

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

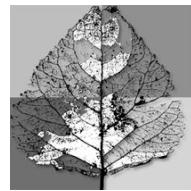
Centro de Artes e Comunicação

Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Urbano

WASHINGTON LUIZ SILVA LAGO

**O POLO MÉDICO-HOSPITALAR DO RECIFE E A ESPACIALIZAÇÃO
DOS SEUS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE: POLO DE
CRESCIMENTO OU DE DESENVOLVIMENTO?**

**Recife
2010**



Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Urbano
Universidade Federal de Pernambuco

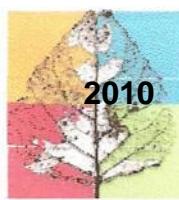
Washington Luiz Silva Lago

**O POLO MÉDICO-HOSPITALAR DO RECIFE E A ESPACIALIZAÇÃO DOS SEUS
EQUIPAMENTOS DE SAÚDE: POLO DE CRESCIMENTO OU DE
DESENVOLVIMENTO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de Pernambuco (MDU/UFPE) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Urbano.

Orientadora: Prof. Dra. Norma Lacerda

Recife

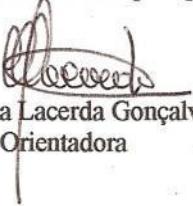


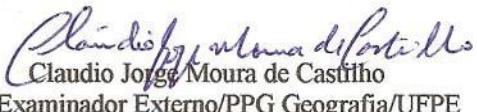
Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Urbano
Universidade Federal de Pernambuco

Ata de Defesa de dissertação em Desenvolvimento Urbano do mestrando **Washington Luiz Silva Lago**.

Às 14.00 horas do dia 11 de março de 2010 reuniu-se no Mini Auditório 2,a Comissão Examinadora de dissertação, composta pelos seguintes professores: Norma Lacerda Gonçalves (orientadora), Claudio Jorge Moura de Castilho (examinador externo), Cesar Cavalcanti de Oliveira (examinador interno) para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "Pólo Médico-Hospitalar do Recife e a Espacialização dos seus Equipamentos de Saúde: Pólo de Crescimento ou de Desenvolvimento?", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Urbano. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Norma Lacerda Gonçalves, após dar conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a comissão se reuniu, sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Pelas indicações, o candidato foi considerado APROVADO. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar eu Rebeca Júlia Melo Tavares, lavrei a presente ata, que será assinada por mim, pelos membros participantes da Comissão Examinadora e pelo candidato. Recife, 11 de março de 2010.

- Indicação da Banca para publicação (X)


Profa. Norma Lacerda Gonçalves
Orientadora


Claudio Jorge Moura de Castilho
Examinador Externo/PPG Geografia/UFPE


Cesar Cavalcanti de Oliveira
Examinador Interno/PPGMDU/UFPE


Rebeca Julia Melo Tavares
Secretária do Programa


Washington Luiz Silva Lago.
Candidato

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos:

A Santíssima Trindade, por permitir concluir mais uma etapa da minha vida.

A minha orientadora, prof. Norma Lacerda, pela compreensão, conselhos, e principalmente paciência.

A minha esposa e companheira, Suenia, pela compreensão, e incentivo nos momentos difíceis, em momentos em que não acreditava terminar este trabalho.

Aos Colegas, Professores e Funcionários do Mestrado em Desenvolvimento Urbano agradeço a convivência agradável, os momentos de boas risadas, de discussões profícias e o compartilhar de dúvidas e angústias tão presentes para todos nós.

“Dubitando ad veritatem pervenimus.”

Duvidando chegamos à verdade.

CÍCERO, SÉCULO I A.C.

“Labor improbus omnia vincit.”

O trabalho persistente vence tudo.

VIRGÍLIO, SÉCULO I A.C.

“Memento, homo, quia pulvis es et in pulverem reverteris.”

Lembra-te, homem, que és pó e em pó te tornarás.

PALAVRAS PRONUNCIADAS PELO SACERDOTE ENQUANTO IMPÕE CINZA NA CABEÇA DE CADA FIEL, NA QUARTA-FEIRA DE CINZAS.

O Polo Médico-Hospitalar do Recife e a Espacialização dos seus Equipamentos de Saúde: Polo de Crescimento ou de Desenvolvimento?

Aluno: Washington Luiz Silva Lago

Orientadora: Prof. Dra. Norma Lacerda

RESUMO

Considerado um dos principais centros de referência em saúde no Brasil, o Polo Médico do Recife (PMR) experimentou, nas últimas décadas, a sua ampliação mediante a instalação de clínicas e de hospitais de interesse privado bem como a realização de grandes investimentos em tecnologia e infra-estrutura. Esse Polo vem sendo considerado uma alternativa àqueles que buscam melhor atendimento e qualidade nos serviços médicos.

Tal ampliação significou mudanças importantes em termos de uso e ocupação do solo, redefinindo a paisagem urbana, principalmente nos bairros da Boa Vista, Ilha do Leite, Derby e Paissandu que correspondem ao seu núcleo. Tais bairros configuram-se num espaço de fácil acesso aos grupos sociais economicamente privilegiados, residentes em outras áreas nobres do Recife (Boa Viagem, Espinheiro, Graças, Aflitos, etc.,).

Frente a essas mudanças, a presente dissertação tem como objetivo analisar a formação e estruturação espacial do Polo Médico do Recife, desde o início do século XVIII até o final do século XX, desvendando a participação das diversas esferas governamentais e da iniciativa privada neste processo e indagando se o mesmo se conforma como um polo de desenvolvimento.

Para atingir esse objetivo, a pesquisa foi realizada em 4 etapas: Na primeira, foi construído um referencial teórico, com vista a fornecer os elementos imprescindíveis à análise da realidade a ser estudada. Na segunda, foi realizada uma investigação sobre a evolução do sistema de saúde no Brasil, enfatizando os aspectos legais e normativos de sua formação em nível nacional e suas implicações no Recife. Na terceira, foram tecidas considerações sobre o sistema de saúde com ênfase no sistema público, responsável em última instância pela emergência de um forte setor de saúde com caráter privado. Ademais, foi evidenciada a tendência de concentração dos equipamentos de saúde privados nos bairros acima mencionados responsável pelas transformações espaciais em termos de uso e ocupação do solo. Na quarta, mediante a análise dos resultados alcançados, foi possível ressaltar a participação das esferas governamentais e do setor privado no processo de estruturação do Polo Médico do Recife. Mais ainda, permitiu concluir que este se caracteriza como polo de crescimento e não de desenvolvimento.

Palavras-chave: polo médico, polo de saúde, serviços de saúde, sistema privado de saúde, polo médico do Recife, sistema público de saúde, SUS.

The Recife Medical Pole and the Specialization of its Health Equipments: Developing or Growing Pole?

Author: Washington Luiz Silva Lago

Orientation: Prof. Doc. Norma Lacerda

ABSTRACT

Considered to be one of the leaders reference centres in the Brazilian health system, the 'Recife Medical Pole' (PMR) has experienced, in the last decade, a significant growth in it self, setting new surgeries and hospitals in the private sector as well as investing in technology and infra-structure. This Pole has been considered an alternative to those who are in search of better service and quality in the Brazilian health system.

Such growth has meant important changes in the use and occupation of the environment, redefining urban landscape, especially in the districts of Boa Vista, Ilha do Leite, Derby and Paissandu where it's base is set. Economically, privileged social groups set in noble areas on Recife (Boa Viagem, Espinheiro, Graças, Aflitos, etc.,). Have also easy access to the districts.

Due to such changes this essay has the aim to analyse the formation and special structure of the RMP since the beginning of the XVIII to the end of the XX century, revealing the participation of the private initiative and of various governmental levels to argue if it is accepted as a developing Pole.

To achieve this goal, this research was divided in 4 topics: in first topic, a theoretical reference was created, having in mind fundamental element to analyze the reality to be studied. In second, an investigation about the evolution of the Brazilian Health System was made, emphasizing the legal and the legislative aspects and its formation in the national level and how it affects Recife. The third topic, considerations in the health system emphasizing the public system were made, taxing responsibility mainly in the urgency of a strong health system with a private character. Besides, there was a need for concentration of private health equipments in the mentioned districts which are responsible for the special transformation in term of usage and occupation of the soil. The fourth topic, in the analysis of the achieved results, it was important to emphasise the participation of the private sector and governmental levels in the process of building the RMP. We must remember that this pole characterized as a growing pole and not a developing one.

Key words: Medical Pole, health Pole, health system, Private health system, Recife Medical Pole, Health Public System (SUS – Brazilian public health system).

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Gráfico 1 – Brasil: Plano Salte – Recursos Previstos Sobre o Total Geral de Investimentos (Período 1950-1954, em Porcentagem)	81
Tabela 1 – As Fontes de Receita do INPS: Principais Receitas Correntes Entre 1967 a 1976 (Em Porcentagem, sobre a Receita Total)	86
Tabela 2 – Brasil: População Amparada e Não Amparada pelo SINPAS em Junho de 1974.....	87
Tabela 3 – Brasil: Leitos Disponíveis para Internação nos Estabelecimentos de Saúde, por Classificação da Entidade Mantenedora do Estabelecimento, sua Evolução e Distribuição (Período 1976 a 2006, com lacunas).....	88
Gráfico 2 – Brasil: Evolução e Distribuição do Número Total de Leitos (1976-2006) ...	89
Tabela 4 – Brasil: Número de Consultas Médicas Realizadas pelo INPS (em mil) em Unidades Próprias, Contratadas e Conveniadas no Período de 1971-1977.....	91
Tabela 5 – Brasil: INAMPS: Percentual Total de Despesas de Saúde, sua Evolução e Distribuição (Período 1979 a 1986)	92
Tabela 6 – Brasil: Evolução Temporal das Principais Doenças Infecciosas e Parasitárias Notificadas (Décadas de 1980-1990).....	97
Tabela 7 – Brasil, Estados do Nordeste e Região Nordeste. Indicadores Demográficos: Censos 1980, 1991 e 2000	111
Tabela 8 – Variação do Produto Interno Bruto: Brasil, Nordeste e Pernambuco (1994-2006).....	112
Tabela 9 – Desigualdade: Evolução do Coeficiente de Gini da Renda Domiciliar Per Capita: Comparação Entre o Brasil e os Estados do Nordeste do Brasil (2003-2007).....	112
Tabela 10 – Região Metropolitana do Recife: Distribuição e Evolução do PIB (Em milhões R\$ de 2002, por Município. Período 2002-2006).....	117
Gráfico 3 – Distribuição do PIB da RMR: Por Município, em 2006	118
Tabela 11 – Porcentagem da População que Vive Abaixo da Linha de Pobreza, em Algumas Regiões Metropolitanas Brasileiras	119
Tabela 12 – Número Total de Estabelecimentos Públicos e Privados e a Sua Distribuição de Acordo com a Esfera Administrativa por Capitais Estaduais e no Brasil.....	121
Tabela 13 – Região Metropolitana do Recife: Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Por Município, e de Acordo com a Esfera de Governo, 2007	126
Tabela 14 – Regiões Metropolitanas de Recife, Fortaleza e Salvador: Percentual de Participação sobre o Total Geral da População e dos Estabelecimentos de Saúde do SUS do Município Principal da RM Sobre o Total Geral da RM, 2005	127
Tabela 15 – Região Metropolitana do Recife: Evolução da Despesa de Saúde Por Habitante/Ano Com Recursos Próprios (RP) e Totais de Saúde (RT) dos Municípios da RMR e do Estado de Pernambuco (em R\$, a preços constantes, Período 2000-2008 com Lacunas).....	128
Gráfico 4 – Região Metropolitana do Recife: Distribuição dos Leitos Hospitalares do SUS nos Municípios.....	129
Tabela 16 – Recife: Tabela de Preços de Terrenos de Alguns Bairros (Preços Constantes, em R\$ - Jan. de 2006).....	168

Tabela 17 – Município do Recife: Região Político-Administrativa I – Percentuais das Áreas Construídas dos Imóveis Por Total de Pavimentos, Segundo a RPA e Bairro (2000) 175

Tabela 18 – Município do Recife: Região Político-Administrativa I: População Residente em ZEIS, População, Área e Densidade Demográfica, 2000 178

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Município do Recife: Localização do Polo Médico do Recife (PMR)	29
Mapa 2 – Município do Recife: Principais Corredores de Transporte.....	33
Mapa 3 – Município do Recife: Estabelecimentos de Saúde (Século XIX).....	58
Mapa 4 – Brasil: Evolução da Taxa de Cobertura do Sistema Suplementar de Saúde, por Unidade de Federação (2002, 2005 e 2008).....	101
Mapa 5 – Estado de Pernambuco: Os Principais “Polos” ou “Eixos de Desenvolvimento”.....	115
Mapa 6 – Região Metropolitana do Recife: Divisão Político-Administrativa.....	116
Mapa 7 – Brasil: Quantidade e Distribuição da Rede de Estabelecimentos de Saúde (Por Capital de Estado, em Porcentagem, 2007).....	123
Mapa 8 – Município do Recife: Área Central da Cidade e a Localização do Hospital Português (Séc. XIX).....	151
Mapa 9 – Município do Recife: Distribuição dos Tipos de Ocupação Existentes (Séc. XIX).....	153
Mapa 10 – Município do Recife: Planta do Lugar do Coelho, 1890	155
Mapa 11 – Recife: Planta de Melhoramentos do Porto do Recife, 1874	156
Mapa 12 – Recife: Área do Hospital D. Pedro II e Arredores, 1906.....	157
Mapa 13 – Município do Recife: Área Central da Cidade, 1932	161
Mapa 14 – Município do Recife: Plano Atílio Corrêa Lima (Sistema Viário)	162
Mapa 15 – Município do Recife: Fragmento de Planta, Década 1950.....	164
Mapa 16 – Município do Recife: Áreas Desapropriadas, 1970-1980.....	166
Mapa 17 – Município do Recife: Ortofotocartas e Imagem de Satélite do Derby, Ilha do Leite, Paissandu e Adjacências (1974, 1997 e 2007).....	172
Mapa 18 – Município do Recife: Densidade Construtiva por Habitante, 2000	173
Mapa 19 – Município do Recife: Crescimento Populacional, por Bairro (1991-2000) .	176
Mapa 20 – Município do Recife: Percentual de Responsável por Domicílio Com Renda de Mais de 10 Salários-Mínimos (1991 e 2000).....	177
Mapa 21 – Município do Recife: Áreas da Ilha do Leite e Adjacências Imediatas - Lei de Ocupação e Uso do Solo (Pranchas 90 05-00, 90 07-05, 90 25-50 e 90 27-55)	179
Mapa 22 – Município do Recife: Localização e Expansão do PMR, 2006	182
Mapa 23 – Município do Recife: Distribuição de Renda por Chefe de Domicílio, 2000	184

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O Hospital D.Pedro II visto da Ilha Joana Bezerra, Final do Século XIX	53
Figura 2 – O Hospital dos Alienados, 1909	54
Figura 3 – Revolta da Vacina. Rio de Janeiro, 1904.	64
Figura 4 – Abertura da Avenida Central (Rio Branco). Rio de Janeiro, 1905.....	65
Figura 5 – Gripe Espanhola: Rio de Janeiro, 1919	72
Figura 6 – Nota do Serviço Sanitário de São Paulo à Respeito da Gripe Espanhola....	73
Figura 7 – Anúncio de Receita para Gripe Espanhola	73
Figura 8 – O Hospital D.Pedro II, A ZEIS dos Coelhos e Vista Parcial dos Edifícios que Compõem o PMR (2009)	104
Figura 9 – O Hospital D. Pedro II, em 1909.....	148
Figura 10 – Hospital Lariboisière. Paris, 2009	149
Figura 11 – Hospital Lariboisière. Paris, 1911	149
Figura 12 – Litografia do Hospital Português, 1886	152
Figura 13 – O Parque do Derby em 1924: Antes e Depois	159
Figura 14 – Prédio da Faculdade de Medicina, Bairro do Derby (década de 1950)....	160
Figura 15 – Ilha do Leite, início do Século XX	160

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
Capítulo I: CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: REGIÃO E/OU POLO?	20
1.1. O Espaço e a sua Dinâmica	21
1.2. A Região e os Seus Parâmetros de Delimitação	25
1.3. Polo de Desenvolvimento e Polo de Crescimento	30
Capítulo II: AS BASES ESTRUTURAIS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE	41
2.1. O Período Higienista no Brasil e em Pernambuco: Epidemias e Autoritarismo	43
2.2. Do INPS ao INAMPS: Uma Transição à Consolidação da Iniciativa Privada no Brasil.....	83
2.3. O Período do INAMPS: O Estado como Agente Financiador e Mantenedor do Sistema Privado.....	90
2.4. A Criação e Ampliação do SUS.....	96
Capítulo III: AS ATUAÇÕES DOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE DA RMR	106
3.1. O Polo Médico do Recife na Realidade Pernambucana.....	108
3.2. O Polo Médico do Recife na Realidade Metropolitana	115
3.3. A Oferta e a Gestão dos Serviços Públicos de Saúde na RMR	120
3.4. A Atuação da Iniciativa Privada de Saúde na RMR	135
Capítulo IV: AS MODIFICAÇÕES ESPACIAIS NO POLO MÉDICO DO RECIFE	142
4.1. Iniciativas Públicas e Privadas no Processo Histórico de Formação e Estruturação do PMR – Século XVII a meados dos Anos 1960	143
4.2. Iniciativas Públicas e Privadas no Processo Recente de Estruturação do PMR – Fins da Década de 1960 até os Dias Atuais.....	165
CONCLUSÕES.....	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192
Anexos.....	211

INTRODUÇÃO

Iniciada em meados dos anos de 1970, a piora na qualidade de atendimento do setor público de saúde foi considerada como um dos principais elementos incentivadores à expansão da saúde privada no Brasil. Nessa época, a ampliação do setor privado era vista como alternativa viável para uma parcela da população que buscava melhor atendimento e qualidade nos serviços médicos.

Esta parcela da população, insatisfeita com a degradação do atendimento público de saúde, representou um aumento de demanda por melhores serviços médicos, que seria canalizado para uma rede de saúde que pudesse suprir a necessidade de atendimento de forma mais eficiente. Isso acarretou grandes investimentos na esfera privada de saúde, principalmente no que tange à tecnologia e infra-estrutura. Tais investimentos significaram modificações espaciais importantes em determinadas áreas de algumas das maiores cidades brasileiras, além de transformações consideráveis nas suas respectivas paisagens urbanas.

No Recife, essas mudanças também ocorreram de forma irreversível, especialmente na área que corresponde ao “polo” médico-hospitalar, cujo núcleo situa-se mais precisamente nos bairros de Boa Vista, Ilha do Leite, Derby e adjacências imediatas. Trata-se de um espaço de fácil acesso aos grupos sociais economicamente privilegiados, residentes em outros bairros nobres da cidade (Boa Viagem, Espinheiro, Graças, Aflitos entre outros), e que possuem poder aquisitivo para acessar os serviços médico-hospitalares privados.

Além do fácil acesso àquela área, ali estão situados alguns dos tradicionais equipamentos ligados à saúde no Recife, a exemplo do Hospital da Restauração (a principal emergência de todo o Nordeste) e do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Nas últimas décadas, ocorreram naquele recorte espacial, a instalação de vários hospitais, laboratórios e clínicas médicas privadas – o que indica um intenso foco dessas atividades, além de comércio e serviços. Esse processo de concentração vem desde 1970, significando mudanças de uso na área: antes era um bairro residencial, e transformou-se num centro comercial e de serviços.

Considerado um dos principais centros de referência em saúde do país¹, esse núcleo constitui uma área de grande valorização imobiliária, uma vez que clínicas e hospitais de interesse privado instalam-se no local, estimulando a Prefeitura investir na melhoria e ampliação das infra-estruturas urbanas (calçamento de ruas, iluminação pública, etc.). Tal comportamento confirma a asserção de Fiorentino (1981:39): “a ação do Estado se transforma num elemento imprescindível à criação do espaço necessário ao capital”.

Nesta ótica, as intervenções urbanas viabilizadas pelo governo local no chamado “Complexo Joana Bezerra” e adjacências, sobretudo nos anos 90 do século passado, se constituíram em um reforço à dinâmica urbana local, corroborando uma das características mais latentes do planejamento urbano no Brasil: a de acompanhar os investimentos privados. O mencionado reforço impulsionou a expansão dos serviços médicos de qualidade naquela área, onde já existia certa concentração de tais serviços. Tal questão levou a refletir sobre o processo de espacialização dos equipamentos de saúde no Município do Recife, levando em conta a contribuição dos setores público e privado.

Diante desse processo, podemos afirmar que a relevância do desenvolvimento desta pesquisa consiste na apreensão do processo de formação do Polo Médico do Recife (PMR) sob a ótica de mercado. Como esta cidade vem ocupando lugar de destaque no cenário nacional da saúde, a importância da realização deste estudo, demonstrando, inclusive, as consequências da sua ampliação na dinâmica da organização espacial desta cidade, assume uma dimensão ainda maior.

Convém ressaltar que os estudos até então realizados a respeito do tema em questão, restringem-se tão somente ao caráter econômico do Polo Médico do Recife - PMR (Freitas, 2002; Casé Filho, 2003; Figueiredo, 2004 & Da Silva, 2005), ou aos seus indicadores de qualidade em saúde (Dubeaux, 2000), não se encontrando estudos acerca dos seus aspectos socioespaciais. Sendo assim, este trabalho tem por finalidade preencher uma importante lacuna existente no conhecimento científico.

¹ Segundo o IPEA: “... nos anos mais recentes, o dinamismo do terciário aponta o grande potencial dessa metrópole por abrigar atividades modernas do setor de serviços, como as de intermediação financeira e as relacionadas à medicina (considerado o segundo polo médico nacional depois de São Paulo)...”, (IPEA, 2001:142).

É importante registrar que a ideia de refletir sobre o processo de espacialização dos equipamentos de saúde no Recife, levando em conta os embates entre as lógicas pública e privada na sua organização e gestão espacial, surgiu a partir dos seguintes questionamentos:

- a) Há uma tendência à expansão dos serviços de saúde de qualidade em espaços onde já é evidente uma concentração de população de mais alta renda?
- b) Em que medida, as diferentes esferas governamentais que compõem o Sistema Único de Saúde (o SUS) tem contribuído para a readaptação funcional da área, e na formação e consolidação do Polo, particularmente ao que se referem às infra-estruturas urbanas?
- c) Em que medida as novas técnicas e formas organizacionais de produção no setor saúde, juntamente com a especialização de suas atividades, vem contribuindo para o processo de concentração espacial dos equipamentos?
- d) Este recorte espacial corresponde realmente a um “polo”? Em caso positivo, trata-se de um polo de crescimento ou de desenvolvimento?

Foram esses questionamentos que impulsionaram a definir com mais precisão o seu objetivo qual seja: analisar a formação e estruturação espacial do Polo Médico-Hospitalar do Recife, desde o início do século XIX até os dias atuais, procurando desvendar como as várias esferas governamentais e também a iniciativa privada participaram desse processo, e verificar se o mesmo se conforma como um polo de desenvolvimento. Para atingir este objetivo mais geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar as bases estruturais do processo de formação do sistema de saúde no Brasil e na Região Metropolitana do Recife;
- b) Identificar os principais agentes indutores da consolidação do PMR, verificando as suas estratégias locacionais e interferências no planejamento urbano da cidade;
- c) Apreender como as relações espaciais ali construídas afetaram a sua estrutura espacial, mediante a lógica de concentração de atividades relacionadas à saúde;
- d) Verificar como as relações existentes entre os setores público e privado de saúde, desenhadas a partir da estruturação do referido Polo Médico,

- intervieram nos processos mais recentes de verticalização e mudanças de uso e ocupação do solo na área;
- e) Responder se a área em estudo corresponde a um polo de desenvolvimento.

Tudo isso orientou os procedimentos desta pesquisa, anunciadas abaixo de acordo com as etapas de trabalho que, em suas linhas essenciais, correspondem aos capítulos desta dissertação.

No *primeiro capítulo* foram construídos os marcos conceituais indispensáveis à análise do objeto empírico. Visa, portanto, fornecer o aporte teórico necessário para o entendimento do fenômeno em questão: um polo de atividade de saúde. O esforço teórico foi o de esclarecer o conceito de polo de desenvolvimento, o que impulsionou a diferenciá-lo do conceito de região.

No *segundo*, foi abordada a evolução do sistema de saúde no Brasil e as suas implicações no Recife. Para atingir tal objetivo, foram levantados os aspectos legais e normativos de sua formação em nível nacional, e coletadas informações históricas a respeito da sua evolução no Recife mediante um detalhado levantamento em diversos arquivos e bibliotecas existentes: Prefeitura do Recife, Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE), Biblioteca Estadual, bibliotecas da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ). Além disso, foram realizadas consultas aos *sites* do Senado Federal, Câmara dos Deputados, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), Departamento Inter-Sindical de Estudos Socioeconômicos (DIEESE), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Saúde (ANS), Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), Ministério da Saúde do Brasil (MS), Fundação Biblioteca Nacional do Brasil (FBN) e Biblioteca Nacional da França (BNF).

No *terceiro*, são apresentadas considerações sobre o sistema de saúde na Região Metropolitana do Recife. Inicia-se com comentários sobre a situação socioeconômica do Estado de Pernambuco, da Região Metropolitana do Recife e da Cidade do Recife no período 1970-2000. Além disso, são analisados aspectos relevantes da situação atual do sistema de saúde público e a sua gestão nesse Estado, Região e Município. Tais análises fundamentam-se em dados dos sistemas

público e privado, fornecidos pelo IBGE, Ministério da Saúde, FUNASA, ANS, etc.

No *quarto capítulo*, recupera-se historicamente o processo de ocupação da área do PMR e desvenda-se como a constituição e a participação da iniciativa privada de saúde influenciou na distribuição espacial dos seus equipamentos, sendo dada ênfase ao processo de concentração espacial, com o intuito de expor o grau de participação desse setor na consolidação do Polo Médico. Além disso, são analisadas as transformações espaciais, em termos de uso e ocupação do solo, ocasionadas por esse processo. Este capítulo foi construído a partir de pesquisas, junto às diversas fontes, sendo as mais importantes o Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano, a Prefeitura da Cidade do Recife e a Fundação Joaquim Nabuco.

Além desses quatro capítulos, constam os seus anexos texto de jornais da época, dados de levantamentos de preços imobiliários, relatórios de fiscalização governamentais e as referências bibliográficas.

Esse foi o caminho percorrido, o que permitiu responder aos diversos questionamentos formulados e, em extensão, atingir o objetivo desta dissertação.

Capítulo I:

CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: REGIÃO E/OU POLO?

Este capítulo visa fornecer esclarecimentos sobre alguns conceitos fundamentais à explicação do fenômeno urbano em questão. Tratando-se de concentração espacial de atividades, optamos, inicialmente em tecer considerações sobre o conceito de espaço, para, em seguida, os de região, polo e, finalmente, o de serviços.

1.1. O Espaço e a sua Dinâmica

O conceito de espaço foi objeto de reflexão e debate por parte dos diversos campos da ciência. Em nosso trabalho, esse conceito não está restrito somente à área da geografia descritiva e, também, não corresponde ao espaço político-administrativo das convenções ou leis jurídico-administrativas. Não é o fato de um determinado espaço estar inserido em certa área territorial que irá distingui-lo de outras áreas. Tampouco a sua delimitação político-administrativa irá diferenciá-lo dos demais.

Devemos entender o espaço como sendo um processo, uma consequência e, também, reflexo da interação da superfície terrestre com as atividades econômicas e sociais ora existentes num determinado período histórico. Segundo Gottdiener (1997:38): “O espaço é uma construção social em todas as suas dimensões”.

A interpretação dessa construção social, referida por Gottdiener, só é possível partindo-se de uma análise global. De acordo com a afirmativa de Santos (1982:38), quando diz que “a interpretação de um espaço ou de sua evolução só é possível através de uma análise global que possa combinar simultaneamente estas três categorias analíticas – forma, estrutura, função – porque a relação é não somente funcional como estrutural”.

Nesta ótica, os diversos objetos que compõem o espaço se combinam e interagem entre si, originando a *organização espacial*. Não sem razão, Corrêa (1986:54) diz que “A organização espacial é a segunda natureza, ou seja, a natureza primitiva transformada pelo trabalho social”.

Partindo dessa perspectiva, é que podemos compreender que o espaço também age como insumo. Afinal, é na organização espacial que são criadas às condições necessárias à sua própria reprodução. Trata-se, de acordo com Corrêa (1986:55), de um “confronto de objetos criados pelo homem e dispostos sobre a

superfície (produção), mas também uma condição para o futuro (reprodução)".

Dessa forma, podemos afirmar que a organização espacial nada mais é do que tudo aquilo que vemos e percebemos, ou seja, a paisagem². Esta, por sua vez, é consequência de um processo de mudança ocorrido ao longo do tempo, uma adaptação: "cada vez que a sociedade passa por um processo de mudança, a economia, as relações sociais e políticas também mudam, em ritmos e intensidades variados. A mesma coisa acontece em relação ao espaço e a paisagem que se transformam para se adaptar às novas necessidades da sociedade" (Santos, 1982:37).

Essas mudanças acontecem principalmente nas médias e grandes cidades, devido ao seu dinamismo econômico e social, formando um conjunto dialeticamente estruturado. De um lado, é no espaço urbano onde ocorrem as relações sócio-econômicas. Do outro, essas relações irão influenciar a oferta e a demanda por bens e serviços públicos e privados à população, acarretando mudanças na estrutura espacial urbana. Para Castells (1983:182) "o espaço urbano é estruturado, quer dizer, ele não está organizado ao acaso, e os processos sociais que se ligam a ele exprimem, ao especificá-los, os determinismos de cada tipo e de cada período da organização social".

Assim, quando se trata de estudarmos o espaço urbano, é preciso, dentre outras questões, considerarmos não somente a especialização das atividades dos serviços, originada da sua dinâmica econômica, mas também as relações que elas promovem. Afinal, como ressaltado acima, a oferta e demanda por serviços acarretam profundas alterações na estrutura espacial urbana.

Torna-se oportuno insistirmos que o espaço urbano é um produto, resultado de diversas combinações de relações espaciais, materiais e sociais existentes na cidade. Ele "é um reflexo tanto de ações que se realizam no presente como também daquelas que se realizaram no passado e que deixaram suas marcas impressas nas formas espaciais do presente" (Corrêa, 1995:8).

Nesses termos, o espaço urbano é o resultado das diversas combinações/interações materiais e sociais dos elementos que o compõem de

² Segundo Santos (1982:38): "a paisagem, assim como o espaço, altera-se continuamente para poder acompanhar as transformações da sociedade" (Santos 1982:38).

acordo com o processo e o momento histórico. Ele é um produto material complexo: “o espaço não pode ser reduzido apenas a uma localização ou às relações sociais da posse da propriedade – ele representa uma multiplicidade de preocupações sóciomateriais” (Lefebvre apud Gottdiener, 1997:127).

Diante disso, podemos afirmar que o espaço é a reprodução da realidade social, que se manifesta na dimensão física, inclusive sendo perceptível na paisagem urbana. Para Santos (1999), “o espaço impõe-se através das condições que ele oferece para a produção, para a circulação, para a residência, para a comunicação, para o exercício da política, para o exercício das crenças, para o lazer e como condição de ‘viver bem’. O espaço é, portanto, um conjunto indissociável, e dialeticamente estruturado, de sistemas de objetos mais sistemas de ações”. Ele é palco e reflexo de modificações da sociedade ao longo do tempo, e um alimentador deste processo, pois “a sociedade tem uma dinâmica, o espaço urbano é também mutável, dispondo de uma mutabilidade que é complexa, com ritmos e natureza diferenciados” (Corrêa, 1995:8).

As relações espaciais possuem uma complexidade, que se acentua no espaço urbano devido às diferentes combinações existentes. Sendo assim, quando essas relações são desiguais, o espaço assume um caráter de heterogeneidade e diferenciação, que se acentua ainda mais nas grandes cidades dos países periféricos. Na maioria desses países, os processos de expansão da economia, ocorreram de forma desequilibrada, beneficiando apenas uma pequena parcela da população. Assim, a (re)valorização de determinadas áreas do espaço urbano latino-americano emerge como sendo um produto histórico e reprodução da realidade social, manifestando as desigualdades nas relações espaciais, e acentuando as diferenciações internas no ambiente urbano. Nesse sentido, podemos afirmar, juntamente com Pintaudi (1981:16), que “uma teoria da formação do espaço é essencialmente uma teoria da formação de um espaço polarizado, em regiões pobres e ricas dentro das cidades”.

Como resultado, temos um desenvolvimento urbano expressivamente desigual e excludente, ocasionando uma grande segregação espacial urbana. A esse processo Grostein chamou de *dualidade urbana*³, sendo uma das evidências mais

³ Segundo Grostein (2001:13): “A dualidade verificada nos processos sócio espaciais de construção da metrópole contemporânea manifesta-se no reconhecimento de uma cidade ‘formal’ assumida pelo poder público, onde se

latentes da complexidade que existe nas relações espaciais que ocorrem nas grandes cidades dos países periféricos. Essa complexidade se acentuou nas duas últimas décadas com a crise dos Estados Nacionais nesses países⁴ e a adoção de idéias neoliberais, demandadas pelo advento da globalização, reforçando padrões espaciais extremamente antagônicos. Além disso, para Souza (1996:67), a referida dualidade “tende a ser um fator de queda da qualidade de vida das populações urbanas e de instabilidade sociopolítica a partir do momento em que os fatores de disfuncionalidade assumem uma proporção muito acentuada”.

A crise dos Estados Nacionais tem como uma das consequências, a privatização de diversos serviços públicos, o que acarretará uma profunda reestruturação socioespacial. E Janoschka (2002:11-20) menciona que “El punto de partida de las reflexiones sobre transformaciones urbanas son los cambios sociales originados en la crisis del sistema económico fordista y que en la mayor parte del mundo condujeron a una reestruturación de ciertos contextos espaciales, particularmente en las ciudades” Esse processo levará a *miseropolização*⁵, principalmente em cidades dos países periféricos como o Brasil.

Se isso acontece, é porque, em certos lugares, são redefinidas as técnicas e assim, se especializam, em função de suas virtualidades naturais, de sua realidade técnica, de suas vantagens de ordem social. Isso responde à exigência de maior segurança e rentabilidade para capitais obrigados a uma competitividade sempre crescente (Z. Mlinar apud Santos, 1999).

Nesse panorama, a especialização dos lugares seria o resultado justamente do processo de produção e circulação de informações, somados à divisão territorial do trabalho. Conforme afirma Santos & Silveira (2001:95), a especialização dos lugares, que é também uma manifestação da divisão territorial do trabalho, exige a produção e a circulação de torrentes de informação que ao mesmo tempo retroalimentam tais lugares.

Esta especialização dos lugares se refere sobremaneira à cidade, haja vista

concentram os investimentos urbanos de todo tipo, e de outra construída à sua margem, que tem no conceito de cidade informal a expressão mais abrangente para designá-la, pois associa o fenômeno da expansão urbana ilegal ao da exclusão social.”

⁴ Para Janoschka (2002:11): “La decreciente capacidad redistributiva del Estado sirvió para profundizar más la brecha entre ricos y pobres”

⁵ Segundo Souza (1996:35), seria o fenômeno típico de países periféricos, que é a metropolização marcada pela pobreza.

que cada urbe possui uma ou várias funções, de forma diferenciada, resultado de relações complexas. Devemos, portanto, apreender a natureza de tais relações, uma vez que elas “têm uma existência real enquanto existência espacial concreta, na medida em que produzem, efetivamente, um espaço, aí se inscrevendo e se realizando” (Carlos, 1999:63).

As colocações acima nos levam algumas reflexões em relação ao nosso objeto de estudo. O Polo Médico do Recife (PMR) é uma construção social (Gottdiner), que não está organizado ao acaso (Castells), e consequentemente possui uma formação espacial, resultado de conflitos entre diversos atores sociais formadores daquele espaço, e, é também, uma condição para o futuro (Corrêa). Tais conflitos vêm se refletindo em sua paisagem, sendo resultado de um processo de mudança ocorrido ao longo do tempo (Santos). A sua fragmentação é visível, mas, ao mesmo tempo, ocorrem articulações decisivas que levam à sua especialização (Santos).

Como veremos mais adiante, o recorte espacial do presente estudo possui diversas peculiaridades. Além de ser uma área de importância econômica para o Recife, ela reflete as características da própria cidade: um espaço dual, de confrontos sociais, onde a especialização em determinados serviços, especialmente, os de saúde privada, convive lado a lado, com uma população que possui extrema necessidade desses serviços, como é o caso de moradores dos bairros dos Coelhos, Joana Bezerra, Coque e adjacências imediatas.

Mas antes de tecermos considerações sobre o PMR, devemos nos posicionar quanto ao conceito de região – necessário à definição do recorte de estudo – e de polo e, evidenciar certas características da dinâmica do setor de serviços.

1.2. A Região e os Seus Parâmetros de Delimitação

É importante deixarmos claro que não é objetivo deste trabalho trazer uma longa discussão sobre o conceito de região. No entanto é fundamental a sua compreensão para que possamos responder se o Polo Médico do Recife conforma uma região e, em caso positivo, delimitá-lo.

Segundo Corrêa, o termo região vem de *reggio* (do latim *regio*), derivado do verbo *regere* (governar, reinar). No princípio da geografia, o termo região estava ligado ao conceito de região natural, onde o homem seria um ser passivo em relação

ao meio e, dessa forma, os fatores preponderantes à sua ocupação seriam as características naturais tais como clima, solo, vegetação, etc. Vemos aqui uma notável contribuição de Darwin, que através de sua *Teoria de Evolução das Espécies*, ajudou, indiretamente, ao desenvolvimento deste conceito. Este significado não é aplicável a esta pesquisa, pois os fatores naturais como veremos adiante, não foi e, com certeza, não é o mais importante.

A mudança do meio natural pelo homem, quando ele deixa o seu caráter passivo, assumindo a posição ativa no processo de mudança do espaço, fez com que ocorressem mudanças na paisagem. Segundo Corrêa (1986:13), a paisagem geográfica é um elemento fundamental e determinante na delimitação do espaço, onde ela "... tem uma extensão territorial e limites razoavelmente identificáveis. Nestes termos, região é a expressão espacial da ocorrência de uma mesma paisagem geográfica".

Segundo a definição acima, o conceito de paisagem confunde-se com o de região, que estaria sujeito à unidade, sem haver repetição. Nesse contexto, a ciência geográfica não possibilitaria a formação de teorias ou leis, já que cada lugar, cada região só existiriam em si mesmos, não havendo chances de teorias gerais que explicassem a sua constituição e/ou sua evolução.

Então, o espaço deve ser explicado através de leis empíricas, que tentam assumir uma pretensa neutralidade. Trata-se, na verdade, da influência positivista. A região então é definida "como um conjunto de lugares onde as diferenças internas entre esses lugares são menores que as existentes entre eles e qualquer elemento de outro conjunto de lugares" (Corrêa, 1986:32). Vemos, portanto, uma aparente tentativa de padronização espacial entre certos lugares.

Seria ingênuo imaginar que a geografia propusesse uma padronização espacial, menosprezando a inteligência humana. Afinal, as diferenças culturais e sociais são patentes, fazendo com que cada espaço, cada lugar, tenha características humanas diferenciadas.

Com o surgimento da geografia crítica ou marxista, na década de 1950, é que o conceito de região passa a ser articulado com o modo de produção. As regiões então seriam consequências de processos históricos diferentes, co-habitando no espaço e no tempo atual. Para Corrêa (1986), cada uma delas seria o resultado:

- a) Do que é produzido.
- b) Como é produzido.
- c) E da ação do Estado pelo e para o capital.

Com a visão marxista, o conceito de região passa a abranger os aspectos de caráter humano, e como um produto do processo histórico, não ficaria restrita apenas aos aspectos naturais e físicos, muito menos à idéia de que seria algo “único”, singular e, nem tão pouco, restrito às características a serem explicadas por leis empíricas que objetivam uma possível “neutralidade” científica.

Dessa forma, e para os fins deste trabalho, definimos o conceito de região como sendo um recorte espacial, onde percebemos determinadas características espaciais que o diferenciam do seu entorno. Tais características são resultado da presença de fenômenos originados de tempos históricos diferentes, que coexistem no tempo e no espaço – seria o resultado de um “acúmulo de tempos”, e palco de diferentes conflitos de ordem cultural, social e/ou econômica, o que faz resultar em particularidades em seu interior.

Aplicando esse enfoque no recorte espacial em estudo, podemos afirmar que tal recorte possui peculiaridades, que ao se expressarem numa área urbana, classifica-a como uma região. Tais peculiaridades fazem-na diferenciar das demais: nela ocorreu, ao longo do tempo, a concentração de equipamentos de saúde, diferentemente de outras porções da cidade. Portanto, podemos considerar esse recorte espacial como uma região.

A partir da definição do conceito de região, também é necessário tecermos alguns breves comentários sobre a técnica de regionalização para que seja possível a sua delimitação e, então definir, o seu perímetro.

Dentre as diversas técnicas existentes de regionalização⁶, utilizaremos a de *ocupação e uso atual do solo*, mediante a qual faremos a identificação e delimitação de manchas de ocorrência de determinados fenômenos macroscópicos através do levantamento de informações primárias (trabalho de campo, fotografias aéreas, levantamentos cartográficos, etc.).

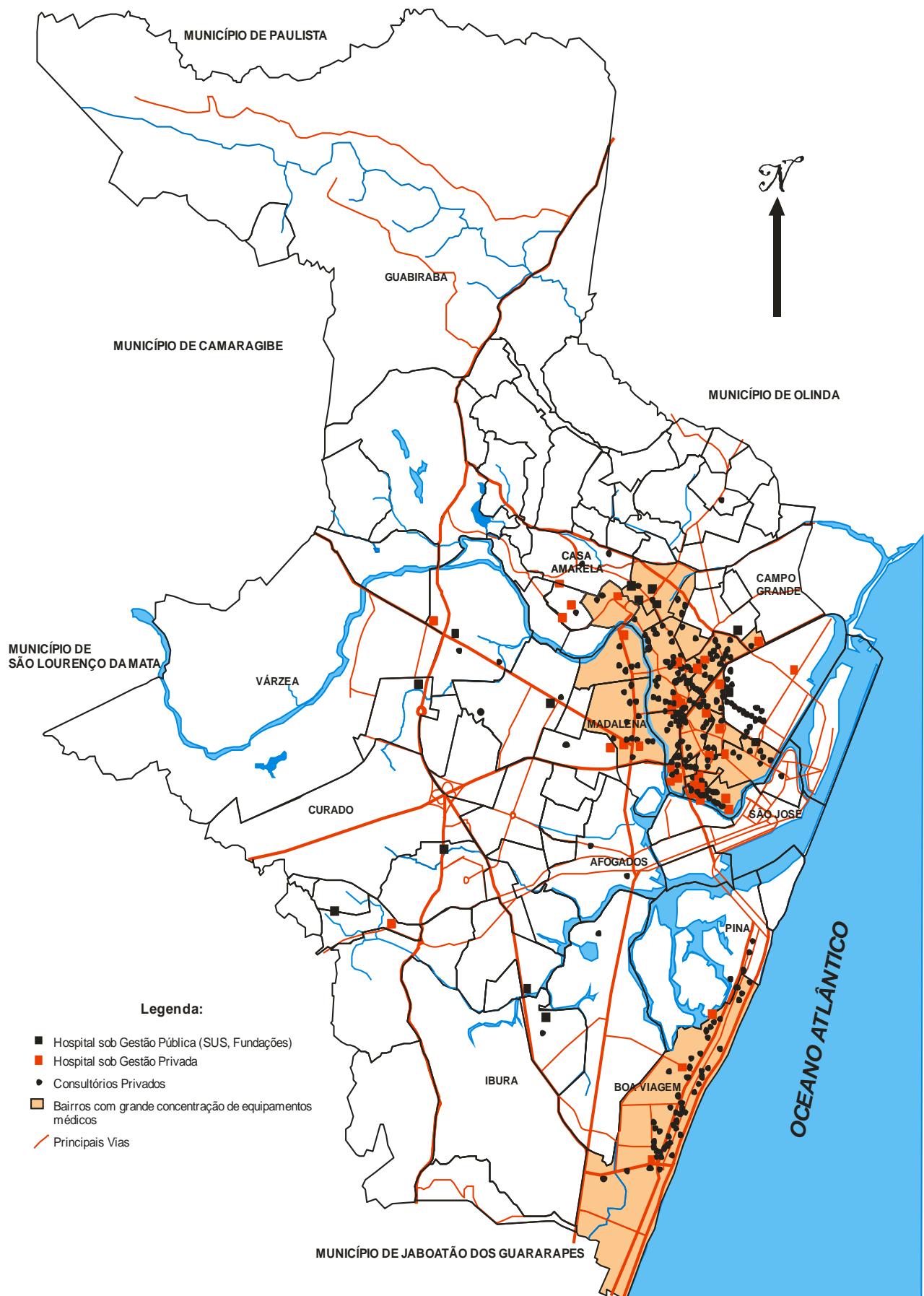
⁶ Para Lins (1998:9), define que técnica de regionalização é entendida aqui “como um procedimento metodológico de investigação geográfica. Mais especificamente como uma técnica de classificação e diferenciação de áreas”.

Importante ressaltar que esta técnica se refere a um determinado período histórico, tornando-se necessário delimitarmos o recorte não só no espaço, pois a ocorrência de tais serviços varia de acordo com o tempo, o que se fez tornar essencial à verificação de suas variações não só espaciais, mas também temporais.

Também é digno de apreço destacar que o cartograma delimitando a região e apresentado mais adiante (Mapa 1), foi elaborado levando em conta a localização e distribuição dos equipamentos de saúde, e a sua predominância em relação aos outros usos (como por exemplo, o comércio). Daí foi definido os limites físicos dessa mancha.

Tal procedimento, seria o mesmo adotado à delimitação de regiões centrais das grandes cidades, que se destacam pela concentração de áreas de comércio e serviços e/ou sua especialização, e de regiões industriais, como a região do ABC paulista que se destacam pela visível concentração industrial ali existente.

Mapa 1 – Município do Recife: Localização do Polo Médico do Recife (PMR)



Fonte de Dados: CNES, Jun. 2006. Mapa Elaborado pelo Autor.

1.3. Polo de Desenvolvimento e Polo de Crescimento

A compreensão do conceito de polo é primordial para este trabalho. Afinal, trata-se de um estudo sobre o Polo Médico do Recife. Sendo assim, faremos algumas considerações a respeito deste tema.

Segundo Bueno (2000), na Física Moderna, *Polo* é um conceito deduzido, experimentalmente, da direção do campo magnético de um imã permanente, significando, portanto, um determinado ponto de atração no espaço.

Partindo desse significado, o termo passou a ser usado também nas ciências humanas, referindo-se a um determinado ponto na superfície terrestre onde ocorrem diversos tipos de atração, podendo ser populacional, econômico, etc.

Foi observando esse princípio de atração da Física, que o geógrafo francês Perroux (1967), propôs a *Teoria dos Polos de Desenvolvimento*. Para ele, segundo Andrade (1972:15), “o desenvolvimento não se propaga de forma difusa pelo espaço, mas se concentra em certos pontos, criando um desequilíbrio em relação às áreas vizinhas, propagando-se posteriormente a partir desses núcleos, pelas diversas áreas”.

Partindo dessa definição, o desenvolvimento de uma determinada porção do espaço originar-se-ia de um ponto central, espontaneamente ou de forma programada, a partir de alguns setores dinâmicos e aglomerados geográficos e se difundiria, posteriormente, para os demais setores do país (Haddad, 1982:15),

Essa teoria foi aplicada primeiramente na análise da dinâmica industrial, que exigia grandes investimentos, seja na produção ou na infra-estrutura⁷ necessária à sua implantação. Como afirma Perroux “as zonas de desenvolvimento são o resultado da concentração geográfica das indústrias devido aos efeitos da complementação” (apud Andrade, 1972:67).

Já foi percebido há tempos, que o crescimento econômico não ocorre de forma homogênea no espaço. Algumas áreas possuem certas características (sejam naturais e/ou econômicas) que lhe permitem e propiciam um grau de

⁷ Diz O'Connor (1977:108): “é a infra-estrutura econômica física: por exemplo, estradas, aeroportos, ferrovias, portos e obras para transportes, instalações de eletricidade, de gás, de águas e esgotos e outras relacionadas com projetos de desenvolvimento industrial; prédios e equipamentos para educação, para pesquisa e desenvolvimento; investimentos em melhoria de terras e águas e investimentos correlatos na agricultura,

desenvolvimento maior em detrimento de outras. Esse crescimento diferenciado seria resultante, seja das condições econômicas favoráveis num determinado momento histórico (espontâneas) ou através de algum mecanismo indutor do desenvolvimento (por planejamento). Como exemplo mais nítido dessa política temos, no Brasil, o caso de Manaus, onde o Governo Federal criou mecanismos de incentivo para a formação da Zona Franca, objetivando atrair empresas à Amazônia.

Apesar de Perroux enfatizar que o termo polo está ligado diretamente ao conceito de crescimento econômico, Furtado (1979:278) diz que “a ideia dos polos põe em evidência a importância da complementaridade dos projetos e, nisso, se aproxima da doutrina do desenvolvimento equilibrado”. Para isso, seria necessário além do crescimento econômico da área, deveria ocorrer simultaneamente uma expansão do mercado interno, somado à diversidade da base de produção, o que na maioria das vezes não ocorre.

Para Paul Singer (1976:11), o conceito de polo leva em conta também transformações na estrutura econômica, e não apenas o crescimento dentro de um mesmo enquadramento estrutural. Para esse autor, o polo apresenta real potencial de desenvolvimento, caso seja um centro de interação entre o sistema produtivo e o desenvolvimento tecnológico. Quanto à comunidade, ela é vista como protagonista, empreendedora, autônoma e interdependente, com um modelo de gerenciamento mais específico, voltado para a mobilização e a informação (Nasser, 2000:150).

Assim, podemos afirmar que o crescimento econômico por si só não faz de qualquer polo, um polo de desenvolvimento. Poderá ocorrer o que Lipiez denomina polos de subdesenvolvimento. Segundo esse autor “nem todos os polos de desenvolvimento são polos de integração”. (...). “De fato, os polos de desenvolvimento que não são polos de integração são polos de desarticulação, de dissolução, de desenvolvimento do subdesenvolvimento” (1987:135).

Milton Santos confirma que a industrialização nos países periféricos nem sempre é capaz de promover crescimento com desenvolvimento, mas apenas um “pseudodesenvolvimento”, fruto da falta de articulação local das atividades e da redistribuição regressiva da renda (Santos, 1979:14-15).

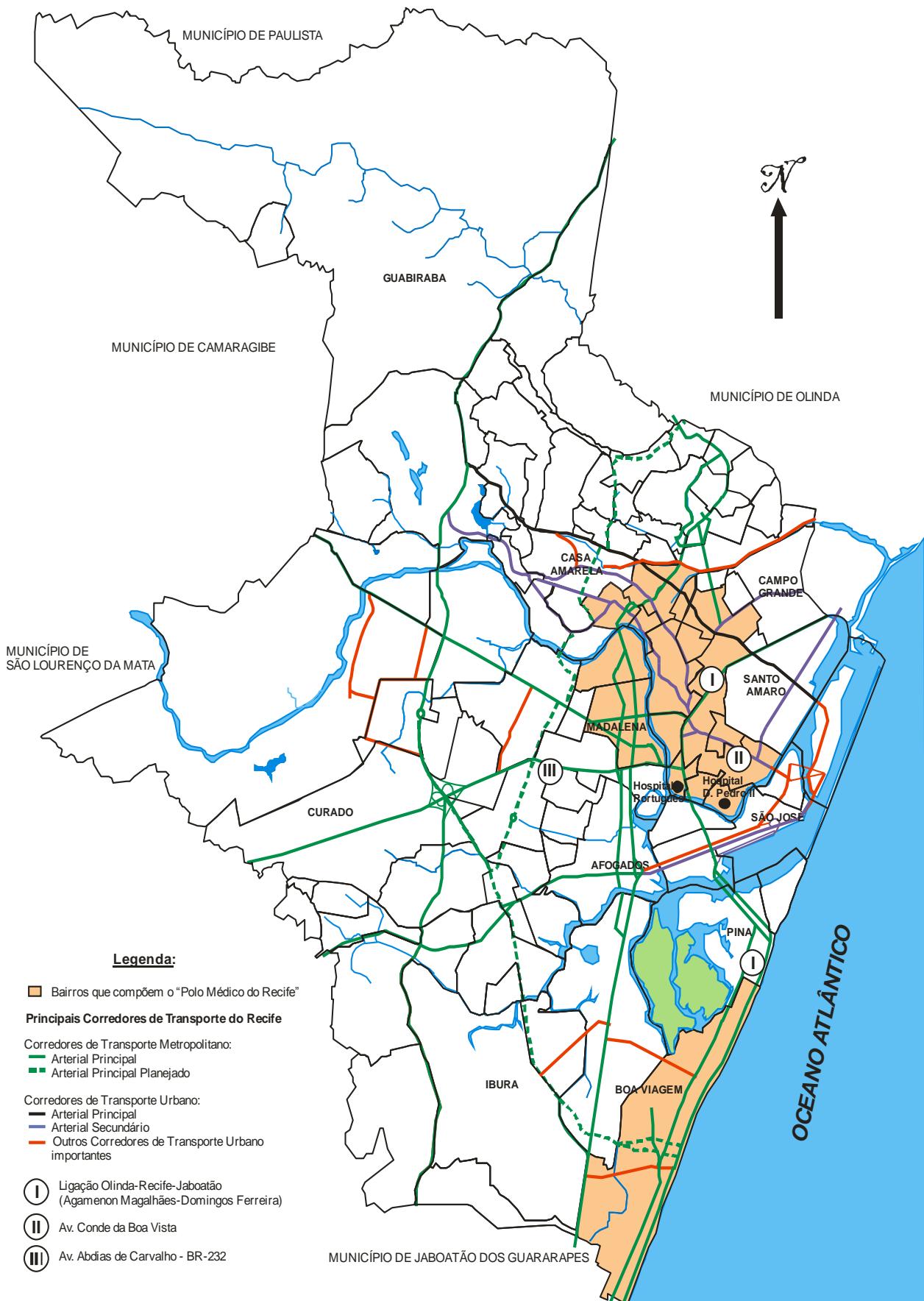
mineração e construções, projetos de renovação urbana, como estruturas comerciais, estádios esportivos, garagens para estacionamento e assim por diante”, o que ele chama também de *capital físico*.

Nas últimas décadas, tem ocorrido em diversas áreas urbanas, inclusive em países periféricos, uma disputa por investimentos. Partindo daí, vemos as cidades como *polos* de atração econômica, ao concentrar empresas e serviços. Para Monteiro de Santana “não pode haver desenvolvimento econômico e social sem concentração” (apud Fonseca, 1982:79). Isso provoca modificações profundas na estrutura espacial local.

No caso do Polo Médico do Recife, além de ser uma área visivelmente marcada pela concentração de equipamentos de saúde, possui um grande fluxo de pessoas. Convém registrar que, segundo dados da imprensa local, esse polo possui uma clientela de, aproximadamente, 20 mil usuários/dia dos planos de saúde (Diário de Pernambuco, 2004).

Mas é necessário observarmos que devido à sua localização, o processo de formação do PMR confirma a sentença de que os eixos de tráfego circunvizinhos dinamizam e valorizam o espaço local. Nesse caso, trata-se da (i) Av. Agamenon Magalhães, que faz a ligação dos bairros da Zona Sul do Recife (Av. Boa Viagem e a Av. Domingos Ferreira) e de Jaboatão dos Guararapes (Candeias, Piedade), com o município de Olinda, configurando-se como a principal artéria de ligação do Centro Metropolitano (Olinda-Recife-Jaboatão); (ii) Av. Conde da Boa Vista, que liga a Av. Agamenon Magalhães e o bairro do Derby com o centro tradicional do Recife (os bairros do Recife, Soledade, São José, Santo Antônio e Boa Vista), e a (iii) a Av. Abdias de Carvalho que é o principal eixo de ligação com os bairros da Zona Oeste do Recife (Madalena, Prado, Bongi, Cordeiro e Torrões) e a BR-232 (Rodovia Luiz Gonzaga) (Mapa 2).

Mapa 2 – Município do Recife: Principais Corredores de Transporte e a Localização do PMR



Fonte de Dados: Lei de Uso e Ocupação do Solo (Disponível em <http://www.recife.pe.gov.br/pr/leis/luos/Index.html>). Prefeitura da Cidade do Recife. Mapa Elaborado pelo Autor.

A partir dessas considerações podemos afirmar que, do ponto de vista local, se trata de um polo, e que teve como sua origem o Hospital D. Pedro II⁸. Este serviu, ao longo do tempo, de atração a diversas atividades complementares aos serviços de saúde (clínicas), e a diversos hospitais, expandindo-se às áreas circunvizinhas (bairros do Derby, Torre, etc.), mas não deixando o seu núcleo original (bairros do Paissandu e Ilha do Leite).

Se levarmos em consideração os dados disponíveis no DATASUS sobre as capitais brasileiras, poderíamos concluir que todas seriam polos de saúde de seus respectivos estados devido a sua elevada concentração em número de estabelecimentos de saúde, leitos e equipamentos. Tais dados também indicam que o Recife não é o “segundo polo médico do Brasil”⁹ quando se levam em conta os principais indicadores analisados. É o 12º, em número de estabelecimentos, e o 5º. em quantidade de leitos do país, e na Região Nordeste é o 3º. em equipamentos. Tal questão será mais aprofundada no Capítulo III.

Além disso, analisando os dados entre as Regiões Metropolitanas de Recife, Salvador e Fortaleza, a do Recife (RMR) é a que possui a menor concentração territorial de equipamentos de saúde, com 60% desses equipamentos¹⁰ situados no município principal. É um índice bem menor se comparado, por exemplo, a Região Metropolitana de Fortaleza (86%) ou a Região Metropolitana de Salvador (79%). O Recife possui também a menor concentração no que tange a distribuição dos equipamentos da iniciativa privada, e uma maior participação de equipamentos públicos de saúde sobre o total geral entre essas capitais.

Ainda destacamos que em termos quantitativos, o Recife não é um polo de saúde de abrangência nacional, pois outras capitais apresentam uma concentração superior. Mas, no que se refere à concentração espacial no território recifense, teríamos sim, um polo. Afinal, são determinados bairros que apresentam tal

⁸ Este hospital deixou de funcionar em 1982. e, grande parte do seu prédio, de estilo arquitetônico neoclássico estava abandonado, pois sua taxa de ocupação era de apenas 15%. Desde 2007, encontra-se em funcionamento, uma Escola Politécnica de Saúde, em parceria entre o Instituto Materno Infantil de Pernambuco e a Faculdade Boa Viagem (Jornal do Commercio, 2006).

⁹ “Há quem diga que o Recife chega a ser o segundo polo médico do Brasil, atrás apenas de São Paulo. ‘Essa avaliação é feita pela Confederação Nacional de Saúde e leva em conta número de atendimentos, recursos tecnológicos e quantidade de leitos’, explica o presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde e Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de Pernambuco (Sindhosppe)” (JC OnLine, em 31.07.08).

¹⁰ Utilizamos como sendo equipamentos de saúde: consultórios, clínicas e hospitais sejam eles de gestão privada ou pública, e que estão cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) do Ministério da Saúde do Brasil e disponíveis no endereço eletrônico na Internet (<http://www.datasus.gov.br>).

concentração.

Como registrado, o ponto de atração inicial desse Polo foi o Hospital D. Pedro II, localizado em uma área estratégica do Recife, próxima a nós de tráfego. As suas atividades foram se configurando como um setor dinâmico e concentrando-se em uma determinada parcela territorial da cidade. Tal concentração, embora venha ocasionando certo desequilíbrio espacial vem contribuindo à transformação da estrutura da economia local, de acordo com a afirmativa de que não pode haver crescimento econômico sem concentração (Fonseca). Essa situação faz desta área um polo em relação à cidade ao concentrar parte significativa dos seus equipamentos de saúde.

Essa concentração espacial vai ao encontro da ideia de que nem todos os polos de desenvolvimento são polos de integração (Lipiez). O PMR como se veremos ao longo deste trabalho, causa um pseudodesenvolvimento (Santos), por não promover uma “irrigação do desenvolvimento”, mas uma concentração de serviços de saúde, uma drenagem, o que se reflete na organização espacial local.

Se o PMR caracteriza-se pela concentração de serviços de saúde, é importante compreender a função do setor de serviços para o desenvolvimento das cidades.

O atual processo de globalização e a consequente reestruturação¹¹ dos espaços urbanos mundiais, segundo Castells (1999:229), significou uma grande mudança da produção de bens à de prestação de serviços, marcando o fim do emprego rural e a redução irreversível do emprego industrial. O setor de serviços passou a oferecer a maioria das ofertas de trabalho em detrimento principalmente da indústria. Esse autor complementa afirmando que “quanto mais avançada a economia, mais seu mercado de trabalho e sua produção seriam concentrados em serviços”. Tal situação de concentração de serviços é o resultado da capacidade de consumo existente de um bem ou serviço. No caso das cidades dos países periféricos, essa capacidade seria marcada por enormes diferenças de renda da sociedade (Santos, 1979:15).

¹¹ Conforme Janoschka *et al* “La reestructuración económica está estrechamente relacionada al proceso internacional de globalización de mercados y economías, que produce una profunda interdependencia en los procesos económicos que afecta a empresas, países, particulares, etc.” (Sassen, 1991; Marcuse, 1997; Krätke, 1995 apud Janoschka, 2002:11).

Quanto ao espaço recifense, a formação do PMR seria muito mais consequência da crise do SUS e dos incentivos governamentais para o surgimento de uma iniciativa privada de saúde do que propriamente do processo de globalização.

Sem dúvida, o processo antes descrito por Castells tem sido um dos agentes causadores, nas últimas décadas, do agravamento dos contrastes socioespaciais, principalmente devido à questão do emprego, pois “em qualquer processo de transição histórica, uma das expressões de mudança sistêmica mais direta é a transformação da estrutura ocupacional, ou seja, da composição das categorias profissionais e do emprego” (Castells, 1999:224).

Para Harvey (2002:148), essas mudanças no mercado de trabalho em nível mundial são consequências de mudanças na produção, principalmente após a adoção do modo de produção flexível e das crises do fordismo e do keynesianismo. Pois, essas mudanças na ponta de consumo, associadas às mudanças na produção, na reunião de informações e no financiamento, parecem estar na base de um notável aumento proporcional do emprego no setor de serviços a partir do início nos anos 1970.

Mas é importante percebermos que certos tipos de serviços exigem uma grande qualificação e preparo da mão-de-obra, como é o caso do setor de saúde. Tal exigência faz com que o mercado de trabalho nos países em desenvolvimento tenha uma grande dificuldade, devido ao seu baixo nível educacional e de qualificação. Isso contribui para uma piora da qualidade de vida geral, pois esta população desqualificada causa o fenômeno de “hipertrofia do terciário”, que seria um grande contingente de mão-de-obra atuando em subempregos com salários baixos ao lado de um pequeno terciário qualificado.

O predomínio do setor de serviços na escala mundial reflete a adoção de mecanismos de atração desta atividade como fator primordial de “sobrevivência econômica”. Não sem razão, vemos uma corrida desenfreada de capitais para este setor, convertendo algumas cidades em “polos” de serviços, principalmente de serviços pessoais. Esses constituem uma “classe de trabalho ou laboriosidade que, não obstante a utilidade e importância que possam ter alguns deles e de poder conduzir indiretamente à produção e à defesa da riqueza material, não se manifesta em nenhum objeto que possa valorizar-se e transferir-se sem a presença da pessoa

que executa tal serviço..." (Malthus, 1978: 40).

É importante destacarmos que o contexto atual da economia mundial é caracterizado pela transição de uma era industrial para uma baseada no conhecimento, aumentando-se, em muito, o grau de indefinições e incertezas (Lastres *et al.*, 2002:60). O conhecimento é vital para o setor de serviços, principalmente de saúde, devido à sua alta dinâmica tecnológica.

Convém também ressaltarmos que com o fim da URSS e do chamado "socialismo real", o capitalismo encontrou um terreno favorável à sua expansão e fortalecimento, ganhando mais força mediante a difusão dos princípios neoliberais, o que permitiu a entrada em cena de um novo regime de acumulação¹²: o Pós-Fordismo. Esse regime vem proporcionando a flexibilização da produção e dos serviços bem como a sua expansão.

No caso da saúde, a crescente concentração de renda no Brasil, além da crise do SUS e dos incentivos à iniciativa privada, vem favorecendo a expansão de serviços privados. Esta expansão vem acompanhando a mesma lógica do setor industrial. Conforme afirma Furtado & Baer (1997:98): "A concentração na distribuição de renda no Brasil ocasionou um perfil de demanda no qual os bens de indústria tecnologicamente avançadas estão fortemente representados, fato que também se reflete na estrutura produtiva do país. Assim, o contínuo dinamismo desse tipo de indústria depende da manutenção ou mesmo de um aumento da concentração de renda". Afinal, a partir do momento em que houve um esvaziamento das ações governamentais, ocorreram processos de maior concentração de renda que se refletiram na organização das cidades brasileiras.

Além disso, a intensificação do pós-fordismo, ou seja, do modelo de produção flexível, inclusive dos serviços, foi fortemente beneficiada com a concentração de renda, uma vez que o interesse das empresas é de satisfazer as necessidades de quem pode pagar pelos bens e serviços prestados. No caso do PMR, observa-se a exclusão de uma grande parte da população local, que fica a mercê da péssima qualidade dos serviços prestados pelos órgãos públicos apesar do aumento de

¹² Segundo Lipiez (1988:30): "o regime de acumulação descreve a estabilização a longo prazo da destinação do produto entre o consumo e a acumulação, o que implica uma correspondência entre a transformação das condições de produção e as condições da reprodução do trabalho assalariado".

arrecadação nos últimos anos¹³.

A localização privilegiada do PMR em relação às áreas nobres da cidade aliada à alta tecnologia e aos investimentos em infra-estrutura, fez com que esse espaço fosse palco de uma dinâmica urbana relacionada à modernização do capitalismo, significando um processo de valorização imobiliária¹⁴. Para Roberts (2005:118): “The spatial segregation of cities by social class or ethnicity and by functional uses is a long observed process in the cities of the developed world, resulting from the operation of land markets and social discrimination.”

Vale salientarmos que o processo de valorização do espaço em questão também foi consequência das políticas públicas adotadas nas últimas décadas, principalmente no final do século passado, confirmando o posicionamento de Ferreira (2000:14): “Assim como as políticas de ajuste neoliberal abriram às portas à entrada de capital globalizado interessado nas importantes parcelas de consumidores altamente capitalizados dos países periféricos (devido ao alto grau de concentração de renda), a desregulação urbana favoreceu a ação da articulação de empreendedores, imobiliários/proprietários e fundiários e grande capital/poder público”.

A valorização espacial é induzida pela concorrência por espaço, e seria o resultado de uma combinação de diversos fatores locacionais. Para Gottdiener (1995:107), o valor de uso da terra depende de um lado dos “efeitos agregados de inúmeras atividades individuais e sociais” e, de outro, da intervenção física do Estado, que é responsável pela infra-estrutura e serviços públicos.

Este é um dos motivos pelo qual, nas cidades, as atividades econômicas não se distribuem de forma homogênea no seu espaço. Tal distribuição segue a lógica da segregação. Para Castells (1983:186), a segregação refere-se ao processo pelo qual o conteúdo social do espaço torna-se homogêneo no interior de uma unidade e se diferencia fortemente em relação às unidades exteriores, em geral, conforme a distância social derivada do sistema de estratificação.

¹³ Segundo dados da Secretaria da Receita Federal do Brasil, do Ministério da Fazenda, a preços correntes, o total de arrecadação subiu de R\$ 43,649 bilhões em 1992 para 243,005 bilhões em 2002, e chegando a 429,627 bilhões em setembro de 2007, o que equivale hoje, a 37,8% do PIB.

¹⁴ “A valorização imobiliária de uma área atingida por benfeitorias públicas ou mesmo empreendimentos privados, como shopping centers e similares, expulsa paulatinamente a população original cujo rendimento não permite acompanhar as atualizações de aluguéis, a qual também é estimulada a se deslocar para outras áreas, em vista de ofertas irrecusáveis de compra de suas propriedades.” (Smolka, 1979:28).

Como veremos adiante, tal situação ocorreu no nosso recorte espacial. Nas últimas décadas, ocorreu uma forte valorização imobiliária da área, antes residencial. Essa valorização é notória quando foram analisadas alterações verificadas nos preços do solo urbano e, mais, particularmente, quando esses preços foram comparados às outras áreas da cidade, principalmente a partir dos anos 90.

Tal situação influenciou também na distribuição das atividades de serviços na área urbana. Quanto maior for à concentração de rendimentos das famílias numa determinada porção do espaço urbano, maior será a tendência à procura por serviços sofisticados, especialmente os serviços pessoais, como os serviços de saúde.

Além disso, como também se verá adiante de forma mais aprofundada, tal concentração de serviços de saúde nessa região impulsionou os investimentos privados e, também, governamentais, tais como obras de infra-estrutura e viária. Sem dúvida, as ações do governo local, como a melhoria dos acessos à região que hoje compõem o PMR, são uma das maiores evidências de como o Estado¹⁵ pode estimular, atrair e contribuir para a sua estruturação e valorização.

Considerando o exposto ao longo deste capítulo, podemos afirmar que o recorte espacial em estudo, o PMR, é uma construção social, decorrente de adaptações demandadas pela sociedade, principalmente, pelos segmentos de maior poder aquisitivo no que tange a um melhor atendimento médico e hospitalar.

A localização deste núcleo inicial próximo aos significativos nós de tráfego da Região Metropolitana do Recife foi fundamental à sua expansão, contribuindo sobremaneira para sua valorização imobiliária, induzida pela competição por espaço, e pela constante concentração de tais serviços. Foi a nítida diferenciação espacial que levou-nos a formular a hipótese de que, além de conformar um polo, conforma também uma região, cuja área de influência abrange o Nordeste do Brasil.

Se realmente ele se conforma uma região, provavelmente possui características espaciais que o diferenciam do seu entorno. Em outras palavras, seria o resultado do crescimento econômico desigual, fazendo emergir como espaço diferenciado na paisagem recifense.

¹⁵ Segundo Santos & Silveira (2001:295) "Quando as corporações encorajam, segundo várias formas de convicção, a construção de sistemas de engenharia de que necessitam, e quando os governos decidem fazer tais obras, o processo de produção do espaço corporativo se fortalece".

Com isto posto, no próximo capítulo, iremos analisar as bases estruturais do processo de formação do sistema de saúde no Brasil e na RMR. Essas bases explicam, em grande medida, a formação do Polo Médico do Recife.

Capítulo II:

**AS BASES ESTRUTURAIS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
NO BRASIL E NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Este capítulo tem como meta dissertar sobre o processo de formação e consolidação do sistema de saúde no Brasil e em Pernambuco a partir da chegada da Família Real portuguesa até o período atual. Alcançamos tal objetivo tomando-se por base uma intensa pesquisa bibliográfica e diversas fontes de informação tais como os *Livros de Registro* da Santa Casa de Misericórdia do Recife, relatórios administrativos da Arquidiocese de Recife e Olinda, mapas dos séculos XIX e início do XX, e outros documentos depositados no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano e no Memorial da Medicina de Pernambuco.

Para uma melhor compreensão, dividimos este capítulo em 4 partes originadas nos marcos institucionais que as delimitam, quais sejam:

- a) A primeira aborda o período que se inicia com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil (1808) e finaliza-se na segunda metade do século XX (1967), com a formação da estrutura de gerenciamento do sistema – a criação do Ministério da Saúde e os demais órgãos públicos de saúde. Dentre outras questões, registram-se o movimento higienista, cujo foco era as campanhas de saúde pública, e que tinham como objetivo combater a insalubridade urbana que pairava sobre as grandes cidades do país;
- b) A segunda comprehende o período que se inicia em 1967, data de formação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), e termina em 1977, quando foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), incluído aí o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (o INAMPS). Foi analisada a transição de foco na questão da saúde no país. Naquela época, houve uma intensa ampliação da rede de saúde (principalmente a rede privada), graças a uma parcela considerável de recursos da previdência social. Foi nesta fase que se iniciou o processo de formação do PMR;
- c) A terceira corresponde ao período que vai desde a criação do INAMPS até o surgimento do SUS, em 1990. Nesta fase, abordamos o início do processo de descentralização do sistema público de saúde que foi consequência do agravamento da situação socioeconômica do país, principalmente durante a década de 1980 (que ficou conhecida pelos historiadores como a “década

perdida”), e que acarretou a transferência de responsabilidades do Governo Federal para os estados e municípios;

d) Por fim, a quarta parte diz respeito ao período que se iniciou com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/1990). Aqui, teve início a regulamentação do Capítulo sobre Saúde da Constituição Federal de 1988. Esta fase foi marcada pela adoção e implantação das diretrizes de universalização no atendimento e descentralização das ações de saúde. Posteriormente ocorreu, também, a regulação do funcionamento do sistema privado de saúde e o surgimento da Agência Nacional de Saúde (ANS) como o seu órgão fiscalizador.

2.1. O Período Higienista no Brasil e em Pernambuco: Epidemias e Autoritarismo

Antes da formação de um sistema de saúde no Brasil, a população era jogada à própria sorte. O relato do historiador pernambucano Oliveira Lima traçou um dos mais corretos perfis da época. Conta, baseado em depoimentos do início do século XIX do inglês John Luccock, que viveu durante 10 anos no Rio de Janeiro (Vasconcelos Guimarães, 2008:78):

“que as operações mais fáceis costumavam ser praticada pelos barbeiros sangradores, e para as mais difíceis, recorria-se a indivíduos mais presunçosos, porém no geral, igualmente ignorantes de anatomia e patologia”.

Tais profissionais, para exercer a “arte da medicina”, se submetiam a um exame elementar (bastava saber ler e escrever) perante a *Junta de Proto-Medicato*¹⁶. Com uma fiscalização frágil, a população em geral era assistida pelos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e parteiras, também chamadas de curiosas¹⁷ (Miranda, 2002). A carência de

¹⁶ Em 1782, D. Maria I criou a *Junta do Proto-Medicato* em substituição à estrutura da Fisicatura. Formada por um Conselho de sete deputados. Essa instituição tinha como objetivo maior, a fiscalização do exercício da medicina e o controle da venda de medicamentos. Com a passagem da Fisicatura para o Proto-Medicato, praticamente não ocorreram modificações significativas na estrutura administrativa da medicina da colônia. Os serviços de saúde continuaram sendo prestados pelas Santas Casas de Misericórdias, pelos hospitais militares e pelas enfermarias das ordens religiosas. Esses institutos atuavam sempre de forma precária, com instalações físicas inadequadas e com uma grande carência de profissionais médicos (Miranda, 2002).

¹⁷ Poucos foram os médicos que vieram no início de nossa colonização. Os que aqui desembarcaram eram denominados de físicos e em sua maioria cristão novos, fugidos da inquisição. Muitos eram cirurgiões e se dividiam em três categorias: os “cirurgiões-barbeiros”, os “cirurgiões aprovados” e os “cirurgiões diplomados”. Predominavam os primeiros. Para adquirir o título bastava saber ler e escrever. Com parcos conhecimentos médicos realizavam tratamento de fraturas e luxações, curavam feridas, sangravam, aplicavam ventosas,

profissionais médicos no período colonial do Brasil era enorme. Para se ter uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existia quatro médicos exercendo a profissão (Salles, 1971; apud Polignano, 2008) e, nas outras províncias brasileiras, eram até mesmo inexistentes.

Apesar da extrema precariedade, desde o século XVIII tentou-se a criação de um estabelecimento voltado para o ensino médico no Brasil, o que poderia solucionar o problema da falta de profissionais de saúde. Assim, em 1798, o Desembargador-Ouvidor-Geral e membro da Junta Governativa Antônio Luiz Pereira da Cunha, depois Senador do Império e Marquês de Inhambupe, solicitou ao Príncipe Regente D. João (que governava desde 1792), a criação de um hospital no Recife, com as cadeiras de anatomia e cirurgia. O Reino devolveu o documento ordenando que fosse ouvida a Câmara de Olinda e a idéia não prosperou, provavelmente, devido às rivalidades entre Recife e Olinda (Pereira, 2008:49).

Neste clima de rivalidade política existente, foi que em 1802, Francisco de Souza Rego tivera a ideia de fundar um grande hospital destinado ao atendimento da população pobre do Recife. Colocando-a em prática, adquiriu dois prédios na Rua Nova, que reunidos, passaram a sediar o então chamado *Hospital dos Pobres da Ribeira*, sendo dirigido pelo seu fundador até 1820, e depois, até 1827, por João do Rego Falcão.

A partir daí, sua denominação foi modificada por três vezes até se chamar finalmente Hospital Pedro II¹⁸. Em 1º de outubro de 1828, seu nome era Hospital São Pedro d'Alcântara, e que formou, junto com o Hospital dos Lázarus, uma só administração. Com a sua transferência, em 1831, para as instalações do Hospital de Nossa Senhora do Paraíso e São João de Deus, no Pátio do Paraíso (atual Av. Dantas Barreto), no bairro de Santo Antonio, passou a se chamar de *Grande Hospital*. Sem instalações próprias, o Hospital seria transferido mais duas vezes: para as dependências do extinto Hospital Militar que funcionava no Convento do

clisteres e sanguessugas, lancetavam abscesso, extraíam dentes e, cortavam cabelo e faziam barba. Fonte: http://revista.cremepe.org.br/09/historia_da_medicina_pernambucana.php.

¹⁸ De 1802 até o início de seu funcionamento, foram administradores do Hospital: Francisco de Souza Rego (1802-1820); João do Rego Falcão (1821-1827); Joaquim José Mendes e Vicente Ferreira dos Guimarães Peixoto (1828-1832); os Padres Manoel da Fonseca e Silva (1832); Francisco Xavier de Luna Freire (1838-1839); Antonio de Faria Neves (1840); Joaquim José Barreto (1841-1842); Bernardo José Gonçalves (1843-1844); Camillo de Mendonça Furtado (1845); Antonio Francisco Dias Nogueira e Albino de Carvalho Lessa (1846-1850); Ten. Cel. Antonio Germano Cavalcanti de Albuquerque (1851-1853); Padre Joaquim Maurício Wanderley (1854); Luiz do Rego Barros (1855 a ago. 1859) e a Ordem Irmãs de Caridade (1859).

Carmo (em 1º jul. 1833), e ali permanecendo até que o Governo decidiu restituir o Convento aos religiosos (1837). Mas, a sua transferência só se efetivou em 14 de março de 1846, funcionando provisoriamente num prédio arrendado nos Coelhos, que era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, e depois de forma definitiva, no mesmo bairro, com o nome do *Hospital D. Pedro II* (1861).

Foi neste ambiente de caos sanitário e médico, que se deu o início da criação um sistema de saúde oficial no Brasil, que só veio a ocorrer em 22 de janeiro de 1808, com a chegada da Corte Portuguesa a Salvador. No dia 18 de fevereiro desse mesmo ano, o Príncipe-Regente, D. João, aboliu definitivamente a *Junta de Proto-Medicato*, resultando no restabelecimento das funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor (antes ligadas à Fisicatura), além das de Juízes-Comissários e Delegados do Físico-Mor. Ademais, estabeleceu a exigência de formação acadêmica em Coimbra. Soma-se, ainda, a criação do cargo de *Provedor-Mor da Saúde da Corte e do Estado do Brasil*, embrião da atual vigilância sanitária de portos e fronteiras, com delegados nas províncias, denominados *Guardas-Mores de Saúde*.

Ainda neste mesmo ano, o pernambucano José Correa Picanço¹⁹ (o Cirurgião-Mor do Reino), sugeriu, e foi autorizada pelo Príncipe-Regente, a criação, no Hospital Real Militar, em Salvador (onde funcionou o prédio do Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus), da Escola de Cirurgia da Bahia, dando ênfase ao curso de Obstetrícia, associando-o ao de Anatomia. Convém registrar que Correia Picanço já era professor em Lisboa e Coimbra. A mencionada escola ministrou o primeiro curso de medicina no Brasil, conforme documento transscrito a seguir (Guimarães, 2008).

“Deus guarde a V. Excia.

Bahia, 18 de fevereiro de 1808.

Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte.

O Príncipe Regente Nossa Senhor, assumindo a proposta que lhe fez o Dr. José Corrêa Picanço, Cirurgião-mor do Reino e do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de

¹⁹ Nascido na então Vila de Goyana em 10/11/1745, o médico José Corrêa Picanço foi figura de maior expressão junto a Corte Lusa. Cirurgião-mor do reino, amigo pessoal do Rei D. João VI e membro de alto nível das mais conceituadas entidades governamentais portuguesas, títulos estes conservados com a sua vinda para o Brasil. A ele devemos ainda os pioneirismos no uso de cadáveres humanos no ensino de Anatomia (a sua grande paixão), pois o costume de então era o uso de animais, inclusive em Portugal, onde pontificou em Lisboa e Coimbra. Fez parte da Comissão que declarou incapacitada a Rainha D. Maria I, por insânia, em 1792 e em 1819 partejou a Imperatriz Leopoldina quando do nascimento da Princesa D. Maria da Glória, futura Rainha de Portugal, como D. Maria II. Foi agraciado com o título de Primeiro Barão de Goyana e Cavaleiro da Ordem de Cristo, sendo o único médico pernambucano como “Grande do Império”. Faleceu no Rio de Janeiro em 20/10/1823.

uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade, para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobretudo Cirurgião-mor a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte Obstétrica, tão útil como necessária, o que participo a V. Excia. Por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo que for promover este importante Estabelecimento.

D. Fernando José de Portugal Castro, ministro do Senhor Príncipe Regente".

Com a mudança da Corte de Salvador para o Rio de Janeiro, foi fundada a 5 de novembro deste mesmo ano, a "Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro", contando com a mesma estrutura do Real Hospital Militar.

Apesar da criação das duas Escolas (uma em Salvador, e outra no Rio de Janeiro), a ideia de D. João quando transferido de Portugal para o Brasil, foi criar uma universidade. Para tanto estava destinada uma verba de 80 contos, segundo relatos de alguns historiadores (Pereira, 2008:46), o que marcaria definitivamente o processo de institucionalização da medicina no Brasil (Miranda, 2002).

Em Pernambuco, um Hospital Militar foi criado a partir da necessidade de atender os feridos da Revolução Pernambucana de 1817 – e por insistência do médico português José Eustáquio Gomes²⁰. As suas instalações eram nas dependências do Convento do Carmo. Neste Hospital, foi criado pelo mesmo profissional, uma Escola de Cirurgia Prática, formando o que se chamava à época de "práticos", isto é, "cirurgiões" examinados por uma comissão *ad hoc* nomeada pela Câmara. Tal formação de "práticos" não foi além de 1828, mas prestou um relevante serviço à Província, já que formou um número significativo de "cirurgiões" (Pereira, 2008:49).

Com o Brasil já independente, ocorreu uma tentativa de "municipalização" do sistema. A Assembléia Nacional aprovou uma "moção", elaborada pelo então deputado do Rio Grande do Sul, Francisco Xavier Ferreira. Esta se tornou a Lei 0-013, de 30 de agosto de 1828, significando a transferência às Câmaras Municipais das funções antes atribuídas ao Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus delegados. Apesar

²⁰ Eustáquio Gomes atuou em todos os trabalhos didáticos, praticamente só: como anatomicista, fisiologista, naturalista, clínico e operador. Mesmo desamparado, com as enfermarias praticamente destituídas de camas e com os instrumentais cirúrgicos "incapazes de uso", ele prosseguiu com o ensino, "regularmente concorrido", até 1828. Não são citados nem o número e nem o nome dos profissionais ali formados e que prestaram exame perante uma comissão médica *ad hoc*, nomeada pela Câmara. José Eustáquio Gomes nasceu em Portugal em 1783 e faleceu em 1853. Também atuou como lente daquele curso o Dr. José Joaquim de Carvalho, médico

da atuação precária e ineficiente dessas Câmaras em âmbito nacional, tal iniciativa representou uma tímida tentativa de municipalização²¹.

No que se refere ao Recife, se caracterizava como uma cidade insalubre, e tal situação, se agravou em 1808, depois da “Abertura dos Portos a Todas as Nações Amigas” pelo Príncipe-Regente D. João, conforme Dantas Silva (1992:9), afirmava que a cidade:

“Possuía uma população de 25 mil habitantes, veio a se tornar porto de grande movimento comercial da colônia, e chegando a exportar no ano seguinte 12.801 caixas de açúcar. Os altos preços deste produto, 17 francos a arroba, e do algodão, então com um aumento de 500 por cento, em muito contribuíram para o aparecimento de grandes fortunas”.

Mas, apesar do grande movimento portuário e da riqueza gerada pelo açúcar, grande parte da sua população vivia em extrema miséria, residindo em sobrados sem ventilação adequada, sem água corrente e sem privadas. O clima, quente e úmido da cidade, atuavam sobre os resíduos orgânicos nas margens dos charcos e mangues, provocando a exalação de gases em direção à atmosfera, elevando os níveis de morbidade e mortalidade. Era o predomínio no meio médico, da *teoria dos miasmas*²², conforme descrita por Darwin (1992:166) em sua chegada ao Recife, em 12 de agosto de 1836:

“O canal pelo qual fomos e voltamos de Olinda ladeava-se de *mangle*²³ que surgia como floresta em miniatura, das margens lamaçentas e gordurosas. O verde brilhante desses

²¹ militar (tenente-coronel) e, mais tarde, senador por Pernambuco (Moreira, 2008).

²¹ As tentativas de municipalização representavam um reflexo das ideias pós-Revolução Francesa. Mas, segundo Braga & Paula (1986:4), os pensadores mercantilistas já percebiam a saúde como uma responsabilidade do Estado, e que também era o seu dever estimular a medicina. Para Sir William Petty (1623-1687), que foi médico, poeta, cientista, estatístico e economista inglês: “Suponhamos que nos Domínios do Rei existam 9 milhões de pessoas, das quais 360.000 morram a cada ano, e das quais nasçam 440.000. E suponhamos que, pelo avanço da arte da medicina, morra uma quarta parte a menos. Então o Rei ganhará e poupará 200.000 súditos por ano que, avaliados a 20 libras por cabeça, o mais baixo preço dos escravos, significará 4 milhões de lucro para a Coroa. Considero que pela ampla e profunda busca no estado natural dos animais pela anatomia e em seu estado depravado e viciado pelas observações comparativas e contrastadas em hospitais, pode ser que em 100 anos avance a arte da Medicina como dito acima. Desta forma, não é do interesse do Estado deixar Médicos e Pacientes (como agora) a seus próprios cuidados”. Mas, a primeira vez, que a saúde foi colocada como direito dos cidadãos foi durante a Revolução Francesa, principalmente durante o período de Convenção (1792-1795), onde “nos anos de 1793 e 1794, os profissionais da saúde aumentam a sua representação em plenário para 49 médicos do total de 749 deputados. Nesse período, é estabelecido um sistema nacional de assistência social que, com o passar dos anos, revelou-se incompleta e limitada. Somente com o Diretório, a medicina vai ser efetivamente reorganizada” (Miranda, 2002). Foi partindo desta influência da Revolução Francesa, que surgiu a concepção de *Medicina Social*.

²² Esta teoria foi elaborada no século XVII por Boyle e Sydehan (Barata, 1987:10). Tal teoria seria “a crença, compartilhada por grande parte do saber médico do século XIX, em que as febres epidêmicas tinham origem na matéria animal e vegetal em putrefação e nas águas estagnadas”. (Costa, 1985:24).

²³ Mangues (*Rhizophora mangle*).

arbustos sempre me fez lembrar do mato viçoso de um cemitério; ambos se nutrem das exalações pútridas; um fala da morte que passou, outro, amiúde, da morte que virá”.

Para Charles Darwin, a situação sanitária da cidade era considerada caótica, tanto que suas palavras descreviam a situação existente:

“A cidade é por toda parte detestável, as ruas estreitas, mal calçadas e imundas; as casas, altas e lúgubres. A estação das chuvas acabava apenas de findar-se, de maneira que a região adjacente, com quase não se achar acima do nível do mar, apresentava-se completamente alagada, pelo que não logrei fazer passeios distantes”.

Essa situação demonstrava que a cidade do Recife teria que controlar os possíveis focos de origem de moléstias da época: o ar, a água e os esgotos. Considerando este imperativo, os “tigres”, baldes cheios de excrementos, despejados de noite nas praias dos rios ou nas cabeças das pontes, foram proibidos de serem despejados nesses locais em 1831, e as autoridades municipais obrigaram os habitantes a jogar os urinóis nos pontos determinados para esse fim (Bastos, 2007:55).

Quanto à questão do abastecimento d’água, segundo Mello (1992:211), o Recife sempre dependera do rio Beberibe para o fornecimento de água potável, pois a água retirada de suas cacimbas era toda salobra: a melhor era proveniente de uma fonte no jardim do Convento de Jerusalém, na rua do Hospício. Outra opção seria vir de Olinda, sendo vendida diretamente aos consumidores e às pretas do ganho ou passada a tanques particulares que a revendiam à população. Para tentar resolver este problema, logo depois, em 1837, foi criada uma empresa para este fim: a *Companhia Beberibe*. Apesar do serviço de distribuição de água ser de caráter privado, a qualidade do serviço era péssima, e devido às constantes reclamações, em 1912, o governo do estado acabou encampando a empresa.

Outro fator que agravava a situação sanitária não apenas do Recife, mas também, da Zona da Mata Pernambucana, era a monocultura da cana que, ao provocar uma alta densidade demográfica facilitava a propagação de constantes surtos de doenças. Josué de Castro afirmava:

“É preciso não esquecer que nesta zona, como em todas as outras em que se foi diferenciando a economia monocultora da cana na América, a fome de braços sempre imperiosa condicionou rapidamente uma alta concentração demográfica. Ainda neste sentido o açúcar veio agravar a situação alimentar, aumentando o número de bocas e amarrando os braços desta gente ao trabalho exclusivo da cana.” (Castro, 1996:160)

Além disso, a situação de insalubridade do Recife exigia uma vigilância constante. Convém ressaltar que, na Alemanha, entre o final do século XVII e o início do XIX, surgiu a Polícia Médica²⁴ ou “*Medizinichepolizei*”, responsável pela vigilância do ambiente, significando a emergência de uma relação entre saúde-governo. No caso de Pernambuco, isso só ocorreu através da Lei nº. 143, de 15 de novembro de 1845, que criou o *Conselho Geral de Salubridade da Província*²⁵. Essa Lei, aprovada pela Assembléia Legislativa Provincial (Outtes,1991:10), tinha como objetivo melhorar o aspecto sanitário da cidade. As palavras do seu Presidente, Aquino Fonseca, quando da instalação do Conselho, demonstram a importância do projeto higienizador:

"(...) é preciso que empenhemos nossos esforços para que o público se convença de que um Conselho de Salubridade é uma instituição de suma importância em qualquer país civilizado, porque cuida do melhoramento sanitário, e tem de resolver questões de higiene e de medicina legal de alto interesse para a sociedade; é preciso que por nossos acurados trabalhos, acreditemos esta instituição, e a tornemos necessária pelos resultados obtidos." (Miranda, 2002).

É importante registrar que diversas cidades de países europeus passaram por um processo rápido de crescimento urbano²⁶ devido à industrialização. Tal crescimento fez com que ocorressem grandes epidemias urbanas, como a da cólera, que assolou Londres (1849 e 1854). Essa epidemia foi estudada por John Snow, em seu ensaio *Sobre a Maneira de Transmissão da Cólera*, publicado em 1855, fazendo despertar as primeiras preocupações com o sistema de saúde local e, a sua organização. Dentre as medidas propostas à prevenção de epidemias, destacam-se (Barata, 1987:13):

- i) Implantar um sistema eficiente de drenagem e construir uma rede de

²⁴ "A base doutrinária da polícia médica – o absolutismo esclarecido – partia do pressuposto de que ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança para o povo, mesmo que contrariando os interesses individuais e justifica-se o controle coercitivo sobre os problemas sanitários como mecanismo de assegurar a defesa pelo Estado dos interesses gerais da nação" (idem, 1985:20)

²⁵ Segundo Outtes (1991:11), as suas atribuições eram: a divulgação de vacinação antivaríola, visita às prisões e casas de socorros públicos; a inspeção das oficinas e estabelecimentos industriais, a vigilância de cemitérios e lugares de inhumações (sic), a prevenção das epidemias, a repressão ao charlatanismo, o exame de alimentos, e a fiscalização das boticas e suas drogas, além de dar pareceres sobre assuntos de higiene, fazer a estatística médica da província e controlar os profissionais médicos.

²⁶ "A população urbana cresceu acentuadamente: entre 1801 e 1841, a população de Londres passa de 958.000 para 1.948.000. Entre 1801 e 1831, a população de Leeds cresce de 53.000 para 123.000. A má qualidade das habitações e a superpopulação nas moradias, a ausência de serviços de abastecimento de água e de meios de remoção de dejetos, além do crescimento desordenado dos distritos operários causados pela migração, fizeram que ocorressem alterações nas taxas de mortalidade".(Costa, 1985:22-23)

- abastecimento de água de boa qualidade;
- ii) Construir hospedarias para indigentes pobres em geral;
- iii) Inculcar hábitos de asseio pessoal em todos;
- iv) Manter uma vigilância sobre as pessoas e navios provenientes de regiões infectadas.

A epidemia em Londres e os primeiros casos de febre amarela urbana, ocorridos no mesmo ano no Rio de Janeiro, impulsionaram as autoridades sanitárias, em 1850, à criação da *Junta de Higiene Pública*, visando unificar os serviços de saúde do Império do Brasil, o que demonstrava a precária organização sanitária da época.

O Recife não estava a salvo de tais acontecimentos, principalmente por se tratar de uma cidade portuária e cercada de ambientes favoráveis ao surgimento de diversas doenças, conforme descrito por Moreira (2008:61).

E não podia ser diferente em uma cidade onde as águas pútridas e servidas nas residências eram atiradas pelas janelas; onde o carregamento de fezes e urinas era feita por um escravo, que carregava um barril sobre a cabeça, no qual eram despejadas todas as imundícies para serem jogadas no rio; onde a água para todo uso era recolhida no próprio rio ou nos chafarizes públicos, quando não vendidas por carroças; onde os sepultamentos de católicos eram feitos à noite, no interior das igrejas, em mais um ambiente insalubre, sempre freqüente que as pessoas adoecessem e chegassem a falecer após comparecer a um destes atos; onde os corpos dos não católicos (com exceção dos ingleses, que tinham seu próprio cemitério) eram jogados no rio ou no istmo de Olinda.

Por conta disso, são tomadas algumas providências com o objetivo de resguardar a cidade, principalmente após a epidemia de febre amarela entre 1849-1850, trazida através do navio “Alcyon”, de bandeira francesa, procedente de Salvador²⁷. Aqui destacamos duas ações preventivas desse período:

- i) A construção de um lazareto na Ilha do Nogueira (hoje, o bairro do Pina), onde eram encaminhadas as pessoas vindas de outros lugares infestados por doenças para cumprir quarentena. A edificação foi, posteriormente,

²⁷ Quanto à existência desta epidemia, Costa afirma que: “Os navios provenientes de portos contaminados deveriam ficar em quarentena, fora da barra e do ancoradouro. Os doentes, no caso de sua existência, deveriam ser recolhidos ao hospital da Ilha do Nogueira. A inobservância destes preceitos por parte do Provedor de Saúde do Porto, Dr. Luiz de França Muniz Tavares, permitindo a permanência do navio ‘Alcyon’ no ancoradouro e desembarque dos tripulantes, ocasionou a epidemia de febre amarela, à qual nos referimos” (Outtes.1991:26)

- utilizada como hospital de isolamento durante as epidemias de febre amarela em 1850, e a de cólera em 1855-1856;
- ii) A implantação, em 1851, do cemitério público do Senhor Bom Jesus da Redenção²⁸, no Sítio Grande de Santo Amaro das Salinas, e recomendada por Francisco Rêgo Barros, presidente da Província de Pernambuco (de 1837-1844), que mais tarde foi agraciado com o título nobiliárquico de Conde da Boa Vista²⁹ (em 1860). Tal recomendação foi cumprida devido à proibição de sepultamento no interior das igrejas e pela Praça de Santo Amaro das Salinas, onde se situava a Igreja de Santo Amaro das Salinas, fundada em 1681.

Essas ações ocorreram num contexto da confusa legislação sanitária, que não explicitava as atribuições de cada nível de governo (império, província e município). Segundo Rodrigues (1979:28), até 1850, as funções da saúde pública no Império, resumiam-se apenas às seguintes atividades:

- 1 – Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais;
- 2 – Controle de navios e saúde dos portos;
- 3 – Autoridades vacinadoras contra a varíola.

Como podemos perceber, havia um choque de atribuições. As medidas tomadas pelo Recife para prevenir-se de epidemias é de responsabilidade, pela legislação, do Governo Imperial, demonstrando a desorganização e o descaso para com o sistema de saúde daquela época.

Tal descaso era visível, tanto que entre o final dos séculos XVIII e início do XIX, o Recife possuía apenas dois hospitais para o atendimento de sua população:

- i) o *Hospital dos Lázarus* – fundado em 1789, a partir de um asilo construído em 1714 na Boa Vista, pelo Padre Antônio Manuel – que chegou a abrigar 1.440 leprosos até 1880, tendo sido fechado em 1940 (os seus doentes foram transferidos para a Colônia da Mirueira) e;
- ii) a *Casa dos Expostos* (hoje, Casa da Providência) – fundada, em 1789, por

²⁸ Ressaltamos que não era o primeiro cemitério da cidade, pois outros dois já existiam antes dele: o Cemitério dos Ingleses, de 1814 e o Cemitério dos Judeus, que já existia desde o período nassoviano.

²⁹ Rego Barros, barão, visconde e depois Conde da Boa Vista, nasceu no Cabo, em 1802. Foi Presidente da Província por 7 anos (1837-1844). Fez uma administração marcada por intenso dinamismo e realizações

Dom Tomaz José de Melo, que passou a sua administração à Santa Casa de Misericórdia, em 1860 – cuja finalidade era recolher e abrigar crianças menores.

A fixação desses hospitais em áreas afastadas do centro urbano da época seria uma das formas de prevenção possível. Os doentes eram transferidos da cidade para os seus arredores ou para outros bairros mais afastados. Como consequência desta prática, tivemos as seguintes realocações:

- I. *Hospital dos Lázarus*: do Santo Amaro para o Tacaruna.
- II. Antigo *Hospital São João de Deus*, depois *D. Pedro II*: do Convento do Carmo, no Santo Antônio, para os Coelhos.
- III. *Hospital Português*: Boa Vista para o Paissandu.
- IV. *Hospital Britânico*: da Rua da Imperatriz para o Santo Amaro.
- V. *Casa dos Expostos*: do Santo Antônio para a Jaqueira.
- VI. *Asilo de Mendicidade*: dos Coelhos (funcionava numa das enfermarias do Hospital Pedro II, como um abrigo destinado a acolher mendigos da cidade) para Santo Amaro (1870).
- VII. *Collegio das Orphãs*: Da Rua Duarte Coelho, em Olinda (1858) para Rua Dom Bosco, na Boa Vista (1907).

Em meados do século XIX, foi que se iniciou a construção de duas unidades hospitalares nas áreas próximas à Ilha do Leite. O *Hospital Português de Beneficência*, fundado em 1855³⁰, surgiu com objetivo de combater a epidemia de cólera de 1855-1856. Primeiramente, se localizou no bairro da Boa Vista em um sobrado alugado próximo ao último trecho da Rua do Príncipe, e depois se instalou definitivamente no Paissandu, em 1857. O *Hospital Pedro II*, situado nos Coelhos³¹, foi inaugurado no dia 29 de julho de 1860 (Jornal do Commercio, 2006), e assim,

urbanas, que deram ao Recife aspecto de cidade moderna. No seu governo foram construídos ou iniciados o prédio da Alfândega, o cemitério público, a Casa de Detenção, o Palácio do Governo e o Teatro Santa Isabel.

³⁰ Através da iniciativa do Dr. José D'Almeida Soares Lima Bastos, então presidente do Gabinete Português de Leitura, que reuniu os membros da colônia portuguesa e fundou o primeiro hospital beneficente de Pernambuco, que inicialmente funcionou como centro de resistência para tratar as vítimas da epidemia de cólera inicialmente no bairro da Boa Vista. A comunidade portuguesa de Pernambuco doava dinheiro e objetos para a manutenção do hospital, onde todos os pacientes eram atendidos gratuitamente.

³¹ O bairro dos Coelhos possui este nome, pois antes pertencia aos herdeiros de João Coelhos da Silva, e que a partir de 1818, recebeu a denominação de "Sítio dos Coelhos".

batizado em homenagem ao Imperador do Brasil³². Nele, a Ordem das Irmãs de São Vicente de Paula dedicavam-se à educação de crianças necessitadas. Com o passar do tempo, as atividades desenvolvidas por essas freiras significaram uma pequena melhora das condições de vida das populações das áreas circunvizinhas.



Figura 1 – O Hospital D.Pedro II visto da Ilha Joana Bezerra, Final do Século XIX
Fonte: Arquivos da FUNDAJ.

O crescimento desordenado do Recife trouxe como consequência, o surgimento de mocambos³³ próximos aos manguezais³⁴. Os seus moradores eram, em sua maioria, retirantes e escravos recém-alforriados que não tinham rendimentos suficientes para fazer face à compra de terrenos, restando apenas, o mangue como sua moradia e sustento. Foi neste ambiente que surgiu na antes conhecida Ilha do Suassuna, o bairro da Ilha do Leite e adjacências, sendo assim, denominado devido ao efeito da maré e ao braço morto do Capibaribe que o circundava.

Nessa época, o Recife já apresentava sérios problemas de infra-estrutura urbana, tais como, ausência de saneamento básico, vias de transporte já saturadas,

³² Tendo sua pedra fundamental colocada em 25 de março de 1847, o Hospital Pedro II sediou ainda antes de sua inauguração em 1859, um baile oferecido pela Associação Comercial de Pernambuco em homenagem a D. Pedro II, por ocasião de sua passagem pela cidade, baile este, que contribuiu para a liberação, por parte do imperador, de recursos financeiros para a área da saúde do estado (Fonte: <http://www.imip.org.br>).

³³ “A palavra mocambo como os ex-escravos apelidaram as habitações que levantavam dentro dos manguezais, na língua quibundo significa ‘esconderijo’, dando a ideia de como os ‘mocambos’ estavam vendo a sua integração com a cidade.” (Gerarad & et all, 1992:65).

³⁴ “O Recife, caracterizado por áreas constantemente alagadas como os seus mangues e charcos, é visto como uma ameaça permanente à saúde coletiva” (Outtes, 1991:11).

etc., consequências da expansão descontrolada de sua mancha urbana. Foi nesse contexto (1870), que se inaugurou a *Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife*, incorporando a Santa Casa de Olinda, fundada em 1539³⁵.

A partir daí a Santa Casa se tornou a principal provedora de saúde à sua população que, no final do século XIX, passou a contar com mais estabelecimentos sob a sua responsabilidade: o *Hospital de Santa Agueda* (criado em 1884 – hoje, Hospital Oswaldo Cruz) na Estrada de João de Barros, e o *Hospital de Alienados*³⁶, (fundado em 1887, hoje Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano), na Tamarineira. Este último foi planejado pelo arquiteto francês Fournier e a sua construção foi viabilizada pela atuação do benemérito Henrique Pereira de Lucena, o Barão de Lucena, e foram realizadas quermesses, subscrições populares e, também o uso de ativos da fazenda pública (Bastos, 2007), e no qual pode ser visualizado na Fotografia 2, de 1909.

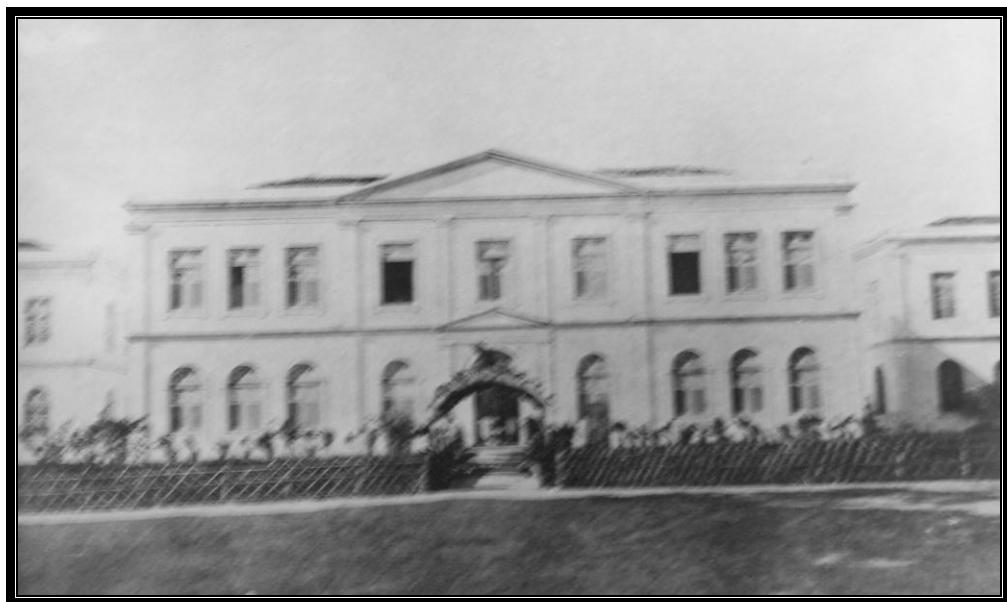


Figura 2 – O Hospital dos Alienados, 1909
Fonte: APEJE

³⁵ A primeira Santa Casa de Misericórdia surgiu em Lisboa, a 15 de agosto de 1498 – Resultado da intervenção da Rainha D. Leonor de Lancastre. O compromisso originário da Misericórdia de Lisboa foi assinado pelo Rei D. Manuel I, pela Rainha Leonor e por Frei Contreras (confessor da Rainha), pela Infante Dona Brites e pelo Arcebispo de Lisboa, Dom Martinho da Costa, e depois confirmado pelo Papa Alexandre VI, facilitando a criação de outras misericórdias por todo o Reino português e nos seus territórios além-mar. No Brasil, A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se instalou em Olinda em 1539 (a mais antiga do Brasil), e logo depois em Santos (SP) em 1542, como sendo o primeiro hospital do país para atender aos enfermos dos navios do porto e moradores, e logo em seguida em Salvador (1549), São Paulo do Piratininga (1560), Rio de Janeiro (1582) e depois, a do Pará (1650).

³⁶ A área deste hospital foi transferida em 1710 por Antônio Cardoso e esposa, à Congregação do Oratório do Recife toda a gleba que inclui o atual sítio tombado por hum conto de Réis. A escritura de aforamento à Congregação do Oratório de São Felipe do Sítio Cruz das Almas, mantinha no lugar da Tamarineira, é datada de julho de 1826. Neste sítio, foi erguido o Hospital dos Alienados (Diário de Pernambuco, nº. 168, p. A-15, ano 2007).

Isso está comprovado nas correspondências³⁷ enviadas pelos Diretores da Santa Casa ao Governo da Província. Era comum encontrar nessas correspondências solicitação de “ajuda” e criação de impostos para custear a administração dos hospitais. Tais relatos demonstram, que as doações à Igreja Católica³⁸ e as suas ordens religiosas não eram suficientes à manutenção desses estabelecimentos.

Tais correspondências vêm corroborar a afirmativa que já existiam formas de financiamento público, através da criação de impostos³⁹, o que não confirma o argumento que estas instituições de saúde da época, ligada às ordens religiosas, eram unicamente custeadas por doações ou subsídios vindos da Igreja Católica.

Com o agravamento da insalubridade, em 1870 foi criada uma empresa privada responsável pela coleta de esgotos sanitários: a *Recife Drainage Company Limited*⁴⁰. Mas o que poderia ser a solução acabou se tornando mais um problema devido ao péssimo serviço prestado. O estado precário de suas tubulações (estrangadas e obstruídas) deixava vaziar dejetos, sendo mais um foco de doenças⁴¹(vide Anexo D). Fora isso, apenas uma pequena parcela da população da cidade era contemplada, com 9.600 aparelhos numa população estimada em 100.000 habitantes (vide Anexo E). Tal situação levou em 1908, o Governo do Estado a também encampar a empresa, segundo Burger (2008:125), a “Repartição de Obras Públicas, em 1908, toma a seu cargo os serviços de esgoto”.

Apesar da ampliação da rede de atendimento da Santa Casa e a realização da distribuição de água e coleta de esgoto da cidade por empresas privadas, a situação

³⁷ Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano. Livros S.C. (correspondências dos Diretores da Santa Casa de Misericórdia enviada ao Governador do Estado de Pernambuco).

³⁸ Nestes mesmos livros da Santa Casa de Misericórdia se constata, por exemplo, a criação de um imposto sobre a comercialização da carne verde, que era destinado à manutenção dos estabelecimentos geridos pela Santa Casa, mas que não funcionava bem devido à precariedade do sistema de arrecadação, e, além disso, sofria com as variações sazonais, como por exemplo, as secas.

³⁹ Aqui, também vemos que já existia a criação de impostos vinculados, como foi o caso recente da extinta CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), criada para financiar a saúde.

⁴⁰ Empresa privada de capital inglês que atuava nos bairros da Boa Vista, Santo Antônio e São José. Segundo anotações dos seus livros de fiscalização, a empresa cobrava à instalação de latrinas e pela coleta de lixo. Eram comuns nestes livros, solicitações do Governador a fiscal da empresa o fim da isenção da taxa de cobrança prevista em Lei para alguns moradores. Na visão da empresa, isso prejudicaria os demais consumidores (ver Anexo D).

⁴¹ O péssimo serviço de esgotamento sanitário prestado na época nos faz refletir sobre o papel do Estado: o saneamento básico seria um dever do Estado, ou ele entraria apenas como um agente fiscalizador do serviço prestado? No caso do Recife, na época, o serviço privado não conseguiu corresponder às necessidades da

de precariedade da saúde agravou-se no final do século XIX, devido os dois fatos abaixo relacionados (Outtes, 1991:24):

- i) O fluxo migratório⁴², originado das grandes secas que se abateram no Sertão do Nordeste do Brasil nos anos de 1877 e 1879, ocasionou epidemias de varíola, vitimando 1.523 e 1.002 pessoas respectivamente;
- ii) A abolição da escravidão (em 1888), que provocou um fluxo migratório de escravos recém-libertos ao Recife em 1890, e acarretou em mais uma nova epidemia de varíola, desta vez com 2.204 óbitos.

Ao considerarmos os dados da segunda metade do século XIX, que foram levantados e sistematizados pelo médico e higienista Dr. Otávio de Freitas (1871-1949), podemos ter uma ideia mais clara da saúde em Pernambuco. A Província foi assolada por 93 surtos epidêmicos de 11 diferentes doenças: 24 epidemias de varíola, 18 de febre amarela, 11 de sarampo, 11 de difteria, 10 de beribéri, 5 de “influenza”, 4 de malária, 4 de disenteria, 3 de difteria, 2 de cólera e 1 de escarlatina. Mas, apesar desses surtos, a doença causadora da maior mortandade foi a tuberculose, o que levou à criação da *Liga Pernambucana contra a Tuberculose* em 1900 (Outtes, 1991:28), sendo registrado 1.000 óbitos por esta doença naquele ano. A cidade, nas palavras do Dr. Otávio de Freitas, era “a capital da tuberculose” (Burger, 2008:124).

Este descaso com a questão da saúde pública no final do Império podia ser mensurado em termos financeiros através do Orçamento Imperial de 1889. Apenas 1% do total de gastos correspondia aos serviços de higiene, controle dos portos, asilos e hospitais. Enquanto isso, os ministérios da Guerra e da Marinha receberam 19,6% do total geral; estradas de ferro, 35% e a imigração estrangeira, 7% (Costa, 1985:35).

Recife era, no final do século XIX, apenas um reflexo das dificuldades nacionais no que tange ao sistema de saúde. A cidade contava apenas com 7

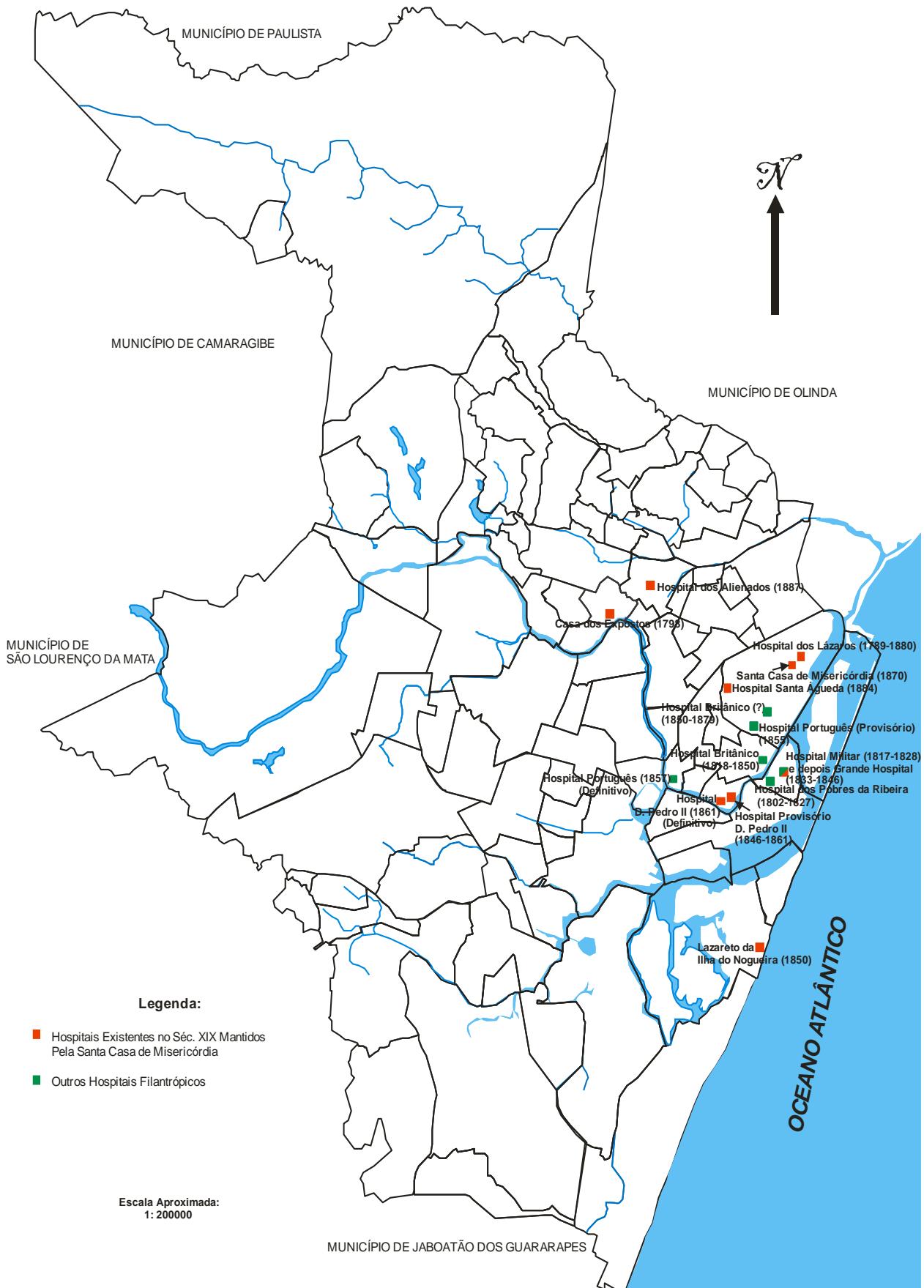
população, e até hoje no Brasil a iniciativa privada não demonstra muito interesse em prestar este serviço, o que vem a acarretar uma maior participação do Estado neste setor.

⁴² O outro motivo citado são as imigrações como causa das epidemias. Este processo não é recente (talvez o caso mais conhecido e catastrófico da história seja o da Peste Negra, que assolou a Europa na Idade Média, vitimando mais de 20 milhões de pessoas, e que foi provocada por ratos vindos em navios provenientes da Ásia), e sempre serão focos de epidemias. Com o aprofundamento da globalização e a abertura de fronteiras, a tendência é ocorrer um aumento deste tipo de fenômeno. Os casos de SARS (Síndrome Respiratória do Sul

estabelecimentos de saúde: Os hospitais D. Pedro II, Real Português, Santa Agueda, Santa Casa de Misericórdia, dos Alienados, Casa dos Expostos e o Lazareto localizado na Ilha do Nogueira conforme podemos observar no Mapa 3.

da Ásia), da Gripe Aviária originalmente na Ásia, a incidência do Vírus Ebola na África e os casos de Gripe A H1N1 (Gripe Suína) no México e EUA são exemplos bem atuais.

Mapa 3 – Município do Recife: Estabelecimentos de Saúde (Século XIX)



Fonte de Dados: APEJE – Mapa Elaborado pelo Autor

A modificação da forma de governo (de Monarquia para República), não surtiu grandes mudanças nas políticas e ações de saúde. Isso contribuiu, no final do século XIX, para uma piora do quadro sanitário do país, e facilitou a proliferação de epidemias em diversas áreas urbanas, principalmente, através dos portos, que não possuíam uma vigilância sanitária eficiente.

Só em 1897, o Governo da República, através do Decreto nº. 2.449⁴³ institucionalizou a centralização das ações de saúde. A partir daí, os serviços de fiscalização portuária e sanitária federais foram transferidos à *Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP)*, então vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, com sede no Rio de Janeiro. Para a operacionalização desses serviços, o país foi dividido em três distritos sanitários: o I Distrito, com sede no Rio de Janeiro, o II Distrito no Recife e o III, em Belém. Os navios, ao aportarem nestes locais, eram obrigados a apresentar a *Carta de Saúde*.

Nas cidades brasileiras, em sua grande maioria, surgidas durante o período colonial, a alta insalubridade urbana demonstrava a incompatibilidade existente com o processo de urbanização crescente. Era o caso de Ouro Preto, então capital do Estado de Minas Gerais, que pela sua localização e topografia, se mostrava inconciliável com a expansão urbana, apontando à necessidade de uma nova capital para o Estado. O surgimento de Belo Horizonte⁴⁴ foi um exemplo da assimilação brasileira dos princípios e doutrinas que circulavam na Europa desde meados do século XIX: o chamado urbanismo sanitarista. Outro exemplo clássico de aplicação dessas ideias foi à cidade portuária de Santos, no Estado de São Paulo.

Costa (1985:34) afirma que, nessa época, se desenvolveu uma medicina essencialmente voltada ao espaço urbano, preocupada com a boa circulação do ar e da água para que não se tornassem perigosos e nefastos à saúde. Tais preocupações em combater as epidemias, levaram ao surgimento, em 1892, dos laboratórios de saúde pública e à organização do serviço sanitário para o Estado de São Paulo. A sua porta de entrada era o porto de Santos, sendo uma porta de

⁴³ Decreto nº. 2.449, de 01 de Fevereiro de 1897: Unifica os serviços de higiene da União, a cargo da Inspetoria Geral de Saúde nos Portos e do Instituto Sanitário Federal, com o objetivo de fiscalizar, organizar, dirigir e propor normas, códigos e planos de socorro sanitários para qualquer estado da União.

⁴⁴ “Cidade planejada e construída no final do século XIX, o projeto de Aarão Reis, desenvolvido entre 1894 e 1897, é a primeira manifestação do urbanismo moderno no Brasil. Uma trama octogonal cortada por vias diagonais, quarteirões de dimensões uniformes, amplas perspectivas axiais e avenida perimetral, eram os elementos estruturais do projeto” (Meyer, 2005).

entrada de imigrantes europeus para o trabalho nas lavouras de café, como também, de saída de mercadorias.

Em função de suas intensas atividades portuárias, a cidade de Santos viu triplicar a sua população entre 1886 e 1900. A desordem urbana atingiu uma escala preocupante, o que acarretou problemas de inundações e a proliferação de doenças como a peste em 1899, o que ameaçava o seu desenvolvimento.

A insalubridade na cidade de Santos, fez emergir a necessidade de reformas urbanas, e, assim, surgiu o projeto concebido por Saturnino de Brito, para esta cidade⁴⁵ em 1894. Este projeto era basicamente saneador ao criar duas redes separadas: uma para escoar as águas pluviais e outra para esgotos. A grande qualidade do pensamento de Saturnino de Brito residiu no fato de ele utilizar um princípio técnico para definir o principal elemento formal do traçado urbanístico, que são os canais de drenagem a céu aberto que ligaram o estuário à baía (Meyer, 2005).

Mas esta situação sanitária não era privilégio apenas da cidade de Santos, pois a intensificação do processo imigratório devido ao café aumentava a ocorrência de epidemias urbanas em outras cidades paulistas. No final do século XIX, ocorreram epidemias de febre amarela em Ribeirão Preto (1883), e Campinas, entre 1889-1892 (Costa, 1985:41).

Foi nesta época, mais precisamente, entre 1897-1918, que se destacou o trabalho pioneiro de Emílio Ribas, direcionado ao combate intensivo às epidemias e doenças endêmicas, mediante, fundamentalmente, o saneamento das cidades paulistas ligadas à expansão cafeeira, com objetivo de preservar a saúde dos trabalhadores italianos recém-chegados à lavoura do café (Costa, 1985:42).

Todas essas ações voltadas para o urbano fizeram parte do contexto do início do século XX, quando aumentaram, em nível mundial, as preocupações com a Saúde Pública. Tanto assim, que, em 1902, surgiu a *Organização Sanitária Pan-americana*, sendo o primeiro organismo internacional de saúde (hoje, denominada Organização Pan-Americana de Saúde, filiado a OMS – Organização Mundial de Saúde). No ano de 1907, em Paris, ocorreu a criação do *Office International*

⁴⁵ O projeto de Saturnino de Brito sofreu forte influência, no desenho, da proposta de Pierre-Charles L'Enfant para Washington (1791).

d'Hygiène Publique (OIHP)⁴⁶ como resultado de uma proposta do governo francês, obtendo apoio do Brasil, Bélgica, Estados Unidos, França, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda, Itália, Países Baixos, Portugal, Império Russo, Suíça e Egito. Este organismo tinha como objetivo promover uma maior cooperação sanitária entre os países-membros e evitar a propagação de epidemias, além de disseminar as ideias higienistas da época.

Não sem razão, podemos afirmar que o higienismo no Brasil era um desdobramento da “medicina social”, e surgiu como solução aos males do incipiente processo de industrialização, ocorrido no final do século XIX e início do século XX nas suas principais cidades. Esse processo trouxe, como sérias consequências, diversos surtos de doenças fatais, entre as quais, destacamos a varíola, febre amarela, malária, tifo, tuberculose, lepra, etc., disseminadas pela concentração urbana existente.

Portanto, esta situação de miséria, doenças e precariedade de recursos existentes não era exclusiva do Recife, mas de praticamente todas as grandes cidades da época, inclusive o Rio de Janeiro (então capital do Império e, depois, da República), a maior cidade do país. A sua situação era tão alarmante que, durante o verão, os diplomatas estrangeiros se refugiavam em Petrópolis, para se livrar do contágio. Em 1895, ao atracar no Rio, o contratorpedeiro italiano Lombardia perdeu 234 de seus 337 tripulantes por febre amarela (Vieira, 1994). Anos depois, foi noticiada a exumação dos corpos dos seus tripulantes pelo Diário de Pernambuco:

“Os mortos do ‘Lombardia’

Rio, 1 de agosto de 1904

Chegou hontem a esta capital o cruzador da marinha de guerra italiana ‘Lombardia’.

“Esse vaso de guerra vem assistir a exhumação da Ilha Grande dos ossos de centenas de tripolantes do cruzador ‘Lombardia’ mortos de febre amarela”.

(Diário de Pernambuco, 02 de agosto de 1904)

O caos sanitário existente na capital federal era motivo de grande preocupação – tanto que os diplomatas estrangeiros, quando indicados para representar os seus governos no Rio de Janeiro, solicitavam um Adicional de Insalubridade. A cidade, nos meios diplomáticos, era conhecida como “túmulo dos estrangeiros”. Esta

⁴⁶ Esta Agência foi uma das precursoras da atual Organização Mundial da Saúde (OMS), que surgiu após a II Grande Guerra.

situação, devido à grande mortandade existente, era descrita nas palavras do Presidente Prudente de Moraes em 1895:

"A adoção de medidas sanitárias, no sentido de impedir a importação de doenças epidêmicas, tem sido objeto de reclamação por via diplomática, reclamações as quais o governo procura satisfazer, conciliando o máximo possível as exigências de saúde pública com os interesses do comércio internacional" (Sales⁴⁷ apud Costa, 1985:45).

No discurso "Manifesto à Nação", divulgado em 15 de novembro de 1902, o Presidente Rodrigues Alves declarava assegurar os ideais positivistas de "progresso" e "civilização" contra o "atraso" e a "anti-modernidade", mas principalmente, encarnando uma nova prática baseada na intervenção estatal, conforme trechos do seu discurso:

"Aos interesses da imigração, dos quais dependem em máxima parte o nosso desenvolvimentos econômico prende-se a necessidade do saneamento desta capital, trabalho sem dúvida difícil porque filia a um conjunto de providências, a maior parte das quais de execução dos poderes da República, a quem incumbe tão importante serviço, façam dele a sua mais séria e constante preocupação, aproveitando-se de todos os elementos de que puderem dispor para que se inicie e caminhe. A capital da República não pode continuar a ser apontada como sede de vida difícil, quando tem fartos elementos para constituir mais notável centro de atração de braços, de atividades e de capitais nesta parte do mundo" (Alves apud Lubambo, 1991:71).

O caos sanitário que reinava no início do governo do Presidente Rodrigues Alves foi um dos motivos que levaram a realização da reforma sanitária no Rio de Janeiro – capitaneada por Oswaldo Cruz, conjuntamente com a administração local, comandada por Pereira Passos, em 1903.

O Presidente convidou o médico sanitarista Oswaldo Cruz para tocar o projeto de saneamento na capital federal. A campanha começou bem, tratando da febre amarela e da peste. Foi criado nesta época o cargo de "*comprador de ratos*", que consistia no recolhimento de ratos mortos ao preço de 300 réis cada. Neste meio tempo, uma gravíssima epidemia de varíola tomou conta da cidade. Apesar das inúmeras campanhas, a população só podia receber a vacina, única forma de prevenir a doença, se quisesse. Cada vez menos pessoas se mostravam dispostas (Duarte, 2008).

⁴⁷ *Message du président de la République Prudente de Moraes*. Rio de Janeiro, Imprimerie L'Etoile du Sud, 1895, p. 6.

Por sugestão de Oswaldo Cruz, é apresentado e defendido junto ao Congresso Nacional, através do governo de Rodrigues Alves, um projeto de lei instituindo a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. Esse projeto foi duramente combatido por várias correntes. A imprensa se posicionou contra à vacinação, divulgando "charges" que ridicularizavam o processo e críticas, conforme trechos publicados no jornal Correio da Manhã:

"O governo arma-se desde agora para o golpe decisivo que pretende desferir contra os direitos e liberdades dos cidadãos deste país. A vacinação e revacinação vão ser lei dentro em breve, não obstante o clamor levantado de todos os pontos e que foi ecoar na Câmara dos Deputados através de diversas representações assinadas por milhares de pessoas.

De posse desta clava, que o incondicionalismo bajulador e measureiro preparou, vai o governo do Sr. Rodrigues Alves saber se o povo brasileiro já se acanalhou ao ponto de abrir as portas do lar à violência ou se conserva ainda as tradições de brio e de dignidade com que, da monarquia democrática passou a esta República de iniquidade e privilégios.

O atentado planejado alveja o que de mais sagrado contém o patrimônio de cada cidadão: pretende se esmagar a liberdade individual sob a força bruta..."

(Correio da Manhã, 7 de outubro de 1904).

Apesar da grande oposição existente, tal projeto é aprovado a 31 de outubro de 1904, como Lei Federal nº 1.261, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Em 5 de novembro do mesmo ano, os monarquistas, positivistas, operários, militares e outros grupos se uniram e formaram uma "*Liga Contra a Vacina Obrigatória*".

Seguiu-se imediatamente um grande movimento popular de revolta, que ficou conhecido na História do Brasil como a *Revolta da Vacina* que durou de 10 a 16 de novembro. Nesse período, a população exaltada depredou lojas, virou e incendiou bondes, fez barricadas, arrancou trilhos, quebrou postes e atacou as forças da polícia com pedras, paus e pedaços de ferro, conforme publicado na Gazeta de Notícias e visualizado na Fotografia 3:

"Tiros, gritaria, engarrafamento de trânsito, comércio fechado, transporte público assaltado e queimado, lampiões quebrados à pedradas, destruição de fachadas dos edifícios públicos e privados, árvores derrubadas: o povo do Rio de Janeiro se revolta contra o projeto de vacinação obrigatório proposto pelo sanitário Oswaldo Cruz"

(Gazeta de Notícias, 14 de novembro de 1904).



Figura 3 – Revolta da Vacina. Rio de Janeiro, 1904.

Fonte: Fundação Biblioteca Nacional.

Na Fotografia 3, podemos visualizar o caos que tomou conta das ruas do Rio de Janeiro, e no dia 14, cerca de 300 cadetes da Escola Militar da Praia Vermelha também se sublevaram, e uma insurreição militar tentou depor Rodrigues Alves, mas sem sucesso (Martins et all, 1997:267). A reação popular levou o governo a suspender a obrigatoriedade da vacina e a declarar estado de sítio (16 de Novembro). A rebelião foi contida, segundo o chefe de polícia, deixando 30 mortos, 110 feridos e 945 pessoas presas, das quais 461 são deportadas para o Acre, inclusive sete estrangeiros (Vieira, 1994).

Tais reformas polêmicas, empreendidas⁴⁸ na capital federal, foram inspiradas no modelo francês aplicado por Georges Eugène Haussmann para Paris, que se tornou um modelo de metrópole industrial moderna. Partindo deste modelo, Pereira

⁴⁸ As reformas empreendidas por Haussmann e Pereira Passos se notabilizaram pelo excesso de poder concentrado nas mãos desses dois administradores, sendo consideradas administrações autoritárias. No caso do Rio de Janeiro, Pereira Passos ao assumir o cargo exigiu plenos poderes ao Presidente Rodrigues Alves, fechando o Conselho Municipal por seis meses. Ficou conhecido como o "Dr. Bota Abaixo".

Passos⁴⁹, ao assumir a administração do então Distrito Federal no período de 1902-1906, realizou um grande esforço para melhorar as péssimas condições de vida da população através de reformas urbanas, conforme podemos observar na Fotografia 4, na construção da Avenida Central (hoje, a Rio Branco). Além da colaboração de Oswaldo Cruz, ele contou com a ajuda de Lauro Müller⁵⁰, Paulo de Frontin⁵¹ e Francisco de Paula Bicalho⁵², que se tornaram defensores da aplicação do higienismo, e inspirando mais tarde, outras cidades brasileiras.



Figura 4 – Abertura da Avenida Central (Rio Branco). Rio de Janeiro, 1905
Fonte: Fundação Biblioteca Nacional

Para que tais reformas propostas na capital federal fossem realizadas, segundo Huang (1996:32), ocorreu algumas deportações para o Acre de pessoas que vadiavam pela cidade. Tal prática, que já era utilizada antes, foi também aplicada no Recife, sendo registrada na imprensa recifense, no ano de 1890, conforme trecho do Jornal *A Lanceta*:

⁴⁹ Atuou como adido brasileiro na nossa Embaixada em Paris entre 1857 e 1860, quando entrou em contato com as reformas empreendidas por Haussmann.

⁵⁰ Ministro de Estado da Indústria, Viação e Obras Públicas no Governo Rodrigues Alves. Tornou-se popular por suas importantes obras, como a construção da Av. Central (hoje, Rio Branco), e os melhoramentos do Porto do Rio de Janeiro.

⁵¹ Foi prefeito do Distrito Federal (atual Município do Rio de Janeiro) em 1919 (de janeiro a julho), e ganhou notoriedade por multiplicar o abastecimento d'água da cidade num prazo recorde de uma semana.

⁵² Engenheiro Sanitarista, compôs a Comissão nomeada por Lauro Muller para a elaboração do plano de obras do Porto do Rio de Janeiro em 1903.

"Hoje que as liberdades foram promulgadas pela revolução de 15 de novembro, segundo se diz, desapareceram as garantias individuais e o recrutamento faz-se em massa, nas ruas públicas da Capital Federal. Sob o pretexto de serem capoeiras, o governo remeteu grande número de brasileiros para Fernando de Noronha sem culpa formada e sem crime conhecido. (...) Agora, depois da circular do Chefe de Polícia deste Estado, a polícia esta agadanando indistintamente a todos aqueles que lhe parecerem vagabundos."

(Jornal A Lanceta, 29 de janeiro de 1890).

Foi neste ambiente de alta insalubridade urbana, que as reformas empreendidas nas cidades europeias, e depois no Rio de Janeiro, serviram como ponto de partida para o Recife. Neste ínterim, em 1909, é realizado o Congresso Médico de Pernambuco, e Burger *et alii* (2008:125) aponta que foram muitas as declarações neste congresso, no sentido de "limpar a cidade" e de exercer "controle" e "vigilância" sobre as populações pobres e marginalizadas. Somados a isto, Pernambuco, no fim de 1910, passou por uma significativa mudança política⁵³, com a Campanha Salvacionista que derrotou o Conselheiro Rosa e Silva⁵⁴ – que tinha um quase inquestionável poder político de nomear e destituir os governadores de Pernambuco – e a chegada do Gen. Emídio Dantas Barreto ao poder.

Estas mudanças políticas em Pernambuco, também, atingiram o Recife, que se concretizaria através de um plano urbanístico elaborado por Saturnino de Brito em 1910, no qual a cidade passou por um surto modernizador concentrado em sua zona portuária e bairros adjacentes. Foi realizado um conjunto de obras visando enfrentar o problema das enchentes, o que envolveu a demolição de extensos setores da cidade colonial para estabelecer novas ligações do rio Capibaribe com a bacia de Santo Amaro. Uma longa análise das condições de expansão da cidade revela o pioneirismo de suas concepções urbanísticas (Meyer, 2005).

Isto ocorreu também na área da saúde, o que corresponderia a uma alteração social na cidade. E, em 1912, foram criadas as Delegacias de Saúde Pública que eram subordinadas a Diretoria de Hygiene e Saúde Pública do Estado e foi

⁵³ Quando o Gen. Dantas Barreto resolve disputar o Governo de Pernambuco, em 1911, surge um dos períodos mais agitados da política no Estado. Cabe aqui esclarecer que Rosa e Silva era apoiado pelas forças políticas locais e, Dantas Barreto, pelas tropas do Exército – o 49º Batalhão de Caçadores – Sob o comando do Gen. Carlos Pinto. Este último era o encarregado de enfrentar os combates de ruas, travados entre "*rosistas*" e "*dantistas*".

⁵⁴ Francisco de Assis Rosa e Silva foi Ministro da Justiça do Império, Deputado constituinte em 1890, Vice-Presidente da República no Governo Campos Sales (período 1898-1902). Candidato derrotado ao Governo do Estado de Pernambuco e depois Senador da República. Faleceu em 1929.

mobilizado um exercito de guardas “os mata mosquitos”, para combater a febre amarela. Segundo Lubambo (1991:81), eles desinfetavam a água dos potes, quebravam as vasilhas que encontravam nos quintais, arrancavam os tocos dos mamoeiros que, juntavam água no seu oco, eles também subiam aos telhados para arrancar folhas e sujeira que obstruíam as calhas. Tratava-se de um esforço de mudança, pois “a classe média, liderada pela juventude intelectual e pela imprensa, passou a demandar, a erigir um grande batalhão na luta pela modernização dos hábitos, dos valores e da própria fisionomia da cidade do Recife” (Arrais, 1998:29).

Estas modificações não se concentraram apenas no quadro político de Pernambuco, ou na execução de obras urbanísticas no Recife, mas também, no campo educacional. Tais mudanças possibilitaram a criação da Faculdade de Medicina em 1915, mas que começou a funcionar em 1920 no prédio da Escola de Engenharia⁵⁵, no Largo do Hospício, juntamente com as Escolas de Farmácia e Odontologia (Barreto, 2008:26). Isto seria uma demonstração da preocupação local com a formação de quadros profissionais de saúde (no caso, médicos), para o caótico sistema de saúde local.

No plano internacional, a eclosão da I Grande Guerra (1914-1918) alterou o processo de desenvolvimento econômico do Brasil⁵⁶ e estimulou a formação de uma estrutura física voltada para a saúde. Surgiram a partir desse período, incentivadas pela entrada de capital estrangeiro e isenções de impostos de importação pelo Governo em outras áreas⁵⁷, as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

A I Grande Guerra também foi motivo de preocupação sanitária, pois “a guerra na Europa também gerou problemas de imigração, higiene, controle sanitário das

⁵⁵ A Aula Magna, proferida pelo diretor, Prof. José Octávio de Freitas foi realizada em 16 de julho de 1920. A sua primeira turma concluiu o curso em 1925, com a formatura de 5 médicos.

⁵⁶ Segundo Baer “a Primeira Guerra Mundial não foi um catalisador do desenvolvimento industrial, especialmente porque a interrupção da navegação dificultou a importação de bens de capital necessários ao aumento da capacidade produtiva e no Brasil, naquela época, não havia indústria que os produzisse”. E complementa afirmando a partir de dados da produção industrial daquele período que “o efeito exercido pela Primeira Guerra Mundial não foi o de expandir e mudar a capacidade produtiva no Brasil, mas sim de aumentar a utilização da capacidade de produção de artigos têxteis e alimentícios, originada antes da guerra”. (Baer, 1995:46-47)

⁵⁷ “A diversificação da indústria nos anos 20 tem sido atribuída a várias causas. Em primeiro lugar, muitas oficinas de reparos que existiam antes da Primeira Guerra Mundial ampliaram suas atividades durante os anos da guerra, reinvestindo seus lucros após a mesma para aumentar sua capacidade de produção. Em segundo lugar, o capital estrangeiro ingressou em setores como o cimento, aço e vários bens de consumo durável, em operações de montagem. Em terceiro lugar, o governo concedia ajuda especial a empresas de novos setores, como isenção de impostos para importação de equipamentos, empréstimos subsidiados, etc.” (Baer, 1995:48).

importações e exportações, etc. Várias conferências internacionais foram organizadas para discutir e criar regras e estratégias fitossanitárias, que tinham sérias implicações para um país exportador de matérias-primas e receptor de imigrantes, como o Brasil" (Lima & Hochman, 2000:315).

Convém registrar que essa situação de abandono vivenciada pela saúde pública foi tema de um discurso⁵⁸ do médico-sanitarista Miguel Pereira em 21 de outubro de 1916, marcando o surgimento do movimento sanitário no qual ele afirmou que "o Brasil era um imenso hospital" conforme trecho abaixo (grifo nosso).

"... fora do Rio ou de São Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas ou outras cidades em que a previdência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital. Num impressionante arroubo de oratória já perorou na Câmara ilustre parlamentar que, se fosse mister, iria ele, de montanha em montanha, despertar os caboclos desses sertões. Em chegando a tal extremo de zelo patriótico uma grande decepção acolheria sua generosa e nobre iniciativa. Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras ou não poderiam estes tristes deslembados se erguer da sua modorra ao apelo tonitruante de trombeta guerreira, ... ou quando, como espectros, se levantassem, não poderiam compreender por que a pátria, que lhes negou a esmola do alfabeto, lhes pede agora a vida e nas mãos lhes punha, antes do livro redentor, a arma defensiva". (Pereira apud Hochman, 1998).

Ainda em 1916, foi divulgado o relatório *Viagem Científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Pará e de Norte a Sul de Goiás*. Esse relatório foi resultado de uma expedição médica-científica, realizada em 1912, pelo Instituto Oswaldo Cruz por solicitação da Inspetoria Federal de Obras contra as Secas (IFOCS). Chefiada por Belisário Penna, Arthur Neiva e Adolpho Lutz, esta expedição percorreu o interior do Brasil, revelando uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva, abandonada e sem nenhuma identificação com a pátria, conforme evidenciado no seguinte trecho do relatório:

"... raro o indivíduo que sabe o que é Brasil. Piauí é uma terra, Ceará outra terra. Pernambuco outra (...) A única bandeira que conhecem é a do divino" (Penna & Neiva, 1916:121).

⁵⁸ Discurso de saudação ao diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), Aloysis de Castro, pelo êxito da delegação brasileira no congresso médico então realizado em Buenos Aires.

Neste mesmo relatório, os autores afirmavam que o Estado só se tornava presente à população na cobrança de impostos. Mais uma vez o seu texto é incisivo ao comentar tal situação:

“Vivem eles abandonados de toda e qualquer assistência, sem estrada, sem polícia, sem escolas, sem cuidados médicos nem higiênicos (...) sem proteção de espécie alguma, sabendo de governos porque se lhes cobram impostos de bezerros, de bois, de cavalos e burros. (Penna e Neiva, 1916:199)

A situação relatada de abandono e descaso no interior do país, com sua população assolada pela Doença de Chagas, fez com que houvesse uma conscientização e maior cobrança por ações de saúde pública junto ao Governo Federal. Esse relatório foi, sem dúvida, uma “redescoberta” do Brasil, mobilizando intelectuais e políticos, impulsionando assim, uma campanha pelo saneamento (Lima & Hochman, 2000:317).

Tal campanha culminou – no dia 11 de fevereiro de 1918, na Sociedade Nacional da Agricultura, no Rio de Janeiro, a criação da *Liga Pró-Saneamento*⁵⁹. Esta Liga foi presidida por Belisário Penna e sua principal proposta era a institucionalização do combate às endemias rurais, o chamado “saneamento dos sertões”, por meio de uma política sanitária de caráter nacional. Isso aguçou ainda mais os debates em torno da necessidade preeminente de uma centralização das ações em saúde e higiene, sendo, a revista *Saúde*, o seu principal órgão de divulgação e propaganda. A questão da saúde pública, agora merecia destaque, como mostra esta passagem do jornal *O Paiz*:

“... o patriótico brado de alarme lançado por Miguel Pereira, Arthur Neiva, Belisário Penna, com o sentimento de responsabilidade que a investidura médica impõe na defesa da saúde pública, produziu o seu efeito salutar. No congresso fala-se em questões sanitárias. A imprensa tem mantido o assunto em foco e a opinião pública já vais sendo infiltrada pela idéia lançada, há dois anos, pelos iniciadores dessa campanha benemérita”.

(*O Paiz*, 28 de julho de 1918).

A questão da saúde pública, a partir da criação da Liga, tinha entrado nos debates nacionais. Era urgente a reestruturação do sistema de saúde com uma maior participação do Governo Federal nas ações de saneamento. Em setembro de

1918, o deputado e médico do Rio de Janeiro Azevedo Sodré, membro da Academia Nacional de Medicina (ANM), propõe a criação do *Ministério da Saúde Pública*⁶⁰, como órgão centralizador das ações saneadoras e preventivas da União.

Apesar da crescente mobilização em torno da saúde pública e do sucesso das reformas empreendidas por Oswaldo Cruz na capital federal em 1903, o surto de gripe espanhola⁶¹ não foi detido. No Brasil, as estimativas apontam entre trinta mil e 160 mil mortes (Azevedo, 1997; Fontenelle, 1922; Patterson e Pyle, 1991; Hochmam, 1998). Os primeiros casos confirmados de gripe epidêmica no Brasil foram divulgados em setembro de 1918, e em poucos dias, a capital federal parecia submergir devido à doença devastadora. No Recife, a notícia dos primeiros casos de gripe espanhola no Brasil foi assim divulgada pelo jornal *A Província*

“Não se assustem as esposas. Não se trata de uma invasão de Hespanholas, o que aliás seria preferível, mas da “moléstia hespanhola”..”

(A Província, 17 de setembro de 1918)

Desde a passagem do navio inglês *Demerara* pelo país, que vindo de Liverpool aportou em Lisboa, Recife, Salvador e Rio de Janeiro na primeira quinzena de setembro, foi que, pouco a pouco, a doença se espalhou pelo Brasil (Abrão, 1995; Bertucci, 2004; Silveira, 2004; Souza, 2005 apud Bertucci, 2007). Entretanto, a moléstia havia começado a causar medo nas pessoas quando jornais noticiaram que soldados e membros da Missão Médica Brasileira poderiam ter sido vítimas da gripe espanhola ao aportarem na África a caminho da Europa durante a I Guerra Mundial, entre final de agosto e início de setembro. Em Dacar (Senegal), local de trânsito de

⁵⁹ Segundo Costa (1985:96): “A Liga Pró-Saneamento objetivou, igualmente, rejeitar a ideologia colonialista que apontava como causa do atraso do país e a sua situação sanitária a composição étnica da população e a miscigenação racial”.

⁶⁰ Apesar da não aprovação do projeto do médico e parlamentar Azevedo Sodré, sua proposta de um Conselho Superior de Higiene, composta por “notáveis”, influenciou na nomeação de uma comissão para regulamentação do Decreto de Profilaxia Rural e da elaboração de um código sanitário para o país. Esta comissão era composta por Rocha Faria (Instituto Oswaldo Cruz), Miguel Couto (presidente da Academia Nacional de Medicina), Aloysio de Castro (diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro), Afrânio Peixoto (Catedrático em Higiene), Theófilo Torres (diretor-geral interino de Saúde Pública), Carlos Chagas (Diretor do Instituto Oswaldo Cruz), Clóvis Beviláqua (professor da Faculdade de Direito) e Domingos Cunha (consultor de Engenharia Sanitária da DGSP e professor da Escola Politécnica). A mesma comissão foi convidada a colaborar com o recém-eleito Epitácio Pessoa na preparação da mensagem enviada ao Congresso (Maio, 1994:49).

⁶¹ O impacto da epidemia mundial de gripe espanhola foi devastador: estimativas mais recentes apontam de 50 a 100 milhões de mortes em todos os continentes, entre março de 1918 e janeiro de 1919. Fonte: Journal Translational Medicine *in* <http://www.translational-medicine.com/content/2/1/3>.

tropas, muitos adoeceram e vários morreram. (Bertucci, 2004:92-97) conforme relato do Prof. Mário Kroeff⁶² transcrito abaixo:

Ao sair de Dakar, mal o barco se fizera ao largo, foi ele de repente, infestado por um mal desconhecido, revelando logo o seu caráter epidêmico. Sentiram-se atacados de forma grave todos os membros da nossa comitiva, os tripulantes e os recrutas senegaleses, que vinham, amontoados nos porões, desde o porto anterior. Em pouco, o navio já se tornara hospital flutuante, lotado de gente, sem diagnóstico, e sem tratamento. Dias sucessivos se prolongaram, entregues todos ao Deus dará, e confiados às defesas naturais e às reservas nutritivas, que o organismo sempre acumula, em seus próprios tecidos.

A gripe espanhola, durante o seu surto epidêmico entre outubro e dezembro de 1918, atingiu aproximadamente 116.777 dos 523.196 moradores de São Paulo e vitimou 5.331. No Rio de Janeiro, com uma população de 910.710 habitantes, foram cerca de 600.000 enfermos e 14.348 mortos. (Bertucci-Martins, 2004:180; Goulart, 2005:105), inclusive o Presidente Rodrigues Alves, recém conduzido a um novo mandato. O cenário de abandono foi descrito através de trechos de jornais da época. Esses assinalam que alguns estabelecimentos comerciais e casas de ensino fecharam devido à falta de pessoal, e que desorganizou a economia da cidade por completo, conforme afirmação do jornal da época e demonstrado também na fotografia 5:

“Não há em toda cidade estabelecimento comercial, café, bar, botequim que não tenha a maior parte dos seus empregados enfermos, sendo de notar que já há estabelecimentos fechados”

(Gazeta de Notícias, 14 de outubro de 1918).

⁶² publicado em “O hospital”, fev. de 1969. V.75 n.2, e disponível em http://www.grandesguerras.com.br/artigos/text01.php?art_id=143



Figura 5 – Gripe Espanhola: Rio de Janeiro, 1919

Fonte: Fundação Biblioteca Nacional

Na Fotografia 5, podemos visualizar o grande número de mortos existentes no Rio de Janeiro. No Recife, não foi diferente, pois esta epidemia atingiu cerca de 120.000 pessoas, numa população urbana estimada em 200.000 habitantes, e o pânico se alastrou na população. Na proporção que a epidemia se prolongava, uma pluralidade de opções terapêuticas era aplicada para tentar curar a moléstia reinante, inclusive jornais locais publicavam receitas preventivas. O *Jornal Pequeno*, de 4 de outubro de 1918, publicava o preservativo, como era conhecido, e consistia geralmente em *sene*⁶³, para desembaraçar o ventre (empregado ainda quando a moléstia manifestada), e o “cognac ou Whisky” com limão.

A consequência maior de tal mistura foi que as farmácias não davam vencimento às infusões de *sene*, a todo instante solicitadas; o Whisky, e Cognac, nos armazéns, e nos Cafés subiram de preços, e o limão atingiu um preço extraordinário. Os mais desfavorecidos de fortuna, que não podiam acompanhar os preços do Whisky e do Cognac, entravam pela popular *Cara Preta* com limão (Pinho, 2005).

⁶³ O Sene é conhecido também pelo seu nome científico de *Cassia angustifolia Vahl*. Pertence a família Leguminosae. Os folídeos são a parte utilizada para fins fitoterápicos, eles apresentam odor fraco, entretanto característico e sabor mucilaginoso e amargo. É uma planta originária da Índia e Somália, cujo sua introdução na fitoterapia foi feita por médicos árabes no século IX., sendo um dos fármacos mais conceituados como purgativo, por não provocar inflamações secundárias muito comuns quando se utilizam purgativos drásticos. É

Foram identificadas, por intermédio da análise de 26 receitas usadas pela medicina oficial durante a crise sanitária, 178 drogas utilizadas pelo saber médico como forma de cura para a *influenza* nas seguintes formas: purgantes, sangrias, banhos quentes, massagens, sais de quinino e complexas fórmulas arsenicais que agiam como sudorífero, etc., (Petruski, 2009:13) mas que não possuíam comprovação alguma de sua eficácia contra a doença. Nas imagens seguintes, retiradas de jornais paulistanos podemos visualizar tais “medicamentos”: Na Fotografia 6, podemos visualizar a nota divulgada no Jornal Correio do Povo, de 01 de novembro de 1918, do Serviço Sanitário de São Paulo à respeito a gripe espanhola; e na Fotografia 7, do Jornal *A Capital*, de São Paulo, no dia 06 de novembro, uma receita sobre como debelar a doença:

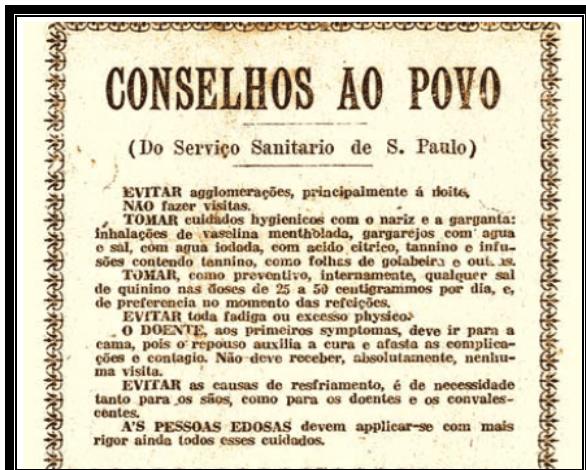


Figura 6 – Nota do Serviço Sanitário de São Paulo à Respeito da Gripe Espanhola

Fonte:
http://www.correiodopovo.com.br/jornal/A114/N229/Imagen_s/SEC0216.gif

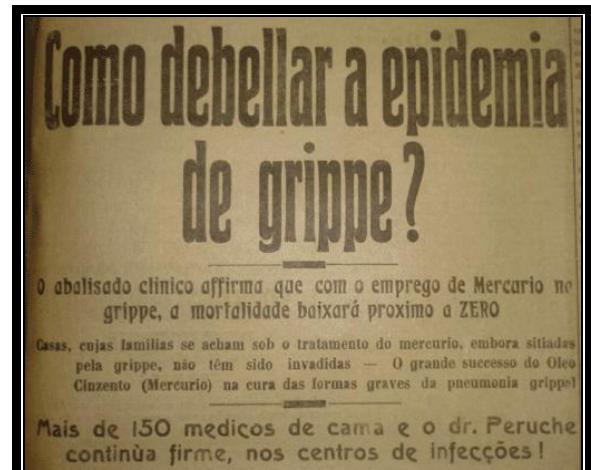


Figura 7 – Anúncio de Receita para Gripe Espanhola

Fonte: <http://historianovest.blogspot.com/2009/09/edicina-popular-durante-epidemia-de.html>

As medidas preventivas e os tais “remédios” para gripe espanhola, exibidos como nas Figuras 6 e 7, não eram eficientes no combate à doença, o que agravava a saúde daquelas pessoas, deixando-as ainda mais debilitadas. Naquela época a falta de informação era reinante, pois os governos faziam censuras veladas na maioria dos meios de comunicação da época, principalmente aos jornais.

Em Pernambuco, tal situação não era diferente: o governador Manuel Borba, numa tentativa de salvar a imagem do seu governo, telegrafou ao Rio de Janeiro afirmando não ter ocorrido à doença em Pernambuco. Por tal mensagem, foi

uma planta típica de regiões tropicais, que espontaneamente vegeta melhor em locais montanhosos e menos nas proximidades de grandes rios. Fonte: <http://www.saudenarede.com.br/fitoterapicos/sene.html>

ordenada a aplicação da censura nas comunicações e, na imprensa local, pois não se admitia que fossem enviados telegramas noticiando a epidemia. Devido a tal atitude, o Governo Federal oficialmente ignorava a enfermidade em Pernambuco, sendo publicada uma nota no jornal “A Província”, se referindo a posição do governador sobre a influenza:

“Manuel Borba, ataca os jornais de estarem lucrando com a epidemia, e ainda diz que o que está acontecendo na capital Recife é a Cholera-morbus, o estranho é que apenas o governador que defende esta idéia”.

(A Província, 22 de outubro de 1918)

Os efeitos drásticos, ocasionados por mais esta epidemia não somente no Recife, mas em todo o país, forçaram o Governo Federal a alterar a sua política de saúde. Em maio de 1919, pelo Decreto n.º13.538, foi reorganizado o *Serviço de Profilaxia Rural (SPR)*⁶⁴, que passou a firmar convênios com os estados, visando a implantação de políticas sanitárias com o propósito de combater três grandes endemias no interior do país: uncinariose (o mesmo que ancilostomíase), malária e doença de Chagas. Era uma tentativa de unificação dos serviços de saúde pública do país.

Mas, a reorganização do SPR não era suficiente. Então, o recém-empossado Presidente Epitácio Pessoa, em mensagem encaminhada à Câmara dos Deputados, em 24 de setembro de 1919, propõe a ampliação dos serviços sanitários federais. Argumentava que a medida não implicaria em novos gastos à União, mas apenas, na centralização de diversos serviços dispersos em vários ministérios em um único órgão, além da criação de um Fundo Sanitário (Lídia e Hochman, 1996).

A partir daí vemos uma crescente intervenção do Governo Federal na questão da saúde pública. Santos e Faria (2003:5) afirmam que:

“As crescentes solicitações de cooperação pelos governos estaduais, a carência financeira de vários estados brasileiros – em especial os nordestinos – dificultando a organização e implementação de campanhas sanitárias nessas áreas e, finalmente, as críticas à própria Diretoria-Geral de Saúde Pública (que enfrentava problemas de ordem

administrativa, financeira e política), quanto à aplicação de medidas mais definitivas para a erradicação das endemias, criaram um clima propício à ação do Governo Federal”.

O sucesso da reforma urbana e sanitária no Rio de Janeiro, idealizada por Oswaldo Cruz, impulsionou mais uma etapa da reforma sanitária, desta vez, tendo como protagonista Carlos Chagas, responsável pela criação do *Departamento Nacional de Saúde Pública* (DNSP). Esta reforma representou diversas modificações estruturais e técnicas⁶⁵ e a adoção de um Regulamento Sanitário Federal.

Uma carta publicada no Jornal *A Noite*, em 20 de agosto de 1920 (ver Anexo B), escrita por Belisário Penna, Diretor do Serviço de Profilaxia Rural do DNSP, fornece um panorama da questão da saúde no país. Nessa carta, ele rebateu as afirmações, segundo, a qual teria havido exagero na declaração feita por Miguel Pereira de que o Brasil era um “imenso hospital”. Condenou os que negam a relevância científica e social e, através do saneamento, prega a necessidade de se combater, os males denunciados por Miguel Pereira como sérios obstáculos ao desenvolvimento nacional.

A proliferação de epidemias no Brasil, naquele período, confirmava a situação de alta insalubridade em que vivia grande parte de sua população, principalmente, a residente no interior do país. Cada brasileiro era um vetor de transmissão e hospedeiro de diversas doenças, conforme afirmava espantado, um sanitarista durante a implantação dos serviços federais de saneamento rural na Paraíba do início da década de 1920:

"Cada homem é um parque zoológico, sendo que a cada região do corpo corresponde uma fauna especial.⁶⁶“.

⁶⁴ O Serviço de Profilaxia rural foi instituído pelos decretos nº. 13.001 de 1 de maio, e nº. 13.055 de 6 de junho e 13.139 de 16 de agosto de 1918, e subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, por intermédio da Diretoria do Interior da Secretaria de Estado.

⁶⁵ Decreto Legislativo nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920: Entre as principais modificações estão à introdução da educação e propaganda sanitárias, ao contrário do caráter policial adotado na época; criação de órgãos especializados ao combate da tuberculose, lepra e as doenças venéreas; expansão das atividades de saneamento em âmbito nacional e a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacam como problemas individualizados, entre outros.

⁶⁶ Citado em correspondência de Acácio Pires, chefe do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural no estado da Paraíba, a Belisário Penna, diretor de Saneamento e Profilaxia Rural do governo federal, em 7.7.1921, Fundo Belisário Penna, Departamento de Arquivo e Documentação/Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.

Podemos aqui perceber que naquela época, a preocupação básica do Estado era apenas evitar a disseminação de epidemias através de grandes reformas urbanas, e depois, as atividades de prevenção. Conforme afirma Costa (1985:12):

“O período 1889-1930 registrou a introdução e consolidação dessa modalidade de atenção no Brasil, que exercia influência decisiva nas práticas de controle de doenças coletivas e no desenvolvimento da parasitologia, quimioterapia e imunologia aplicadas ao serviço de saúde pública”.

Tal situação da saúde no Brasil fazia surgir críticas, até mesmo à República recém-instalada. Belisário Penna afirmava que o país estaria dividido em “pequenas satrapias”, entregues a tiranetes locais. Segundo ele, foi promulgada, em 1891, uma “constituição licenciosa”, na qual se consagrava a perda das principais virtudes do Império: a unidade de comando e a solidariedade nacional (Penna, 1923:158 apud Lídia & Hochman, 1996).

Não era dada uma maior atenção à melhoria no atendimento e/ou expansão da rede de atendimento médico. Em Pernambuco, somente em 1924, no governo de Sérgio Teixeira Lins de Barros Loreto, a Santa Casa de Misericórdia ampliou o seu atendimento ao público ao assinar um convênio com o Governo do Estado, no qual este assumiu os serviços de assistência médica, nos seguintes termos publicado no Memorial do Arcebispo Metropolitano de Recife e Olinda (MAM), e depositado no Arquivo Público do Estado:

“Cláusula 8^a: O Estado continuará a subvencionar a Santa Casa, ficando obrigada esta a manter todos os serviços de assistência atualmente a seu cargo” (MAM, 1938:5).

De acordo com o mesmo convênio, a fiscalização pela prestação dos serviços ficou a cargo do Estado, conforme descrito:

“Pelo convênio aludido o governo reserva-se o direito de fiscalizar todos os serviços de assistência, por intermédio do Departamento de Saúde Pública” (MAM, 1938:6).

Ainda no Governo de Sérgio Loreto, o seu diretor do Departamento de Saúde (DAS), que, também, era o seu genro, o médico Amaury de Medeiros⁶⁷, criou

⁶⁷ As ações propostas e realizadas por Amaury de Medeiros foram inovadoras: foi pioneiro nas soluções para o problema dos mocambos do Recife, organizando a Fundação Casa Operária, que construiu as vilas do Arraial, da Torre e de Afogados, um dos primeiros a tratar sobre o exame pré-nupcial e a prevenção das doenças venéreas, criando unidades de atendimento venerológico; criou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, anexa ao Serviço de Saneamento Rural; combateu com medidas profiláticas a malária, a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, entre outras doenças. Consegiu, inclusive, que durante os anos de 1924 e 1925

setores especializados para combater malária, tuberculose, sífilis e tratar das doenças mentais. Abriu também uma rede de hospitais que atendia aos municípios de Goiana, Cabo, Bonito, Canhotinho, Olinda, Nazaré da Mata, Ribeirão, além de 26 postos de saúde no interior do Estado. Reformou o Hospital Santa Águeda (hoje, Oswaldo Cruz), criou Inspetoria e o Corpo de Visitadores da Saúde, conseguiu erradicar a varíola e a febre amarela, diminuindo, significativamente, o índice de mortalidade de crianças e adultos.

Foi neste período de mudanças na estrutura estadual da saúde, durante as décadas de 1920 e 1930, que se desenvolveu no Hospital da Tamarineira, a Escola de Psiquiatria do Nordeste, dirigida por Ulysses Pernambucano. Em 20 de maio de 1925⁶⁸, foi lançada a pedra fundamental dos edifícios da Faculdade de Medicina do Recife (futura Faculdade de Medicina da UFPE) e da Maternidade do Derby, próximo a Faculdade.

Em nível nacional, a consolidação da estrutura física do sistema de saúde só começou a ocorrer através do sistema de financiamento à saúde. Tal consolidação se deu através do Decreto-Lei N°. 4.682 (*Lei Eloy Chaves*), de 24 de janeiro de 1923, quando foram criadas as *Caixas de Aposentadoria e Pensão* (CAPs)⁶⁹ para o setor ferroviário e, depois, em 1926, para os estivadores e marítimos. O seu financiamento era via uma poupança tripartite formada pela contribuição dos empregados (3% do salário), empregadores (1% da receita bruta) e pela União.

As CAPs eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos apresentavam base atuarial para mantê-las. O seu presidente era nomeado pelo Presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os trabalhadores indicavam seus representantes por eleição direta, e os benefícios eram proporcionais às contribuições e, portanto, ao salário (Braga & Paula, 1986:49).

não fosse registrado nenhum caso de peste bubônica no Recife. Fonte: <http://www.fundaj.gov.br/noticia/servlet/newsstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=285&textCode=957&date=currentDate>

⁶⁸ A doação do terreno para construção da Faculdade de Medicina e da Maternidade foi efetivada através da Lei nº. 1.722, e assinada pelo Governador Sérgio T. Lins de B. Loreto, e publicada no Diário do Estado no dia 9 de maio de 1925.

⁶⁹ “As CAP’s (sic) tinham ações voltadas para a prestação de diversos benefícios, como auxílio-doença, pensão, aposentadoria e assistência médica, tanto aos segurados quanto aos seus dependentes”.(Freitas, 2002:5).

Segundo Paulos Jr et all (200:14) no período compreendido de 1923 a 1933, foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão. Esta ampliação das CAPs foi resultado de dois fatores: (i) atuação política maior dos sindicatos interessados em angariar fundos, como o Sindicato dos Bancários, que conseguiu, à sua classe a aposentadoria aos 25 anos de serviço, e (ii) crescimento industrial impulsionado pela Grande Depressão de 1929, aumentando a demanda interna por bens e serviços.

Foi a partir da década de 1930, que os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), os quais atuavam por categoria profissional⁷⁰, passaram a absorver as CAPs, surgindo assim, uma estrutura nacional, modificando a forma de financiamento. Esta passou a ser dependente” apenas da contribuição sobre os salários. Os IAPs, diferentes da estrutura e funcionamento das CAPs, possuíam as seguintes características (Braga & Paula, 1986:65-66):

- a) Os fundos passaram a organizar-se por “categoria profissional” e não mais por empresas, de tal modo que os trabalhadores de pequenas empresas antes excluídos dos benefícios, agora também podiam participar;
- b) Os IAPs funcionavam como autarquias, significando um maior controle do Estado sobre o sistema, mas mantendo o critério anterior na organização administrativa das CAPs, que eram sociedades civis;
- c) Dentro da mesma categoria, foram igualados os mesmos benefícios recebidos em todo território nacional, obedecendo às diferenças salariais;
- d) O atrelamento entre o sistema previdenciário e sindicato deu margem ao surgimento de “clientelismos” no controle e manipulação de verbas e empregos, dando chances às composições de acordo com a estrutura partidária populista da época.

No plano da saúde pública, na década de 1930, foi publicado o Decreto Federal nº. 21.434, regulamentando o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a

⁷⁰ Os mais conhecidos foram; o IAPM, dos marítimos (criado pelo Decreto nº. 22.872, de 29/06/1933); o IAPC, dos comerciários (Decreto nº. 24.273, de 22/05/1934), o IAPB, dos bancários (Decreto nº. 24.615, de 09/07/1934); o IAPI, dos industriários (Lei 367, de 31/12/1936) e o IAPFESP, dos Ferroviários e Empregados do Serviço Público (Decreto nº. 34.586, de 12/11/1953).

criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), que substituiu o DNSP. A partir de 1934, o Governo Federal nomeou interventores de saúde nos Estados, objetivando criar ou reorganizar, naqueles que não os possuíam, os *Departamentos Estaduais de Saneamento* (DES). Com o golpe do Estado Novo, em 1937, os governadores foram nomeados interventores de saúde pelo Presidente Vargas, causando descontentamento nos estados mais ricos, cujos problemas de saúde já tinham sido em grande parte, solucionados.

Em Pernambuco, o Interventor Federal Agamenon Magalhães nomeou uma comissão com objetivo de fornecer um panorama geral da saúde pública no Estado. Esta comissão era composta por Aggeu Magalhães e José Estelita, que no seu relatório final enfatizava:

“... a necessidade de uma maior relação dos hospitais com os serviços locais de saúde pública, estabelecendo uma cooperação entre os mesmos” (Magalhães & Estelita, 1938:3).

Neste mesmo relatório, defende a centralização da saúde em grandes unidades hospitalares, mas, que, estejam integradas com o processo de formação de profissionais de saúde:

“De modo algum, o governo deverá permitir a instalação de pequenos hospitais sem condições para realização eficiente dos seus objectivos. Hospital é centro de aperfeiçoamento, de educação e de estudo e a sua situação social aumenta em importância cada dia. Três grandes hospitais, providos de Raios-X e Laboratório, policlínica, enfermarias de obstetrícia, de clínica médica, de cirurgia, de pediatria, e de isolamento, satisfarão as exigências atuais de uma assistência duradoura e frutuosa” (Magalhães & Estelita, 1938:40).

Magalhães e Estelita provavelmente foram uns dos primeiros a mencionar a necessidade de uma maior integração entre as unidades locais de saúde e os hospitais de grande porte, que deveriam ser, também, voltados para o ensino e formação de profissionais de saúde.

Mas havia também, menções à questão da superlotação. O Arcebispado afirmava no seu Memorial Anual que a situação ideal para Pernambuco, seria a proporção de 15.000 leitos para 3.000.000 de habitantes (1/200), e que, em 1938, o quadro de atendimento era bastante precário: 2.500.000 de habitantes para um total

de apenas 300 leitos (1/10.000)⁷¹.

Para permitir uma ampliação da rede de saúde, e suprir a necessidade da população era necessária uma reforma na estrutura pública, o que foi efetivado pelo Governo Federal através do Decreto-Lei nº. 3.171, de 2 de abril de 1941, que pôs em prática uma reforma no DNS. Esta reforma, de autoria de Barros Barreto, descentralizou as atividades normativas e executivas em oito regiões sanitárias no país, instituiu órgãos normativos e criou órgãos executivos de ações diretas contra endemias (malária, febre amarela, peste, tuberculose, lepra e doenças mentais), e entre outras medidas.

Foi nesta época, através do Decreto-Lei nº. 9.388, de 20 de junho de 1946, que se deu a criação da Universidade do Recife (mais tarde, UFPE), mas só veio a funcionar de fato a 11 de agosto de 1946, através da junção de diversas instituições de ensino já existentes: Faculdade de Direito do Recife, criada em 11 de agosto de 1927; Escola de Engenharia, em 3 de junho de 1895; Faculdade de Medicina do Recife, em 5 de abril de 1915 (o curso de medicina⁷² funcionava no Hospital D. Pedro II), e os cursos de Odontologia, em 4 de janeiro de 1913, e Farmácia, em 10 de maio de 1903; Escola de Belas Artes, em 29 de março de 1932 e Faculdade de Filosofia, em 1941. Dessas, apenas a Faculdade de Direito era uma entidade pública federal. As demais eram todas privadas. No entanto, muitas vezes, receberam subvenções públicas estaduais ou federais (Barreto, 2008:27).

Segundo o diretor da Faculdade de Medicina do Recife, o Prof. Oscar Coutinho, no seu relatório anual de prestação de contas, a mesma já nascia necessitando de ampliação. Mostrava que o prédio do Derby, onde se localizava a Faculdade, era insuficiente para o funcionamento dos cursos de Medicina, Farmácia e Odontologia, com mais de mil alunos. Recomendava a ampliação do já existente ou a construção de um novo edifício, sendo que aquele poderia ser ocupado por uma Escola de Educação Física.

⁷¹ Segundo dados do DATASUS, em 2005, os dados eram a existência, em Pernambuco, de 21.293 leitos para uma população de 8.413.593 habitantes ou aproximadamente 1 leito para cada 395,97 habitantes ou 2,53 leitos para cada grupo de 1.000 habitantes. Passados 70 anos depois deste Memorando da Arquidiocese (1938), ainda não atingimos o número ideal previsto para aquela época (que era 1/200)!

⁷² O curso de graduação em Medicina já tinha o seu reconhecimento legal por Ato do Ministro da Justiça desde 27 de julho de 1927.

Havia também esforços dos provedores da Santa Casa do Recife em ampliar a sua capacidade de atendimento, com a inauguração da Maternidade do Hospital D. Pedro II e a incorporação de mais 100 leitos. No entanto, não seria apenas a criação de mais leitos hospitalares a solução dos problemas de saúde da população, mas o enfrentamento também da questão da fome. Tal situação é explicitamente mencionada no *Livro de Inspeção* de 1948 dos hospitais mantidos pela Santa Casa:

“A superlotação do Asilo de Mendicidade e Hospital de Santo Amaro, excessiva e a do Hospital D. Pedro II, moderada, é problema ligado não somente à insuficiência de leitos dos mesmos, como também à demora, além do razoável, dos pacientes nos leitos por motivo de deficiência de nutrição” (1948:16).

Josué de Castro afirmava que a má nutrição era o que permitia o aparecimento de constantes epidemias devido à pobreza nutricional da alimentação daquele período. A substituição das lavouras de subsistência pela cana-de-açúcar, em detrimento de uma melhor alimentação à população, contribuía para o aumento da insalubridade em Pernambuco.

“É desta alimentação, sempre pobre em vegetais, frutas e verduras, em carne e leite, por falta de culturas agrícolas e de criação de extensa zona nordestina, que nos vêm falando os periódicos relatos de antigos historiadores e viajantes que por aí viveram ou passaram. São quase todos unâimes – à exceção de uns pouco mais apressados ou mais superficiais, que viam nos banquetes de hospitalidade com que eram recebidos, uma expressão de fartura do passado regular da gente da terra – em afirmar que a alimentação da região era muito escassa e pouco saudável.” (Castro, 1996:161)

Apesar da péssima alimentação da população e o surgimento de constantes epidemias, somente em 1949 foi criado um serviço de atendimento de urgência: o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU)⁷³ que era mantido por todos os Institutos e as Caixas, ainda, remanescentes, passando a ser incorporado pelo INPS a partir de 1967. Outra experiência foi a da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, havendo alguma semelhança com o modelo assistencial do Programa da Saúde da Família, pois a abordagem de atendimento era familiar, destacando que o foco

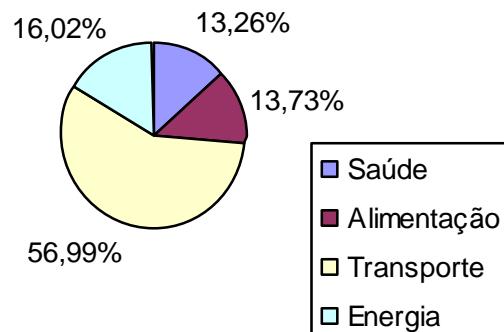
⁷³ No Brasil, a experiência de cuidar, em uma abordagem domiciliar, iniciou no Rio de Janeiro, em 1919, pelo Serviço de Enfermeiras Visitadoras (Freitas, 2007:23).

dessa modalidade de atendimento se concentrava nas puérperas e recém-nascidos (Freitas et al., 2007:23)

Em 1949, as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária (Polignano, 2008).

Apesar do crescimento das despesas de assistência médica no orçamento da previdência social, somente no início da década de 1950, com o lançamento do *Plano SALTE*⁷⁴ (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) – efetivado através da Lei nº.1.102, de 18 de maio de 1950, no Governo do Mäl. Dutra – a saúde pública passa a ser vista como uma questão nacional. Segundo o Anexo dessa Lei, seria destinado às ações de saúde naquele período, o montante de Cr\$ 2.640.056.410 (valores correntes), que equivaleria a apenas 13,26% do total previsto no plano, sendo o menor percentual se comparado às outras áreas prioritárias conforme podemos visualizar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Brasil: Plano Salte – Recursos Previstos Sobre o Total Geral de Investimentos (Período 1950-1954, em Porcentagem)



Fonte: Senado Federal. Disponível na Internet em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextIntegral.action?id=80645>

Apesar de não ter tido prioridade nas ações políticas de gastos do governo, foram realizadas algumas ações pontuais nesta área, conforme descrito no Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro da Fundação Getúlio Vargas:

Na área da saúde, o Plano Salte pretendia, abrangendo a Campanha Nacional de

⁷⁴ O Plano Salte foi uma tentativa de resposta ao fracasso da política econômica de Dutra que esteve calcada na não intervenção do Estado na economia, no congelamento de salários e total liberdade de ação para o capital

Saúde, elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural. Nesse terreno, independentemente do plano, o que o governo Dutra fez de mais importante foi uma campanha de erradicação da malária em 11 estados, na Baixada Fluminense e na bacia do São Francisco. Com a utilização de inseticidas de ação residual, a partir de 1948 foi possível colocar as áreas visadas sob controle sanitário. Nesse mesmo ano foi concluída a construção do Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro (17-20:2000).

Contudo, as unidades hospitalares de Pernambuco não foram contempladas com os recursos advindos para o setor da saúde no Plano Salte. Nos anexos do plano, não encontramos nenhuma dotação orçamentária específica para o setor de saúde do estado.

Ainda na década de 1950, a reforma na estrutura pública nacional de saúde prosseguiu, e culminou com a criação, pela Lei nº. 1.920 de 25 de julho de 1953, do *Ministério da Saúde*, separando-o do Ministério da Educação e Saúde. Este último não atendia às necessidades mais importantes da saúde pública, pois cabia ao setor saúde, a menor parcela do orçamento, de apenas 1/3 das dotações totais da Pasta.

Convém ressaltar que, até então, não havia uma articulação entre as ações públicas e privadas na saúde. Nas décadas seguintes, os IAPs foram absorvendo novas categorias profissionais. A sua estrutura de funcionamento e organização permaneceu inalterada até a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social – a LOPS (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960), o que estabeleceu a uniformização dos benefícios.

No caso do Recife, foi nessa época de reorganização do sistema nacional de saúde que surgiu, em 1960, pela iniciativa de um grupo de médicos, liderado pelo Prof. Fernando Figueira, o *Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira* – o IMIP⁷⁵. A sua especialidade é o atendimento da criança e da mulher carente, sendo hoje considerado como uma das mais importantes instituições do país em

estrangeiro. Este Plano permitia uma intervenção discreta na economia, mas também não obteve êxito. Os recursos para sua execução seriam provenientes da receita federal e de empréstimos externos.

⁷⁵ O IMIP é uma entidade não-governamental de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária, e a sua manutenção é a partir de recursos financeiros da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e intercâmbios técnico-científicos com entidades nacionais e internacionais e de doações captadas pela Fundação Alice Figueira de Apoio ao IMIP.

atendimento materno-infantil, e que, juntamente com o D. Pedro II e o Hospital Português, constituiu-se numa das instituições que deram início à formação do PMR.

Já na década de 1960, em diversas oportunidades, autoridades se manifestavam a favor da criação de um sistema nacional de saúde e de sua descentralização, apesar do rumo centralizador tomado pelo Governo Federal. Na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, afirmava-se no seu documento oficial:

“A ingerência do poder central na Saúde Pública dos estados se acentuou, ultrapassando as suas atribuições normativa, supletiva e coordenadora para ação executiva direta e muitas vezes intempestiva. O advento das ‘Campanhas’ agravou o problema, estabelecendo-se, praticamente, uma estrutura executiva própria, dispendiosa e quase sempre desvinculada das organizações estaduais” (Madel apud Braga & Paula, 1986:59).

Nesse mesmo ano, o pronunciamento do Ministro da Saúde Paulo Pinheiro Chagas defendia uma maior participação municipal na saúde, inclusive já descrevendo a possível forma de financiamento do sistema:

“Torna-se indispensável a organização de uma estrutura permanente, de modo a atender à população brasileira, o que só será alcançado com a integração do município naquilo que se poderia chamar de Rede Nacional de Saúde. (...) 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 normais que variam em função da complexidade dos problemas sanitários locais, da escassez de recursos e da densidade demográfica” (Ministério da Saúde, 1996 apud Braga & Paula, 1986:61).

Importante colocarmos que, a descentralização já era experimentada neste período em alguns países da América Latina como o México, cujo *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), no final dos anos 1960, resolveu preparar e utilizar médicos de família nos seus quadros (Chaves, 1982:40).

2.2. Do INPS ao INAMPS: Uma Transição à Consolidação da Iniciativa Privada no Brasil

A partir da criação do *Instituto Nacional da Previdência Social* (INPS), em 1967, há uma grande ampliação da rede de saúde na década de 1970, pois uma

parcela considerável dos recursos da previdência passou a ser destinada a financiar o atendimento médico. Nesse sistema, era considerado contribuinte e segurado todo aquele que descontava compulsoriamente 8% (oito por cento) do seu salário à manutenção dos seus benefícios, conforme afirmam estudos do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, da Universidade de Campinas (NEPP):

“A canalização de uma parcela da renda arrecadada com a previdência para gasto em saúde garantiu uma regular expansão da oferta de equipamentos médicos nos hospitais conveniados, tanto públicos como privados, até o final da década de 70. Ao lado desse processo, o gasto privado começou a se expandir através das empresas de seguros médicos privadas”. (NEEP, 2000:18).

Entre os anos de 1968 e 1974, a economia brasileira cresceu rapidamente⁷⁶. Era o chamado “milagre brasileiro”⁷⁷, estimulado dentre outros, pelos investimentos públicos, financiados tanto por impostos como pela entrada de capitais estrangeiros. Foi o período que alguns teóricos definem como sendo a aplicação do fordismo periférico⁷⁸. Segundo Araújo (2001:370), “o fordismo periférico tem em comum com o fordismo a intensificação da mecanização e um processo conjugado de acumulação intensiva e crescimento dos mercados de bens de consumo duráveis. A diferença entre ambos se manifesta a partir do instante em que, nos circuitos mundiais produtivos, as estações de trabalho e a produção qualificada (especialmente de engenharia) permanecem exteriores a esses países”.

No caso do Brasil, as condições lhe foram peculiares no que diz respeito aos

⁷⁶ “O censo de 1970 tornou o Brasil conhecido como uma sociedade desigual e de rápido crescimento: uma nação que crescia às custas da ampliação da pobreza e da desigualdade social. Em 1970, 44 por cento das famílias brasileiras sobreviviam com a importância de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo *per capita*”. (A. Cardoso, 1989:36)

⁷⁷ “A economia brasileira penetrou em seu notável período de *boom* em 1968. O crescimento real do PIB, que atingira a média de somente 3,7% no período de 1962-1967, alcançou médias anuais de 11,3% nos anos 1968-74.” (Baer, 1996:91), e complementamos com Lipiez (1988:107):“a unidade de um intenso mercado oferece ao Brasil uma margem de manobra para o desenvolvimento de um regime verdadeiramente autocentrado. Na verdade, a ditadura se aproveitará ‘no mau sentido’ dessa oportunidade: quando um país conta com 120 milhões de habitantes, basta que 10% da população se aproprie dos dois terços da riqueza para constituir um mercado dos bens de consumo duráveis e até de luxo, mercado esse maior que a Bélgica!” (Lipiez, 1988:107).

⁷⁸ Segundo Lipiez (1988:96): “nos anos setenta aparece em certos países a conjunção de um capital local autônomo, de classes médias urbanas relativamente abundantes e de embriões significativos de uma classe operária experiente. Esta conjunção oferece a certos Estados a oportunidade de desenvolverem uma nova lógica, que passamos a chamar de ‘fordismo periférico’!”. Para Souza Santos (1995), o modelo fordista só vigorou plenamente no Atlântico norte, especialmente na Europa. O seu mecanismo central, o Estado de Bem-Estar, foi legitimado por um pacto social entre trabalhadores organizados e patrões, em que os primeiros abdicaram de suas reivindicações mais radicais, e os segundos de parte de seus lucros (pela via dos tributos), favorecendo, assim, alguma distribuição de renda e uma cobertura social às classes trabalhadoras.

países desenvolvidos, pois no Brasil, o desenvolvimento do fordismo periférico foi viabilizado a partir do financiamento externo estatal ou investimento privado fortemente subsidiado. O fordismo, enquanto princípio de organização, ocorreu de maneira limitada e desigual no que se refere às diferenças regionais e setoriais (Ferreira apud Guimarães, 2002).

Outro fator importante foi a política econômica adotada pós-1964, que focalizava o combate à inflação. Tal política atribuía ao excesso de demanda agregada como sendo a causa inflacionária, sendo adotadas diversas medidas que objetivavam a redução desta demanda⁷⁹. Dentre elas, podemos citar como a de maior impacto para a saúde, a redução pela metade do Fundo de Participação dos Estados e Municípios. Essa foi, certamente, a medida de maior efetividade, projetando uma economia de Cr\$ 600 milhões e uma estimativa de redução do déficit orçamentário para Cr\$ 528 milhões – de longe, o menor déficit da política econômica da ditadura, através do Ato Complementar nº. 40, de 30 de dezembro de 1968 (Macarini, 2000:16).

A partir daí, iniciava-se o processo de capitalização da saúde. Esse processo teve como maior consequência à ampliação da rede privada, que seria uma forma de equacionar o atendimento de saúde à população. O sistema privado passou a ter um fundo de financiamento permanente que durou por mais de 30 anos: o *Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social* (FAS)⁸⁰, gerenciado pela Caixa Econômica Federal.

Ao longo da década de 1970, o Ministério da Saúde (MS) tinha um "caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as

⁷⁹ “O diagnóstico da inflação esgrimido pelo PAEG supunha que o crescimento excessivo da demanda agregada era a sua causa essencial – configurando, assim, uma inflação de demanda. Os fatores específicos que suscitavam esse comportamento da demanda residiriam no desequilíbrio orçamentário e na expansão do crédito (impulsionada pelo Banco do Brasil, misto de autoridade monetária e banco comercial), secundados pelo movimento dos salários nominais. Daí decorria um programa de ação centrado na redução/eliminação do desequilíbrio orçamentário, controle da expansão monetária e creditícia (estabelecendo-se metas de desaceleração sucessiva de seu crescimento nominal) e contenção dos reajustes salariais nominais dos trabalhadores assalariados” (Macarini, 2000:3)

⁸⁰ Foi criado pela Lei nº. 6.168, de 9 de dezembro de 1974, e extinto em 1991. Os seus recursos eram destinados a dar apoio financeiro a programas e projetos de caráter social, que se enquadrem nas diretrizes e prioridades da estratégia de desenvolvimento social dos Planos Nacionais de Desenvolvimento, e seus recursos eram originários da renda líquida das loterias esportivas e federal, de Recursos dos orçamentos operacionais da Caixa Econômica Federal; e também de recursos do orçamento da União, e de origem interna ou externa, inclusive provenientes de repasses ou financiamentos.

medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado" (Nunes, 1998 apud Oliveira e Fleury, 1986:239). A fonte de financiamento do sistema de saúde era originária da arrecadação de contribuições previdenciárias conforme Tabela 1.

Tabela 1 – As Fontes de Receita do INPS: Principais Receitas Correntes Entre 1967 a 1976 (Em Porcentagem, sobre a Receita Total)

Receita	Anos									
	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Receita Tributária ^a	85,5	84,3	85,6	87,7	87,0	87,7	89,1	91,1	89,9	85,8
Transferências Correntes ^b	9,2	8,8	8,5	7,4	7,7	7,6	6,6	5,4	4,8	4,7
Receitas Imobiliárias ^c	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	2,3	2,2

Fonte: MPAS/INPS, apud Braga e Paula (1981:106) e Mansur (1991). Obs.: ^a Formada pela contribuição de empregados e empregadores; ^b Composta pela participação do governo; ^c São os recursos arrecadados com o patrimônio da Previdência (capitalização).

Os dados da Tabela 1 demonstram que as fontes de financiamento da saúde eram os recursos do INPS que, por sua vez, eram obtidos através de receitas tributárias (contribuição previdenciária de empregados e trabalhadores). Tais contribuições oriundas do INPS fizeram com que este se tornasse a principal fonte financiadora e provedora dos serviços de saúde no período recente do Brasil autoritário.

A pouca participação do MS na gestão do sistema nacional de saúde, e os crescentes repasses de contribuições dos trabalhadores via INPS marcaram o perfil de financiamento governamental e das estruturas prestadoras de atenção à saúde. As transferências do governo, que representavam 9,2% do volume de recursos da Previdência em 1967, diminuíram para 4,7% dos recursos, em 1976.

A aplicação da receita tributária obtida pelo INPS no SINPAS é visualizada na Tabela 2. Esta tabela demonstra que, atendimento médico fornecido a grande parte da população (mais de 87% da população brasileira) em 1974, era de origem federal e, sendo, sua grande maioria através de convênios com entidades privadas e/ou sindicais.

Tabela 2 – Brasil: População Amparada e Não Amparada pelo SINPAS em Junho de 1974

Instituição	População	
	Nº	%
Federais	91.571.403	87,94
INPS	45.173.210	43,33
Funrural	42.380.310	40,65
Militares	2.110.918	2,03
IPASE	1.957.242	1,88
SASSE	49.713	0,05
Estaduais	4.907.916	4,71
Não amparados	7.667.241	7,35
Total	104.246.560	100,00

Fonte: Torres de Oliveira, F.L. – Política da Previdência Social e Assistência. (Conferência proferida na V Convenção Nacional de Administradores, Salvador, 1975) in GUIMARÃES, Cid. Evolução da assistência hospitalar geral no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1935 a 1974. [online], vol. 10, supl.2 07 2006, p. 1-68. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101976000600001&lng=e&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2006.

O atendimento da rede federal se dava em sua grande maioria através de convênios. Tais convênios se tornariam, no início da década de 1980, uma das principais formas de atendimento da população brasileira.

Tal situação nos permite afirmar que a ampliação da receita tributária do INPS, correspondia a uma ampliação também da rede conveniada de atendimento. Esse pesado investimento na ampliação de uma rede de atendimento (conveniada) na rede privada, também estimulou um aumento na demanda por equipamentos médicos conforme afirma Gutierrez & Alexandre (131:2004):

“O grande salto dessa indústria ocorreu na década de 1970, período no qual apareceram empresas de aparelhos e filmes de raios X, instrumentos de laboratório, eletromédicos e monitoração, dialisadores e oxigenadores, válvulas cardíacas e marca-passos. Esse crescimento foi acompanhado por uma expansão da demanda, no qual o Estado foi o principal ator”.

Foi com esta opção de suprir a demanda por atendimento médico que o FAS se tornou essencial para ampliação da rede privada através de financiamentos ou via contratos de prestação de serviços médicos (os convênios)⁸¹. O seu resultado foi à ampliação do sistema hospitalar com a construção de mais de 18 mil leitos hospitalares na rede privada e 69 mil no setor público, no período compreendido entre 1976-1985. Tal afirmativa é comprovada mediante a Tabela 3.

⁸¹ “Esse modelo foi fortemente criticado pelo movimento sanitário, que defendia um sistema de saúde focado na prevenção da doença e na promoção da saúde. As idéias sanitárias foram sacramentadas nos capítulos dedicados à área social da Constituição Federal de 1988” (Gutierrez e Alexandre, 131:2004).

Tabela 3 – Brasil: Leitos Disponíveis para Internação nos Estabelecimentos de Saúde, por Classificação da Entidade Mantenedora do Estabelecimento, sua Evolução e Distribuição (Período 1976 a 2006, com lacunas)

Ano	Entidade Mantenedora				Total Geral	
	Setor Privado		Setor Público		Nº. Absolutos (A+B)	Evolução (1976=100)
	Total Privado (A)	Participação Sobre o Total Geral (em %)	Total Público (B)	Participação Sobre o Total Geral (em %)		
1976	119.062	26,82	324.826	73,18	443.888	100
1977	121.209	26,59	334.503	73,41	455.712	102,66
1978	124.575	26,20	350.877	73,80	475.452	107,11
1979	118.463	24,25	369.860	75,75	488.323	110,01
1980	122.741	24,10	386.427	75,90	509.168	114,70
1981	124.866	23,88	397.903	76,12	522.769	117,77
1982	127.580	24,04	402.921	75,96	530.501	119,51
1983	127.521	23,87	406.534	76,13	534.055	120,31
1984	127.537	23,67	411.184	76,33	538.721	121,36
1985	137.543	25,84	394.740	74,16	532.283	119,91
1986	114.548	22,35	397.798	77,95	512.346	115,22
1987	115.842	22,29	403.856	77,71	519.698	117,07
1988	120.776	22,90	406.420	77,10	527.196	118,76
1989	119.530	22,85	403.365	77,15	522.895	117,79
1990	124.815	23,39	408.743	76,61	533.558	120,20
1992	135.080	24,81	409.277	75,19	544.357	122,63
1999	143.074	29,50	341.871	70,50	484.945	109,24
2002	146.319	31,05	324.852	68,95	471.171	106,14
2005	125.132	24,97	375.990	75,03	501.122	112,89
2006	130.291	25,85	373.544	74,15	503.835	113,51

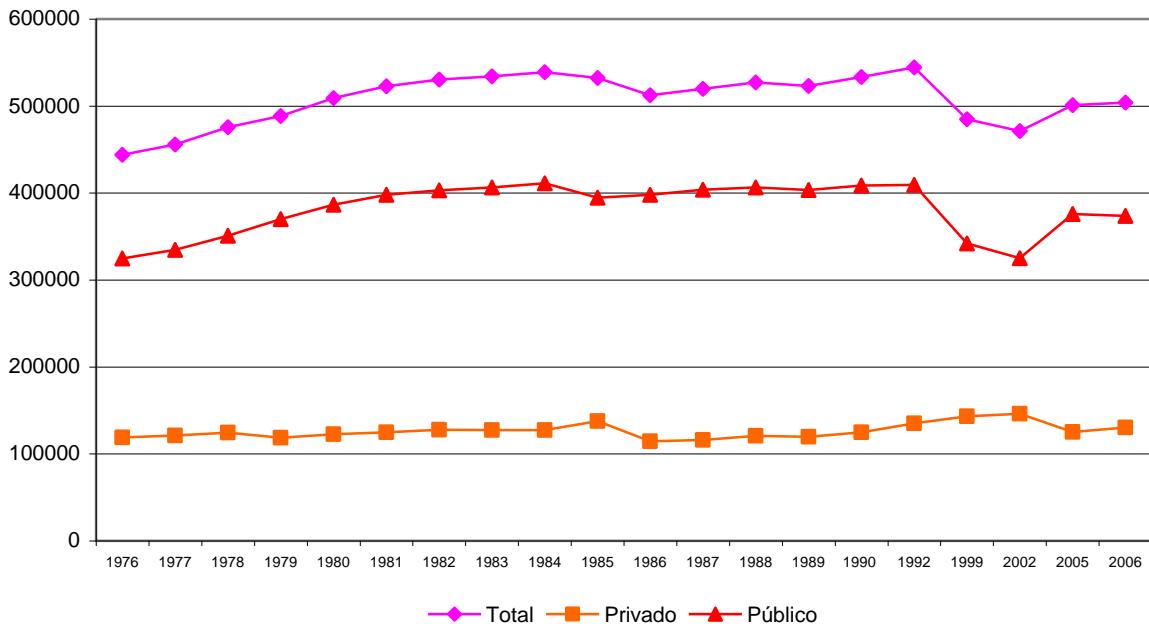
Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1976/2002. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>, acessado em 23/02/2007).

Na tabela acima, podemos visualizar que a quantidade de leitos privados obteve um crescimento constante durante a década de 1970, indo de 119.062 leitos em 1976, para 124.575 em 1978. A partir de 1979, há uma redução no seu número (para 118.463), mas que se recupera em 1982 (em 127.580), mantendo-se praticamente estável até 1984, só voltando a aumentar em 1985 (para 137.543), com o setor privado ampliando sua participação, como responsável por mais de um quarto do total geral de leitos disponíveis no país (25,84% do total geral). Quanto à participação do sistema público de saúde na quantidade geral de leitos no Brasil saltou de 73,18% em 1976, para 76,61% em 1990 (ano anterior à extinção do FAS), e foi reduzindo-se até chegar a 68,95% do total de leitos, em 2002. No caso dos leitos privados, manteve-se praticamente estável durante a década de 1980, conhecendo um crescimento tímido, mas constante, nos anos 90 e, depois uma queda após 2002.

A partir de 1985, há uma redução da participação da iniciativa privada no que tange ao número de leitos disponíveis e um aumento da participação do setor

público. Tal redução só foi recuperada no início dos anos 1990, quando em 1992, 24,81% dos leitos disponíveis existentes no país pertenciam ao sistema privado. Tal variação é visível no gráfico seguinte (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Brasil: Evolução e Distribuição do Número Total de Leitos (1976-2006)



Fontes dos dados: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1976/2002. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>, acessado em 07/05/2006). Gráfico elaborado pelo autor.

Além do FAS, outra ação governamental importante que o complementava, foi a criação através da Portaria nº. 19 do Ministério da Previdência Social, do PPA – Plano de Pronta Ação. Para Paulus Jr et Al (2006:15), se tratava de um conjunto de ações que desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado e permitiu o atendimento ambulatorial a toda população nos casos de urgência.

O surgimento do PPA foi uma referência importante, marca o início da universalização do atendimento. Na época, grandes investimentos foram realizados privilegiando a assistência médica em unidades de saúde em detrimento das ações preventivas. O PPA promovia a universalização do atendimento de urgência e emergência médica na rede própria e conveniada. Para Mansur et al (1990):

"A ação combinada do PPA e do FAS representou, na verdade, um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde, aquele abrindo mercado cativo e, este, garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar".

2.3. O Período do INAMPS: O Estado como Agente Financiador e Mantenedor do Sistema Privado

Ao investir e contribuir à ampliação da rede privada de saúde, inclusive com a ampliação do atendimento de urgência via FAS e PPA, o Governo Federal deparou-se com o desafio de organizar o sistema. Nessa perspectiva e com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), surgiu o *Sistema Nacional de Saúde* através da Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975. Este estabelecia a distribuição das competências e atribuições do sistema público e também privado. Logo depois, foi instituído através da Lei nº 6.439/77, o *Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS)*, e o *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)*, com a competência de prestar assistência médica à população em geral, incluindo também os servidores públicos.

Nesse panorama de organização de um sistema nacional de saúde, o Governo Federal convocou a realização da V Conferência Nacional de Saúde, que se deu de 05 a 08 de agosto de 1975. No término dos seus trabalhos, foi recomendada a regionalização dos serviços de saúde e a hierarquização em níveis de complexidade crescente, visando descentralizar a prestação de serviços de saúde e racionalizar o uso da capacidade instalada e os recursos humanos, ou seja, a extensão de cobertura da assistência primária à população.

Com base no II PND, a Região Nordeste foi contemplada com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)⁸², cuja finalidade era implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, e contribuir à melhoria do nível de saúde da população da Região. Segundo Rosas apud Pessoa (2005:86), o PIASS estrutura-se com base nos seguintes princípios:

- Máxima Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde – com prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades.

⁸² Decreto Federal nº 78.307, de 24 de agosto de 1976.

- Regionalização da Assistência – com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades.

Tal programa, iniciado no Nordeste, teve abrangência nacional a partir de 1979⁸³, sendo extinto em 1991. Quanto aos trabalhadores rurais, estes só passaram a ser atendidos pelo sistema de saúde e previdenciário a partir da criação do *Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)*⁸⁴, através das Leis Complementares nº. 11, de 25 de maio de 1971, e nº. 16, de 30 de outubro de 1973. O seu acesso era vinculado ao cumprimento de certas exigências relacionadas à safra, e foi extinto em 1977.

Podemos perceber que, até então, a intenção do Governo Federal foi de estimular o desenvolvimento de um sistema de saúde com enfoque na questão da assistência médica e não nas ações de prevenção. Este sistema seria complementado por um sistema privado de atendimento médico conforme podemos constatar na Tabela 4.

Tabela 4 – Brasil: Número de Consultas Médicas Realizadas pelo INPS (em mil) em Unidades Próprias, Contratadas e Conveniadas no Período de 1971-1977

Anos	Total	Serv. Próprio		Serv. contratado		Serv. conveniado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	44.692	37.328	83,5	7.261	16,5
1972	47.796	38.573	80,7	9.233	19,3
1973	48.633	39.262	80,7	9.371	19,3
1974	52.144	41.575	79,7	10.568	20,3
1975	82.369	49.110	59,6	15.104	18,3	18.135	22,1
1976	105.477	52.703	50,0	27.759	26,3	25.015	23,7
1977	134.417	57.182	42,5	39.633	29,5	37.632	28,0

Fonte: INPS apud Oliveira & Teixeira, 1989 in Polignano, 2008.

Pela Tabela 4, observamos que no início do INAMPS, predominava a política de contratos com prestadores de serviço, que equivalia a 16,5% do total da rede e que paulatinamente, ao longo do tempo, foi sendo aumentada juntamente com os convênios e uma redução do atendimento próprio (particular). Ocorreu também uma ampliação do atendimento de empresas e sindicatos, conforme podemos ver na

⁸³ É a partir de 1979 que o PIASS expandiu-se para o Norte, Centro-Oeste, Espírito Santo e Minas Gerais, enfatizando inicialmente as zonas de maior concentração de pobreza e adaptando-se às características regionais, de modo a privilegiar a integração das unidades PIASS em nível federal, estadual e municipal.

⁸⁴ As receitas do FUNRURAL provenham da contribuição de 2% (dois por cento) devida pelo produtor, sobre o valor comercial dos produtos rurais recolhida pelo adquirente e pelo produtor. Em 1975, pelo Decreto nº.

Tabela 5.

Tabela 5 – Brasil: INAMPS: Percentual Total de Despesas de Saúde, sua Evolução e Distribuição (Período 1979 a 1986)

Prestador de serviço	Percentual do Total de Despesas (%)							
	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Convênio	-	1,20	6,76	16,51	14,61	11,33	19,23	23,49
Sindicato	-	-	0,64	1,87	1,19	1,10	1,22	1,10
Empresa	-	-	0,26	2,03	1,08	0,34	0,14	0,05
Outros	-	0,23	3,72	3,81	3,56	2,16	2,68	2,00
Governo	-	-	1,17	5,69	5,11	4,93	9,63	14,35
Universidade	-	0,97	0,98	3,10	3,67	2,81	5,55	5,89
Próprio	23,86	23,68	25,36	21,46	24,53	29,36	31,76	30,14
Contrato	76,14	75,11	67,88	62,02	60,86	59,31	49,02	46,38
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: MPAS – DATAPREV: Síntese – Sistema Integrado de Séries Históricas in Pedro Luiz Barros Silva, P.L & Médici, A.C., 1988.

Na Tabela 5, podemos visualizar que no início dos anos 1980, houve um incremento da prestação de serviços de saúde por parte de empresas e sindicatos. Tal medida, não logrou êxito devido à crise econômica vivenciada pelo país ao longo desta mesma década. As autoridades governamentais viam ampliação desta forma de atendimento como solução para evitar um estrangulamento do sistema público. As palavras do Rheinhold Stephanies (ex-presidente do INPS e ex-ministro da Previdência e Assistência Social) à revista *Visão* de 21 de março de 1977 (Braga & Paula, 1996) confirmam este posicionamento:

“Logicamente, há saída para o impasse. O governo desconta 5% nas contribuições de empresas privadas ao INPS quando estas prestam serviços médicos a seus empregados, por meio de convênios, e desafoga assim a previdência social. Há empresas modelares, como a Volkswagen e a Bosh, nesse atendimento. Nossa propósito, é que a iniciativa privada adote ou amplie esses serviços”.

Através do crescimento de uma rede conveniada, dar-se-ia como consequência, o surgimento de uma indústria de aparelhos médico-hospitalares. Este estímulo fez parte de uma estratégia maior: o surgimento de uma classe média que pudesse consumir tais serviços.

Segundo Paulus Jr et al (2006:15), foi neste período, mais precisamente em 1976, que surgiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)⁸⁵ – que marcou

75.208, os garimpeiros também passam a ser atendidos por este fundo, substituindo o Fundo de Assistência dos Garimpeiros (FAG).

⁸⁵ O Movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de idéias a revista do CEBES, Saúde em Debate.

o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB. Este movimento se inseria na luta contra o regime militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde. Foi este movimento o grande indutor à convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram absorvidas posteriormente pela Constituinte de 1986.

Em Pernambuco, a 25 de outubro de 1977, foi criada pelo Governo do Estado, a primeira empresa pública em produtos derivados do sangue humano do país: a *Hemoderivados de Pernambuco* (HEMOPE). Esta empresa foi fundamental para o desenvolvimento do setor de saúde do Estado, além de possuir um programa de Residência para os cursos de graduação em Medicina, Farmácia e Biomedicina, e de manter um programa de Residência Médica e de Enfermagem em Hematologia. Segundo Gomes (2004:3):

“O Hemope é responsável por mais de 100.000 coletas e 250.000 transfusões anuais, ofertando produtos a mais de 180 unidades hospitalares e proporcionando uma cobertura hemoterápica a mais de 98% da rede de saúde pública e privada do Estado”.

Foi nesta fase de regulamentação e de intensos investimentos na rede privada e pública do país, que teve início o processo de implantação do Polo Médico do Recife (final dos anos 1970⁸⁶ e início dos anos 1980). O seu surgimento se deu a partir do movimento de um grupo de médicos que se juntaram para instalar suas clínicas e hospitais na área próxima ao Hospital Pedro II, onde funcionava a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco⁸⁷ e o IMIP. Além destas instituições, ali já se encontravam instalados alguns hospitais privados, como

⁸⁶ A transformação da sociedade industrial em uma sociedade de serviços ocorre principalmente a partir da década de 1970. Segundo Santos (2001:28), foi o período marcado pela “construção e a difusão do meio-técnico-científico-informacional... que se caracterizou entre outros aspectos, por uma revolução das telecomunicações. É, sobretudo nesse momento que, ultrapassando o seu estágio de pontos e manchas, o meio-técnico-científico-informacional se difunde... mas permanece circunscrito a algumas áreas”, e segundo Lastres et all (2002:66), a principal característica destas transformações são que “Em épocas tão radicais e abrangentes quanto essa, caracterizada pela transição de uma era industrial para uma baseada no conhecimento, aumenta-se, em muito, o grau de indefinições e incertezas”.

⁸⁷ os estudos na formação dos polos de saúde têm identificado que o seu crescimento se dá através da atividade de hospitais universitários, e continua girando o seu desenvolvimento através das pesquisas ali realizadas, como é o caso do polo médico da Filadélfia, EUA: “Two of the largest teaching hospitals and health care providers (University of Pennsylvania Health System and Thomas Jefferson University) are members of a regional consortium dedicated to increasing the number of international patients who come to Philadelphia for care” (George, 1997 apud Hodos, 2002:369). No caso do Recife não foi constatado até o momento, que haja a formação de um consórcio com o objetivo de aumentar o número de pacientes para vir se tratarem no PMR.

o Albert Sabin e João XXIII. Ao longo do tempo, foram se instalando novos hospitais, clínicas, laboratórios e centros de diagnósticos por imagem.

Em nível internacional, entre os dias 6 a 12 de setembro de 1978, ocorreu em Alma-Ata (URSS), a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, patrocinada pela OMS com a participação de 134 países, tendo como resultado a Declaração “Saúde para todos no ano 2000”, que propugnava no seu Artigo V:

“Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”.

Paralelamente, no plano nacional e político, o Regime Militar, no poder desde 1964, começou a dar sinais claros de desgaste – reflexo da crise econômica iniciada com os “choques do petróleo⁸⁸”, e que foi agravada pela escassez de créditos externos necessários à continuação do chamado “milagre brasileiro”.

Essa crise – que se prolongou na década de 1980 – conhecida como a “Década Perdida”, devido ao baixo crescimento econômico e as taxas de hiperinflação que marcaram, inclusive, diversos países da América Latina – foi uma das consequências diretas do endividamento externo assumido pelo Governo Federal para financiar os investimentos públicos e as importações de petróleo. Atingiu seu ápice com a “moratória” do pagamento da dívida externa decretada, em 1985, pelo governo do Pres. Sarney.

Foi neste cenário de crise que, em 1980, o Ministério da Saúde convocou a VII Conferência Nacional de Saúde, sob o tema "Serviços Básicos de Saúde". Esta conferência teve um plenário praticamente restrito aos técnicos da área de Saúde Pública e a alguns nomes expressivos da Medicina. A discussão foi centrada nos

⁸⁸ “O choque do Petróleo ocorrido em novembro de 1973 quadruplicou os preços do produto. Visto que naquela época o Brasil importava mais de 80% do petróleo que consumia, a conta total de importações do país aumentou de US\$ 6,2 bilhões em 1973 para US\$ 12,6 bilhões em 1974 e a conta corrente, de um déficit de US\$ 1,7 bilhão para US\$ 7,1 bilhões” (Baer, 1996:104).

programas de extensão de cobertura das “ações básicas de saúde”, resultando em um elenco de propostas, que incluía necessidade de:

- Clareza na definição das relações entre o setor público e o privado; coordenação interinstitucional (instituições que operavam no setor saúde nos níveis federal - INAMPS, MS e Ministério da Educação, estadual - SES e municipal - secretarias municipais de saúde e/ou de bem-estar social);
- Maior integração entre os níveis hierárquicos: o emergente nível primário, com os demais níveis de complexidade do sistema, (secundário e terciário); descentralização - tanto assistencial quanto organizacional, e regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (Alves, 2006:38-39).

A gravidade da situação econômica do país e a escassez de investimentos em áreas sociais fizeram com que, antes mesmo do Congresso Constituinte de 1988, o processo de descentralização no atendimento médico começasse a ser pensado no país. Afinal, era visível o desinteresse e o esvaziamento do Governo Federal com a questão da prestação de serviços de saúde pública.

O desinteresse do Governo Federal precipitou o início de uma campanha pelo fim da centralização dos serviços de saúde. Devido a esse esvaziamento, esses espaços vazios⁸⁹ seriam gradualmente ocupados pelos estados e municípios (Silva apud Anjos Jr, 1998), influenciando diretamente no que concerne ao atendimento às populações pobres, a grande usuária do sistema público.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e, no ano seguinte foi criado o SUDS (*Sistema Único e Descentralizado de Saúde*), transferindo para os governos estaduais as responsabilidades político-administrativas na gestão de serviços mediante repasses de recursos. Assim, diante das novas regras, o INAMPS foi perdendo o seu papel de prestador de serviços⁹⁰

⁸⁹ Estos espacios vacíos serían: “Los efectos de la crisis en el sector salud se centran en tres áreas principales, según un estudio realizado por OPS (1990)” (Celats, 1990:60):

- Disponibilidad de recursos
- Prestación de servicios
- Estado de salud de la población

⁹⁰ Na IX CNS realizada em 1992, foi aprovada a extinção do INAMPS e da Fundação Nacional de Saúde, devendo ser repassado para os Estados e Municípios as Unidades de Serviço (rede física, equipamentos, serviços,

(tanto direto, quanto indireto). Ficou também definida a criação de uma pauta de princípios que serviriam de base para o capítulo sobre saúde da Constituição de 1988, além de destacá-la como *direito social* (Anjos Jr, 1998).

Apesar de ser considerado um *direito social*, havia nítido desinteresse governamental em assumir o financiamento do sistema de saúde público, inclusive pós-Regime Militar. Não faltaram tentativas governamentais de prestigiar a iniciativa privada para que esta resolvesse o problema crônico de atendimento e falta de vagas na rede hospitalar, conforme trecho de reportagem publicado no Jornal do Commercio.

"Pernambuco não sofrerá paralisações dos hospitais particulares, se depender da atual situação da rede, não porque o pagamento da Previdência esteja em dia, mas pela expectativa de prestigiar a rede privada, segundo declarações da equipe que está preparando o Plano de Saúde do Governo Federal, com Collor de Mello"

(Jornal do Commercio, 19 de janeiro de 1990, p.4).

Com a nova Constituição Federal (1988) e a regulamentação do seu capítulo que trata da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90), os serviços entram em uma fase de expansão no que tange "a universalização no atendimento"⁹¹ (Filho, 1997), mas sem a preocupação de fornecer serviços de qualidade à população. No Estado de Pernambuco, essa reestruturação do sistema de saúde pública culminou com o Decreto Estadual nº. 13.099/90, reorganizando todo o sistema, e criando o Conselho Estadual de Saúde, ratificado pela Constituição Estadual (Anjos Jr, 1998).

2.4. A Criação e Ampliação do SUS

Durante a década de 1990, assistiu-se ao agravamento das condições socioeconômicas que, associadas à escassez de investimentos públicos,

recursos humanos) o seu gerenciamento e da urgente implantação de estrutura organizacional descentralizada do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Muller apud Nunes o papel do INAMPS ficou limitada a (1998):

1. "torna-se basicamente um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde;
2. a prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos estados e municípios;
3. o planejamento passa também a ser realizado de forma descentralizada, visando evitar o paralelismo de iniciativas e buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde;
4. a estrutura do INAMPS sofre modificações visando à eficácia do sistema de saúde a curto prazo" (Muller,1992:51).

⁹¹ "A criação do SUS – regulamentado pelas leis orgânicas da saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) – representou uma inflexão nos serviços de saúde, optando pela universalidade – eliminou-se a segmentação entre contribuintes da previdência social e os demais segmentos da população – e pela descentralização do sistema". (Gutierrez e Alexandre, 142:2004)

especialmente na área social, se refletiu numa piora da saúde geral da população brasileira conforme evidenciado na Tabela 6. Tal situação foi reforçada, ainda mais, em decorrência da desmobilização social "... Essa dura realidade parece obedecer à lógica perversa⁹² de privilegiar as empresas privadas de saúde, que se multiplicam a cada dia" (Bitoun, 2000).

Tabela 6 – Brasil: Evolução Temporal das Principais Doenças Infecciosas e Parasitárias Notificadas (Décadas de 1980-1990)

Doença	1980/84	1985/89	subtotal	1990/94	1995/99	Subtotal
AIDS	191	15.630	15.821	71.443	107.493	178.936
Cólera	0	0	0	151.339	16.380	167.719
Dengue	11.000	141.663	152.663	211.448	1.346.469	1.557.917
Doença Meningocócica	6.771	12.743	19.514	26.631	30.109	56.740
Febre Amarela	122	67	189	131	132	263
Hanseníase	86.294	111.841	198.135	158.800	203.923	362.763
Hantavirose	0	0	0	3	41	44
Leishmaniose Tegumentar Americana	26.802	101.784	128.586	140.428	151.321	291.746
L.Visceral	4.991	8.003	12.994	11.031	15.772	26.803
Leptospirose	0	7.179	7.179	12.138	20.072	32.210
Malária (todas as formas)	1.264.903	2.489.008	3.753.911	2.713.818	2.518.373	5.232.191
Tuberculose	422.024	412.637	834.461	396.127	421.883	818.010

Fonte: MS/FUNASA, 2001. Disponível em: <http://ibama2.ibama.gov.br/cnia2/download/publicacoes/geobr/Livro/cap2/saude.pdf>

Na Tabela 6, podemos observar que houve uma piora do quadro epidêmico do país, com o aumento dos casos de quase todas as doenças existentes. Algumas doenças, como a dengue, cólera e leptospirose, que eram praticamente extintas no país, voltaram mais fortes, com um aumento extraordinário dos números de casos, o que seria a confirmação do fracasso da assistência preventiva na saúde, o que acabou sobrecregendo os hospitais e todo sistema de atendimento de emergência.

Apesar da crise de atendimento e a falta de gerenciamento no sistema de saúde. Hoje o SUS atende a aproximadamente 150 milhões de brasileiros com uma oferta de serviços bastante ampla, envolvendo procedimentos de alta complexidade como transplante de órgãos, quimioterapia, hemodiálise etc. (que em sua grande maioria, não são cobertos pela saúde suplementar). Segundo Gutierrez & Alexandre (142:2004), em 2002, os gastos governamentais nos três níveis de poder (municipal, estadual e federal) em saúde somavam 3,5% do PIB, sendo que 53% desse total correspondiam aos gastos do governo federal.

⁹² A "lógica perversa" citada se refere a uma grande parte da população que fica excluída do atendimento privado de saúde (apenas 24,44% da população da RMR) e à sorte do péssimo atendimento público.

Segundo a Legislação em vigor do SUS, a atenção à saúde no Brasil é realizada através da combinação de dois sistemas: o público, de acesso universal, e o denominado sistema de assistência suplementar à saúde, que é composto pela iniciativa privada e fiscalizado pela *Agência Nacional de Saúde (ANS)*⁹³. O sistema público envolve tanto prestadores públicos como privados. Parte expressiva dos prestadores privados atende simultaneamente ao sistema público (convênios com o SUS) e ao sistema supletivo (planos e seguros-saúde)⁹⁴.

Para alguns, a solução para crise na saúde pública seria a adoção de um sistema misto, onde haveria uma complementaridade entre setor público e privado⁹⁵. Tal sistema é utilizado em diversos países europeus como a Suíça, e em alguns na América Latina como Chile, Colômbia e Uruguai. Segundo Alves (1990:4):

“Um sistema misto seria o ideal, com a co-participação das redes privada e pública. O que o Ministério da Previdência – nas mãos dos atuais governantes – conseguiu, foi sucatear a rede privada, com baixas diárias hospitalares e reembolsos com até cinco meses de atraso, bem como sua própria rede”.

A rede pública de saúde carece, portanto, de investimentos diretos. O desinteresse por parte do Estado vem acarretando o sucateamento dos seus equipamentos, e favorecendo a participação da iniciativa privada como forma de

⁹³ Agência Nacional de Saúde: agência nacional responsável pela regulação do sistema privado de saúde. Criada pelo Governo Federal, passa a partir de 1996, a regular e fiscalizar o sistema privado, já que antes não havia nenhum tipo de regulamentação e fiscalização sobre o setor.

⁹⁴ Segundo a OPAS: “Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, podem ainda ser remunerados por desembolso direto dos pacientes. Para 76% da população, o atendimento é realizado exclusivamente pelo sistema público, e parte importante da população coberta pelo sistema supletivo também utiliza a rede pública, particularmente para procedimentos mais complexos e de maior custo. A contratação de serviços ao setor privado, e o pagamento direto dos prestadores é responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais, conforme o grau de autonomia que obtêm ao habilitarem-se às diferentes condições de gestão descentralizada do sistema. Na contratação de prestadores privados pelo sistema público, devem ser priorizadas as instituições filantrópicas sem fins lucrativos”. (OPAS, 2005:9).

⁹⁵ Em alguns países pesquisados, não há uma uniformidade quanto a esta complementaridade, pois cada país adota um sistema misto de forma diferenciada. Por exemplo, na Suíça vigora um sistema misto onde a infraestrutura e o pessoal hospitalar faz parte do serviço público, mas o cidadão contrata o seguro saúde com empresas privadas que também reembolsam os remédios utilizados; Já no Chile, o atendimento público ocorre após a cobrança de uma taxa segundo a capacidade econômica da família e foi incentivada a criação de empresas intermediárias para o financiamento de planos de saúde; Na Colômbia, cabe ao Estado cobrir os setores sem rentabilidade para o setor privado, e o novo sistema conta com dois regimes: o contributivo e o subsidiado. O primeiro se baseia na contribuição dos trabalhadores e grupos populacionais com capacidade de pagamento, o segundo no ingresso dos indigentes. Nos EUA, há um debate sobre a necessidade da criação de um sistema de saúde universalizado (como o SUS no Brasil), que inclusive fez parte da promessa de campanha do Presidente Barack Obama nas últimas eleições presidenciais.

equacionar o problema: seja de forma indireta (através dos planos e seguros saúde), seja de forma direta (pela sua terceirização).

Na forma direta, temos como exemplo a gestão de Paulo Maluf (1993-1997) frente à Prefeitura de São Paulo, quando foi criado o PAS (Plano de Assistência à Saúde), com a adoção de cooperativas em todas as instâncias (da administração até o atendimento ao público). Mas, após quatro anos de funcionamento, com várias denúncias de irregularidades e mais de 11 inquéritos instaurados pelo Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP)⁹⁶, ele foi extinto. Ademais, tornou-se inviável mantê-lo devido ao alto custo cobrado pelos procedimentos médicos e ao péssimo atendimento prestado à população, provocando grandes prejuízos aos cofres públicos.

Tais alternativas demonstram descaso com o sistema de saúde público brasileiro, e isto se reflete nos indicadores internacionais. O Brasil estava classificado em 125º lugar no tocante à qualidade num ranking que envolve 191 países (O Globo, de 20.06.2000), ficando atrás de países como Nicarágua, Bangladesh, Bósnia-Hezergovina e Butão, e 112º lugar em expectativa de boa saúde (O Globo, de 05.06.2000)⁹⁷.

Esta crise no sistema público de saúde trouxe como consequência imediata à expansão dos planos de saúde privados. Segundo os dados cadastrais da ANS, em fevereiro de 2001, 16,2% dos brasileiros eram usuários de planos privados de assistência à saúde; e em dezembro, de 2005, passaram para 19,7% e, em dezembro de 2008, atingiu 21,1% do total da população brasileira. As maiores taxas de cobertura⁹⁸ dos planos e seguros-saúde encontram-se nas unidades da Federação das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul (Mapa 4).

No entanto, estimativas da própria ANS, elaboradas a partir dos dados fornecidos pela PNAD/IBGE (de 1998), indicam que a taxa de cobertura pelos

⁹⁶ Jornal O Globo, 17 de maio de 2000.

⁹⁷ Segundo a OMS, este novo índice calcula a expectativa de vida levando em conta o estado de saúde da população e os anos de invalidez, em vez de calcular apenas a idade da morte.

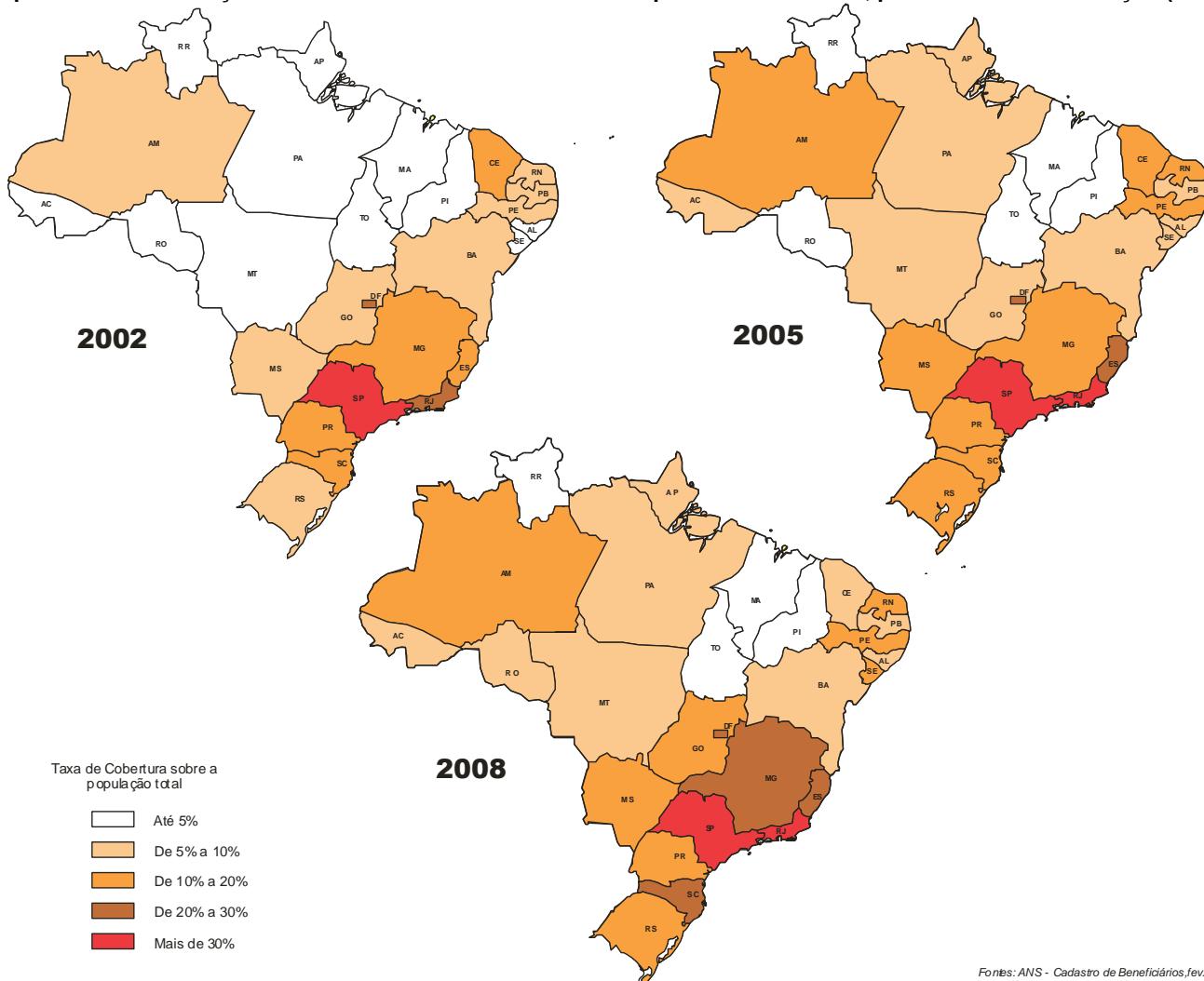
⁹⁸ As maiores taxas de cobertura, com suas respectivas variações de 2005 para 2008, estão nos estados da região Centro-Sul: SP (37,9 para 40,7%), RJ (30,7 para 31,8%), DF (25,9 para 26,9%), ES (22,2 para 25,4%), MG (19,9 para 21%) e SC (19,1 para 20,8%). No Nordeste, as maiores taxas estão em PE (11,9 para 13,3%), CE (11,6% para 9,9%) e RN (10,6 para 12,7%) e SE (10,4% em 2008).

planos privados atinge cerca de 1/4 da população brasileira (ANS, 2001:8).

O mapa 4, elaborado a partir do Cadastro de Beneficiários da ANS, demonstra que, em 2002, havia uma grande concentração dos beneficiários desses planos nas Regiões Sudeste e Sul. Mas, em 2005, a situação era outra. Os planos passaram a atuar mais fortemente em outras regiões do país, com destaque para as Regiões Centro-Oeste e Nordeste.

Ademais, demonstra que, na Região Nordeste, em 2002, o Ceará era o estado de maior cobertura. Mas, em 2005, passaria a 3º lugar, perdendo posição para Pernambuco e Rio Grande do Norte, onde o sistema privado de saúde teve um maior crescimento. Em 2008, cai para 4º lugar (no caso, perdendo a posição para Sergipe), sendo o único estado do Brasil que houve uma redução da população assistida pelos planos de saúde.

Mapa 4 – Brasil: Evolução da Taxa de Cobertura do Sistema Suplementar de Saúde, por Unidade de Federação (2002, 2005 e 2008)



Fontes: ANS - Cadastro de Beneficiários.fev.de 2001, dez. de 2005
e http://anistabnet.ans.gov.br/delftohtm.exe?dados/TABNET_TX.def

No caso de Pernambuco, seria importante destacar que nos últimos anos vem passando por sucessivas crises de atendimento no seu sistema público, o que não deixou de ser um incentivo para o aumento significativo no número de usuários da iniciativa privada de saúde neste Estado.

O considerável percentual de cobertura da população por planos privados faz com que as empresas concernentes, mediante as suas instalações físicas, atuem de forma intensa na dinâmica espacial urbana. A grande parte da população usuária dos planos de saúde está hoje localizada nas grandes cidades do país, favorecendo a concentração espacial dessas empresas e seus prestadores de serviços.

Essa concentração serve de suporte ao surgimento de outras atividades complementares, indo desde a indústria farmacêutica, passando pelo comércio varejista de produtos farmacêuticos, artigos médicos e ortopédicos, comércio atacadista de medicamentos, serviços de planos de saúde, hotéis, até a produção de softwares e de formação de recursos humanos e de pesquisa.

No caso do Recife, em contraste ao centro comercial tradicional da cidade, composto basicamente por atividades comerciais e de serviços e algumas residências, a expansão desses serviços na área do Polo vem agregando diversas atividades comerciais, como por exemplo, restaurantes, bares e lojas, o que ajudou a diversificar as atividades terciárias. Os bairros que conformam o Polo deixaram, paulatinamente, de serem residenciais, sobressaindo-se como um importante centro de serviços em saúde e contribuindo para valorização da área no mercado imobiliário.

Hoje, os bairros da Ilha do Leite, Coelhos e adjacências experimentam um verdadeiro “boom” de investimentos imobiliários para atender a demanda do Polo Médico do Recife. Segundo os dados publicados no Jornal Diário de Pernambuco (2004), foram investidos nos últimos seis anos pelas construtoras pernambucanas, cerca de R\$ 150 milhões voltados às atividades médicas, tais como: clínicas, consultórios, hotéis, flats, centros empresariais e escritórios, isso sem contar com os investimentos avaliados em R\$ 30 milhões na ampliação dos equipamentos médicos já existentes, e a construção/ampliação de complexos hospitalares, como o Hope/Esperança, Hospital Memorial São José, Hospital Unimed, dentre outros.

Outra importante fonte de financiamentos à iniciativa privada foi o Sistema BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, que durante a década de 1990, era um dos principais incentivadores do sistema privado. No período compreendido entre janeiro de 1990 e agosto de 2001, foram aprovados 886 projetos destinados ao setor de saúde da Região Nordeste, sendo que 881 projetos tiveram seus recursos liberados, num montante de US\$ 138,478 milhões. Destes, 222 projetos aprovados tiveram como origem Pernambuco, sendo 220 com recursos liberados pelo banco, no valor de US\$ 29,945 milhões (Freitas, 2002).

Tal montante de investimentos na área da saúde privada em Pernambuco vem confirmar que, “a expansão do terciário constitui uma categoria de modificações de caráter metropolizador da área em estudo, onde ocorrem mutações estruturais, que diferenciam e individualizam um complexo sócio-econômico caracterizador do espaço geográfico” (Mello, 1978).

A importância do Polo Médico à economia do município do Recife pode ser mensurada pela arrecadação do Imposto Sobre Serviços (ISS). Segundo dados publicados no Jornal Diário de Pernambuco⁹⁹, a arrecadação no ano de 2003 de ISS alcançou R\$ 7,9 milhões, afora os outros tributos cobrados (IPTU, ITBI, taxas de iluminação, lixo, buracos, etc.). Essa quantia concentrava-se em apenas 90 empresas do setor de saúde.

Em contraste aos investimentos realizados no Polo Médico, na sua área circunvizinha há bairros com problemas sociais graves, com extrema concentração de pobreza e violência, como podemos visualizar na fotografia seguinte (Figura 8), o que demonstra de forma clara o desenvolvimento econômico desigual. Para Harvey (2002:166), isso seria um efeito do sistema capitalista, já que ele é voltado para o crescimento e pouco importa as consequências sociais, políticas, geopolíticas ou ecológicas. Na medida em que a virtude vem da necessidade, um dos pilares básicos da ideologia capitalista é que o crescimento é tanto inevitável como bom.

⁹⁹ ESPECIAL Polo Médico. Diário de Pernambuco, Recife, 18 mai. 2004.



Figura 8 – O Hospital D.Pedro II, A ZEIS dos Coelhos e Vista Parcial dos Edifícios que Compõem o PMR (2009). Fonte: O Autor, de 21/09/2009

Vale relembrar que existem neste Polo alguns dos tradicionais equipamentos ligados à saúde, a exemplo do Hospital da Restauração onde funciona uma das principais emergências de toda Região Nordeste, e do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Estas instituições, de alguma forma, contribuem para o fortalecimento deste Polo, pois aqueles serviços que requerem tecnologia mais sofisticada são demandados, até mesmo, pelos grupos de renda mais alta, que usam os serviços públicos de saúde devido à sua menor disponibilidade no setor privado. (Baer Apud Dubeaux, 2000).

A grande maioria dos clientes do Polo são associados aos planos ou seguros-saúde, e a maior parcela dos hospitais e unidades ali instalados não atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No caso de Recife, que possui uma extrema concentração de renda, muitos a identificam como o grande problema social, na medida em que atinge a esfera da distribuição e da participação dos bens e serviços produzidos (Demo, 1978)¹⁰⁰. Hoje, o Polo possui uma clientela de aproximadamente 20 mil pessoas/dia de usuários dos planos de saúde (Diário de Pernambuco, 2004).

Diversos motivos, portanto, levaram à formação e consolidação do Polo Médico

¹⁰⁰ “O domínio do espaço reflete o modo como indivíduos ou grupos poderosos dominam a organização e a produção do espaço mediante recursos legais ou extralegais, a fim de exercerem um maior grau de controle quer sobre a fricção da distância ou sobre a forma pela qual o espaço é apropriado por eles mesmos ou por outros” (Harvey, 2002:202).

do Recife, dentre eles podemos enumerar:

- a) A consolidação e a expansão do Sistema de Saúde no Recife, resultados da necessidade emergencial de socorrer a população local de diversos surtos epidêmicos (principalmente no século XIX), e não por uma questão de ampliação do direito à saúde;
- b) A instalação de hospitais que deram origem ao núcleo do Polo Médico (Hospital Português, Santa Casa da Misericórdia, D. Pedro II). Foram ali instalados devido às condições sanitárias e a crença na Teoria dos Miasmas. Estes hospitais, ao serem colocadas próximas aos rios, com abundância de água, fácil ventilação e distantes do Centro urbano, facilitariam a cura de várias doenças.
- c) A implantação, desde o século XIX, de uma rede de formação de profissionais de saúde naquela área; a exemplo do curso de enfermagem no Hospital D. Pedro II e da Faculdade de Medicina no Derby seriam um dos motivos que levaram a sua consolidação.
- d) A criação do SUS, que embora criado com objetivo de reduzir os gastos do Governo Federal no final dos anos 1980, não conseguiu desenvolver um sistema de saúde que contemplasse a classe média, que foi obrigada a migrar para os planos privados de saúde;
- e) O surgimento de políticas públicas de saúde instituídas principalmente a partir dos anos de 1970, contribuindo para o bom êxito da rede privada. Tais políticas visavam incentivar o surgimento de um sistema privado através de convênios (via INAMPS), e depois ampliá-lo para que fosse voltado ao atendimento de uma classe média emergente neste período.

Em suas linhas essenciais, a formação do PMR é um testemunho do fracasso da rede pública no atendimento da demanda local, principalmente após o processo de universalização do sistema público, o que contribuiu para uma piora da qualidade no seu atendimento. Esta piora é atribuída ao excesso de pacientes advindos do interior do estado – o que seria um problema estrutural até hoje não solucionado.

Os motivos acima relacionados contribuíram para que na RMR e mais particularmente no Recife, ocorresse uma concentração espacial dos equipamentos de saúde, fenômeno este que será aprofundado no próximo capítulo.

Capítulo III:

AS ATUAÇÕES DOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE DA RMR

O objetivo deste capítulo é fornecer uma visão geral da situação da saúde na Região Metropolitana do Recife (RMR) e no município do Recife, bem como, as modificações espaciais decorrentes da implantação dos serviços de saúde. Encontra-se subdividido em cinco partes:

A primeira parte fornece uma análise socioeconômica de Pernambuco, fundamentado em dados obtidos de fontes diversas como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho.

A segunda parte ressalta as principais características socioeconômicas da Região Metropolitana do Recife, evidenciando as grandes desigualdades sociais – o aumento da concentração de renda que, por sua vez, influenciou na distribuição e no acesso aos serviços de saúde.

A terceira estuda a oferta e a gestão dos serviços públicos de saúde na RMR, analisa o acesso da população ao SUS, seja em nível metropolitano como em nível nacional e identifica a distribuição espacial dos seus equipamentos entre os municípios da RMR.

A quarta disserta sobre a atuação da iniciativa privada na RMR, evidenciando a sua evolução histórica e espacial. Para tanto, foram utilizados dados do CNES, além de documentos e mapas depositados no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano.

Na quinta e última parte, são analisadas as intervenções urbanas na área da PMR ao longo do tempo, ressaltando o papel do Estado nessas transformações e os interesses econômicos ali depositados, bem como, as suas consequências para cidade. A análise se apoiou em visitas de campo e em dados da Prefeitura do Recife e da Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco.

3.1. O Polo Médico do Recife na Realidade Pernambucana

Ao longo dos séculos, o desenvolvimento econômico do Nordeste, e especialmente da economia de Pernambuco, foi fortemente dependente da produção agrícola¹⁰¹ (a cana-de-açúcar) e, consequentemente, da sua exportação, sendo responsável, em grande parte, pelos seus problemas sociais.

Esta situação só permitiu que a integração desta Região ao restante da economia nacional se intensificasse após a II Guerra Mundial e, principalmente, em meados dos 1950, com a formulação de políticas regionais “explícitas”, que objetivavam impulsionar o seu desenvolvimento econômico, culminando na criação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (a Sudene).

Os programas de incentivos fiscais executados pela Sudene, pouco conseguiram modificar a estrutura agrária já existente. A maioria das empresas que se instalaram na Região, devido a tais incentivos, deu preferência às áreas próximas das grandes cidades ou as Regiões Metropolitanas de Recife, Fortaleza e Salvador, impulsionando o crescimento da indústria e das atividades terciárias nestas localidades¹⁰².

Um dos grandes incentivadores do fortalecimento de um terciário urbano, segundo Wilson (1978:83) foi o Banco do Nordeste do Brasil (BNB), criado em 1953. Esse Banco, embora preocupado com o fornecimento de crédito ao setor agrícola, impulsionou a expansão das atividades bancárias no Nordeste¹⁰³. Somado a isso, ocorreu um rápido acréscimo na taxa de urbanização, o que levou a um aumento da demanda pelo setor de serviços, mais especificamente dos serviços urbanos, tais como os serviços comerciais, pessoais, etc.

Paralelamente à política de concentração de investimentos em áreas metropolitanas, assistiu-se a um forte movimento migratório (o êxodo rural) que se

¹⁰¹ No caso do Nordeste brasileiro, podemos citar o Ciclo do gado que beneficiou o Vale do São Francisco juntamente com a cana-de-açúcar na região da Zona da Mata de Pernambuco, o fumo na Região do Recôncavo, na Bahia... Todos no período colonial; o algodão no Maranhão no início do Império; e já na República, temos o cacau, no sul da Bahia, etc.

¹⁰² “Durante o período de 1953-1961 a indústria e as atividades terciárias também cresceram a ritmos substancialmente maiores, ou seja, de 10% e 8,7% respectivamente”.(Cavalcanti de Albuquerque, 1976:10 & Wilson, 1978:80).

¹⁰³ “De 1955 até 1965, o número de bancos no Nordeste aumentou de 289 para 811”.(Barros de Castro, 1975:214 apud Wilson, 1978:83)

manteve até a década de 1990, confirmando as observações da OMS de que “en las primeras fases del desarrollo de las ciudades, la migración tiene a ser el elemento dominante en el crecimiento urbano” (OMS, 1994:p.IX), acarretando num crescimento urbano descontrolado.

Como evidenciado anteriormente, o Brasil, no período entre 1968-1973 vivenciou o “milagre brasileiro”. A expansão do seu PIB chegou a 88,4%; a indústria de transformação cresceu 111,2%, com ênfase nos bens de consumo duráveis e meios de produção. A participação do Governo Federal na economia se expandiu: controlava 80% da geração de energia elétrica, 72% dos ativos da indústria siderúrgica, 81% dos ativos da exploração e refino de petróleo. Mas, a concentração de renda aumentou, com os 10% mais ricos subindo de 39,6% para 46,1%. Foi a época de “crescer o bolo para depois dividi-lo”, e dos “projetos de impacto¹⁰⁴”(Isto é, 1998:195).

O Nordeste também foi contemplado pelos “projetos de impacto”, como o POLONORDESTE¹⁰⁵, beneficiando alguns estados da região, dentre eles citamos a Bahia (ampliação do Polo Petroquímico de Camaçari), e o Maranhão (Projeto Grande Carajás). Apesar de tais projetos, essas tentativas do Governo Federal de dinamizar a economia da região não se mostraram duradouras. Segundo Haddad (1992:16), em diferentes períodos da história regional brasileira, “encontram-se regiões cujo crescimento se deu, durante algumas décadas através da extração e do cultivo de produtos primários ou da exploração de suas potencialidades energéticas, sem que se criasse as bases de um processo de desenvolvimento duradouro ou sustentável”.

O período de grande expansão econômica do Brasil foi seguido por um de crise, originada pelos “choques do petróleo” a partir de 1973, e a consequente escassez de créditos externos que financiassem a continuação do chamado “milagre

¹⁰⁴ É definido como “Grandes projetos, apoiados no tripé capital privado nacional-multinacional-estatal, dão a tônica da política econômica do regime de 64, em especial a partir do Governo Médici. Têm também importante papel propagandístico, alimentando a idéia do Brasil potência”. Como exemplos desses projetos, temos a Ponte Rio-Niterói, Hidroelétrica de Itaipu, Transamazônica, etc.

¹⁰⁵ Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste (POLONORDESTE), criado em 1974, juntamente com o Programa Especial de Apoio ao Desenvolvimento da Região Semi-Árida do Nordeste (Projeto Sertanejo), em 1976; o primeiro, dirigido para o desenvolvimento de áreas úmidas selecionadas e o segundo, para a área nordestina sujeita às secas periódicas (o semi-árido).

brasileiro". Isso acarretou no início da década de 1980, uma violenta crise econômica, fruto do desequilíbrio da balança comercial no período 1973-1980. O endividamento externo subiu 328% neste período, o que gerou *déficit*¹⁰⁶ nas contas governamentais (Revista Isto É, 1998:228).

Somadas a essas dificuldades, ocorrem diversos ajustes econômicos nacionais durante a década de 1980, onde a instabilidade e a crise estrutural na economia resultaram na deterioração da situação cambial, com aceleração inflacionária (de 95,2% a.a., em 1981, para 211%, em 1983) e recessão. Tal situação conduziu a ruptura do padrão de crescimento adotado, que se apoiava na articulação existente entre Estado, empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais.

Esta situação em Pernambuco se agravou mais na década de 1990, devido ao término do período de incentivos fiscais da SUDENE para diversas empresas e o consequente encerramento de suas atividades, o que deteriorou a sua situação socioeconômica: baixo crescimento econômico e redução dos investimentos privados e governamentais na região.

Mas, apesar de tais dificuldades, houve algumas melhorias em certos índices na área social, não só em Pernambuco, mas no Brasil. Conforme podemos observar na Tabela 7, ocorreu uma elevação em termos de esperança de vida ao nascer (EV)¹⁰⁷ que, no Brasil, pulou de 60,10 anos em 1980, para 70,43 anos em 2000, e diminuição da taxa de mortalidade infantil (TMI)¹⁰⁸ (de 85,20‰ em 1980, para 30,10‰ em 2000), além da queda da taxa de fecundidade total (TF)¹⁰⁹, de 4 filhos por mulher em 1980 para 2,39 em 2000.

¹⁰⁶ "No Brasil, o déficit do governo cresceu no final dos anos 70 em consequência:

- do aumento dos subsídios dados à agricultura, às exportações e aos setores energéticos;
- do aumento dos déficits das empresas estatais;
- do aumento das despesas com pagamento de juros sobre a dívida interna" (E. Cardoso, 1989:64).

¹⁰⁷ EV - Esperança de Vida ao nascer: Número de anos de vida que uma pessoa nascida hoje esperaria viver, se todas as taxas de mortalidade por idade se mantivessem idênticas ao que são hoje.

¹⁰⁸ TMI - Taxa de Mortalidade Infantil: Número de crianças que não irão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada mil crianças nascidas vivas.

¹⁰⁹ TF - Taxa de Fecundidade Total: Número médio de filhos nascidos vivos de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos)

Tabela 7 – Brasil, Estados do Nordeste e Região Nordeste. Indicadores Demográficos: Censos 1980, 1991 e 2000

Estados	1980			1991			2000		
	TF	TMI	EV	TF	TMI	EV	TF	TMI	EV
AL	6,93	159,48	52,10	4,12	74,50	57,61	3,14	48,96	63,79
BA	6,54	95,40	56,09	3,66	70,87	61,03	2,50	46,49	64,53
CE	6,06	155,24	52,58	3,72	63,13	60,73	2,84	41,43	67,77
MA	5,67	126,30	55,98	4,74	81,97	60,78	3,20	55,38	61,74
PB	6,19	170,56	50,88	3,78	74,47	59,56	2,54	51,49	63,16
PE	5,40	149,76	53,20	3,31	62,55	61,00	2,48	47,31	67,32
PI	6,64	105,61	54,63	3,83	64,73	60,92	2,67	47,27	64,15
RN	6,03	169,26	51,03	3,41	67,93	60,58	2,54	43,27	66,98
SE	6,23	110,88	53,88	3,64	65,76	59,77	2,74	48,52	64,06
Nordeste	5,80	131,31	53,95	3,80	82,45	60,56	2,73	47,79	64,83
BRASIL	4,00	85,20	60,10	2,88	49,49	64,73	2,39	30,10	70,43

Fontes: IPEA, IBGE - DPE/DPIIS; SUDENE/DPO/IPL/CR - IPL/EST.

Conforme descrito na Tabela 7, no caso de Pernambuco, não foi diferente, apesar de ainda não atingir a média nacional: a expectativa de vida (EV) que era pouco mais de 53 anos em 1980, pulou para mais de 67 anos em 2000; a taxa de mortalidade infantil, que era de 149,76 para cada grupo de mil nascidos vivos em 1980, caiu para menos de 1/3 deste total em 2000 (47,31). Ocorreu também uma redução da taxa de fecundidade de mais de 50% (de 5,40 em 1980, para 2,48 em 2000).

Estes avanços na área social são decorrentes da adoção e ampliação de diversas ações governamentais de prevenção tais como campanhas de vacinação infantil, acompanhamento pré-natal, acesso a métodos anticoncepcionais, além do fenômeno da urbanização que contribuiu para a redução da natalidade.

Cabe salientar que, nos últimos dez anos, foram realizados pesados investimentos em obras de infra-estrutura (a duplicação da BR-232, ampliação do Sistema de Metrô do Recife, do Porto de Suape e do Aeroporto Internacional dos Guararapes, etc.). Tais investimentos foram viabilizados mediante aporte de recursos provenientes do processo de privatização de algumas empresas públicas, dentre elas a Companhia de Eletricidade de Pernambuco S.A. (Celpe) ou de aportes federais.

Segundo os dados da Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Estado de Pernambuco, a participação do seu PIB no total nacional era de 2,59%, em 1994, caindo para 2,30% em 2006. Apesar desta queda, houve um aumento significativo do seu valor nominal, que passou de R\$ 9,039 bilhões para R\$ 55,505 bilhões

(Tabela 8).

Tabela 8 – Variação do Produto Interno Bruto: Brasil, Nordeste e Pernambuco (1994-2006)

Ano	Produto Interno Bruto (PIB em R\$ Milhão, em valores correntes)			Participação do PIB (em %)		Variação Real Anual		
	Brasil	Nordeste	Pernambuco	PE/BR	NE/BR	BR	NE	PE
1994	349.205	44.949	9.039	2,59	20,11	5,19	5,06	3,60
1995	646.191	82.588	17.461	2,70	21,14	2,98	2,08	4,38
1996	778.191	102.597	21.391	2,75	20,85	3,26	2,61	0,33
1997	870.743	113.942	23.439	2,69	20,57	3,82	4,81	4,06
1998	914.187	119.319	24.810	2,71	20,79	1,17	0,59	-0,50
1999	973.845	127.673	26.021	2,67	20,38	1,79	2,24	1,55
2000	1.101.255	144.135	29.127	2,64	20,21	4,21	4,25	5,04
2001	1.198.736	157.302	31.725	2,65	20,17	1,88	0,93	1,81
2002	1.477.822	191.592	35.251	2,40	18,40	2,31	2,27	3,73
2003	1.699.948	217.037	39.308	2,30	18,10	1,20	1,9	-0,60
2004	1.941.498	247.043	44.011	2,30	19,20	5,7	6,3	4,1
2005	2.147.239	280.545	49.922	2,30	17,80	3,2	4,3	4,2
2006	2.369.797	311.175	55.505	2,30	17,80	4,0	4,8	5,1

Fontes: IBGE; Agência CONDEPE/FIDEM in http://www.condepefide.com.br/pib/tabelas_02.asp?noticia_id=641&secao_id=70&canal_id=3 acessado em 24/02/2008, às 17:54 h.

Apesar desse aumento de valor nominal, isso não necessariamente resultou numa melhor distribuição de renda. Os dados do IPEA confirmam a grande concentração de renda, fazendo hoje, de Pernambuco (com índice Gini de 0,558783) a oitava pior concentração de renda dentre os estados do Brasil, e a 5ª maior concentração da Região Nordeste no que se refere ao Índice Gini de Concentração de Renda (Tabela 9)

Tabela 9 – Desigualdade: Evolução do Coeficiente de Gini¹¹⁰ da Renda Domiciliar Per Capita: Comparação Entre o Brasil e os Estados do Nordeste do Brasil (2003-2007)

Sigla (Estados)	Anos				
	2003	2004	2005	2006	2007
AL	0,605853	0,572467	0,564428	0,6236	0,607186
BA	0,589766	0,554567	0,552827	0,556058	0,555677
CE	0,566826	0,573649	0,577037	0,545891	0,547014
MA	0,575809	0,6085	0,519356	0,595749	0,55508
PB	0,566666	0,590492	0,577927	0,56246	0,594745
PE	0,588493	0,606307	0,586067	0,580542	0,558783
PI	0,601179	0,588455	0,589234	0,598764	0,59308
RN	0,561789	0,569289	0,595296	0,556932	0,559535
SE	0,577252	0,558574	0,552795	0,557765	0,539395
Brasil	0,5809	0,5698	0,5670	0,5603	0,5533

Fonte: IPEA in http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?SessionID=614273257&Tick=1235831804406&VAR_FUNCAO=Ser_Temas%281413839281%29&Mod=S, acessado em 28/02/2009, às 11:54.

¹¹⁰ Índice que pode variar de 0 (caso houvesse plena igualdade de renda) a 1 (máxima desigualdade, caso uma única pessoa concentrasse toda a renda). Esta série é calculada a partir das rendas domiciliares per capita observadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De cada domicílio, foram consideradas as rendas da pessoa de referência, do cônjuge, dos filhos, dos parentes e dos agregados. Elaboração: Disoc/IPEA.

Não sem razão Pernambuco e, especialmente, o Recife possui violentos contrastes sociais¹¹¹, o que foi confirmado com a divulgação em 2005, do Atlas de Desenvolvimentos Humano do Recife pela Prefeitura da Cidade do Recife, e também por dados do IBGE.

No que se refere ao setor saúde, cabe salientar que o Polo Médico do Recife está incluído, de acordo com dados do Governo do Estado de Pernambuco, dentre os seus principais polos de desenvolvimento, quais sejam:

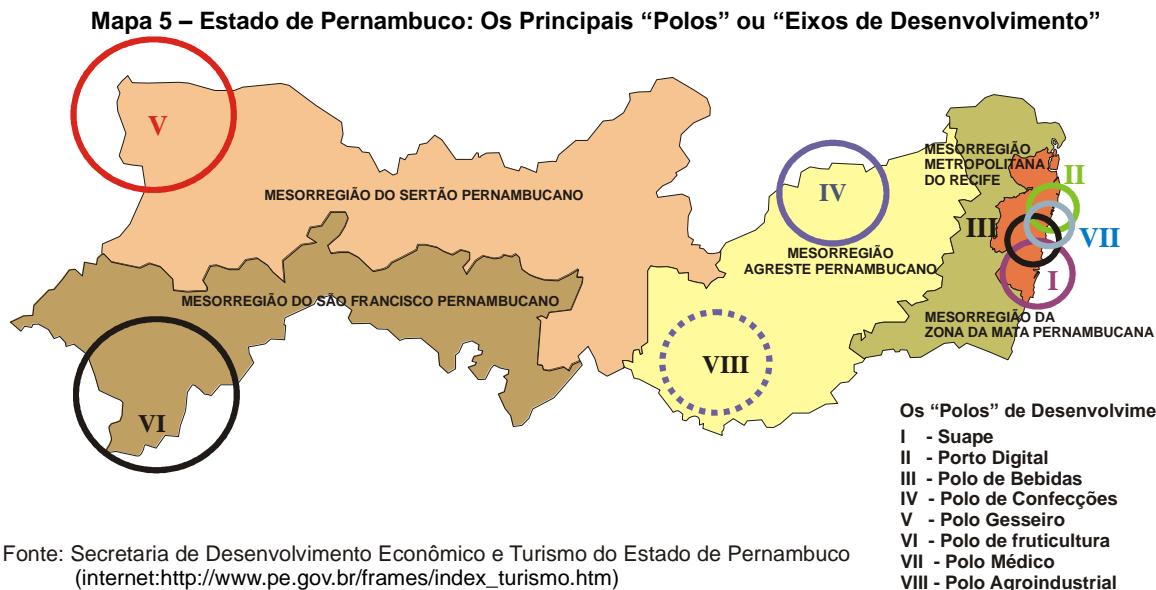
- a) O Complexo Industrial e Portuário de Suape: Localizado a 40 quilômetros do Recife. Esse complexo concentra investimentos de diversas empresas privadas e da Petrobrás que estão na casa do US\$ 1,7 bilhão. O polo de negócios do complexo é constituído por 72 empresas – principalmente industriais e de logística – que geram 5,9 mil empregos diretos, com perspectivas de aumento a partir da instalação do estaleiro pelo consórcio Camargo Corrêa/Andrade Gutierrez/Mitsui e da Refinaria Abreu e Lima, a ser implantada pela Petrobrás em parceria com a venezuelana PDVSA (Petróleos de Venezuela S.A).
- b) O Porto Digital. Hoje, são mais de 500 empresas de softwares, serviços e equipamentos instalados no Estado, representando em 2005, cerca de 4% do PIB local. A expectativa é que essa participação cresça para 10% nos próximos 10 anos. Está instalado, em sua grande parte, no bairro do Recife Antigo. O Recife conta com mais de 200 empresas de informática, que faturam, por ano, mais de R\$ 100 milhões (dados do Banco do Nordeste), o que possibilita a atração de indústrias de ponta, com a produção de software, e de um crescimento de 10% ao ano. Esse avanço no campo da Ciência e Tecnologia vem dando como resultado, a articulação entre o setor público e privado que começa a se intensificar, a exemplo do estímulo à formação de novos empreendimentos de alta tecnologia.
- c) O Polo de bebidas. São 142 unidades industriais de cervejas, refrigerantes, vinhos, sucos, destilados, aguardente e água mineral, contando com o suporte de indústrias de vidros, latas, rolhas metálicas, rótulos, caixas e

¹¹¹ Segundo Ferreira (2000:15): “os moradores de favelas compõem 20% da população de São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, e chegando em Recife, a 46% do seu total populacional”.

unidades de importação de matérias-primas, como o malte de cevada. As empresas aqui instaladas produzem para toda a Região Nordeste.

- d) Polo de Confecções na Região do Agreste Pernambucano, que movimentou R\$ 2,1 bilhões/ano em 2003 em 12 mil empresas, gerando 77 mil empregos e produzindo quase 700 milhões de peças anuais.
- e) O Polo Gesseiro do Araripe no Sertão, responsável por 95% da produção nacional de gesso e gipsita. Possui em torno de 420 empresas instaladas.
- f) O Polo de Fruticultura do Vale do São Francisco, com cultivo irrigado numa área de aproximadamente 120 mil hectares e predomínio da fruticultura, hortaliças, coco e cana-de-açúcar. O plantio de frutas gera 240 mil empregos diretos e 960 mil indiretos. Segundo dados do Governo do Estado, a produção por safra é na ordem de 1,5 milhão de toneladas e as suas exportações somaram 180 mil toneladas em 2004. O Vale responde ainda por mais de 96% das exportações brasileiras de uvas em 2004, movimentando aproximadamente US\$ 500 milhões/ano.
- g) O Polo Médico do Recife, que possui ao todo, 1.244 estabelecimentos de saúde, sendo que 1.040 são da iniciativa privada¹¹². É mencionado por publicações do IPEA como “segundo polo médico do Brasil” e, na página da internet da Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo do Estado de Pernambuco (http://www.pe.gov.br/frames/index_turismo.htm), como “o terceiro maior polo médico do Brasil”.

¹¹² Fonte dos dados: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Esfera.asp?VEstado=26&VMun=261160, de 29/03/07, às 00:58.



A localização desses polos (Mapa 5) leva a concluir que grande parte dos investimentos públicos e privados para o Estado de Pernambuco são canalizados à Região Metropolitana do Recife, que concentra 4, dos 8 principais polos de desenvolvimento do estado citados anteriormente.

Isso posto, faremos algumas observações sobre as características socioeconômicas da Região Metropolitana do Recife, bem como, a distribuição espacial dos seus equipamentos de saúde.

3.2. O Polo Médico do Recife na Realidade Metropolitana

As análises que seguem foram realizadas com objetivo de fornecer um panorama geral da atual situação socioeconômica da RMR e dos seus municípios, para, daí, entender a distribuição espacial dos equipamentos de saúde que prestam atendimento geral à população da Região, de outras partes do estado e até de outros estados.

A Região Metropolitana do Recife (RMR) é formada pelos municípios de Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Recife, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata conforme demonstrado no Mapa 6.

Mapa 6 – Região Metropolitana do Recife: Divisão Político-Administrativa



Fontes da base cartográfica:
Servidor de Mapas do IBGE (<http://www.ibge.gov.br>) e Prefeitura da Cidade do Recife (<http://www.recife.pe.gov.br>)

A RMR foi criada em 1973 através da Lei Complementar nº.11, quando o Governo Federal decidiu implantar uma política nacional de desenvolvimento urbano para áreas de municípios conurbados aos municípios centrais (algumas capitais estaduais) para a resolução de problemas comuns, mediante a homologação das nove regiões metropolitanas nacionais¹¹³.

Segundo os dados do IBGE, no período 1970-2000, a população da RMR cresceu de 1,828 milhão para 3,339 milhões, ou seja, um aumento de 82,7%, o que equivale uma média anual de 2,75% ao ano, correspondendo a quase o dobro da média estadual. Quanto ao município do Recife, obteve uma taxa mais modesta, pois foi a capital nordestina com menor crescimento populacional, na média 0,92%

¹¹³ Foram criadas as Regiões Metropolitanas Nacionais Nacionais: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre. Posteriormente, foi criada por Lei Federal, a RIDE (Região do Distrito Federal e Entorno) que engloba Brasília.

ao ano neste mesmo período. Esse baixo crescimento demonstra que ocorreu uma quase estagnação demográfica do município central da RMR, indicando uma melhoria das condições sanitárias e médicas da população recifense.

Em termos econômicos, a Região Metropolitana do Recife possuía, em 2006, um Produto Interno Bruto (PIB) calculado a preços correntes, em aproximadamente R\$ 20 bilhões, o equivalente a 50,68% do PIB total do estado de Pernambuco, numa área de apenas 2.760,6 km², o equivalente a apenas 2,8% da superfície estadual, confirmando a extrema concentração das atividades econômicas nessa região. Na Tabela 10, temos a distribuição do seu PIB e a sua evolução, onde verificamos a grande disparidade interna na sua distribuição municipal na própria RMR.

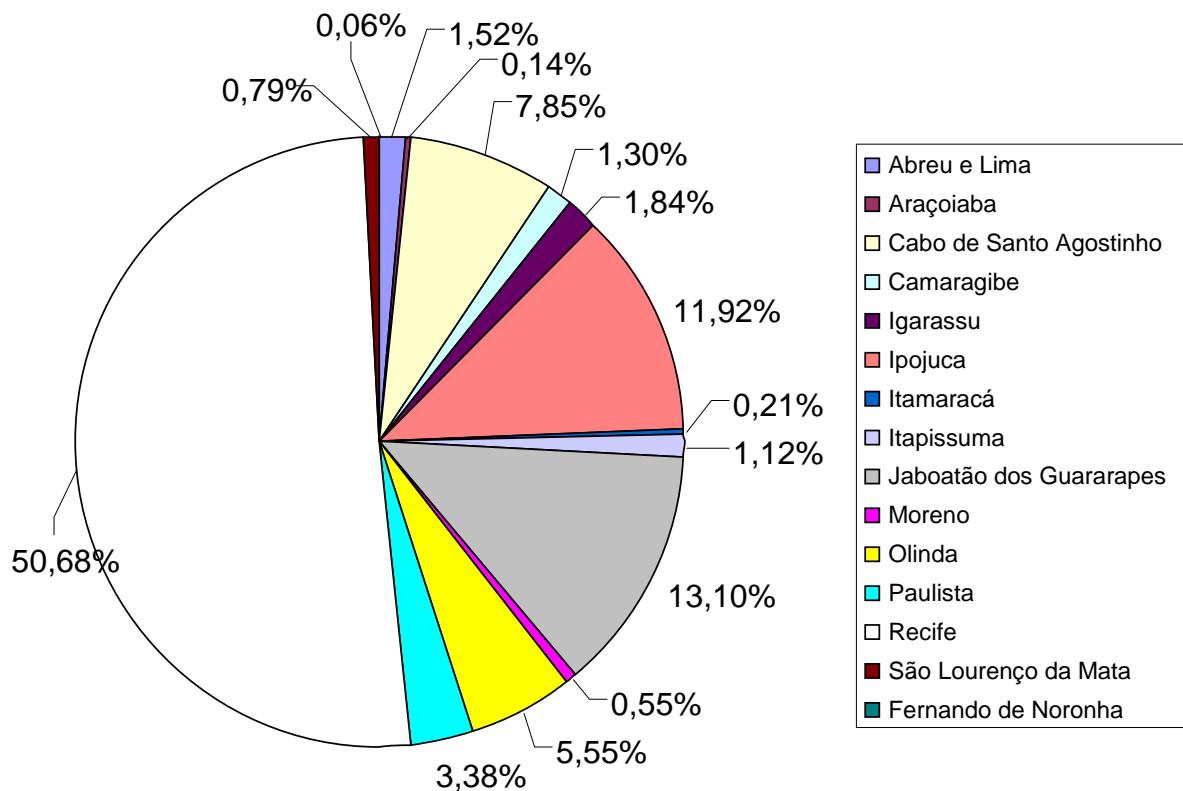
Tabela 10 – Região Metropolitana do Recife: Distribuição e Evolução do PIB (Em milhões R\$ de 2002, por Município. Período 2002-2006)

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006
Abreu e Lima	326,8	394,0	483,3	500,9	548,1
Araçoiaba	24,7	28,9	34,8	39,8	48,8
Cabo de Santo Agostinho	1.784,2	2.447,2	2.693,3	2.772,5	2.838,1
Camaragibe	321,1	336,4	362,6	422,5	468,8
Igarassu	449,2	551,4	568,1	596,6	664,5
Ipojuca	1.991,0	2.308,7	2.984,4	3.991,5	4.307,6
Itamaracá	52,6	58,6	58,2	66,2	75,9
Itapissuma	318,8	388,2	356,6	362,5	405,6
Jaboatão dos Guararapes	2.817,9	3.335,2	3.849,9	4.221,2	4.736,4
Moreno	114,4	139,7	149,3	170,3	199,4
Olinda	1.278,0	1.359,3	1.565,0	1.886,4	2.005,7
Paulista	838,6	888,0	997,4	1.081,9	1.221,4
Recife	12.602,4	13.098,4	14.414,3	16.322,8	18.318,5
São Lourenço da Mata	230,3	239,0	252,9	262,6	285,4
Fernando de Noronha	17,0	17,9	21,7	23,0	22,0
Total RMR	23.167,0	25.590,9	28.792,3	32.720,5	36.146,0

Fonte: http://www2.condepefidem.pe.gov.br/c/portal/layout?p_l_id=PUB.1557.63

Conforme evidenciado na Tabela 10, apesar da evolução da atividade econômica na RMR, registrando um crescimento de 56,15% do seu PIB no período de 2002-2006 (o que equivale a uma média anual de 14,03% ao ano), isto ainda não foi o suficiente para diminuir as diferenças existentes entre os municípios da região. De acordo com os dados de 2006, no Gráfico 3, podemos visualizar a distribuição do PIB metropolitano por município.

Gráfico 3 – Distribuição do PIB da RMR: Por Município, em 2006



Fonte dos Dados: http://www2.condepefidem.pe.gov.br/c/portal/layout?p_l_id=PUB.1557.63

De acordo com os dados apresentados, o Recife possui 50,68% de todo o PIB da Região Metropolitana do Recife, o que comprova uma concentração espacial da riqueza neste município.

Quanto à concentração de renda, é confirmada pela sua distribuição: 37,02% da população da RMR viviam, em 2000, com uma renda domiciliar *per capita* inferior a ½ salário-mínimo por mês. É a quarta Região Metropolitana do Brasil em número proporcional de pobres, perdendo apenas para Maceió, São Luís e Fortaleza respectivamente (Tabela 11). É também a que possui dentre as regiões metropolitanas, a menor esperança de vida ao nascer (68,8 anos em 2000, semelhante à média nacional) (PNUD, 2005).

Tabela 11 – Porcentagem da População que Vive Abaixo da Linha de Pobreza, em Algumas Regiões Metropolitanas Brasileiras¹¹⁴

Região Metropolitana	Pobreza - pessoas pobres (P0) (em %)	
	1991	2000
Belém	32,23	32,62
Belo Horizonte	26,12	20,02
Curitiba	16,24	14,60
Fortaleza	47,93	39,78
Goiânia	20,87	16,71
Grande Vitória	27,58	21,58
Maceió	44,56	43,46
Natal	40,10	34,40
Porto Alegre	16,18	14,13
Recife	43,43	37,03
Rio de Janeiro	22,06	17,89
Salvador	37,90	33,48
São Luís	46,80	42,49
São Paulo	9,43	14,09

Fonte: Instituto Nacional de Pesquisas Econômicas Aplicadas (www.ipeadata.gov.br) em 08/04/2006.

Neste contexto socioeconômico que se insere o Polo Médico, sendo necessário chamar a atenção sobre algumas de suas particularidades. O mercado de planos de saúde não se expandiu o suficiente para sustentar a expansão espacial do PMR, pelo contrário, em vários momentos entrou em crise, fazendo ocorrer algumas mudanças importantes, como até o fechamento de alguns hospitais (foi o caso do Hospital João XXIII) e de outros estabelecimentos de menor porte.

Um dos problemas desse Polo diz respeito à aquisição de equipamentos médicos. Segundo dados do CNES, o município do Recife possui 32 tomógrafos, enquanto a cidade de Paris dispõe de apenas 6. Essa situação decorre da falta de planejamento, tanto do setor público quanto do privado, que concorrem entre si ao invés de se complementarem, o que leva, inclusive, a uma concentração de equipamentos espacialmente muito próximos, além de uma demanda forçada e desnecessária por esses e outros equipamentos de alto custo de manutenção.

A alta concentração de renda existente na RMR, nos termos anteriormente ressaltados, constitui outro problema. Investiu-se muito para um mercado restrito, que não demanda relativamente uma grande quantidade de serviços de saúde.

¹¹⁴ IPEADATA. Este índice mensura o percentual de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a 1/2 do salário mínimo/mês. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Unicamp, 2000) há uma estimativa de que 40% dos equipamentos de saúde no Brasil estejam subutilizados decorrentes da falta de planejamento na sua aquisição. Se os dados estiverem corretos, no caso do Recife, seria 12 tomógrafos inutilizados, um prejuízo aproximado de US\$ 20 milhões, sem contar os custos de manutenção de tais aparelhos.

Essa situação comprova que o aumento da alocação de recursos ou da produção de serviços não implica em um aumento do nível de saúde. Não é apenas o fato de está equipado, com recursos tecnológicos modernos, que vai garantir o acesso (a equidade), mas o bom gerenciamento do sistema como um todo (público e privado).

Afora isso, temos ali contrastes marcantes como, por exemplo, as áreas da Ilha de Joana Bezerra, com baixos índices de desenvolvimento humano equivalentes aos de países africanos, ao lado de áreas como o núcleo do Polo Médico (ilha do Leite), que possuem índices de países europeus. Esta situação de grande disparidade vem acarretando um aumento de conflitos sociais, fazendo emergir ideias tais como a construção de uma cerca na margem do rio Capibaribe com objetivo de evitar assaltos, isolando a área do PMR dos bairros da Ilha de Joana Bezerra (no caso, o Coque e Joana Bezerra). Notícias como esta é uma clara evidência que ali há conflitos socioespaciais devido aos contrastes existentes.

Esse contrastes se manifestam também na distribuição de equipamentos de saúde. Para melhor comprehendê-los é necessário analisar a oferta e a gestão dos sistemas privado e público de saúde (o SUS), na Região Metropolitana do Recife (RMR) e no Recife, objetivo do próximo tópico.

3.3. A Oferta e a Gestão dos Serviços Públicos de Saúde na RMR

A análise da oferta de serviços do SUS à população da RMR foi fundamentada em dados do DATASUS, a partir dos quais foram construídos mapas, com objetivo de ter um melhor panorama nacional por capital estadual, em termos de distribuição destes equipamentos e, depois, da sua configuração espacial na RMR e no Recife. A distribuição por capitais visa verificar a abrangência e, também, o porte da RMR, tanto em nível nacional como também regional.

A fonte de dados dos estabelecimentos do sistema de saúde e a sua

distribuição nas capitais estaduais foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹¹⁵, do Ministério da Saúde do Brasil e o IBGE.

Dentre as capitais nordestinas, levando em conta o número total de estabelecimentos, se destacam por ordem de grandeza, Fortaleza, Salvador, Aracaju, Recife e João Pessoa, o que não confirma a afirmativa de “segundo polo médico do Brasil”, pelo menos no que diz respeito ao número de estabelecimentos. O Recife ocupa o 11º. lugar do Brasil, e o 4º da Região Nordeste (Tabela 12).

Tabela 12 – Número Total de Estabelecimentos Públicos e Privados e a Sua Distribuição de Acordo com a Esfera Administrativa por Capitais Estaduais e no Brasil

Capital de Estado	SUS				Total Privado s(F)	Total Geral (E+F)
	Federal (A)	Estadual (B)	Municipal (C)	Total (A+B+C=E)		
São Paulo	5	104	672	781	7.870	8.651
Brasília	4	215	7	226	4.226	4.452
Curitiba	6	11	154	171	4.184	4.355
Belo Horizonte	5	22	220	247	2.401	2.648
Fortaleza	5	22	122	149	2.201	2.350
Salvador	9	45	138	192	1.934	2.126
Rio de Janeiro	34	62	194	290	1.533	1.823
Porto Alegre	17	12	171	200	1.522	1.722
Goiânia	5	22	124	151	1.519	1.670
Aracaju	2	12	71	85	1.357	1.442
Recife	4	18	181	203	1.172	1.375
João Pessoa	2	27	246	275	911	1.186
Cuiabá	1	31	104	136	846	982
Natal	6	26	97	129	808	937
Manaus	4	57	262	323	511	834
Vitória	2	10	42	54	773	827
Belém	7	23	96	126	672	798
Campo Grande	1	7	93	101	686	787
Florianópolis	3	11	65	79	597	676
Maceió	2	29	78	109	558	667
Teresina	3	18	94	115	479	594
São Luís	1	39	78	118	472	590
Rio Branco	0	34	103	137	160	297
Porto Velho	0	16	56	72	206	278
Palmas	0	7	65	72	157	229
Boa Vista	6	33	85	124	87	211
Macapá	1	15	53	69	76	145
Brasil (Total Capitais)	135	928	3.671	4.734	37.918	89.016

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>, acessado em 15/11/2007).

Conforme a tabela anterior que apresenta dados relativos a 2007, no que se refere aos estabelecimentos filiados ao SUS, a capital que lidera é São Paulo (781,

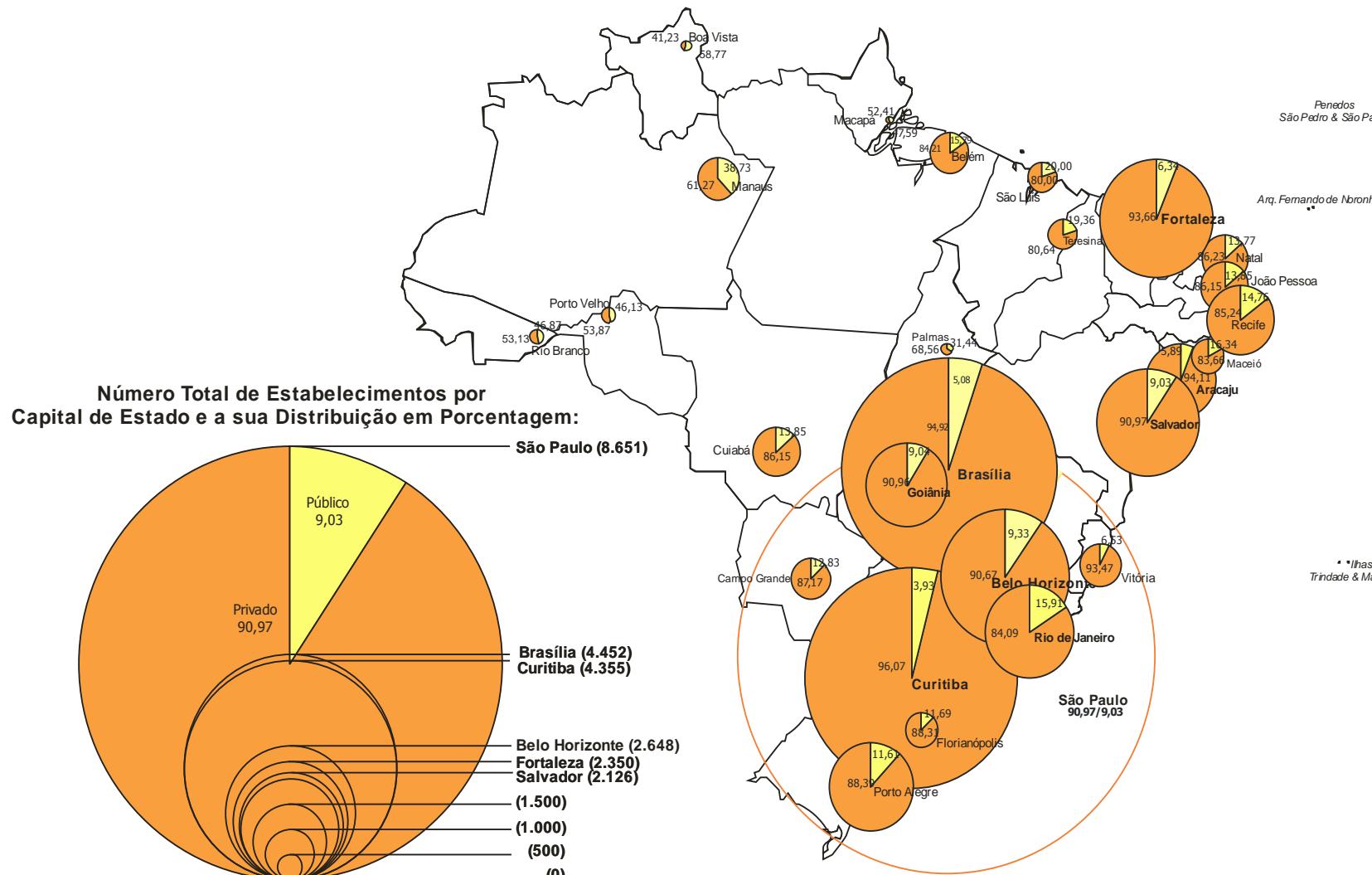
¹¹⁵ O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, de 04 de outubro de 2000. Após acordo na Comissão Intergestores Tripartite a Portaria 376 permaneceu em consulta pública até dezembro de 2000. Com a incorporação das sugestões recebidas dos gestores estaduais e municipais do SUS e da sociedade em geral,

seguida de Manaus (323), Rio de Janeiro (290), João Pessoa (275), Belo Horizonte (247), Brasília (226) e Recife (203).

A partir desse Cadastro, foi confeccionado o mapa 7, que consideram a quantidade de estabelecimentos e leitos. Eles revelam uma concentração de estabelecimentos de saúde nas capitais dos estados das regiões Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste, onde também prevalece o atendimento privado, enquanto o atendimento público se sobressai na Região Norte do país.

Cabe salientar que o SUS tem ainda grande destaque na maioria das capitais da Região Norte (Boa Vista, com 58,77%, Macapá, 47,85%, Rio Branco com 46,87% e Porto Velho 46,13% respectivamente de participação pública no sistema de saúde), enquanto que a menor participação do sistema público concentra-se em Curitiba, com 3,93%, seguida de Brasília (5,08%), Aracaju (5,89%), Fortaleza (6,34%), e Vitória (6,57%). Em apenas uma capital (Boa Vista, na Região Norte), predomina os estabelecimentos públicos no total geral. Nas demais, predominam os estabelecimentos privados, conforme podemos visualizar no mapa seguinte (Mapa 7).

Mapa 7 – Brasil: Quantidade e Distribuição da Rede de Estabelecimentos de Saúde (Por Capital de Estado, em Porcentagem, 2007)



Considerando apenas o número de estabelecimentos públicos, o Recife, com 203 estabelecimentos, ocupa o 2º lugar da Região Nordeste, ficando atrás de João Pessoa, com 275.

Já na análise da distribuição nacional dos leitos hospitalares por capital, foram percebidas grandes diferenças, quando se compara com a distribuição nacional dos estabelecimentos de saúde.

Como visto, o Recife seria apenas 14^a no *ranking* de número de estabelecimentos de saúde. No caso dos leitos hospitalares, ocupava a 5^a posição. Curitiba seria a segunda capital do país em número de estabelecimentos de saúde, e a oitava em número de leitos. Essa situação demonstra que o Recife prioriza o atendimento médico de urgência, a internação e, em Curitiba há um predomínio de consultórios privados (o atendimento ambulatorial), e menor incidência de leitos. Em todas as capitais prevalece à quantidade maior de leitos públicos, inclusive onde predominam a incidência de estabelecimentos privados de saúde.

A seguir, fundamentados nos dados acima e em outras informações, enumera-se as principais características e problemas vivenciados pelo setor.

- a) A grande maioria dos estabelecimentos privados de saúde possivelmente possui baixo custo de manutenção, não exigindo grandes investimentos (no caso, os consultórios). O sistema privado prioriza, no caso, a consulta, e não a internação, e alguns exames de baixa complexidade e custo.
- b) O predomínio de leitos públicos em relação à quantidade de privados nas capitais é um sinal de que é o setor público (o SUS) que arca com o maior custo¹¹⁶. Além de atender a população carente que não possui acesso ao sistema privado, ainda atende a demanda do próprio sistema privado. Esta situação vem ocasionando uma escassez constante de leitos, crise no atendimento, falta de vagas, etc.

¹¹⁶ Segundo dados da Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária, realizada pelo IBGE, em 2002, “O sistema público de atenção hospitalar - SUS - foi responsável, em 2002, por cerca de 70% das internações realizadas no país. Na região Nordeste as internações pelo sistema público correspondem a 82% As principais causas de internação no Brasil são as obstétricas, responsáveis, em 2004, por 23% do total de internações (principalmente partos normais e cesáreos), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,9% do total de internações), doenças do aparelho circulatório (10,5%) doenças do aparelho digestivo (8,4%), doenças infecciosas e parasitárias (8,4%) e doenças do aparelho geniturinário (6,7%). A maior parte das unidades hospitalares integrantes da rede SUS possui algum tipo de sistema computadorizado para sua gerência clínica e administrativa, utilizando-os de maneiras distintas segundo suas especialidades e nível de complexidade” (OPAS, 2005:22).

- c) O sistema público, ao optar pelo processo de descentralização espacial do sistema de saúde, também faz a opção pela não ampliação e até desativação de leitos hospitalares, desvalorizando a posição do hospital na rede, ao invés de integrá-lo mais intensivamente.
- d) Nas grandes cidades do país, a crise no sistema público é mais evidente, pois a grande concentração populacional, somada aos baixos investimentos dos municípios do interior no atendimento hospitalar, contribui para o agravamento do problema. Como exemplo, temos o Recife, responsável por 30,64% do total de estabelecimentos de saúde públicos e 66,72% dos leitos públicos da sua Região Metropolitana, o equivalente a 33,97% do total geral de leitos do SUS do Estado de Pernambuco. Essa grande concentração sobrecarrega todo o sistema público de hospitais da capital, pois tem que atender a demanda local, dos demais municípios da Região Metropolitana e, também, do interior e, até, de outros estados próximos como Paraíba e Alagoas.
- e) Essa sobrecarga incentivou a população de poder aquisitivo mais elevado, a procurar a rede privada de saúde. Em outras palavras, a crise do sistema público alimenta o crescimento do sistema privado. Para atender esta demanda, o sistema privado passa, então, a investir na construção de hospitais de fácil acesso a esta população, o que atrai ao seu entorno, uma série de serviços complementares (tais como consultórios isolados, serviços de manutenção de aparelhos médicos, clínicas privadas, escritórios, etc.). Tal dinâmica, fez modificar o perfil urbano de ocupação e uso do solo em alguns bairros e, consequentemente, promovendo a valorização imobiliária dessas áreas.
- f) As dificuldades de ressarcimento ao SUS de atendimentos realizados aos segurados de planos de saúde também contribuem para agravar o problema. No período de 2001-2004, segundo dados da ANS (ANS, 2005), foi restituído ao SUS apenas R\$ 22.932.393,00, o equivalente a 20,7% do total geral devido pelas operadoras privadas ao SUS pelo atendimento aos seus usuários. O baixo índice de ressarcimento ao Sistema público é resultado de constantes ações judiciais e liminares a

favor dos planos privados de saúde.

Frente a essas características e problemas torna-se necessária uma análise mais acurada do sistema público de saúde e a sua configuração espacial na área da Região Metropolitana do Recife. Os estudos aqui realizados direcionam-se prioritariamente àqueles estabelecimentos conveniados ao SUS, que prestam serviços de atendimento geral à população.

Conforme visto, a RMR possui graves problemas sociais, tais como grande percentual de pobreza, o que acarreta uma precarização das condições de vida da população metropolitana, e se traduz numa maior demanda por políticas públicas, incluindo aí, o atendimento à saúde.

Os dados (2007) da tabela abaixo (Tabela 13) reforçam a ideia de que há certa desconcentração da rede pública no que se refere à distribuição de estabelecimentos pelos municípios que compõem a Região Metropolitana do Recife (RMR). O Recife detém apenas 29,74% do total geral da sua Região.

Tabela 13 – Região Metropolitana do Recife: Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Por Município, e de Acordo com a Esfera de Governo, 2007

Município	Esfera de Governo			Total SUS (A+B+C)	Participação da rede do SUS local sobre o Total da RMR (em %)
	Federal (A)	Estadual (B)	Municipal (C)		
Abreu e Lima	0	1	36	37	5,40
Araçoiaba	0	0	11	11	1,60
Cabo de Santo Agostinho	0	0	56	56	8,16
Camaragibe	0	1	46	47	6,85
Igarassu	0	2	32	34	4,69
Ipojuca	0	0	16	16	2,33
Itamaracá	0	1	5	6	0,87
Itapissuma	0	0	10	10	1,46
Jaboatão dos Guararapes	1	1	97	99	14,43
Moreno	0	0	19	19	2,77
Olinda	0	1	53	54	7,87
Paulista	0	1	65	66	9,82
Recife	3	19	182	204	29,74
São Lourenço da Mata	0	1	26	27	3,94
Total	4	28	654	686	100,00

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>, acessado em 25/02/2007).

Quando comparadas às outras regiões metropolitanas nordestinas, o Recife possui uma distribuição mais equilibrada. Na Região Metropolitana de Fortaleza, num total de 433 estabelecimentos do SUS, 42,26% destes estabelecimentos estão situados no município central (no caso, Fortaleza). Em Salvador, esta concentração chega 49,14% do total geral dos 350 estabelecimentos públicos de sua Região

Metropolitana. Dentre as regiões metropolitanas analisadas, a do Recife é a que possui a maior desconcentração de estabelecimentos públicos (Tabela 14).

Tabela 14 – Regiões Metropolitanas de Recife, Fortaleza e Salvador: Percentual de Participação sobre o Total Geral da População e dos Estabelecimentos de Saúde do SUS do Município Principal da RM Sobre o Total Geral da RM, 2005

Região Metropolitana	Participação da População do Município-sede sobre o total geral da RM (em %) (31.12.2005)	Participação do número total de estabelecimentos de saúde do SUS do município-sede sobre o total geral de sua RM (em %)
Salvador	83,33	49,14
Fortaleza	71,33	42,26
Recife	41,70	30,64

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (<http://www.cnes.datasus.gov.br>, acessado em 10/02/2006)

Na Tabela 14, relacionamos os dados de distribuição de estabelecimentos do SUS situados nas Regiões Metropolitanas de Salvador, Fortaleza e Recife com a sua distribuição populacional, e constatamos que ocorre um elevado percentual de concentração da população da Região Metropolitana no município principal. Esta concentração populacional foi superior a quantidade de estabelecimentos do SUS disponíveis para o atendimento nessas cidades. Na Região Metropolitana do Recife, o seu município principal (no caso, o Recife) concentrava 41,70% do total de sua população, e possuía 30,64% dos estabelecimentos de saúde. Enquanto isso, o município de Salvador concentrava 83,33% da população da sua RM, mas possuía apenas 49,14% dos seus estabelecimentos de saúde.

Tal situação possibilita afirmar que o risco de colapso no sistema de saúde é mais evidente na medida em que ocorre uma maior concentração de estabelecimentos de saúde no município principal da região. O alto percentual de concentração de equipamentos de saúde estimula os municípios menores circunvizinhos a encaminharem seus pacientes ao município-núcleo da RM, desestimulando o atendimento de urgência. Em outras palavras, quanto maior a concentração de equipamentos de saúde, maior o risco de colapso no sistema de saúde local, o que pode ser comprovado através de constantes manchetes na imprensa local¹¹⁷.

¹¹⁷ BRASIL, AGÊNCIA. Para aliviar crise em Pernambuco, hospitais da Paraíba e do Ceará receberão pacientes do estado. 02 ago. 2007, às 11:10 hs. Fortaleza: DIÁRIO DO NORDESTE. Crise na Saúde Pública: Ações judiciais não são cumpridas pelo poder público. 10 Nov. 2007.

Outro indicador importante é a evolução da despesa por habitante em saúde nos municípios da RMR. Há uma grande disparidade entre os municípios. De acordo com os dados fornecidos pelo DATASUS (Tabela 15), os municípios que mais investem em saúde não são necessariamente os que possuem a maior arrecadação e/ou maior população.

Tabela 15 – Região Metropolitana do Recife: Evolução da Despesa de Saúde Por Habitante/Ano Com Recursos Próprios (RP) e Totais de Saúde (RT) dos Municípios da RMR e do Estado de Pernambuco (em R\$, a preços constantes, Período 2000-2008 com Lacunas)

Município	Anos									
	2000		2002		2004		2006		2008	
	RP	RT	RP	RT	RP	RT	RP	RT	RP	RT
Abreu e Lima	10,08	32,64	21,94	54,89	56,38	92,90	82,51	128,11	112,74	178,01
Araçoiaba	22,50	48,71	44,01	74,72	49,37	87,70	97,09	160,84	145,86	243,08
Cabo de Santo Agostinho	33,90	90,70	60,55	125,22	78,99	158,32	167,70	251,21	235,98	350,00
Camaragibe	26,36	180,68	47,82	214,95	53,86	255,37	50,85	260,56	96,46	338,15
Igarassu	15,65	45,72	32,97	73,30	51,56	103,47	73,89	143,56	106,90	197,41
Ipojuca	61,46	91,13	136,34	167,89	113,73	176,42	395,49	436,35	569,05	674,02
Itamaracá	15,12	56,68	43,80	95,79	36,56	84,98	83,13	132,40	105,95	179,89
Itapissuma	56,17	89,49	104,74	135,04	143,00	185,96	176,04	238,95	ND	ND
Jaboatão dos Guararapes	20,97	36,50	18,52	38,52	26,94	50,17	53,76	103,03	61,90	131,48
Moreno	17,96	58,89	31,64	90,53	34,39	112,12	51,26	136,74	81,12	232,04
Olinda	10,72	58,47	27,65	74,66	51,27	116,20	55,34	117,85	67,07	155,44
Paulista	13,33	31,85	23,35	62,29	32,52	79,62	46,15	114,30	51,83	134,43
Recife	20,86	71,89	47,75	106,80	91,97	164,79	114,57	215,59	148,75	251,95
São Lourenço da Mata	3,53	33,44	35,30	68,55	26,87	79,09	60,32	107,86	120,18	166,31
RMR	23,47	66,19	48,31	98,78	60,52	124,79	107,72	181,95	146,44**	248,63**
PE	ND	ND	50,27	80,42	52,22	100,87	101,76	175,44	141,52	243,22

Fonte dos Dados: <http://www.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicPE.def>. Tabela Elaborada pelo Autor.

Obs.: ND – Não Disponível. (**) Exclusive Itapissuma

Pela Tabela 15, o município que mais investiu em saúde por habitante na RMR, em 2008, é Ipojuca seguido de Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Recife no que se refere a recursos totais; e Ipojuca seguidos de Cabo de Santo Agostinho, Recife e Araçoiaba no que diz à respeito em recursos próprios. Já os investimentos do Governo do Estado em saúde não ultrapassaram os R\$ 243,22 habitante/ano bem abaixo da média municipal metropolitana de R\$ 248,63.

Inclusive, em vários municípios do estado, ocorreu um maior investimento de saúde por habitante, como foi o caso de Ipojuca. O seu gasto total aumentou por habitante de R\$ 91,13 em 2000, para R\$ 674,02 em 2008, mas sendo basicamente em atendimento preventivo¹¹⁸, sendo o único da RMR que estava acima da média

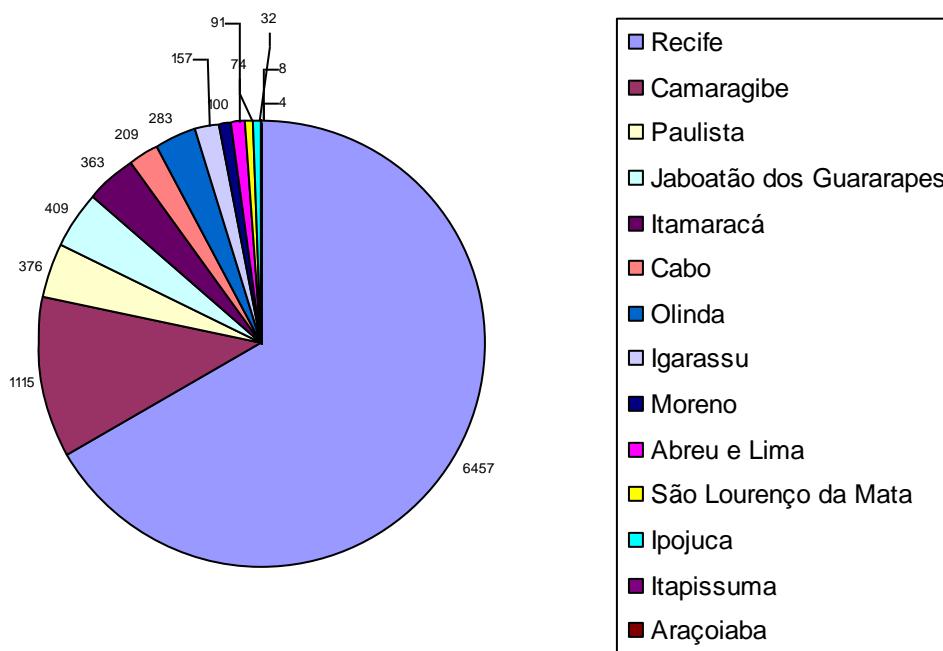
¹¹⁸ Apesar de nos últimos anos ter havido um esforço considerável para um aumento no investimento em saúde, no período compreendido entre 2002-2007, o orçamento nacional para o Sistema Único de Saúde (SUS),

nacional de gasto de saúde que era R\$ 449,93 em 2006.

Tal situação permite afirmar que o governo do estado não investe o suficiente para suprir às necessidades do atendimento de urgência em seus hospitais, enquanto que nos municípios existe uma política dominante de investimento em atividades primárias de saúde e saúde preventiva. Os órgãos competentes desses municípios não administravam unidades de emergência e nem investiam em tal tipo de atendimento, deixando esta tarefa aos hospitais estaduais que, por sua vez, ficam sobrecarregados. Além da população local, ainda atendem a população de outros municípios que seguiam a mesma política.

Nesse contexto, o Recife se tornou “a grande emergência da RMR”. Apesar de uma distribuição equitativa de leitos públicos da RMR em relação ao Estado (50,95% do total estadual de leitos, para 52% da população), há uma grande disparidade no que diz a própria RMR, onde o Recife, sozinho, detém 66,72% de todos os leitos da RMR, como se pode visualizar no gráfico abaixo.

Gráfico 4 – Região Metropolitana do Recife: Distribuição dos Leitos Hospitalares do SUS nos Municípios



Fonte dos Dados: MS/Datasus

programas e investimentos na área de saúde cresceu R\$ 14 bilhões: de R\$ 22,5 bilhões, em 2002, para R\$ 36 bilhões. Ainda assim, é pouco, na comparação com outros países. O Brasil ainda sim, gasta anualmente com saúde, por habitante, metade do que a Argentina (Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL91704-5598,00-SAUDE+INVESTIMENTO+CRESCEU+R+BILHOES+EM+QUATRO+ANOS.html>). Acesso em 20 ago. 2009.

Essa extrema concentração de leitos no Recife seria muito maior que a necessária frente aos serviços de mais alta especialização, obrigando a população de outros municípios da Metrópole recifense e do Estado a realizar constantes deslocamentos em busca de atendimento na capital pernambucana. Ao mesmo tempo, desobriga os municípios dos pacientes de origem a investirem no atendimento médico. Esta é a prática que alguns especialistas chamam de *Ambulancioterapia*.

Vale salientar que os leitos disponíveis no Recife são leitos de hospitais federais e estaduais. No caso, a gestão municipal não participa diretamente do atendimento de emergência o que contribui para uma piora do atendimento.

Tal prática seria consequência do processo de gestão incipiente do sistema realizado pela maioria dos municípios do Brasil, além de algumas questões relativas ao processo de descentralização não-solucionadas da seguridade social conforme afirma Melo *et alii* (1995):

- 1 – Perda de qualidade do gasto social em virtude da descentralização;
- 2 – Ambiguidades na definição de atribuições da seguridade social por nível de governo;
- 3 – Dificuldades de compatibilização entre a estrutura federativa existente e a transferência imediata de recursos para municípios.

No caso de Pernambuco, seriam apenas 26 municípios, de um total de 184, possuem gestão plena do sistema. As normas de criação e gerenciamento do SUS preconizam a municipalização da saúde, como forma de melhoria no atendimento médico do sistema público.

A descentralização da saúde no Brasil está fundamentada no Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988. Para Negri & Costa (2003:237) “fue un momento inaugural de la orientación descentralizadora para el sector salud y simultáneamente representó una alternativa aceptable para la reversión de la baja calidad de la gestión pública en el área social; para la redefinición de las prioridades de las acciones estatales destinadas a la atención de las necesidades de la población; y para la ampliación de la autonomía de gestión de las autoridades públicas locales”.

A constituição das regras de funcionamento do SUS compõe o foco central da capacidade de administração do sistema como um todo. Segundo Hufty *et all* (2006:40), as normas podem ser classificadas de três tipos:

- a) as meta-normas se referem a premissas ou princípios que orientam o contrato social em seu sentido mais amplo, definindo critérios e valores estruturais. Seria o caso da Constituição de 1988, que definiu o critério de universalização do SUS.
- b) as normas constitutivas, que são aquelas que definem os mecanismos organizativos e institucionais relacionados com o funcionamento setorial do objeto. Tem-se aqui a função das Leis Orgânicas do SUS (Lei 8080/1990)
- c) e por fim, as normas regulativas que são aquelas que definem as regras de conduta, sob a ótica da sociedade, e as funções de cada nível governamental, o que cada um deve fazer. A NOB 01/96 seria um desses exemplos.

Nesses termos, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) estabelece as condições necessárias para a gestão estadual e as responsabilidades dos municípios para a Gestão Plena¹¹⁹ e Gestão da Atenção Básica pelo Sistema Municipal. Segundo esta Norma, cabe as secretarias estaduais de saúde incentivar e assessorar os municípios no sentido de que se habilitem à gestão municipal. Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição de prestadores de serviços ao sistema, cabendo ao estado a sua gestão enquanto assim permanecer.

O processo de estruturação do SUS a partir da Constituição de 1988 foi inspirado na premissa de que o modelo de atenção deve organizar a prestação de serviços a partir da pessoa, de sua família e de seu entorno comunitário, isto é, a partir de uma base local (OPAS, 2004:72). Para a prestação de serviços, “a

¹¹⁹ Gestão Plena Municipal (GPM): Segundo o site da Fundação Nacional de Saúde (FNS), é a gestão de todo o sistema municipal, garantindo o atendimento em seu território para sua população e outras referenciadas pelos municípios vizinhos. São ações da Gestão Plena do Sistema Municipal:

- Ofertar os procedimentos assistenciais que compõem o PAB-A, a média e alta complexidade para a própria população e outras referenciadas pelos municípios vizinhos;
- Executar as ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária; e;
- Executar as ações básicas de epidemiologia, controle de doenças e ocorrências mórbidas.

participação de indivíduos, das famílias e das comunidades é considerada fundamental no planejamento e implantação dos programas de cuidados primários de saúde" (Chaves, 1982:40).

Para Melo *et all* (1995), a ideia de descentralização é parte do pensamento liberal, mas no campo econômico é assimilada com a de mercado. No caso do SUS, sob a ótica social-democrata, a descentralização teria o princípio de controle social e democratização da gestão local do sistema de saúde.

Segundo Chaves (1982:29), o sistema público de saúde seria resultado de um jogo de pressões: da sociedade, que demanda mais hospitais modernos e bem equipados, de grupos políticos que querem identificar-se com tais obras, do aparelho médico-industrial, que quer construí-las e equipá-las, dos profissionais que querem operá-las.

Já Travassos *et all* (2000:113) afirmam que o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. Está condicionado, também, por inúmeros outros fatores, interno e externo ao setor, relacionados tanto à forma como está estruturada a oferta de serviços, quanto às preferências e escolhas do usuário.

Tal série de conflitos de interesses existentes dentro do sistema produz resultados diferenciados quanto aos processos de integração e gestão. Segundo dados do Fundo Nacional de Saúde, dos 13 municípios da RMR, apenas sete conseguiram atingir a gestão plena municipal (Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Moreno, Recife, Paulista e Olinda), o que demonstra que existe uma série de dificuldades que retardam o processo de municipalização tais como precariedade de informações, insegurança quanto aos passos necessários e aos repasses de recursos do sistema, desinteresse dos administradores municipais, falta de apoio e de assessoria da Secretaria Estadual de Saúde, etc.

A não conclusão do processo de municipalização preserva um sistema de saúde de forma anacrônico e, também, contraditório aos interesses da coletividade e aos princípios de universalização e das boas práticas na área. O sistema tradicional de saúde – que a proposta do SUS busca modificar – tem como base os hospitais, que assumiram a posição central na prestação dos serviços de saúde. O hospital

segundo Braga & Paula (1986:87), no final da década de 1950, é visto como o local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços médicos e, portanto, viriam a ser à base do sistema.

No modelo tradicional, a função do hospital era atender, em um leito institucional, a pessoa doente, isto é, prestar um serviço eminentemente curativo (OPAS, 2005:76), sendo fundamentada no modelo do estado providencial, segundo no qual se deve aumentar a capacidade da rede hospitalar à medida que a população envelhece (Chaves, 1982:26). Este sistema visa à parte curativa, o que aumenta os custos, tornando-o caro e ineficiente, pois não consegue suprir a demanda e, ao mesmo tempo, remunera pela produção e não pela resolução dos problemas.

A proposta do SUS, ao contrário do sistema tradicional, defende justamente a integração da rede, com ações preventivas tais como uma rede ampla de postos de saúde que assume a responsabilidade pelo atendimento primário, diminuindo a demanda pelo atendimento hospitalar, de custo mais elevado.

Segundo análises da OPAS, o sistema de saúde encontra-se, em geral, muito fragmentado, o que repercute na efetividade e na equidade¹²⁰ do mesmo. Tal fragmentação é produto de uma pluralidade histórica mal articulada ou de políticas de descentralização que não têm podido transitar, adequadamente, do controle hierárquico à integração regulada.

Esta fragmentação do sistema torna-se um problema para uma efetiva implantação de um sistema único, equânime para todos. O desafio é a articulação das diferentes redes de serviços que compõem o sistema (públicos e privados, comunitários e descentralizados) e, consequentemente, a superação da gestão burocrática e hierárquica.

Um sistema de saúde eficiente tem que satisfazer às necessidades detectadas nas portas de entrada da rede. Para isso, torna-se fundamental que estas portas de entrada estejam próximas aos domicílios das pessoas. A satisfação de tais

¹²⁰ Para Uglert (1987:439), "a equidade é aqui definida como a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um. Apresenta-se como sinônimo de igualdade".

necessidades só será possível mediante às ações de autogestão clínica e capacidade para se adaptar continuamente as mudanças das demandas da rede como um todo.

Esta não-adaptação do sistema faz sobrekarregar os hospitais de grande porte dos municípios maiores. No caso da RMR, o município que possui uma maior rede pública (no caso, o Recife), além de suportar a sua própria demanda seria obrigado atender a demanda dos municípios vizinhos, o que faz ocorrer periodicamente crises no sistema, como a falta de leitos, mortes de pessoas a espera de atendimento, superlotação, etc.

As crises periódicas no processo de descentralização do sistema público de saúde, segundo estudos do Banco Mundial (World Bank apud Negri & Costa, 2003:328), são originadas de uma série de questões a serem solucionadas, tais como:

- I) A falta de capacidade dos governos municipais para administrar os serviços de saúde;
- II) O risco do uso das transferências do SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não sejam o da saúde;
- III) A “atomização” ou a “pulverização” dos serviços de saúde resultantes da tendência dos municípios quererem ter seu próprio hospital ou serviços;
- IV) A ausência de uma cultura de gestão voltada para a economia de escala ou a falta de utilização de um sistema de referência.
- V) As condutas oportunistas dos dirigentes públicos, devido à ausência de mecanismos de responsabilidade sobre suas decisões.
- VI) A falta de uma governança eficiente do sistema: a preocupação dos governos se concentra em atender apenas a demanda do sistema quando ocorrem crises de atendimento, ou seja, em apenas resolver a ponta do sistema, sem, contudo melhorar a sua eficiência na gestão.

Tais problemas de gerenciamento público do sistema, somados a má aplicação dos seus recursos e a falta de planejamento em longo prazo que poderia se antecipar aos problemas seria um dos inúmeros motivos que não permitem o sistema de atendimento médico local funcionar de forma satisfatória.

Ressaltamos que, somado a este quadro, os equipamentos de saúde, por serem de alta tecnologia, não permitem que haja peças de reposição em estoque e que sua manutenção é de custo elevado para os padrões locais. Quando tais equipamentos avariam, não ocorre à rápida reposição de peças, ficando paralisados por muito tempo e, muitas vezes, deixam definitivamente de funcionar. Isso sem contar os equipamentos que se depreciam pelo seu uso ou pela falta de mão-de-obra qualificada para sua operação.

Outro fator relevante é a capacidade pública de gerenciamento de recursos da saúde. As decisões de gasto em saúde são tomadas em uma perspectiva puramente burocrática, na ocasião de elaboração do orçamento, no qual a maioria das unidades de saúde não são “unidades orçamentárias”. Os seus orçamentos não refletem à realidade. Nos momentos de crescimento, os gastos excessivos são realizados por suplementação orçamentária. Nas ocasiões de crise, pelo desabastecimento de insumos e pela redução da própria capacidade de atendimento dos serviços de saúde.

Seria nesse ambiente que o sistema privado atua como forma de suprir parte das necessidades da população que possui um poder aquisitivo mais elevado, sendo obrigada a migrar devido à precariedade do atendimento na rede pública de saúde, consequência de uma crise de confiança em relação ao sistema público. Em outras palavras, a crise do sistema público aumenta a demanda pelo sistema privado, o que faz com que ocorram modificações espaciais, principalmente, em áreas circunvizinhas onde existam grandes unidades públicas de atendimento à saúde.

Dessa forma, é necessário analisar o processo de atuação da iniciativa privada de saúde na RMR, bem como sua configuração espacial que em grande parte compõem ao chamado “Polo Médico do Recife”.

3.4. A Atuação da Iniciativa Privada de Saúde na RMR

Para esta análise, consultamos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde do Brasil, que se encontra disponível na Internet, e que inclui todas as esferas administrativas, além da iniciativa privada.

O principal fator que desencadeou a expansão da demanda foi à formação do INPS em 1967. Os serviços de assistência médica e odontológica só eram garantidos aos beneficiários da previdência social e provisionados pelo Ministério da Previdência Social, que gerenciava recursos financeiros muito superiores aos da área de saúde pública, o que privilegiava a assistência médica curativa e os produtores privados de serviços de saúde (Barata et all, 2004:16).

Foi através deste processo, que o gasto privado em saúde começou a se expandir através das empresas de seguros médicos privados (NEPP, 2000:18), o que confirma a ideia que “a política adotada pelo INAMPS sempre foi a de prestigiar a rede privada, especialmente hospitais lucrativos, em detrimento da rede pública de hospitais além de alguns de caráter filantrópicos” (Rodrigues Filho, 1983:93).

Esta expansão continuou nos anos 1980 em consequência do agravamento da crise no sistema público de saúde, o que permitiu uma maior atuação do sistema privado, como salientado anteriormente. Tal ampliação foi respaldada mais tarde pela Constituição de 1988, e depois confirmada pela legislação que regulamentou o SUS, na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei nº. 8.080/90), e ratificou a participação da iniciativa privada no atendimento médico. Segundo esta Lei, no seu artigo 21, a saúde “é livre à iniciativa privada”. Apesar do seu crescimento nas últimas décadas, o Estado brasileiro se omitiu quanto à sua regulamentação, o que também contribuiu indiretamente para este crescimento.

Somente dez anos após a Constituição de 1988, através da Lei Federal nº. 9.656, de 3 de julho de 1998, foi que surgiu o ponto de partida à formação de um marco regulatório à saúde suplementar. Esta lei, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, definiu que as empresas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde se submetem às suas disposições, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

Este marco regulatório considera operadora toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça plano mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros. Ainda afirma que, para o cumprimento das obrigações

constantes do contrato, as operadoras de planos de assistência à saúde podem manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano.

Este período de pouca ou quase nenhuma regulamentação por parte do Estado foi consequência de uma visão fundamentada na autonomia do mercado como regulador e, que, predominou durante décadas no Brasil. Segundo este modelo, cabe esperar que sobreviva o mais eficiente possível e que aqueles estabelecimentos ineficientes e de má qualidade se vejam obrigados a fechar (OPAS, 2004:75). Em suas linhas essenciais, a assistência médica tornou-se um bem de consumo, como convém a sociedade de consumo (Chaves, 1982:25). No Brasil, esta possibilidade não seria conveniente, devido às suas peculiaridades geográficas e sociais, e que assumem contornos peculiares na RMR.

A omissão do Estado brasileiro durante décadas no processo de regulamentação do setor da saúde privada e as iniciativas de criação SUDS (que depois deu origem ao SUS) permitiram também, segundo Melo *et alii* (1995), a expansão dos planos privados de saúde, de forma a segmentar as clientelas do sistema público e privado, onde o primeiro estaria voltado para as classes de baixa renda.

Como salientado anteriormente, o processo expansão e concentração do setor privado de saúde são, também, consequências dos incentivos governamentais sejam eles via linhas de financiamento, como o FAS, e/ou através de bancos de desenvolvimento como o BNDES. Em outras palavras, o dinheiro público incentivaria o crescimento da iniciativa privada, enquanto haveria uma crise de financiamento no sistema público.

Esta crise foi uma das justificativas que fizeram o Ministro da Saúde Adib Jatene (no primeiro governo do Pres. Fernando Henrique Cardoso) propor a criação de um imposto exclusivo para financiamento da saúde pública (a CPMF) que, depois de institucionalizado, acabou tendo parte dos seus recursos desviados para outras finalidades além da saúde. Esta situação de descaso com a questão da saúde no Brasil deu margem à expansão da iniciativa privada.

No caso de Pernambuco, segundo dados do IBGE de 2003¹²¹, as famílias possuíam como sendo a terceira maior despesa familiar, os planos e seguros-saúde. Essa despesa representa 1,84% da renda total familiar, ficaria atrás apenas do Rio de Janeiro (1,92%) e Rio Grande do Norte (1,87%), e situando-se num patamar superior a média nacional (1,50%).

Considerando a população total, a taxa de cobertura dos planos e seguros-saúde, segundo os dados da ANS (de dezembro de 2005), era de 33,9% no Recife, e de 21,1% na Região Metropolitana. Levando em conta a população residente nas capitais do Nordeste, Recife seria a que possui a maior taxa de cobertura, mas a sua Região Metropolitana é a terceira colocada em relação à sua população. Enquanto Região Metropolitana de Fortaleza possui a maior taxa de cobertura (25,2%), seguida da Região Metropolitana de Salvador que possui 22,2% da sua população amparada pelos planos e seguros-saúde.

Sob o ponto de vista espacial, o município de Fortaleza concentra 96,99% dos estabelecimentos privados de saúde da sua Região Metropolitana, mas apenas 33,1% da população deste município, e 25,2% da população de sua Região Metropolitana possui cobertura dos planos de saúde. Em contrapartida, o Recife concentra 61,50% dos estabelecimentos de saúde privados de sua Região Metropolitana, possui a maior taxa de cobertura dentre as capitais nordestinas (de 33,9%), mas, apenas 22,2% da população metropolitana possuem a cobertura pelo sistema privado.

Essa situação revela um dado interessante: Recife é a capital do Nordeste com o maior percentual de taxa de cobertura de segurados de planos e seguros-saúde privados, sendo que a taxa de cobertura da sua região metropolitana é a terceira do Nordeste. Isso demonstra que grande parte dos usuários do seu sistema privado de saúde está concentrada na capital. Na Região Metropolitana de Fortaleza ocorre o contrário: grande parte dos usuários não está na capital, mas distribuídos nos outros municípios da Região Metropolitana.

Esta concentração espacial de usuários na RMR foi um incentivo à concentração de estabelecimentos privados de saúde no Recife em determinadas

¹²¹ Fonte dos dados: IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003.

áreas da cidade, principalmente próximos aos grandes equipamentos públicos de saúde e/ou próxima aos seus usuários. Tal dinâmica confirmaria a afirmativa que “a aglomeração de empresas e o aproveitamento das sinergias coletivas geradas por suas interações, e delas com o ambiente onde elas se localizam, vêm, de fato, fortalecendo suas chances de sobrevivência e crescimento, constituindo-se em importante fonte geradora de vantagens competitivas duradouras” (Lastres *et all*, 2002:62).

As “interações” existentes entre os sistemas público e privado de saúde foram o suporte principal à formação do PMR, e fundamentais à sua sobrevivência, especialmente numa região com graves problemas socioeconômicos como o Nordeste brasileiro, pois “os arranjos produtivos locais que reúnem empresas desse tipo são especialmente importantes em regiões pouco desenvolvidas e de baixo nível de emprego” (Lastres *et all*, 2002:62).

A RMR, conforme visto anteriormente possui graves disparidades socioeconômicas, e que vão ser importantes na definição das demandas locais. Para Lastres *et all* (2002:64), as desigualdades, “nas condições de provisão, acesso e uso de novas tecnologias, sistemas e conteúdos podem até gerarem novas e mais complexas disparidades entre indivíduos, empresas e organizações, regiões, países e blocos”.

Isso não é diferente no caso dos sistemas de saúde. Os da América Latina, com diferentes bases, originaram-se a partir de pressões econômicas e demandas sociais e caracterizam-se por sua importante segmentação e fortes desigualdades quanto a sua cobertura e qualidade (OPAS, 2004:74).

Embora haja uma concentração de equipamentos de saúde no PMR, no caso do Recife, ocorre uma proliferação de consultórios médicos em áreas de grande fluxo, como corredores de ônibus e grandes avenidas. Esta pulverização espacial no atendimento, mesmo na rede privada, seria consequência da perda de importância do hospital como o centro de todo sistema (hospitalocêntrico).

Para a rede privada, tal sistema seria um sistema caro e ineficiente, já que com a evolução da tecnologia médica, não haveria necessidade de concentração de equipamentos médicos em um local, que é, muitas vezes, de custo de manutenção

alto e, também, de recursos humanos especializados, e que poderiam ser deslocados para outras formas de atendimento de menor custo, como hospital-dia, atendimento em residência, etc. Esta pulverização espacial, segundo Tamez et all (1995:585) seria “ejemplo de racionalización organizativa, la necesidad de incentivar la atención ambulatoria como alternativa a la hospitalización, así como la importancia de incentivar esquemas de atención supervisada en el hogar y la comunidad, lo que significa abaratir los costos de atención por hospitalización”.

Mas, tal estratégia seria mais utilizada pela iniciativa privada, que a visualiza como uma oportunidade de redução de custos e maximização dos lucros. Tal situação é corroborada também por Fernandes & Lima (2004:16), que considera a pulverização como parte de uma estratégia mais ampla, de redução de riscos financeiros, pois o setor age com “maior cautela na realização de investimentos, em vista do atual excesso de capacidade, descentralização das unidades em direção de outros bairros, inclusive para *shopping centers*, para atender melhor os habitantes mais distantes da Ilha do Leite”. Diversos consultórios médicos localizam-se nos Shoppings Recife, Boa Vista e Guararapes, sendo extensão de unidades existentes na Ilha do Leite, como o Hospital de Olhos de Pernambuco (o *Hope*).

Apesar do declínio da importância do hospital no sistema, no Brasil, esta mudança ainda não ocorreu completamente. Segundo dados do Banco Mundial, mais de 30% das internações que ocorrem no Brasil, são desnecessárias, o que seria desperdício de aproximadamente R\$ 10 bilhões anuais, e 67% de todo orçamento de saúde ainda são gastos com internações, enquanto a média de países da OCDE seria de 55% (Banco Mundial, 2008).

A concentração de consultórios ocorre em áreas de grande fluxo e de fácil acesso às populações com maior poder aquisitivo. Mas, também ocorrem próximas aos grandes hospitais públicos e privados, pois muitos profissionais possuem duplo vínculo empregatício: trabalham no setor público e privado.

Evidente que esse processo não ocorre de forma espontânea, mas obedece às leis de mercado: uma grande demanda por serviços de saúde, sem um atendimento público de qualidade, incentiva o surgimento da iniciativa privada como forma de suprir a carência de serviços. Como afirma a OPAS (2004:71), “observa-se uma

tendência a deixar que seja a demanda que determine a organização de serviços, a introdução de mecanismos de mercado, como a competência, e a que o dinheiro acompanhe o paciente”.

Em todas as grandes capitais brasileiras, prevalece no sistema privado, na figura do consultório médico simples. A grande parte do sistema médico da rede de saúde privada buscaria baixo custo de atendimento, sem internações (o que oneraria o sistema como um todo). O objetivo é o maior lucro possível com o menor custo de atendimento. Esta situação de proliferação de consultórios privados isolados seria consequência ainda de outros três graves problemas:

- i) A falta de médicos suficientes para o atendimento público devido aos seus baixos salários e as péssimas condições de trabalho, o que provoca constantes filas, demora no atendimento, etc.
- ii) A maioria dos consultórios não aceita o convênio do SUS devido à sua baixa remuneração pela consulta, o que faz o sistema privado se interessar em atender pacientes com maior poder aquisitivo (particulares), e aqueles vinculados à saúde suplementar (planos e seguros de saúde).
- iii) O alto custo de manutenção do sistema, em decorrência do aumento da complexidade das equipes médicas e dos custos operacionais, mas sem um aumento correspondente da eficácia do sistema, fazendo com que o profissional de saúde faça a opção por pequenas unidades de atendimento.

A importância estratégica de algumas unidades públicas e a situação espacial privilegiada em relação às principais vias urbanas são aspectos que devem ser levados em conta na análise da transformação do espaço urbano, o que torna importante algumas considerações sobre a saúde e a urbanização, bem como, as modificações espaciais existentes desta relação.

Capítulo IV:

AS MODIFICAÇÕES ESPACIAIS NO POLO MÉDICO DO RECIFE

Este capítulo tem como objetivo analisar as modificações espaciais ocorridas na área que hoje corresponde ao Polo Médico do Recife compreendendo o período que se inicia no século XVII até o final do século XX. Para sua realização, além de uma intensa pesquisa bibliográfica, foi realizada também uma busca por fontes iconográficas, além de mapas dos séculos XIX e XX, depositados no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE), Biblioteca do Real Hospital Português (RHP), na Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ), consultas ao acervo disponível no sítio eletrônico da Biblioteca Nacional da França (BNF) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde do Brasil.

Para melhor entendimento, este capítulo foi subdividido em duas partes:

- a) A primeira parte aborda as Iniciativas Públcas e Privadas no Processo Histórico de Formação e Estruturação do PMR – no período compreendido desde o Século XVII a meados dos Anos 1960, onde verificamos os antecedentes da ocupação e posterior consolidação do PMR, indicando as principais modificações espaciais ocorridas neste período. e;
- b) E na segunda parte, onde verificamos os papéis das iniciativas públicas e privadas no processo recente da estruturação do PMR – desde os fins da década de 1960 ate os dias atuais. Nesta parte, iremos verificar o papel do estado tais como as iniciativas de ocupação e melhoria ao acesso local, impulsionaram a consolidação deste importante equipamento urbano, além de analisar como relação existente entre setores público e privado de saúde foram importantes neste processo.

4.1. Iniciativas Públcas e Privadas no Processo Histórico de Formação e Estruturação do PMR – Século XVII a meados dos Anos 1960

Antes da ocupação holandesa, o Recife desenvolvia-se lentamente. Até os primeiros anos do século XVII, era apenas um povoado onde cidadãos da aristocracia olindense com receio dos mangues e alagados passavam a contragosto: um vilarejo de marinheiros e habitantes ligados aos serviços do porto.

Neste período, o centro de governo da capitania de Pernambuco se encontrava em Olinda. Esta era a sede administrativa, política, fazendária, judiciária e militar,

além de sediar as atividades comerciais com Portugal, outros países europeus e demais capitarias do Brasil. Mas, com os holandeses, todas essas atividades transferiram-se para o Recife, onde foram significativamente ampliadas (Castro, 1992:266), e resultou na decadência da vila de Olinda, conforme texto do diplomata inglês James Henderson¹²², extraído de Souto Mayor & Silva (1992:110).

“A cidade de Olinda, que como observado constitui-se uma parte de Pernambuco, foi incendiada pelos holandeses em 1631, estando localizada numa bela posição sobre elevações, que são o início de uma pequena cordilheira, a qual se estende em direção ao interior do continente. Era antigamente, rica, florescente e populosa e foi elevada à cidade episcopal no ano de 1776, mas continuou em decadência, sendo hoje pobre e pouco habitada, pertencendo à vizinhança da vila do Recife, que destitui-a de todo o seu comércio”.

A ampliação das atividades econômicas e governamentais do Recife durante o período holandês se deu através de aterros de muitos terrenos baixos e pantanosos o que contribuiu para o seu incremento populacional. Além disso, as necessidades administrativas, militares e comerciais impulsionaram a imigração à cidade de um significativo número de holandeses, alemães, franceses, ingleses, escoceses, dinamarqueses, etc., a serviço da Companhia das Índias Ocidentais (WIC) ou sob sua jurisdição (Castro, 1992:266).

Esta imigração não se limitou apenas aos homens livres, mas se estendeu aos escravos. Além dos holandeses dominarem este comércio, a grande parte da mão de obra das lavouras locais de cana-de-açúcar era de braços cativos. Mesmo após a ocupação flamenga, tal movimento de escravos não cessou, e contribuiu para o aumento da insalubridade na cidade de acordo com um texto do século XVII, de autoria de Manuel dos Santos, e transcrito por Souto Mayor & Silva (1992:61);

“Bem é verdade que, desde o ano de 1715 até o presente, tem declinado muito este temperamento, com a multidão de escravos da Guiné, Mina e Angola, que continuamente entram neste porto e dele se distribuem para engenhos, serviços das casas e por negócio para as minas do Rio de Janeiro; como embarcações, que os trazem, raríssimas vezes chegam sem achaques contagiosos, a que são sujeitos os climas daquelas terras, *verbi gratia*, escobertos, *id est*, mal de Luanda, caquexias, sarnas, morfélia, diarréias, disenteria, hidropesias, oftalmias e outros semelhantes et

¹²² Diplomata inglês (1783-1848). Esteve no Brasil de 1819 a 1821, servindo nas representações do

coetera; não é de admirar terem participado os seus ares muita parte da tal infecção, mas não tanta, que se não considere sempre serem mais salutíferos que os restante deste Brasil; assim eles não foram tão provocativos de repetidos defluxos”.

Foi a partir do crescimento do comércio que se deu a ocupação do atual bairro dos Coelhos, que durante a ocupação flamenga era conhecida como *Cemitério dos Judeus*¹²³, pois ali eram realizados os sepultamentos dos judeus (Vainsencher, 2007).

A partir daí, com a crescente importância econômica da cidade, ocorreu um aumento expressivo de sua população. Um recenseamento realizado em 1645 revelou que a população do Recife era de 8.000 habitantes. Mesmo após a expulsão dos holandeses, este crescimento se manteve, com a sua população indo a 18.000 em 1792, depois a 25.000, em 1808 e alcançando os 70.000 habitantes em 1850. A população pobre que chegava ao Recife foi responsável pela edificação dos primeiros mocambos. De acordo com relato da época, a área urbanizada do Recife era concentrada em três bairros: Boa Vista, Santo Antônio e a Ilha do Recife conforme Treuttel et Würtz (1833-1844:423):

Aujourd'hui cette ville, considérablement agrandie, se nomme Pernambuco ou San-Antonio-do-Recife, et se divise en trois parties: 1° la presqu'île du Recife ou le Port, qui est la partie la plus ancienne et la plus vivante; 2° file de San-Antonio, siège du gouvernement, mieux bâtie que le Recife, et qui possède de fort belles églises, un marché, un théâtre, etc.; 3° Bou Yista, qui est le quartier moderne, la résidence de

seu país no Rio de Janeiro e em Pernambuco.

¹²³ Segundo Vainsencher, uma ata datada de 1876, do Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico Pernambucano, sugeriu a necessidade de se empreender um estudo mais profundo, visando à localização do primeiro cemitério judeu das Américas. Este cemitério estava assinalado em mapas do período da colonização batava. O historiador Gonsalves de Mello, baseando-se nesses mapas, registrou que o cemitério se localizava em uma região chamada Sítio dos Coelhos, e que fora cercado por uma paliçada protetora, derrubada por volta de 1641, pelo governo holandês (Fonte: <http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newsstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=300&textCode=7996&date=currentDate>). Segundo registrou o autor, no referido local fora levantado um pequeno posto militar, pois “por ordem do Conde de Nassau, foi construída em 1641 uma casa para abrigar uma pequena guarnição militar de seis soldados, com um funcionário encarregado de inspecionar os barcos que passavam pelo rio, a fim de coibir contrabando” (Fonte: http://www.continentemulticultural.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=68). Outros, como Ribemboim, concluiu que os fundos da instituição religiosa Dispensário Santo Antônio deveriam ser objeto de prospecções arqueológicas. Esse Dispensário está localizado na Rua de São Gonçalo, número 109-A, no bairro dos Coelhos, e funciona como uma entidade religiosa coordenada pelas Irmãs de Caridade Filhas de Maria. Uma parte da área dos fundos do Dispensário, que foi cedida à Congregação de Nossa Senhora da Glória, teria sido utilizada, ainda, como parte do cemitério. Além desses, dever-se considerar, também, a área dos fundos da empresa Armazém de Madeiras de Amadeu Barbosa. Desse modo, Ribemboim delimitou três retângulos, onde deveriam ser processadas as investigações. Observa-se uma Estrela de Davi - o símbolo

l'archevêque, et dont les rues sont tracées au cordeau. Ces trois parties qui forment pour ainsi dire trois villes distinctes, renferment ensemble une population estimée à près de 60,000 hab., et communiquent entre elles par deux ponts.

Este crescimento populacional se refletia na ampliação da área edificada, principalmente próximo ao bairro da Boa Vista. Isso aconteceu a partir de aterros, conforme preconiza o historiador Gonsalves de Mello (Mello, 1992:267):

“Com a expansão da população nos começos do século XVIII, iniciou-se a ocupação da área da Boa Vista, com as obras do Aterro que veio a ser depois a Rua da Imperatriz. Ficava assim incorporado ao perímetro urbano mais um bairro recifense, e o Recife se apresenta desde então com sua fisionomia atual. Com exclusão, é claro, dos enormes aterros que foram sendo realizados ao longo dos tempos, alguns dos quais deram origem a trechos bem característicos da nossa cidade: todo o espaço entre a Rua do Bom Jesus e o Cais do Apolo, todo o terreno entre a Rua das Florentinas e a Rua do Sol, toda a Rua da Aurora e daí para trás até a Rua do Hospício, etc. ...”

A partir da segunda metade do século XVIII, o processo de urbanização da cidade se alastrou, e alcançou a parte continental, não se restringindo apenas as suas ilhas. Conforme Mello (1992:196), este processo se justificava pela necessidade da população buscar de uma maior salubridade, que a vila lhe negava. Não sem razão, foi fundado o Arraial Poço da Panela, em 1758, onde foi edificada a capela dedicada a Nossa Senhora da Saúde. Os “romeiros da saúde” para ali viajavam buscando uma melhoria de suas condições de saúde.

A expansão urbana também atingiu o sul do bairro da Boa Vista, significando o aumento de interesse pela ocupação da área do atual PMR. Após a saída dos holandeses, a área do *Cemitério dos Judeus* foi doada a Henrique Dias, como recompensa pela expulsão dos batavos, terras que englobam o campo santo. Mais tarde, foi adquirida pela família dos Coelhos Cintra, dando origem ao nome atual do bairro. Em 13 de agosto de 1824, parte daquelas terras foi vendida por Elias Coelho ao governo provincial, servindo de local para um matadouro e currais de gado. Lá foram estabelecidos, inclusive, um curtume e uma fábrica de atanados.

Conforme foi relatado anteriormente, o Hospital D. Pedro II originou-se do Hospital dos Pobres da Ribeira (1802), que se transferiu e mudou de nome diversas

judaico - no frontal da entrada daquele Dispensário, mas ninguém ainda soube explicar o porquê da presença deste símbolo (Ribemboim; Menezes, 2005).

vezes, até que sua construção definitiva foi estabelecida por uma lei provincial em 13 de outubro de 1831. Essa lei determinava a fundação, nos Coelhos, de um hospital de caridade com o nome de *São Pedro de Alcântara*¹²⁴. Mas, somente em 14 de março de 1846, o hospital foi transferido, de forma provisória, para a antiga casa dos proprietários do *Sítio dos Coelhos*, caracterizado pelas suas grandes dimensões e seus dois pavimentos, além de fachada e fundo bem largos. Permaneceu ali até 16 de março de 1861 até ser transferido para o atual endereço, sob a administração da Santa Casa de Misericórdia do Recife.

A transferência do Hospital dos Pobres da Ribeira para a antiga casa dos proprietários do Sítio dos Coelhos não foi apenas pelas características acima mencionadas, mas também, devido a sua posição geográfica. Esse Sítio localizava-se próximo a passagem fluvial de mesmo nome, mais ao sul da freguesia da Boa Vista. Era um trecho de travessia fluvial, onde se concentravam embarcações de pequeno porte, geralmente, canoas e pequenas barcaças. Aquela passagem articulava-se a passagem do Beberibe, antigo trecho fluvial que se atravessava para a península (Milfont, 2005:95) e dali se podia alcançar a Vila de Olinda.

Em 25 de março de 1847, o governo provincial adquiriu o restante da área, incluindo um terreno pertencente a João José dos Anjos Pereira e Elias Coelho Cintra. Nas suas imediações construiu um prédio para a sede definitiva do hospital, sendo chamado de *Hospital Pedro II* (Fotografia 9). No seu vestíbulo encontram-se duas lápides:

Hospital Pedro II. Creado pela lei provincial de 17 de novembro de 1846. Collocou-se a primeira pedra sob a presidência do exmo. sr. conselheiro d. ANTONIO PINTO CHICHORRO DA GAMA, em 25 de março de 1847.

¹²⁴ O nome de São Pedro de Alcântara (nome verdadeiro: Juan de Garabito y Vilela de Sanabria), nasceu seio de uma família nobre em Alcântara (Espanha) em 1499; e faleceu a 18 de outubro de 1562. Estudou Direito na Universidade de Salamanca, mas abandonou os estudos e tomou uma vida religiosa em 1515 no convento de San Francisco de los Majarretes, perto de Valência de Alcântara, onde toma o nome de frade Pedro de Alcântara. Viajou até Portugal para reformar uma das Províncias Franciscanas da altura. Estabeleceu-se na Serra da Arrábida, no século XVI, sendo bastante apreciado pelo rei D. João III. Fundou uma série de mosteiros para os chamados Arrábidos (ou Capuchos, espalhados pelo país). Escreveu toda a regra da comunidade em Azeitão. Mais tarde, foram os Arrábidos que foram colocados no Convento de Mafra por D. João V. Acabaram por ser expulsos quando da implantação do Liberalismo e foram reintegrados na Ordem Franciscana. Escreveu o "Tratado da Oração e Meditação". Foi beatificado pelo papa Gregório XV em 1622 e canonizado por Clemente IX em 1669. Era o Santo devoto da Família Real Portuguesa e da Casa Imperial do Brasil, e em 1826, foi nomeado patrono do Brasil, e em 1962 (o quarto centenário de sua morte), da Província espanhola de Extremadura.

Santa Casa de Misericórdia do Recife. Autorizada pela lei provincial de 12 de junho de 1838. Inaugurada em 29 de julho de 1860 pelo zelo infatigável do dr. Ambrozio Leitão da Cunha, presidente de Pernambuco. Aberta como azilo ao infortúnio pelos esforços e piedade do mesmo presidente. Aos 10 de março de 1861.



Figura 9 – O Hospital D. Pedro II, em 1909

Fonte: APE JE

O *Hospital D. Pedro II* foi projetado pelo eng. João Mamede Ferreira e construído obedecendo aos padrões da moderna organização hospitalar da época e inspirado no *Lariboisiere*¹²⁵ (Paris), considerado o melhor do gênero (Figuras 10 e 11).

¹²⁵ O Hospital Laborisière foi a inspiração de Mamede Ferreira ao projetar o D. Pedro II que tivera na *École des Ponts et Chaussés*, em Paris. O hospital francês foi projetado por Martin-Pierre Gauthier em 1839, com capacidade para 905 leitos dispostos em pavilhões com 32 leitos, e sua construção se iniciou em 1846.



Figura 10 – Hospital Lariboisière. Paris, 2009

Fonte: <http://wikimapia.org/1437887/Lariboisière-Hospital>



Figura 11 – Hospital Lariboisière. Paris, 1911

Fonte:
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b6917672v.r=Lariboisi%C3%A8re.langEN>

Além de sua organização hospitalar, o Hospital D. Pedro II, se destacava também pelo ensino médico, com o funcionamento de um curso de obstetrícia. O Diário de Pernambuco, em 1898, publicava um anúncio para pessoas interessadas em frequentar as suas aulas:

“Previne-se as pessoas interessadas que a matrícula das aulas de obstetrícia acha-se aberta durante todo o mês de fevereiro, devendo as concorrentes dirigir os seus requerimentos ao diretor do serviço sanitário, satisfazendo as seguintes cláusulas:

1 – Ser maior de 18 e menor de 40 anos

2 – Saber ler e escrever, ter noções do sistema métrico decimal e as quatro contas fundamentais da aritmética

3 – Ter boa conduta civil e moral e não sofrer moléstias contagiosas”.

Já o Hospital Português, foi primeiramente instalado no bairro da Boa Vista devido à epidemia de cólera ocorrida no Recife em 1855, conforme transcrito do Diário de Pernambuco:

“Está situado na extremidade norte do bairro da Boa Vista, num amplo e isolado edifício cercado de grandes arvoredos, o que muito contribui para que esteja sempre circundado

de uma atmosfera fresca e tem na parte posterior um pequeno jardim, que pode servir para convalescença dos doentes. O pavimento térreo do lado da frente tem duas salas, em uma das quais estavam colocados oito leitos e em outra cinco; tem mais dois quartos grandes, em um estavam três leitos, e em outro quatro. No pavimento superior o edifício apresenta um grande salão na frente, com capacidade para dezesseis leitos e lateralmente dois lindos quartos espaçosos destinados para doentes particulares, em um dos quais achava-se a secretaria e ai se observava a planta do novo Hospital Português, cuja construção se projeta, guarda-roupa, etc e no outro uma máquina elétrica e quatro caixas com instrumentos cirúrgicos pelo diretor do Hospital, para nele servirem enquanto o estabelecimento os não tivesse seus. Os leitos preparados são em número de vinte, sendo de ferro; a cabeceira de cada um lia-se a seguinte legenda em letras douradas – H.P. – Hospital Português e cada leito se achava também munido de um pequeno trenó de ferro. No salão se achava preparado um modesto oratório, oferecido pela piedade evangélica dos bons padres Capuchinos.”

(Diário de Pernambuco, 26 de novembro de 1855)

Depois de atravessada esta epidemia, uma comissão formada pelo Gabinete Português de Leitura, iniciou a procura por uma área definitiva para o Hospital. Este deveria continuar sendo na área central da cidade, mas não foi possível devido a um parecer médico. Mello & Meneses (2006:41) revelam que “passada a epidemia de cólera que assolou o Recife entre os meses de fevereiro e abril de 1856, a comissão procurou um terreno para construir um Hospital definitivo. Para isso, foi adquirida uma propriedade nas proximidades do Cais da Casa de Detenção, mas a instalação de uma Companhia de Iluminação a Gás impediu a concretização do empreendimento naquela área, visto a inconveniência da vizinhança, segundo os pareceres médicos, oferecidos à Comissão”.

A escolha da área para instalação definitiva do Hospital Português estava relacionada à sua localização. Como era distante do centro comercial da cidade e contava com água corrente e limpa em abundância devido à proximidade do rio Capibaribe, seria ideal à cura de diversas doenças. Tal proposta é confirmada por Mello & Menezes (2006:41): “em outubro de 1857 resolve então examinar a possibilidade de adquirir uma propriedade chamada Sítio do Cajueiro, situada na Boa Vista, na chamada Passagem da Madalena”. Continua... “Esse Sítio era mencionado repetidamente nos jornais recifenses como um local especialmente aprazível às margens do Capibaribe onde se desfrutava de clima arejado, bons

banhos de rio, viveiros de peixes, fruteiras, etc.". No mapa abaixo (Menezes, 2006:84), de autoria de Conrado Jacob Niemeyer e seu sobrinho Pedro de Alcântara, e depositado no Arquivo Público Estadual, destacamos a localização do mencionado hospital.

Mapa 8 – Município do Recife: Área Central da Cidade e a Localização do Hospital Português (Séc. XIX)



Fonte Cartográfica: Mapa da Cidade do Recife, de Conrado Jacob de Niemeyer e Pedro de Alcântara in MELLO, & MENEZES. Pg.84. Biblioteca do RHP.

A aquisição do Sítio do Cajueiro para a construção definitiva do Hospital Português foi decidida em Assembleia Geral da Comissão Portuguesa de Beneficência em 1857. Esta decisão foi bastante elogiada na época, conforme editorial vinculado ao Diário de Pernambuco (Mello & Menezes, 2006):

“Não podia a direção do Hospital Português fazer coisa melhor do que estabelecer naquele sítio o seu hospital, porque é ali que se pode encontrar as melhores proporções para os doentes... visto como ali se encontra excelente edifício, ar puro, recreio e até mesmo banhos, enfim, uma bela aquisição, pela qual felicitando a direção, lhe damos os nossos emboras”.

Tais elogios se justificavam. Segundo alguns historiadores, o fluxo de transporte fluvial era bastante intenso e já além do estuário do Capibaribe, sendo

responsável pela formação de diversos subúrbios como a Madalena, Capunga, Torre e Caxangá. Este intenso tráfego fluvial teria sido levado em conta no momento da escolha, e era assim descrito por Koster: “O rio Capibaribe é navegável todo ano até Apipucos, a meia légua além do Monteiro (...). As canoas são muito populares, bordejando entre este povoado e os do Poço da Panela e Casa Forte” (Koster apud Milfont, 2005:100).

Apesar das ocupações precárias ali existentes, aquela área se tornou importante devido a sua posição geográfica e, também, devido à localização naquela época, de dois hospitais relevantes para o atendimento médico do Recife: o D.Pedro II e o Real Hospital Português conforme figura abaixo:

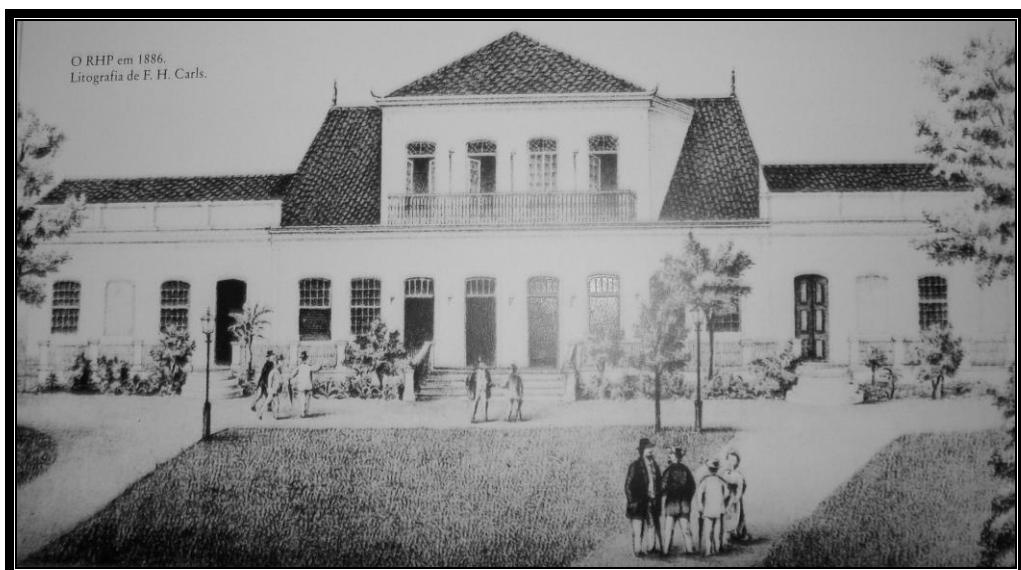
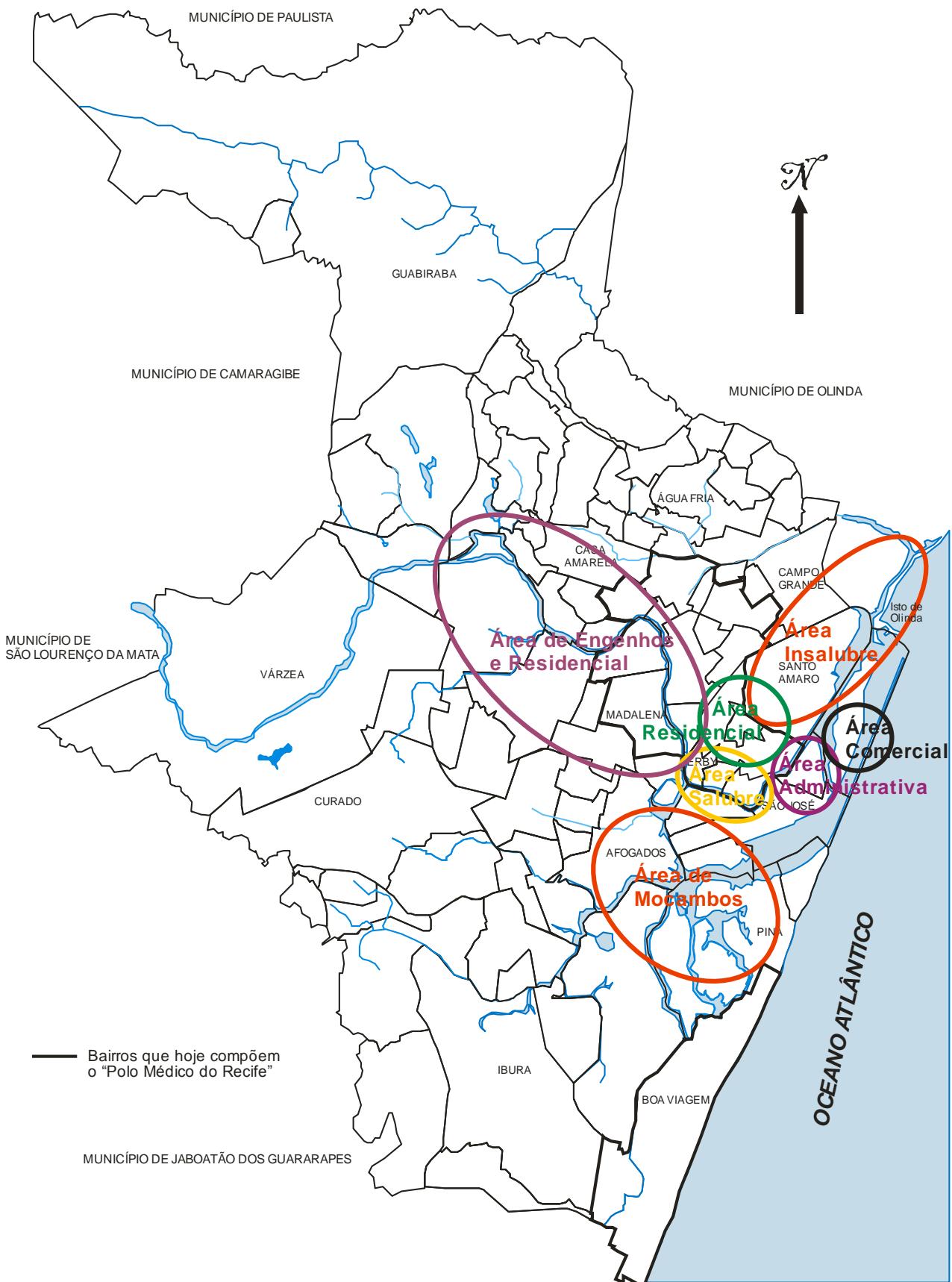


Figura 12 – Litografia do Hospital Português, 1886
Fonte: Biblioteca do RHP

Não obstante do seu crescimento urbano durante o século XIX, o tipo de ocupação dos bairros que hoje compõem a área central da cidade pouco havia modificado: o Bairro do Recife com a função comercial; o de Santo Antônio, como centro administrativo e cultural da cidade, o da Boa Vista como sendo para residir (Huang, 1996:26). A ocupação a partir dos atuais bairros da Boa Vista e da Madalena até Caxangá e Várzea foi motivada pela questão higiênica, pois os banhos de rios eram almejados para favorecer a saúde, principalmente nos dias de verão (Mello apud Huang, 1996:28) e, também, pelo acesso através do rio Capibaribe, onde se poderia alcançar facilmente os hospitais Português e Dom Pedro II (Mapa 9).

Mapa 9 – Município do Recife: Distribuição dos Tipos de Ocupação Existentes (Séc. XIX)



Fonte: Baseado em Castro (1992), Huang (1996), Milfont (2005), Casé (2005) et all. Mapa Elaborado pelo Autor.

Próximo da área central da cidade, o atual bairro de Santo Amaro, era na segunda metade do século XIX, caracterizado pela presença de residências, igrejas e, principalmente, atividades ligadas às doenças, enterros e mortes, tais como hospitais, cemitérios e asilos. Era naquela época considerado um lugar “afastado” da cidade e propício para abrigar tais atividades, além de abrigar uma população pobre e marginalizada. Sobre esse bairro, Castro (1992: 256) afirma:

“Afogados”, ‘Pina’, ‘Santo Amaro’, zonas dos mangues, dos ‘mocambos’, dos operários, dos sem profissão, dos inadaptados, dos que desceram do sertão na fome e não puderam vencer a cidade, dos rebelados e dos conformados – dos vencidos. Zona dos ‘mocambos’ – cidade aquática – com casas de barro batido a sopapo, telhados de capim, de palha, de folha de flandres.”

A despeito de sua importância, era considerada uma área de pouco interesse, distante da cidade, um local de sepultamento e insalubre. Isto acabou por fixar na população a ideia de um local periférico, desvalorizado e ligado às atividades insalubres (Casé, 2005:215). Surgiram no ideário da população dois extremos: O bairro de Santo Amaro, como sendo insalubre e doente, e a área do Derby, Coelhos e Paissandu como sendo saudável e aprazível ao tratamento de doenças.

Segundo Lubambo (1991:54), a ocupação da cidade do Recife no final do século XIX, se dava ao longo de cinco eixos ferroviários: Recife-Paissandu, Recife Afogados, Recife-Estação Ferro Carril, Recife-Capunga e Recife-Largo de Santo Antônio. As classes mais abastadas residiam na Boa Vista e São José, os mocambos iam se localizando em Santo Amaro, Feitosa (distrito das Graças) e no Oiteiro (Freguesia do Poço da Panela) (Lubambo apud Huang, 1996:30). Com o processo de urbanização, houve um agravamento da situação sanitária, que era assim descrita no jornal *A Lanceta à Intendência do Estado*:

“A intendência, que nós saímos, não tomou medida alguma de interesse público. (...) O viveiro do Muniz continua a ser a Capital do Micrório cercado das suas sucursais ou subúrbios federais adjacentes. O aterro do Hospício é o grande gasômetro das epidemias, O Matadouro¹²⁶ sem que tenha em completo estado a galeria do esgoto (...). Tudo é assim. O lixo, o lixo e mais lixo. Esta cidade, seguindo esse caminho, dentro em

¹²⁶ O matadouro no qual o texto se refere, seria o Matadouro que funcionava no Cabanga (1855 -1919), até a inauguração do Matadouro de Peixinhos. Antes, funcionou no Sítio dos Coelhos (1824-1855).

pouco será, sem contestação, a grande Metrópole da Porcaria, com as suas ilhas florescentes e as suas colônias exuberantes de seivas”

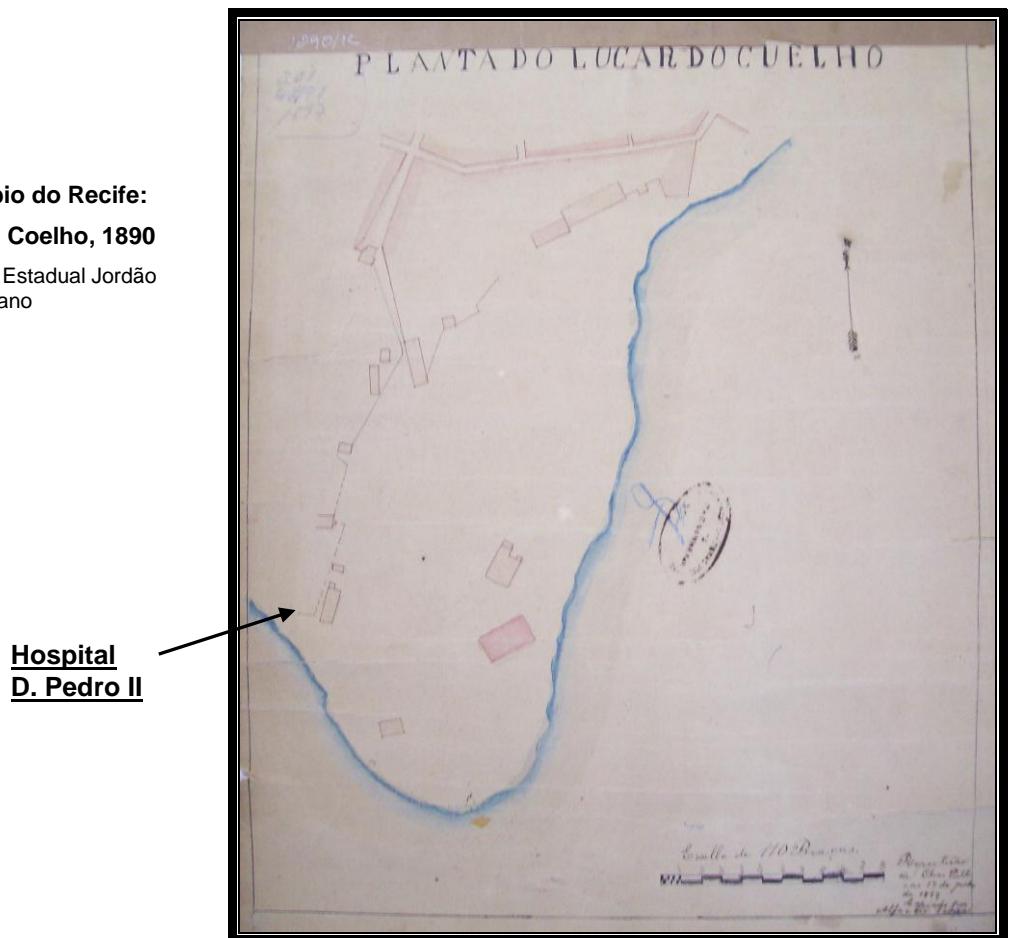
(A Lanceta, de 01 de fevereiro de 1890).

A partir da construção do Hospital D. Pedro II, houve uma aceleração das ocupações próximas ao hospital. Tal fenômeno pode ser comprovado mediante planta do final do século XIX (1890), onde podemos observar como referência, a linha de margem do Rio Capibaribe, que se encontrava bem distante do Hospital (Mapa 10).

Mapa 10 – Município do Recife:

Planta do Lugar do Coelho, 1890

Fonte: Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano

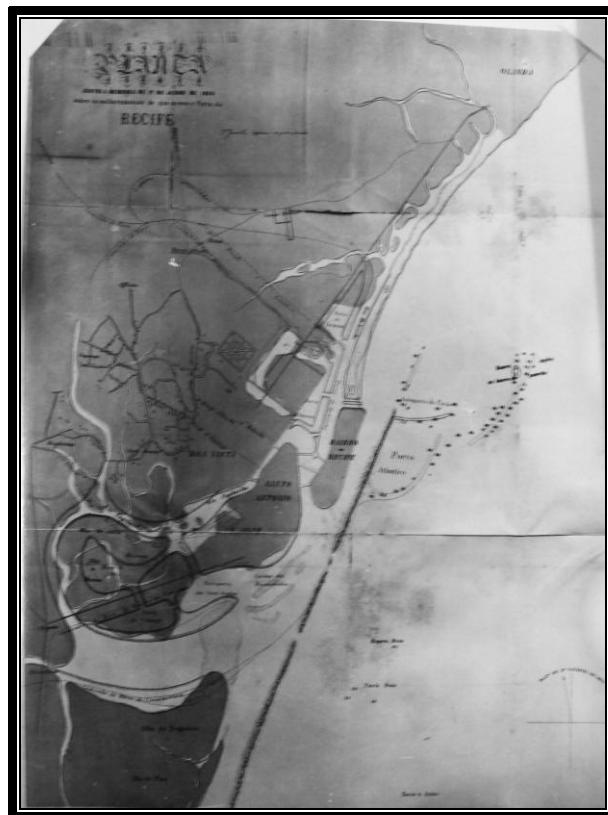


Pelo Mapa 10, confeccionado em 1890, observamos que o Hospital encontrava-se distante do rio, e com o passar do tempo, e devido a várias retificações ocorridas ao longo do seu percurso, o aproximaram do Hospital. Tal proximidade pode ter ocorrido devido ao transporte, facilitando o atendimento dos doentes, o que também veio a incentivar a ocupação do seu entorno.

As retificações do rio Capibaribe sempre foram propostas em vários planos urbanísticos para a cidade. Ainda no século XIX, foi proposta na Planta de Melhoramentos do Porto do Recife, a aproximação do rio em relação ao hospital, conforme plano proposto no mapa abaixo, o que demonstra a importância deste equipamento médico para a cidade.

Mapa 11 – Recife: Planta de Melhoramentos do Porto do Recife – 1874

Fonte: ABE IE



Mas, devido ao crescimento acelerado juntamente com a urbanização sem controle, ocorreu no Recife, à proliferação dos mocambos e o surgimento de uma maior quantidade de pessoas na mendicância. Tal situação não era compatível com o modelo de cidade desejável naquele período, além de considerada absurda conforme uma crônica do Diário de Pernambuco de 1898, exigindo providências emergenciais do governo para que houvesse uma “limpeza” na área urbana:

“Má tolerância”

“Uma das coisas que as autoridades daqui toleram francamente é a mendicidade pública, o que aliás em outros países é permitido com muita restrição, (...) Nota-se mesmo que tais mendigos insistem para que o transeunte olhe para a ferida nojenta que cobre-lhe a perna. Seria uma excelente medida recolher esses homens ao hospício de mendicidade.”

(Dário de Pernambuco, 29 de julho de 1898)

No início do século XX, como evidenciado anteriormente, a situação de caos sanitário na cidade era preocupante, por conta das epidemias que se tornaram objeto de matérias nos jornais locais, sobretudo após o surto de varíola e gripe espanhola que assolou o Rio de Janeiro, além do risco de proliferação da peste, sendo esta última noticiada no Diário de Pernambuco, em 1904.

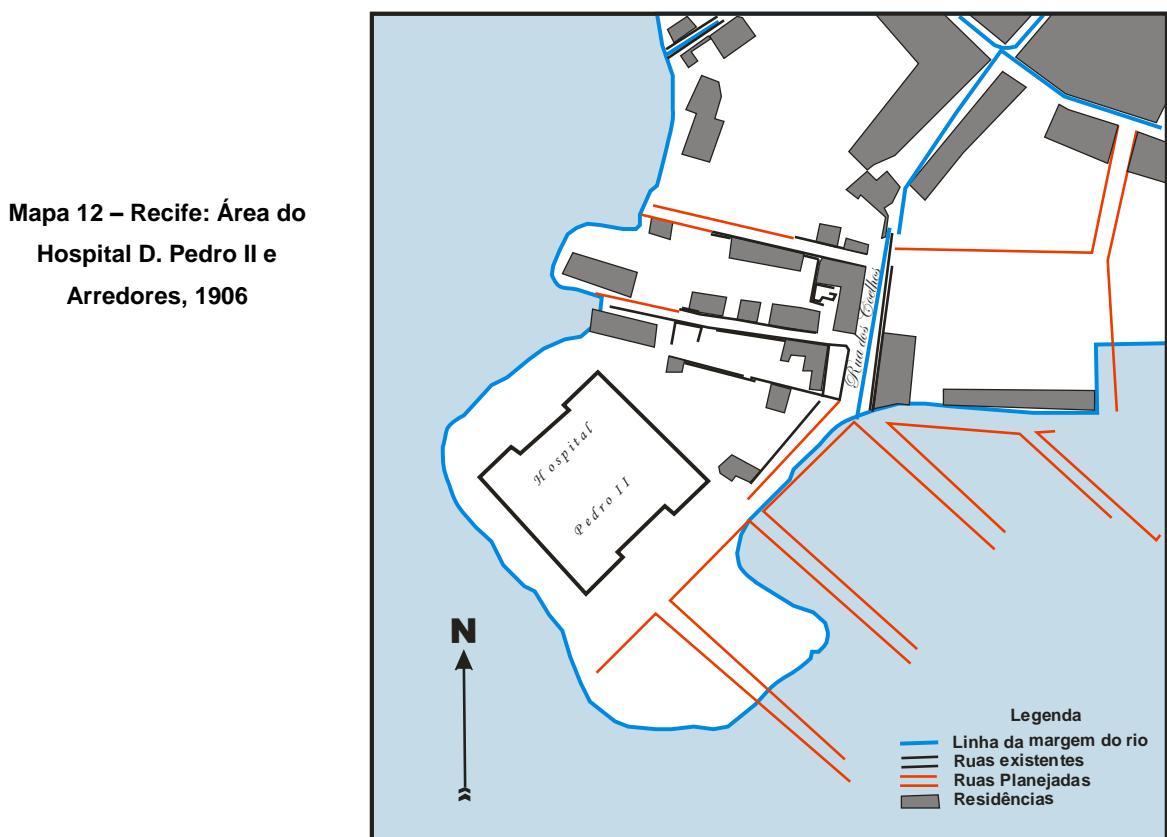
A Peste no Recife

O dr. J.J. SEABRA, ministro do interior expediu ordem urgente para a instalação de um hospital de isolamento nesse Estado.

Pelo primeiro paquete seguem vacina e soro anti-pestoso, de acordo com o pedido do dr. Sigismundo Gonçalves, governador de Pernambuco.

(Diário de Pernambuco, 10 de agosto de 1904)

A grande insalubridade urbana existente no Recife, bem como a influência do movimento modernista europeu na arquitetura e no urbanismo no Brasil, foram inspirações à elaboração de diversos planos urbanísticos para sua área urbana que se encontrava em pleno crescimento. Alguns destes planos mencionavam a necessidade de ocupação dos arredores do Hospital do Pedro II (Mapa 12).



Fonte Cartográfica: Reconstituição de Fragmento da Planta da Cidade do Recife, 1906. Escala 1/10000. APEJE.

Próximo dali, mais precisamente no bairro do Derby, ocorria também mudanças urbanas significativas. Esta área foi adquirida pelo empresário Delmiro Gouveia, que construiu um mercado modelo, inaugurado no dia 13 de maio de 1899. Esse Mercado logo passou a ser conhecido como Mercado da Estância ou Mercado do Derby e foi edificado onde hoje se encontra o Quartel do Derby. Neste mesmo bairro, foi inaugurada a Hosteraria do Derby, também chamado de Grande Hotel Internacional, no dia 7 de setembro de 1899. Tratava-se de mais um empreendimento de Delmiro Gouveia.

Por conta de tantos investimentos realizados e dos seus baixos preços praticados no Mercado, ocorreram divergências políticas entre Delmiro Gouveia e o prefeito do Recife Esmeraldino Bandeira e, logo em seguida, com o Vice-Presidente da República, também Presidente do Senado e o chefe político de Pernambuco, o Conselheiro Rosa e Silva. Tais divergências políticas levaram ao incêndio criminoso do Mercado do Derby, conforme telegrama redigido pelo governador Sigismundo Gonçalves para o Conselheiro Rosa e Silva (Barros Correia, 2008:12), publicado no jornal *A Província*.

"Mercado incendiado. Delmiro preso. Saudações, Sigismundo Gonçalves".

(*A Província*, 4 de janeiro de 1900)

Todas essas dificuldades levaram Delmiro Gouveia a desistir dos seus investimentos no Recife, desfazendo de seu patrimônio no pagamento de dívidas. Em 1920, a Prefeitura do Recife, na gestão de Lima Castro, adquiriu aquela área com a intenção de urbanizá-la, devido ao seu abandono após a desfeita da área por Delmiro Gouveia, fazendo ressurgir mangues e alagados. Mas, isso só foi possível na gestão de Sérgio Loreto no Governo do Estado, que a comprou do município em 1922, e decidiu ali instalar um novo bairro conforme demonstra as fotos abaixo (Fotografia 13).

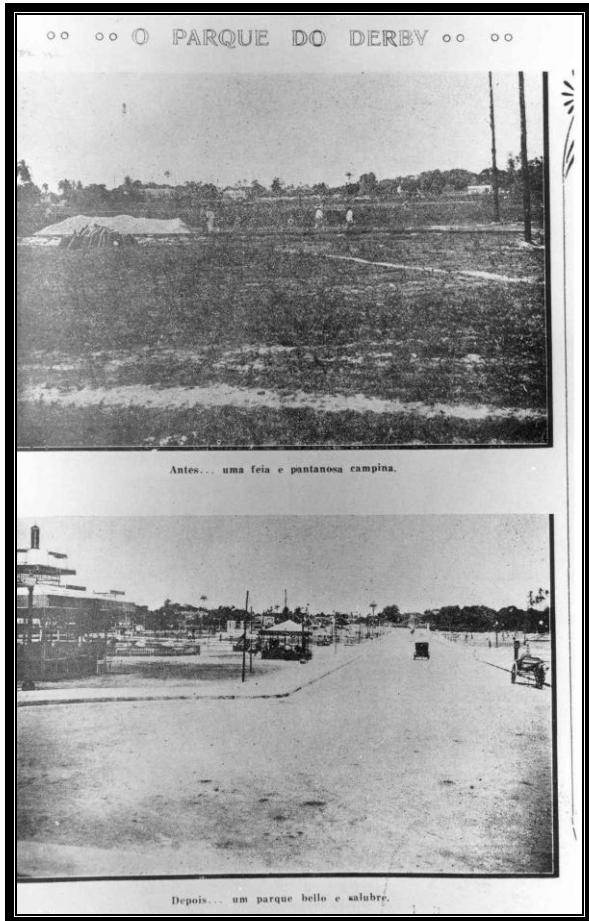


Figura 13 – O Parque do Derby em 1924: Antes e Depois

Fonte: Revista Pernambuco, Arquivo da FUNDAJ

A partir do interesse do governo estadual, aquele bairro passou por mudanças urbanísticas importantes. Segundo Guerra (2005:155), os terrenos do Derby foram drenados, aterrados e loteados para a construção do Parque do Derby (hoje a Praça do Derby) e, em seguida, ocorreu à construção do Quartel da Força Pública do Estado (Quartel do Derby), calçando ruas, aterrando manguezais e construindo canais. A construção do canal para drenagem daquela área foi fundamental, pois sem ele, não haveria terras drenadas, e sem terras não haveria ocupação. A inauguração desse complexo se deu no dia 18 de outubro de 1924, na gestão do prefeito Antônio de Góes, conforme descrito no texto da Revista de Pernambuco.

“O Derby, um pântano aberto e abandonado apesar de sua excelente localização topográfica, foi inteiramente transformado, aterrada toda a vasta planície, numa extensão de 57.000 m². Antes (...) uma feia e pantanosa campina, depois (...) um parque bello e salubre”

(Revista de Pernambuco, Ed. Novembro de 1925)

Logo em seguida, devido à proximidade dos hospitais D. Pedro II e Real Português, foi instalada próximo ao Parque do Derby, em 21 de abril de 1927, de forma definitiva (Figura 14), a Faculdade de Medicina do Recife, num prédio projetado em estilo neoclássico, pelo arquiteto veneziano, nascido na Grécia, Giacomo Palumbo (Barreto, 2008:26).



Figura 14 – Prédio da Faculdade de Medicina, Bairro do Derby (década de 1950)

Fonte: Arquivo da FUNDAJ

Apesar dos investimentos realizados com a urbanização do Derby e adjacências, até a década de 1930, grande parte da Ilha do Leite ainda era um imenso manguezal, onde um braço do Rio Capibaribe circundava uma porção de terras, formando uma ilha, e que era ocupada por currais para a criação de bovinos. Daí o seu nome: Ilha do Leite (Figura 15).

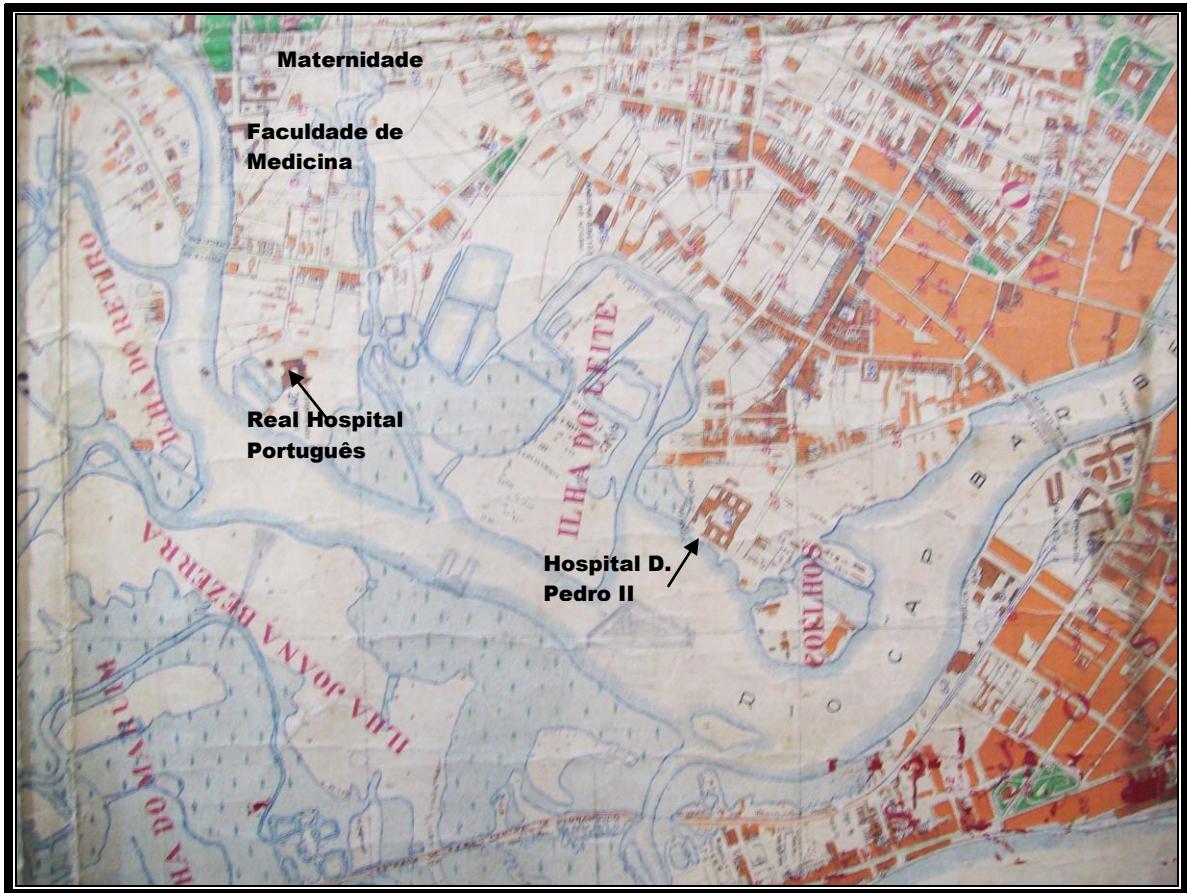


Figura 15 – Ilha do Leite, início do Século XX

Fonte: FUNDAJ

Na Figura 15, podemos visualizar a paisagem da Ilha do Leite no início do Século XX. Esta ilha estava situada entre os dois grandes hospitais daquela época: o D. Pedro II situado nos Coelhos, e o Real Hospital Português de Beneficência no Derby. Além disso, era próxima a recém-criada Faculdade de Medicina do Recife, conforme mostrado no mapa abaixo (Mapa 13).

Mapa 13 – Município do Recife: Área Central da Cidade, 1932



Fonte Cartográfica: Fragmento da Planta da Cidade do Recife e Arredores, 1992. Escala: 1:10000. APEJE

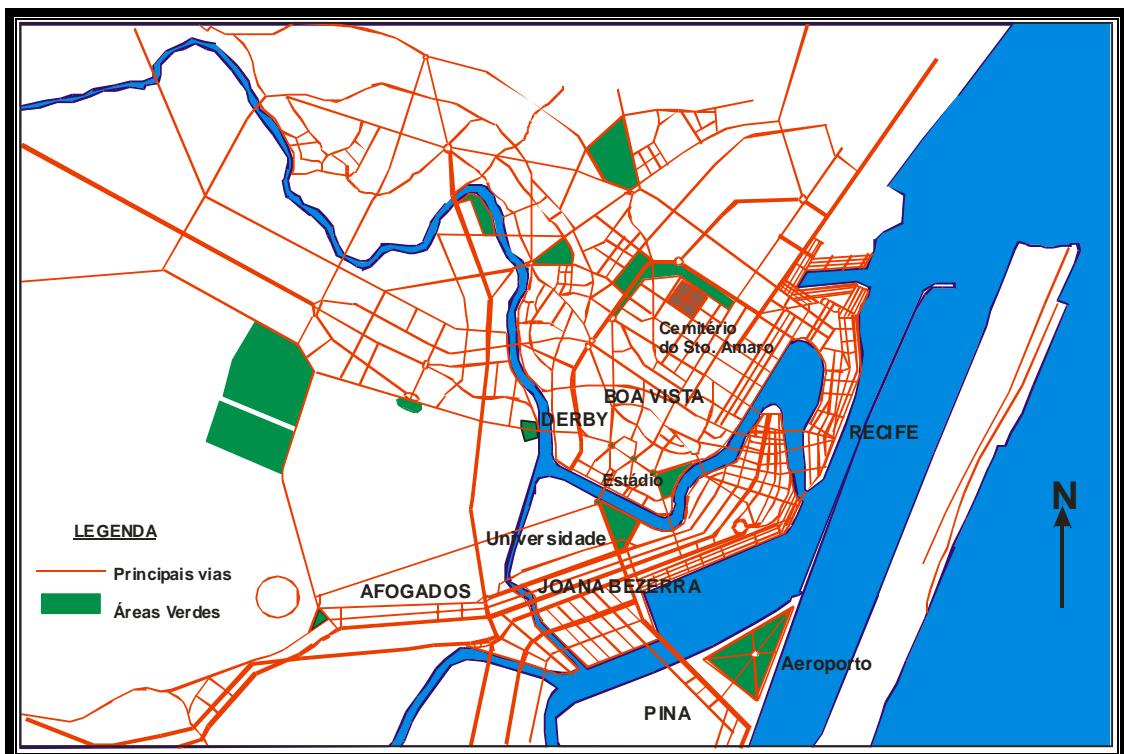
No Mapa 13, podemos ver que a área situada entre os Hospitais D. Pedro II e o Real Português era, em grande parte, formada por mangues, e a Ilha do Leite era rodeada por áreas inundáveis em momentos de maré alta. Além disso, era pouco habitado, o que inspirou ao longo do século XX, diversos planos urbanísticos, revelando a preocupação em ocupar aquela área.

O plano de Nestor de Figueiredo propôs a construção de uma extensa rede de ruas nas áreas de mangue das ilhas do Leite, Joana Bezerra e Maruim, além dos bairros de Afogados, Remédios, Cordeiro, Casa Forte, Tamarineira, Arruda, Peixinhos, Campo Grande e Santo Amaro. Esse projeto foi desaprovado pelo parecer de Atílio Corrêa Lima em 1934. O parecer chama a atenção para o problema dos mocambos, reconhecendo-os como um problema econômico e faz uma crítica veemente ao plano em exame por não abordar a questão (Outtes, 1992:125).

O plano de Atílio Corrêa Lima, apresentado em março de 1935, indicou fazer um uso racional mediante a construção de uma perimetral que faria a ligação Olinda

- Boa Viagem através de uma ponte no bairro dos Coelhos. Isto comprova a crescente importância da Ilha do Leite devido a sua posição privilegiada, entre o bairro da Boa Vista e a Ilha de Joana Bezerra. Além disso, estabelece uma série de áreas verdes para a cidade, uma avenida-bosque ao longo do Canal Derby-Santo Amaro, um bairro e um estádio universitário nos Coelhos. Esse bairro seria interligado por uma ponte a uma universidade que seria construída na Ilha de Joana Bezerra, no meio de um imenso parque (Mapa 14).

Mapa 14 – Município do Recife: Plano Atílio Corrêa Lima (Sistema Viário)



Fonte Cartográfica: Urbanismo e Viação, Rio de Janeiro, nº 9, jul. 1940, pg. 18. in Outtes, Joel. Pg. 147.

Assim, em meados do Século XX, aquela área já era destinada a uma finalidade específica: de ser um centro ou “polo” universitário, o que apenas confirma a sua importância no processo de evolução urbana da cidade. O Plano de Correia Lima seria uma confirmação da afirmativa de Maricato (2000:217): “até as décadas de 1930 e 1940, ainda é possível ver a implantação de planos de embelezamento, acompanhados da preocupação com a infra-estrutura urbana, em especial, circulação e saneamento”. Além disso, devemos registrar que, na gestão de Antônio Góis Cavalcante (1931-1934), algumas reformas foram ali realizadas, como a construção da Praça Payssandu (hoje, Chora Menino) (Burger, 2008:132).

Apesar dos diversos planos existentes proporem a criação de uma Cidade Universitária, só teve início de fato em 1947¹²⁷, quando foi criada uma Comissão de Planejamento e Estudos da Cidade Universitária. A sua primeira reunião se deu a 5 de janeiro de 1948, sendo foram sugeridos vários terrenos para instalação da Cidade Universitária, e os locais propostos foram a Ilha Joana Bezerra, o terreno da Faculdade de Direito, Santo Amaro e Avenida Caxangá. Nesta reunião, foram criadas várias subcomissões, entre as quais destacamos a Subcomissão de Localização, que iria definir a instalação da Cidade Universitária (Barreto, 1996:110).

Nos desenvolvimentos dos trabalhos da Subcomissão de Localização, foram indicadas as seguintes áreas onde poderia ser instalada a Cidade Universitária: Ilha de Joana Bezerra e Maruim, terreno da Faculdade de Direito, Santo Amaro, Fragoso, Torreão, terreno entre a Avenida Caxangá e o rio Capibaribe, Torre, Tacaruna (vizinhanças do Salgadinho, entre a estrada de Olinda e o Matadouro do Recife), Ibura e Caçote, Ilha do Leite e Engenho do Meio. Esta comissão se reuniu 12 vezes, sendo a última a 15 de outubro de 1948, sendo escolhida uma gleba no Engenho do Meio.

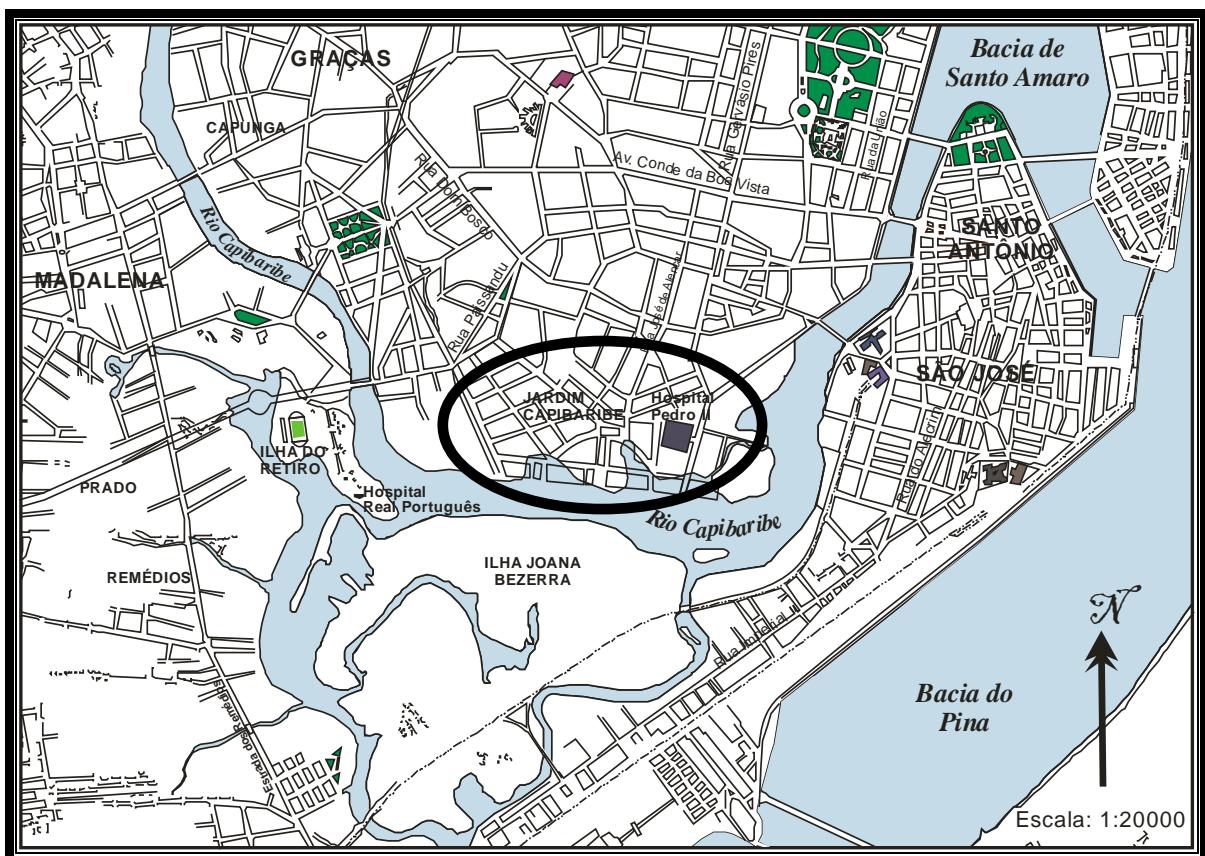
Apesar da escolha do atual local da Cidade Universitária, havia um grande interesse por aquela área. Na votação da escolha do local definitivo do *campus* universitário, a Ilha de Joana Bezerra e Maruim ficaram em 2º lugar na preferência da comissão com 4 votos, sendo derrotada pela escolha da atual localização que obteve 6 votos.

Dando prosseguimento à implantação da Cidade Universitária, são lançados dois editais: o primeiro, datado 22 de junho de 1950, para construção do atual Centro de Ciências da Saúde, e o segundo de 28 de março de 1952, para a construção do atual Hospital das Clínicas. Com a inauguração do prédio da então Faculdade de Medicina no campus atual da UFPE (antiga Universidade do Recife), em 19 de janeiro de 1958, ocorreu e a paulatina transferência do curso médico do Derby para a Cidade Universitária.

¹²⁷ Criada através de decreto do Governo do Estado de Pernambuco, por uma iniciativa do deputado estadual Luiz Magalhães Melo. Para a sua construção, a Universidade implantou um fundo cujos recursos advinham de um percentual que era acrescido ao Imposto de Vendas e Consignações e recolhidos pelo Estado (Barreto, 2008:28)

Apesar de tais mudanças, isto não reduziu a importância daquela área central da cidade. O mapa abaixo, possivelmente confeccionado entre 1950-1958, mostra que a área correspondente ao atual bairro da Ilha do Leite, foi planejada para loteamento – Jardim Capibaribe – demonstrando o interesse imobiliário, indício de sua possível valorização (Mapa 15). Além disso, se tratava de uma das poucas áreas ainda não edificadas que ficavam próximas ao centro comercial da cidade.

Mapa 15 – Município do Recife: Fragmento de Planta, Década 1950



Tais intenções foram parcialmente confirmadas na gestão de Pelópidas Silveira (1955-1959), com abertura de avenidas e ruas próximas ao Canal Derby-Tacaruna iniciado com o projeto de drenagem da Campina do Derby e consolidado com projeto de implantação do seu sistema viário (Burger 2008:132).

Em meados da década de 1960, o centro da cidade do Recife, era grande local de consumo da cidade, com lojas de departamentos onde se poderia comprar de tudo sem perda de tempo, e também local de passagem obrigatória de boa parte da população da cidade, uma vez que era o destino final da maioria das linhas de transporte público da cidade. Mesmo aqueles que queriam se deslocar entre bairros

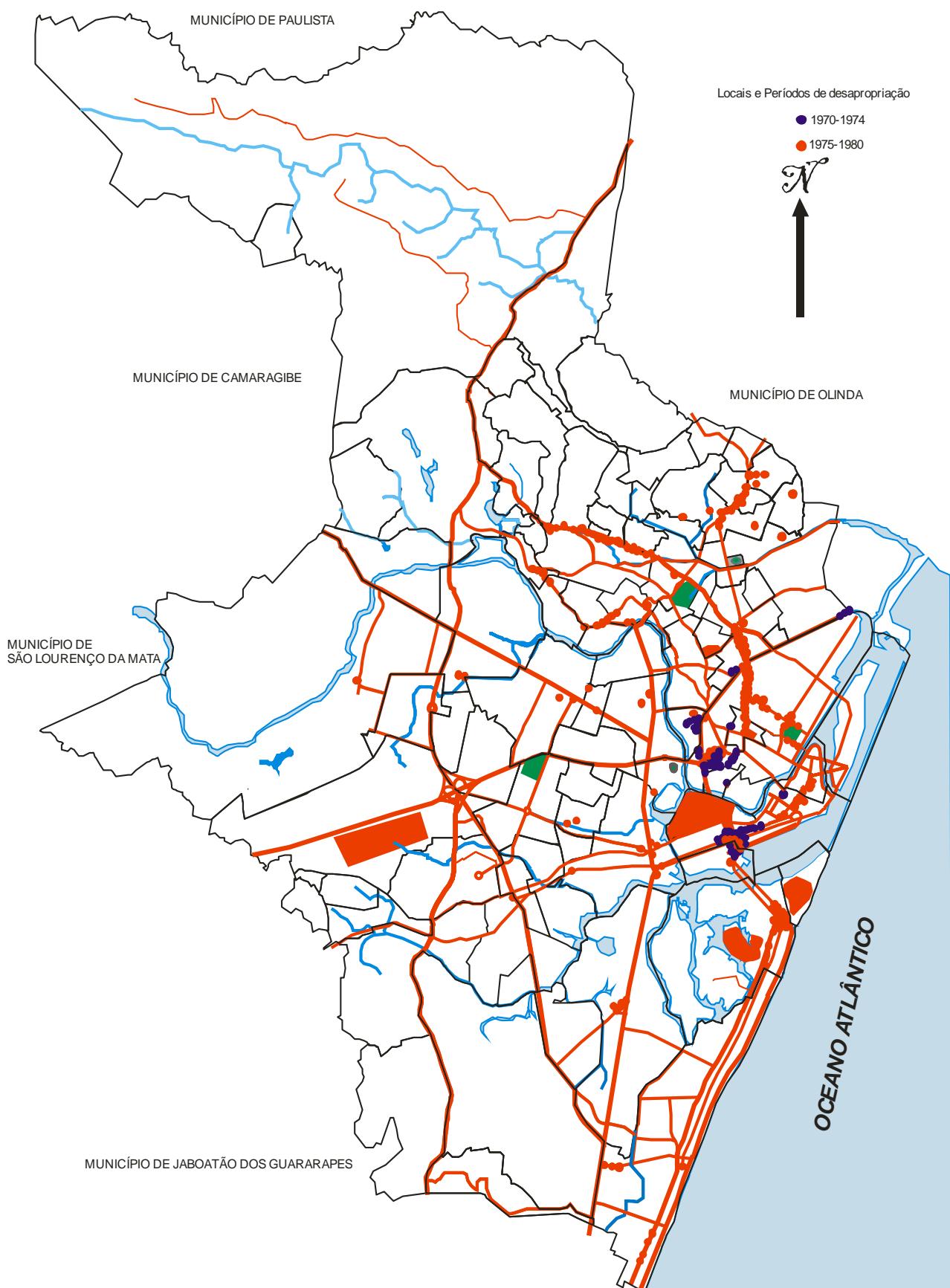
vizinhos distantes do centro, muitas vezes precisavam se dirigir até lá para conseguir outra condução para o local pretendido.

4.2. Iniciativas Públicas e Privadas no Processo Recente de Estruturação do PMR – Fins da Década de 1960 até os Dias Atuais.

Foi em fins da década de 1960 e início da década de 1970 que grande parte das ações urbanas modernizantes seria executadas na cidade, procurando viabilizar o centro, como principal ponto de consumo da cidade. Era o período do milagre econômico brasileiro, que teve nos bens de consumo duráveis uma grande expressão.

Nesta época se iniciou o processo de dinamização e melhoria da malha viária, principalmente, após a construção das pontes que ligam os bairros da região central do Recife (Boa Vista, Soledade e Derby) a Boa Viagem e a Jaboatão dos Guararapes, através da ilha de Joana Bezerra e do Pina, que veio a facilitar o acesso à área que hoje corresponde ao PMR. Estas ações de melhoria da malha viária podem ser comprovadas através do Mapa 16, que representa espacialmente os dados dos decretos de desapropriações no Recife no período compreendido entre 1970-1980 do século passado.

Mapa 16 – Município do Recife: Áreas Desapropriadas, 1970-1980



Fonte: Decretos Municipais de Desapropriação (1968-1988). Prefeitura da Cidade do Recife.

No mapa 16, percebemos que, na primeira metade dos anos 1970, ocorreu uma prioridade na melhoria aos acessos dos bairros situados hoje no núcleo do Polo. Conforme anúncios de classificados de jornais desse período, já existiam algumas clínicas instaladas nos arredores do Hospital Pedro II. Além disso, o mercado imobiliário da área também oferecia várias locações de imóveis para clínicas e consultórios.

Já no ano 1970, os jornais citavam as vantagens de se adquirir um imóvel nesta área para a instalação de clínicas e consultórios. Tais mensagens comerciais indicavam uma tendência de uso daquela área à prestação de serviços médicos. O Caderno de Classificados, do jornal Diário de Pernambuco, anunciava:

Ilha do Leite – Vende-se ou aluga-se uma magnífica casa residencial prestando-se para uma clínica ou laboratório e dispondo de 4 espaçosos quartos, 3 grandes salas, enorme copa-cozinha, despensa, 2 gabinetes sanitários, 2 terraços sendo um gradeado e demais dependências. Acha-se desocupada. A tratar com Rabelo, pelos fones 90.034 ou 54.411.

(Diário de Pernambuco, 01.01.1970, Segundo Caderno, P-11).

BOA VISTA – Vende-se inclusive telefone, residência na rua Marquês Amorim, 98, recuada, oitões livres terraço, cinco quartos internos, três externos, copa cozinha, despensa, três salas, dois banheiros, prestando para clínica médica ou escritório de empresa. (52776).

(Diário de Pernambuco, 11.01.1970, Segundo Caderno, P-8).

No caso de Boa Viagem, hoje considerado um polo médico secundário em relação ao núcleo da Ilha do Leite, também foram encontrados anúncios que indicavam como área propícia para clínicas, conforme os transcritos abaixo.

BOA VIAGEM – Clínica – aluga-se ou vende-se casa em fase de acabamento que serve para sua clínica, casa de repouso, hospital psiquiátrico, maternidade, etc. Lugar sossegado, mas central, perto do Terminal Boa Viagem, 700 m² área coberta, 5 banheiros sociais. Aluguel NCr\$ 2.500,00 Rua Líbia de Castro Assis, 59 (atrás do nº. 580 – rua Visconde de Jequitinhonha). Aluga-se outra casa, ao lado, mesma rua n.º 73, 250 m², 3 banheiros sociais 4 quartos, 3 varandas grandes, salas, etc. Aluguel NCr\$ 1.500,00 Telefone 60.104 (51.372).

(Diário de Pernambuco, 01.01.1970, Segundo Caderno, P-12).

ALMEIDA PROMOÇÃO – BOA VIAGEM – Vendem-se 3 grandes residências servindo para clínicas, c/2 salas, 4 e 5 quartos sociais, copa-cozinha, 3 WC e demais dependências. Preços: NCr\$ 180.000,00, NCr\$ 260.000,00 facilitados. Edf. Cxa. Econômica, s/617, fones: 42.391 – 44.996. Creci 09. (AM-609)".

(Diário de Pernambuco, 04.01.1970, Segundo Caderno, P-05).

Foi a partir de 1970, que ocorreu uma grande valorização imobiliária da área correspondente ao PMR. Isso pode ser comprovado quando se compara o preço do metro quadrado do solo urbano de diferentes bairros do Recife. No caso do bairro da Ilha do Leite (hoje, o núcleo do PMR) e adjacências, o valor do metro quadrado do solo urbano cresceu mais de 15 vezes entre 1970 e 2000, enquanto que na Boa Vista (o centro tradicional), a sua valorização não chegou a 4 vezes no mesmo período¹²⁸ (Tabela 16).

**Tabela 16 – Recife: Tabela de Preços de Terrenos de Alguns Bairros, Por m²
(Preços Constantes, em R\$ - Jan. de 2006)**

Bairros	1970	1980	1990	2000	Variação (em %)
Boa Vista	97,92	123,63	326,34	N/D	333,27
Casa Forte	11,81	N/D	21,94	198,43	1.680,18
Hipódromo	33,13	N/D	78,07	N/D	235,64
Ilha do Leite	23,99	137,96	328,25	372,27	1.551,77

Fonte: Classificados dos jornais Diário de Pernambuco e Jornal do Commercio. Obs.: Preços da época, atualizados a partir do índice da FIPE-SP no endereço eletrônico: <http://www.bc.gov.br> (valores em R\$, em janeiro de 2006).

A mudança no uso do solo e a consequente valorização ocorre, por conta de sua localização espacial, pois “a localização absoluta confere privilégios de monopólio à pessoa que tem os direitos de determinar o uso nessa localização” (Harvey, 1980:35). Os proprietários fundiários são os maiores interessados no processo de valorização e não os detentores dos meios de produção, conforme afirma Corrêa (1995:14):

“A especulação fundiária não é assim de interesse dos proprietários dos meios de produção. Interessa, no entanto, aos proprietários fundiários: a retenção de terras cria uma escassez de oferta e o aumento do seu preço, possibilitando-lhes ampliar a renda da terra”.

¹²⁸ Os preços por metro quadrado foram obtidos através de pesquisa em anúncios de classificados da época, tomando como base os preços apenas de terrenos e, em seguida, atualizados a partir do índice da FIPE-SP (é o único índice disponível a partir de 1942). Depois foi retirada, a média atualizada de cada terreno e posteriormente, em seguida, a média das médias dos terrenos de cada bairro. Para isto, foram consultados os Cadernos de Classificados dos jornais Diário de Pernambuco e Jornal do Commercio dos meses de janeiro e junho de cada ano.

Na segunda metade da década de 1970, as desapropriações ocorreram de forma mais esparsa no espaço recifense e visava o alargamento de avenidas que já existiam, tais como as avenidas Norte e João de Barros, que fazem a ligação entre os bairros da Zona Norte e a Boa Vista; os acessos pelo Pina à Ilha de Joana Bezerra e aos bairros de São José e Santo Antônio (via Rua Imperial e Av. Dantas Barreto). Tais ações tinham como objetivo propiciar uma maior facilidade de acesso aos bairros centrais e, consequentemente, às áreas do atual PMR.

Sem dúvida, a localização geográfica da área foi decisiva para a formação e consolidação deste Polo, já que a mesma, como já ressaltado, situa-se numa área de encontro de nós de tráfego.

O privilégio dessa área em termos de desapropriações para melhoria da infra-estrutura e instalação de equipamentos urbanos fazia parte de estratégias de ocupação, valorização e desenvolvimento. Para Haddad (1992:17), a melhoria do sistema viário e a reestruturação dos sistemas urbanos e de transporte para melhorar a acessibilidade regional às funções já existentes na região e não apenas aos mercados externos, foi um dos elementos essenciais para as estratégias de desenvolvimento local.

Seguindo esta estratégia, o auge dessas intervenções na cidade do Recife se deu no governo do prefeito Augusto Lucena, entre os anos de 1971 e 1975. Neste governo, teve início o alargamento da Avenida Agamenon Magalhães, ligando o centro da cidade aos bairros da Zona Norte e Olinda, e também de ruas dos bairros da Ilha do Leite, Paissandu e Derby, além de melhorias no acesso à Ilha de Joana Bezerra através do giradouro do Cabanga, e obras de abertura e alargamento da Avenida Dantas Barreto.

Esta série de intervenções ocorreu com a justificativa de solucionar os problemas do crescente tráfego de veículos na região central da cidade e dinamizar o deslocamento entre o centro e a zona sul – lugar de moradia de grande parte dos proprietários de veículos da cidade – bem como de armazenagem e distribuição de produtos industrializados. Foi o início de uma política de destruição de uma dezena

de ruas e de demolição de mais de quatro centenas de casas e edifícios históricos da cidade, alguns datando ainda do período colonial¹²⁹.

Destacamos também as desapropriações de áreas de grande extensão, com finalidades de urbanização, tais como no Curado (próximo a BR-232) e na Ilha de Joana Bezerra e que nos planos de urbanização da época eram consideradas áreas estratégicas para o desenvolvimento da cidade. A prioridade dada ao chamado “Complexo Joana Bezerra”, nos anos 90 do século passado, se concretizou em ações governamentais, tais como, a construção e transferência do Fórum da Justiça Estadual para aquela área.

Todas as ações sejam na melhoria de acesso viário, sejam no incentivo à transferência de órgãos públicos à área de estudo, confirmam o papel do Estado como incentivador e, também, agente que busca, através de melhorias e intervenções urbanísticas, valorizar o local e torná-lo atraente para a iniciativa privada. Não sem razão Haddad (1992:18) afirma que os órgãos governamentais “não podem realizar investimentos de infra-estrutura de grande porte em uma região, sem que nela estejam identificados fatores que irão garantir níveis adequados de utilização da capacidade instalada, sob pena de sofrerem os ônus políticos de decisões questionáveis pela opinião pública”.

Esta estratégia de valorização de determinadas áreas urbanas é uma característica marcante da urbanização das cidades brasileiras. O Estado compromete-se “em áreas privilegiadas, altos valores na produção de infra-estrutura urbana principalmente viária, compatível com as exigências das ‘ilhas de modernidade’, em detrimento dos investimentos maciços urgentemente necessários na cidade informal, o que ressalta o alto caráter de exclusão neste processo” (Ferreira, 2000:17).

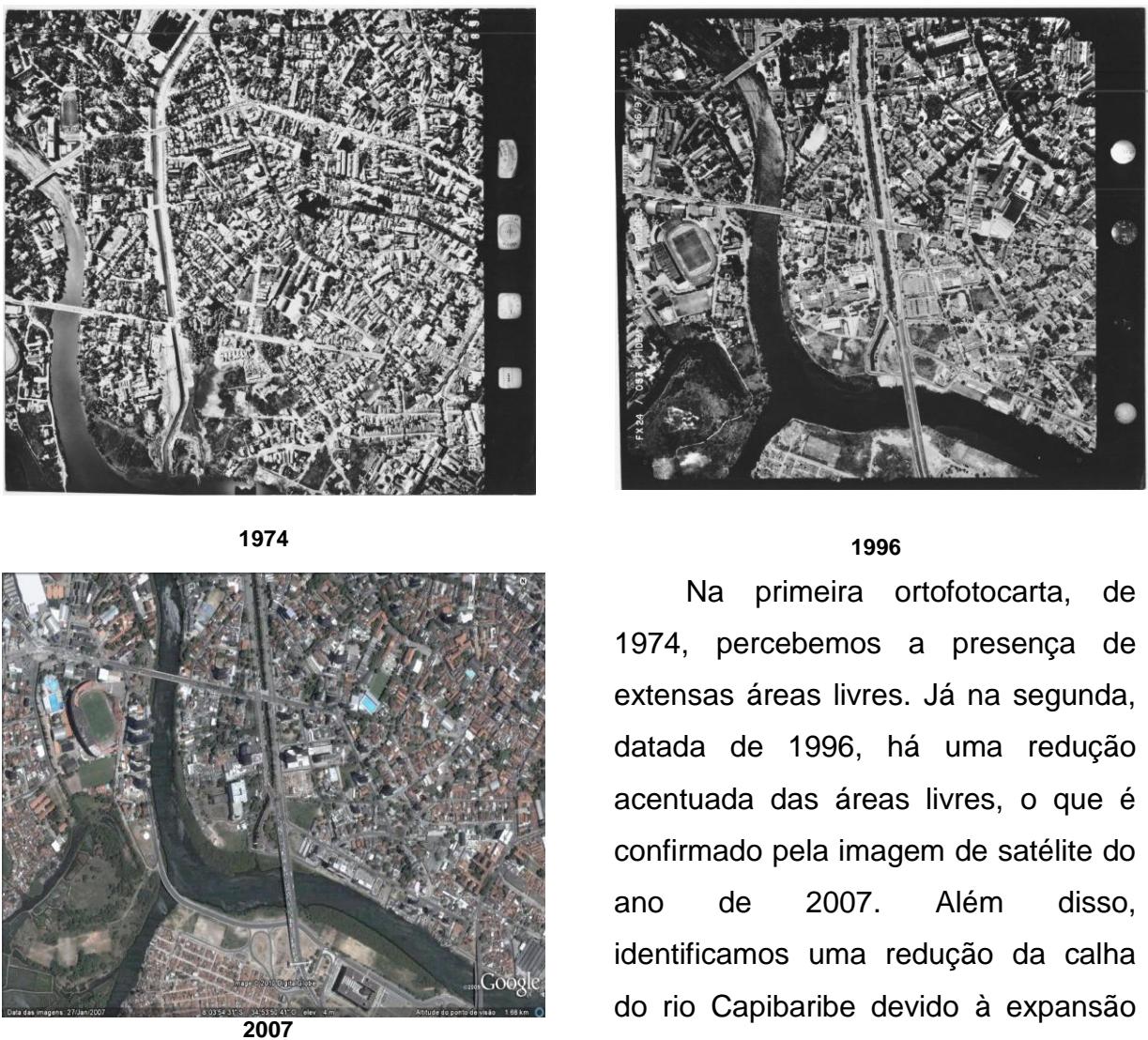
¹²⁹ O alargamento da Av. Dantas Barreto foi à justificativa encontrada para a demolição do Quartel do Regimento de Artilharia, de 1786, o Hospital de São João de Deus, local de onde se irradiou o movimento de 1817 e a Igreja do Bom Jesus dos Martírios, única igreja do país totalmente edificada por escravos, construída entre os anos de 1791 e 1796.

No atual contexto econômico, o governo “não pode privilegiar uma dada região e procurar zerar o seu quadro de carências sociais, atendendo todas as necessidades básicas de sua população, pois, por limitação de recursos, teria de reduzir a oferta de serviços públicos e semi-públicos – em termos de quantidade e qualidade – em outras regiões, com repercussões políticas adversas” (Haddad, 1992:18). Mas, foi o que acontecia na área em estudo.

A desapropriação de áreas para melhoria do sistema viário no PMR comprova o papel fundamental do Estado como agente indutor do desenvolvimento. Foi a partir da melhoria do acesso a esse polo, na década de 1970, que ocorreu o surgimento de diversos consultórios, clínicas e hospitais e, por fim a sua valorização imobiliária.

Essas melhorias das vias de acesso e a mudança dos perfis de uso do solo urbano na área (de residencial para comercial) significaram mudanças urbanísticas importantes. Cabe registrar que a transformação do uso do solo urbano tem sido ainda mais acentuada nas três últimas décadas, conforme podemos visualizar nas ortofotocartas da Fidem e imagem de satélite disponibilizada no *Google Earth* abaixo. Comparando as imagens, observamos, sobretudo, uma maior densidade de ocupação de solo (Mapa 17).

Mapa 17 – Município do Recife: Ortofotocartas e Imagem de Satélite do Derby, Ilha do Leite, Paissandu e Adjacências (1974, 1996 e 2007)

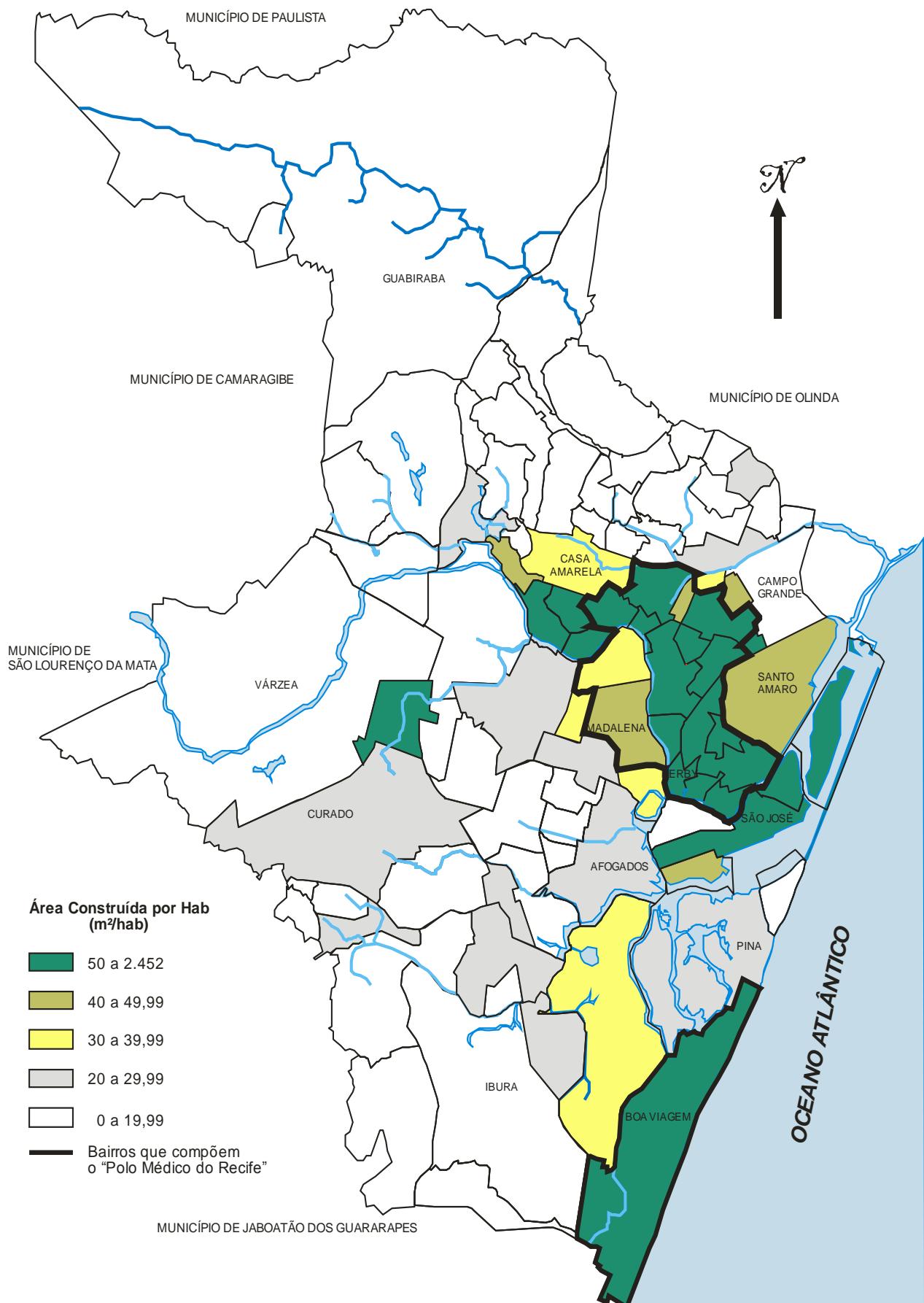


1996

Na primeira ortofotocarta, de 1974, percebemos a presença de extensas áreas livres. Já na segunda, datada de 1996, há uma redução acentuada das áreas livres, o que é confirmado pela imagem de satélite do ano de 2007. Além disso, identificamos uma redução da calha do rio Capibaribe devido à expansão do Complexo Joana Bezerra.

Estas mudanças acentuadas na configuração espacial indicariam que esta área passou a ser “máquina de produzir renda, uma mercadoria em potencial que conseguirá atrair mais investimentos quanto mais souber aproveitar as ‘possibilidades’ econômicas do espaço urbano, através da coalizão entre as elites fundiárias, o poder público e os empreendedores imobiliários” (Ferreira et all, 2000:10). Ao mesmo tempo, comunidades pobres ali existentes resistem a este processo de ocupação e dinamização da área. Podemos perceber que segundo os dados de 2001, os bairros que compõem o chamado PMR estão entre aqueles que possuem a maior densidade construtiva por habitante conforme está destacado no Mapa 18.

Mapa 18 – Município do Recife: Densidade Construtiva por Habitante, 2000



Fonte: IBGE/Emprel

Além de áreas com alta densidade construtiva por habitante, possuem alto valor no mercado imobiliário, excelente infra-estrutura viária e de serviços disponíveis, alto padrão de consumo, e excelentes níveis de desenvolvimento humano, que de acordo o *Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife*, é comparável somente aos países ricos.

Seria importante registrar que segundo Schor (1996:104), o Plano Diretor de Desenvolvimento da Cidade do Recife, formulado em 1991, “prioriza o estímulo a algumas atividades econômicas, devido ao seu potencial. São o turismo, cultura e lazer; o setor moderno de serviços (serviços médicos, de informática, publicidade, entre outros); indústrias não poluentes, de uso intenso de mão-de-obra e as de alta tecnologia; comércio e centro de negócios”. A referência ao setor de serviços médicos é uma das evidências de que a saúde privada seria uma das prioridades em termos de incentivos pelo setor público.

O PMR situa-se, assim, entre algumas áreas da cidade que são altamente privilegiadas em termos de obras e melhorias viárias. Isto revela o papel do Estado como um agente que tem a função de fornecer infra-estrutura para o seu desenvolvimento, pois “em geral, uma região não dispõe dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos para dar solução aos problemas que tem de enfrentar, necessitando, portanto de atrair esses recursos de instituições públicas e privadas” (Haddad, 1992:18).

O papel exercido pelo Estado, ao longo de décadas, de fornecer infra-estrutura para o desenvolvimento dessa área influenciou decisivamente na mudança de perfil do uso do solo. Tal mudança, além de dinamizar a economia da cidade, incentivou uma maior ocupação do solo urbano e, por conseguinte, uma maior verticalização numa área outrora tipicamente residencial, conforme podemos visualizar na tabela seguinte (Tabela 17), que corresponde à área central do Recife, que inclui parte importante do Polo Médico

Tabela 17 – Município do Recife: Região Político-Administrativa I – Percentuais das Áreas Construídas dos Imóveis Por Total de Pavimentos, Segundo a RPA e Bairro (2000)

RPA e Bairro	Percentual das Áreas em Relação ao Total de Imóveis com:				
	Até 01	De 02 até 04	De 5 até 10	De 11 até 15	Maior que 15
Recife Antigo	25,74	38,02	18,47	3,88	12,89
Santo Amaro	32,87	39,73	15,52	3,94	7,93
Boa Vista	10,56	47,31	18,49	10,26	13,36
Cabanga	91,63	8,37	0,00	0,00	0,00
Ilha do Leite	9,76	57,65	9,33	20,97	2,29
Paissandu	9,68	34,51	37,18	12,21	6,43
Santo Antônio	4,19	40,31	32,37	12,38	10,74
São José	45,26	45,04	6,75	1,25	1,49
Soledade	12,27	44,59	21,87	10,68	10,59
Coelhos	42,11	42,66	6,92	7,75	0,56
Ilha Joana Bezerra	97,36	2,62	0,00	0,00	0,00
RPA 1 - Centro	22,82	42,53	17,91	7,14	9,34

Fonte: PCR/Secretaria de Finanças, Cadastro Imobiliário, 2000.

Nesta tabela, podemos observar que os bairros da Ilha do Leite, Paissandu, Soledade e Boa Vista estão entre os mais verticalizados. Esta verticalização seria uma das evidências das intensas mudanças ocorridas nas últimas décadas, assim como, o grande interesse do mercado imobiliário na sua ocupação conforme reportagem do Jornal do Commercio:

“O Bairro dos Empresariais”

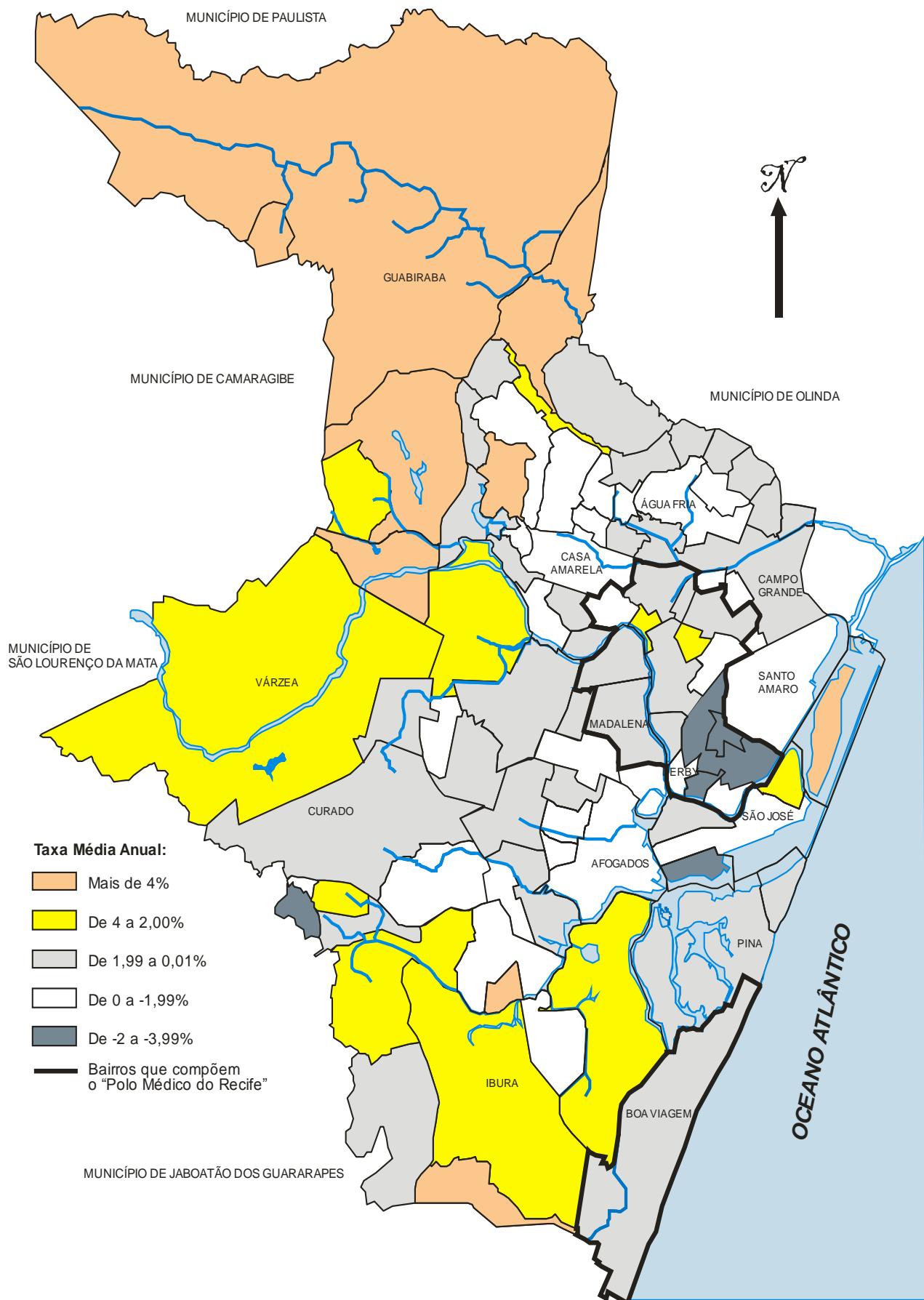
“A Construtora Rio Ave já tem cinco empresariais na Ilha do Leite (três prontos e dois em obras) e ainda comprou dois terrenos para construir mais torres”

“A Construtora Rio Ave já virou referência na construção de empresariais. A empresa tem um complexo na Ilha do Leite com cinco torres. Três já erguidas e em funcionamento e duas em obras. Mas a construtora quer mais e fechou a compra de dois outros terrenos no bairro para expandir os seus domínios. Outras duas torres vão ser erguidas nessas novas áreas que juntas medem 12 mil metros quadrados. Somente o investimento na primeira etapa vai ficar em R\$ 50 milhões... Um levantamento feito pela Rio Ave constatou que o rendimento mensal supera 1% do valor total do imóvel”.

(Jornal do Commercio, 11 de julho de 2009. Imóveis, Pg.1)

Esta mudança de ocupação do solo nesses bairros seria o resultado – além da atuação do governo municipal em termos de melhoria do sistema viário – de uma maior atuação de agentes imobiliários que conduziram aqueles bairros a um processo de valorização imobiliária. A mudança do perfil de ocupação foi acompanhada pela alteração do uso do solo, significando um esvaziamento populacional (Mapa 19).

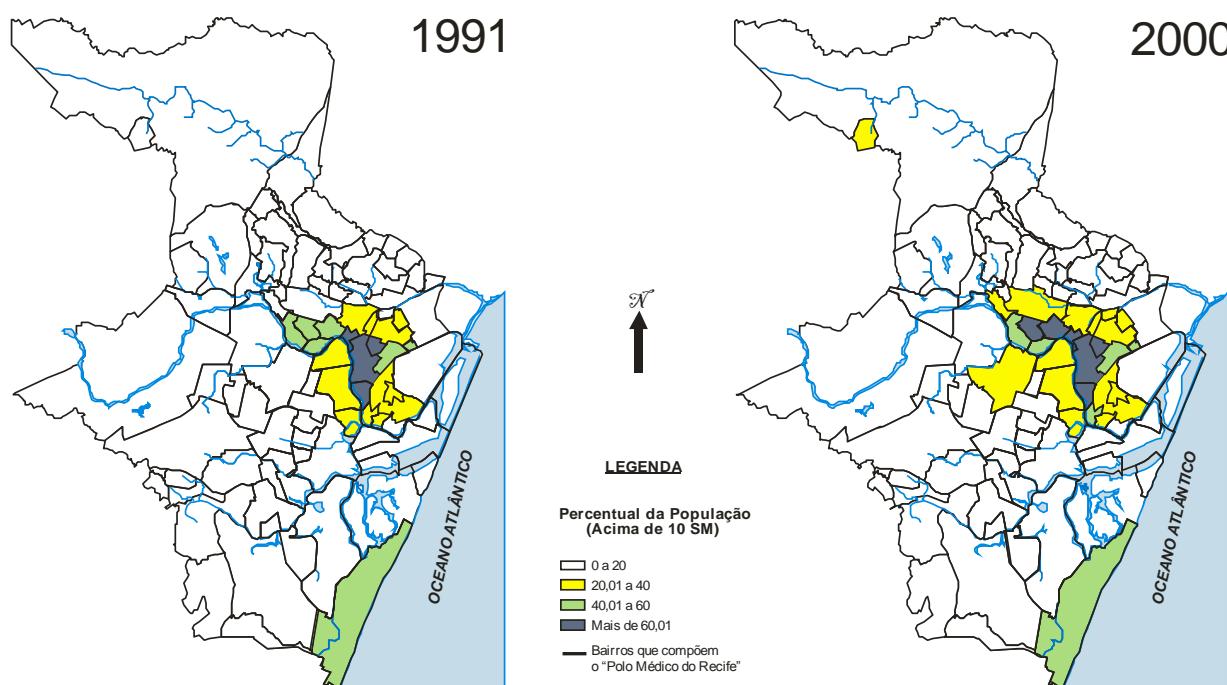
Mapa 19 – Município do Recife: Crescimento Populacional, por Bairro (1991-2000)



Segundo o *Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife*, os bairros do Recife, que mais perderam população, entre o período de 1991-2000, são os que conformam ou circundam ao núcleo do PMR: Paissandu (-3,71%), Soledade (-2,98%), Boa Vista (-2,17%), Ilha do Leite (-0,96%) e Santo Amaro (-0,36%). Esta perda de população é consequência da dinâmica urbana experimentada nas últimas décadas por esses bairros. Tal dinâmica vem acarretando uma mudança de uso e ocupação do solo.

O Mapa 20 foi produzido a partir dos dados do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife. Demonstra que em 1991, a maior concentração de renda estava situada nos bairros do Derby, Graças, Aflitos e Jaqueira, seguidos do Espinheiro e Torreão (direção leste), e Casa Forte, Parnamirim, Poço da Panela e Santana (direção oeste), e isolado, ao sul, Boa Viagem. O surgimento do PMR, a princípio, atendia as necessidades de tais bairros já que a área do atual núcleo do PMR dispunha de terrenos e alugueis baratos, e localizados próximos aos seus potenciais consumidores.

Mapa 20 – Município do Recife: Percentual de Responsável por Domicílio Com Renda de Mais de 10 Salários-Mínimos (1991 e 2000)



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife

No censo de 2000, podemos perceber que esta concentração de renda se expandiu espacialmente, com maior intensidade em direção aos bairros a oeste, como Casa Forte e Parnamirim, e com menor intensidade para o Paissandu,

Santana e Poço da Panela, que são justamente aqueles em que ocorreu segundo dados do IBGE, um esvaziamento populacional mais acentuado.

Apesar das intensas mudanças verificadas nesses bairros nas últimas décadas, tais mudanças não ocorreram de forma uniforme no espaço, pois são constatadas a existência de porções de miséria, fruto de uma urbanização excludente, que se manifesta em uma intensa segregação socioespacial. Podemos comprovar esta segregação através da Tabela 18, que apresenta a população residente em ZEIS (Zonas de Interesse Social) na Região Político-Administrativa I, que corresponde à área central do Recife, que inclui parte importante do Polo Médico.

Tabela 18 – Município do Recife: Região Político-Administrativa I: População Residente em ZEIS, População, Área e Densidade Demográfica, 2000

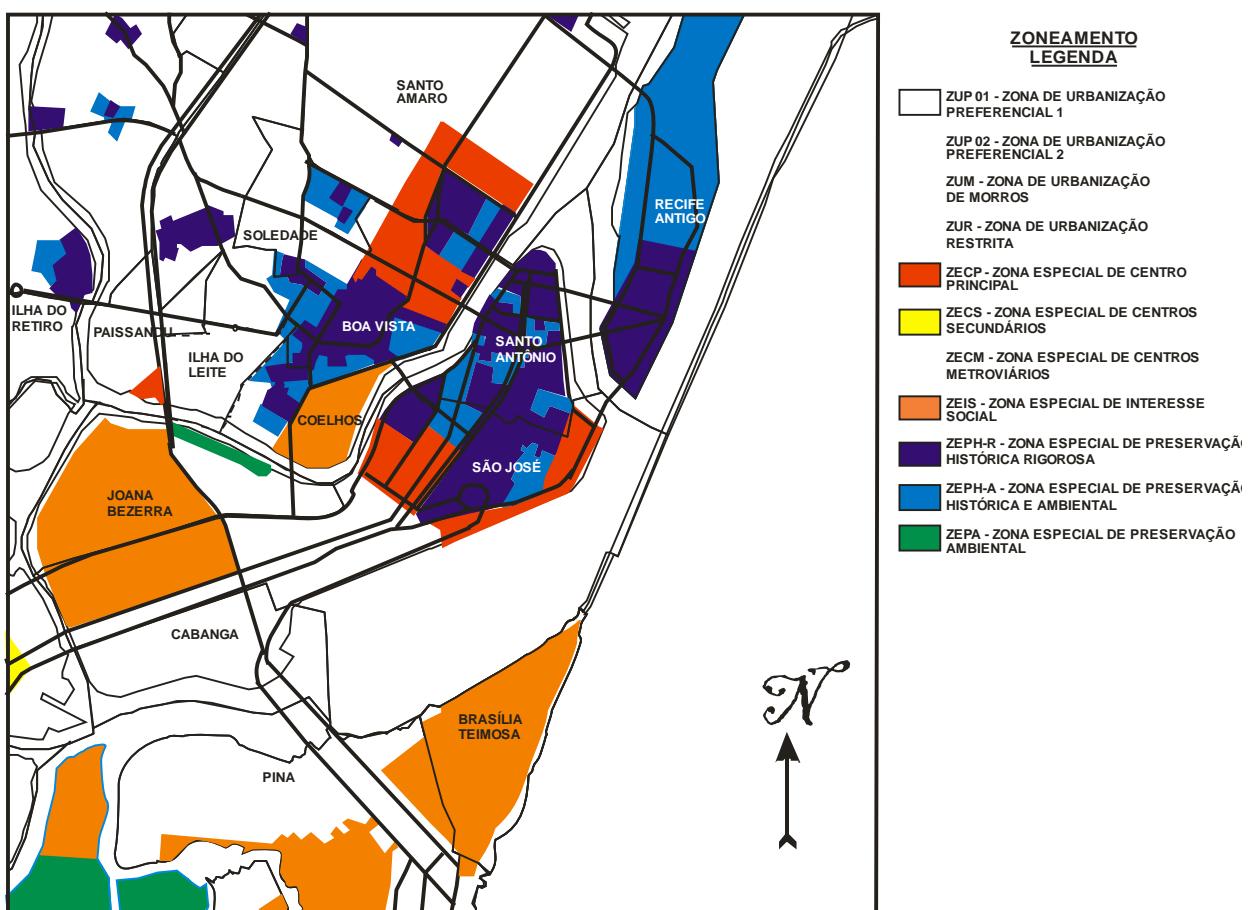
ZEIS	Bairro	População	Área (Km ²)	Densidade (Hab/Km ²)
Coelhos	Coelhos	5.485	0,251	218,52
Coque	Joana Bezerra	16.013	0,763	209,86
Santo Amaro	Santo Amaro	15.642	0,374	417,67
João de Barros	Santo Amaro	1.052	0,018	584,44
Total	-	38.192	1,4065	271,53

Fonte: Atlas Desenvolvimento Humano do Recife, 2005.

Na Tabela 18, podemos perceber que uma parte expressiva da população dessa Região Político-Administrativa ainda reside em áreas de ZEIS. Tal situação seria a confirmação do intenso contraste socioespacial: uma área de intensa valorização imobiliária, que abriga ZEIS, onde reside grande parte da sua população permanente, mas que é excluída no que tange ao usufruto dos equipamentos de saúde, tais como clínicas e hospitais.

Ao tomarmos como parâmetro a Lei de Uso e Ocupação do Solo do Município do Recife (LUOS) – de 30 de janeiro de 1997, verificamos que os bairros da Ilha do Leite e Paissandu, núcleo do PMR, classificada como Zona de Urbanização Preferencial (ZUP-1), com alto coeficiente de utilização, o que vem incentivando a valorização imobiliária da área (Mapa 21).

Mapa 21 – Município do Recife: Áreas da Ilha do Leite e Adjacências Imediatas - Lei de Ocupação e Uso do Solo (Pranchas 90 05-00, 90 07-05, 90 25-50 e 90 27-55)



Fonte: Lei de Uso e Ocupação do Solo. Disponível na Internet em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/leis/luos/index.html>

Pelo Mapa 21, visualizamos que há algumas restrições impostas apenas ao bairro dos Coelhos devido alguns imóveis tombados, tais como o prédio do Hospital D. Pedro II, do século XIX, sendo parte de uma Zona Especial do Patrimônio Histórico-Cultural (ZEPH), e a outra parte do bairro (na margem do rio Capibaribe) classificada como ZEIS.

A principal ZEIS ali existente que é a ZEIS Coelhos, teve seu início de ocupação nos primeiros anos da década de 1920, mais precisamente no Cais José Mariano. Ao longo do tempo, mediante sucessivos aterros ao longo da margem do Capibaribe, houve a sua ampliação e um estreitamento da calha do rio, ocupada com habitações precárias. Na década de 1960, o prefeito Augusto Lucena tentou expulsar os moradores, mas não conseguiu devido à mobilização da população local. A institucionalização da ZEIS Coelhos se deu com a Lei de Uso e Ocupação do Solo (Lei Municipal nº. 14.511, de 1983).

Na década de 1980, o Governo Federal, através do Programa PROMORAR¹³⁰ deu início à construção de algumas casas num campo de futebol ali existente. Devido a isso, alguns moradores dos Coelhos fazem distinção entre Coelhos – considerada uma comunidade já consolidada – e a Campina dos Coelhos – que é considerada pelos locais como uma comunidade de implantação do PROMORAR. Nos anos de 1990, uma comunidade denominada Rua Beco do Espanadrapo surgiu entre os muros do Hospital D.Pedro II.

Apesar da fragmentação socioespacial no núcleo do PMR, é louvável a permanência de classes de mais baixa renda em áreas de tão grande valorização imobiliária. Ao mesmo tempo é lamentável a precariedade em termos de serviços públicos básicos oferecidos a esta população, o que faz com que essas áreas pobres sejam verdadeiras “ilhas de pobreza e miséria”, incrustadas numa área símbolo da modernização recifense.

Com o passar do tempo, o PMR foi extrapolando os bairros da Ilha do Leite, Paissandu e Derby, seguindo dois vetores: (i) em direção aos bairros de Casa Forte e da Torre mediante a proliferação de consultórios privados ao longo das principais vias (avenidas Agamenon Magalhães, Cons. Rosa e Silva e Rui Barbosa e entre as ruas Real da Torre e José Bonifácio), e (ii) em direção a Boa Viagem, ao longo das avenidas Eng. Domingos Ferreira e Cons. Aguiar. Esse último vetor é, considerado um núcleo “secundário” do PMR, mas interligado ao seu núcleo central (no caso, os bairros da área central da cidade).

Essa expansão espacial foi proporcionada com o objetivo de suprir a demanda existente por serviços de saúde dos bairros da Zona Sul do Recife e, também, de alguns bairros da classe média-alta de Jaboatão dos Guararapes (Piedade e Candeias), bem como, os bairros da classe média, situados a oeste (Imbiribeira, Ipsep, etc.). Este núcleo secundário do PMR é formado por diversas empresas privadas de saúde, tais como, o HOPE, Unimed, etc., que já atendiam no núcleo principal. Este é mais um indício que este núcleo na realidade é um prolongamento do núcleo central do PMR.

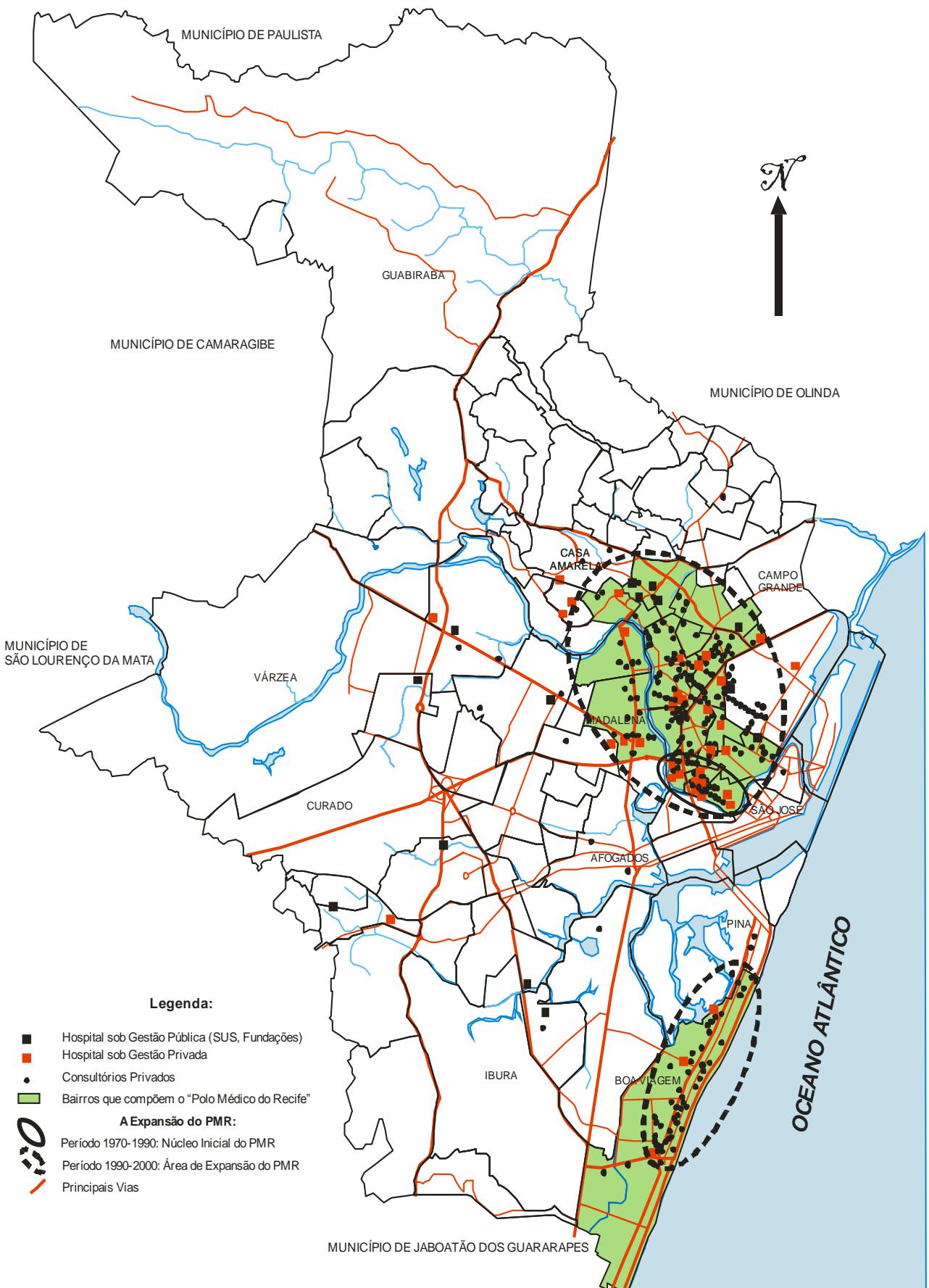
¹³⁰ O Ministério do Interior, através do Ministro Andreazza, anunciou o PROMORAR, demonstrando que o governo federal também estava preocupado e atento ao problema habitacional e o leva para Brasília Teimosa, Coelhos e Coque. O PROMORAR (Programa de Erradicação de Sub-Habitação Favelas), aprovado pelo Presidente da República em 28/06/1979, visava a solucionar o problema das habitações sub-humanas, as favelas e as palafitas, urbanizando-as quando possível, e erradicando-as, quando for "caso perdido", foram palavras textuais do Ministro, ao anunciar o projeto.

Tal situação permite afirmar que esta expansão do PMR é uma das evidências mais claras, que ocorre simultaneamente um processo de concentração e desconcentração. Há uma concentração de grandes equipamentos de saúde, como hospitais, e uma desconcentração, impulsionada pela rede pública (no caso, o SUS – os centros de saúde e postos de atendimento), assim como, pela rede privada mediante pequenas unidades de atendimento (os consultórios).

Essa desconcentração seria, como evidenciado, uma consequência da dinâmica atual do setor de saúde, no qual, nas últimas décadas, o hospital vem perdendo a sua importância no sistema. Em outras palavras, a substituição do papel do Hospital no sistema de saúde vem acarretando uma descentralização, tanto no sistema público quanto no sistema privado, onde “os hospitais privados tendem a ser de menor tamanho que os públicos” OPAS (2004:86).

No mapa de distribuição dos equipamentos (Mapa 22), verificamos que o núcleo central do PMR, situado nos bairros do Derby, Ilha do Leite e Paissandu, com o passar do tempo se ampliou, acompanhando as margens do Rio Capibaribe.

Mapa 22 – Município do Recife: Localização e Expansão do PMR, 2006



Fonte de Dados: CNES, jun. 2006; Mapa Elaborado pelo Autor.

Esta expansão seguiu as direções norte/oeste, e acompanhou as margens do Rio Capibaribe, onde se situa os bairros das Graças, Espinheiro, Jaqueira, Tamarineira e Parnamirim (na margem direita), e os bairros da Madalena, Torre (na margem esquerda) e, também, isoladamente para o sul, pois em Boa Viagem reside uma parte importante dos segmentos de alta renda. Assim, podemos afirmar que os bairros habitados por população concentradora de renda foram os que atraíram e continuam a atrair a iniciativa privada de saúde.

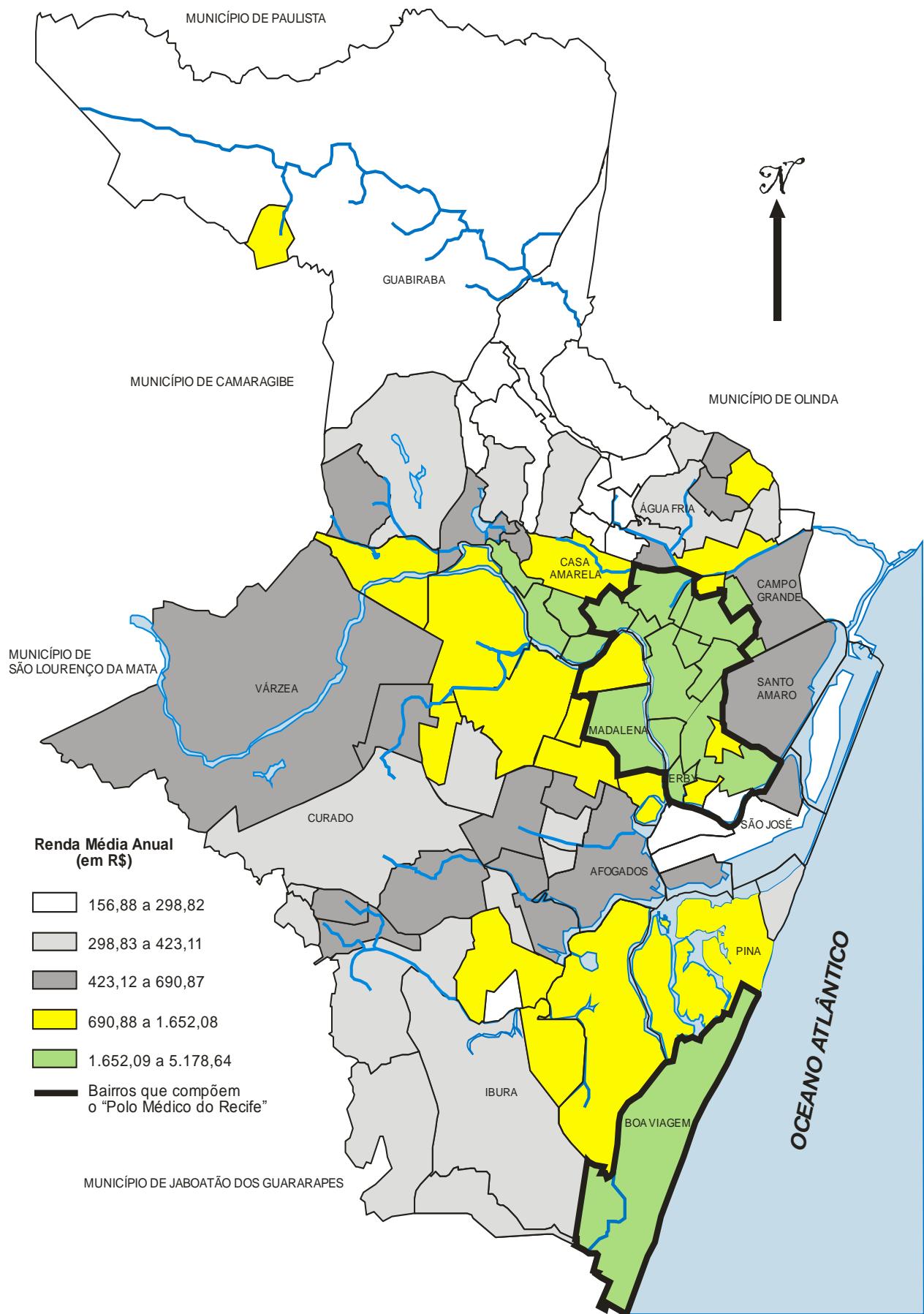
Os dados apresentados no Mapa 23 (página seguinte), relativo à distribuição de renda comprovam que o PMR está estrategicamente localizado, ou seja, numa área próxima ao mercado consumidor de seus serviços. Ao mesmo tempo, ocorre, como visto, um esvaziamento populacional dos bairros que o compõe. Tal processo indica que há uma estreita relação entre distribuição de renda e equipamentos de saúde disponíveis.

A redução populacional dos bairros que configuram o núcleo do PMR, o processo de valorização imobiliária, e de verticalização, a modificação do perfil de uso do solo (residencial p/ comercial e serviços), são as principais características da dinâmica espacial desses bairros.

Essa dinâmica também poderá vir ocorrer nos bairros circunvizinhos ao PMR. Em alguns deles, segundo dados do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, vem ocorrendo uma redução populacional e verifica-se uma tímida tendência a verticalização, o que levaria possivelmente a um processo mais intenso de valorização imobiliária.

Esta análise da formação e estrutura do PMR, bem como, da sua composição fez chegar, ao final desta pesquisa, a algumas conclusões e possíveis sugestões que permitam prosseguir como o estudo do fenômeno em questão.

Mapa 23 – Município do Recife: Distribuição de Renda por Chefe de Domicílio, 2000



Fonte: Atlas de Desenvolvimento do Recife.

CONCLUSÕES

As respostas às diversas questões levantadas neste estudo são essenciais para uma melhor explicação do processo de concentração e desconcentração dos serviços de saúde, um setor fundamental para o bem-estar da população.

Mas, antes de tudo, devemos registrar que o seu crescimento foi decorrente das demandas da sociedade, principalmente, dos segmentos de maior poder aquisitivo no que se refere a um melhor atendimento médico e hospitalar. Tal demanda por atendimento médico impulsionou a sua evolução inicial, que se deu ao longo do tempo, como resultado da necessidade emergencial de socorrer a população local de diversos surtos epidêmicos, principalmente no século XIX e na primeira metade do século XX, e não por uma questão de ampliação do direito à saúde.

Os primeiros hospitais, o Hospital Português (1857) e o Hospital D.Pedro II (1860), que surgiram na área urbana da cidade foram posteriormente removidos para fora do perímetro urbano daquela época, instalando-se nas áreas que deram origem posteriormente, ao PMR. A realocação de tais hospitais foi influenciada pelo predomínio, no meio médico entre os séculos XIX e início do XX, da teoria dos miasmas. Esta teoria foi essencial, já que era dominante a ideia de que os hospitais deveriam ser instalados próximos as áreas com abundância de água corrente, fácil ventilação e distantes do centro urbano, o que facilitaria a cura de diversas doenças. Além da teoria dos miasmas, outro fator que influenciou grandemente a escolha locacional desses hospitais, foi sua proximidade com a navegação fluvial, o que facilitaria o transporte de doentes dos bairros mais distantes até estas unidades de saúde.

Tal situação fez surgir, no Recife, dois extremos: um local aprazível e salubre para o tratamento de enfermidades, correspondendo aos bairros do Derby, Coelhos e Paissandu, e outro insalubre e perigoso, formado pelo bairro Santo Amaro que, apesar de também possuir alguns dos hospitais mais antigos da cidade, não obteve êxito em atrair novos equipamentos de saúde, talvez pela “fama” adquirida de local dos mortos e de doentes.

Mais tarde, a localização e concentração de outros hospitais no local salubre e aprazível contribuíram para a instalação da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (hoje a UFPE) no bairro do Derby. Esta faculdade, juntamente com o Hospital D.Pedro II, foram os principais centros formadores de profissionais de

saúde por mais de meio século. Tais unidades de ensino médico (grandes unidades do sistema) foram indutores de atração dos hospitais privados – de tamanho reduzido – que, por sua vez, atraíram clínicas e consultórios privados.

A intensificação do processo de industrialização, após a II Guerra Mundial, conjugada com a urbanização do país, impulsionou a criação e ampliação de uma rede de saúde pública e, posteriormente, de uma rede privada que viria a complementar o atendimento médico no país (no caso, o aparecimento das CAPs). A partir da consolidação das CAPs, ocorreu à necessidade da ampliação da rede de atendimento médico e, em extensão, o surgimento de uma indústria de equipamentos médicos hospitalares.

Esta ampliação da rede de atendimento médico veio depois a impulsionar a demanda por equipamentos de saúde. Tal demanda aumentou consideravelmente após a criação do INAMPS que, por sua vez, incentivou e fortaleceu a expansão da rede privada de saúde. O crescimento da rede privada, principalmente de caráter ambulatorial, a partir de meados dos anos de 1970, fazia parte de uma estratégia governamental mais ampla. Afinal, o agravamento da crise econômica a partir de então reduziu substancialmente a capacidade de financiamento do sistema público de saúde, o que piorou significativamente a qualidade do serviço prestado.

A saída para a crise de atendimento público foi o incentivo à ampliação dos convênios de atendimento entre as entidades privadas de saúde e o extinto INAMPS. Em outras palavras, a saída da crise na saúde pública seria a ampliação do sistema privado que, teoricamente, ao possuir menores custos e mais versatilidade no atendimento, paulatinamente iria substituir o sistema público.

Na realidade, a ampliação e consolidação da iniciativa privada de saúde faziam parte de uma política de governo calcada no desejo de “Brasil Potência” do regime militar brasileiro, beneficiando os setores da classe média que sustentavam o desenvolvimento econômico do país na década de 1970.

Não devemos esquecer que esta estratégia de consolidação de uma rede de saúde privada complementar se deu via Governo Federal. Este teve o papel de organizar o sistema de saúde, concentrando as suas ações na construção de uma rede de atendimento de urgência através de duas iniciativas básicas: a criação do FAS, como sendo a fonte de financiamento e expansão da rede de saúde, além da

criação do PPA, cujo objetivo era ampliar o atendimento de urgência (ou a sua possível universalização).

Todavia, cabe ressaltar que durante décadas, o INAMPS atuou de forma monopsônica, tendo o poder de estipular o preço dos serviços. Sendo assim, no seu início, houve incentivos à ampliação do sistema privado e a instalação dos equipamentos hospitalares. Esta ampliação, no caso do Recife, se deu numa área que ainda não era tão valorizada, já que os preços pagos pelos serviços não compensaria o investimento em áreas de alto poder aquisitivo. O baixo preço do solo urbano, aliados a sua localização estratégica, foram um dos fatores importantes na decisão de instalação dos equipamentos hospitalares.

Outro fator facilitador da concentração espacial de equipamentos hospitalares foi que a área dos bairros da Ilha do Leite, Paissandu e Derby eram predominantemente residenciais. Tal situação, fez com que houvesse uma maior atuação de diversos agentes imobiliários como intermediários no processo de ocupação e nas modificações espaciais hoje existentes.

Esta atuação de agente imobiliários naquele recorte espacial introduziu mudanças substanciais na paisagem local, e também modificou o perfil das residências: de um bairro tradicionalmente residencial se tornou uma área tipicamente provedora de serviços de saúde. Tais modificações contribuíram por uma maior competição por espaço, induzindo uma maior valorização imobiliária.

Foi à nítida diferenciação espacial dessa área, que nos fez a classificá-la como uma região dentro do município do Recife, pois tal diferenciação a destaca do restante da cidade e do seu entorno geográfico imediato. A área que hoje corresponde ao núcleo principal do PMR é aquela situada justamente entre os hospitais existentes na cidade no século XIX, e que hoje corresponde, em grande parte, às áreas nobres da cidade.

Devemos ainda mencionar que a política estabelecida de custear a ampliação da rede hospitalar do país, desde os anos de 1970, era financiada através da arrecadação dos descontos previdenciários, sendo uma evidência da desorganização do sistema, onde a saúde e previdência social foram custeadas pela mesma fonte, o que aumentou, e muito, o gasto da previdência social no Brasil.

Tais gastos em saúde e previdência foram essenciais para ampliação da rede privada, mas que se tornou um grave problema a partir dos anos 1980. O agravamento da crise econômica nessa década, fez com que houvesse uma piora das condições sociais de parcela importante da população. Para agravar ainda mais a situação, a esfera federal pouco investia no setor da saúde pública.

Esta situação de abandono do governo federal pela saúde pública fez com que se iniciasse no país, o debate sobre a sua descentralização, transferindo competências para os estados e municípios. Surgiu, então, outra possibilidade de expansão dos serviços médicos privados, principalmente através da migração de grande parte da classe média (que já vinha ocorrendo desde os anos 1970) para os chamados planos ou convênios.

O problema de financiamento do sistema de saúde se agravou outra vez com o surgimento do SUS nos anos de 1990. A partir daí, as crises de atendimento se tornaram mais frequentes e, como consequência, ocorreu uma maior ampliação do sistema privado, indo de encontro a Constituição de 1988 e à Lei Orgânica da Saúde, segundo as quais esse sistema deveria agir de forma complementar, e não concorrer com o sistema público de saúde.

Além desta concorrência, os diversos níveis de governo que compõem o SUS em geral, não investiram de forma correta, descumprindo as suas atribuições legais. O sistema de atendimento de urgência durante décadas não recebeu o investimento necessário, sendo sucateado. Os municípios, que deveriam ser os principais provedores de saúde, concentraram as suas atividades em programas preventivos, o que contribuiu consideravelmente para sobrecarregar as emergências estaduais.

Esta sobrecarga de pacientes nas emergências estaduais, a falta de investimento na rede de atendimento de urgência, gerou uma “crise de confiança” no sistema público. Foi a partir daí que se consolidou o PMR, ou seja, a deterioração do atendimento prestado pelos hospitais públicos foi um incentivo à instalação de consultórios e clínicas e, em seguida, o aparecimento de hospitais privados.

A concentração de diversos equipamentos numa área tão restrita é explicada também por sua localização estratégica. Os hospitais que deram suporte ao surgimento do Polo – Pedro II, Restauração, Português, Servidores do Estado – são justamente os mais procurados por serem os mais “bem situados” (sendo sub-polos

geradores), muito embora o número de leitos seja inferior à demanda. Enquanto isso, aqueles situados mais distantes, nas periferias metropolitanas, estão com problemas de falta de pessoal, e até mesmo de equipamentos básicos para um bom atendimento.

O núcleo do PMR são áreas compostas justamente por alta densidade construtiva, situadas próximos ao núcleo central da cidade e acessíveis mediante importantes vias. Tal configuração justifica o fato destas áreas estarem dentre aquelas que possuem os maiores índices de valorização do solo, e ao mesmo tempo, são áreas em que ocorreu um esvaziamento populacional nos últimos anos.

Este esvaziamento populacional e a verticalização mudaram o perfil de uso e ocupação de solo. A construção de hospitais privados, em geral, de tamanho reduzido, atrai outros equipamentos de saúde, impulsionando o desenvolvimento de estruturas administrativas ou de apoio clínico comuns para esses estabelecimentos (bancos de sangue, serviços de esterilização e de apoio logístico, tais como manutenção, laboratórios, etc.). Isso constitui expressões dessas modificações.

Sob a ótica tecnológica e de recursos humanos, a iniciativa privada de saúde (incluindo-se aí, os hospitais) tem monopolizado as tecnologias mais sofisticadas e também os especialistas médicos de maior renome. A incorporação de tecnologias avançadas, numa cidade com graves problemas sociais, onde grande parte da população não as acessa, fez com que ocorresse a subutilização de seus equipamentos que, somada ao alto custo de tais tecnologias, vem acarretando crises periódicas, diminuindo a rentabilidade e pondo em risco a sobrevivência de várias instituições privadas e, até mesmo, do PMR.

Apesar de seu crescimento e importância no contexto regional, o PMR não é o “segundo polo médico do Brasil” conforme afirma o IPEA, e tampouco o “terceiro polo médico do Brasil” tal como anuncia o *sítio* da Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Estado de Pernambuco. Os principais indicadores analisados apontam o Recife como apenas o 11º. lugar em número de estabelecimentos de saúde, e o 5º. em número total de leitos entre as capitais.

Sem dúvida, o Polo Médico do Recife é um equipamento urbano importante à cidade e à sua Região Metropolitana. No entanto, parte importante de sua população não possui condições econômicas suficientes para usufruir de tais serviços. Devida

a essa situação, não há possibilidade de uma maior expansão, pois os equipamentos de saúde existentes no PMR são de alto custo de manutenção, o que reflete nos custos dos planos de saúde repassa aos seus segurados. Tal situação faz com que os equipamentos privados de saúde ali existentes dependam de uma expansão de consumo de novos procedimentos, ou seja, do consumo daqueles que já são clientes.

Como a expansão do consumo dos serviços oferecidos pelo PMR não vem ocorrendo, ocorre entre as empresas que participam de tal equipamento, uma concorrência certa forma “predatória”, devido a uma superconcentração de equipamentos. Devido a esta superconcentração, os equipamentos de saúde privados ali instalados são subutilizados e de alto custo de manutenção, enquanto que os equipamentos públicos não são suficientes para suprir a grande demanda existente que não possui acesso a um plano privado de saúde.

Nesta situação, o PMR não contribui para um crescimento sustentado da cidade e nem tampouco traz melhorias consideráveis para grande parte da população local no que tange ao atendimento médico. Esta pouca contribuição, somada a uma desarticulação entre os diversos equipamentos de saúde que o compõem, contribuem para o seu enfraquecimento (tais como fechamento de hospitais, clínicas, crises de atendimento, etc.). Sendo assim, afirmamos que o PMR é apenas um “polo de crescimento”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A PESTE NO RECIFE. Jornal Diário de Pernambuco, Recife, 10 ago. 1904. n.º 179. Pp.01.
- ABRÃO,J. S. Banalização da morte na cidade calada. Porto Alegre: Ed. PUCRS,1998.
- ALMEIDA, Verônica & MANTUFFEL, Hans V. O SUS em Xeque. Jornal do Commercio, Recife, 11 jun. 2000.
- ALVES, Márcio José Martins. Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?. [Doutorado]. 2006. 208 p. Disponível em: http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/9/3/339-Marcio_2006.pdf. Acesso em: 17 fev. 2009.
- AMARAL, Renata do. Medicina e tecnologia unem forças no Recife. Disponível em: http://www2.uol.com.br/JC/sites/saudebits/materia_1.html. Acesso em: 02 Nov 2008.
- ANDRADE, Manuel Correia de. Espaço, polarização e desenvolvimento. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1972.
- _____, Atlas Escolar de Pernambuco. João Pessoa: Grafset, 2003. 160 p. ISBN 85-85893-13-3.
- ANDRADE, Regis de Castro. Brasil: a economia do capitalismo selvagem. Lua Nova., São Paulo, n. 57, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452002000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-64452002000200002.
- ANJOS JR. Moacir dos. Descentralização de Políticas Sociais em Pernambuco. Recife: Fundaj – Editora Massangana, 1998.
- ARRAIS, Raimundo. Recife, Culturas e Confrontos: As Camadas Urbanas na Campanha Salvacionista de 1911. Natal: Edufrn, 1998.
- ARAÚJO, Anísio José da Silva. Paradoxos da modernização: terceirização e segurança em uma refinaria de petróleo. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 370 p.
- BAER, Werner. A Economia Brasileira. Tradução de Edite Sciulli. São Paulo: Nobel, 1996. ISBN 85-213-0893-0.

BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. 15 de fevereiro de 2007. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano/Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica. Região da América Latina e do Caribe. 105 p. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/HOMEPORTUGUESE/EXTPAISES/EXTLACINPOR/BRAZILINPOREXTN/0,,contentMDK:21436434~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:3817167,00.html>. Acesso em: 17 set. 2009.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemias. *Cad. Saúde Pública*, Jan./Mar. 1987, vol.3, no.1, p.9-15. ISSN 0102-311X. Acesso em: 26 dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n1/v3n1a02.pdf>

BARROS CORREIA, Telma de. Delmiro Gouveia: A Trajetória de um Industrial no Início do Século XX. Acesso em: 29 jul. 2009. Disponível em http://www.usp.br/pioneiros/n/arqs/tCorreia_dGouveia.doc

BARRETO, Luiz. Cinquentenário da inauguração do edifício da Faculdade de Medicina no campus universitário. Palestra proferida em 18 de janeiro de 2008 na comemoração dos 50 anos de Inauguração da Faculdade de Medicina no Campus Universitário e 200 anos de Criação do Ensino Médico no Brasil. Revista Oficina de Letras. Recife: SOBRAMES, nº. 25, 2008. 304p., II. Pp. 25-31.

_____, Universidade do Recife: perfil das unidades do ano de 1946. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1996. 180 p.: II., fotos.

BASTOS, Othon. Hospital da Tamarineira Cobiçado. Diário de Pernambuco. Recife, 17 de junho de 2007. nº. 168, p. A-15.

BASTOS, Ana Karine Pereira de Holanda. O léxico dos anúncios de escravos nos jornais do Recife do século XIX (1853-1855) / Ana Karine Pereira de Holanda Bastos. – Recife: O Autor, 2007. 110 folhas: il., fig., quadros.

BERTUCCI, L. M. Influenza, a medicina enferma. Campinas: Ed.Unicamp, 2004.

BERTUCCI-MARTINS, L M. Gripe espanhola, da casa ao hospital. In: Nascimento, D. R. do; Carvalho, D. M. de (org.) Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004, p.165-181.

BITOUN, Jan. Ações preventivas que inovam o atendimento público à saúde.

Cidadania é Notícia, N. °4. Abril-Maio 2000, Recife: Etapas, 2000.

BRASIL, Constituição Federal. 1988.

_____, Senado Federal. O Senado e a 4ª. República (1). Acesso em: 21 de fev. 2007. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comunica/historia/rep13.htm>

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do Século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. p.1-543, ISBN: 8524030801 Acesso em: 07 de mai. 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas_populacionais.shtml

_____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Marcos do Planejamento Público no Brasil: 1947-2000. Acesso em: 21 de fev. 2007. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/spi/publicacoes/evolucao_1.pdf

_____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisas Aplicadas. Gestão do uso do solo e disfunções do crescimento urbano: instrumentos de planejamento e gestão urbana: Belém, Natal e Recife/ IPEA, USP, UFPa, UFPE. Brasília: IPEA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos (2006: Rio de Janeiro, RJ)./ Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Ano 1 (mar. 2006) –. Rio de Janeiro: ANS, 2006 – 98p. Trimestral. [Acessado em 24 de abril de 2006]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17700.asp

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS / Agência Nacional de Saúde Suplementar. - [N.] 1 (dez. 2005). Rio de Janeiro: ANS, 2005. Disponível na internet: <http://www.ans.gov.br>.

_____. Banco do Nordeste do Brasil. Oportunidades de Investimentos no Nordeste do Brasil. Fortaleza: BNB, 2005. 76 p. Disponível na Internet: <http://www.bnb.gov.br>

_____. Receita Federal do Brasil. [Acessado em 2 de novembro de 2007]. Disponível na Internet: <http://www.receita.fazenda.gov.br>.

_____. Agência Brasil. Para aliviar crise em Pernambuco, hospitais da Paraíba e do Ceará receberão pacientes do estado. Disponível em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/08/02/materia.2007-08-02.4116498053/view>. Acesso em: 02 ago. 2007, às 11h 10min.

BRITO, N. A. de. "La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro". História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, vol.IV, nº1, p.11-30, mar.-jun., 1997.

BURGER, Juliana Bandeira A. A paisagem nos planos de saneamento de Saturnino de Brito: entre Santos e Recife (1905-1917). Recife: O Autor, 2008. 160 folhas: II., quadros.

BUENO, Silveira. Minidicionário da Língua portuguesa – Ed. Ver e atual. – São Paulo: FTD, 2000.

CALABRIA, Maria Clara Arruda. Nosso Chão, Caminhos de Lutas e Conquistas: A Experiência da Política Fundiária Urbana – Uma Visão Não-Linear da Cidade. Recife: O autor, 1994. Dissertação de Mestrado de Desenvolvimento Urbano e Regional.

CAPISTRANO FILHO, David. Da Saúde e nas Cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARDOSO, Eliana A. Economia Brasileira ao Alcance de Todos. 8^a. Ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989. ISBN: 85-11-09032-0.

CARDOSO, Fernando Henrique & FALETTO, Enzo. Dependência e Desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica. 7^a. Ed. São Paulo: Zahar Editores, 1984.

CARDOSO, Wilson Benes de Oliveira; VALADARES, Jorge de Campos. O ritmo das transformações, a exclusão, a legislação urbana e a condição humana na cidade. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan. 2007. doi: 10.1590/S1413-81232002000200011.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. A cidade. São Paulo: Contexto, 1997.

_____, “Novas” contradições do espaço in: O espaço no fim de século: novas raridades. São Paulo: Contexto, 1999.

- CASTELLS, Manuel. Sociedade em Rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- CASTILHO, Cláudio Jorge Moura de. As Atividades dos serviços, sua história e o seu papel na organização do espaço urbano: uma “nova” perspectiva para a análise geográfica? Recife: mimeo, 1998.
- CASTRO, Josué de. Visões do Recife. In MAIOR, Mario Souto & DANTAS SILVA, Leonardo (orgs). O Recife: quatro séculos de sua paisagem. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana: Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação e Cultura, 1992. 300p. II. Pp. 253-262.
- _____. Fome: um Tema Proibido. Recife: Condepe, 1996. 326p.
- CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan 2007. doi: 10.1590/S1413-81232006000400020.
- CELATS. Salud comunitaria y promoción del desarrollo – Modulo I: necesidad y calidad de vida. Lima: CELATS: 1991. ISBN 84-89298-17-3.
- CASÉ, George. Formação Urbanística do bairro de Santo Amaro: forma urbana e imagem. in: Pontual, Virgínia & Carneiro, Ana Rita de Sá (org.). História e Paisagem: Ensaios Urbanísticos do Recife e de São Luís. Recife: Bagaço, 2005, p. 204-239.
- CASÉ FILHO, Paulo Roberto. O polo-médico da cidade do Recife como indutor do crescimento do setor de serviços: 1997/2001. 2003. 63 f. Monografia (Conclusão de Curso de Economia) - Universidade Católica de Pernambuco. Departamento de Economia.
- CHRISTOFOLETTI, Antônio. Análise de Sistemas em Geografia. São Paulo: Hucitec, 1979.
- CLARK, David. Introdução a Geografia Urbana. (Tradução de Lúcia Helena de Oliveira Gerardi e Silvana Maria Pintaudi). Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil S.A., 1991.
- CONSELHO Federal de Medicina defende consolidação do SUS. Jornal do Commercio, Recife, 06 mar.1999.

CORRÊA, Roberto Lobato. O Espaço Urbano. 3^a. ed. São Paulo: Editora Ática S.A., 1995. ISBN 85-08-03260-9.

COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 124p.

DAMIANI, Amélia Luisa. A crise da cidade: os termos da urbanização in: O espaço no fim de século: novas raridades. São Paulo: Contexto, 1999.

DEMO, Pedro. Desenvolvimento e Política Social no Brasil. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, Brasília: Ed. Universitária de Brasília, 1978.

DIAS, Maria Clarice. Saúde desprezada. Jornal O Globo, Rio de Janeiro, 17 mai. 2000.

DEPARTAMENTO INTER-SINDICAL DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. Disponível em: <http://www.dieese.org.br>. Disponível em 25 abril. 2006.

DUARTE, André. Histórias do Rio: A Revolta da Vacina. Diário do Rio. Rio de Janeiro, 03 dez. 2008. [acessado em 27 de julho de 2009]. Disponível na Internet em: <http://diariodorio.com/histrias-do-rio-a-revolta-da-vacina/>

DUBEUX, Carlos Henrique Santos. Parâmetros para a qualidade dos serviços de saúde: o caso do Polo Médico do Grande Recife. Recife: O autor, 2000. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção da UFPE.

EMPRESA paranaense construirá gasoduto. Diário de Pernambuco, 13 jan. 2000. Cidades, p. 13.

ESPECIAL Polo Médico. Diário de Pernambuco, Recife, 18 mai. 2004.

FERREIRA, João Sette Whitaker. Globalização e Urbanização Subdesenvolvida. In São Paulo em Perspectiva, Vol. 14, N° 4, dezembro de 2000. 10-20. SP: Fundação Seade [acessado em 12 de julho de 2005]. Disponível na Internet em: <http://www.periodicos.capes.br>.

FIGUEIREDO, Gustavo de Godoy. O polo médico do Recife e as empresas administrativas de planos de saúde. 2004. 33 f. Monografia (Conclusão de Curso de Economia) - Universidade Católica de Pernambuco. Departamento de Economia.

FIGUEIREDO, Nestor de. Cópia da Planta do Bairro da Boa Vista. Recife, 24 de setembro de 1909. 1 mapa, M9/G3 nº. 1654-1285. Cópia da Planta do Bairro da Boa

Vista.

FIORENTINO, Liliana Lunardelli de. Espaço urbano e Desenvolvimento Capitalista na América Latina. Recife: O autor, 1981. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Urbano e Regional da UFPE. 149 pp.

FONSECA, Vânia. Manaus: Polo de desenvolvimento regional?. In Geografia, Vol. 7, nº. 13-14, outubro de 1982. 75-99. Rio de Janeiro.

FRANCO, Maria de Assunção Ribeiro. Planejamento Ambiental para a Cidade Sustentável. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2001.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. A construção do cuidado em um programa de atendimento domiciliar ao acamado do município de Porto Alegre, RS. Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007. 194 f.: il.; 30 cm. [acessado em 27 de julho de 2009]. Disponível na Internet: http://bdtd.unisinos.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=491

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro. São Paulo: FGV, 2000. [acessado em 21 de fevereiro de 2007]. Disponível em: http://www.cpdoc.fgv.br/dhbb/htm/dhbb_apresentacao.htm

FURTADO, Celso. Teoria e Política do Desenvolvimento Econômico. 7^a. Ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1979.

GERARD, André; SILVA, Neide & SCHWEIGERT, Hans (Coordenação Geral). Nobreza no Chão: Ocupações Urbanas no Recife. Recife: Editora Etapas, 1992.

GOMES, Jorge. Proposição: INC-4209/2004. Sugere ao Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, a implantação da Fábrica da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia em Pernambuco. Brasília: Câmara dos Deputados, 2004. Disponível na Internet: <http://www2.camara.gov.br/deputados>. Acesso em 16 de abril de 2006.

GOMINHO, Zélia de Oliveira. A Infância do Homem Novo. Recife, Décadas de 30 e 40. Artigo apresentado VII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (VII JEPEX), da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Recife, 2007. Disponível na Internet: <http://www2.camara.gov.br/deputados>

http://www.adtevento.com.br/jepex/cdrom/trab_simp_ainfancia.pdf. Acesso em: 16 out. 2008.

GOULART, A. da C. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v.12, nº 1, p. 101-142, jan.-abr. 2005.

GUERRA, Cristianne de Melo Guerra. Os componentes aquáticos nas praças do Recife in: PONTUAL, Virgínia & CARNEIRO, Ana Rita de Sá (org.). História e Paisagem: Ensaios Urbanísticos do Recife e de São Luís. Recife: Bagaço, 2005, p. 147-172.

GUIMARÃES, Mário V. 1808: um pernambucano na Corte. Disponível em: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=156>. Acesso em: 01 set. 2008.

GUIMARÃES, Marlene Maria Moreira. Crise, reestruturação produtiva e trabalho nas regiões metropolitanas brasileiras. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98. Vol. VI, núm. 119 (62), 1 de agosto de 2002. Número extraordinario dedicado al IV Coloquio Internacional de Geocrítica (Actas del Coloquio). Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-62.htm>. Acesso em: 11 nov. 2007.

GUTIERREZ, Regina Maria Vinhais & ALEXANDRE, Patrícia Vieira Machado. Complexo Industrial da Saúde: Uma Introdução ao Setor de Insumos e Equipamentos de Uso Médico. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 19, p. 119-155, mar. 2004.

HADDAD, Paulo Roberto. Desequilíbrios regionais: saída. In Rumos do Desenvolvimento. Maio/Jun. 1992. 14-20. Fortaleza: BNB.

HARVEY, David. Justiça Social e a Cidade. São Paulo: Ed. Hucitec, 1980.

_____. Condição Pós-Moderna. 11^a. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. ISBN: 65-15-00679-0.

HOCHMAN, Gilberto. Just down there, at the end of the avenue: Os sertões redefined by the sanitation movement during the First Republic. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, 1998. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

59701998000400012&lng=en&nrm=iso>. Access on: 04 Feb 2007. doi: 10.1590/S0104-59701998000400012.

HODOS, Jerome I. Globalization, regionalism, and urban restructuring: The case of Philadelphia. In Urban Affair Review. Vol. 32, No. 3, January 2002. 358-379. Sage Publications.

HUANG, Maria Tereza Barbosa. Lembranças do Futuro: Recife à espera do Século XX. Recife: O autor, 1996. Dissertação de Mestrado em História da UFPE. 137 pp.

HUFTY, Marc. BÁSCOLO, Ernesto & BAZZARI, Roberto. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cadernos de Saúde Pública, nº 22 Sup: S35-S45. Rio de Janeiro: 2006.

IMIP vai resgatar projeto original de prédio do Pedro II. Jornal do Commercio, Recife, 26 jan. 2006. Cidades, p.9.

INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO. Disponível em: <http://www.imip.org.br>. Acesso em: 15 abril. 2006.

JANOSCHKA, Michael. El nuevo modelo de la ciudad latinoamericana: fragmentación y privatización. EURE (Santiago). [online]. Dic. 2002, vol.28, no. 85 [acessado em 12 de janeiro de 2005], p. 11-20. Disponível na Internet: http://www.cl.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612002008500002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0250-7161.

KOSIC, Karel. A dialética do Concreto. 3^a. ed., São Paulo: Paz e Terra.

LASTRES, Helena Maria Martins. ALBAGLI, Sarita. LEMOS, Cristina & LEGEY, Liz-Rejane. Desafios e Oportunidades da Era do Conhecimento. Revista São Paulo em Perspectiva. Vol. 16, No. 3, Setembro 2002. 60-66. SP: Fundação Seade. Acesso em: 23 jun. 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.br>.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan 2007. doi: 10.1590/S1413-8123200000200007.

_____. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996. 252p. Disponível em: <http://www4.prossiga.br/chagas/eng/sobrech/sec/eh-592.PDF>. Acesso em: 02 mai 2007.

LINS, Carlos José Caldas. Região e Regionalização In: Notas e Comunicações de Geografia. Série B: N° 12, 2^a. Edição. Recife: UFPE, 1998. ISSN 0154-5512.

LIPIETZ, Alain. O capital e o seu espaço; tradução de Manoel Fernandes Gonçalves Seabra. São Paulo: Nobel, 1988. ISBN 85-213-0506-0.

_____. Miragens e Milagres: problemas da industrialização no Terceiro Mundo; tradução de Catherine Marie Mathieu. São Paulo: Nobel, 1988. ISEN 85-213-0523-0.

MACARINI, José Pedro. A política econômica do governo Costa e Silva 1967-1969. Rev. econ. contemp., Dez 2006, vol.10, no.3, p.453-489. ISSN 1415-9848. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-98482006000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jul 2007.

_____. A política econômica da ditadura militar no limiar do “milagre” brasileiro: 1967/69. Texto para Discussão. IE/UNICAMP, Campinas, n. 99, set. 2000.

MAIO, Marcos Chor. Afrânio Peixoto: Notas de uma trajetória médica. Revista da SBPC, nº 11, p. 75-81, 1994. Disponível em: http://www.mast.br/arquivos_sbhc/96.pdf. Acesso em: 16 jan 2009.

MANSUR, Marilia Coser. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p. Disponível em: <http://portaldeses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000072&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev 2009.

MARICATO, Ermínia. As Idéias fora do lugar e lugar fora das idéias in ARANTES, Otília. VAINER, Carlos &. MARICATO, Ermínia. A cidade do pensamento único. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. ISBN 85.326.2384-0.

MARTINS, Roberto de Andrade; MARTINS, Lilian Al-Chueyr Pereira; FERREIRA, Renata Rivera; TOLEDO, Maria Cristina Ferraz de. Contágio: história da prevenção

das doenças transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1997. Disponível em: <http://www.ifi.unicamp.br/~ghtc/Contagio/index.html>. Acesso em: 7 jun. 2009.

MATOS, Carlos Alberto de; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200023&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Jan 2007. doi: 10.1590/S1413-81232003000200023.

MELLO, Evaldo Cabral de. Canoas do Recife. In MAIOR, Mario Souto & DANTAS SILVA, Leonardo (orgs). O Recife: quatro séculos de sua paisagem. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana: Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação e Cultura, 1992. 300p. II.

MELLO, José Antônio Gonsalves de. Tempo dos flamengos. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001.

MELLO, Mário Lacerda de. Metropolização e Subdesenvolvimento: O caso do Recife. Recife: Ed. Universitária, 1975.

MELLO, Norma Lacerda de & LEAL, Suely Maria Ribeiro. Relação Público-Privado:do Local ao Global. Recife: Ed. Universitária, 1995. 303p.

MELLO, Virgínia Pernambucana de & MENEZES, José Luis Mota. Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco. Recife: Recife Gráfica e Editora, 1981.

MEYER, Regina Maria Prosperi. O Urbanismo Moderno. Disponível na Internet: http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/artecult/arqurb/urbanism/urbmod/a_present.htm. Acesso em: 9 maio de 2006.

MILFONT, Magna. Caminhos e Marcas na Cidade: a Influência do Transporte Fluvial nos Rios e Mares do Recife, do Século XIX in: PONTUAL, Virgínia & CARNEIRO, Ana Rita de Sá (org.). História e Paisagem: Ensaios Urbanísticos do Recife e de São Luís. Recife: Bagaço, 2005, p. 77-112.

MIRANDA, C. A. C. . Da Polícia Médica à Cidade Higiênica. Revista do Instituto Arqueológico Histórico e Geográfico Pernambucano, Recife, v. 59, p. 67-90, 2002. Disponível na Internet: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/policia.htm>. Acesso em: 26 dez. 2006.

- MOREIRA, Cláudio Renato Pina. A Medicina e o Ensino Médico em Pernambuco entre 1808 e 1920. Disponível em: <http://www.fcmupe.com.br/controller?conteudold=79>. Acesso em: 23 jul. 2009.
- NAJAR, Alberto Lopes; MARQUES, Eduardo César. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan 2007. doi: 10.1590/S1413-81232003000300005.
- NASCIMENTO, Luís Manuel Domingues do. Inventário dos feitos Modernizantes na Cidade do Recife (1969-1975). Recife: O autor, 2004. Tese de Doutorado em História. 448 pp: il.
- NASSER, Bianca. Economia Regional, Desigualdade Regional no Brasil e o Estudo dos Eixos Nacionais de Integração e Desenvolvimento. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 145-178, dez. 2000. Disponível em: <http://www.bnDES.gov.br>.
- NEGRI, Barjas & GIOVANNI, Geraldo Di. Brasil: radiografía de la salud. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2003. ISBN 85-86215-42-2.
- NUCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. O setor da saúde e o complexo da saúde no Brasil. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP). Universidade Estadual de Campinas. SP: Unicamp. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/>. Acesso em: 11 nov. 2007.
- NUNES, Tânia Celeste Matos. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 194 p. Disponível em: http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00010102&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2009.
- O'CONNOR, James. USA: a crise do Estado capitalista; tradução de João Maia. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. 264 p. (O Mundo hoje, v. 13). Do original em inglês: The fiscal crisis of the State.
- OLIVEIRA REIS, José de. O Rio de Janeiro e seus prefeitos, evolução urbanística da cidade. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, vol.3; SANTOS, Noronha. Esboço

histórico acerca da organização municipal e dos prefeitos do Distrito Federal. Rio de Janeiro: Of. Gráfs. O Globo, 1945.

OMS. La Crisis de la salud en las ciudades: Estrategias de Salud para todos frente a la rápida urbanización: Informe de las discusiones técnicas celebradas en la 44^a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1994. ISBN 92 4356159 6 (printed in Spain). 88 p.

_____. Rapport sur la Santé dans le Monde 1998: le vie ao 21 e siècle: une perspective pour tous. Genève: Organización Mundial de la Santé, 1998. ISBN 92 4256189 4; ISSN 10 20-332X.

OPAS. Brasil: O perfil do Sistema de serviços de saúde. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. Brasilia, OPAS: 2005. 38 p.

_____. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.: il. ISBN 85-87943-02-2.

_____. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2007.

OUTTES, Joel. O Recife pregado à cruz das grandes avenidas. Recife: o autor, 1992. 254 p. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Urbano. UFPE.

PEREIRA, Geraldo. Pródomos do Ensino Médico no Brasil in Revista Oficina de Letras. Recife: SOBRAMES, nº. 25, 2008. 304p., II. Pp. 41-54.

PERROUX, François. O Conceito de Polo de Crescimento In: Urbanização e Regionalização, Relações com o Desenvolvimento Econômico. Rio de Janeiro: IBGE, 1975.

PESSÔA, Luisa Regina. Mergulho em Montes Claros: Desafios da Alociação de Recursos na Rede SUS. [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2005. 193 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/luisa_pessoa_p1_2005.pdf. Acesso em: 17 fev. 2009.

PENNA, Belisário. O BRASIL, um vasto hospital. Em torno da molestia de Chagas. O que nos diz uma autoridade científica. A Noite, Rio de Janeiro, 20 ago. 1920.

Disponível em: <http://www4.prossiga.br/Chagas/sobrech/sec/mi-667.html>. Acesso em: 8 dez. 2007.

PETRUSKI, Maura Regina. O Inimigo invisível: a epidemia de gripe espanhola em Ponta Grossa-1918. Revista Analecta. Pp. 9-17. V.2 N.1. Unicentro. Disponível em: <http://www.unicentro.br/editora/revistas/analecta/v2n1/artigo%201%20o%20inimigo%20invisivel.pdf>. Acesso em 22 set. 2009.

PINHO, Carlos Eduardo Romeiro. 1918, A Gripe Espanhola e a Veneza Brasileira. XXIII Simpósio Nacional de História. Revista da Associação Nacional de História – ANPUH. *HISTÓRIA: GUERRA E PAZ: de 17 A 22 DE JULHO DE 2005*. Disponível <http://www.anpuh.uepg.br/xxiii-simposio/anais/menu.htm>. Acesso em: 22 set. 2009. ISBN 85-98711-03-9

PINTO, Luiz Carlos. Copergás vai investir R\$ 47 milhões. Diário de Pernambuco, Recife, 02 jan. 2001. Caderno Economia, pp. B8.

PLANOS pagarão atendimento pelo SUS. Jornal do Commercio, Recife, 02 out. 1999.

REAL HOSPITAL PORTUGUES DE PERNAMBUCO Disponível em: <http://www.rhp.com.br>. Acesso em: 2 maio. 2006.

RECIFE terá cidade judiciária. Jornal do Commercio, Recife, 03 mar. 2009. Caderno Cidades, p. 4.

RECIFE, Prefeitura da Cidade do. Planta da Cidade do Recife e Arredores. Recife, 1932. 1 mapa. Color, Escala 1:10.000.

_____. Análise das Transformações Recentes da Margem Esquerda do Capibaribe entre a Av. Agamenon Magalhães e a BR-101. Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. Departamento de Desenvolvimento Estratégico, Divisão de Planos Normativos. Recife: mimeo, 2001.

_____. Plano Diretor de Desenvolvimento da Cidade do Recife. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria de Planejamento e Urbanismo. N° 09, Segmento I, Dezembro 1990.

_____. Pref. Augusto Lucena. Decretos Municipais 9.236 a 9.478.

_____. Pref. Geraldo Magalhães. Decretos 9.527 a 9.579, ano 1970.

- _____. Pref. Geraldo Magalhães. Decretos 9.579 a 9.620, ano 1970.
- _____. Pref. Geraldo Magalhães. Decretos 9.621 a 9.768, ano 1971.
- _____. Pref. Augusto Lucena. Decretos Municipais 9.769 a 9.843, ano 1971.
- _____. Pref. Augusto Lucena. Decretos Municipais 9.844 a 10.060, ano 1972.
- _____. Pref. Augusto Lucena. Decretos Municipais 10.061 a 10.183, ano 1973.
- _____. Pref. Augusto Lucena. Decretos Municipais 10.184 a 10.373, ano 1974.
- _____. Pref. Antônio Farias. Decretos Municipais 10.450 a 10.616, ano 1975.
- _____. Pref. Antônio Farias. Decretos Municipais 10.617 a 10.683, ano 1975.
- _____. Pref. Antônio Farias. Decretos Municipais 10. 684 a 10.751, ano 1976-A (1º semestre).
- _____. Pref. Antônio Farias. Decretos Municipais 10.752 a 10.863, ano 1976-B (2º semestre).
- _____. Pref. Antônio Farias. Decretos Municipais 10.864 a 11.039, ano 1977.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 11.472 a 11.540, ano 1980.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 11.541 a 11.605, ano 1980.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 11.606 a 11.698, ano 1980.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 11.699 a 11.800, ano 1980.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 11.801 a 11.877, ano 1981.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 11.878 a 12.015, ano 1981.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 12.016 a 12.148, ano 1981.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 12.149 a 12.235, ano 1981.
- _____. Pref. Gustavo Krause. Decretos Municipais 12.236 a 12.323, ano 1982.

RIBEMBOIM, José Alexandre. Senhores de engenho: judeus em Pernambuco colonial (1542-1654). Recife: 20-20 Comunicação e Editora, 1998.

ROBERTS, Bryan R. Globalization and Latin American Cities. In International Journal of Urban and Regional Research. Volume 29.1, March 2005. 110-123. Oxford, UK: Blackwell Publishing. Disponível na Internet: <http://www.periodicos.capes.br>.

RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de Administração Sanitária. 2^a. edição. Brasília: Senado Federal, 1979. 387 p.

RODRIGUES FILHO, José. O Inamps e a “eficiência” dos hospitais privados. Revista de Administração. Vol. 18(4) 93-97. outubro/dezembro/1983. Disponível em: <http://www.rausp.usp.br/download.asp?file=1804093.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2009.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA. Disponível em: <http://www.scml.pt/default.asp?site=scml>. Acesso em: 18 jul. 2006.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RECIFE. Disponível em: <http://www.santacasarecife.org.br>. Acesso em: 18 jul. 2006.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/>. Acesso em: 29 dez. 2006.

SANTOS, Gabriel Ferrato dos. Financiamento e investimentos na saúde pública do Brasil no período 1995/2002. Artigo mestrado profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, jan. 2003.

SANTOS, Manuel dos. O seu terreno é todo areia in MAIOR, Mario Souto & DANTAS SILVA, Leonardo (orgs). O Recife: quatro séculos de sua paisagem. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana: Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação e Cultura, 1992. 300p. II. Pp. 59-66.

SANTOS, Milton. O Espaço Dividido: Os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. (Tradução de Myrna T. Rego Viana). Rio de Janeiro: F. Alves, 1979.

_____. Manual de Geografia Urbana. Tradução de Antônia Dea Erdens, Maria Auxiliadora da Silva. São Paulo: Hucitec, 1981.

_____. A urbanização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. A natureza do espaço: Espaço e Tempo: Razão e Emoção. 2 ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

SILVA, Andréa Barbosa da. O polo médico do Recife: um estudo a partir da visão centro-periferia. 2005. 37 f. Monografia (Conclusão de Curso de Economia) - Universidade Católica de Pernambuco. Departamento de Economia.

- SILVA, Antenor Roberto Pedroso da. Polo Regional ou Cluster: O caso do município de Rio Verde, Goiás – Brasil. In Caminhos de Geografia – revista on-line. Vol.3, nº13. 41-55. Out/2004. Uberlândia: Programa de Pós-Graduação em Geografia. ISSN 1678-6343. Disponível na Internet: www.ig.ufu.br/caminhos_de_geografia.html.
- SILVA, Ligia Maria Vieira da et al. Characteristics of private health care services in Salvador, Bahia, Brazil. Cad. Saúde Pública. [online]. 1997, vol. 13, no. 4 [cited 2007-02-24], pp. 701-709. Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.
- SILVA, Pedro Luiz Barros & MEDICI, André Cezar. Considerações sobre o gasto em saúde no Brasil: dilemas até o final do século. Cadernos de Saúde Pública [on line]. 1988, vol.4, no.1, Rio de Janeiro. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000100008>. doi: 10.1590/S0102-311X1988000100008. ISSN 0102-311X. Acesso em: 26 jan. 2009.
- SINGER, Paul. Dinâmica Populacional e Desenvolvimento Econômico. São Paulo: Hucitec, 1976.
- SMITH, Adam. A Economia Clássica: Textos de Smith, Ricardo e Malthus; Seleção, coordenação e tradução de Fernando Lopes de Almeida e Francisco R. Chaves Fernandes. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- SMOLKA, Martim O. Preço da Terra e Valorização Imobiliária Urbana: Esboço para o Enquadramento Conceitual da Questão. Textos Para Discussão Interna nº 12. Brasília: IPEA, 1979.
- SOUZA SANTOS, Boaventura de. 1995a. A construção multicultural da igualdade e da diferença. Palestra proferida no VII Congresso Brasileiro de Sociologia. IFICHS/UFRJ, 4 a 06/9, Rio de Janeiro.
- TAMEZ, Silvia et al. Lo Público y Privado; las Aseguradoras y la Atención Médica en México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (4): 579-587, Oct/Dec, 1995.
- TREUTTEL & WÜRTZ. Encyclopédie des gens du monde, répertoire universel des sciences, des lettres et des arts: avec des notices sur les principales familles historiques et sur les personnages célèbres, morts et vivans, par une société de

savans, de littérateurs et d'artistes, français et étrangers. monographie imprimée. Bibliothèque Nationale de France. Vol. 22, 1833-1844. Disponível em: <<http://gallica2.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2155610>>. Acesso em: 29 dez. 2009.

TRAVASSOS, Cláudia et al . Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan 2007. doi: 10.1590/S1413-81232000000100012.

TRIGUEIRO, Eduardo Fernando Ramos. Economia de serviços à contribuição do Polo Médico para Pernambuco. 1. ed. Recife, 1999. 60 f.: il.

VAINSENCHER, Semira Adler. Coelhos (bairro, Recife). (Texto atualizado em 30 de outubro de 2007) Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newsstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=300&textCode=967&date=currentDate>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

_____. Cemitério Judeu nas Américas (Recife). Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br>>. Acesso em: 6 jan. 2009.

VIEIRA, Cássio Leite. A revolta da vacina. Revista Super. Edição 86. Novembro de 1994. Disponível em: http://super.abril.com.br/superarquivo/1994/conteudo_114370.shtml. Acesso em: 27 jul. 2009.

VILAÇA, Flávio. Espaço Intra-Urbano no Brasil. São Paulo: Fapesp, Studio Nobel, 1998.

WHO, United Nations. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Perfomance. Geneva: UN-WHO, 2000.

WILSON, Robert Hines. Polarização na Estrutura Urbana no Nordeste do Brasil e suas implicações para o Planejamento. 1978. 218 p. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Pernambuco. Mestrado em Desenvolvimento Urbano.

VELOSO, Fernando A. GIAMBIAGI, Fabio & VILLELA, André. Determinantes do “Milagre” Econômico Brasileiro (1968/73): Uma Análise Empírica. Julho de 2006.

Ibmec/RJ, EPGE/FGV e UCAM IPEA, Fundação João Pinheiro. Disponível em <http://www.eg.fjp.mg.gov.br/seminarios/download/milagre.pdf>.

Anexos

ANEXO A – Valores dos imóveis (terrenos) de alguns bairros do Recife

Bairro	Área (m ²)/Dimensões	Valor nominal de venda	Pg.	Fonte, Data	Valor Atualizado (em R\$, de Jan. 2006)
Afogados	360 (12x30)	NCr\$ 8.000,00	08	JC (Caderno II), de 15/01/1970.	11.895,10
	240 (10x24)	NCr\$ 9.000,00	12	JC (Caderno III), de 04/01/1970.	7.923,82
	231,25 (9,50x25)	NCz\$ 45.000,00	12	JC (Caderno II), de 09/01/1990.	17.053,01
Apipucos	1.400	R\$ 40.000,00	C8	DP, 25/01/2000.	59.530,29
Arruda	2.268 (84x77)	40.000,00 BTNs (ou NCz\$ 438.072,00)	A-21	DP, 04/01/1990.	115.798,02
Boa Viagem	420 (14x30)	NCr\$ 20.000,00	12	JC (Caderno III), de 04/01/1970.	17.608,50
	1.540 (28x55)	NCr\$ 70.000,00	12	JC (Caderno III), de 04/01/1970.	61.629,74
	480 (16x30)	NCr\$ 7.000,00	12	JC (Caderno III), de 04/01/1970.	6.162,97
	432 (16x27)	NCr\$ 10.000,00	P-9	DP, 11/01/1970	8.804,25
	2.750 (25x110)	NCr\$ 200.000,00	8	JC (Caderno II), de 17/01/1970.	176.084,98
	780 (26x30)	NCr\$ 30.000,00	12	JC (Caderno III), de 04/01/1970.	26.412,75
Boa Vista	576 (24x24)	NCr\$ 60.000,00	P-6	DP, 03/01/1970	52.825,49
	1.080 (24x45)	NCr\$ 70.000,00	P-8	DP (Segundo Caderno), de 10/01/1970.	61.629,74
	3.000	Cr\$ 600.000,00	P-9	DP, 17/06/1970	495.905,52
	840 (24x35)	NCr\$ 80.000,00	P-6	DP, 03/01/1970	70.433,99
	9.400 (94x100)	Cr\$ 6.500.000,00	P-9	DP, 07/01/1980	384.893,00
	574 (14x41)	Cr\$ 2.000.000,00	D-14	DP, de 05/01/1980	118.438,80
	729 (27x27)	NCz\$ 900.000,00	21	DP, de 19/01/1990	237.902,04
Casa Forte	1.980 (18x110)	NCr\$ 35.000,00	P-13	DP, 01/01/1970	30.814,87
	4.000	NCr\$ 30.000,00	10-11	JC (Caderno III), de 18/01/1970.	26.412,75
	3.600 (60x90)	200.000 BTNs	A-21	DP, 04/01/1990	78.990,12
	450 (15x30)	R\$ 60.000,00	C-8	DP, 25/01/2000	89.295,44
Cidade Universitária	360 (12x30)	NCr\$ 4.000,00	P-9	DP (Segundo Caderno), de 11/01/1970	3.521,70
	375 (12,5x30)	NCr\$ 6.000,00	8-9	JC (Caderno II), de 11/01/1970.	5.282,55
	416,50 (17x24,50)	NCr\$ 6.000,00	8	JC (Caderno II), de 31/01/1970.	5.282,55
	1.872 (48x39)	50.000 BTNs NCz\$ 6.000,00	A-20	DP, de 06/01/1990.	153.362,23
Cordeiro	768 (24x32)	NCr\$ 20.000,00	P-8	JC (Caderno II), de 08/01/1970	17.608,50
	360 (12x30)	NCr\$ 3.000,00	P-8	JC (Caderno II), de 06/01/1970	2.641,27
	220 (10x22)	NCr\$ 1.000,00	P-6	DP (Segundo Caderno), de	880,42

				07/01/1970	
	1.625 (50x32,50)	NCr\$ 15.000,00	P-9	DP (Segundo Caderno), de 07/01/1970	13.206,37
	666,15 (20,50x32,50)	NCr\$ 15.000,00	P-8	JC (Caderno II), de 06/01/1970	13.206,37
	684,15 (21,40x32)	NCz\$ 150.000,00	P-15	JC (Caderno II), de 19/01/1970	56.843,36
Derby	450 (15x30)	NCr\$ 25.000,00	P-8	JC (Caderno II), de 29/01/1970	22.010,62
Hipódromo	4.200 (40x105)	NCr\$ 50.000,00	P-9	DP, 04/01/1970	44.021,25
	868 (28x31)	NCr\$ 55.000,00	P-8	JC (Caderno II), 29/01/1970	48.423,27
	390 (13x30)	Cr\$ 800.000,00	A-20	DP, 02/06/1990.	30.447,52
Ilha do Leite	709,50	Cr\$ 30.000,00	P-9	DP (Segundo Caderno), de 21/06/1970.	24.795,28
	2.025 (45x45)	NCr\$ 30.000,00	P-9	JC (Caderno II), de 11/01/1970	26.412,75
	1.073 (29x37)	Cr\$ 2.500.000,00	E-23	DP, 06/01/1980	148.036,00
	1.200 (40x30)	Cr\$ 10.000,00	C-11	DP, 10/01/1980	380.929,00
	900	US\$ 90.000,00	C-11	DP, 10/01/1980	305.156,17
	1.160 (29x40)	R\$ 300.000,00	P-15	DP, 09/01/2000	446.477,19
Imbiribeira	1.200 (40x30)	R\$ 290.000,00	C-8	DP, 25/01/2000	431.594,62
	800	NCr\$ 50.00,00	P-8	JC (Caderno II), de 08/01/1970	44.021,25
	750 (25x30)	NCr\$ 28.000,00	P-12	JC (Caderno III), de 04/01/1970	24.651,90
Iputinga	1.472 (22x66)	NCr\$ 20.000,00	8	JC (Caderno II), de 28/01/1970	17.608,15
Madalena	1.260 (36x35)	NCr\$ 60.000,00	P-9	DP (Segundo Caderno), de 04/01/1970.	52.825,49
	438 (14,60x30)	NCr\$ 20.000,00	P-9	DP (Pequenos Anúncios), de 04/01/1970.	17.608,15
	528 (16x33)	NCr\$ 17.000,00	P-8	DP, 15/01/1970	14.967,22
	281,88 (12x23,49)	NCr\$ 25.000,00	10-11	JC (Caderno III), de 18/01/1970	22.010,62
Parnamirim	600 (20x30)	NCr\$ 30.000,00	P-8	JC (Caderno II), de 29/01/1970	26.402,75
Pina	570 (15x38)	NCr\$ 15.000,00	P-9	DP (Segundo Caderno), de 21/06/1970.	12.397,64
Prado	500 (20x25)	NCr\$ 9.000,00	P-8	JC (Caderno III), de 11/01/1970	7.923,82
	540 (18x30)	NCr\$ 3.000,00	P-9	DP (Segundo Caderno), de 21/06/1970.	2.479,53
	336 (12x28)	NCr\$ 10.000,00	P-9	DP (Pequenos Anúncios), de 04/01/1970.	8.804,25
Tamarineira	480 (15x32)	NCr\$ 40.000,00	P-10	DP (Pequenos Anúncios), de 04/01/1970.	35.217,00
	383,60 (13,70x28)	NCr\$ 8.000,00	P-9	DP (Pequenos Anúncios), de 04/01/1970.	7.043,40

ANEXO B – O BRASIL, um vasto hospital. Em torno da molestia de Chagas. O que nos diz uma autoridade scientifica. Publicado no Jornal A Noite, Rio de Janeiro, 20 agosto de 1920.

O BRASIL, UM VASTO HOSPITAL EM TORNO DA MOLESTIA DE CHAGAS

O que nos diz uma autoridade scientifica

O Sr. Dr. Belisario Penna, que com tanta competencia, devotamento e desinteresse se tem dedicado á obra do saneamento do Brasil, enviou-nos as seguintes linhas, que nos chegaram ás mãos, ante-hontem, e que podemos publicar:

"Sr. redactor da **A NOITE**. - Ao contrario do que affirma um artigo hontem publicado no seu apreciado jornal com o titulo - Um exagero - O Brasil um vasto hospital - não ha na classe medica o intuito de contrariar o conceito doloroso, porém profundamente verdadeiro, do saudoso professor Miguel Pereira, do que o "Brasil é um vasto hospital". Nem foi baseado na notavel descoberta de Carlos Chagas, que o pranteado professor lançou aquelle brado de alarme, que despertou a consciencia nacional e vae produzindo effeitos maravilhosos na assistencia aos doentes e na execução de medidas de saneamento, que se vão estabelecendo por toda parte.

Miguel Pereira já estava perfeitamente informado da extensão das verminoses, prejudicando mais de 90% da população, com a opilação á frente, que degrada 70% da nossa gente, sem que a ella escape um unico trecho do paiz. Conhecia as devastações do impaludismo na Amazonia e nos valles de todos os rios brasileiros, excepção do planalto da Mantiqueira, e algumas regiões dos Estados do Paraná, Santa Catharina e Rio Grande do Sul. Sabia a extensão da doença de Chagas, que desvalorisa enorme percentagem de brasileiros, nos Estados de Minas, de Goyaz, Matto Grosso, Bahia, Piauhy e Maranhão, zonas de S. Paulo e outros Estados e inutilisa inteiramente notavel proporção dos atacados, que se cretinisam ou ficam aleijados e paralyticos. Conhecia o incremento da lepra no Pará, no Maranhão, em regiões de Minas e de S. Paulo e um pouco por toda parte.

Estava a par da calamidade que é o trachona nas lavouras de S. Paulo, e de que tal flagello tende a avassalar todo o paiz. Não tinha illusão quanto á leishmaniose, que deforma e inutiliza percentagem apreciavel da nossa gente dos campos, e á abundancia de ulceras de outra natureza, que desvalorisam dezenas de milhares dos nossos elementos de trabalho. Na sua vasta clinica particular estava farto de verificar os inumeros casos de tuberculose e de lesões visceraes pela avaria, assim como na clinica hospitalar as dessas doenças e, mais ainda, de malaria, uncinariose, ulceras, etc., observados em gente da capital e suas immediações.

A descoberta notavel de Chagas denunciadora de um morbus tremendo, incuravel, espalhado em uma área de mais de metade do territorio patrio foi a gotta que fez transbordar o calix de indignação do grande mestre e levou-o á coragem de external-a com a phrase celebre, porque é dolorosa e profundamente verdadeira. Só por isso ella calou fundo na consciencia nacional, que estava atacada da peor cegueira, a de quem não queria ver.

Antes do seu grito plangente, Oswaldo Cruz, o grande scientista e maior estadista, havia apalpado o cancro que minava a nacionalidade - a multiplicidade e generalidade das doenças - em todo o territorio patrio - e havia desvendado a desgraça aos olhos atonitos de toda gente, espalhando commissões scientificas para todos os recantos do paiz, indo elle proprio ás regiões do Madeira, onde verificou que ali não havia noção do estado hygido. Os relatorios dessas commissões são conhecidos, e da sua leitura resulta a profunda verdade do conceito de Miguel Pereira. Os serviços de prophylaxia rural no Maranhão, em Minas, Estado do Rio, Distrito Federal, Paraná, S. Paulo e os trabalhos da Comissão Rockefeller desde ao Maranhão ao Rio Grande do Sul confirmam de modo absoluto aquelle conceito e demonstram que há remedio para o mal. Qual o inconveniente em conhecermos a dolorosa verdade, uma vez que nos disponhamos a dar ao mal combate cerrado e continuo para erradicar-o ou reduzir-o a proporções minimas, o que tudo está dentro das nossas possibilidades, dependendo apenas de querermos realizar o saneamento do paiz?

Desde algum tempo, nota-se o proposito de empanar o brilho da descoberta de Carlos Chagas, esquecidos os que tomaram a si essa triste empreitada, de que esse feito é o mais notavel da sciencia medica brasileira e dos mais notaveis da medicina universal. Ella deixou de ser um feito

individual do seu descobridor, para constituir um patrimonio nacional, de que temos justificado orgulho.

Já se disse que o protozoario causador da molestia é saprophyta e hospede sem perigo para o homem, nas regiões infestadas por "barbeiros", que inoculam no homem o negregado hospede. Certa occasião propuz aos que isso afirmam deixar-me inocular por um protozoario, que, de facto, é saprophyta para o homem - o trypanozoma Lewisi - uma vez que elles se deixassem inocular pelo "trypanozoma Cruzi", na sua opinião, tambem saprophyta e calumniado como o causador da Doença de Chagas. O meu desafio está de pé, desde muitos mezes, mas sem resposta.

Conheço as devastações produzidas pela doença em extensas regiões do norte, do oeste e do sul de Minas, em todo o Estado de Goyaz, em regiões da Bahia, do Piauhy e alguns municipios de S. Paulo. Não conheço, sómente de leitura ou de ouvir falar, em todos esses logares, os papudos, os cretinos, os aleijados, os cardiacos, aos milheiros. Eu os vi *in loco*. Nessas regiões escapam á doença os habitantes dos centros das cidades, onde as casas de paredes lisas não se prestam ao habitat dos barbeiros. Egualmente os das fazendas em identicas condições.

Nos suburbios das cidades e villas e nas habitações ruraes (cafúas barreadas e cobertas de palha) onde abundam os barbeiros, ninguem escapa á infecção.

Atravessei regiões do Piauhy, onde se encontravam barbeiros em quantidade, que, examinados ás centenas não revelaram a presença do protozoario. Nessas regiões é completa a ausencia de casos de bocio ou de qualquer outra manifestação da doença.

Em Lassance, no prolongamento da Central, construiu-se uma serie de casinhas rebocadas e caiadas, para habitação de carpinteiros e pedreiros e respectivas familias. Nessas casas não se encontrava o barbeiro. Durante dois annos, que ali estive, nem um caso da doença se deu entre essa gente, ao passo que abundavam, sobretudo entre as crianças, nas cafúas inçadas de barbeiros infectados, dos outros moradores do logar.

Na capital de Goyaz não há casos de doença na zona urbana, bem construida. Ela abunda nos bairros, e é universal nos suburbios constituidos de casas apenas barreadas e inçadas de barbeiros infectados do trypanozoma Cruzi. Egual facto se observa nas cidades das regiões infectadas.

E' absoluta a relação entre a presença da doença e a do barbeiro infectado. E' igualmente absoluta a ausencia da doença e a do barbeiro, ou a presença deste não infectado do trypanozoma Cruzi.

Os estudos do professor Krauss não infirmam, nem de longe, as conclusões de Chagas. Se a doença não existe na Argentina, que tem isso com a pathologia nacional? Por acaso há quem conteste a sua existencia entre nós, na Venezuela e no Perú, onde o microscopio a demonstrou cabalmente? Além disso, o proprio Krauss não nega a sua existencia na Argentina.

Elle refere apenas que ainda não a encontrou, sob a fórmula aguda, o que não é de admirar, pois só o anno passado ella foi verificada no Perú e na Venezuela.

Porque ao em vez de andarem levantando duvidas pelas sociedades medicas e pelos jornaes, não vão os contestantes da notavel descoberta ás regiões infectadas verificar os factos, estudal-os, aprofundal-os, conhecer a sua extensão, ver as dezenas, ou melhor as centenas de milhares de desgraçados, que vegetam animalisados pela terrivel doença nos sertões de Minas, de Goyaz, de Matto Grosso e de outros Estados?

Isso o que fizeram o autor da descoberta e o subscriptor desta.

Sou dos que, com a convicção de quem viu e com perfeita comprehensão da responsabilidade profissional e official pelo cargo technico que occupo, confirmam o conceito de Miguel Pereira e, ao em vez de illudir a nação e a humanidade, e occultar a verdade á vista, prego a necessidade urgentissima de sanear o nosso paiz, para que não mais se possa dizer que o povo brasileiro não merece a posse do privilegiado territorio que habita.

Essa, Sr. Redactor, a razão por que venho perturbar a vossa attenção e roubar um espaço precioso do vosso apreciado jornal - **Belisario Penna**".

ANEXO C – AS MOLESTIAS do Rio. Publicado no Jornal *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, 12 Dezembro de 1906.

As Molestias do Rio

A febre amarella – A peste bubonica – A tuberculose

A «Gazeta» entrevista o Dr. Oswaldo Cruz

O prazo de tres annos do regulamento - Os Drs. Oswaldo Cruz e Pacheco Leão afirmaram á «Gazeta» que a febre amarella estará extinta fatalmente a 8 de março de 1907 -- os beneficios e a necessidade da prophylaxia da cidade -- As tinas de agua nos morros – A peste bubonica e o seu decrescimento – A tuberculose – O serviço de propaganda.

Com a chegada da estação calmosa, a terrivel quadra dos outros tempos, diffamadora dos creditos de nossa capital, á população carioca impunha-se o direito de querer saber das condições actuaes da saúde publica no Rio de Janeiro.

Dizia-se por ahi, á bocca pequena, muita cousa alarmante em relação ás enfermidades importadas, que, pelo tempo de domicilio entre nós, já se tornaram nacionalisadas. Nem por serem vagas, nem pouco acceitaveis, deixaram de causar receio as insinuações feitas a respeito de taes molestias. E foi pensando principalmente nas classes populares, bem mais impressionaveis do que o resto da população, que a «Gazeta de Notícias» resolveu enviar um de seus representantes á presença do illustre Dr. Oswaldo Cruz, director de saude publica, afim de poder informar com absoluto criterio o que ha de verdade ácerca das molestias reinantes na quadra que atravessamos.

As informações que colhemos são da maior importancia. Ellas tranquillisarão o espirito publico, confiante nas acertadas medidas, em boa hora postas em practica pela illustre directoria de hygiene.

O Dr. Oswaldo Cruz recebe-nos em seu gabinete, na propria repartição, no intervallo de uma conferencia com o seu digno auxiliar Dr. Pacheco Leão. Faz-nos sentar; expomos os fins de nossa entrevista e logo começámos a ter as informações necessarias. No regulamento de hygiene existe o compromisso de dispensar o pessoal, agora encarregado do serviço da prophylaxia da febre amarella, ao completar dos tres annos de vigor da mesma lei, isto é, a 8 de março de 1907, quer esteja ou não extinta a febre amarella.

Ao tocarmos nessa disposição do regulamento, o Dr. Oswaldo Cruz nos diz:

- A 8 de março de 1907 a febre amarella estará fatalmente extinta. Os fócos principaes eram os morros do Castello, de Santo Antonio e do Livramento. Pois bem! Ha seis meses não se verifica nesses morros um unico caso de febre amarella.

- E o bairro da Saúde, que sempre foi o pezadello das auctoridades sanitarias?

- A Saúde conservou febre amarella no seu seio desde 1850, que é o anno da importação, até o anno passado, quando conseguimos acabar totalmente com esse fóco perigosissimo.

- Nos navios marcantes as providencias de V. Ex. deram bom resultado?

- Excellento resultado. Durante todo o anno de 1905 houve no maximo 8 casos a bordo os navios marcantes e ainda é preciso considerar que eram casos importados.

- De maneira que V. Ex. está tranquillo sobre a efficacia da prophylaxia?

- Perfeitamente tranquillo. E' innegavel a efficacia do serviço. Mas a febre amarella recrudescerá impetuosamente no dia em que se acabar com o serviço. E' indispensavel manter a prophylaxia.

- De que depende, pois, a extincção absoluta, na exacta accepção do termo?

- Do saneamento da cidade.

- A falta de agua é ainda um valioso alliado da febre amarella ...

- Está claro. Sobre esse ponto ha um capitulo curioso - as tinas. A agua não vai aos morros. Os moradores vêem-se na obrigação de conserval-a em tinas.

A agua é cara e sobre de 8 em 8 dias. Custa ás vezes douis mil réis a lata! Ha uma estalagem no morro do Castello, onde existem mil e tantas tinas. Quando iniciámos as visitas domiciliares, os moradores escondiam n'as até em baixo dos leitos. Houve um trabalho insano para extinguir o mosquito. Agora, já não é preciso mais do que côar a agua e retirar as larvas. Nos morros existia apenas o *stegomia*, que é transmissor da febre amarella.

- Em resumo ...

- Em resumo, a 8 de março de 1907, não haverá mais febre amarella. O serviço da prophylaxia só poderá ser abandonado quando a cidade estiver saneada e houver abundancia de agua. Abandonando-o antes disso, a febre amarella voltará.

- E quanto á peste bubonica?

- Está desapparecendo. Em 1904 houve 235 casos e apenas 132 no anno passado. Decresce de tal modo que não houve necessidade de reabrir o hospital Paula Cândido. E agora vai desapparecer de todo, mesmo porque houve a estação não lhe é favoravel. A peste atinge o maximo de seu desenvolvimento nos meses de outubro e novembro.

O Dr. Oswaldo Cruz conversa alguns momentos com o Dr. Pacheco Leão, certificando-se de alguns dados para as informações que solicitavamos. E ambos, de passagem, exaltam as qualidades de dedicação dos obscuros *mata-mosquitos*.

Por fim, falla-se na tuberculose. A tuberculose mata quarenta pessoas por semana, em média.

Extingui-la? E' um sonho, por emquanto. O que se pode fazer, para attenuar os effeitos prodigiosamente devastadores do horrivel flagello, é insistir sobre o desenvolvimento de um serviço de propaganda universal, que seja a guerra sem tréguas contra o temeroso inimigo da humanidade.

A repartição de hygiene não se descuida disso: são profusamente distribuidos pelo povo os melhores conselhos, não só em relação ao regimem a adoptar para fazer frente á invasão da tuberculose, mas tambem ácerca da prophylaxia da febre amarella, da typhoide e da peste bubonica.

Essa distribuição de conselhos impressos dá sempre um esplendido resultado nos paizes onde existir o ensino obrigatorio. Mas o illustre director de saúde publica acha, com tristeza, que das cem pessoas ás quaes se distribuem os conselhos da propaganda, uma apenas estará em condições de os poder ler...

Fonte: Biblioteca Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ANEXO D – Relatório do engenheiro de fiscalização do dia da Companhia Recife Drainage do Governador do Estado sobre solicitação de isenção de taxa de esgoto e lixo para consumidor

Fiscalização da Comp^a. Recife Drainage

Cidadão Governador

Informando o incluso requerimento em que Cypriano da Silva Santos, tutor dos menores Heliodoro da Silva Santos e Zulmira Bezerra de Melo pede-nos que mandeis ficar sem efeito a collecta para que pagamento de annuidades pelo serviço de apparelho da Companhia Recife Drainage, colocado na casa térrea n.^o 16 a Rua do Jardim, propriedade dos ditos menores, alegando não ser obrigado a dito pagamento, visto que a referida casa está comprehendida no artigo 17 do contrato, por pagar décimo de 17\$010 reais, segundo o documento que juntou ao seu requerimento e invocando a favor que lhe concede o artigo 2.^o da Lei n.^o 2088 de 2 de agosto de 1889, devo declarar-nos que segundo o artigo 17 do contrato da Companhia Recife Drainage, somente nos prédios que no exercício de 1865 a 1866 pagaráo 13\$500 réis, não menos do décimo, se obrigarão esta companhia a collocação gratuitamente de aparelhos de latrina de 3^a. classe com os seus accesórios e a fazem todo o serviço, inclusive o da remoção de lixo. Logo, porem, que a décima de ditos prédios for superior a 13\$500 réis deixarão os mesmos (artigo 18) de gozar das vantagens do serviço de limpeza, escoamento das águas servidas e remoção do lixo, concedidas pelo artigo 17.

Com relação a aplicação da lei 1088, de 2 de agosto do ano pp^{do}, será preciso que o suplicante satisfaça as exigências contidas no artigo 2.^o da mesma, se não os senhores revogarão tal lei, a que prejuízo da maioria dos proprietários de prédios desta cidade, servida pela Companhia.

Saúde e fraternidade

Ao cidadão general Jose Simões d'Oliveira

Dig^{mo}. Governador deste Estado

O Eng^o. Fiscaliz.

Francisco Apolinário

ANEXO E – Relatório Anual do Engenheiro de Fiscalização da Companhia Recife Drainage à Junta Governativa do Estado de Pernambuco Demonstrando um Panorama Geral dos Serviços de Coleta de Esgoto Prestados à População do Recife.

Escriptorio de Fiscalização da Companhia Recife Drainage, 7 de Março de 1892.

Ilustres Cidadãos

Tenho a honra de apresentar-vos o relatório do anno findo e incluso encontrareis três tabellas, demonstrativas nas quais podereis verificar as divisões dos trabalhos feitos durante o dito anno.

Pela tabela de n.º 1 podereis ver que foram collocados 48 apparelhos, assim divididos: 15 na parochia do Recife, 16 na de S. Antonio, e 5 na de S.José e 12 na Bôa-Vista.

Funcionaram no perímetro da Companhia 9.600 apparelhos, compreehdidos nos artigos 16, 17 e 18 do contracto, conforme verificareis na tabella sob n.º2 pela forma seguinte:

8270 Apparelhos no artº.16

465 " " " 17

855 " " " 18

Recebo a gerencia d'esta Companhia 6407 reclamações feitas pelos proprietários ou inquilinos e 23 por mim, e depois de meu exame foram feitos os necessários reparos, conforme a tabella 3, de forma seguinte:

1989 reparos por conta do proprietário

725 " " " " e da Comp^a.

3775 " " " da Companhia, deixando-se de executar 132 concertos pelos motivos seguintes:

33 por estarem os prédios fechados

78 " não terem reclamado

10 " terem sido feitos os concertos per particulares

Não é favorável o estado dos apparelhos pois os serventuários não têm o devido cuidado.

Esta companhia renovou a sua custa 3545 pés de cano de louça; sendo:

320 pés de cano de 5 polegadas

545 " " " 4 "

2580 " " " 3 "

Removeu 2234 pés de encanamento de ferro, sendo:

520 pés de cano de 5 polegadas

188 " " " 4 "

1420 " " " 3 "

Alterou o sistema da estação de Cinco-Pontas para bomba directa.

A remoção do lixo têm sido feita com toda regularidade.

Aos Ilustres Cidadãos Dig^{mos}. Membros da Junta Governativa do Estado.

Caetano Alberto de Castro Nascimento

Eng. Fiscal

Lago, Washington Luiz Silva

O pólo médico-hospitalar do Recife e a
especialização dos seus equipamentos de saúde:
pólo de crescimento ou de desenvolvimento? /
Washington Luiz Silva Lago. – Recife: O Autor, 2010.
210 folhas. : il.,tab., graf.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco.CAC. Desenvolvimento Urbano,
2010.

Inclui bibliografia.

1. Desenvolvimento urbano. 2. Saúde pública. 3.

História da Saúde - Pernambuco. 4. Saúde urbana. I.
Título.

711.4

CDU (2.ed.)

UFPE

711.4

CDD (22.ed.)

CAC2010-30