

A ECONOMIA POLITICA DA SAÚDE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO E SEU COMPLEXO INDUSTRIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONCEITO DE CIRCUITO ESPACIAL PRODUTIVO

The political economy of health in Brazilian territory and its industrial complex: an analysis based on the concept of productive space circuit

Ricardo Mendes Antas Júnior
Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, Brasil.
ricardomendes@usp.br

Artigo recebido em: 16/05/17 e aceito para publicação em: 13/09/2017

RESUMO: A economia política da saúde no território brasileiro está fundada, principalmente, na garantia constitucional de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Integralmente, no entanto, este direito passou a valer somente a partir da Constituição de 1988. No momento da proclamação da Constituição, o país já contava com 145 milhões de brasileiros e a nova lei constitucional fez crescer ainda mais as demandas por produtos industriais voltados às atenções médico-hospitalares. A saúde enquanto um bem de direito conduziu a passagem de um setor industrial nacional para o estabelecimento do atual complexo industrial da saúde, transnacionalizado, que monopoliza grande parte do fornecimento dos insumos necessários ao sistema de saúde nacional organizado e regulado pelo Sistema Único de Saúde. Nesse processo assistiu-se a entrada de empresas transnacionais do setor produtivo da saúde e o intenso crescimento de fluxos de mercadorias acabadas e de insumos industriais semimanufaturados evidenciando a consolidação de novas características na divisão territorial do trabalho. Analisamos, aqui, o complexo industrial da saúde no território brasileiro embasado no conceito de circuito espacial produtivo, conforme proposto por Santos (1988).

Palavras-chave: Economia política da saúde; Economia política da urbanização; Circuitos espaciais produtivos; Complexo industrial da saúde; Complexo hospitalar.

ABSTRACT: The political economy of health in Brazilian territory is based mainly on the constitutional guarantee that health is a citizen's right and a State's duty. However, this right came into force only after the Federal Constitution in 1988. At the time of its proclamation, the country's population was 145 million people, and the new constitutional law increased even more demands for industrial products aimed at Medical attention. Health as a right property has led to the transition from a national industrial sector to the establishment of the current transnationalized industrial health complex, which monopolizes much of the supply of the necessary inputs to the national health system organized and regulated by the Unified Health System. This process witnessed the entry of transnational companies in the health sector and the intense growth of finished goods flows and semi manufactured industrial inputs, evidencing the consolidation of new characteristics in the territorial division of labor. We analyze the industrial health complex in Brazilian territory based on the concept of productive space circuit, as proposed by Santos (1988).

Keywords: Economics of health policy; Political economy of urbanization; Productive space circuits; Health industrial complex; Hospital complex.

ECONOMIA POLÍTICA DA URBANIZAÇÃO E ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

O território brasileiro conheceu na segunda metade do século passado um acelerado processo de urbanização que acarretou em mudanças significativas nos papéis das cidades. O rápido crescimento da população urbana conduziu à necessidade de ampliar a oferta de todo tipo de serviço. E a saúde pública está entre aqueles serviços que mais expandiu no território nesse período.

A instalação dos fixos de saúde expressa bem os momentos de expansão e retração da oferta desse serviço. Aqui, partimos do postulado de que esses fixos constituem um sistema de objetos técnicos do território voltados à promoção do tratamento e cura das enfermidades humanas. São, assim, parte fundamental para as soluções dos problemas de saúde de cada um, ao mesmo tempo em que é amplamente reconhecida a existência de uma série de empecilhos nos acessos ao sistema de saúde nacional, seja de ordem material ou organizacional.

Enfrentar tais questões impõe que compreendamos toda uma economia que se constitui em torno dessa necessidade humana, e para tanto é fundamental considerar a medicina, seja preventiva ou curativa (como a medicina tecnológica), porque ela foi paupando as prioridades materiais e organizacionais para todos os tipos de tratamentos. É essencial, então, que se busque analisar a economia da saúde que foi instada a se desenvolver na formação socioespacial (SANTOS, 1977) para viabilizar esse serviço que tem a peculiaridade, nos moldes atuais, de ser um grande consumidor de ciência e tecnologia.

Ainda que com grandes deficiências inerentes à formação histórica do território brasileiro, as necessidades de intervenções sanitárias e de cuidados em saúde, inalienáveis de uma sociedade urbana crescente, foram gerando especializações produtivas que se desenvolveram inicialmente sem tanto vigor quanto era necessário, mas que já vinham ocorrendo pelo menos em todo o séc. XX. Com a Constituição de 1988 se conheceu um ponto de inflexão no que tange a oferta das estruturas ligadas à saúde (produtivas ou não) e que representam parte significativa do PIB oscilando entre 8 à 10 % a.a. nos últimos dez anos.

Os serviços de saúde no Brasil contribuem

para a acumulação capitalista com a oferta ampliada dos serviços de saúde, públicos e privados, ambos contagiados pela lógica corporativa. Isto se deve ao fato de que a oferta de infraestrutura de saúde no território brasileiro sempre esteve entrelaçada com três agentes fundamentais: (a) o Estado (e as políticas públicas de saúde e empresas estatais na produção de equipamentos e medicamentos), (b) a corporação empresarial capitalista (com a produção industrial e organizacional do sistema) e (c) a corporação médica (particularmente definindo e/ou se submetendo ao paradigma tecnológico de saúde como norma hegemônica dos tratamentos). Assim, cada um a seu turno, acabou por definir o que conhecemos hoje como serviços de saúde.

A saúde como direito do cidadão e a obrigação do Estado em provê-la implicou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990) e os serviços de saúde em todo o território passaram a se orientar por novas demandas assim como a dispor das novas soluções tecnológicas que emergiam nesse período. Da pressão decorrente desses dois fatores vimos a capacidade de atendimento médico hospitalar crescer exponencialmente, embora ainda assim continuasse a não atender completamente as necessidades da sociedade.

A expansão populacional das cidades foi estabelecendo uma economia política da saúde em consonância com o que vinha ocorrendo em outras partes do mundo, isto é, incorporação de tecnologias nas práticas médicas e entrada de capitais financeiros e produtivos no setor. No Brasil essa estruturação econômica foi constituindo um complexo médico-industrial (CORDEIRO, 1980: 160-162) desde a década de 1950 até chegar ao complexo industrial da saúde, de maiores proporções, com empresas transnacionais associadas à empresas nacionais de todos os portes.

Tal movimento estava vinculado ao crescimento da rede de assistência e ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) após a Constituição de 1988. Essa economia política da saúde pode ser expressa em alguns indicadores: em 2013 mais de R\$ 424 bilhões (8% do PIB) movimentaram todo o setor. Desse total, R\$ 190 bilhões (3,6% do PIB) corresponderam a gastos diretos do Sistema Único de Saúde (SUS) e R\$ 234 bilhões (4,4 do PIB) com

a assistência de saúde privada (IBGE, 2015) que também é dependente de recursos públicos, como o financiamento do setor, entre outros.

O TERRITÓRIO NA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Para Viana, Silva & Elias (2007) a economia política da saúde deve considerar conjuntamente a saúde como direito, como bem econômico e como campo de acumulação de capital. Com base nestes três elementos é possível distinguir a dimensão da saúde como sistema de proteção social, a dimensão política da saúde e a dimensão industrial da saúde (FREEMAN & MORAN, 2002).

Essas três dimensões nem sempre estão presentes do mesmo modo nos territórios, aliás, a depender da formação socioespacial essas três dimensões podem comparecer de modo muito diverso e, por isso mesmo, não é possível entender um conceito de economia política da saúde que não considere o território como uma de suas dimensões. Há, assim, uma dimensão territorial da saúde a se considerar na elaboração de uma teoria econômico-política da saúde.

A economia política não pode prescindir do dado espacial. O espaço pode ser definido como o resultado de uma interação permanente entre, de um lado, o trabalho acumulado, na forma de infraestruturas e máquinas que se superpõem à natureza e, de outro lado, o trabalho presente, distribuído sobre essas formas provenientes do passado. O trabalho morto, sobre o qual se exerce o trabalho vivo, é a configuração geográfica e os dois, juntos, constituem, exatamente, o espaço geográfico. (SANTOS, 1994, p. 115. grifo do autor)

Não se pode ignorar o fato de que a emergência de uma economia da saúde é produto da sociedade urbana. As condições da urbanização contemporânea impescinde dos serviços de saúde e já não é mais possível falar de uma sociedade majoritariamente concentrada em cidades sem os serviços de saúde.

São concomitantes o processo de urbanização e a constituição paulatina da saúde como direito. No Brasil

esse processo se fortalece com a Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1937) mas abrangia somente a população trabalhadora formalizada. Foi necessário aguardar até 1988 para que fosse ela compreendida como direito de qualquer cidadão presente no território brasileiro. Também decorrerá do processo de urbanização a emergência da saúde como bem econômico que é comercializado inicialmente pelos profissionais liberais, passando pelo assalariamento, depois a criação de empresas médicas e culminando atualmente nas operadoras de planos e seguros (VIANA et al., 2007, p. 13).

A tecnificação da medicina resultou da convergência entre ciência e técnica, tendo como decorrência direta um movimento de industrialização da saúde. As necessidades por equipamentos específicos que os hospitais passaram a exigir induziu a uma acelerada inovação tecnológica na medicina. A química fina, com os reagentes para diagnósticos e novas substâncias de efeito terapêutico; a eletrônica e demais engenharias, com os equipamentos eletroeletrônicos, aparelhos de radiação eletromagnética, tomógrafos etc., por exemplo, são ramos industriais que forneceram novos consumos na saúde. Também os laboratórios farmacêuticos produtores de medicamentos de consumo generalizado e de vacinas, aprofundaram seu processo produtivo com a incorporação de sistemas técnico-científicos mais complexos.

OS CIRCUITOS ESPACIAIS PRODUTIVOS E O COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE

Ao nos debruçarmos sobre a importância das indústrias dessa economia, já analisadas anteriormente em estudos sobre o complexo industrial da saúde constituído por circuitos espaciais produtivos (AUTOR, 2011; 2013) e com análises de casos específicos como o circuito espacial produtivo da vacina (BERTOLLO, 2013; BERTOLLO & AUTOR, 2015), dos reagentes para diagnósticos (ALMEIDA, 2014; AUTOR & ALMEIDA, 2015) e dos equipamentos de diagnóstico por imagem e radiologia (SANTOS, 2015), constatamos a forte centralização das indústrias deste campo produtivo – com muitas especializações técnico-científicas e com geração de alto valor agregado – no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Paraná e, em especial, no estado de São Paulo.

Vale ressaltar que é expressivo o consumo de importados, sejam insumos semimanufaturados ou produtos acabados. Essa indústria é altamente globalizada e, dada a sua dependência em inovação e pesquisa científica, o país está sujeito às produções externas, embora viesse até pouco tempo atrás experimentando crescimento num ou noutro ramo com políticas econômicas voltadas ao Complexo Industrial da Saúde, no Ministério da Saúde e no BNDES, com financiamentos subsidiados para a economia da saúde. Ao que tudo indica esses índices de crescimento poderão ter arrefecido, sobretudo nos dois últimos anos, em vista das crises econômica e sobretudo política, pois esse setor produtivo ligado à saúde no Brasil é altamente dependente das decisões governamentais e, neste momento, atravessamos um período em que gastos considerados como “sociais” vem conhecendo cortes de orçamento, o que afeta diretamente a produção industrial relacionada à saúde como direito.

A expansão dessa indústria, portanto, não está desligada da consolidação da saúde como direito cuja conquista implicou na expansão da seguridade social e suas infraestruturas, como construção e ampliação de unidades hospitalares, Unidades Básicas de Saúde etc. Vale notar que em 2011 havia 42 mil UBS no território brasileiro, mais de 250 mil estabelecimentos com 790 mil equipamentos e mais de 490 mil leitos. Desses, 750 mil equipamentos e 340 mil leitos eram do SUS.

Tais indicadores empíricos são muito expressivos, pois a chamada medicina moderna altamente dependente de tecnologia é o modelo amplamente adotado nas políticas públicas da maioria dos Estados nacionais, tal como vem sendo desenvolvida no Brasil, desde o momento em que a saúde passa a ser uma pauta concreta das políticas públicas. E é muito em função dessas diretrizes pautadas pela saúde como bem de direito, que há hoje no Brasil a formação de circuitos espaciais produtivos da saúde especializados em produtos para clínicas e hospitais. Essa indústria requer conhecimento aplicado e pesquisa, instituições públicas e privadas no estabelecimento de elos entre os agentes produtivos - definidos como círculos de cooperação no espaço por Milton Santos (1988, p. 50) – e uma logística flexível e sofisticada.

O circuito espacial produtivo é parte inalienável dessa economia política da saúde, pois se este complexo

industrial se faz sentir em escala planetária é porque tais circuitos promovem a cooperação tecnológica e econômica na produção de mercadorias especializadas em saúde envolvendo diversos países em torno de um mesmo processo de acumulação. O conceito de circuito espacial produtivo contribui, assim, para uma perspectiva renovada do comportamento da indústria contemporânea, e particularmente das indústrias do complexo econômico-industrial da saúde (GADELHA, 2010) devido aos altos conteúdos de ciência e técnica, e que têm suas plantas produtivas disseminadas em vários países e atuam em rede na produção industrial e na gestão organizacional (chamamos atenção aqui para uma diferenciação quanto ao uso de dois conceitos complementares: ao empregarmos o termo “complexo econômico-industrial da saúde” estamos fazendo referência à todas as firmas que compõe o complexo, conforme denomina Carlos A. G. Gadelha, e o uso do termo “complexo industrial da saúde” nos referimos apenas às empresas relativas ao aparato produtivo).

Com as atuais possibilidades técnico-científicas, a solidariedade organizacional emerge como condição do uso simultâneo de lugares e regiões, produtivas e consumidoras, em todo o planeta. No caso da saúde vemos a mobilização de um grande volume de recursos humanos, técnicos, econômicos e políticos para estabelecer uma rígida cooperação capitalista nas escalas global, regional e local. Como é um ramo altamente relacionado à ciência, tem forte participação das grandes universidades, particularmente de suas faculdades de medicina e de engenharia, assim como dos médicos que estão na pesquisa aplicada e na pesquisa *stricto sensu*, e que também operam em boa parte das posições decisórias dessas indústrias.

O complexo industrial da saúde tem presença importante no conjunto da indústria brasileira e é um dos setores que apresenta taxas de crescimento anual bastante relevantes: se tomarmos o setor de Equipamentos Médicos, Hospitalares e Odontológicos (EMHO) vamos observar um crescimento dessas indústrias no território brasileiro de 91% entre 1998 e 2007, passando de 1.120 estabelecimentos para 2.139. Em grande medida, esse ramo é constituído por empresas nacionais de micro, pequeno e médio porte (2.130 em 2007) e apresenta, no entanto, clara polarização pelas transnacionais relativas às ciências

da saúde (9 em 2007) (RAIS/MTE, FIESP, 2009). Outro dado relevante é que as exportações do complexo cresceram em torno de 30% entre 2009 e 2011, e no mesmo período a importação cresceu em torno de 46% evidenciando a capacidade de crescimento no setor que busca inverter o quadro da balança comercial.

As análises realizadas sobre os circuitos espaciais produtivos da vacina, dos reagentes para diagnóstico e dos equipamentos de diagnósticos por imagem e radiologia confirmam essas proporções e evidenciam que esse complexo industrial reúne aproximadamente de 8 a 10 circuitos espaciais produtivos, conforme os três estudos acima citados puderam evidenciar. Mas é preciso uma análise mais acurada e com objetivo bem delimitado à esta finalidade para uma assertiva mais precisa quanto à

definição da quantidade de circuitos espaciais produtivos que constituem o complexo industrial da saúde.

Essa indústria, de um modo geral, guarda a característica de uma cooperação produtiva com bases técnicas muito específicas e de difícil consecução, fato que parece guardar relação com os altos índices de investimento em inovação e o uso de força de trabalho bem qualificada em proporção bem elevada se comparada ao trabalho semi e não qualificados, também presentes nessas indústrias, conforme se pode observar na tabela 1 sobre a segmentação por nível de instrução da força de trabalho do complexo na cidade de São Paulo, a mais importante em termos de produção e gestão das indústrias (e das demais empresas) do complexo econômico-industrial da saúde brasileiro.

Tabela 1 - Distribuição dos empregados do complexo econômico-industrial da saúde, segundo nível de instrução, no Município de São Paulo – 2013

Nível de instrução	Total de vínculos no município		Total de vínculos do complexo econômico-industrial da saúde		B/A (%)
	Números absolutos (A)	%	Números absolutos (B)	%	
Até fundamental incompleto	482.001	9,0	10.262	2,4	2,1
Fundamental completo	492.793	9,5	15.478	3,6	3,1
Médio incompleto	336.351	6,5	15.619	3,6	4,6
Médio completo	2.249.683	43,2	236.414	54,4	10,5
Superior incompleto	271.925	5,2	23.047	5,3	8,5
Superior completo	1.380.231	26,5	133.926	30,8	9,7
Total	5.212.984	100,0	434.746	100	8,3

Fonte: SEADE, 2016.

Cada circuito espacial produtivo é constituído de especificidades tecnológicas voltadas à curas e diagnósticos e conduzem à posições no mercado de acordo com a tecnologia que cada grupo econômico controla. Muitas vezes as mesmas empresas transnacionais participam de diferentes circuitos espaciais produtivos, mas com diferentes posições no mercado mundial e nacional. Algumas empresas no setor de reagentes para diagnóstico, por exemplo, como Bayer, General Electric, Siemens, Abott, Roche e Johnson & Johnson estão presentes em outros circuitos espaciais, como farmacêutico, diagnósticos por imagem e vacinas. As grandes e médias empresas nacionais participam, em

geral, somente em um circuito espacial produtivo e com grande especialização tecnológica. Já as pequenas empresas apresentam variações de papéis e formas de participação no mercado (AUTOR & ALMEIDA, 2015).

Pelos circuitos espaciais produtivos são operados intensos fluxos de exportação e importação de insumos que tem uma continuidade na divisão territorial do trabalho dentro da formação socioespacial importadora e que poderá, ainda, processar industrialmente esse insumo, agregar valor e exportar o novo insumo resultante, porém ainda não acabado, configurando uma divisão territorial do trabalho transnacional e extremamente fragmentada.

Entendemos que esse é o *modus operandi* do que Santos (1988, p. 48 a 50) definiu como sendo a emergência dos circuitos espaciais produtivos que fizeram ruir muitas economias regionais em função dessa nova forma de divisão territorial do trabalho, proporcionada pelas tecnologias da informação e comunicação.

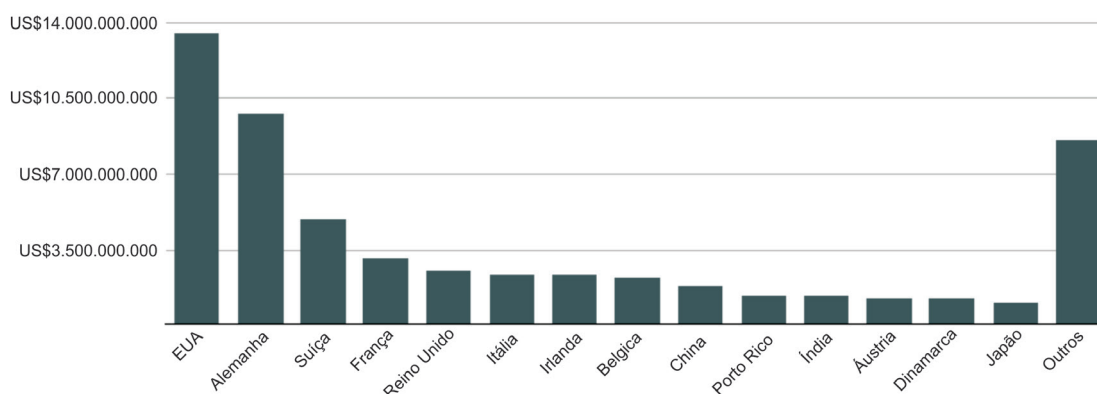
O mundo encontra-se organizado em subespaços articulados dentro de uma lógica global. Não podemos mais falar de circuitos regionais de produção. Com a crescente especialização regional, com os inúmeros fluxos de todos os tipos, intensidades e direções, temos que falar de circuitos espaciais da produção. (SANTOS, 1988, p. 49)

O conceito exprime que a divisão do trabalho está hiper fragmentada em diversas unidades produ-
ti-

vas, presentes em vários países, e a operação técnica dessa divisão impescinde do uso da simultaneidade dos eventos no espaço. Daí que é impensável trabalhar com esse conceito sem considerar a política das empresas, pois são as corporações que detêm as técnicas e a produção normativa capazes de conciliar os usos de diferentes territórios nacionais em torno de um mesmo objetivo. Ao introduzir a simultaneidade na lógica produtiva, vemos como o poder corporativo (AUTOR, 2005; 2017) vem operando um novo uso do tempo como fator competitivo.

Uma manifestação empírica do circuito espacial produtivo pode ser observada quando analisamos os fluxos de exportação e importação entre o complexo industrial da saúde instalado no território brasileiro e os demais, presentes em diferentes países como apresentado nas figuras 1 e 2.

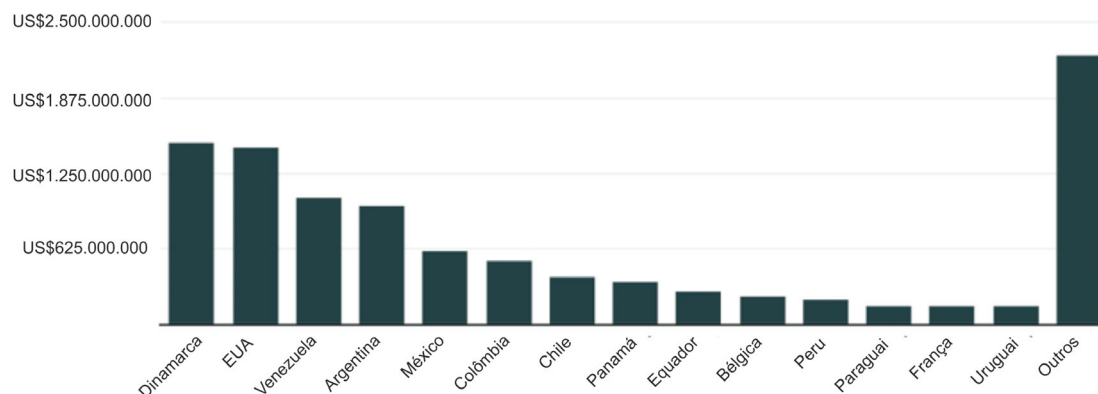
Figura 1 - Principais países exportadores ao complexo industrial da saúde brasileiro entre 2011 e 2016*



* Soma dos valores em US\$ de todo o período

Fonte: AliceWeb/MDIC, 2017. Organizado pelo autor

Figura 2 - Principais países importadores do complexo industrial da saúde brasileiro entre 2011 e 2016*



* Soma dos valores em US\$ de todo o período

Fonte: AliceWeb/MDIC, 2017. Organizado pelo autor

Bertollo (2013) em pesquisa sobre o circuito espacial produtivo da vacina, assim como Almeida (2015) em seu estudo sobre o circuito espacial produtivo dos reagentes para diagnóstico e, ainda, Santos (2016) sobre o circuito espacial dos equipamentos para diagnóstico por imagem e radiologia, levantaram informações e referências bibliográficas e também produziram alguns mapeamentos, cujos resultados foram de um modo geral convergentes sobre os fluxos desses circuitos: o Brasil é um consumidor dos mais importantes no mundo e demanda a produção industrial, organizacional e financeira de um número elevado de países. Comprou, entre 2011 e 2016, US\$ 57,01 bilhões de produções industriais de 107 países, e nessas importações se verificam tanto produtos acabados como insumos produtivos, isto é, bens manufaturados não acabados, pois ainda vão passar por processos no setor produtivo brasileiro, podendo ainda serem exportados para ulterior finalização da mercadoria.

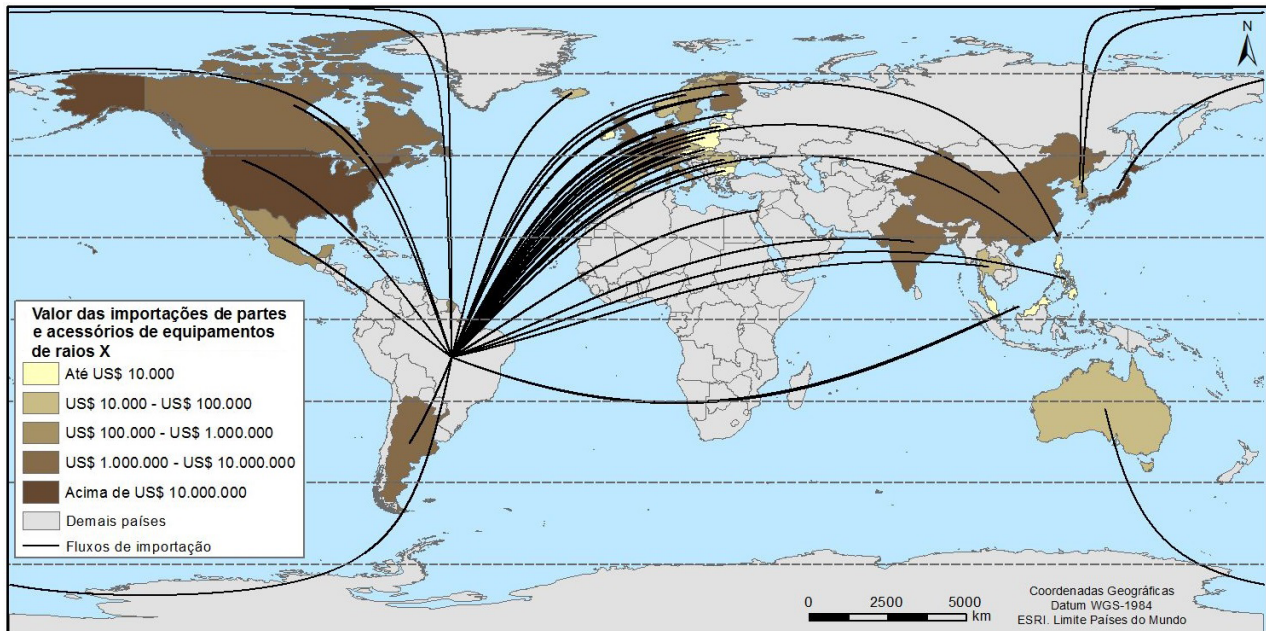
Por outro lado, também se verifica um crescimento das exportações brasileiras bastante significativo, tendo alguns ramos crescido entre 8% e 10% ao ano durante alguns anos seguidos, sobretudo pós 2008 quando se cria uma política pública para o complexo industrial da saúde brasileiro. Assim, nesse mesmo período entre 2011 e 2016, exportou-se US\$ 10,29 bilhões para 193 países, sendo que só para 24 países foram US\$ 9,26 bilhões, valores indicadores de uma posição importante que cumpre o território no complexo econômico-industrial

da saúde global. Igualmente nas exportações são verificados produtos acabados e semi-acabados corroborando a lógica impetrada pelos circuitos espaciais produtivos.

De todo modo, o saldo da balança resultante é dramático para a economia pública. Mas, justamente em razão disso, o alto dispêndio do Estado se tornou um forte aliado para incrementar o setor trazendo mais indústrias de outros países, sobretudo corporações transnacionais, como contrapartida da aquisição firme das manufaturas das indústrias para atender as demandas do SUS. Este instrumento de incentivo ao crescimento do parque industrial da saúde foi consolidado pela Lei do Poder de Compra Nacional (Lei n. 12.349 de 15/12/2010) e pela criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde – GECIS (Decreto de 12 de maio de 2008) no Ministério da Saúde. Ressalte-se, duas normas do poder soberano fundamentais para operacionalizar e projetar a formação de um complexo econômico-industrial da saúde brasileiro saindo, assim, da condição de um conjunto de indústrias médicas (CORDEIRO, 1980) para um complexo econômico-industrial da saúde (GADELHA, et al., 2012).

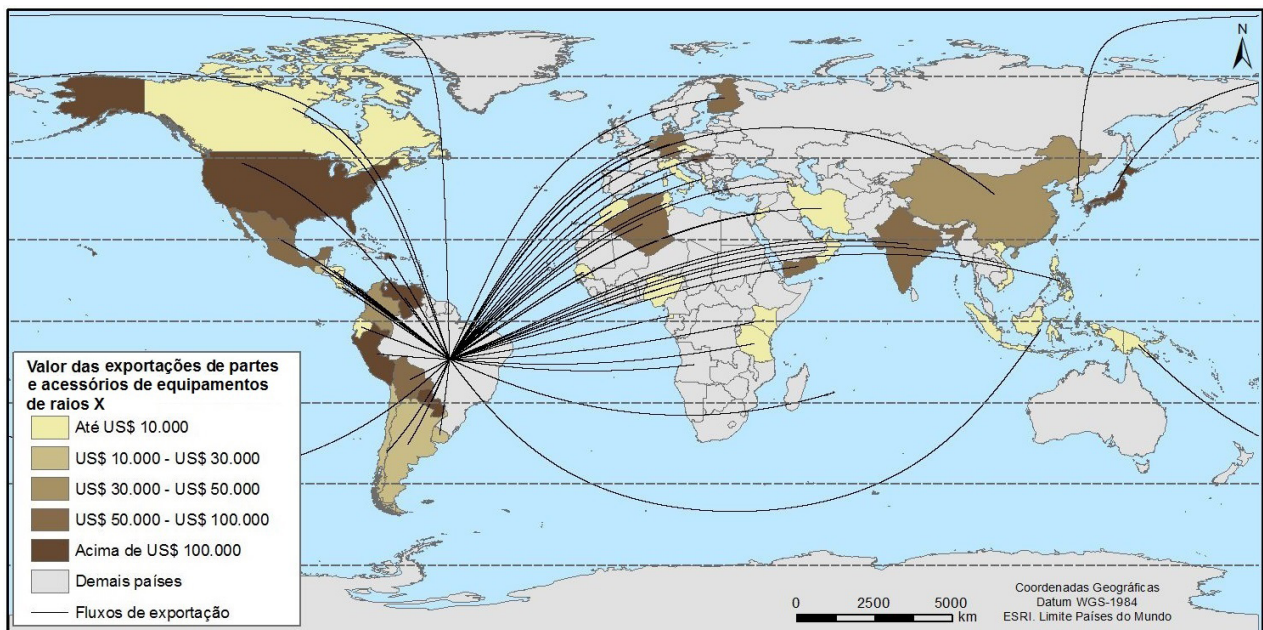
Para captar e expressar a complexidade de fluxos dos circuitos espaciais produtivos, sempre bastante especializados, é fundamental aprofundar as pesquisas em torno de um ou alguns produtos. Abaixo apresentamos os mapas de fluxos (figuras 3 e 4) que demonstram as relações entre as diferentes indústrias de equipamentos de raios X representando fluxos de insumos produtivos.

Figura 3 – Valor das importações de partes e acessórios de equipamentos de raios X, 2014.



Fonte: AliceWeb/MDIC (2014), extraído de SANTOS, 2015.

Figura 4 – Valor das exportações de partes e acessórios de equipamentos de raios X, 2014.



Fonte: AliceWeb/MDIC (2014), extraído de SANTOS, 2015.

Tal transnacionalização dos insumos (FARIA, 1999) que se verifica no período de globalização, traz para a economia uma nova dinâmica produtiva e comercial e implica objetivamente em transformações normativas nas formações socioespaciais (SANTOS, 1979; FARIA, 1999; AUTOR, 2005) para regular o comércio, a padronização das divisões técnicas do trabalho de modo a receber insumos produtivos de outros países e até mesmo para dirimir conflitos entre os agentes envolvidos num circuito.

Essas novas produções normativas são capitaneadas pelas corporações (AUTOR, 2017) assinalando outro dado fundamental para compreensão mais abrangente dos circuitos espaciais produtivos que é o pluralismo jurídico contemporâneo, pois com suas novas lógicas de produção, unindo diferentes territórios em processos que se desenvolvem conjunta e aceleradamente, os circuitos espaciais produtivos impõem a criação de novos conjuntos de normas, e o poder soberano não tem a mesma flexibilidade e celeridade que as corporações têm em produzir regulação para atender a dinâmica capitalista atual.

A força motriz dos circuitos espaciais produtivos da saúde: os complexos hospitalares e a urbanização corporativa

Os circuitos espaciais produtivos da saúde se caracterizam pela oferta integrada de produção industrial especializada em insumos para clínicas e hospitais mediada por empresas de comércio, finanças e serviços de saúde propriamente. As empresas instaladas no estado de São Paulo – indústrias, redes de serviços especializados e empresas públicas e privadas de financiamento – mostram bem essa dinâmica estruturada em circuitos produtivos.

Um dado relevante de todo esse fluxo de produtos e informações específicos é o hospital, pois ele é central para a produção industrial e científica sendo indissociável dos circuitos espaciais produtivos da saúde. Estima-se que os materiais consumidos em um hospital comporta entre 3.000 e 6.000 itens regularmente adquiridos (INFANTE & SANTOS, 2007: 946) que inclui materiais de consumo médico-hospitalares, medicamentos, reagentes para diagnósticos, órteses e próteses, equipamentos de diagnóstico por imagem

e radiologia, entre outros. Alguns hospitais também podem se configurar em unidades produtivas, como o Hospital das Clínicas em São Paulo que produziu 14 milhões de medicamentos em 2015 (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2016).

A instituição hospitalar nem sempre comporta plena racionalidade em seu funcionamento (LABASSE, 1982). Os controles de estoques dos grandes hospitais muitas vezes são deficientes ou incoerentes e, conforme aponta a bibliografia especializada, isso vem se alterando há menos de duas décadas no Brasil. Há uma tendência de informacionalização dos hospitais que visa garantir uma logística interna eficaz e controles minuciosos dos estoques (INFANTE & SANTOS, 2007: 952) que permitem mudanças nos sistemas de compra dos hospitais e, a partir desses sistemas informacionais, hospitais de portes e necessidades semelhantes conseguem estabelecer acordos e assim se organizam para compra em maior escala.

Um outro dado importante nessas considerações é que a política do SUS também inclui a manutenção, modernização e construção de hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território. No estado de São Paulo – o mais paradigmático nessa relação indústria-hospital –, essa expansão, saindo da capital em direção às regiões metropolitanas (São Paulo, Campinas e Santos) e outras regiões do Estado, ampliou a abrangência territorial dos circuitos produtivos (AUTOR & ALMEIDA, 2011) pois muitas dessas indústrias de pequeno e médio portes obtêm competitividade por meio da localização: a proximidade ao hospital dá vantagens nas licitações, pois cada hospital apresenta demandas sazonais específicas.

Quando essas indústrias se instalam em busca dessas vantagens, vêm com elas os agentes corporativos que atuam em diversos países e desenham a lógica dominante dos circuitos espaciais fornecendo matérias-primas, financiamentos, maquinários em comodato, etc. ou mesmo por meio de aquisições e incorporações. A primazia desses agentes deve-se, sobretudo, à sua capacidade de investimento em pesquisa, produção de tecnologia de ponta e de investimento próprio. Além disso, e corroborando esse comportamento das empresas,

(...) importa os hospitais estarem próximos

a centros de pesquisa e formação médica – uma das formas do círculo de cooperação na economia da saúde –, por serem grandes provedores de opiniões e legitimadores da eficácia dos produtos corporativos colocados no mercado (THOMAZ, 2017, p. 110).

Conseqüentemente, é marcante o impacto do desenvolvimento dos complexos produtivos da saúde nas cidades, pois essa lógica industrial da saúde depende da urbanização e privilegia sua implementação nas cidades grandes e médias que têm a presença de hospitais, especialmente onde existem universidades públicas com ensino e investimento em pesquisa médica e/ou tecnológica, além de instalar sua capacidade de comando técnico-financeiro e político dessa rede nas metrópoles mais expressivas das formações socioespaciais. E o resultado desse processo é o reforço de uma urbanização corporativa (SANTOS, 1990).

No caso da metrópole paulistana, essas especializações recobrem extensas áreas em diferentes bairros da capital, formando e/ou colaborando na expansão de manchas de altos conteúdos de técnica, ciência e finanças, assim como a produção de bens e informações para a saúde. Num estudo da Fundação Seade de 2010 “Ciências da vida humana na cidade de São Paulo”, algumas áreas com maior densidade de equipamentos e empresas do setor foram identificadas, tendo sido destacado o recorte que ficou denominado como “Arco da Paulista”, onde encontramos, num extremo, o “Quadrilátero da Saúde” – o Complexo do Hospital das Clínicas da USP, a Faculdade de Medicina (USP), a Faculdade de Saúde Pública (USP), o Instituto do Coração e o Instituto do Câncer, entre as principais instituições –, e no outro extremo está o Hospital São Paulo, com instituições de ensino, pesquisa e mesmo produção ligadas à Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Também foram identificadas mais quatro áreas com concentração significativa dos mais diversos tipos de equipamentos de saúde e empresas relacionadas à saúde (laboratórios, clínicas particulares, empresas de seguro e indústrias).

Nessas áreas se verifica um processo incessante de modificação da cidade, onde bairros predominantemente residenciais foram cedendo terreno às especializações voltadas à saúde, transformando-se

em bairros mistos. A conformação dessas áreas especializadas em serviços e bens voltados à saúde é fruto de um longo processo: os hospitais-escola e as universidades pertencem aos decursos mais morosos e longos, e aí também podemos incluir alguns tipos de laboratórios. Já a grande concentração de consultórios, companhias de seguro-saúde, redes de laboratórios de diagnósticos e determinadas plantas industriais são decorrentes de processos recentes. No chamado Arco da Paulista nota-se uma intensa refuncionalização do espaço urbano, em que bairros de moradias de alto padrão cederam lugar a essas especializações.

Além da concentração de hospitais e consultórios, constata-se na cidade um número expressivo de atividades produtivas como as indústrias químicas e farmacêuticas, com significativo número de empresas de grande porte no sul da capital. Também os setores de equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos e os laboratórios farmacêuticos estão entre os principais. No que tange aos laboratórios de diagnóstico, em 2010 havia 434 laboratórios de diagnóstico, número esse que passou para 598 em 2013 (ALMEIDA, 2014) pertencentes às grandes empresas.

Outro componente essencial para compreender o complexo industrial da saúde na capital é o ensino e a pesquisa médicas, elementos centrais e que requerem grandes investimentos, frequentemente públicos, pois é a partir da formação médica que se dá a própria expansão da lógica industrial e tecnológica (VENDRUSCULO, 2016). Novamente, é no Arco da Paulista que esses elementos se concentram: são várias instituições de ensino superior ligadas à saúde com 12.228 vagas de graduação e 8 hospitais com residência médica, concentrando 3.000 das 5.000 vagas existentes no município.

Junto a essa forte presença do complexo industrial em São Paulo assiste-se à expansão gradual das atividades para além cidade e mesmo de sua Região Metropolitana. Com a difusão dos serviços de saúde dá-se uma enorme estratificação da divisão social e territorial do trabalho, e o constante deslocamento das plantas produtivas que compõem o complexo industrial da saúde, para outras localidades dentro e fora do estado, vemos a metrópole paulistana fortalecer seu papel de comando organizacional estendido à toda formação socioespacial.

LUGAR, FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL E MUNDO ATRAVESSADOS PELOS CIRCUITOS ESPACIAIS PRODUTIVOS

As relações entre a economia política e o território são múltiplas, sendo apreendidas parcialmente conforme o recorte e o método que lhe deu sentido e que, por sua vez, foi estabelecido pelo pesquisador segundo seus objetivos, expectativas disciplinares e epistêmicas. Mais importante que esta constatação sobre o método científico, é o reconhecimento de que o aprofundamento de qualquer conhecimento nas ciências sociais resulta em melhor compreensão da dinâmica da totalidade, ou do processo de totalização contemporâneo de uma dada época.

O conhecimento da economia política da urbanização é fundamental para qualquer investigação disciplinar interessada nas variadas formas das divisões social e territorial do trabalho. E por essa razão é importante estabelecer as relações entre a economia política da urbanização com a economia política da cidade, pois são nas cidades que tais divisões especializadas, como no caso da saúde, de fato ocorrem, produzindo uma hierarquia entre as cidades, basicamente entre o comando do complexo e a produção e comercialização de insumos e produtos.

Os serviços relacionados à saúde, e toda a produção industrial que lhe dá suporte, nos fornecem variados conhecimentos sobre os elementos do espaço (SANTOS, 1985) que estabelecem relações interescalares (lugar-mundo; lugar-formação socioespacial, lugar-região e globalização) presentes na divisão territorial do trabalho no período atual. A análise detida do complexo econômico-industrial da saúde fornece, assim, materiais empíricos reunidos e organizados segundo uma dada perspectiva teórica, para melhores interpretações sobre o processo de totalização em que estamos inseridos e que interessa não só para compreender a saúde no mundo contemporâneo, mas fornece subsídios para refletir sobre todo o processo econômico, político, social e cultural do período.

É um dado constituinte da urbanização a formação de necessidades humanas que demandam cuidados e intervenções para proporcionar saúde aos indivíduos, seja porque os cidadãos adoecem, seja para evitar que adoçam. Obviamente, o mundo rural e

agrário também têm demandas de saúde, mas exigem esforços de interpretação assaz distintos daqueles relativos ao mundo urbano. Se hoje se conhecem estimativas de que podemos ser até 80% urbanos, serão esses os serviços de saúde que nos fornecerão mais elementos sobre a compreensão do que seja a totalidade em que estamos inseridos, podendo ter em conta sua dinâmica espacial mais abarcante: lugar-formação socioespacial-mundo.

Tendo em conta tais pressupostos do método geográfico, reafirmamos com Santos (1994) que a economia política da saúde não pode prescindir do dado espacial. O aprofundamento do entendimento dessa economia política da saúde conduz, a todo momento, o pesquisador interessado em conhecer as causalidades que afetam as estruturas dos serviços de saúde, a transitar do lugar ao mundo, e nesse caminho levar em consideração o papel da formação socioespacial no processo de mediação entre esses polos. Ou, parafraseando Latour (1994), ponderar o papel de tradução que a formação socioespacial exerce nas conexões entre essas duas dimensões espaciais que são, também, categorias do método geográfico.

O levantamento de informações e conhecimentos teóricos necessários para demarcar as características e os liames de um circuito espacial produtivo são definidas pelo escopo teórico que entende o espaço enquanto uma instância social. E que tais circuitos constituem um conceito dentro de um sistema de conceitos “Dentro desse sistema (...) mais amplo é que o conceito adquire sua consistência, e não isoladamente” (HAESBAERT, 2010, p. 159).

Assim, o circuito espacial produtivo pode ser compreendido como uma expressão histórica da rede, formada por sistemas de objetos técnicos que estão tanto fixados em várias formações socioespaciais, como, por meio dos fluxos globais que são capazes de gerar, estabelecem nexos relacionais entre diferentes regiões produtivas e especializadas como é o caso do complexo econômico-industrial da saúde. Esse relacional que se constela é uma forma do mundo que se estabelece.

Então, conhecer os fluxos de ciência e tecnologia na forma de produtos e mercadorias para a saúde pode embasar melhor a explicação dos porquês de se adotar uma medicina tecnológica cara quando ainda se conhece em variados territórios doenças que uma me-

dicina preventiva e menos custosa poderia extinguir. Como pode também auxiliar na explicação do intenso e acelerado processo de medicalização da sociedade (DUPUY & KARSENTY, 1980; ILLICH, 1984) que começou a ocorrer no pós guerra em algumas regiões dos países mais industrializados e urbanizados, e hoje se alastrou para a maior parte do planeta e, ao que tudo indica, continuará expandindo e se intensificando.

Um pressuposto fundamental, acreditamos, é que os circuitos espaciais produtivos nascem das necessidades estruturais das sociedades. Desse modo, a questão de fundo que nos parece basilar é que a indústria da saúde nasceu, cresceu e se fortaleceu fundada na crença da sociedade moderna na capacidade da ciência, conjugada com a tecnologia, em intervir nos corpos como a principal forma de combater os males (PORTER, 2004). Do mesmo modo é preciso entender que daí se formou todo um poder corporativo que faz o possível para reforçar esse modo de proporcionar a saúde e, frequentemente, decorre deste fato que o controle e uso político dos circuitos espaciais produtivos da saúde pode reforçar consumos não obrigatoriamente necessários ou como os únicos de fato úteis à saúde humana.

Vemos assim que os circuitos espaciais produtivos têm a capacidade de trazer as crenças do mundo que, ao longo de um processo de convencimento, são transformadas em necessidades para os lugares. Também assistimos como têm a força de instrumentalizar as metrópoles e variados portes de cidades a acolherem suas necessidades de acumulação, o que frequentemente reforça a urbanização corporativa, fundamento da produção do espaço urbano onde se testemunham altas taxas de urbanização com diversificação de atividades econômicas.

Nessa perspectiva, é importante reforçar que o conceito de circuito espacial produtivo é operacional para analisar metodologicamente o que se denomina por globalização em suas dinâmicas efetivas, de modo detalhado e a cada momento da história recente. E também permite compreender melhor porque nem sempre ela é facilmente observável, o que geralmente produz questionamentos sobre sua existência, isto é, de que não há diferenças radicais entre o presente e outros períodos do modo de produção capitalista.

Entendemos que tal processo decorre da

complexidade da divisão territorial onde somos todos, forçosamente, alienados quanto aos seus mecanismos e estratégias de produção e de acumulação, uma vez que os maiores agentes desse processo, as corporações transnacionais, operam com um mecanismo relativamente novo e pouco observável que é o uso da simultaneidade dos processos econômicos, isto é, operam a sincronia das ações na divisão técnica, social e territorial do trabalho. E os demais agentes, produtivos ou não, mas de menor porte e potência, não são capazes de operar nesse mesmo diapasão e restam na dependência do comando do poder corporativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos circuitos espaciais produtivos se constitui em referencial teórico para analisar a economia política da saúde e da urbanização relacionando-as num mesmo momento de totalização. É, portanto, um caminho de método para compreender as relações entre lugar e formação socioespacial e destes com a globalização.

Como são planetários, os circuitos espaciais produtivos levam aos lugares onde se instalam a racionalidade organizacional do capitalismo global. Quando a economia da saúde no território brasileiro conhece a formação dos circuitos espaciais produtivos, muda a própria prática médica (MOTA; MARINHO, 2011). Uma das principais mudanças nas práticas é a instalação da lógica corporativa, que vai rapidamente substituir o conhecimento abarcante da formação médica pela especialização radical. Tais especializações nas faculdades de medicina se tornam dependentes das corporações e de seus produtos com altos níveis de racionalidade científica, técnica e financeira que só um capital global tem sido capaz de investir.

Diversos autores apontam os hospitais e a própria formação médica como os focos das estratégias corporativas para ampliar mercados (PORTER, 2004; CORDEIRO, 1980), produzindo um sistema de convencimento e de necessidades fundamentais às novas concepções de cura e de combate aos males.

E não é apenas a medicina que muda. Os circuitos espaciais produtivos, imperativos dessa lógica, vão demandar modernizações profundas no espaço urbano. Vemos assim grandes investimentos de capital na refuncionalização das cidades para acolher e expandir a

lógica corporativa. Como não é só a economia da saúde que sofre essa intervenção da ação corporativa, mas todas as economias urbanas, ao longo desse processo ela transforma o próprio padrão de urbanização, tangendo, em médio e longo prazo, a estrutura de redes de cidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. P. *Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional*. São Paulo, 2005b. 313 f. Dissertação de Mestrado – FFLCH, USP.

ALMEIDA, R. S. *O circuito espacial produtivo dos reagentes para diagnóstico: o caso dos serviços de análise laboratorial em saúde no estado de São Paulo*. São Paulo, 2014. 196 f. Dissertação de Mestrado – FFLCH, USP.

AUTOR. Circuitos espaciais produtivos da saúde, serviços médico-hospitalares e as transformações da urbanização no território paulista. In: *ENANPEGE*, 09, 2011, Goiânia. UFG, 2011, p. 1 -8.

AUTOR. Espaço geográfico e direito: a regulação corporativa do território no período da globalização. In SILVEIRA, R. L.L. e SOUZA, M. B. (Orgs.). *Norma e Território: Contribuições Multidisciplinares*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017.

AUTOR. Os círculos de cooperação dos circuitos espaciais produtivos e as solidariedades geográficas: uma análise a partir do complexo industrial da saúde no Brasil. In: *ENANPEGE*, 10, 2013. Campinas. UNICAMP, 2013, p. 8144- 8154.

AUTOR. *Território e regulação: espaço geográfico, fonte material e não formal do direito*. São Paulo: Humanitas, 2005.

AUTOR. ALMEIDA, E. P. Os serviços de saúde no Estado de São Paulo - seletividades geográficas e fragmentação territorial. In: MOTA, A; MARINHO, S.M.C.G. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP Faculdade de Medicina CD. G, pp.281-295, 2011.

AUTOR. ALMEIDA, R. S. O diagnóstico médico e uso corporativo do território brasileiro: uma análise do circuito espacial produtivo dos reagentes para diagnóstico. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, n. 2, p. 674-690, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200022>.

AUTOR. BERTOLLO, M. A pandemia Influenza A H1N1 e a imunização: agentes e dinâmicas no período da globalização. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G.; BERTOLLI FILHO, C. (Org.). *As enfermidades e suas metáforas: Epidemias, Vacinação e produção de conhecimento*. São Paulo: CD.G., 2015, p. 35-55.

BERTOLLO, M. *O circuito espacial produtivo da vacina no território brasileiro e a pandemia Influenza A H1N1*. São Paulo, 2013. 266 f. Dissertação de Mestrado – FFLCH, USP.

BRASIL. Lei, nº 378, de 13 de janeiro de 1937. *Dá nova organização ao ministério da educação e saúde pública*. Rio de Janeiro: Senado Federal, 1937.

CASTILLO, R. FREDERICO, S. Espaço geográfico, produção e movimento: uma reflexão sobre o conceito de circuito espacial produtivo. *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, 22 (3): 461-474, dez. 2010

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DUPUY, J. P. & KARSENTY, S. *A invasão farmacêutica*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

FARIA, J. E. 1999. *O direito na economia globalizada*. São Paulo: Malheiros.

FREEMAN R.; MORAN, M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALA, (Org.). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002. p. 45-64

GADELHA, C. A. G.; et al. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico -industrial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012; 221p.

GADELHA, C. A. G. et al. *O complexo econômico*

- co-industrial da saúde: conceitos e características gerais*. GIS/ENSP/VPPIS/FIOCRUZ/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe CEIS, ano 1, n. 1, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/vppis/imagens/ceis/Boletim Complexo Saude Vol 1 2010.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.
- HAESBAERT, R. *Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2010.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS *Relatório de Gestão*. Instituto Central Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.
- ILLICH, I. *Nêmesis médica: la expropiación de la salud*. Cidade do México, Planeta, 1984.
- INFANTE, M.; SANTOS, M. A. B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, ago.2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400016>
- LABASSE, J. *La ciudad y el hospital: geografía hospitalar*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1982.
- MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Orgs.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interações*. São Paulo: USP/Faculdade de Medicina/Casa de Soluções e Editora, 2011. (Medicina, Saúde e História.)
- PORTER, R. *Das tripas coração*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- SANTOS, F. D. A. *O circuito especial produtivo e a topologia dos equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem no território brasileiro*. São Paulo, 2015. Dissertação de Mestrado – FFLCH, USP.
- SANTOS, M. *Por uma economia política da cidade*. São Paulo: Hucitec/Educ, 1994.
- SANTOS, M. *Metrópole corporativa e fragmentada: o caso de São Paulo*. São Paulo: Nobel, 1990.
- SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Nobel, 1988
- SANTOS, M. *Espaço e Método*. São Paulo: Nobel, 1985.
- SANTOS, M. “*Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método*”. *Boletim Paulista de Geografia*. São Paulo: AGB, n. 54, p. 81– 100, junho de 1977.
- SEADE. *A expansão do complexo econômico-industrial da saúde em São Paulo*. 1a Análise Seade, n. 34, jan. 2016
- SEADE. *Ciências da vida humana na cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Seade/Île de France/ PMS/ESP, 2010.
- THOMAZ, T. S. *Refuncionalizações espaciais das estruturas de saúde na cidade de São Paulo: a implementação do paradigma tecnológico da medicina no Hospital das Clínicas (FMUSP) e no Hospital São Paulo (EPM-Unifesp)*. São Paulo, 2017. Dissertação – FFLCH, USP.
- VENDRUSCULO, F. C. *As feiras e congressos médicos como círculos de cooperação no espaço: a integração do complexo industrial da saúde e a inserção da lógica corporativa no hospital São Paulo*, 2016. Dissertação de Mestrado – FFLCH, USP
- VIANA, A. L.; SILVA, H. P.; ELIAS, P. E. *Economia política da saúde: Introduzindo o debate*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 7-20, janeiro 2007.