Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2004. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2004. 1 vídeo CD

A CONTRIBUIÇÃO da Arquitetura e Engenharia para Gestão do Hospital – Tendências.14° Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2004. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2004. 1 vídeo CD

HOTELARIA Hospitalar- Concepção, Projeto,Execução e Operação. 14° Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2004. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2004. 1 vídeo CD

ESTUDO DE CASO: Inovação Tecnológicas em Projetos Hospitalares – Instituto Dr. Arnaldo.14° Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2004. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2004. 1 vídeo CD

A RESPONSABILIDADE Ambiental na Concepção do Projeto e na Operação do Edifício Hospitalar. 14° Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar. ADH'2004. São Paulo: TV MED - Instituto de Vídeo e Com.Ltda, Junho de 2004. 1 vídeo CD

ANEXO A

REGIÃO NORTE

Universidade do Amazonas
Hospital Universitário Getúlio Vargas

Breve histórico	O HU Getulio Vargas, construído em 1965, foi incorporado ao patrimônio da Universidade do Amazonas, em 1982, através de doação do Governo do Estado do Amazonas.
Descrição/localização Área física	Encontra-se no *Campus* do CCS, na zona central da cidade de Manaus, em terreno de 7.000m2. Área construída: 12.460,95m2.
Quantidade de leitos	250 leitos

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
Universidade FederaL do Pará

Breve histórico	Foi projetado em 1988, inaugurado em 01.07.93 e teve suas atividades docentes-assistenciais iniciadas em outubro do mesmo ano. Previsto para ser implantado por etapas, o Bloco 1, que corresponde a primeira etapa, está construído e em funcionamento com área de 4.779m2 e abriga os Ambulatórios Básicos e Apoio Clínico. O Bloco 2 , com 3.200m2 de área,será constituída da Unidade Materno Infantil com 76 leitos e mais um anexo (Bloco Industrial) com cerca de 1000m2.
Descrição/localização Área física	O Hospital localiza-se no Campus da Universidade Área total de projeto é de 22.225m2.
Quantidade de leitos	Ainda não oferece internação, somente atendimento ambulatorial.

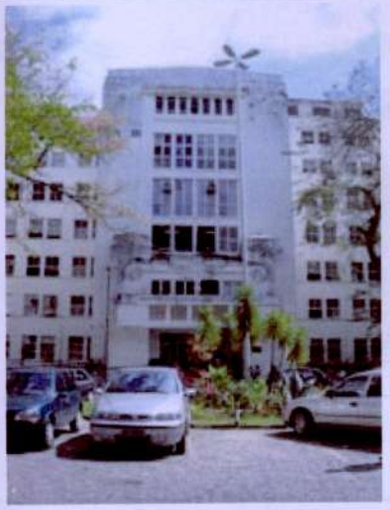
Hospital Universitário João de Barros Barreto
Universidade Federal do Pará

Breve histórico	O Hospital Universitário teve sua pedra fundamental lançada em 1934 e a sua construção iniciada em 1937. Foi fundado em 15 de agosto de 1946, e iniciou suas atividades em 1959 com a denominação inicial de Hospital de Isolamento Domingos Freire. Inicialmente destinado ao tratamento de tuberculosos, ampliou sua atuação para as doenças endêmicas e epidêmicas da região, reconhecidas como infecto-contagiosas, a partir de 1976. Em 1990, através do Termo de Cessão de Uso para UFPA, foram formalizadas suas atividades de ensino e extensão, passando a ser conhecido como HU João de Barros Barreto.
Descrição/localização Área física	O Hospital está instalado em terreno de 39.864m2 de área. O prédio com cinco pavimentos, em forma de H, tem 17.520m2 de área construída
Quantidade de leitos	309 leitos

REGIÃO NORDESTE

Hospital Universitário da UFAL
Universidade Federal de Alagoas

Breve histórico	O HU da UFAL foi fundado na década de 60 e é um órgão suplementar que mantém relação funcional com o Centro de Ciências da Saúde – CSAU. No inicio da década de 70 começam suas atividades, com a implantação de alguns serviços. As obras foram interrompidas devido à escassez de recursos e na década de 80 estas são retomadas, concluindo-se a lâmina vertical que abriga internação e a área administrativa. O projeto do hospital é de autoria dos irmãos Nadalutti (Carlos e Roberto) e Oscar Valdetaro, arquitetos do Rio de Janeiro.
Descrição/localização Área física	O Hospital está instalado em terreno de 75.114,62m2 de área, na Cidade Universitária e é contíguo a Faculdade de Medicina. O prédio é constituído de torre com 6 pavimentos e de blocos de configuração horizontal,com área total construída de 27.732,00m2.
Quantidade de leitos	173 leitos



Hospital Universitário Prof. Edgard Santos
Universidade Federal da Bahia

Breve histórico	O HU foi criado como Hospital das Clinicas em 1948,passando a funcionar em 1949. Em 1963 passou a ser chamado de Hospital Prof. Edgard Santos, pela Lei 4.226 de 23.05.63 e posteriormente denominado HU Prof. Edgard Santos por outra Lei nº 7.696 de 20.12.88.É mantido como órgão suplementar da UFBA, através do decreto nº 62.241 de 6.02.1968 e vinculado a Faculdade de Medicina conforme a resolução do Conselho Universitário nº157/69, de 14.11.69.
Descrição/localização Área física	Localiza-se à R. Augusto Viana,s/n - Salvador Área construída é de 36.265,18m2
Quantidade de leitos	339 leitos

Centro Pediátrico Prof. Hosannah de Oliveira
Universidade Federal da Bahia

Breve histórico	O Centro Pediátrico Prof. Hosannah de Oliveira,constitui-se em uma Unidade de Saúde que tem origem na Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA. Passou a uma organização do SINPAS- Sistema Nacional de Previdência Nacional, por meio do INAMPS. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS-estabeleceu um comodato com a UFBA - Universidade Federal da Bahia no ano de 1980. O então Centro de Hidratação e Recuperação– CHR-foi cedido a UFBA, através da Portaria Inter-Ministerial de 25.01.1991-Termo de Cessão datado de 10.03.1991.
Descrição/localização Área física	Atualmente ocupa quatro dos 5 pavimentos do Anexo II do HU Prof. Edgard Santos, em uma área de 9.000m2, no terreno de 7.834m2.
Quantidade de leitos	90 leitos

Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Universidade Federal do Ceará

Breve histórico	Em 28 de maio de 1955, o então senador João Calmon, imbuído da convicção da necessidade de assistência médica à mãe pobre da cidade de Fortaleza, lançou a idéia de construir a Maternidade Popular Escola de Fortaleza, que depois viria se chamar Maternidade Escola Assis Chateaubriand. A pedra fundamental do edifício foi lançada a 3 de março de 1956. Após anos de luta e percalços, finalmente é inaugurada em 15 de janeiro de 1965. Com a configuração de torre e base é um projeto dos arquitetos Roberto Nadalutti e Oscar Valdetaro, ambos do Rio de Janeiro.
Descrição/localização Área física	Localiza-se no Campus do Porangabuçu, na zona sudoeste de Fortaleza. Área construída :10.762,63 m2
Quantidade de leitos	169 leitos p/adultos e 54 p/neonatalogia

Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal da Bahia

Breve histórico	Foi criada como Maternidade da Bahia em 1909, após ampla mobilização da população. Anexada a Faculdade de Medicina da Bahia, para prover a atuação da disciplina de Obstetrícia, funciona junto a Santa Casa de Misericórdia. Incorporada à UFBA, quando da criação da mesma, tornou-se Órgão Suplementar através do Decreto 62.241 de 08.02.68. Vinculou-se à Faculdade de Medicina conforme resolução do Conselho Universitário. Durante as décadas de 50 e 60 abrigou o primeiro Centro de Reprodução Humana do Brasil. Destaque em pesquisa em Fisiologia Reprodutiva, levou a OMS a instalar o Centro de Pesquisa em Reprodução Humana da América Latina, dirigida pelo famoso Dr. Elsimar Coutinho. O Centro foi pioneiro nas pesquisas em Contracepção, o que permitiu à Faculdade de Medicina a criação da primeira disciplina de Reprodução Humana do Brasil. Infelizmente o sucateamento progressivo das suas instalações físicas e dos equipamentos nos últimos 20 anos, reduziu sua importância nesta área.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua do Limoeiro, 137 - Salvador Área construída - 5.786,00m2
Quantidade de leitos	134 leitos

Hospital Universitário Walter Cantidio
Universidade Federal do Ceará

Breve histórico	Em 1944, é iniciada a construção de um Hospital de Isolamento pelo Governo do Estado do Ceará no bairro de Porangabuçu. Esta obra é interrompida por falta de recursos. Após a criação da Faculdade d Medicina do Ceará em 1948, apresenta-se a necessidade de se construir um hospital escola. Por sugestão do presidente do Instituto do Ensino Médico do Ceará, ao então governador Des. Faustino de Albuquerque, o hospital de isolamento passa a ser responsabilidade do referido Instituto, que cuidará da arrecadação de recursos para a continuidade das obras. Mas, somente com a federalização da Faculdade de Medicina, após a criação da Universidade do Ceará foi possível a consecução do objetivo de ter um hospital de ensino. Em 1957, finalmente é concluída a obra, sem contemplar todo o projeto original. O projeto é de autoria dos arquitetos Roberto Nadalutti, Oscar Waldetaro e Israel Correa, do Rio de Janeiro.
Descrição/localização Área física	Localiza-se o HUWC no Campus do Porangabuçu, na zona sudoeste de Fortaleza, com 24.488,99m2 de área construída.
Quantidade de leitos	239 leitos

Hospital Universitário
Universidade Federal do Maranhão

Breve histórico	O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão foi criado pela resolução nº 02/91-CA, de 28/01/91, resultado da cessão pelo Ministério da Saúde, das Unidades Hospitalares Presidente Dutra (1952) e Materno Infantil (1985), com a finalidade de prestar assistência médica hospitalar terciária, servindo de unidade de referência no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado, bem como de campo de ensino para toda área de saúde.
Descrição/localização Área física	O Hospital possui uma área de 41.154,13m2 e localiza-se no centro da cidade de São Luis,portanto fora do Campus do Bacanga.
Quantidade de leitos	568 leitos

Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Breve histórico	O Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba teve sua inauguração parcial em fevereiro de 1981. O atual complexo hospitalar foi planejado para conclusão em etapas e sua construção foi iniciada em 1968. Na 1ª etapa foram concluídas as fundações e estrutura de concreto (1970). Na 2ª foi construído o ambulatório de 1970 a 1975. Na 3ª etapa, iniciada em 1976 e concluída em fevereiro de 1980, foram executados o setor administrativo, clinica cirúrgica, clinica médica, clinica obstétrica, clínica pediátrica, serviços gerais. Após a conclusão dessa etapa, ocorreu a sua inauguração parcial. Na 4ª etapa, encontram-se em construção a CTI (adulto, pediátrica e neonatal), apartamentos, clinicas de cirurgia cardíaca e neurocirurgia e auditório.
Descrição/localização Área física	Localiza-se no Campus I-Cidade Universitária. Área construída de 34.622,00
Quantidade de leitos	263 ativados, quando concluído deverá oferecer 420 leitos.

Hospital Universitário Alcides Carneiro
Universidade Federal da Paraíba

Breve histórico	Inaugurado como Hospital Regional Alcides Carneiro, em 20 de dezembro de 1950, para dar assistência médica aos funcionários do extinto Instituto de Previdência Social. O Centro de Estudos Alcides Carneiro mantém intercâmbio cientifico com o Centro de Ciências do Saber Médico em todo o país, através do qual surgiu o embrião da Faculdade de Medicina de Campina Grande, atualmente, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS
Descrição/localização Área física	Localiza-se na cidade de Campina Grande. Área construída - 16.112,00
Quantidade de leitos	294 leitos

Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Pernambuco

Breve histórico	A data de fundação da Faculdade de Medicina é de 1915, mas sua primeira turma só foi admitida em 1920. Em 1927 a Faculdade foi transferida para um prédio próprio, localizado na praça do Derby, onde funcionou em conjunto com a Faculdade de OdontologiaA federalização ocorre em 1948, integrando-se à Universidade do Recife. Firmado um convênio com a Santa Casa de Misericórdia do Recife, em 1957,o objetivo era constituir o Hospital Pedro II, como Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife. Na década de 50, lança-se a pedra fundamental do atual Hospital das Clinicas. Por 20 anos, a obra ficou paralisada, sendo retomada no final da década de 70. Foi inaugurado, embora inacabado em 14 de setembro de 1979. Desde esta época tem sido a sede de Ensino e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.
Descrição/localização Área física	O hospital localiza-se no Campus Joaquim Amazonas da UFPE, ocupando uma área construída de 64.614,00m2.
Quantidade de leitos	515 leitos

Hospital Universitário Ana Bezerra
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Breve histórico	O hospital foi inaugurado em 04 de fevereiro de 1952,construído pelos governos estadual e municipal e sua denominação inicial era "Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Santa Cruz". Com a criação do CRUTAC- Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária, cujo objetivo era a extensão da Universidade às cidades do interior,foi instalado na região do Trairi-Santa Cruz/RN o CRUTAC –CRN-1, e o HUAB passou a servir como campo de estágio,sendo vinculado a UFRN.
Descrição/localização Área física	Localiza-se o hospital no município de Santa Cruz. Área construída – 2.349,24m2
Quantidade de leitos	53 leitos

Maternidade Escola Januário Cicco
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Breve histórico	A Maternidade de Natal, denominação inicial, foi fundada em 19 de março de 1928, tendo suas obras sido iniciadas em 1932. No inicio da década de 40, a Maternidade estava pronta para funcionar, porém o esforço de Guerra, representado na capital pela construção do Campo de Aviação de Parnamirim, com uma base americana, fez com que a Maternidade fosse ocupada com Quartel General das Forças Aliadas e Hospital de Campanha. Após o fim da guerra, o Dr. Januário Cicco inicia uma campanha para retomada do prédio para restaura-lo e faze-lo funcionar, o que ocorre em 1950, quando é inaugurada no dia 2 de fevereiro. A partir de 1961 o hospital passa a ter a denominação de Maternidade Escola Januário Cicco.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na cidade de Natal. Área construída - 7.787,00m2
Quantidade de leitos	130 leitos

Hospital Universitário Onofre Lopes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Breve histórico	No ano de 1855, através da lei nº335, de 10/09 é criado o 'Hospital da Caridade", o primeiro hospital do Estado, extinto em 1906. Em 1909, através de um Decreto do Governador Alberto Maranhão, reorganiza-se o serviço de saúde e é adaptada uma residência em Petrópolis para funcionar um Hospital em 12 de setembro de 1909, com a denominação "Hospital da Caridade Juvino Barreto",com 18 leitos e tinha características de hospital geral. No ano de 1935, o hospital passa a ser chamado de Miguel Couto e em 1946 amplia sua capacidade de internação para 379 leitos. Em 1952, o hospital e seus anexos são doados à Sociedade de Assistência Hospitalar,instituição de Direito Privado e sem fins lucrativos, criada em 25.05.1927. Com a criação, em 1955, da Faculdade de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte, o hospital torna-se campo de práticas não só dos alunos de medicina como também de outros cursos da área de saúde. Em 1960, o Hospital passa a ter a denominação de Hospital de Clínicas, integrando-se a Universidade. Passa a ter a denominação atual em 1984, através da Resolução nº 68/84 do Conselho Superior da UFRN.
Descrição/localização Área física	Localiza-se no Distrito Sanitário Leste. Área construída – 26.499,53m2
Quantidade de leitos	247 leitos

Hospital de Pediatria
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Breve histórico	Antes parte integrante do Departamento de Pediatria, o Hospital é órgão suplementar da UFRN e foi oficialmente criado em23 de maio de 1995. O inicio do Hospital deveu-se a um grupo de professores pediatras que ministravam os ensinamentos de medicina infantil nas dependências da Maternidade Escola Januário Cicco, sem infra-estrutura própria assistia em nível de berçário,ambulatório e hospitalização as crianças que o procuravam. Ao final da década de 70, a Unidade Hospitalar de Pediatria foi inaugurada. O processo de desvinculação administrativa do Hospital e do Deptº. de Pediatria, inicia-se em 1987. Finalmente, através da Resolução nº 038/94, de 24 de novembro de 1994, o Hospital de Pediatria foi reconhecido oficialmente como Unidade Orçamentária da UFRN, sendo inaugurado em23/05/1995.
Descrição/localização Área física	Localiza-se no bairro Petrópolis, a rua Gal.Cordeiro de Farias s/n. Área construída de 2.941,00m2.
Quantidade de leitos	50 leitos

Maternidade Hildete Falcão
Universidade Federal de Sergipe

Breve histórico	A Maternidade Hildete Falcão Baptista, foi fundada em 1970, pelo Governo do Estado e em 1988 passou a ser administrada pela Universidade Federal do Sergipe, através de um Termo de Comodato, por um período de 10 anos, transformando-se em Maternidade Escola. Área de pesquisa: Sífilis Congênita.
Descrição/localização	Rua Recife, s/n – Campus da Saúde – Aracajú
Área física	Área construída de 2.269,80m2
Quantidade de leitos	92 leitos

Hospital Universitário
Universidade Federal de Sergipe

Hospital Universitário	Universidade Federal de Sergipe
Breve histórico	O Hospital Universitário da UFS,foi fundado em 09/12/1982. Ocupa o mesmo prédio do antigo Hospital Sanatório, construído no final da década de 40. Em 1982, foi assinado convênio entre UFS e o Ministério da Saúde e no ano seguinte o Hospital Sanatório administrado pela UFS, passou a Hospital Universitário. A Lei 27.699 de 21/12/1989 efetivou a doação do Hospital Sanatório do MS a UFS.
Descrição/localização Área física	Rua Recife, s/n – Campus da Saúde – Aracajú Área construída – 8.369,53m2
Quantidade de leitos	56 leitos

REGIÃO SUDESTE

Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes
Universidade Federal do Espírito Santo

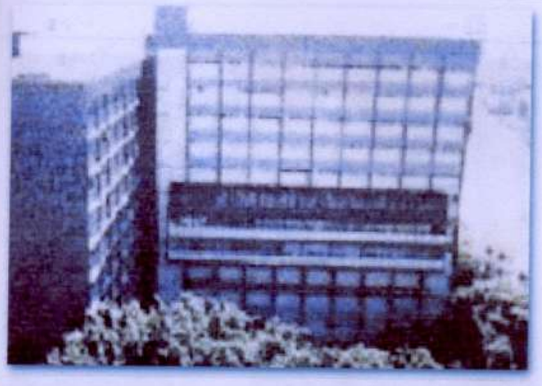
Breve histórico	O Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, foi criado em 20 de dezembro de 1967, através de um acordo entre a Universidade Federal do Espírito Santo e o governo do Estado, que cedeu área até então destinada ao Sanatório Getúlio Vargas. Nasceu o Hospital das Clinicas da UFES, um sonho acalentado por alunos e professores do curso de medicina da Instituição. Destaca-se na área de ensino: Graduação em Medicina e Enfermagem, pós-graduação em Fisiologia e Doenças Infecciosas. Na área de pesquisa: Fisiologia Cardiovascular. É centro de referência para diagnóstico e tratamento de AIDS, Tuberculose Multiresistente, Transplante Renal, Cirurgia Geral e Cardíaca.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Av.Marechal Campos, s/n - Vitória Área física construída (1997):21.849,25m2
Quantidade de leitos	209 leitos

Hospital Escola
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

Breve histórico	Data de fundação é de 1968. A Faculdade de Medicina do Triangulo Mineiro, teve autorizado o seu funcionamento através do Decreto Lei 35.249, em 24/03/1954 e para ministrar as disciplinas técnico-práticas, a FMTM, mantinha convênios com o Hospital da Santa Casa, Hospital da Criança, Centro de Saúde. Graças ao empenho de alunos e professores, o Hospital da Santa Casa, incluindo o terreno com área de 19.625m2, foram incorporados ao patrimônio da União. Foi construído o Hospital Escola da FMTM e sua inauguração ocorreu em agosto de 1982.
Descrição/localização Área física	Localiza-se o complexo hospitalar próximo ao centro da cidade. Área construída de 28.862,42m2
Quantidade de leitos	280 leitos

Hospital de Clinicas de Uberlândia
Universidade Federal de Uberlândia

Breve histórico	O Hospital de Clinicas da UFU foi construído com o objetivo de ser o Hospital de Ensino da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia e com recursos obtidos através de doações da comunidade. O projeto tinha inicialmente 2.300m2, 27 leitos de enfermaria 04 apartamentos e é de autoria do arquiteto Ivan Cupertino Rodrigues. Inaugurado em 28/08/1970, pelo ministro Jarbas Passarinho e o então Governador Rondon Pacheco. A entidade mantenedora era a Fundação Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Foi ampliado seguidas vezes com verbas orçamentárias, convênios e doações. Após a incorporação da Escola de Medicina e Cirurgia pela Universidade, passou a ser o Hospital de Clinicas vinculado à Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia. Possui um Pronto Socorro atuante nas áreas de urgência e emergência.
Descrição/localização Área física	O complexo hospitalar e situa-se no Campus de Umuarama da UFU. Área construída :49.055,81m2
Quantidade de leitos	495 leitos



Hospital de Clinicas

Universidade Federal de Minas Gerais

Breve histórico	O lançamento da pedra fundamental do Hospital das Clinicas ocorreu em 21 de agosto de 1928, em terreno da Faculdade de Medicina que havia sido criada em 1911, em Belo Horizonte. O Hospital constituiu-se com o agrupamento de algumas clínicas surgidas ao redor da Faculdade de Medicina, que eram: Hospital São Geraldo – Clinica de Oftalmologia (1920) Hospital Borges da Costa- Clinica e Cirurgia(1922) Hospital São Vicente de Paula- Clinica Pediátrica (1931) Hospital Carlos Chagas – Doenças Infecciosas e Tropicais(1946)Em 1955 o conjunto de hospitais da Faculdade de Medicina passa a ser denominado de Hospital das Clinicas. O prédio central do HC,teve sua construção iniciada em 1928, onde se localizava o Hospital São Vicente de Paula, cujo projeto constava de 3 blocos. O bloco A foi concluído em 1950, em 1962 o bloco B e, em 1987 conclui-se o bloco C. O complexo hospitalar é constituído de um edifício central que abriga a internação e outros sete que são denominados de anexos e compõem o setor ambulatorial do Hospital.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Av. Alfredo Balena,110- Belo Horizonte Área construída: 50.562,00m2
Quantidade de leitos	503 leitos

Hospital Universitário
Universidade Federal de Juiz de Fora

Breve histórico	O Hospital Universitário foi instalado inicialmente no antigo sanitário Dr. Villaça, situado ao lado da Santa Casa de Misericórdia,em 1963. Em 1970 foi transferido para o bairro Santa Catarina, onde se encontra atualmente. Incorporou-se ao SUS em 1994 e passou a ser Hospital de referência da região de Juiz de Fora,compreendendo a Zona da Mata, Sul de Minas alguns municípios do Rio de Janeiro.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua Catulo Breviglieri, s/n- Juiz de Fora Área construida -11.183,70m2
Quantidade de leitos	170 leitos (capacidade instalada) 129 leitos (capacidade ocupacional)

Hospital Universitário Antônio Pedro
Universidade Federal Fluminense

Breve histórico	Criado com a denominação de Hospital Municipal Antônio Pedro em 14 de dezembro de 1950, pelo então prefeito José Inácio da Rocha Werneck, foi inaugurado, totalmente equipado em 15 de janeiro de 1951. Após sua inauguração, concentrou os serviços médicos do antigo Hospital São João Batista, do Posto de Socorros Urgentes e da Maternidade Municipal. A Prefeitura de Niterói não tendo recursos para mantê-lo, fecha o hospital, permanecendo apenas com o atendimento de urgência. Em 29 de dezembro de 1961, foi cedido em regime de comodato, ao Ministério da Saúde, por decisão do Governo Federal. Fatos como o incêndio do Circo Americano, a intervenção do Governo Federal e a inadimplência da Instituição levaram a Prefeitura a tomar a decisão de doar o hospital à Universidade Federal Fluminense em 26 de maio de 1964, que havia sido criada recentemente. O Hospital Universitário Antonio Pedro é a maior e mais complexa unidade de saúde da Grande Niterói.
Descrição/localização Área física	Localiza-se em Niterói, à Rua Marques do Paraná,303 Área construída:34.854,00m2
Quantidade de leitos	353 leitos

Instituto Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	O atual Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, cuja denominação anterior era Instituto Nacional de Puericultura do Ministério da Educação e Saúde, foi incorporado em 1937 à Universidade do Brasil, por proposta feita ao Governo Federal pelo Prof. Joaquim Martagão Gesteira. Até o ano de 1953 abrigou-se em diversas sedes impróprias e sem grande expressão. Finalmente, deve-se ao Prof. Gesteira, seu diretor e catedrático de Puericultura e Clinica da 1ª Infância da Faculdade Nacional de Medicina ter conseguido os recursos necessários para a construção do Instituto. O projeto arquitetônico do arquiteto Jorge Moreira,foi premiado na Segunda Bienal de São Paulo, obtendo o 1º lugar.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Cidade Universitária, Av.Brigadeiro Trompowsky- Ilha do Fundão. Área total construída:15.606,00m2
Quantidade de leitos	135 leitos

Hospital Escola São Francisco de Assis
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	O arquiteto Radmarker Grunewald,ao voltar da Europa em 1875,atendendo ao pedido do Ministro da Justiça Conselheiro Diogo Velho Cavalcante de Albuquerque, ofereceu ao governo um projeto de plantas para construção do Asilo de Mendicidade. A princesa Isabel, a então regente, assentou a pedra fundamental do prédio, situado á R.Visconde de Itaúna, no mangue,no dia 06 de agosto de 1876. Quando parcialmente concluído, o novo Asilo de Mendicidade, foi inaugurado por Dom Pero II no dia 10 de julho de1879. O Asilo foi transferido para a prefeitura em 20 de setembro de 1892. A União retoma o imóvel em 12 de dezembro de 1920, procede reformas e adaptações para que se transforme em Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde. Inaugurado em 7 de novembro de 1922, com o nome de Hospital Escola São Francisco de Assis (Governo Epitácio Pessoa). Foi desativado em 1978. Em 1983, foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) devido à relevância do seu conjunto arquitetônico de estilo neoclássico.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Av. Presidente Vargas,2863-Cidade Nova –Centro- Rio de Janeiro Área construída :10.286,87m2
Quantidade de leitos	91 leitos

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	A construção do Hospital inicia-se na década de 50 e o projeto de autoria do arquiteto Jorge Moreira com 220.000m2, previa a capacidade de abrigar 1800 leitos. Diversos fatores como mudanças de governo com reflexos na política, influíram na alocação e na liberação de recursos, devido à magnitude e complexidade do projeto houve diversas revisões e paralisações das obras ao longo dos trinta anos de sua construção. Pode-se destacar os seguintes eventos no decorrer desse período: interrupção das obras em 1955;a decisão,em 1970, da Comissão de Implantação de só ocupar metade do edifício, ou seja, 110.000m2;a retomada das obras em 1971,em ritmo lento até 1974. A Comissão de Implantação apresentou relatório às autoridades governamentais com o objetivo de conseguir recursos para a conclusão das obras, o que acontece a partir de junho de 1975. O ano da inauguração é 1978.
Descrição/localização Área física	O hospital localiza-se na Ilha do Fundão/ Cidade Universitária. Área construída:110.000,00m2
Quantidade de leitos	458 leitos ativados 123 leitos desativados

Instituto de Ginecologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	O Instituto de Ginecologia foi criado pelo Conselho da Universidade do Brasil, passando a dar abrigo a Clinica Ginecológica. Em 1942, a Clinica foi transferida para o Hospital Moncorvo Filho (fundado em 1935), onde se encontra até hoje. A Instituição foi a primeira entidade de assistência pública gratuita a criar ambulatórios com os de Psicologia e Sexologia desenvolvendo a Divisão de Reprodução Humana e Ginecologia Sexual.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua Moncorvo Filho ,90- Rio de Janeiro. Área construída:3.420,00m2
Quantidade de leitos	27 leitos

Maternidade Escola da UFRJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	No ano de 1900, foi lançada a idéia da criação de uma Maternidade do Rio de Janeiro, durante o Congresso Médico realizado na cidade e que comemorava também o 4º Centenário do Descobrimento do Brasil. Dez profissionais receberam a incumbência de escolher o local adequado para sua instalação. Depois de uma bem sucedida campanha, que foi liderada pelo Professor e deputado Rodrigues Lima, o Congresso Nacional votou, em 1901, a liberação dos recursos necessários para a aquisição do imóvel da Rua das Laranjeiras nº 66. O presidente Rodrigues Alves, por decreto, funda a Maternidade Escola do Rio de Janeiro em 18 de janeiro de 1904, nomeando sua primeira diretoria. No dia 1º de abril daquele ano, após obras de emergência, a Maternidade a funcionar. Em 1918, é doada a então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua das Laranjeiras, 180- Rio de Janeiro. Área construída – 3.848,48m2
Quantidade de leitos	91 leitos

Instituto de Neurologia Deolindo Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	No dia 02 de dezembro de 1946, na reunião do Conselho Universitário da então Universidade do Brasil, foi aprovada a fundação do Instituto de Neurologia. Seu criador foi Deolindo Couto que, através de verbas orçamentárias o construiu e hoje o Instituto carrega seu nome em justa homenagem.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua Venceslau Brás, 95-Praia Vermelha-Rio de Janeiro. Área construída:6.223,29m2
Quantidade de leitos	73 leitos

Instituto de Doenças do Tórax
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	Antigo Instituto de Tisiologia e Pneumologia, foi criado em 24 de outubro de 1957, por ato do Conselho Universitário e ratificado pelo Estatuto da UFRJ como Órgão Suplementar(Instituto Especializado), integrando o Centro de Ciências da Saúde. A UFFRJ, na década de 70, passa a concentrar esforços para a instalação do Hospital Clementino Fraga Filho, o que implica na escassez de verbas para os institutos especializados. Sem investimentos para recuperação de sua área física, pela sua situação geográfica isolada e cercada de favelas, sua administração decidiul, integrar-se ao Campus Universitário da Ilha do Fundão. Propõe-se então a transformação do Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP) em Instituto de Doenças do Tórax (ITP), ampliando-se sua área de atuação para abranger também a cardiologia e a cirurgia cardíaca. Esta proposta foi aprovada e referendada pelo Conselho Universitário em dezembro de 1996. Atual mente está sendo construído um prédio para o Ambulatório da Tuberculose, que pertencerá ao IDT.
Descrição/localização Área física	Cidade Universitária -Ilha do Fundão, ocupando área de 1.000,00 m2
Quantidade de leitos	35 leitos

Instituto de Psiquiatria
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Breve histórico	Fundado pelo Decreto Lei nº 591 de03/08/1938. Incorporado à Universidade do Brasil, em obediência ao Artigo V da Lei nº452, de 05 /06/1937, ratificado pelo Artigo II do Decreto nº 8.393 de 17/12/1945. O Instituto é o mais antigo Hospital Universitário Público Federal do país, sendo herdeiro do Hospital Nacional, sede da Universidade do Brasil, a primeira do país. O IP da UFRJ é Órgão Suplementar do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Rua Venceslau Brás, 71-Praia Vermelha - Rio de Janeiro. Possui área de 13.000m2, de terreno e 7.000m2 de área construída.
Quantidade de leitos	177 leitos

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Universidade do Rio de Janeiro

Breve histórico	Dois ricos empresários: Cândido Gafrée e Guilherme Guinle doaram à população do então Distrito Federal o belo prédio amarelo de 03 andares, que abriga o Hospital Universitário Gafrée e Guinle, na zona norte do Rio. Gafrée, ao morrer,doou três mil contos de réis para a criação de uma instituição de defesa da Saúde Pública do Rio. O amigo Guinle, resolveu atender ao desejo de Gafrée e criou uma fundação de combate às doenças venéreas, doando um terreno de 18.000m2, no nº 775 da R. Mariz e Barros, onde foi erguido o hospital. Foi inaugurado no dia 01/11/1929 com 450 leitos. Sua denominação inicial: Fundação Gafrée e Guinle. Pelo Decreto nº 53.335 do Presidente João Goulart, o hospital foi desapropriado e, incorporado à Escola de Medicina e Cirurgia definitivamente em 1966. Em 1968, passou a ser chamado Hospital Universitário Gafrée e Guinle, sofrendo grande reforma para se adaptar às novas finalidades de um Hospital de Ensino.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua Mariz e Barros, 775 –Tijuca – Rio de Janeiro. Área construída 21.959,00m2
Quantidade de leitos	Capacidade Instalada: 300 leitos Em atividade: 194 leitos

Hospital São Paulo
Universidade Federal de São Paulo

Breve histórico	A Escola Paulista de Medicina foi fundada em 1º de junho de 1933, por jovens idealistas, sendo sua primeira sede na Rua Oscar Porto, nº 54. Em 1935 foi comprada a Chácara Schiffini na Rua Botucatu, nº 90. A Escola Paulista de Medicina necessitava urgentemente de instalações para o ensino prático. Os pioneiros convenceram Dona Maria Tereza Nogueira de Azevedo a desistir do hospital Piratininga, que se destinaria aos menores carentes e com o dinheiro reformaram uma casa da Chácara Schiffini, de modo que em dois meses surgia o Hospital com 100 leitos – o Pavilhão Maria Tereza- sede provisória do HSP. Em 30 de setembro de 1936 foi lançada a pedra fundamental do HSP. Na década de 50, ocorre a federalização da EPM (1956). Na segunda metade da década de 80, o HSP aumentou em muito sua área física, comprando e alugando imóveis vizinhos a sua sede.
Descrição/localização Área física	Encontra-se localizado na Rua Napoleão de Barros, 715- Vila Mariana – São Paulo. Área construída – 57.556,38m2
Quantidade de leitos	866 leitos.

REGIÃO SUL

Hospital de Clinicas do Paraná
Universidade Federal do Paraná

Breve histórico	A fundação do Hospital de Clinicas data de 05/08/1961. Em 1946, no primeiro governo de Moysés Lupion , surgiu a idéia de ser construído no Paraná um grande hospital geral. Foi, então desapropriada uma área de 2.687m2, por ato do poder Executivo, para a construção do Hospital das Clinicas. Inicia-se a obra em 1949 e em 1953, sem ainda está concluído, o HC foi incorporado ao patrimônio da Universidade Federal do Paraná, que havia sido federalizada em 1950, conforme Lei nº 1.254. Em março de 1960, foi oficializada sua inauguração pelo então Ministro da Educação e Cultura, Clóvis Salgado da Gama. Jânio Quadros ao suspender a contratação de pessoal no âmbito federal, todos os funcionários em atividade tiveram que voltar às suas antigas lotações. Mas, em 05/08/1961, o presidente fez uma visita ao Hospital e é esta a data de comemoração da inauguração oficial do HC da UFPR.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Rua General Carneiro, 181-Centro-Curitiba. Área construída - 49.787,55m2
Quantidade de leitos	635 leitos

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior
Universidade Federal do Rio Grande

Breve histórico	As dependências da Santa Casa ditas acadêmicas receberam a denominação de Hospital de Ensino Dr. Miguel Corrêa Jr. em março de 1976. Em 01 de julho de 1985, foi assinado entre a Universidade e a Santa Casa do Rio Grande um protocolo de intenções e contrato de locação. O Conselho Universitário referencia em 21/11/86 a proposta de alugar da Santa Casa, o Hospital Materno Infantil Riego Sparvolli (cujas obras estavam paralisadas), por vinte anos. É criada a Fundação de Apoio de Ensino do Rio Grande, em 27/11/86, tornando possível a gerencia dos recursos financeiros do Hospital e a contratação de pessoal. A Fundação Universidade Rio Grande, com o apoio do MEC, em 1993, adquiriu o prédio parcialmente concluído, de propriedade da Santa Casa de Rio Grande.
Descrição/localização Área física	Localiza-se o Hospital à Rua Visconde de Paranaguá,102 – Rio Grande. Área construída –15.089,00m2
Quantidade de leitos	161 leitos

Hospital de Clinicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Breve histórico	Em 1931, uma comissão credenciada pela Faculdade de Medicina da UFGRS,solicitou ao interventor do Estado a construção de um hospital escola. O presidente Getúlio Vargas assinou um decreto autorizando a obra. O Governo do Estado, em 1938, adquire o terreno e dois anos depois doa à Universidade. O projeto é de autoria do arquiteto Jorge Moreira. A pedra fundamental foi lançada em 1943 e só no final da década de 40 foram iniciados os trabalhos. As obras tiveram problemas por três décadas. Em 1968, o então reitor da UFRGS nomeou uma comissão para estudar a instalação do Hospital de Clinicas.Com o prédio praticamente concluído, em 1970, o presidente da República Emilio Garrastazu Médici, assinou a Lei 5.604, que tornava o HCPA uma Empresa Pública de Direito Privado, vinculada ao MEC. Ampliou-se a integração com a Universidade, em 1974,com a transferência da Direção da Faculdade de Medicina para o prédio do HCPA.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Rua Ramiro Barcelos,2350 – Porto Alegre. Área construída:104.608,35m2
Quantidade de leitos	Capacidade Instalada =743 leitos Capacidade Operacional = 737 leitos

Hospital Escola de Pelotas

Universidade Federal de Pelotas

Breve histórico	A fundação do Hospital Escola ocorreu em 1966. Na época funcionava anexo ao hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa - SBP, dispondo de 26 leitos. Em novembro de 1981, começou a funcionar a Fundação de Apoio Universitário, administrando o Hospital Escola que contava com 130 leitos e um Pronto Socorro nas dependências da SBP, lá permanecendo até abril de 1987. A transferência para o atual prédio, que pertence a Santa Casa de Pelotas, locado pela UFPEL, ocorreu em maio de 1987.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Rua Professor Araújo,538 -Centro-Pelotas. Área construída =10.271,51m2
Quantidade de leitos	141 leitos

Hospital Universitário
Universidade Federal de Santa Maria

Hospital Universitário	Universidade Federal de Santa Maria
Breve histórico □	Com a criação do curso de Medicina, em 1954, surgiu a necessidade de criação de um hospital-escola. Um hospital existente na cidade, Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo, foi o primeiro a funcionar com esta finalidade. Após a criação da Universidade, a Lei nº 3.958/61 delegou à UFSM, poderes para execução de obras do Hospital Regional de Tuberculosos, iniciadas em 1959, que se transformou em Hospital Universitário. Em 1º de julho de 1982, iniciou-se a transferência do Hospital, que funcionava no centro da cidade, para o novo prédio do Campus. A autoria do projeto de arquitetura é atribuída aos arquitetos do Rio de Janeiro Oscar Valdetaro e Roberto Nadalutti. O bloco principal é composto de subsolo, térreo e torre de 5 pavimentos.
Descrição/localização Área física	O HUSM localiza-se no Campus da Universidade Federal de Santa Maria, a 10Km do centro da cidade, num terreno de 26.240m2 Área construída :28.283m2
Quantidade de leitos	300 leitos

Hospital Universitário
Universidade Federal de Santa Catarina

Breve histórico	A fundação do Hospital Universitário ocorreu em maio de 1980. Sua denominação inicial foi Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, em homenagem ao seu fundador. A construção foi iniciada em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente concluída em 1980 devido, principalmente à intervenção de alunos, professores e da comunidade junto às autoridades federais para obtenção de recursos necessários à sua conclusão.
Descrição/localização Área física	Localiza-se no Campus Universitário da Trindade Área construída:30.397,23m2
Quantidade de leitos	305 leitos

REGIÃO CENTRO-OESTE

Hospital Universitário
Universidade de Brasilia

Breve histórico	O Hospital Universitário de Brasília foi projetado e construído pelo Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado – IPASE, inicialmente sua entidade mantenedora. Seu funcionamento foi autorizado pelo Decreto nº 70.178, de 21 de fevereiro de 1972 e, sua inauguração ocorreu em agosto do mesmo ano pelo então Presidente da República, Gal. Emilio Garrastazu Médici recebendo o nome de Hospital dos Servidores da União (HSU). Depois passou a se chamar Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDSFPM). Com a extinção do IPASE, em 1978, assume sua gestão o INAMPS. Em 1980, após celebrar o comodato com a UNB, recebeu outra denominação de Hospital Docente-Assistencial (HDA). Finalmente, em 1990, com o Termo de Cessão de Uso-INAMPS/MS-UNB/MEC-GDF-nº01/90, de 01/05/90, a UNB assumiu sua gestão tornando-o um Hospital Universitário.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Av. L2 Norte,SGAN, Qd 604/605 – Brasilia. Área construída:41.670m2
Quantidade de leitos	317 leitos

Hospital das Clinicas
Universidade Federal de Goiás

Breve histórico	O Hospital das Clinicas de Universidade Federal de Goiás, foi fundado pelo Estado de Goiás em 1962, recebendo então a denominação de Hospital Geral Pedro Ludovico. Quando transferido para Universidade Federal de Goiás, pelo Estado, ainda na década de 60, recebeu o nome de Hospital das Clinicas. O HC/UFG é a única unidade pública do estado que atende a população carente tanto em procedimentos de alta complexidade (cirurgiacardíaca, ortopédica e transplante autólogo de medula óssea) como nas patologias do grupo de atenção primária e secundária.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Primeira Avenida, S/n- Setor Universitário – Goiânia. Área construída:28.097,67m2
Quantidade de leitos	337 leitos

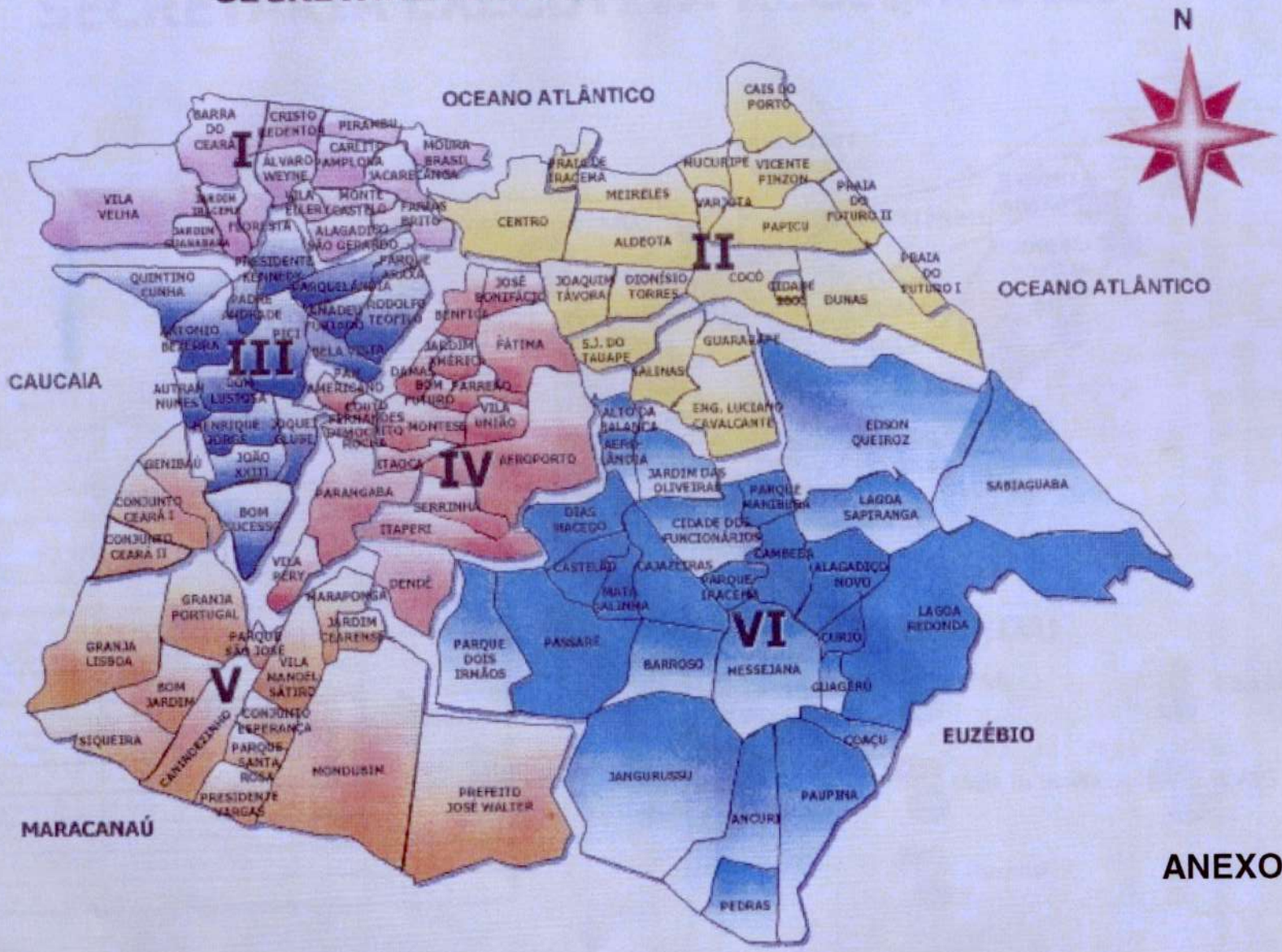
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Breve histórico	A inauguração do Hospital Universitário ocorreu em 1970. Construído com 60 leitos pelo Governador Pedro Pedrossian para dar suporte às atividades do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Mato Grosso, atendia a população campograndense estimada, à época, em 150.000 habitantes. Ocorreram grandes transformações no plano político-econômico, quando da divisão do Estado. A cidade de Campo Grande foi elevada a capital da nova unidade da federação. A Universidade foi federalizada pela Lei nº 6.674 de 5 de julho de 1979 e então se criou a Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – FUFMS.
Descrição/localização Área física	Encontra-se na Av. Senador Filinto Muller, s/n – Campo Grande Encontra-se instalado em área de 36.000m2. Área construída:28.300m2
Quantidade de leitos	339 leitos

Hospital Universitário Júlio Müller
Universidade Federal de Mato Grosso

Breve histórico	O lançamento da pedra fundamental ocorreu em 1954, no primeiro governo do Dr. Fernando Corrêa da Costa. Sua construção fez parte da Campanha Nacional contra Tuberculose e sua conclusão data do ano de1966, já com a denominação de Hospital Júlio Muller. O seu funcionamento como Hospital Universitário, deu-se após cessão pelo Estado, em termo de Comodato, aos 31 de julho de 1984. No decorrer de quase duas décadas de existência,passou por diversas reformas e ampliações para abrigar salas de ambulatório, UTI-Neo-Natal/UTI-Adulto, Centro Diagnóstico por Imagem,anexo para Pediatria,anexo Didático,construção do Ambulatório III,anexo para Faculdade de Medicina. O HUJM é referência estadual e cumpre uma ampla tarefa assistencial.
Descrição/localização Área física	Localiza-se na Rua L, s/n – Cuiabá Área construída – 10.704,03m2
Quantidade de leitos	125 leitos

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL



ANEXO B

SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III

UNIDADE DE SAÚDE – SER III	ENDEREÇO	BAIRRO
1. UBASF PROF. LUIS RICAMOND CAPELO	Rua Maria Quintela, 935	Bom Sucesso
2. UBASF PROF. CLODOALDO PINTO	Rua Bernard Bezerra, 100	Padre Andrade
3. UBASF CESAR CALS	Rua Cel. Matos Dourado, S/N	Pici
4. UBASF ELIEZER STUDART	Rua Tomás Cavalcante, 545	Autran Nunes
5. UBASF METON DE ALENCAR	Rua Perdigão Sampaio, 820	Antônio Bezerra
6. UBASF HERMÍNIA LEITÃO	Rua General João Costa, 470	Quintino Cunha
7. C.S. JOÃO XXIII	Rua João Braga, S/N	João XXIII
8. C.S. FR. PEREIRA DE ALMEIDA	Rua Paraguai nts com Rua Chile, S/N	Bela Vista
9. C.S. FERNANDES TÁVORA	Rua Macedo, 1354	Henrique Jorge
10. C.S. SANTA LOUÇÃ	Rua Prof. João Bosco, 213	Rodolfo Teófilo
11. C.S. WALDEMAR DE ALCÂNTARA	Rua Silvério Filho, 905	Joquei Clube
12. C.S. HUMBERTO BEZERRA	Rua Hugo Vitor, 51	Antônio Bezerra
13. CBS JOSÉ SOBREIRA AMORIM	Av. Deszero, Luis Paulino, 190	Joquei Clube
14. C.S. ANASTÁCIO MAGALHÃES	Rua Deputado De Farias, 1678	Rodolfo Teófilo
15. CAPS - CENTRO DE APOIO PSICO SOCIAL	Rua Francisco Pedro, 1260	Rodolfo Teófilo
16. H.G. WALDEMIRO AIRES MOURA	Rua Cândido Mota, 294	Antônio Bezerra

ANEXO C