

## O FENÔMENO DE EXPANSÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES: RESSIGNIFICAÇÃO DO BAIRRO CENTRO EM FORTALEZA – CEARÁ

### THE PHENOMENON OF EXPANSION FOR MEDICAL CLINICS: RESSIGNIFICATION OF THE CENTRAL DISTRICT OF FORTALEZA – CEARÁ

**Claudiana Viana Godoy**

Universidade Federal do Ceará  
[claudianagodoyufc@gmail.com](mailto:claudianagodoyufc@gmail.com)

**José Borzacchiello da Silva**

Universidade Federal do Ceará  
[borzajose@gmail.com](mailto:borzajose@gmail.com)

#### RESUMO

As pesquisas na área da Geografia da Saúde são de ampla relevância para a análise das transformações socioespaciais, motivadas pela dispersão e concentração dos serviços e equipamentos de saúde. Portanto, o presente artigo tem o propósito de analisar as transformações ocorridas no bairro Centro em Fortaleza – Ceará, após a inserção das clínicas médicas populares na década de 1990. Para um melhor entendimento da dinâmica do bairro e das clínicas médicas, foram realizados trabalhos de campo com a aplicação de questionários direcionados aos responsáveis pelas 32 clínicas existentes no local. Foi constatado que a presença das clínicas médicas populares foi responsável por mudanças significativas no Centro. O bairro, que era predominantemente comercial, transformou-se em um polo prestador de serviços da saúde de cunho popular. A permanência das clínicas médicas populares está diretamente vinculada ao interior do Ceará, pois é justamente a população dos municípios do interior do estado a base de sustentação dos estabelecimentos de saúde. De modo geral, observou-se que as clínicas direcionadas à população menos privilegiada economicamente impulsionaram de forma simultânea a resignificação da Praça do Passeio Público e a valorização da área do entorno, através das novas formas de ação e das mudanças de função do local.

**Palavras-chave:** Clínica popular. Geografia da Saúde. Bairro Centro. Resignificação.

#### ABSTRACT

The researches in health geography have broad relevance for the analysis of socio-spatial transformations, motivated by the dispersion and concentration of health services and equipment. Consequently, the purpose of this article is to analyze the transformations occurred in the central district of Fortaleza - Ceará, after medical clinics were launched in the 1990s. For the better understanding of dynamics of the neighborhood and the medical clinics, fieldwork was carried out with the application of questionnaires addressed to those responsible for the 32 clinics. Through this study, it was found that the presence of medical clinics were responsible for significant changes in the neighborhood, which was predominantly commercial by a popular health service provider. The permanence of the popular medical clinics is directly associated to the interior of Ceará, since it is precisely this population that is the basis of health care institutions. In general, it was observed that the clinics were aimed to the economically disadvantaged population simultaneously stimulated the redefinition of Praça do Passeio Público and the valorization of the surrounding area, through new forms of action and changes in the function of the place.

**Keywords:** Clinic. Geography of health. Central district. Redetermination.

---

Recebido em: 28/08/2017

Aceito para publicação em: 01/02/2018

## INTRODUÇÃO

O presente artigo é o resumo de uma dissertação de mestrado concluída em 2015, que utilizou como arcabouço teórico estudos da Geografia Urbana e da Geografia da Saúde. A pesquisa teve como foco de análise o perfil de funcionamento das 32 clínicas médicas populares instaladas no bairro Centro de Fortaleza a partir da década 1990, observando-se as transformações que atribuíram uma nova ressignificação ao local.

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

Além disso, as questões relacionadas à saúde-doença são temas frequentes nos meios de comunicação, especialmente nas mídias televisivas, que expõem constantemente os problemas enfrentados pelos usuários do sistema público de saúde do Brasil. As manifestações de julho de 2013 expuseram, como uma das principais reivindicações, a necessidade de melhorias no setor da saúde pública.

As contribuições teóricas de autores que realizaram estudos sobre a dinâmica urbana da rede de saúde do país – como Oliveira (2005), Guimarães (1994, 2000, 2001), Ramires (2013), Santos, R. (2008, 2010) e Victalino (2004) – destacaram a importância dos estudos da Geografia Urbana e da Geografia da Saúde para a compreensão das mudanças socioespaciais ocorridas no país após a inserção do Sistema Único de Saúde (SUS), transformações essas analisadas pela ótica das redes de distribuição dos serviços e equipamentos do setor da saúde.

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

O trabalho organizado por Ramires (2013, p. 2) apresentou a dinâmica urbana de algumas cidades médias do estado de Minas Gerais, estimulada pelo setor de serviços de saúde, afirmando serem as “[...] cidades importantes polos econômicos em um contexto regional”.

Santos (2008, p. 9) ressaltou as contradições presentes no discurso democrático da política de descentralização da saúde, que, segundo a autora, “[...] mascara a apropriação privada dos serviços e ações de saúde no âmbito local/nacional/global, através de uma rede hierarquizada seletiva e excludente”.

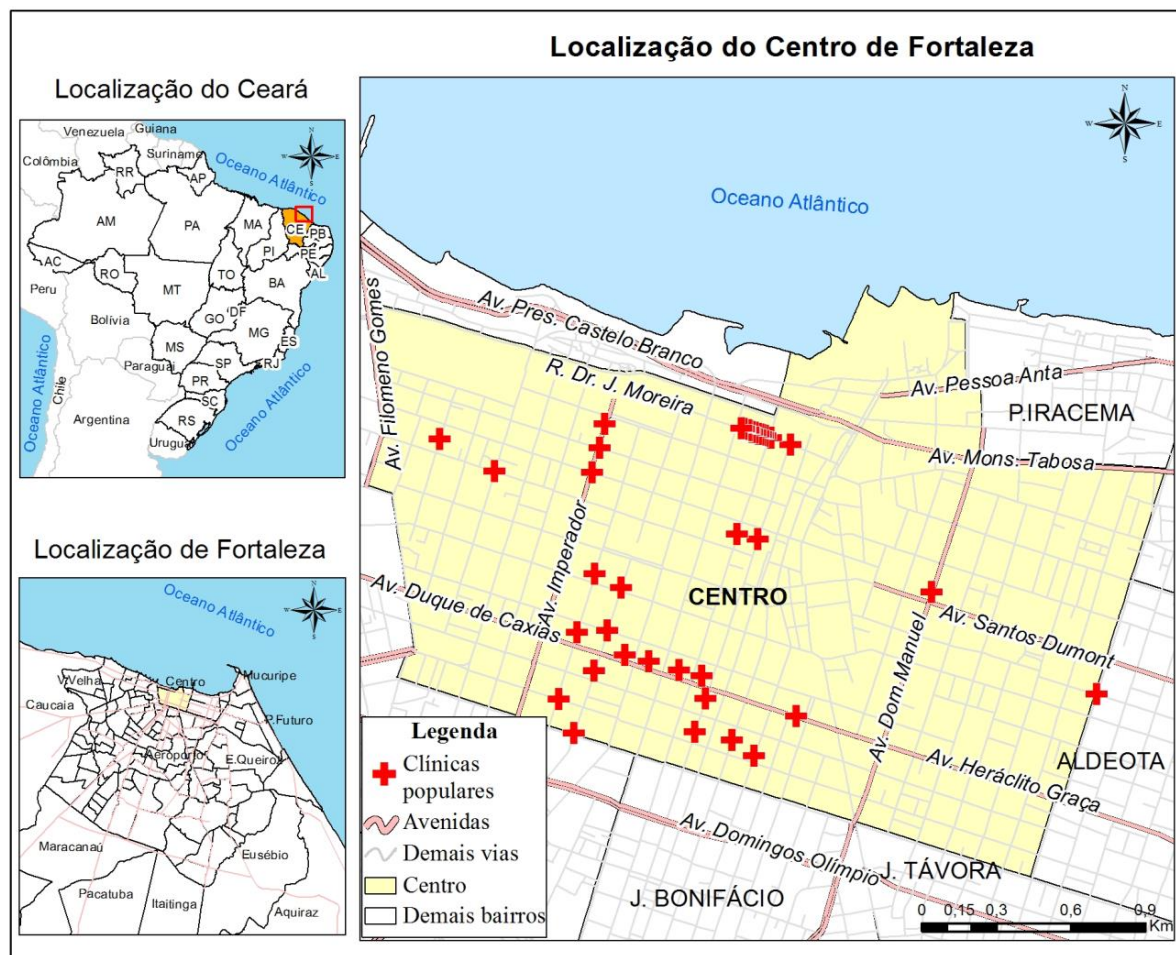
No caso específico das clínicas médicas populares, Victalino (2004) mostrou um diagnóstico situacional das clínicas populares existentes na cidade de Recife – PE e refletiu acerca da inserção do profissional médico nos estabelecimentos populares. Entretanto as pesquisas no âmbito das ciências geográficas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

Nesse sentido, o presente trabalho propôs a análise da dinâmica urbana do bairro Centro em Fortaleza, a partir da inserção dos serviços populares privados de saúde no final da década de 1990. As clínicas médicas populares também estão presentes em outros bairros de Fortaleza e em parte da região metropolitana e do interior do estado, entretanto a pesquisa teve como foco as clínicas populares situadas no bairro Centro, considerando que o local foi o ponto de origem desses estabelecimentos e concentra o maior número deles.

As clínicas populares do bairro Centro (Figura 1) foram identificadas como estabelecimentos privados de saúde que realizam procedimentos de atenção básica e de média complexidade, os quais não exigem internamento, sendo mais comuns os seguintes serviços: consultas médicas; diagnósticos; tratamentos clínicos; reabilitação de pacientes; exames laboratoriais, radiológicos, de imagem e

cardiológicos; alguns procedimentos invasivos, como as pequenas cirurgias e punções gerais para a realização de biópsias. Os preços e serviços estão voltados principalmente para os consumidores de menor poder aquisitivo.

Figura 1: Mapa com a localização das clínicas médicas populares do bairro Centro em Fortaleza (CE)



Fonte: GODOY, C. V., 2015.

## METODOLOGIA

Com o intuito de compreender a permanência e a expansão das clínicas populares, foram requeridas informações em instituições públicas. No Conselho Regional de Medicina (Cremec), solicitaram-se informações sobre o total de clínicas regularizadas e ativas no Ceará/Fortaleza/Centro. Apesar de ter havido dificuldades no acesso a esses dados devido às questões burocráticas dos órgãos públicos ou mesmo devido à falta desses dados, as pesquisas de campo e as pesquisas na plataforma nacional do Datasus e nos sites dos referidos órgãos corrigiram a ausência dessas informações.

O estudo incluiu trabalhos de campo nas clínicas populares com observações diretas e aplicação de questionários. Nos períodos de janeiro e fevereiro de 2014, foi aplicado um questionário semiestruturado direcionado aos proprietários e gestores das 32 clínicas médicas populares do bairro.

A princípio, os questionários funcionaram como uma espécie de pré-teste, aplicados em três clínicas. As informações obtidas foram preliminarmente analisadas e algumas questões reformuladas.

Os dados primários resultantes dos questionários foram estruturados em blocos temáticos, classificados de acordo com o escopo investigado. Destacaram-se os seguintes eixos: histórico de instalação e localização das clínicas; estrutura física dos estabelecimentos de saúde, especialidades médicas ofertadas e origem dos pacientes; existência de filiais; diferença de preços entre a matriz e as filiais; formas de pagamento dos serviços prestados; vínculos entre os médicos e as clínicas; parcerias com as prefeituras do interior e com casas de apoio.

A tabulação dos dados obtidos foi realizada com a utilização do software ArcGIS 10.1 e dos programas da Microsoft, Office Excel 2007, resultando na produção de mapas temáticos, infográficos, quadros e tabelas, além de planilhas com informações gerais sobre as clínicas médicas populares.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

As clínicas populares tiveram origem na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Com a redução da oferta de consultas pelo hospital, no final da década de 1990, houve um acúmulo da demanda por atendimento a pacientes advindos principalmente do interior do estado. Por conta disso, o setor administrativo da instituição adicionou uma nova modalidade de atendimento privado, com a oferta de consultas privadas em diversas especialidades médicas com preços populares.

Com o encerramento provisório das consultas populares na Santa Casa, alguns médicos perceberam, então, a oportunidade de montar o próprio negócio. Nesse contexto, os médicos da instituição adquiriram ou alugaram prédios na circunvizinhança, expandindo assim o número de clínicas populares (Figura 2) no centro de Fortaleza.

Figura 2: Imagem das clínicas populares localizadas no quarteirão das clínicas, no Centro, em Fortaleza (CE)



Fonte: Trabalho de Campo (2015). GODOY, C. V., 2015.

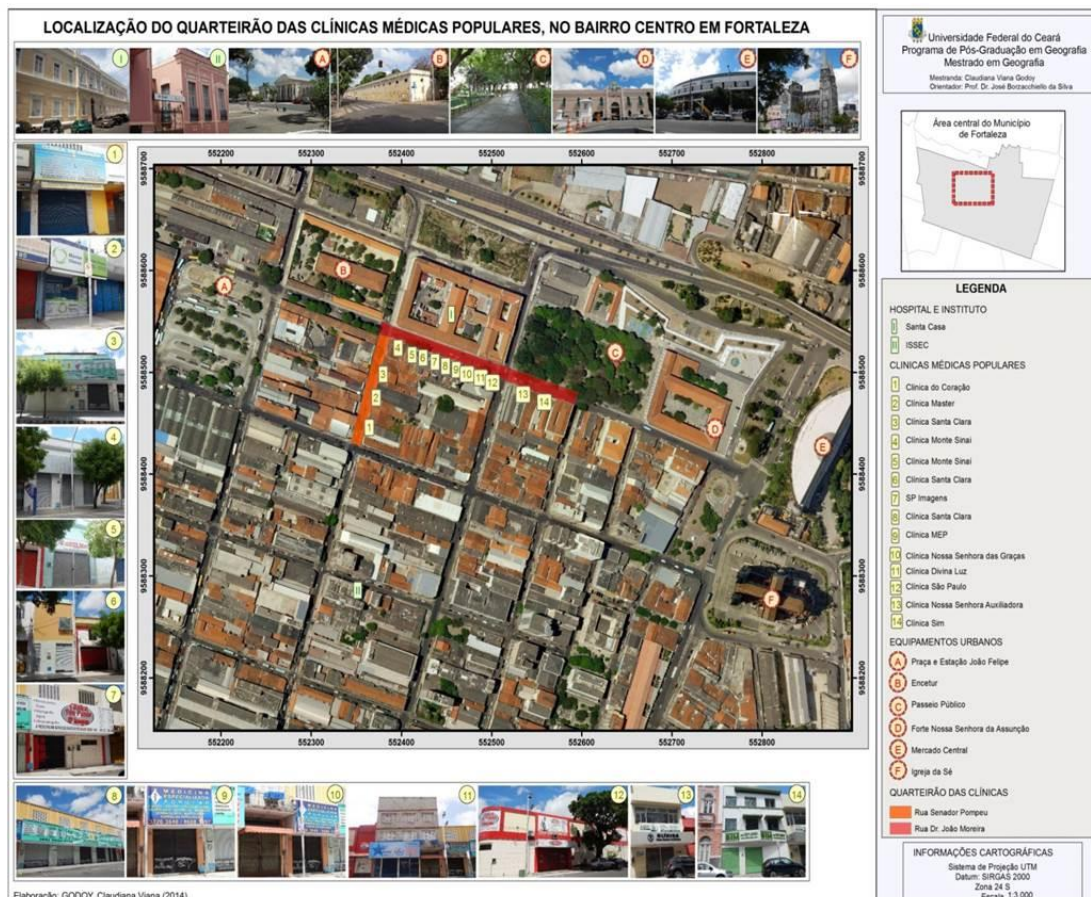
Na década de 1990, foram fundadas nove clínicas populares, a saber: Ortopédica e Traumatológica (1990), Omnimagem (1992), ProntoClínica (1994), São Paulo (1998), Cimagem (1998), Clison – Centro Integral de Ultrassonografia (1998), Clamed (1999), Divina Luz (1999) e Santa Clara (1999).

O decênio de 2000/2009 foi o período em que surgiu o maior número de clínicas populares (quatorze unidades). Dentre elas estão as clínicas Mário de Assis (2001), Ultravida (2002), Imagem do Ceará (2003), Dr. Gerardo Medeiros (2004), Multiclínico de Diagnóstico – Clínica da Fateci (2005), Psicologia e Medicina (2006), Rimagem (2006), Liberato Barroso (2006), MEP – Medicina Especializada Popular (2007), Do Coração (2008), Nossa Senhora das Graças (2008), Monte Sinai (2009), Centro Imagem (2009) e Nossa Senhora Auxiliadora (2009).

Já nos anos de 2010 a 2014 foram instalados mais oito estabelecimentos populares de saúde – as clínicas Free Life (2010), Medcenter (2011), Master (2011), Sol Imagem (2012), Saúde (2013), Imagem Paratodos (2013), Nova (2013) e Sim (2014).

O grande volume de clínicas populares concentradas nas ruas próximas à Santa Casa fez com que o local ficasse conhecido como o Quarteirão das Clínicas (Figura 3). A junção das ruas Doutor João Moreira e Senador Pompeu forma o denominado quarteirão das clínicas.

Figura 3: Mapa de localização dos equipamentos urbanos e serviços de saúde no Quarteirão das Clínicas no bairro Centro, em Fortaleza (CE)



Fonte: GODOY, C. V., 2014.

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

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

O crescimento do setor privado de saúde popular deve-se principalmente à instalação de clínicas médicas, consultórios médicos isolados, consultórios odontológicos, laboratórios de análises clínicas, além de hospitais filantrópicos que disponibilizam atendimentos particulares em diversas especialidades, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

Portanto, das quinze clínicas populares em funcionamento no quarteirão das clínicas (Figura 3), quatro delas situam-se na Rua Senador Pompeu e onze na Rua Doutor João Moreira, com a ressalva de que algumas das clínicas possuem mais de uma unidade de atendimento.

A significativa valorização das edificações situadas nos arredores do quarteirão das clínicas ocorreu em conjunto com a ampliação do fluxo populacional em direção aos serviços de saúde do bairro Centro. Esse fato foi registrado em uma notícia publicada em um site, a qual menciona o convívio frequente entre os pacientes das clínicas populares e as garotas de programas que trabalhavam nas proximidades do Passeio Público:

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

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

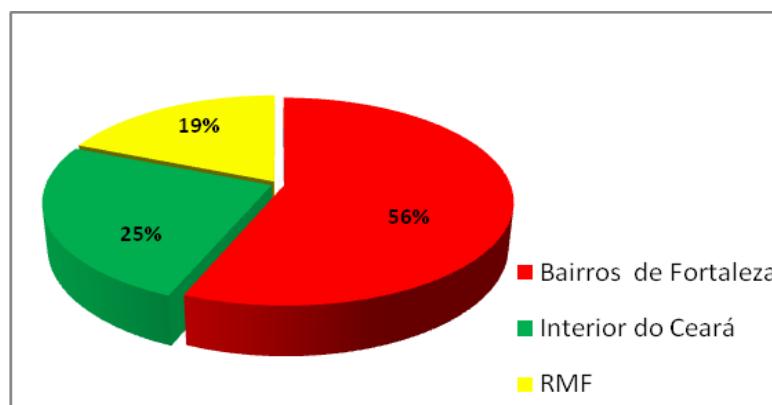
## O INTERIOR DO CEARÁ CONVERGE PARA AS CLÍNICAS POPULARES

De acordo com os representantes das clínicas populares, o maior volume de pessoas que utilizam os serviços de saúde dessas unidades constitui-se primeiramente de moradores de Fortaleza. Em segundo lugar estão pessoas advindas dos municípios do interior do Ceará. Em terceira posição registra-se a população proveniente da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF).

Das 32 clínicas que responderam os questionários, 18 informantes disseram que o maior volume de pacientes é oriundo dos bairros de Fortaleza, enquanto 8 representantes afirmaram atender uma maior clientela dos municípios do interior do Ceará e os 6 respondentes restantes declararam que o maior potencial dos atendimentos é de clientes da RMF (Gráfico 1).

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

Gráfico 1: Origem dos pacientes atendidos nas clínicas populares



Fonte: Pesquisa direta (2015). Elaboração: GODOY, C. V., 2015.

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

As pessoas que buscam pelos serviços hospitalares na Santa Casa também se utilizam dos serviços das clínicas do quarteirão. Quando o paciente se desloca em média de 100 a 300 quilômetros para a realização de uma consulta ou algum procedimento de saúde na Santa Casa de Misericórdia, e se depara com outros serviços solicitados para a obtenção de um diagnóstico ou para a realização de uma cirurgia, essa pessoa vai se defrontar com o que Oliveira (2005) chama de “barreiras ao uso dos serviços de saúde”. Portanto, para evitar o desperdício de tempo e dinheiro com a marcação do procedimento para outra data, torna-se mais eficaz realizar os exames e a consulta no mesmo dia, nas clínicas populares localizadas do outro lado da rua.

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

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

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

Além disso, a precariedade e a escassez dos hospitais e das unidades básicas de saúde da RMF impõem à população desses municípios a busca por assistência na capital. A relativa facilidade de deslocamento entre os municípios metropolitanos e o bairro Centro intensifica a procura pelos

serviços de saúde na cidade, principalmente quando se estende às clínicas populares situadas em avenidas que integram o bairro Centro aos municípios da RMF.

Um exemplo das barreiras enfrentadas pela população interiorana é a utilização de transportes precários<sup>2</sup> (Figura 4) em direção aos serviços de saúde. Essas conduções chegam entre seis e sete horas da manhã e retornam no final do expediente de atendimento das clínicas, para regressarem com os pacientes para as suas cidades de origem. Essas vans, frequentemente consideradas pelo Departamento Estadual de Trânsito do Ceará (Detran) como transportes clandestinos, são próprias das atividades de massa, da população dos municípios interioranos.

Figura 4: Registro fotográfico de um transporte alternativo (pau-de-arara) advindo do interior do Ceará, estacionado em frente a algumas clínicas médicas populares, no Quarteirão das Clínicas, em Fortaleza (CE)



Fonte: Trabalho de Campo (2015). GODOY, C. V., 2015.

As barreiras dos serviços públicos de saúde são discutidas nos estudos de Guimarães (2001, p. 156), Santos, R. e Conceição (2010, p. 6), quando afirmam que “[...] a rede de saúde produz um perverso processo que torna a saúde mercadoria e as pessoas em clientes ou subatendidos nas unidades públicas de saúde, concentradas na capital”.

Essa situação se agrava, segundo Santos, R e Conceição (2010, p. 2), em razão dos interesses ocultos das políticas de saúde do país, muitas vezes blindados pelo discurso hegemônico da dita

<sup>2</sup> O transporte dos pacientes provenientes de algumas cidades do interior do Ceará também é realizado pelos transportes alternativos como as vans e outros veículos de pequeno porte, tidos como o principal meio de locomoção de muitos sertanejos que se deslocam entre comunidades ou municípios que não oferecem linhas de ônibus. É muito comum a apreensão de vans não cadastradas pelo Detran, que considera essa categoria de transporte de passageiros como “transporte clandestino” ou “transporte não autorizado”. “O Detran faz todo mês cerca de 30 apreensões de veículos (uma por dia), principalmente do tipo van, transportando passageiros sem autorização” (DIÁRIO DO NORDESTE, 10.8.2011).



existente e avançada política democrática do país. Na contramão, esse discurso se depara com a realidade cotidiana da dificuldade de acesso e da demora na resolução dos problemas de saúde das pessoas que denunciam a natureza do SUS.

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

De acordo com as colocações apresentadas, torna-se evidente que um dos grandes problemas enfrentados pela população que se serve do sistema de saúde da capital é a estrutura inadequada das unidades de saúde do interior do Ceará, em razão de a rede de saúde do Estado não dispor de uma base consolidada. Os *deficit* da saúde pública intensificam-se pelas más condições de atendimento nos serviços básicos de saúde. Por conta disso, a população interiorana se junta à demanda reprimida da capital.

Outro elemento curioso ficou visível na relação entre as clínicas e os hospitais públicos de Fortaleza e da região metropolitana. Apesar de não possuírem parcerias mútuas, 50% das clínicas investigadas admitiram o recebimento de pacientes transportados por ambulâncias (Figura 5) para a realização de consultas, exames e outros procedimentos clínicos. Ressalta-se que os procedimentos de urgência e emergência não são realizados nas clínicas populares.

Figura 5: Registro fotográfico de uma ambulância do município de Madalena – CE, estacionada em frente ao Quarteirão das Clínicas, na Rua Doutor João Moreira, em Fortaleza (CE)



Fonte: Trabalho de Campo (2015). GODOY, C. V., 2015.

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

Nessa perspectiva, observa-se na Figura 5 uma situação corriqueira. Uma ambulância, proveniente do município de Madalena, estacionada em frente a uma clínica médica popular no bairro Centro. O paciente, por meio de uma conversa informal, declarou ter sido vítima de um acidente de moto no município de origem, razão por que foi transferido para o hospital Instituto Doutor José Frota (IJF) em Fortaleza, com o auxílio de uma ambulância. Como nesse momento o IJF encontrava-se sem atendimento de médicos ortopedistas, o motorista da ambulância sugeriu a possibilidade de uma consulta nas clínicas populares, como uma alternativa rápida.

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

Algumas das clínicas populares do bairro Centro consolidaram-se graças às parcerias e aos convênios estabelecidos com as prefeituras de alguns municípios do interior do Ceará. Cinco das clínicas investigadas confirmaram as parcerias diretas com as prefeituras de alguns municípios do interior do Ceará e municípios da RMF. Outras parcerias importantes das clínicas populares foram realizadas com as casas de apoio<sup>3</sup>, por meio de convênios. Oito das clínicas pesquisadas revelaram a existência de parcerias com essas instituições, sendo os mais citados os municípios de Pecém, Pacatuba, Pacoti, Pacajus, Tabuleiro do Norte, Limoeiro do Norte, Pedra Branca, Paramoti, Maracanaú, Crato, Iguatu, Juazeiro do Norte, Morada Nova, Quixeramobim, Cascavel, Mombaça, Nova Russas, Independência, Quiterianópolis, Ipueiras e Xorozinho.

A dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde figura-se também na demanda dos moradores de Fortaleza, que formam uma clientela composta essencialmente de trabalhadores que não possuem planos de saúde e não dispõem de tempo para esperar por uma consulta em um posto de saúde ou em outras unidades públicas de saúde. Não é novidade a precariedade enfrentada pela população fortalezense nos setores de atendimento à saúde pública.

## A DINÂMICA FLEXÍVEL DAS CLÍNICAS

Das clínicas pesquisadas, nove afirmaram possuir uma filial, sendo quatro filiais instaladas no mesmo bairro da matriz e cinco localizadas nos bairros de Fátima, Messejana e Montese. Observou-se que os serviços prestados pelas duas primeiras filiais praticavam os mesmos preços de suas matrizes, enquanto a clínica localizada no Montese adotava preços diferenciados de sua correspondente, considerados elevados e não populares. As outras clínicas apresentaram suas filiais nos municípios de Juazeiro do Norte e Horizonte, com oferta de preços também populares.

Para Victalino (2004), a competitividade de mercado em que se inserem as clínicas populares favoreceu a duplicação das unidades populares de saúde na cidade de Recife – PE, que atingiu um nível de empresariamento, nas palavras da autora, até então não previsto para elas. Victalino exemplifica isso quando cita o caso de um “[...] proprietário que iniciou suas atividades em um bairro de periferia, posteriormente, abriu outra unidade em um bairro nobre da cidade e atualmente está construindo seu próprio hospital-maternidade na Região Metropolitana do Recife” (VICTALINO, 2004, p. 63).

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

<sup>3</sup> As casas de apoio são instituições responsáveis pela hospedagem de pacientes advindos dos municípios do interior do estado, que vêm a Fortaleza em busca de consultas médicas especializadas e tratamentos de saúde específicos nos hospitais e nas clínicas médicas. Essas casas são vinculadas às prefeituras de diferentes municípios do estado do Ceará. A divulgação das clínicas através dessas instituições ocorreu através das parcerias, em que os próprios funcionários de ambas as instituições direcionaram os pacientes conforme o serviço requisitado.

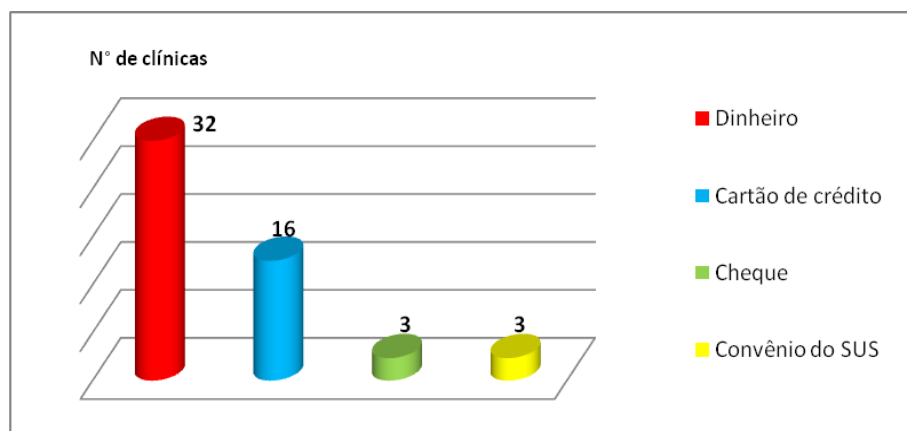
[...] o pagamento direto da consulta (PDC) é realizado através de cartão de crédito, espécie ou cheque, que poderá ser financiado em até dez vezes a depender do valor do procedimento a ser realizado; ou mediante convênios ou do plano próprio administrado pela clínica (VICTALINO, 2004, p. 57).

Até o final da década de 1990, as clínicas populares do bairro Centro não possuíam nenhum tipo de pagamento a longo prazo, como cheques, crediários ou cartões de crédito, e cobravam em espécie os valores dos serviços prestados.

Com o aumento da concorrência, além de praticarem o pagamento em espécie pelos serviços prestados, os proprietários das clínicas passaram a adotar outras formas de reembolso, prevalecendo os pagamentos via cartão de crédito e débito, cheque e convênio com o SUS. De acordo com os dados apontados por meio dos questionários, os cartões de créditos foram aceitos por dezesseis clínicas questionadas. Foi observado que as clínicas que se apresentaram favoráveis ao recebimento de diferentes formas de pagamento foram exatamente as mesmas que dispuseram de sistemas de gestão informatizados, propícios ao recebimento de outras opções de atendimentos, como é o caso dos convênios de saúde particulares. Outro ponto notável foi o fato de as referidas clínicas se localizarem distanciadas do quarteirão das clínicas, estando, portanto, excluídas da grande concorrência com as clínicas captadoras de potenciais pacientes da Santa Casa de Misericórdia, o que favoreceu a decisão pelo parcelamento como estratégia de aquisição de um maior número de clientes.

Quanto ao recebimento do cheque, apenas três clínicas populares manifestaram-se favoráveis a essa forma de pagamento. Quanto ao SUS, três clínicas admitiram atender a demanda do sistema público de saúde da cidade de Fortaleza (Gráfico 2).

Gráfico 2: Formas de pagamento das clínicas populares no bairro Centro de Fortaleza (CE)



Fonte: Pesquisa direta (2015). GODOY, C. V., 2015.

As pesquisas revelaram que uma ampla parcela das clínicas populares pertence a ex-funcionários médicos aposentados da Santa Casa ou é administrada por eles, principalmente as unidades situadas nas proximidades do dito hospital.

Por outro lado, as pesquisas revelaram que se tornou cada vez mais comum o hábito de os médicos optarem simplesmente pelo aluguel dos consultórios das clínicas populares, conciliando, assim, o expediente de trabalho com outras clínicas e hospitais (Gráfico 3). As clínicas que alugam consultórios são geralmente empresas gerenciadas por administradores empresariais do ramo comercial e comumente funcionam em estruturas com características de prédios comerciais, isto é,

em imóveis que foram adaptados para o funcionamento dos consultórios e das salas de procedimentos e exames das unidades médicas.

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

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

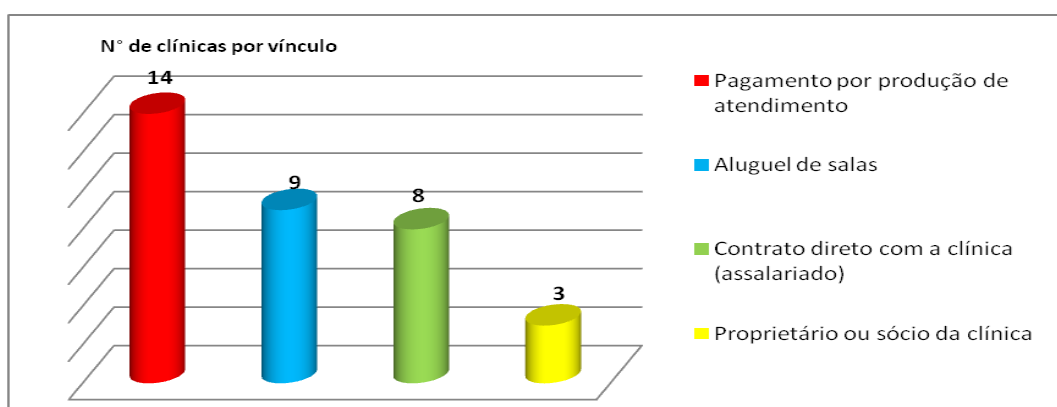
Verificou-se também que quatorze clínicas populares compuseram associações com médicos através do sistema de produção por atendimento, de modo que os médicos funcionários das unidades podem ser contratados informalmente, sem um vínculo empregatício na carteira de trabalho, por meio de parcerias verbais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

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

Oito das clínicas pesquisadas informaram que os médicos foram contratados de forma direta, mediante vínculo empregatício e cumprimento do regimento dos estabelecimentos. Apenas três das clínicas declararam que o vínculo ocorreu através de sociedade. Os médicos proprietários das clínicas firmaram acordos jurídicos administrados por meio de sociedades entre esses profissionais, ficando os gastos, as despesas e os lucros divididos entre os sócios.

Esses relatos não anulam o fato de que alguns dos gestores das clínicas adotaram um sistema misto de vínculo com os médicos. Algumas clínicas negociaram o tipo de contrato de acordo com a situação dos profissionais, em razão do reduzido número de médicos disponíveis no mercado, tendo a negociação se tornado um critério de difícil avaliação. Conclui-se que as negociações entre os profissionais e as empresas ocorreram de maneira singular, cabendo a cada instituição uma forma diferenciada de negociação (Gráfico 3).

Gráfico 3: Tipos de vínculo dos médicos com as clínicas populares do bairro Centro de Fortaleza (CE)



Fonte: Pesquisa direta (2015). GODOY, C. V., 2015.

Na análise acerca das relações de trabalho entre os profissionais médicos e as clínicas, Victalino (2004, p. 70) critica os tipos de vínculos informais de trabalho, em que esses funcionários não possuem contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT:

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

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

### **A RELAÇÃO CONTRADITÓRIA ENTRE AS ESTRUTURAS FÍSICAS PRECÁRIAS E A CONCENTRAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Observou-se que as clínicas populares são compostas, basicamente, por consultórios, sala de espera e recepção (Gráfico 4), funcionando em estruturas simples e modestas, em razão da temporalidade desses estabelecimentos, inseridos em uma concepção de permanência instável, em consequência da fragilidade nos padrões regulatórios de funcionamento junto à prefeitura e ao estado, além do aumento da especulação imobiliária da área que, conseqüentemente, amplia os valores dos aluguéis dos imóveis onde funcionam as clínicas.

A compartimentação interna das clínicas populares que apresentaram estruturas mais modernas constitui-se dos seguintes setores (Gráfico 4): copas, almoxarifados, salas de administração, salas de digitação de laudos, postos de coleta de exames laboratoriais, diretorias, estacionamentos, arquivos médicos, salas de raios-x, salas de descanso médico, salas de reuniões, salas de expurgo, salas de repouso, salas de esterilização, Centrais de Processamento de Dados (CPDs), salas de pequenos procedimentos cirúrgicos, salas de exames de tomografia e de ressonância magnética, postos de fornecimento de amostras grátis, salas de aplicação/retirada de gesso, salas de laboratórios de análises clínicas.

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

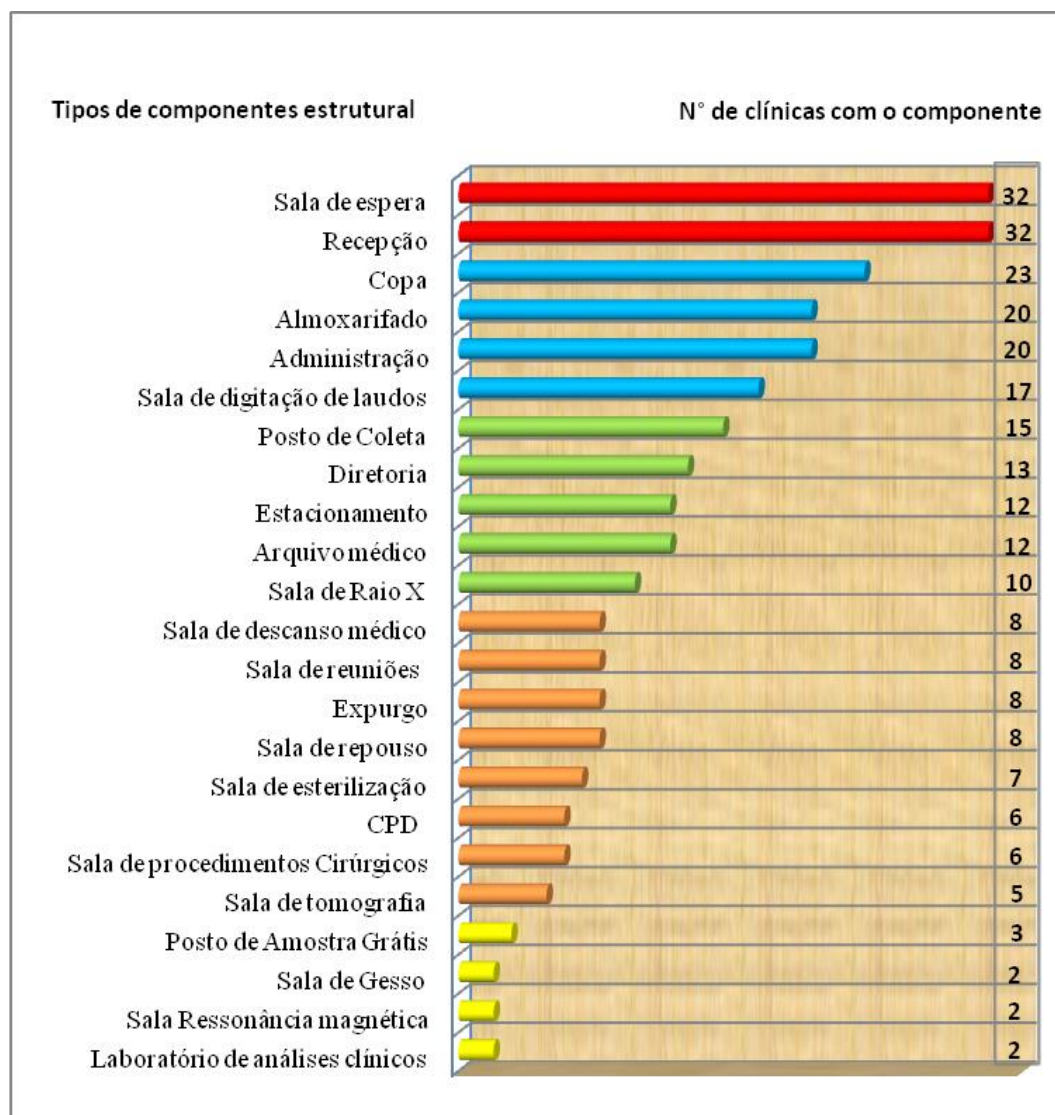
[...] os palacetes e sobradões envelhecidos, que perderam seu antigo papel de residência dos nobres e da gente rica, conhecem agora outras utilizações. Alguns servem exclusivamente à residência pobre. Outros abrigam, no andar térreo, um comércio de transição ou artesanato (SANTOS, M., 2008, p. 161).

Por outro lado, a crescente demanda do setor estimulou a necessidade de investimentos direcionados à ampliação e à modernização dos espaços físicos das clínicas. Para a resolução dessa carência, tornou-se comum aos proprietários empregarem os lucros obtidos na reforma desses espaços e na aquisição de equipamentos de exames-diagnósticos e de tecnologias avançadas.

Ainda sobre o caráter provisório das atividades ofertadas à população menos abastada, Corrêa (1997, p. 124) acredita que “[...] saíram vitoriosas aquelas atividades que podiam transformar acessibilidade em lucro, suportando pagar o alto valor da terra”.

Contudo as clínicas populares apresentaram limitações relativas à estrutura física, em geral com estruturas modestas, com espaços insuficientes para a implantação de alguns equipamentos que requereriam maiores espaços físicos. As áreas físicas das clínicas não ultrapassaram os duzentos metros quadrados de área construída, e essas reduzidas áreas são aproveitadas para o funcionamento dos consultórios médicos, dividindo espaço com os equipamentos de exames clínicos.

Gráfico 4: Componentes da estrutura física das clínicas populares do bairro Centro, Fortaleza (CE)



Fonte: Pesquisa direta, questionários, sites e material de divulgação (2015). GODOY, C. V., 2015.

Uma das principais atribuições das clínicas médicas populares foi a capacidade das unidades de disponibilizarem uma ampla variedade de médicos e outros especialistas da saúde, ainda que funcionassem em prédios com estruturas modestas e compactas. As clínicas ofertaram, em média, trinta e cinco diferentes especialidades médicas e não médicas à população.

Pelas pesquisas realizadas nas clínicas médicas populares do bairro Centro, depreendeu-se que as especialidades da saúde mais requisitadas pelos pacientes foram (Gráfico 5): ginecologia, clínica geral, cardiologia e dermatologia. Em primeiro lugar, os serviços mais popularizados foram os dos ginecologistas-obstetras, profissionais que atendem em 23 das clínicas populares do bairro. Os ginecologistas também representaram o maior número de registros, por especialidades médicas, junto ao Cremec, com o total de 543<sup>4</sup> registros profissionais até julho de 2014. Esse número também

<sup>4</sup> Segundo dados estatísticos do Cremec até julho de 2014, consta o registro de 113 cirurgiões plásticos, 60 nefrologistas, 45 infectologistas, 44 hematologistas, 15 alergologistas, 2 cirurgiões oncologistas gerais e 2 cirurgiões pediatras.

reforçou a hipótese de que os serviços desses estabelecimentos populares estariam voltados principalmente para a saúde da mulher.

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

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

A segunda especialidade médica mais presente nas clínicas populares foi a clínica médica, cujos profissionais atenderam em vinte clínicas do bairro Centro. Os clínicos gerais também representaram o segundo maior número de registros junto ao Cremec, em relação a outras especialidades, com o total de 533 profissionais atuantes em todo o estado do Ceará em 2014.

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

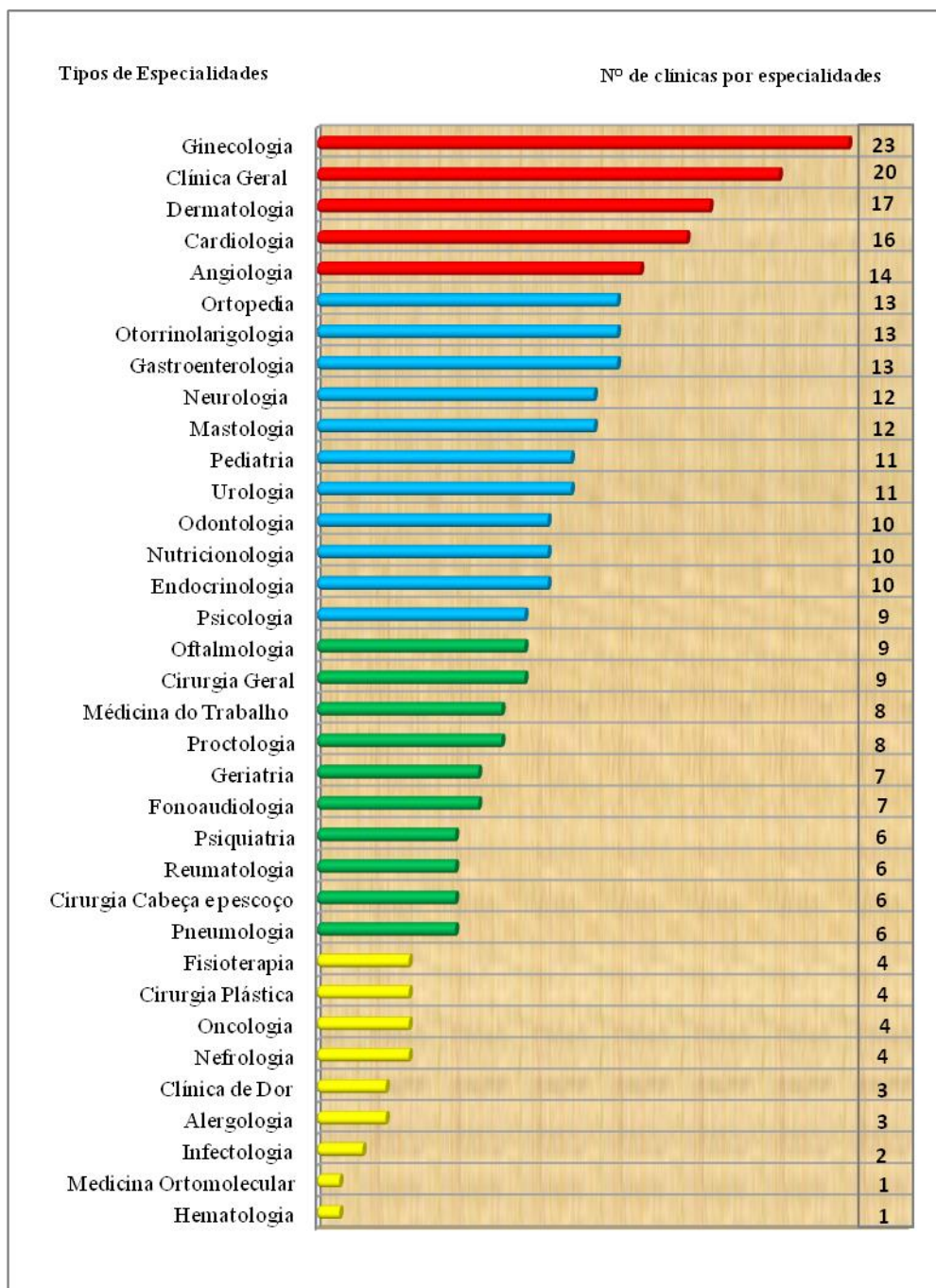
O câncer de pele é o mais frequente no Brasil, correspondendo a 25% dos tumores malignos registrados no país pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca). Embora seja o tipo de câncer mais frequente, quando detectado precocemente o câncer de pele apresenta altos percentuais de cura (SESA, 2013).

Os cardiologistas ocuparam a quarta posição das especialidades médicas mais presentes nas clínicas populares, com profissionais que atenderam em dezesseis das clínicas. Entre quatorze e dez das clínicas populares pesquisadas ofertaram as especialidades de angiologia, ortopedia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, neurologia, mastologia, pediatria, urologia, odontologia, nutricionologia e endocrinologia.

Entre nove e seis das clínicas populares analisadas disponibilizaram os serviços dos profissionais de psicologia, oftalmologia, cirurgia geral, medicina do trabalho, proctologia, geriatria, fonoaudiologia, psiquiatria, reumatologia, cirurgia de cabeça e pescoço e pneumologia. As especialidades mais raras ofertadas pelas clínicas foram: fisioterapia, cirurgia plástica, oncologia, nefrologia, clínica de dor, alergologia, infectologia, medicina ortomolecular e hematologia. Essas últimas especialidades citadas também representaram o menor número de registros profissionais junto ao Cremec (Gráfico 5).

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

Gráfico 5: Tipos e quantidades de especialidades da saúde existente nas clínicas médicas populares no bairro Centro, em Fortaleza (CE)



Fonte: Pesquisa direta, questionários, sites e material de divulgação (2015). GODOY, C. V., 2015.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A permanência das clínicas médicas populares está diretamente vinculada ao interior do Ceará, pois é justamente a população interiorana a base de sustentação desses estabelecimentos de saúde. Os elementos facilitadores que vinculam o interiorano às clínicas encontram-se nas casas de apoio espalhadas por Fortaleza, no transporte alternativo direcionado aos pacientes das clínicas, nas



parcerias com as prefeituras, nas ambulâncias e no atendimento da Santa Casa. A facilitação das formas de pagamento, a conexão do bairro com toda a cidade e sua região metropolitana através das linhas de ônibus, metrô e transporte alternativo, a grande quantidade de especialidades médicas e exames também atraíram para o Centro grande parte da população fortalezense e da RMF.

A carência de especialidades médicas no interior do estado do Ceará revela-se como um dos principais fatores que estimulam os fluxos populacionais dos habitantes do interior do estado em direção à capital, em busca de serviços mais especializados de saúde. A maior parte da demanda se concentra nos setores público e privado de saúde, pois, de acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2014), aproximadamente 7,2 milhões de cearenses dependem diretamente do atendimento do SUS, por não possuírem plano de saúde privado.

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

A inserção e expansão das clínicas médicas populares no Centro de Fortaleza, a partir da década de 1990, foram responsáveis pela nova dinâmica do bairro, representada pela valorização dos aluguéis dos imóveis comerciais, pela transformação de antigas lojas de artesanato, pensões, bares e motéis em clínicas médicas, pela substituição de uma área de prostituição por um quarteirão de clínicas médicas, além do aumento do fluxo da população do interior do estado em busca de consultas, exames e outros tratamentos de saúde.

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

A valorização da área central se concentra nas ruas que comportam as lojas de comércio e de prestação de serviços, já a desvalorização ou degradação são percebidas nas áreas circundantes com menores fluxos de transeuntes, onde existe uma disposição de atividades depreciativas como bares, motéis, bordéis, entre outros estabelecimentos. O aumento da procura por imóveis para a instalação das clínicas médicas nessas áreas que possuem aluguéis mais baratos promoveu uma supervalorização local. Além disso, a concorrência entre as clínicas com oferta de serviços similares despertam atenção dos órgãos reguladores que brevemente cobrarão todos os impostos correspondentes à atividade desempenhada pelas clínicas.

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

## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – IESS. **Saúde Suplementar em Números**: Os principais e mais recentes números de beneficiários de planos de saúde. 4. ed. Data base: junho de 2014. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/o2t2d9ds0414wsm.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2014.

MONTEIRO, A; AZEVEDO, I. O Quarteirão da Saúde. **MAFALDIANAS**: Impressões Sobre a Vida e o Mundo. Disponível em: <<http://isabelleazevedo.blogspot.com.br/2007/05/o-quarteiro-da-sade.html>>. Acesso em: 1º ago. 2014.

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

OLIVEIRA, E. X. G. **A multiplicidade do Único**: territórios do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: s.n, 2005. 97p  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Plano municipal de saúde 2010-2013 de Fortaleza**: uma construção coletiva. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios\\_de\\_gestao/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2010-2013.pdf](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios_de_gestao/plano_municipal_de_saude_2010-2013.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2014.

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

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

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

SANTOS, M. **O Centro da Cidade de Salvador**: Estudo de Geografia Urbana. 2. Ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; Salvador: Edufba, 2008. 208 p.

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

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

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