UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

TATIANA DOS SANTOS THOMAZ

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)

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo
2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

TATIANA DOS SANTOS THOMAZ

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)

[VERSÃO CORRIGIDA]

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Geografia Humana.

área de concentração: Geografia Humana

orientador: Prof. Dr. Ricardo Mendes Antas Jr.

São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

THOMAZ, Tatiana dos Santos.

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) / Tatiana dos Santos Thomaz; orientador Ricardo Mendes Antas Jr. – São Paulo, 2017.

212 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2016.

1. Serviços de saúde. 2. Hospital das Clínicas. 3. Hospital São Paulo. 4. Circuito espacial produtivo. 5. Refuncionalização do espaço.

I. Antas, Jr., Ricardo Mendes. II. 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)

nome: THOMAZ, Tatiana dos Santos

título: 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)

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas para obtenção do título de
Mestre em Geografia Humana.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para Fernando

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Mendes Antas Jr., pela dedicação à pesquisa desde a graduação indicando os caminhos a seguir e pela confiança em meu trabalho.

À Prof^a Dr^a Adriana Maria Bernardes da Silva e ao Prof. Dr. André Mota, que compuseram a banca de qualificação contribuindo com reflexões que mobilizaram os esforços na segunda etapa da pesquisa.

À Prof^a Dr^a Ana Lúcia Lana Nemi, coordenadora do Arquivo Histórico do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Universidade Federal de São Paulo, pelas conversas, visitas técnicas e entrevistas que em muito contribuíram para este trabalho.

Ao Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela ajuda no garimpo do material histórico.

Ao Laboratório de Geografia Política e Planejamento Territorial e Ambiental (Laboplan), em especial, a sua técnica responsável, Ana Elisa Rodrigues Pereira, por proporcionar um ambiente de compartilhamento e aprofundamento das discussões trabalhadas.

Aos colegas de orientação envolvidos no estudo do complexo industrial da saúde e seus específicos circuitos espaciais produtivos, em especial, a Mait Bertollo, Flávio de Campos Vendrusculo e Fernando Diório Alves dos Santos.

Aos demais colegas de orientação, compondo grupos de estudos e sistematicamente expondo seus processos de pesquisa.

A Juliana Mantovani, Yuri Veneziani e Alexandre Ortolani, pela amizade e pelo compartilhamento das angústias e dos desafios enfrentados ao longo de nosso trabalho.

Aos amigos de graduação (Bruno, Cássio, Natália, Patrícia e Raquel), que, mesmo longe, estão sempre perto.

A Fernando, com amor, por dividir realizações, momentos especiais e dificuldades.

A minha mãe, Ana, a meu pai, Nelson, e a meu irmão, Rafael, com especial carinho e amor, pelo suporte, sempre.

Agradeço, por fim, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo financiamento desta pesquisa (Processo nº 2013/21931-2).

Cada combinação de formas espaciais e de técnicas correspondentes constitui o atributo produtivo de um espaço, sua virtualidade e sua limitação. A função da forma espacial depende da redistribuição, a cada momento histórico, sobre o espaço total da totalidade das funções que uma formação social é chamada a realizar. Essa redistribuição-relocalização deve tanto às heranças, notadamente o espaço organizado, como ao atual, ao presente, representado pela ação do modo de produção ou de um dos seus momentos. O movimento do espaço, isto é, sua evolução, é ao mesmo tempo um efeito e uma condição do movimento de uma sociedade global. Se não podem criar formas novas ou renovar as antigas, as determinações sociais têm que se adaptar. São as formas que atribuem ao conteúdo novo provável, ainda abstrato, a possibilidade de tornar-se conteúdo novo e real.

Milton Santos

RESUMO

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)**. 2017. 212 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Na incessante transformação da cidade, incorporaram-se novos objetos e sistemas técnicos que refletem a lógica hegemônica contemporânea e, com isso, os velhos objetos e sistemas técnicos foram submetidos a refuncionalizações com o objetivo de se adequar a essa nova lógica do sistema produtivo. E a medicina não escapa a essa lógica, já que foi com o desenvolvimento da técnica atrelada ao conhecimento científico que o paciente passou a ser visto de forma cada vez mais artificializada, abrindo-se novas possibilidades de intervenção no doente. Logo, os hospitais passaram a se situar no centro do exercício dessa medicina, convertendo-se em atividade econômica, lugar de consumo de serviços de saúde, inseridos na lógica urbana, promovendo constantes mudanças nos padrões tecnológicos que levam a grandes impactos na transformação da cidade. É na cidade de São Paulo que avanços e inovações científicas e tecnológicas encontram importante campo para sua aplicação, devido à existência de um complexo médico-hospitalar (hospitais, centro de atendimento básico e especializado, laboratórios, centros de diagnóstico, consultórios etc.) amplo e diversificado, com hospitais e serviços de alta complexidade e com certificações de excelência englobando a rede privada e a conveniada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com pesquisa e formação de profissionais especializados, tornando-se centro de referência no Brasil. Enquadram-se nesse cenário o Hospital das Clínicas (FMUSP) e o Hospital São Paulo (EPM-Unifesp), classificados como hospitais de alta complexidade, com ensino e pesquisa médico-científica.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Hospital das Clínicas. Hospital São Paulo. Circuito espacial produtivo. Refuncionalização do espaço.

ABSTRACT

THOMAZ, T. S. Space refunctionalization of health facilities in the city of São Paulo: the implementation of the technological paradigm of medicine at the Clínicas Hospital (FMUSP) and São Paulo Hospital (EPM-Unifesp). 2017. 212 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Throughout the ceaseless transformations the city of São Paulo went through, new objects and technical systems were constantly incorporated in the city's geographical space, reflecting the current hegemonic logic and, thus, old objects and technical systems became subordinated to renewed functions whose goals are to adapt to the constantly renewed logic of the production system. Meanwhile, medical practice and knowledge do not bypass this logic given that their development is entangled with scientific knowledge, ultimately resulting in an artificialized gaze in patient care. In this context, hospitals became the center of modern medicine, transforming itself in a specific economic activity and the place of health services consumption, furthermore they became a part of this urban logic, putting forward a set of technological changes that led to further impact in the city. Therefore, is in the city of São Paulo that technological changes and scientific innovations are mainly applied due to the presence of large medical care complexes (hospitals, health care centers, laboratories, clinics and etc.) with high complexity facilities that overarches the private and public sectors of healthcare, along with research and development in health care and the formation of specialized professionals, making the city a reference of health care in Brazil. In this context the Clínicas Hospital (FMUSP) and the São Paulo Hospital (EPM-Unifesp) are classified as high complexity hospitals equipped with school hospitals and medical research and development.

Keywords: Health services. Clínicas Hospital. São Paulo Hospital. Productive spatial circuits. Space refunctionalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Níveis de centralidade segundo oferta de serviços de saúde – complexidade e tamanho – Brasil (2005)	76
Tabela 2 – Níveis de hierarquia: descrição e número de estabelecimentos – Brasil (2014)	80
Tabela 3 – Pós-graduação – Escola Paulista de Medicina (2013)	121
Tabela 4 – Produção científica relatada à Capes pelos 34 programas de pós-graduação – EPM (2012)	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Complexo industrial da saúde	54
Quadro 2 – Áreas assistenciais e estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico	62
Quadro 3 – <i>Inputs</i>	62
Quadro 4 – Processo produtivo no hospital: procedimentos hospitalares	63
Quadro 5 – Estrutura básica do hospital moderno	64
Quadro 6 – Fluxo de informações científicas e tecnológicas no sistema de inovação do setor saúde: o caso de países com sistemas maduros	118
Quadro 7 – Instituições em cooperação com o complexo HC-FMUSP (2015)	129
Quadro 8 – Escola Paulista de Medicina e Hospital São Paulo	162
Quadro 9 – Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas	164

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Serviços de saúde – Brasil (2005)	77
Mapa 2 – Deslocamentos para serviços de saúde – Brasil (2007)	78
Mapa 3 – Distribuição espacial dos cinco grupos de regiões de saúde – Brasil (2015)	84
Mapa 4 – Distribuição dos <i>clusters</i> de ciência da vida humana – município de São Paulo (2008)	95
Mapa 5 – Distribuição de hospitais e consultórios no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)	96
Mapa 6 – Distribuição de leitos hospitalares no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)	96
Mapa 7 – Distribuição da rede de serviços de alta complexidade conveniada ao SUS no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)	97
Mapa 8 – Distribuição dos estabelecimentos de educação superior no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)	97
Mapa 9 – Distritos administrativos e Coordenadorias Regionais de Saúde – município de São Paulo (2012)	98
Mapa 10 – Estabelecimentos de saúde – município de São Paulo (2010)	100
Mapa 11 – Estabelecimentos de saúde privados – município de São Paulo (2010)	101
Mapa 12 – Estabelecimentos de saúde públicos – município de São Paulo (2010)	101
Mapa 13 – Hospitais e pronto-socorros privados – município de São Paulo (2010)	102
Mapa 14 – Hospitais e pronto-socorros públicos – município de São Paulo (2010)	103
Mapa 15 – Estabelecimentos que prestavam atendimento de média complexidade hospitalar – município de São Paulo (2010)	104
Mapa 16 – Estabelecimentos que prestavam atendimento de alta complexidade hospitalar – município de São Paulo (2010)	104
Mapa 17 – Estabelecimentos de saúde com leitos – município de São Paulo (2010)	105
Mapa 18 – Estabelecimentos de saúde com leitos conveniados ou contratados pelo SUS – município de São Paulo (2010)	106
Mapa 19 – Estabelecimentos de saúde com equipamentos médicos e odontológicos em uso – município de São Paulo (2010)	107
Mapa 20 – Procedimentos hospitalares – município de São Paulo (2010)	108

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 MUDANÇAS NA MEDICINA: POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E A PRÁTICA MÉDICA	18
1.1 A saúde no Brasil: políticas nacionais de saúde e a prática médica	26
1.1.1 Primeiro período – 1900-1930	26
1.1.2 Segundo período – 1930-1960	32
1.1.3 Terceiro período – 1960-1990	37
1.1.4 Quarto período – Pós-1990	49
2 ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: CONCENTRAÇÃO DE FIXOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO E O COMANDO A PARTIR DA CAPITAL	68
2.1 Distribuição espacial dos serviços de saúde no Brasil	72
2.1.1 A relevância do estado de São Paulo para os serviços de saúde brasileiros	88
2.2 Distribuição dos estabelecimentos de saúde paulistanos e a relevância do Arco da Paulista	94
2.2.1 A participação do Hospital das Clínicas (FMUSP) e do Hospital São Paulo (EPM-Unifesp) nos circuitos espaciais produtivos da saúde e seus círculos de cooperação	109
3 A RELEVÂNCIA DO LUGAR: REFUNCIONALIZAÇÕES DO ESPAÇO A PARTIR DA MEDICINA TECNOLÓGICA	131
3.1 Processos históricos de conformação do Hospital das Clínicas (FMUSP) e do Hospital São Paulo (EPM-Unifesp)	133
3.2 Refuncionalização dos objetos técnicos diante do paradigma médico tecnológico	147
3.2.1 Refuncionalizações espaciais no Arco da Paulista: área core do comando da saúde no território brasileiro	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS	186
APÊNDICES	200
ANEXOS	210

INTRODUÇÃO

A saúde é hoje uma área importante de inovação, investimentos, renda e emprego, que se compõe, de um lado, pela demanda social de bens e serviços de saúde e, de outro, pela formação de profissionais, indústrias, prestadores de serviços médicos, produção e consumo de insumos e medicamentos (GADELHA, 2003; GADELHA; QUENTAL; FIALHO, 2003). Em ambos os casos, atua entre a racionalidade técnica e a racionalidade política: o perfil do gasto público e sua relação com o Produto Interno Bruto fomenta o desenvolvimento dessa racionalidade técnica segundo um padrão de desenvolvimento econômico e as formas de organização e desempenho das unidades produtoras de saúde; a racionalidade política da saúde se expressa como direito, como bem econômico e como campo de acumulação de capital (VIANA; SILVA; ELIAS, 2005), com “o objetivo de formular novas balizas na conceituação da sociedade vigente, enquadrando e controlando o homem e seu corpo a partir de critérios que lhe designariam um estado normal ou patológico de ‘estar no mundo’” (MOTA, 2005, p. 19).

Composta pela demanda social de bens e serviços, pela formação de profissionais, por indústrias de alta tecnologia e por produção e consumo de insumos e medicamentos, a economia da saúde pode ser entendida por meio do atual paradigma da prática médica, a medicina tecnológica, e do conceito de *complexo industrial da saúde*.

O desenvolvimento de um novo paradigma na prática médica – a medicina tecnológica – e a institucionalização do chamado complexo industrial da saúde como norte para as decisões estratégicas do Estado e do capital privado têm estreita relação com a ciência, a técnica e a informação, imputando à saúde o caráter de mercadoria e tornando-a um campo de acumulação de capital, sendo a operacionalização dos conceitos de circuito espacial produtivo e de círculos de cooperação no espaço importante para compreender a espacialidade desse novo paradigma.

Reforçamos como um elemento importante para a medicina atual, elo entre a produção industrial e científica promovida pelo complexo industrial da saúde e o atendimento à população, os complexos hospitalares – instituição participante da dinâmica da economia urbana (DAVID, 2010) e centrada na configuração de circuitos espaciais produtivos da saúde e na ampla acumulação de capitais, concentrando poder econômico e legitimando certa modalidade de cuidados médicos (ANTAS JR., 2011a).

A medicina e o papel dos médicos são construídos a partir de “realidades sociais concretas”, transformando-se, num processo dinâmico, para se adaptar às mudanças históricas da produção econômica, ou seja, “a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina e dos médicos como categoria profissional na estrutura social” (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005, p. 130). Da relação direta com os pacientes e baseada em processos artesanais de trabalho que davam aos médicos grande prestígio social, modificou-se para uma medicina inserida no sistema de produção capitalista, uma mercadoria socialmente valorizada que imprime à prática médica características de empresa.

Os hospitais são centrais no sistema de saúde brasileiro, sendo-lhes destinados 2/3 dos gastos com saúde. Esse sistema hospitalar é composto por “arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade” (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p. 1) tanto públicos como privados, além do financiamento público a prestadores privados. Nesse sistema hospitalar altamente estratificado, poucos são os centros de excelência, públicos (ligados a universidades) ou privados, e todos adotam novos arranjos organizacionais, de gerenciamento e de qualidade, além de ter mais capacidade de adquirir equipamentos, materiais e instrumentos modernos.

Os hospitais têm uma relação ambivalente com a sociedade brasileira. São, ao mesmo tempo, objeto de admiração e de desconfiança; venerados, mas temidos. Para médicos especialistas, são o ambiente em que ocorrem revoluções no tratamento, inovação tecnológica e avanço científico. Para os profissionais da saúde pública, representam uma espécie de império do mal, que privilegia a medicina de alta tecnologia e consome grandes quantidades de recursos, mas pouco contribui para a saúde da população (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p. 1).

Os serviços de saúde dinamizam o complexo industrial da saúde articulando a base produtiva e de inovação¹ e demandando e consumindo uma série de atividades industriais (farmacêuticas, imunobiológicas, reagentes para diagnóstico, equipamentos, materiais, bens de consumo médico etc.) (BARBOSA; GADELHA, 2012). Em particular, os hospitais, sobretudo os hospitais-escola, ainda contribuem com inovações em serviços, por desenvolver atividades complexas com recursos especializados, modernos e densos em tecnologia. Por hospital-escola

¹ Os gastos com ciência e tecnologia (C&T) na saúde são crescentes e elevados, respondendo a 22% do gasto mundial em pesquisa e desenvolvimento (P&D). No Brasil, a saúde mobiliza ¼ de P&D nacional, tornando-se estratégico para “uma política de inserção competitiva internacional” (BARBOSA; GADELHA, 2012, p. 74).

entende-se o lugar de assistência à saúde e de capacitação profissional ligado a atividades universitárias de docência e pesquisa (ZUCCHI; BITTAR; HADDAD, 1998).

Esse processo pode ser verificado no Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo, e no Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo, ambos de alta complexidade, com ensino e pesquisa médico-científica, constituindo-se como elementos centrais no complexo industrial da saúde, bem como para o desenvolvimento dos circuitos espaciais produtivos da saúde e seus respectivos círculos de cooperação no espaço (SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L., 2006; SANTOS, M., 2012),² capazes de promover refuncionalizações no espaço urbano (ANTAS JR., 2011b).

A existência de uma base técnica e de um arranjo político, econômico e social confere ao território características específicas, o que é reconhecido como um período histórico. Assim, o território usado (SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L., 2006), ou espaço geográfico, é formado pelo conjunto de sistemas de objetos e de sistemas de ações (SANTOS, 2006b[1996]). Nesse sentido, “as localizações deixam de ser uma mera topologia para ganhar a espessura de um contexto histórico” (SILVEIRA, M. L., 2011, p. 4).

A cada período, age no território usado, em suas formas, um “campo de forças”, e essas forças têm um papel dinâmico nesse processo, posto que imprimem ao espaço maior ou menor densidade técnica, informacional, comunicacional e normativa. E essa é uma ação de diversos atores (pessoas, instituições, empresas etc.), com as mais diversas intenções (SILVEIRA, M. L., 2011).

Considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo, o território constitui, através dos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando também à fusão entre o local, o global invasor e o nacional que, na era da globalização, fica às vezes sem defesa. Essa interdependência está sempre a se renovar, atribuindo um caráter tenso à existência dinâmica do território (SILVEIRA, M. L., 2011, p. 5).

A renovação das forças produtivas e das relações de produção configurando um novo momento do modo de produção se expressa com a introdução de novos instrumentos de trabalho e novas práticas sociais, o que leva a mudanças na estrutura e no funcionamento do espaço. Hoje, com o aprofundamento da lógica capitalista, o modo de produção tende a ser único,

² SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. São Paulo: Edusp, 2012.

embora sua ação nos diferentes territórios tenha a mediação das formações sociais construídas segundo cada Estado nacional (SANTOS, M., 1999).

[...] a mediação do Estado, da sociedade civil e da própria configuração territorial herdada são dados fundamentais para explicar as diferenças do impacto do modo de produção sobre os diversos países e regiões. Mas também é certo que em nenhuma outra época um modo de produção teve uma difusão tão generalizada e uma presença tão profunda e eficaz em todos os recantos da terra. Esse *modo de produção global* é um dado explicativo maior da realidade geográfica atual (SANTOS, M., 1999, p. 6-7, grifo do original).

Técnica, ciência e informação são as variáveis de um novo sistema temporal com a organização de um novo espaço. Suas características podem ser analisadas a partir de quatro dados inter-relacionados e mundialmente solidários: unicidade técnica, convergência dos momentos, unicidade do motor e cognoscibilidade planetária.

A unicidade técnica corresponde à conformação de um sistema técnico em escala global, no qual os lugares abrigam fragmentos interdependentes. Ainda que os graus de presença e complexidade sejam diferentes, todos os subespaços participam da “planetarização da técnica” (TAVARES D’AMARAL, 1987³ apud SANTOS, M., 1999, p. 8). O que antes eram vários sistemas técnicos em diferentes lugares do mundo, hoje torna-se um sistema técnico único, eivado de interdependência funcional como base da globalização.

A convergência dos momentos corresponde à possibilidade de um acontecimento ser comunicado imediatamente a qualquer lugar do mundo. Essa instantaneidade aproxima os lugares, permitindo que os agentes hegemônicos escolham os que melhores lhes convêm: “Hoje, cada momento compreende, em todos os lugares, eventos que são interdependentes, incluídos em um mesmo sistema global de relações” (SANTOS, M., 1999, p. 9).

A unicidade do motor da vida social corresponde a uma mais-valia global gerada por um mercado também global estabelecido no intercâmbio e na lei do valor universal. Quem garante essa mais-valia é a “ação convergente das grandes organizações, sejam elas privadas ou públicas, nacionais ou supranacionais” (SANTOS, M., 1999, p. 9). Multinacionais e bancos transnacionais são os principais agentes na busca de maiores lucros e na capacidade de inovar.

³ TAVARES D’AMARAL, M. Impacto cultural da informatização na sociedade. In: CARNEIRO LEÃO, E. et al. **A máquina e seu avesso**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

A cognoscibilidade do planeta corresponde à possibilidade que o progresso da ciência e da técnica deram ao homem de conhecer extensiva e profundamente o planeta. Isso nos permite conceber “objetos que desejamos utilizar e então produzimos a matéria-prima indispensável à sua fabricação” (SANTOS, 2006a[2000]).

Esses quatro dados interdependentes garantem a produção de uma “inteligência planetária”, base do processo de globalização. Um reflexo dessa inteligência é o processo de especialização, que torna algumas áreas mais vantajosas para determinadas produções, incrementando a necessidade de intercâmbio/circulação dependente “da fluidez das redes e da flexibilidade dos regulamentos” (SANTOS, M., 1999, p. 11). Nesse meio técnico-científico-informacional, os arranjos espaciais são formados por pontos contínuos e contíguos, como eram as condições antigas, e, ao lado ou acima, por pontos descontínuos e interligados por redes.

A complexidade da atual organização espacial, com os numerosos centros urbanos articulados numa densa rede, “reflete a intrincada divisão social e territorial do trabalho e a consequente natureza complementar das atividades de cada lugar” (CORRÊA, 2000a, p. 38).

Para Milton Santos (2008a), as modificações da organização espacial ao longo do tempo devem ser estudadas pela relação dialética entre forma, função, processo e estrutura:

- Forma: é o aspecto visível de um objeto, e sua disposição define um arranjo espacial;⁴ as formas são comandadas pelo presente, mas são integradas também pelo passado; surgem “dotadas de certos contornos e finalidades-funções” (SANTOS, M., 2008a, p. 69);
- Função: é a tarefa do objeto, que pode ter várias funções; o aspecto exterior do objeto, visível, é a forma, e a atividade que desempenha é sua função;

A relação entre forma e função é, em princípio, direta: uma determinada forma é criada para desempenhar uma ou várias funções. E não existe função sem a sua forma correspondente. Daí não se poderem dissociar forma e função no estudo da organização espacial. Contudo, apenas a consideração da forma e da função não é suficiente para compreendê-la: estaríamos retirando da realidade social a sua natureza histórica, isto é, as características sociais e econômicas e suas transformações (CORRÊA, 2000a, p. 41-42).

⁴ “É conveniente deixar claro que não se pode considerar a forma *per se*. Se assim o fizéssemos, cairíamos em uma análise da forma pela forma, atribuindo a ela uma autonomia que não tem. [...] se considerássemos que a partir da forma seria possível apreender a realidade em sua essência, incorreríamos em um grave erro. Tratar-se-ia da apreensão de um aspecto da realidade, a sua aparência, incapaz de permitir vê-la em sua concretização, porque sua essência aparece nos processos e funções que emanam da estrutura” (CORRÊA, 2000a, p. 41).

- Estrutura: é a inter-relação das partes com o todo, o modo de organização dos objetos; é invisível, está “subjacente à forma, uma espécie de matriz onde a forma é gerada”; é a constituição social e econômica de uma sociedade em certo momento (CORRÊA, 2000a, p. 42);
- Processo: é a ação contínua em determinada estrutura social e econômica implicando continuidade, mudança e contradição.

Se considerarmos, portanto, apenas as categorias de estrutura e processo, estaremos fazendo uma análise a-espacial, não geográfica, absolutamente incapaz de captar a organização espacial de uma dada sociedade em um dado momento do tempo ou suas mudanças no mesmo (CORRÊA, 2000a, p. 42).

Recorremos a esses conceitos para compreender as transformações na medicina ao longo dos séculos XX e XXI, sobretudo as decorrentes refuncionalizações espaciais, e, mais especificamente, do objeto técnico hospital. Assim, para analisar as mudanças funcionais e as novas necessidades de transformações nas formas dos hospitais, foi preciso compreender o modo como se organizaram os objetos técnicos relativos à saúde, suas inter-relações segundo os momentos sociais e econômicos (estrutura) e as ações desenvolvidas nesse contexto gerando continuidades, mudanças e contradições (processo).

Assim, nesta investigação, empreendemos uma análise do hospital, sistema técnico capaz de orientar e dinamizar os fluxos materiais e imateriais ligados à saúde e à prática médica, destacando a centralidade dos conjuntos formados pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e o Hospital São Paulo e pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas. Assim, organizamos o presente trabalho em três capítulos.

No primeiro, intitulado “Mudanças na medicina: políticas nacionais de saúde e a prática médica”, construímos uma periodização que nos revelasse as mudanças do papel dos hospitais ao longo do tempo, com foco no Brasil durante os séculos XX e XXI. Para isso, foi preciso entender o caminhar das políticas nacionais de saúde, que reverberaram sensivelmente nas práticas médicas e na concepção do hospital contemporâneo, revelando sua complexidade e sua dependência de outros setores da economia da saúde e confirmando seu papel fundamental no complexo industrial da saúde e para as empresas que compõem cada circuito espacial produtivo.

O segundo capítulo foi intitulado “Economia política da saúde no território brasileiro: concentração de fixos de saúde no estado de São Paulo e o comando a partir da capital”, no

qual procuramos entender a localização dos serviços de saúde no território brasileiro, em particular a dos hospitais. Nesse contexto, discutimos a importância do estado de São Paulo e de sua capital para o país no que diz respeito à oferta, ao ensino e ao desenvolvimento de conhecimento técnico-científico na área da saúde. Estudamos também a distribuição dos estabelecimentos de saúde na área do Arco da Paulista (SEADE, 2010), onde ficam o Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina (USP), e o Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina (Unifesp), e sua participação nos circuitos espaciais produtivos da saúde e nos correspondentes círculos de cooperação.

Finalmente, no terceiro capítulo, intitulado “A relevância do lugar: as refuncionalizações do espaço a partir da medicina tecnológica”, procuramos investigar determinados processos históricos de mudanças espaciais implicadas pela formação das escolas médicas e de seus respectivos hospitais para, juntamente com o conhecimento sobre as mudanças nas políticas nacionais de saúde e das práticas médicas apresentadas no primeiro capítulo, analisar as refuncionalizações havidas ao longo do tempo diante do novo paradigma médico tecnológico, o que impôs transformações aos objetos técnicos e à área de instalação dessas instituições.

capítulo 1

MUDANÇAS NA MEDICINA: POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E A PRÁTICA MÉDICA

O desenvolvimento de técnicas e tecnologias e do conhecimento científico alteraram o exercício da medicina e, nesse processo, os hospitais se tornaram o centro da medicina moderna. Essa nova forma de tratar o doente passou a ser considerada uma atividade econômica, inserindo os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde na lógica urbana e transformando a morfologia da cidade e dos próprios edifícios de saúde – são as chamadas refuncionalizações espaciais (seja de áreas de cidades, seja de objetos técnicos). A partir da criação de duas escolas médicas (Faculdade de Medicina e Escola Paulista de Medicina) e de seus respectivos hospitais-escola (Hospital das Clínicas e Hospital São Paulo), a cidade de São Paulo é um exemplo peculiar dessas transformações, e vemos a necessidade de compreender como elas se deram, para compreender a importância dessas instituições.

Para tanto, este trabalho tem um enfoque espaço-temporal, como propôs Milton Santos (2008b[1978]), pois o presente se articula tanto com o passado quanto com o futuro, e, portanto, seria insuficiente uma mirada apenas espacial ou apenas temporal. Para alcançar a interpretação dos lugares, a geografia deve tratar as formas sociais como produtos históricos, “resultados da ação humana [...] e que expressam a cada momento as relações sociais que lhes deram origem” (SILVA, M. W., 2012, p. 2). Assim, a análise da produção do espaço exige que se estabeleçam duas premissas:

(a) O tempo não é um conceito absoluto, mas relativo, ele não é o resultado da percepção individual, trata-se de um tempo concreto; ele não é diferenciado, mas dividido em seções, dotado de características particulares. Somos, desse modo, levados a encontrar uma periodização baseada em parâmetros capazes de ser empirizados e a considerar esses parâmetros não como dados individuais mas em suas inter-relações. Seguindo essa linha, chegaremos à identificação de sistemas temporais. (b) As relações entre os períodos históricos e a organização espacial também devem ser analisadas; elas nos revelarão uma sucessão de sistemas espaciais na qual o valor relativo de cada lugar está sempre mudando no correr da história (SANTOS, 2008b[1978], p. 253-254).

A cada momento da história, independentemente da escala – local, regional, nacional ou mundial –, “a ação das variáveis presentes depende estritamente das condições gerais do sistema em que se situam” (SANTOS, 2008b[1978], p. 254). Logo, a ideia de tempo num estudo do espaço não será muito útil sem os dados do sistema temporal. Daí a inseparabilidade entre

as noções de tempo e de sistema. Devem-se empreender forças na explicação da sucessão de sistemas, e não na de elementos do espaço isolados, posto que nenhum elemento tem sentido completo fora do sistema a que pertence. A escolha das variáveis adequadas para o estudo e a interpretação dos espaços do passado baseia-se na análise da evolução global, e não na de cada elemento em particular. Para Milton Santos (2008b[1978]) e Marcelo Werner da Silva (2012), as variáveis não se devem restringir às formas morfológicas, havendo que relacioná-las com os sujeitos que as construíram e incluir na análise as formas jurídicas e sociais.

Cada período histórico é constituído por um sem-número de variáveis particulares, compondo um sistema temporal específico e correspondendo a específicos sistemas de objetos, sistemas econômicos e políticos e estruturas sociais, restringindo a ela as verdades de uma época. Para compreender a situação atual, Milton Santos (2008b[1978], p. 256) afirma serem necessários “a reconstrução dos sucessivos sistemas temporais e dos sistemas espaciais”, o estabelecimento de periodizações em diversas escalas e o isolamento (de caráter metodológico) “dos fatores dinâmicos próprios a cada período e a cada nível ou escala”, tendo em conta “o papel da acumulação do capital na escala mundial e suas repercussões nas diversas escalas geográficas”.

A periodização é uma das maneiras de analisar o tempo na geografia e outras ciências sociais. Através delas, procura-se identificar segmentos homogêneos do tempo histórico, em que as variáveis se mantêm em relativo equilíbrio no interior de uma mesma combinação de elementos de ordem econômica, social, política e moral, constituindo um sistema. Esse sistema constitui a totalidade social, que é formada por uma combinação das instâncias econômica, jurídico-políticas e ideológica da sociedade que se articulam [...] [na noção] de formação socioespacial (SILVA, M. W., 2012, p. 6).

A *formação socioespacial* é derivada da categoria *formação econômica e social* (FES), criada por Carl Marx e Friedrich Engels e que permite “o conhecimento de uma sociedade na sua totalidade e nas suas frações, mas sempre um conhecimento específico, apreendido num dado momento de sua evolução” (SANTOS, M., 1977, p. 84). Cada FES apresenta especificidades que a distinguem de outras, sejam relativas a um momento do todo, sejam reproduções de frações do todo segundo suas particularidades, em constante interação e movimento.

Nenhuma sociedade tem funções permanentes, nem um nível de forças produtivas fixo, nenhuma é marcada por formas definitivas de propriedade, de relações sociais. [...] as formações econômicas e sociais não podem ser compreendidas senão no quadro de um movimento totalizador, no qual todos

os seus elementos são variáveis que interagem e evoluem juntas, submetidas à lei do todo (SANTOS, M., 1977, p. 84).

E tal processo não é alheio ao espaço, e modo de produção, formação social e espaço são categorias interdependentes, já que os processos formadores do modo de produção (produção, circulação, distribuição e consumo) são determinados histórica e espacialmente pela formação social: “As relações entre espaço e formação social são de outra ordem, pois elas se fazem num espaço *particular* e não num espaço *geral*, tal como para os modos de produção. Os modos de produção escrevem a História no tempo, as formações sociais escrevem-na no espaço” (SANTOS, M., 1977, p. 87-88). Desse modo, agregando à Geografia o domínio das dinâmicas sociais, além da “*forma das coisas*”, entenderemos o espaço humano como um fato histórico, compreendido como a história da sociedade mundial em relação com a história da sociedade local numa realidade espacial (SANTOS, M., 1977).

E as periodizações são necessárias porque, a cada momento histórico, há diferentes usos do espaço, que procuramos caracterizar compreendendo as relações entre a novidade e a herança (SANTOS, M.; SILVEIRA, 2001). Para isso, as técnicas, representativas de épocas históricas, apresentam-se como um método. Elas não funcionam isoladamente, mas em sistemas compostos por materialidade e seus respectivos modos de organização e regulação. Os sistemas técnicos permitem a cada novo momento histórico formar e distribuir trabalhos determinados.

[...] para trabalhar conjuntamente com o tempo e o espaço, é necessário tratá-los segundo parâmetros comparáveis. Como o espaço é concreto, é necessário que o tempo também o seja, realizando-se então a “empiricização” do tempo, o que pode ser realizado através das técnicas (SILVA, M. W., 2012, p. 3).

Sendo o espaço constituído por variáveis assíncronas que funcionam sincronicamente para cada periodização, cabe escolher variáveis-chave que em cada parcela de tempo comandaram o sistema de variáveis – o período (SANTOS, M.; SILVEIRA, 2001, p. 23). Os períodos “são pedaços de tempo definidos por características que interagem e asseguram o movimento do todo” (SANTOS, M.; SILVEIRA, 2001, p. 24). Não interessa, portanto, a evolução de um elemento em particular, mas a evolução global.

A base das periodizações não é constituída apenas pelas relações sociais (REBECA SCHERER, 1987).⁵ Estas não bastam como dado explicativo, porque não se dão num vácuo. É preciso, então, pensar paralelamente as técnicas como formas de fazer e de regular a vida, mas ao mesmo tempo como cristalização em objetos geográficos, pois estes também têm um papel de controle devido ao seu tempo próprio, que modula os demais tempos (SANTOS, M.; SILVEIRA, M., 2001, p. 24).

A ação sincrônica num lugar é determinada a partir de sua relação com outras escalas, nacional ou mundial, associando um tempo interno – do lugar – e um tempo externo – do mundo. Portanto, o estudo de um lugar exige articularem-se diferentes escalas.

A interpretação geográfica da realidade pressupõe a utilização de recortes espaciais e sua articulação através do conceito de escala. A escala não se refere unicamente à representação cartográfica, mas a sua problematização como “uma estratégia de aproximação do real” (CASTRO, 1995, p. 120).⁶ Através da escala, delimitamos o campo empírico da pesquisa, ou seja, delimitamos “os fenômenos que dão sentido ao recorte espacial objetivado” (SILVA, M. W., 2012, p. 9).

A fim de compreender as transformações ocorridas no campo da saúde no Brasil ao longo dos séculos XX e XXI, especificamente aquelas que se deram no âmbito hospitalar, estabelecemos quatro períodos,⁷ na perspectiva das mudanças técnico-científicas e tecnológicas da medicina e de suas influências na atual conformação médico-hospitalar. Além disso, em cada período, discutem-se as políticas nacionais de saúde e a prática médica.

A presente segmentação do tempo tem início no século XX, mas é preciso fazer alguns apontamentos anteriores, para melhor compreender as mudanças havidas nas funções e na estrutura hospitalar.

Os hospitais foram criados a partir de ideais cristãos de caridade e compaixão inspirados nos milagres de cura de Cristo, vinculados a ordens religiosas e onde os enfermos ficavam pouco tempo; havia poucos leitos, semelhantes aos dos asilos, e o objetivo não era curar os enfermos, mas garantir sua salvação espiritual. Ao mesmo tempo em que prestavam assistência,

⁵ SCHERER, R. **Descentralização e planejamento urbano no município de São Paulo**. Tese (Doutorado em História da Arquitetura e Fundamentos do Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

⁶ CASTRO, I. E. O problema da escola. In: _____ et al. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

⁷ Os períodos foram construídos para melhor explicitarmos as transformações ao longo dos séculos XX e XXI, mas os fatos descritos não se restringem a um único período; às vezes, um período adentrou o outro.

eram também lugares de exclusão daqueles que representavam uma ameaça à saúde da população em geral (PORTER, 2004; FOUCAULT, 2000[1979]; ROSEN, 1979).

A partir do século XVI, com o desenvolvimento do comércio de longa distância e o crescimento das cidades, surgiu uma nova demanda de serviços de assistência social (SINGER, 1978; ROSEN, 1979). A Igreja foi perdendo o monopólio da assistência, que se foi paulatina e crescentemente transferindo para o Estado. No Renascimento, os médicos atendiam as classes dominantes em moldes liberais. Com a doutrina mercantilista, a população passou a ser considerada cada vez mais um importante recurso produtivo e a medicina, a ser amparada pelo Estado, agora responsável por zelar pela redução da mortalidade do conjunto da população.

Por muito tempo, os hospitais foram considerados “portais da morte” pelos frequentes casos de infecções – a ponto de a palavra *hospitalismo* designar formas de contaminação. Até o século XVIII, não eram instituições terapêuticas e nem a medicina era hospitalar. A formação de médicos não passava de leituras e transmissão de receitas, sem a experiência hospitalar para agir em momentos de crise da doença (PORTER, 2004; FOUCAULT, 2000[1979]).

Até meados do século XIX, a expansão dos serviços de saúde foi lenta e gradual, com pouco avanço do conhecimento no campo da anatomia e da fisiologia patológica.

Em 1628, Harvey descreveu a circulação sanguínea, a invenção do microscópio por Leeuwenhoek data de 1673, Cowper descreveu o sistema muscular em 1694, Morgagni descreveu a pneumonia, o câncer, a litíase biliar e a meningite em 1761, ao passo que a primeira medida profilática efetiva – a descoberta da vacina contra a varíola por Jenner – data apenas de 1798 (SINGER, 1978, p. 19).

Passou-se quase meio século até que surgissem novas descobertas significativas para o avanço da técnica médica; por exemplo, o uso do éter como anestésico em cirurgias (1846): seu “efeito benéfico só pôde ser colhido quando se passaram a aplicar, cerca de vinte anos depois, os métodos antissépticos preconizados por Lister” (SINGER, 1978, p. 19). Assim, o campo médico avançou substantivamente a partir da metade do século XIX, sobretudo com o conhecimento sobre doenças infectocontagiosas: as descobertas de Pasteur e Koch na medicina bacteriana nos anos 1870-80; a invenção de Roentgen do raio X e as descobertas de Ross sobre a etiologia da malária em 1895; as descobertas de Reed sobre a etiologia da febre amarela em 1900; as descobertas de Behring sobre as antitoxinas diftérica e tetânica em 1901, de Ehrlich do remédio contra a sífilis em 1908, de Bating da insulina em 1922, de Fleming da penicilina em 1928 e de Salk da vacina contra a poliomielite em 1954 (SINGER, 1978; PORTER, 2008).

Algumas mudanças socioeconômicas concorreram para esse extraordinário avanço da medicina, e data dessa época também a efetiva institucionalização dos serviços de saúde nos países onde boa parte da população estava urbanizada e proletarizada. As condições da urbanização e da proletarização não primavam pela saúde. As condições da migração em massa para os centros industriais promoviam altas taxas de mortalidade e morbidade – “jornada de trabalho de 13 a 16 horas [...]; moradias superlotadas e insalubres; salários baixos [...]; ausência dos serviços sanitários básicos [...]” (SINGER, 1978, p. 21).

As condições de vida e de saúde desencadeadas pela Revolução Industrial reduziam a produtividade do trabalho e poderiam engendrar revoltas, desestabilizando a ordem. Assim, a fim de manter condições mínimas para a reprodução da força de trabalho, a classe dominante, que tampouco estava livre das epidemias, viu-se na necessidade de remediar a situação, e, em face dos custos que isso acarretaria aos cofres privados, era preciso recorrer ao Estado.

Toda uma legislação foi criada tendo por fim limitar a exploração do trabalho, proteger os membros mais fracos da classe operária – mulheres e crianças – e garantir a continuidade do fornecimento da força de trabalho. Dentro desse contexto, torna-se claro que a reprodução do capital passou a “necessitar” SS [serviços de saúde] verdadeiramente eficazes. O seu papel passou a ser – pois não o era antes – o de garantir a reprodução da capacidade de trabalho (SINGER, 1978, p. 21).

Nesses termos, já na segunda metade do século XIX, estava estabelecido o “poder médico”, isto é, a “utilização do poder coercitivo do Estado pelos serviços de saúde” (SINGER, 1978, p. 25), que visava preservar ou restaurar a saúde a fim de manter a reprodução da força de trabalho e, conseqüentemente, a continuidade do sistema. Impõem-se, então, normas de higiene, de prevenção a acidentes no trabalho etc.

Para atingir esses fins, havia que criar um novo estilo de vida urbano-industrial “que combinasse pobreza e asseio, higiene e temperança” (SINGER, 1978, p. 23), sendo fundamental a institucionalização dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento do conhecimento médico sobre as doenças infectocontagiosas, cujos resultados mencionamos há pouco. Nessa época, os serviços de saúde correspondiam à saúde pública e se limitavam a medidas de saneamento do ambiente. Não se tratava ainda do viés terapêutico da medicina, e os hospitais eram para os totalmente desamparados.

Antes do ano de 1867, em que se introduziu o conceito de antissepsia e, mais tarde, o de assepsia, as condições de vida para os pacientes nos hospitais eram abomináveis, consideradas sob o prisma atual. Os hospitais eram sujos, com

pouca ventilação e superlotados. As salas eram repletas de camas, alinhadas umas junto a outras, com pouco espaço para passar entre elas. Frequentemente os pacientes eram postos dois a dois numa cama, sem que se levasse em conta o tipo de enfermidade ou a condição do enfermo. [...] todos os tratamentos se realizavam na mesma sala [...] (COE, 1970, p. 283⁸ apud SINGER, 1978, p. 20).

Era difícil institucionalizar os serviços de saúde devido à falta de conhecimentos que tornassem mais seguros os tratamentos, como os que mais tarde trouxeram a bacteriologia e a diminuição dos riscos da iatrogênese (doenças que se originam a partir do tratamento de outras). Somavam-se a isso as práticas de curandeirismo, que dificultavam o estabelecimento do monopólio da medicina oficial. Quando os médicos lograram monopolizar os cuidados à saúde, eles foram finalmente institucionalizados. Mas, para que fosse oficializada, essa medicina deveria chegar à população pobre, e isso só aconteceu em fins do século XIX. Até então, só tinham acesso à medicina os indigentes recolhidos aos hospitais.

Até meados do século XVIII, ninguém saía do hospital. Ingressava-se nessas instituições para morrer. A técnica médica do século XVIII não permitia ao indivíduo hospitalizado abandonar a instituição com vida. O hospital era um claustro para morrer, era, como se dizia na época, um “mouroir”: um lugar para morrer (FOUCAULT, 2000[1979], p. 202).

A partir de 1800, com os exames clínicos, a patologia, a fisiologia, a química, a microscopia, a introdução da antissepsia, o desenvolvimento da bacteriologia e a incorporação de enfermeiras no ambiente hospitalar, tem início uma grande mudança (PORTER, 2004; FOUCAULT, 2000[1979]; SINGER, 1978). A bacteriologia permitiu ao médico tratar de forma eficaz enfermidades infecciosas; os métodos de assepsia e antissepsia reduziram a mortalidade por infecção nos hospitais e o tempo de recuperação do doente; e a introdução da anestesia deu mais conforto e êxito ao médico e ao paciente em cirurgias. Essas medidas mudaram muito os hospitais, que deixaram de ser o lugar onde os pobres iam para morrer e passaram a ser o lugar onde os doentes podiam se curar. As cirurgias tornaram-se uma atividade hospitalar; a classe dominante passou a ir aos hospitais por recomendação médica; a criação da enfermagem como profissão leiga e técnica (1860) concorreu para a humanização dos hospitais centrados no tratamento dos doentes. De abrigo e lugar de morte, o hospital passou a ser o lugar onde se prestavam cuidados médicos e, aos poucos, a base do ensino médico, com a entrada de médicos e estudantes de medicina.

⁸ COE, R. M. **Sociología de la medicina**. Madrid: Alianza, 1973.

Os hospitais passaram a ser localizados de acordo com o desenho sanitário das cidades, e suas partes internas passaram a ser pensadas cientificamente. Os religiosos deram lugar aos médicos, que passaram a registrar todos os acontecimentos relativos aos pacientes. Assim, o hospital tornou-se “instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico” (FOUCAULT, 2000[1979], p. 109). E a clínica nasce como fator essencial dos hospitais e da formação médica.

Já no Brasil, os primeiros serviços de saúde seguiam a organização sanitária de Portugal. Serviços de saúde de tropas militares, saneamento e profilaxia de doenças epidêmicas e o trabalho de médicos, boticários, curandeiros etc. estavam ligados às ordens de cirurgiões-mor e físicos-mor portugueses. Já aspectos relativos à higiene local, a sujeira, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos incumbiam às câmaras municipais (ABREU, 2001).

Temos nesse período a importante participação das Casas de Misericórdia na assistência popular abrigando indigentes e doentes. A irmandade mais importante no Brasil desde o descobrimento, a Misericórdia foi inspirada na Casa-mãe de Lisboa, fundada em 1498 pelo governo real, e chegou ao Brasil provavelmente por volta de 1540, com a fundação da Santa Casa de Misericórdia da Vila de Olinda e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos. As Santas Casas se disseminaram e tornaram-se a base assistencial da colônia e, mais tarde, local de formação dos primeiros médicos. Eram mantidas por meio de donativos e por subsídios do Estado (FIGUEIREDO, 2000).

No início do século XIX, com a chegada da família real ao Brasil, as responsabilidades pela saúde pública foram transferidas para os municípios, e criaram-se algumas instituições ligadas ao governo central como a Junta de Higiene Pública, a Inspeção Geral de Higiene e o Conselho Superior de Saúde Pública. De 1822 a 1889, houve uma explosão de Misericórdias pelo território, tendo sido criadas 58 novas, 18 das quais no estado de São Paulo.

Quando das epidemias, as ações municipais tornavam-se insuficientes, e se recorria ao governo central. Nesse sentido, Paim (2013a, p. 27) caracteriza a organização sanitária brasileira até o final do Império, como:

[...] rudimentar e centralizada [...] incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes sem discriminação. As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia.

Em 1889, com a instauração da República e a configuração de uma nova política, ficaram a cargo dos estados os cuidados com a saúde, sendo de responsabilidade federal as ações que não cabiam aos governos estaduais, como a vigilância sanitária dos portos (PAIM, 2013a).

1.1 A saúde no Brasil: políticas nacionais de saúde e a prática médica

1.1.1 Primeiro período – 1900-1930

Políticas nacionais de saúde

Foi com a economia cafeeira que a saúde no Brasil surgiu como *questão social*, como reflexo do avanço da divisão do trabalho e da emergência do trabalho assalariado e, embora ainda incipiente, como política de saúde.

O desenvolvimento capitalista, nesse sentido, constitui em questões sociais, entre outros, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o capital. Num mesmo movimento, constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões; e, ao fazê-lo, o Estado capitalista e nacional amplia-as, “atribuindo-lhes” um caráter geral e universal (BRAGA; PAULA, 1981, p. 41).

A estrutura e a dinâmica dessa economia cafeeira foram desdobradas em dois segmentos: o agrário, correspondente à produção, e o urbano, configurando um conjunto de atividades promovidas pela produção agrária como financiamento, comércio, transporte e indústria. Assim, era necessário criar condições sanitárias para não comprometer as relações comerciais externas, como também a política de imigração; em suma, tratava-se de estabelecer condições para a reprodução da força de trabalho. Os problemas de saúde dessa época eram as endemias e as consequências da falta de saneamento urbano – ligada à economia do complexo exportador e ao capital industrial nascente –, como as doenças pestilenciais (cólera, peste bubônica, varíola etc.) e as doenças de massa (doenças infecciosas e parasitárias como tuberculose, lepra, febre tifoide etc.).

A atenção à saúde tinha um caráter imediatista, para resolver casos agudos ou situações de epidemia que ameaçavam a população, por meio de vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral, entre outras. Isso tinha relação com a debilidade de conhecimento científico e tecnológico para diagnóstico, prevenção e tratamento, devido ao contraditório e fortemente

desigual processo de desenvolvimento capitalista do Brasil, bem como das próprias restrições financeiras do Estado.

De acordo com Abreu (2001), de 1870 a 1930, muda o pensamento produzido sobre as formas das cidades brasileiras: o fim da escravidão, o início da industrialização e o crescimento do urbano marcam a transição de um Brasil rural para um urbano-industrial.

Foi nesse período que se consolidaram nas cidades brasileiras os processos capitalistas modernos. As relações sociais nos moldes capitalistas se difundiram como o assalariamento, a partir da expansão da produção industrial e dos serviços urbanos, e data dessa época a passagem do higienismo para o sanitarismo, revelando a importância da salubridade para as cidades.

O higienismo tem origem em Hipócrates, na obra *Sobre os ares, as águas e os lugares*, e em sua sistematização pelo médico inglês Thomas Sydenham no século XVII. Pautava-se na ideia de que a epidemia tinha relação com o meio natural: o solo, a água e o ar tinham papel fundamental na salubridade pública. Combater os miasmas, frutos de “emanações etéreas” da decomposição de matéria orgânica e disseminados pelo ar, era garantia de salubridade e eliminação de epidemias. Para isso, os médicos identificavam os focos miasmáticos produzindo “topografias/geografias” médicas (ABREU, 2001). Até a segunda metade do século XIX, o pensamento higienista norteou as ações urbanas brasileiras, e, para conter epidemias, os médicos indicavam medidas profiláticas como aterrar mangues, derrubar colinas para melhor circulação do ar, afastar construções, orientar a localização de matadouros etc.

A revolução bacteriológica derrubou os princípios do higienismo, especialmente a teoria dos miasmas – “pensamento antigo sobre as cidades, não científico”. O meio ambiente deixou de ser o vilão, sendo substituído por microrganismos transmitidos por vetores como os insetos – “pensamento novo, sustentado pelas regras científicas do positivismo” (ABREU, 2001, p. 39) –, o que ficou conhecido como *sanitarismo*. Agora, o pensamento sobre a cidade e as suas ações pautava-se na técnica e na ciência (ABREU, 2001; FERREIRA; LUCA, 2011).

A partir do fim do século XIX, as cidades passaram a ser pensadas pela técnica e pela imagem, ou seja, saneamento (sobretudo drenagem urbana), infraestrutura (circulação, iluminação pública, abastecimento de água, esgoto etc.) e embelezamento (jardins, chafarizes etc.) formavam o tripé da intervenção estatal na cidade: sanitarismo-circulação-estética conformando uma nova cidade funcional ao progresso (ABREU, 2001).

Na década de 1920, o auge da economia cafeeira promoveu a aceleração da urbanização e o princípio de desenvolvimento industrial; a saúde pública toma nova forma como *questão social*.

A partir de então, as medidas de saúde pública vão se caracterizar pela tentativa de extensão de seus serviços por todo o país. No nível do discurso do poder, a atenção à saúde ganha uma nova dimensão: se bem que, como questão social, continua a ser vista como “caso de polícia”, já passa a ser considerada – no discurso – como uma das atribuições do Estado nacional. Na verdade, vive-se um momento de transição, e os problemas que se colocam estão muito além das possibilidades dadas pela natureza política e pela capacidade financeira desse Estado (BRAGA; PAULA, 1981, p. 45).

A escassez de força de trabalho nessa primeira etapa do desenvolvimento capitalista exigiu a promoção da imigração estrangeira, constituindo uma das primeiras políticas sociais conduzida por empresários, pelo estado de São Paulo e pelo Estado nacional. Tendo em vista a atração e a permanência dessa força de trabalho, desenvolveram-se práticas de higiene e saúde pública. Foram estabelecidas medidas de controle e regulamentação do mercado de trabalho – embrião do esquema previdenciário –, com a criação da Lei Elói Chaves (1923) e a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), forma inicial do que viria a ser o seguro social no país. As CAP eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, e os benefícios eram assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensão para dependentes e auxílio para funeral. As primeiras categorias profissionais a gozar desses direitos foram as ligadas ao setor urbano da economia cafeeira: os ferroviários em 1923 e os estivadores e marítimos em 1926. As demais só tiveram o benefício depois de 1930 (BRAGA; PAULA, 1981; CORDEIRO, 1984; SINGER, 1978; PAIM, 2013a). Até então, a maior parte dos assalariados estava excluída dos benefícios previdenciários, sendo a assistência médica restrita aos serviços públicos, aos serviços de profissionais liberais e/ou a outras formas de medicina.

Prática médica

Segundo Schraiber (1993), no Brasil, a produção do trabalho médico tem caráter liberal até 1930. De 1930 a 1960, ainda é muito próxima da que se fazia até então, passando a ser designada pela autora como prática “liberal”. A partir da década de 1960, aprofunda-se a medicina tecnológica.

O consultório particular era a “principal e primeira atividade a ser iniciada” logo após a formatura (SCHRAIBER, 1993, p. 66), sendo a que dava aos médicos mais renda e prestígio. Montar um consultório exigia poucos recursos financeiros e equipamentos pouco sofisticados: sofá, escrivaninha, aparelhos de ultravioleta, infravermelho e ondas curtas, material para pequenas cirurgias, bisturis, pinças, gaze, algodão, estufas para esterilização, anestésico para anestesia local, estetoscópio e aparelho de pressão. O diagnóstico era feito pela história contada pelo paciente.

A terapêutica, nessa fase, ainda estava sob o comando exclusivo do médico. A prática dominante era a formulação, associada aos primeiros e poucos fármacos industrializados como a sulfa e a penicilina. Com o tempo e a inserção da indústria farmacêutica, a formulação foi superada. Quanto aos laboratórios e clínicas de radiologia, as relações entre médicos e esses serviços complementares eram interpessoais, pautadas no conhecimento e na confiança recíproca. Tendo o controle integral sobre o caso de seu paciente, o médico era diretamente informado desses serviços.

Mesmo com uma maior inserção técnica, o saber pessoal do médico continuou sendo o alicerce de sua prática. Até o início da década de 1940, a prática médica baseava-se na observação clínica do paciente, cujas conclusões advinham do conhecimento, da intuição e da criatividade do médico, e as cirurgias e o pós-operatório eram de extremo risco. Só a partir dessa década aumentaram o tempo e o conforto cirúrgico (em virtude de melhorias na anestesia) e diminuíram as infecções – “os primeiros quimioterápicos, como a sulfa, e o primeiro antibiótico, a penicilina, apareceram no pós-guerra (1945), dispondo-se no mercado de forma nem sempre suficiente para consumo ampliado” (SCHRAIBER, 1993, p. 73-74). Até então, os pacientes resistiam a ir ao hospital, temendo as infecções. Ademais, não havia muitos hospitais, os equipamentos eram poucos e os atendimentos eram feitos nos consultórios ou em domicílio.

O trabalho médico tinha três momentos: o “tempo da manhã”, o “tempo da tarde” e o “tempo do chamado” (SCHRAIBER, 1993). De manhã, o médico dedicava-se ao aprimoramento profissional em instituições filantrópicas, e esse tempo foi aos poucos substituído pelo “tempo do emprego”, a partir do assalariamento dos médicos. À tarde, atendia no consultório e podia se estender até tarde da noite, pois muitas vezes o consultório do médico era em sua residência. E o “tempo do chamado” correspondia às situações de emergência, realizando-se o atendimento na casa do paciente – até a ampliação dos serviços de pronto-socorro, não havia outra forma de atender aos casos agudos. Para os casos pouco graves, a

medicina de domicílio era uma alternativa à hospitalização. O encaminhamento para o hospital como meio terapêutico não era instituído na prática médica.

A intervenção do Estado na produção de serviços de saúde foi direta e ampla, para fornecer mecanismos reguladores à formação e à reprodução da força de trabalho (SCHRAIBER, 1993; BRAGA; PAULA, 1981; SINGER, 1978; LUZ, 1979). A peculiaridade desse processo no Brasil residia no fato de que essa intervenção passou a acontecer nos “momentos iniciais da industrialização capitalista do país, e de modo a assumir como produtor direto práticas de intervenção pertencentes, em outros países, às iniciativas das classes sociais” (SCHRAIBER, 1993, p. 133).

A intervenção estatal na assistência à saúde incluiu dois tipos de ação: as de caráter epidemiológico, visando o coletivo-social, e as relativas a pressões econômicas e políticas do operariado urbano em busca de garantias de acesso a serviços de saúde, resultando numa assistência médica individual estruturada em seguros sociais ou previdências, em que “o cuidado médico é parte de um conjunto assistencial maior de vários benefícios pecuniários e de outros serviços de assistência social” (SCHRAIBER, 1993, p. 134). A primeira ação se deu no Brasil por meio de políticas de saneamento vinculadas à economia agrário-exportadora. Já a segunda se deu em 1920, pela regulamentação das CAP.

A medicina liberal, “serviços médicos de clientela própria, captada por processos informais, com a qual o médico estabelece diretamente as condições de tratamento e da remuneração de seus serviços” (SCHRAIBER, 1993, p.135), convive com outras formas de organização da produção de serviços de saúde como a filantropia, as associações de auxílio mútuo (que se davam entre trabalhadores em associações de bairro) e o seguro social da Previdência (CAP). Assim, conviviam uma medicina destinada aos pobres e uma liberal e privada, sobretudo para os ricos.

A ação direta do Estado na assistência à saúde ocorre primeiramente com os militares e os servidores públicos. Com a instauração das CAP (1923), as empresas tinham que oferecer serviços de assistência social ao trabalhador e a seus familiares, mas o Estado apenas os regulava, ficando a cargo de patrões e empregados as negociações sobre o serviço:

[...] não constituíam uma contraposição à medicina liberal, aparentemente vindo também fortalecê-la através da compra de seus serviços, representam formas precursoras das possibilidades de abertura, por meio dos serviços próprios das empresas ou do seguro-social que sucede às Caixas, de um

mercado de trabalho assalariado para os médicos no setor privado ou público (SCHRAIBER, 1993, p. 137, grifo do original).

Apesar de não afetar o modelo liberal, a organização das CAP é uma “forma antecipatória daquele seguro social da previdência pública que viria, de fato, [...] a partir dos anos 40, a afetar a modalidade” (SCHRAIBER, 1993, p. 135-136), tensionando a hegemonia desse modelo.

A prática autônoma característica da medicina liberal foi possível devido a seu caráter técnico baseado na produção não material de que se constitui o conhecimento médico. A autonomia profissional sobreveio à organização da assistência médica em pequenos produtores⁹ isolados e independentes, com:

[...] ausência de conexões formais entre produtores; propriedade pelos médicos individualmente dos meios de produção da assistência; laços informais com a clientela; e ausência de obrigações produtivas exceto as geradas pela procura da consulta e definidas pelo tipo técnico de demanda, com base na qual se definiria para os serviços uma remuneração imprecisa, informal e flutuante (SCHRAIBER, 1993, p. 171).

A prática liberal é livre: na forma como se comercializa o serviço no mercado, sendo o médico produtor e vendedor direto e com a autonomia de estabelecer sem interferências o valor da remuneração de seu trabalho; na forma como se apresenta ao mercado pela livre concorrência (após a escolha do paciente); e na forma difusa de captação da clientela. Nesse período da medicina liberal, há uma uniformidade nos padrões organizacionais dos serviços, o que homogeneiza a prática da classe, já que, dada a escassez de instrumentos materiais, o trabalho médico depende do saber.

⁹ Segundo Mehry (2000), o trabalho médico “é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos, nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção” (p. 51). Ademais, para reforçar essa ideia, Harvey (2011) observa que, “no setor de serviços e entretenimento, [...] o processo de trabalho (cortar o cabelo ou divertir a massa) [acrescentamos o ato médico] é em si a mercadoria a ser vendida, portanto, não há intervalo de tempo entre a produção e a venda da mercadoria (embora possa haver muito tempo de preparação envolvido)” (p. 42).

1.1.2 Segundo período – 1930-1960

Políticas nacionais de saúde

Depois da Revolução de 1930, reduz-se o caráter federalista da Primeira República pela menor autonomia dos estados; até então, “a política de saúde [...] contempla [...] a incorporação e transformação das unidades de âmbito estadual montadas nos anos 20” (BRAGA; PAULA, 1981, p. 53). No âmbito da política de saúde, constata-se esse processo de centralização pelo aparelhamento do Estado (SINGER, 1978; LUZ, 1979; BRAGA; PAULA, 1981; CORDEIRO, 1984):

- 1930: criação do Ministério de Educação e Saúde, saindo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores as atividades ligadas à saúde;
- 1934: o Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, e criam-se várias diretorias e serviços;
- 1935: as campanhas sanitárias tornam-se o elemento central da institucionalização e centralização das ações de saúde pública;
- 1937: no Ministério de Educação e Saúde, cria-se o Departamento Nacional de Saúde, que atuava não apenas no âmbito federal, mas também nos Departamentos de Saúde estaduais.
- 1941: o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate a endemias, passa a controlar a formação de técnicos em saúde pública e institucionaliza as campanhas sanitárias;
- 1953: cria-se o Ministério da Saúde, mantendo basicamente a mesma estrutura do Departamento Nacional de Saúde e com um orçamento de apenas 1/3 do imposto sobre educação e saúde.

Em 1933, também se criaram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), inaugurando de fato a medicina previdenciária no Brasil. Ainda que as CAP, na década de 1920, tenham reunido as políticas empresariais com as estatais de higiene e saúde, só com os IAP se estendeu a cobertura nos moldes de previdência social (CORDEIRO, 1984; COHN, 1980).

O conjunto de reformas e alterações no aparelho do Estado, a legislação trabalhista elaborada nos anos 30 e reforçada no Estado Novo contemplam desde logo a feitura de um aparelho de serviços centralmente controlado e pretendendo estender ao conjunto dos assalariados urbanos os benefícios da previdência (BRAGA; PAULA, 1981, p. 62).

Os IAP são organizados por categoria profissional, e não por empresa, incorporando aos benefícios os antes excluídos trabalhadores de pequenas empresas.

A partir de 1930, com a instalação dos instrumentos necessários a sua efetivação, nasce uma política nacional de saúde, mas ainda com limitadas amplitude de cobertura à população e condições técnicas e financeiras da estrutura organizacional. No entanto, a centralização das políticas de saúde não estava associada a uma saúde pública de caráter prioritário no que tangia aos gastos do governo. Os recursos existentes eram dirigidos para avançar a industrialização. Nesse período, instala-se o processo de industrialização, cujo motor da acumulação é deslocado da produção cafeeira, ainda que seja limitado pela insuficiência técnica e financeira.

Nessas condições, os serviços de saúde pública padeceram (e padecem até hoje) de uma carência crônica de recursos, a comprometer sempre o atendimento à população. Tal situação se viu agravada por um outro fator: o modelo sanitário que se foi gestando implicava requisitos técnicos e financeiros relativamente elevados, conflitantes com a realidade econômico-social brasileira (BRAGA; PAULA, 1981, p. 56-57).

Nessa nova etapa da economia e da política brasileira, surgem políticas sociais de caráter nacional – “legislações trabalhistas, montagem do sistema previdenciário baseado nos Institutos, sindicalismo atrelado ao Estado etc.” (BRAGA; PAULA, 1981, p. 52) –, que buscavam contemplar os assalariados urbanos a fim de controlá-los política e economicamente, preservar a lucratividade do setor industrial, bem como seu potencial de acumulação, e manter os níveis mínimos de reprodução da força de trabalho.

Assim, a partir do momento em que a nova dinâmica de acumulação, sob dominação do capital industrial, produz seus resultados característicos – aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação etc. –, novas exigências pressionam no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais (BRAGA; PAULA, 1981, p. 52).

Nesse contexto, as políticas nacionais de saúde se organizavam em dois subsetores: o de saúde pública, predominante até meados de 1960, e o da medicina previdenciária, que se amplia a partir de 1950 e passa a predominar na metade da década de 1960.

Na década de 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de transformação, caracterizado por um movimento de modernização do setor saúde, com aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo principal a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. O hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde e, no final da década de 50, definia-se como local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infraestrutura e dos

equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde (MACHADO, 2012, p. 97).

Os custos da assistência médica dispararam a partir da década de 1950, devido aos novos produtos farmacêuticos e ao uso de equipamentos mais sofisticados de diagnóstico e intervenção. A maior parte da assistência médica e hospitalar estava sob a responsabilidade da esfera privada, ainda que aumentasse progressivamente o financiamento da assistência com recursos oficiais feitos pelas instituições da Previdência Social.

Prática médica

De acordo com Dalmaso (2000), a partir da Segunda Guerra Mundial, estreitam-se as relações entre a ciência e a técnica, conferindo a ambas novas características:

De um lado, destaca-se o caráter aplicado da ciência contemporânea. De outro, se a técnica não impregnada pela ciência estava baseada no trabalho mais artesanal, transmitido em receitas e manhas, e produzia obras individualizadas, sua penetração pela ciência a modifica substancialmente. Uma das condições de aplicação da ciência é a redução dos objetos a esquemas abstratos — o despojamento dos fatos de condições históricas singulares que os codeterminam — e a normalização do trabalho para diminuir custos, possibilitar o controle e aumentar a produção (Granger, 1994). O progresso técnico aumenta, nessa redução, a capacidade de intervenção e predição. É também claro que se trata de um tipo de predição, da qual [...] a incerteza não é banida (DALMASO, 2000, p. 56).

Cumprir notar que essas transformações da medicina na segunda metade do século XX tiveram grande impacto do desenvolvimento dos conhecimentos técnico-científicos em microbiologia, genética, farmacologia e em outras áreas, não ligadas diretamente à saúde como a química, a física e a matemática.

Esse período revela características da passagem da prática liberal, pautada no saber e no conhecimento do médico, para a medicina tecnológica. A fragmentação do trabalho e a inserção de novos instrumentos, equipamentos para diagnóstico e recursos terapêuticos são elementos dessa transição. No entanto, cada médico ainda é capaz de concentrar e se apropriar dos equipamentos em seu consultório, e a prática ainda está pautada sobretudo em seu saber.

Assim sendo, embora possamos verificar a presença inicial de instrumentos materiais já incorporados e certo grau de especialização no trabalho, o médico ainda busca produzir o serviço de modo mais autônomo e independente, subordinando-o à dimensão mais pessoal que envolve a prática: os recursos

diagnósticos ainda são de muito menos uso e valor que a anamnese ou o exame físico (SCHRAIBER, 1993, p. 68-69).

Sendo formas diferentes de intervenção, a clínica e a cirúrgica tinham lugar em ambientes também diferentes: respectivamente, o consultório/domicílio e o hospital. Nesse período, novas formas de intervenção dão início à aproximação entre a clínica e a cirúrgica, levando à centralidade do hospital nos serviços de saúde. Progressivamente, a prática perde as “dimensões de personalização e de sacralização” (SCHRAIBER, 1993, p. 89), ou seja, à medida que a medicina se estrutura sobre bases impessoais e objetivas, pela crescente inserção de equipamentos e instrumentos, vão perdendo importância os feitos heroicos e o sacerdócio (dedicação total) dos médicos.

Até então, a medida das práticas filantrópicas, fora do consultório, era a vontade do médico. Na transição, os limites da prática de consultório passam a ser impostas de fora, ou seja, esse passa a ser o tempo em que o médico não está em situação de trabalho assalariado (CAP ou INPS): “Por consequência, terá uma forma de organização social cuja demarcação dos lugares e dos períodos já é mais típica do trabalho cooperativo da produção capitalista, e com as separações que lhe são peculiares” (SCHRAIBER, 1993, p. 89).

Em fins da década de 1950, a prática médica passa a ser distinguida por elementos como a especialização e a incorporação de maior conteúdo tecnológico no trato médico.

Esse fato aponta para as transformações da medicina em que progressivamente tanto os equipamentos quanto a organização institucional correlata da produção de serviços virão substituir, como valor maior na qualificação da prática, a experiência clínica pessoal ou o local de fixação do consultório. Com isso, se deslocam para os especialistas, para os médicos novos e atualizados, para os técnicos antes mais hábeis que observadores pacientes, para o hospital e todos os seus equipamentos, e para a empresa médica e todas as suas “facilidades”, os fatores que compõem o critério principal na diferenciação dos serviços (SCHRAIBER, 1993, p. 96).

Segundo Schraiber (1993), as novas tecnologias e o aprofundamento das especialidades médicas integraram-se à prática segundo a lógica de que inovar é estar atualizado com o desenvolvimento técnico-científico, necessitando-se para isso a inclusão dos avanços em diagnósticos e terapêutica. A especialização era um modo de atualização dos médicos, garantindo um maior poder na captação e manutenção da clientela e para estabelecer-se profissionalmente. Essas mudanças estão inseridas na conformação da medicina tecnológica e

da maior inserção da tecnologia na prática, o que leva também à mudança de valoração do papel do consultório e do hospital.

A atualização se deu em grande medida pela incorporação sistemática de equipamentos diagnósticos e de novas terapêuticas – pelo uso de novos equipamentos, de medicamentos industrializados e dos hospitais. A partir de então, o hospital passou a ser o lugar terapêutico mais apropriado, tomando o lugar do consultório e, sobretudo, do atendimento domiciliar.

A incorporação de tecnologia material a partir do maior uso de recursos tecnológicos de diagnóstico redefine a capacidade resolutiva do ato médico, antes pautado na capacidade investigativa de cada profissional (clínica, ausculta). Associada à maior necessidade de exames, a especialização torna a medicina mais dependente de serviços de terceiros, encarecendo o serviço para a clientela, “embora vá ao encontro das novas exigências técnicas, qualificando melhor o desempenho do médico e sobretudo vai também ao encontro das próprias expectativas do paciente, que agora se manifesta ativa diretamente sobre a conduta médica” (SCHRAIBER, 1993, p. 103).

Essa incorporação de tecnologias pode ser constatada na *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*¹⁰, que publicou seu primeiro número em 1942 e se estendeu até 1945. Ela visava apresentar e anunciar tecnologias em saúde exaltando a “necessidade do uso de alta tecnologia, da ampliação da indústria farmacêutica [...], de maquinário e administração hospitalar moderna hierarquizada” (MOTA; TARELOW, 2013). A revista tinha grande colaboração de cientistas e médicos internacionais, sobretudo estadunidenses, publicando artigos sobre inovações tecnológicas e técnicas desenvolvidas nos EUA e veiculando a estreita relação entre esse país e o Brasil na área médica. Ao longo dos 26 números da revista, havia farta publicidade de aparelhos e equipamentos médicos, remédios e a mais variada gama de objetos instalada em hospitais (equipamentos de cozinha, de lavanderia, de laboratório).

A partir de 1945, aumenta o custo da assistência médica, dificultando seu acesso a parte da população. O Estado, então, expande o seguro social, com a criação dos IAP, quando passa a comprar serviços de terceiros, transformando-se “no único comprador de dimensões consideráveis no mercado” (SCHRAIBER, 1993, p. 139), e amplia sua rede própria sobretudo

¹⁰ Ao longo da pesquisa, consultamos os exemplares de número 1 a 25 da *Revista Médico-Social: questões hospitalares e médico-sociais*, disponíveis no Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – FMUSP.

na assistência ambulatorial no período de 1945-1960. A essa nova organização dos serviços, somam-se necessidades internas da produção de serviços médicos como a transferência do atendimento do consultório para a base hospitalar e a produção de serviços individuais complementares de diagnóstico e terapêutica.

Assim, após 1930, as respostas do governo à questão assistencial levaram à progressiva ampliação da assistência pelo sistema previdenciário, ao mesmo tempo em que sustentava e ampliava “a produção privada dos serviços e a sobrevalorização da assistência hospitalar e dos serviços especializados” (SCHRAIBER, 1993, p. 140). O modelo previdenciário começou a dar sinais da incapacidade para atender ao crescente contingente populacional urbano, que demandava cada vez mais serviços de saúde numa época de recursos escassos do Estado e encarecimento dos custos de saúde (MONTEIRO, 2010). Nesses termos, a partir de 1950, o produtor privado modificou e ampliou seus serviços, incorporando novas tecnologias para fixar a clientela, mas isso aumentou o preço das consultas. Para diminuí-lo, organizou-se de forma coletiva, com a formação de cooperativas e o financiamento de instrumentos, equipamentos e locais de trabalho.

1.1.3 Terceiro período – 1960-1990

Políticas nacionais de saúde

De fins da década de 1950 a 1966, cresce a prestação de assistência médica pela previdência social e instala-se uma grave crise econômico-financeira no sistema. As despesas com a assistência médica sobem, refletindo a crescente demanda por atendimento devido ao intenso processo de urbanização nas décadas de 1940 e 1950, que gerou uma grande massa de trabalhadores assalariados em más condições de trabalho e salários baixos, sendo o sistema previdenciário indispensável no trato da saúde (BRAGA; PAULA, 1981). Soma-se a isso a elevação dos custos dos atos médicos, devido à sua tecnificação.

Segundo Braga e Paula (1981), de 1956 a 1966, o setor já apresentava a configuração que durou até a década de 1980 (e a maioria dessas características persiste até hoje): o financiamento do setor está baseado na arrecadação previdenciária; os serviços de assistência eram prestados sobretudo por instituições privadas; o sistema hospitalar tem centralidade, com intenso uso de equipamentos e fármacos e força de trabalho tecnificada e especializada;

aumenta a importância da indústria de equipamentos e farmacêutica e, consequentemente, a dependência externa; tecnologia de ponta usada no ato médico e na produção de insumos; e altas taxas de crescimento do setor em relação ao restante da economia decorrente, além de seu movimento interno, da pressão da sociedade por maior cobertura do sistema previdenciário.

Nesse período, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária, montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar já basicamente de natureza privada e apontando na direção da formação das empresas médicas. Em 1950, 53,9% dos leitos totais do país eram de propriedade particular; em 1960, esse percentual havia subido para 62,1%, dos quais 14,4% tinham finalidade puramente lucrativa. Ademais, ocorrem a partir de então o avanço da indústria farmacêutica e uma expansão substancial das importações brasileiras de equipamentos médicos (BRAGA; PAULA, 1981, p. 71-72).

Esse cenário levou à integração entre o Estado, empresas de serviços médicos (hospitais e clínicas particulares) e indústrias (farmacêutica e de equipamento e instrumentos médicos), aprofundando a organização capitalista do setor. Nessa associação, o Estado “financia o consumo do produto gerado no setor privado”, os empresários nacionais fornecem serviços médicos e produzem insumos e a indústria estrangeira produz fármacos e importa equipamentos. Forma-se, então, um setor de produção de bens de capital associado a uma diversificação do consumo, constituindo um setor capitalista de atenção à saúde, “em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária” (BRAGA; PAULA, 1981, p. 76).

No início da década de 1960, verificou-se uma profunda crise do sistema nacional de saúde devido à incapacidade do sistema previdenciário para atender à pressão da massa assalariada urbana por ampliação e melhoria dos serviços e às dificuldades financeiras do Estado para expandir o atendimento de saúde pública.

Os altos custos da assistência à saúde decorrentes das transformações científicas e tecnológicas atingiam todos os países. O saber e a prática médica passaram por significativas mudanças, consolidadas no maior uso de medicamentos, serviços de diagnóstico e equipamentos médicos, levando à diversificação das especialidades e aumentando a divisão técnica do trabalho (CORDEIRO, 1984). E o hospital se tornou central na prestação dos serviços de saúde, sendo o lugar que reunia as diversas especialidades médicas e que detinha a infraestrutura e os equipamentos necessários à prestação dos serviços – o desenvolvimento tecnológico pós-Segunda Guerra elevou a eficácia e os custos da atenção médica e transformou

o hospital no centro do sistema (a medicina previdenciária estava pautada na assistência hospitalar e curativa).

É como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial; o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro – prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passou a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital – como valor que se reproduz – instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (BRAGA; PAULA, 1981, p. 87-88).

O governo brasileiro não estava preparado para esse aumento dos custos com a assistência médica, o que agravou a crise financeira e exigiu mudanças na arrecadação e no custeio. Assim, a organização da atenção à saúde no Estado mudou, a fim de assumir as características capitalistas que o setor vinha desenvolvendo para responder às mudanças tecnológicas externas.

Isso levou à necessidade de uma nova estruturação do setor da saúde, ainda regido pela capitalização da medicina. Cria-se então, em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), pela unificação dos institutos previdenciários e ampliando a escala e o grau de controle do Estado, sem romper com as intenções capitalistas do sistema previdenciário vigente e assegurando a larga preponderância da empresa privada, a maior tecnificação do ato médico, a conformação de empresas capitalistas no setor e o profundo assalariamento dos profissionais de medicina (CORDEIRO, 1984). Com essa reforma, o Estado aumentou a contribuição previdenciária e expandiu a cobertura ampliando seus recursos financeiros e seu papel de centralizador (COHN, 1980).

Especialmente com o INPS, o Estado teve a função de sustentar, de um lado, os assalariados, sobretudo a maioria que recebia baixos salários, e, de outro, a acumulação de capital da rede privada prestadora de serviços médicos, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – conformando um amplo espaço para a acumulação de capital (DONNANGELO, 1975).

Desde o início da década de 1960, a capacidade da rede oficial de assistência médica era insuficiente para atender a demanda, e a unificação dos institutos não significou uma expansão da rede oficial previdenciária, o que permitiu o avanço do capital privado no setor.

A rede de serviços próprios provenientes das antigas instituições era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatorios e vinte e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendia, em 1969, a 39% dessa população. As consequências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS (DONNANGELO, 1975, p. 37).

Segundo Braga e Paula (1981), em 1964, 33,1% dos hospitais do país eram unidades privadas lucrativas, subindo para 44% em 1967. Notam ainda que, desde 1945, o número de leitos na rede particular já era maior que o da rede oficial. Depois da criação do INPS, é a rede privada que domina a produção de serviços de saúde destinados sobretudo aos casos mais simples, rápidos e baratos (mais lucrativos), enquanto a oficial previdenciária atende aos casos mais graves (mais custosos), de tratamento demorado e difícil, e era mais bem equipada.

O que se assistiu então foi a consolidação da ocupação capitalista da prestação de assistência médica, onde Estado e setor privado integram-se de maneira favorável a este, não só em nível do financiamento, como também da própria produção dos serviços. A centralização significou uma expansão inédita do gasto em medicina previdenciária, criando condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços; o conjunto das empresas médicas expandiu sua capacidade hospitalar e ambulatorial, voltada basicamente para o mercado financiado pelo INPS (BRAGA; PAULA, 1981, p. 110-111).

Como vimos, a assistência médica no âmbito da previdência social cresceu a taxas elevadas a partir de 1967, enquanto caíam os gastos com a saúde pública; os convênios com a rede oficial não previdenciária, que incluem hospitais universitários e as secretarias estaduais e municipais, ocorrem em escala menor. A atenção à saúde coletiva teve pouca relevância, haja vista a queda do orçamento do Ministério da Saúde no montante da União, que passa de 2,21% em 1968 para 1,40% em 1972 (BRAGA; PAULA, 1981). É importante ressaltar que essa redução não se deve a melhora nos níveis de saúde da população, mas à decisão política de privilegiar a medicina previdenciária.

Ações de saúde pública (medicina preventiva, saneamento, assistência à saúde individual) têm importância e efeito direto na população de baixa renda. Somados à queda do orçamento destinado à saúde pública, temos a piora da distribuição de renda, o desgaste do poder de compra do salário-mínimo e as altas taxas de acumulação que pioram as condições de vida dessa população. Assim, nas décadas de 1970-80, a saúde pública piora sensivelmente, o que é comprovado pela existência de doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas, pela

ocorrência de endemias rurais nos centros urbanos, pelo retorno da tuberculose e da desnutrição e por altas taxas de mortalidade infantil.

Então, a partir de 1974, o governo adota algumas medidas: cria o Ministério da Previdência e Assistência Social e, em 1975, organiza o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que integrava a medicina previdenciária e a saúde pública a outras esferas de governo (ministérios e secretarias estaduais e municipais de saúde) e órgãos governamentais à esfera privada, especificando as funções de cada ministério e suas relações interinstitucionais. Sua regulamentação reafirmava a divisão entre as práticas de saúde pública e as de medicina previdenciária, já que imputava ao Ministério da Saúde as ações voltadas ao interesse coletivo e, ao Ministério da Previdência e Assistência Social, as de assistência individual daqueles ligados à previdência. Propõe ainda a criação de duas redes autônomas e complementares para a prestação de serviços:

- a rede de assistência médico-sanitária: com ampla cobertura e maior acessibilidade, com unidades localizadas prioritariamente em comunidades de baixa renda, procurando, ao menos no discurso, não seguir o padrão anterior, voltado para o previdenciário, o curativo e os centros urbanos maiores; seria composto por postos de saúde (unidades mais simples), centros de saúde (ações de saneamento, imunização, alimentação, nutrição e assistência médica individual) e unidades mistas (centros de saúde ligados a um hospital permitindo a internação em pediatria, clínica médica, cirurgia e gineco-obstetrícia); e
- a rede de assistência médico-hospitalar: com atendimento a necessidades individuais com uma prática médica integral (preventiva, curativa e de reabilitação); composta por postos de assistência médica, policlínicas (serviços ambulatoriais com clínicas especializadas) e hospitais locais, distritais e de base (para onde seriam encaminhados casos de internação).

Essas medidas procuravam reordenar o setor da saúde vigente pós-1966, oferecendo mais serviços médico-sanitários e contendo gastos com os médico-hospitalares da previdência social.

Em 1978, inaugura-se outra fase de “racionalização” da medicina previdenciária, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Nesse processo, o INPS ficou exclusivamente com a previdência, e criam-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Instituto de Administração da Previdência e

Assistência Social, respectivamente responsáveis pela assistência médica e pela administração financeira.

Na realidade, o que vem se colocando ao Estado é a necessidade de solucionar uma contradição que ele mesmo ajudou a agravar: por um lado, vem se mostrando necessário conter o gasto com medicina previdenciária, porque a demanda não tem limites, como se verificou ao longo destes dez anos, e também porque as articulações com o setor privado são extremamente onerosas, comprometendo o equilíbrio financeiro da Previdência Social. Por outro lado, como principal financiador da acumulação de capital no setor saúde, a Previdência Social está presa a sua própria trama, estão cristalizados mecanismos de pressão dos setores privados, que tornam muito caras as ações da medicina previdenciária (BRAGA; PAULA, 1981, p. 103-105).

A partir dos anos 1960, os serviços de saúde se expandiram de diferentes formas. Havia uma assistência médica liberal e de empresas médicas voltadas sobretudo ao atendimento de pessoas de alta renda; havia também a medicina previdenciária (serviços próprios, credenciados e convênios firmados entre o INPS, uma empresa médica e empregadores – nesta modalidade, distinguam-se convênios e serviços acessados pelos trabalhadores de baixos e altos salários) e a medicina oficial não previdenciária (assistência prestada por secretarias estaduais e municipais de saúde com atendimento menos tecnificado).

A partir da década de 1980, com o intuito de encontrar uma racionalidade econômica e tecnológica interna à saúde diante das variadas e complexas inter-relações entre os diferentes atores deste setor com os outros setores da economia,¹¹ tem início no Brasil a aplicação do conceito de complexo médico-industrial.

O complexo médico-industrial é, pois, resultante de uma etapa particular do desenvolvimento capitalista da área médica, no qual as práticas privadas e capitalistas tornaram-se hegemônicas e determinantes das funções e relações de cada ator no interior do setor saúde. Nesse sentido, esse complexo não está sozinho *vis-à-vis* outras práticas sociais do Estado e as necessidades de acumulação de capital do restante da economia. Ao contrário, ele depende –

¹¹ “Muitas empresas privadas, além do setor público, atuam na área da saúde – as produtoras de serviços mercantis de saúde; as de origem financeira, como as companhias de seguros de saúde; as produtoras, nacionais ou não, dos diversos insumos e bens de capital utilizados na prestação dos serviços médicos, como medicamentos, materiais e equipamentos médicos e as famílias, beneficiárias finais dos serviços de saúde (mercantis e não mercantis). [...] O conceito de complexo médico-industrial (CMI) foi ampliado, contemplando as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio onde, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema” (VIANNA, 2002, p. 376).

em gênero, número e grau – da integração orgânica que consegue estabelecer com o sistema de produção que o delimita (VIANNA, 2002, p. 381).

Essa década também foi marcada por uma população brasileira mergulhada em problemas sociais, com grandes desigualdades, altas taxas de desemprego, grande massa de miseráveis e assistência à saúde lotada, o que gerou grande insatisfação popular. Nesse contexto, um movimento social denominado Reforma Sanitária, formado por estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde, instituições acadêmicas e científicas, movimentos sociais etc. propôs a democratização e a reestruturação do sistema de serviços de saúde. O marco inicial dessa reforma foi a VII Conferência Nacional de Saúde e, entre seus temas, estavam a urgente ampliação do conceito de saúde, a criação de um novo sistema nacional de saúde, o desmembramento da saúde e da previdência e uma nova orientação política de financiamento daquela.

Seu relatório final ficou consolidado como um instrumento que veio influenciar as responsabilidades do Estado de assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de saúde do Brasil (BRASIL, 1988),¹² além de estabelecer como principal objetivo a ser alcançado um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis federal, estadual e municipal, o que culminou na construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)¹³ como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA; COSTA, 2010, p. 511).

Na Constituição Federal de 1988, foi inserida grande parte da proposta do Movimento Sanitário sintetizada na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), garantindo direitos de cidadania à saúde e reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado por meio de um conjunto de políticas econômicas e sociais, além da criação do Sistema Único de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013b; SILVA, G., 1995, BRASIL, 2012).

Criado em 1990, o SUS garante a todos os brasileiros¹⁴ o direito à saúde, pautado em três princípios: a universalidade, pela qual todos os cidadãos têm acesso aos serviços de saúde;

¹² BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

¹³ “Em 1987, com a assistência médica ainda no Inamps, foi implantado, no Executivo Federal, um arranjo institucional denominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi, portanto, contemporâneo da Constituinte” (BRASIL, 2011, p. 15).

¹⁴ “A Seção de Saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990, constituem respectivamente as bases jurídicas, constitucional e infraconstitucionais do SUS. A instituição do SUS produziu resultados

a equidade, que consiste na igualdade do atendimento com disponibilidade de recursos de acordo com as necessidades de cada paciente; e a integralidade, com a interdependência dos serviços distribuídos por todo o território nacional segundo níveis de complexidade, estando a cargo do poder público a regulação, a fiscalização e o controle das ações (ALMEIDA, E., 2005). Para complementar e formar a base jurídica do SUS, tivemos ainda as Leis n. 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e n. 8.142, ambas de 1990. A primeira “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a), elabora os objetivos, as competências e atribuições do SUS e as funções de cada ente federado. A segunda “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b). É importante sublinhar que essas leis consolidam os municípios como responsáveis pelas principais ações de saúde, o que ampliou do processo de descentralização.

A descentralização, portanto, está ligada a uma hierarquização/ regionalização dos serviços e, a qualidade deles, ligada ao nível urbano. Trata-se de uma organização territorial que supõe uma articulação entre os gestores municipais e estaduais na implementação das políticas (DAVID, 2010, p. 32).

Ainda assim, a implantação do SUS passou por percalços, diante do crescimento, no Brasil, dos planos de saúde, angariando um alto número de consumidores de um sistema de saúde paralelo e concorrendo para a reprodução de desigualdades sociais e o aprofundamento das iniquidades. Isso gerou a expressão “universalização excludente” (SILVA, G., 1995), já que se associam uma “expansão por baixo” – atendimento via SUS para pobres e indigentes – e uma “exclusão por cima” – atendimento privado para as classes média e alta (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Prática médica

O trabalho médico passa por reestruturações, ainda que algumas formas de produção dos serviços ainda se configurem de forma muito próxima ao modelo anterior. A modalidade

imediatos. O mais importante foi a ruptura da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos, havia a saúde previdenciária a que tinham direito os portadores da carteirinha do Inamps; para os não incluídos, restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes” (BRASIL, 2011, p. 17).

“pequeno produtor individualizado” parece permanecer sob a forma de consultório privado, e a relação interindividual do ato médico, sob a forma da consulta médica como unidade de produção. No entanto, elas não têm mais os mesmos significados da antiga prática liberal, isolada e independente, porque as formas de propriedade dos meios de produção foram alteradas com o aumento e a diversificação dos instrumentos materiais, e o médico não pode mais manter sua posse integral. As formas de propriedade e delimitação dos espaços físicos de trabalho também mudaram, já que, além do consultório, há o hospital (com importância crescente na prática médica, deixando de ser apenas um prolongamento do consultório ou do atendimento domiciliar). Finalmente, mudam as formas como o paciente se integra a esse processo, reduzindo-se sua participação como sujeito.

Assim, a medicina liberal é totalmente superada em 1966, com a unificação dos Institutos, que visava solucionar o problema dos custos do consumo médico na medicina tecnológica reestruturando a assistência médica. À organização da produção de serviços de saúde, impuseram-se moldes empresariais: ampliou-se o assalariamento (aumentaram as vagas de emprego no setor público, com a uniformização e centralização dos Institutos, e no setor privado, com a criação de unidades hospitalares); multiplicaram-se as unidades individualizadas de serviços complementares de diagnóstico e terapêutica; incorporaram-se tecnologias e se especializou o trabalho.

Com isso, instala-se definitivamente a medicina tecnológica e empresarial, oferecendo aos médicos remuneração fixa e garantida, o que, de um lado, era uma alternativa às dificuldades enfrentadas pela clínica particular, e de outro, dificultava a continuação do exercício autônomo-independente, ao introduzir no mercado serviços médicos mais baratos.

A partir da Previdência Social, introduziram-se novas formas de organização social da produção de serviços médicos, como as medicinas de grupo e as empresas médicas, resultando na perda da clientela tradicional, própria e exclusiva. Por meio da compra de serviços privados, o Estado reduz a autonomia do produtor isolado (medicina liberal) e fomenta o viés privado da produção de serviços, que tinha duas formas: pelo “pagamento dos serviços já realizados, em preços pré-estipulados por tipo e unidades de serviços padronizados” e por “pré-pagamentos globais [...] com recursos repassados tanto da Previdência como da empresa contratante” (SCHRAIBER, 1993, p. 141) – medicinas de grupo. A inserção de consultórios nos hospitais e a vinculação a convênios e credenciamentos foram medidas adotadas pelos médicos para inserirem-se nessa nova lógica. Na previdência pública, passam a conviver consultas em

consultórios privados e o consumo hospitalar público (para internação e de exames complementares ou procedimentos terapêuticos especializados).

Com a medicina tecnológica, mudam todos os atos da prática médica (diagnóstico, terapêutico, clínico e cirúrgico), pela introdução de recursos diagnósticos, medicamentos industrializados, hospitalização, especialização etc., impondo a readaptação do ato técnico e a exigência de recursos financeiros cada vez maiores, o que dificultava a manutenção do produtor de consultório privado de forma independente e isolada. Assim, a medicina tecnológica favoreceu a penetração do capital privado, a participação do Estado “como produtor direto e/ou como financiador de produtores e consumidores”, e a constituição de “empresas médicas, independentes ou sob a intermediação de seguros-saúde privados” (SCHRAIBER, 1993, p. 198).

Nessa perspectiva, a inserção do médico no mercado de trabalho passa a ser comandada pelo capital privado, pela empresa pública e pelas políticas de saúde. Com a inserção da tecnologia, mudou o processo de trabalho: o custo dos equipamentos dificulta sua apropriação, configurando o assalariamento como a nova relação de trabalho; a clínica, antes sustentada no saber, vê sua racionalização tendencialmente mais impessoal e ultratécnica; e a racionalidade clínica se pauta agora em formas mais objetivas de olhar o doente, induzindo à “noção de saúde como questão essencialmente de consumo, de bens e de serviços” (SCHRAIBER, 1993, p. 200). Além disso, articula-se a produção de serviços médicos com outros setores produtivos, pela vinculação desse modelo de organização às políticas públicas, aos ramos industriais (equipamentos, instrumentos e medicamentos) e a bancos e demais instituições financeiras (seguro-saúde), alterando a autonomia da prática médica para estabelecer seus próprios padrões de produção.

O desenvolvimento científico e tecnológico no processo de produção de serviços de saúde foi crucial para a dinâmica do setor na evolução da rede de serviços ambulatorial e hospitalar (BRAGA; PAULA, 1981). A medicina liberal é superada pela implantação de formas organizacionais dos serviços adequadas à incorporação tecnológica. A tecnificação do ato médico pode ser vista na maior divisão do trabalho, verificada nas especializações médicas e na articulação com procedimentos técnicos cada vez mais sofisticados. Com isso, o médico perde o controle da definição dos serviços, de seus instrumentos, de sua clientela e de sua remuneração.

A autonomia da organização social da prestação de serviços na forma liberal foi “tensionada” com a divisão do trabalho e a tecnologização da prática médica, tornando-se necessário reconstruí-la. Nesse contexto, a especialização significou uma “nova delimitação do objeto de intervenção do médico” (SCHRAIBER, 1993, p. 195). Com a especialização, perde-se a homogeneidade da classe médica, com a criação de posições intelectuais diferentes implicando uma perda parcelar de poder. Essa nova organização dos serviços médicos ainda promoveu diferenças de renda entre os profissionais, por suas distintas inserções no mercado: trabalhos mais ou menos especializados, intensificação maior ou menor de sua jornada de trabalho e valor da remuneração (SCHRAIBER, 1993).

No que tange às transformações da força de trabalho, é fundamental a questão do assalariamento nesse processo de capitalização da medicina. O avanço tecnológico configurou uma maior divisão do trabalho médico, manifesta nas especialidades clínicas e cirúrgicas e na diversificação dos procedimentos científico-tecnológicos de diagnóstico e terapêutica, promovendo profundas mudanças na organização dos serviços de saúde e incidindo em novas formas de inserção dos profissionais de saúde no mercado de trabalho, sobretudo dos médicos.

Soma-se a isso a participação de outros agentes no núcleo técnico das práticas médicas. Constituíram-se trabalhos parcelares, uma divisão técnica do trabalho médico nas práticas “mais manuais”, como o trato direto com o doente, que hoje incumbe à enfermagem, a operadores de equipamentos e auxiliares técnicos de diagnóstico e terapêutica. O monopólio médico sobre as forças produtivas de seu trabalho constituído sob seu domínio individual sofre uma retração, restando apenas o monopólio das posições de comando. Ainda que reconstruída, a autonomia dos médicos persiste e se legitima em sua capacidade única para processar a complexidade do conhecimento científico envolvido em sua prática, mantendo o monopólio do saber e da prática na sua relação com o paciente, embora de forma mais técnica.

As relações entre os profissionais também mudaram. Antes, verificava-se uma colaboração entre iguais, “dado o sentido mais orientador, assessor ou de aconselhamento que se inscrevia nas formas de combinação de trabalhos parcelares para a produção de um mesmo cuidado”. Com a medicina tecnológica, devido ao fato de a divisão do trabalho tornar-se uma cooperação obrigatória entre desiguais, “seja em consequência da divisão do trabalho, que separou certas partes daquilo que só o médico realizava e constitui ‘profissões’ subordinadas ao trabalho médico, tal como a enfermagem; seja na repartição entre trabalhos médicos mais e

menos especializados, dado que nessa repartição se criam autoridades e distintas de saber, valorizadas técnica e socialmente de modo diverso” (SCHRAIBER, 1993, p. 197).

Para a população, essa organização resulta numa tendência à universalização do consumo de serviços de saúde, passando por questões como o direito à saúde e às necessidades de manter e recuperar a força de trabalho. No entanto, na medida em que se multiplicam os serviços, estes passam a ser dispostos diferentemente, segundo as diferentes classes sociais, devido à distribuição desigual de renda e à maior articulação dos médicos a outros setores produtivos, resultando na “conformação de um complexo médico-institucional empresarial” (SCHRAIBER, 1993, p. 132).

A noção de “complexo” aqui se aplica pela multiplicidade de situações institucionais da produção de serviços de que se compõe o conjunto da prática médica, cada uma delas tendo distinta definição de clientela e caráter empresarial na organização do trabalho coletivo. É o que essa designação pretendeu mais ressaltar. Portanto, o complexo médico-institucional empresarial significa um macroagregado que se compõe das empresas médicas de “medicina de grupo”, com a modalidade de organização institucional mais tipicamente capitalista, e de outras modalidades tais como as cooperativas médicas, hospitais lucrativos ou “filantrópicos”, a que se vinculam as “medicinas de grupo”. Todo esse conjunto institucional do setor privado mantém relações com o conjunto estatal de instituições produtoras de serviços de saúde (SCHRAIBER, 1993, p. 144).

Tornou-se possível inserir a atenção à saúde – “produção de mercadoria socialmente valorizada” (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005, p. 131) – na lógica da produção capitalista, bem como gerenciar quem produz essa mercadoria – os médicos –, sendo o hospital lugar privilegiado para a implementação desse modelo de organização do trabalho médico. A partir dos anos 1960, o processo de capitalização da medicina, tanto técnico como econômico, orientou a política de saúde brasileira, tendo sua base no hospital (público ou privado).

Devido a sua demanda por equipamentos, o hospital tornou-se o lugar técnico essencial para a dinâmica do sistema, pois concentra meios de trabalho científico-tecnológicos “que ultrapassam em muito as exigências exclusivas das atividades cirúrgicas, naturalmente ligadas ao hospital” (DONNANGELO, 1975, p. 79). Esse ordenamento técnico impõe a cooperação no processo de trabalho médico e a expansão e diversificação da força de trabalho, aumentando sua relação com o número de leitos (relação força de trabalho empregada/leitos) tanto de nível técnico como superior.

1.1.4 Quarto período – Pós-1990

Políticas nacionais de saúde

Se nas décadas de 1970 e 1980 as ações eram voltadas para a capitalização da medicina, sendo o Estado o agente fundamental do financiamento e da promoção do sistema – “provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e aos produtos industriais vinculados ao setor; financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas no setor” (BRAGA; SILVA, P., 2001, p. 19) –, na década de 1990, mercantilizou-se a saúde, e o setor privado ganhou mais força e mais autonomia para financiar e produzir serviços de saúde, configurando a diversificação e multiplicação de empresas ligadas à saúde e a formação de um mercado consumidor de serviços privados. Além disso, há “a descentralização da atenção pública em direção à municipalização; a internacionalização da oferta de produtos médico-industriais; o esgarçamento dos mecanismos de financiamento público; o atraso na regulação do setor privado” (BRAGA; SILVA, P., 2001, p. 19).

Apesar de se pautar em princípios universalistas e igualitários, pelos quais a saúde é entendida como direito de todos e dever do Estado, é claro que o SUS não incorporou toda a população, e uma de suas dificuldades deve-se à presença dos planos de saúde privados.

Assim, o caminho percorrido pelas políticas de saúde brasileiras explica a existência desse sistema único e inclusivo sem que ele seja de fato uma realidade. Como vimos, a assistência à saúde surge com a previdência social segmentada por clientela – “marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil” (MENICUCCI, 2014, p. 79). Primeiro, tivemos as Caixas, depois os IAP e, mais tarde, o INPS, que ensejou a imensa expansão da assistência à saúde, pois cobria todos os assalariados urbanos. No entanto, a solução do governo não foi prover diretamente os serviços, mas comprá-los da rede privada, subsidiar a construção de unidades hospitalares e estabelecer convênios com empresas para cuidarem da assistência de seus empregados. Assim, empresas que antes estavam ligadas ao governo devido à política pública dos convênios, passaram a ser independentes e a dispensar os incentivos financeiros públicos.

Na década de 1970, novos sujeitos se organizam com a proposta de criar um sistema de saúde universal e igualitário – o inovador movimento sanitário. No entanto, existiam atores consolidados, criados na velha trajetória da política de saúde brasileira, que transformaram a

saúde num grande negócio. Outra ação governamental de incentivo à assistência à saúde privada se dá em 1980, com os incentivos fiscais oferecidos às empresas para retirar de seus lucros os gastos com a assistência à saúde de seus funcionários obtendo redução no imposto de renda. Dessa forma, o texto da Constituição reflete os acordos construídos entre esses grupos, o que resultou em “ambiguidades jurídicas que apontam o ajustamento dessas alternativas inovadoras aos padrões consolidados” (MENICUCCI, 2014, p. 81), criando um sistema de saúde híbrido.¹⁵

Na década de 1990, o SUS foi normatizado pelas Normas Operacionais Básicas (91, 93 e 96), com a “formulação das normas e habilitação de estados e municípios, de acompanhamento e monitoramento das ações e serviços de saúde e de articulação entre as comissões intergestoras e os conselhos de saúde” (BRASIL, 2005, p. 201). Em 2001 e 2002, instituíram-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), com o intuito de estabelecer “o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade” (BRASIL, 2005, p. 273), embora o foco da assistência ainda permaneça na atenção básica. As NOB e as Noas definiram o papel e as responsabilidades dos estados e municípios na gestão do SUS (SOUZA; COSTA, 2010). Em 2006, o Pacto pela Saúde elaborou reformas institucionais no SUS entre as três esferas de gestão, para “promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS” (SOUZA; COSTA, 2010, p. 515), aprofundando a descentralização pela articulação de três outros pactos: o Pacto pela Vida (que estabelece metas sanitárias), o Pacto em Defesa do SUS (que estabelece o compromisso na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e assegura o SUS como política pública) e o Pacto de Gestão (que formula diretrizes para a gestão do sistema como a descentralização, a regionalização, regulação etc.) (MACHADO, 2012; SOUZA; COSTA, 2010). A partir de 2007,¹⁶ a política de saúde

¹⁵ Desde 1920, o Estado brasileiro incentivou o setor privado de saúde, configurando, ao longo da história, três ondas de privatização: “na primeira, o Estado comprou serviços de saúde privados para a assistência dos trabalhadores vinculados à Previdência Social (a origem); na segunda, incentivaram-se, por meio da renúncia fiscal do governo, os planos e seguros de saúde, a partir da década de 1960 e com mais vigor a partir da crise econômica e do reajuste estrutural da economia dos anos 1980 em diante; e na terceira, neste novo século, privatizou-se a gestão dos serviços públicos estatais da saúde (do SUS), por meio de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de relevância pública (Oscip). Em comum a elas, o fato de o setor privado da saúde contar com um mercado cativo, garantido pelo próprio Estado” (COHN, 2015, p. 7).

¹⁶ “De 2007-2010, acontece o segundo mandato do presidente Luis Inácio da Silva, com características neodesenvolvimentistas, em que há maior sinergia na relação Estado-mercado, centrado na promoção pelo Estado de novos padrões de competitividade e inovação produtiva, e ao mesmo tempo de combate aos índices de desigualdade social e adotando como estratégias-chave: as políticas regionais, urbanas e metropolitanas, ao lado de maciços investimentos públicos em saneamento, habitação e saúde (federal e estadual), mantendo-se o estímulo às parcerias público-privadas (VIANA, 2011). No caso da saúde, a política se concentra na expansão da capacidade física e no estímulo ao desenvolvimento tecnológico: o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da saúde concentra investimentos no complexo industrial da mesma, com destaque para a produção pública e privada de

volta-se para o fortalecimento do desenvolvimento tecnológico, com o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da saúde e o investimento no Complexo Industrial da Saúde.

Foi com a medicina pautada na grande dependência de tecnologia e de conhecimento científico que se consolidou, na última década, o *complexo industrial da saúde*, a princípio como conceito, até sua institucionalização por meio de um decreto, em 2008, que estabeleceu no Ministério da Saúde o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), com o objetivo de:

[...] promover medidas e ações concretas visando à criação e implementação do marco regulatório brasileiro referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde, segundo as diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde (BRASIL, 2008).

A implementação desse marco regulatório estabeleceu prioridades como:

[...] o incentivo à produção e à inovação em saúde no país, ampliando a competitividade de todo o complexo no mercado interno e externo e simplificando e agilizando seus processos regulatórios e administrativos; garantias de apoio à qualidade da produção nacional e isonomia na regulação sanitária; apoio à criação de incentivos financeiros a áreas estratégicas ao fortalecimento do complexo; e, por fim, estimular o uso do poder de compra do SUS para os produtos nacionais (BRASIL, 2008) (SANTOS, F., 2016, p. 27-28).

O conceito de complexo econômico-industrial da saúde foi desenvolvido para atender a esses objetivos de integração saúde e desenvolvimento consolidando-se como um aparato normativo na política de desenvolvimento do país. Gadelha (2012) aponta a necessidade de transformar a estrutura econômica para que se adense o tecido produtivo em consonância com a demanda social de saúde. O complexo industrial da saúde seria o elo entre o desenvolvimento e a saúde, ou seja, aprofundaria a reforma sanitária pela articulação entre universalidade, equidade e integralidade do sistema de saúde com a transformação da base produtiva, considerando nossa condição de país “tecnologicamente dependente, com uma estrutura social e econômica desigual e com fragilidades estruturais marcantes” (GADELHA, 2012, p. 4).

A saúde é a área mundial que concentra os maiores esforços em pesquisa e desenvolvimento, em conjunto com a área de defesa, respondendo isoladamente por cerca de 25% de toda despesa mundial com inovação. A

medicamentos, farmoquímicos, antiretrovirais, vacinas, equipamentos e materiais” (MACHADO, 2012, p. 103-104). VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: _____. LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

questão geral que divide as nações entre o mundo desenvolvido e os “outros mundos” se expressa de forma arrebatadora na área da saúde, evidenciando que somos parte não autônoma de um determinado modelo histórico de desenvolvimento. Articular saúde e desenvolvimento remete à necessidade de pensar o padrão geral de desenvolvimento e como ele se expressa e se reproduz no âmbito da saúde (GADELHA, 2012, p. 3-4).

Para o autor, a relação entre saúde e desenvolvimento foi reduzida à saúde como política social básica requerente de apoio e com efeito indireto no crescimento econômico pela melhoria das condições de vida dos trabalhadores.

A agenda de saúde tem que sair de uma discussão intrínseca, insulada e intrasetorial e entrar na discussão do padrão do desenvolvimento brasileiro. Ou seja, implica pensar sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política. A saúde se torna, assim, parte endógena da discussão de um modelo de desenvolvimento. O avanço do país no desenvolvimento com equidade envolve uma grande diferenciação do sistema produtivo (o que caracteriza a inovação) e uma forte expansão do mercado interno de massa, incorporando segmentos enormes da população (GADELHA, 2012, p. 2).

Em 2011, o Gecis tornou-se Comitê Executivo do Complexo Industrial da Saúde, consolidando o complexo industrial da saúde “como eixo estratégico da política industrial, sistematizando e estabelecendo uma série de mecanismos para reestruturar a matriz produtiva brasileira no setor” (PALLMOLLA; BRAGA, 2013). No ano seguinte, foi criado o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis), com o objetivo de:

[...] fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público, além de apoiar a modernização e a estruturação produtiva e manter vigente o Certificado de Boas Práticas de Fabricação dado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), fortalecer as PDP (parcerias para o desenvolvimento produtivo) e apoiar a infraestrutura pública e o desenvolvimento de tecnologia – e sua transferência – e inovação para o SUS (SANTOS, F., 2016, p. 28).

Para isso, desde 2013, há no Ministério da Saúde uma estrutura organizacional que privilegia e oferece suporte ao complexo industrial da saúde, como a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, composta pelos departamentos de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, de Ciência e Tecnologia, do Complexo Industrial e Inovação em Saúde e de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (SANTOS, F., 2016).

Nesse sentido, a partir de uma visão estratégica, o complexo industrial da saúde busca consolidar uma política de desenvolvimento com ações que articulam a política exterior, a indústria, a saúde e a ciência e tecnologia por meio da criação de um sistema nacional de

inovação em saúde integrando o sistema de saúde e o plano nacional de inovação. Para isso, são necessários o fortalecimento tecnológico pela modernização da base produtiva e massivos investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento de políticas para o complexo industrial da saúde brasileiro, cujo foco são os segmentos farmacêutico (fármacos e medicamentos), biotecnológico (imunobiológicos e biofármacos; reagentes para diagnóstico e hemoderivados) e produtos médicos e biomateriais (equipamentos e materiais para o uso em saúde; órteses e prótese), implica:

- *fortalecer e modernizar* os segmentos industriais da saúde visando a diminuição da vulnerabilidade da Política Nacional de Saúde, com foco nas demandas do Sistema Único de Saúde – SUS, estratégicas para o desenvolvimento;
- *mudar o patamar competitivo do complexo industrial brasileiro* a partir de iniciativas de articulação de ações públicas e privadas, com foco na inovação e no desenvolvimento industrial;
- *desenvolver a infraestrutura tecnológica e regulatória* no país para a difusão de inovações tecnológicas e organizacionais, com vistas a melhorar a gestão de processos e produtos (SEADE, 2010, p. 56, grifos do original).

Ao lado dessa dimensão econômica, é importante ressaltar a saúde como direito. A partir das ações consolidadas pelo complexo no âmbito econômico, o Estado “assume o motor da inovação tecnológica, por meio de seu poder de compra e de sua margem de preferência” (SANTOS, F., 2016, p. 31), garantindo e ampliando o acesso à saúde.

O complexo industrial da saúde tem o intuito de englobar um conjunto de atividades produtivas que se relacionam pela compra e venda de bens, serviços e conhecimento científico e tecnológico inseridas numa conjuntura em que toda a produção em saúde escoa para a prestação de serviços a fim de unir a lógica sanitária e o desenvolvimento econômico devido à absorção de atividades de avanço científico e tecnológico gerando emprego, renda e acumulação de capital (GADELHA, 2003) (Quadro 1).

Quadro 1 – Complexo industrial da saúde

fonte: Gadelha (2003, p. 254).

O complexo industrial da saúde inclui três grupos de atividades: (I) indústrias químicas e biotecnológicas (indústrias farmacêuticas, de reagentes para diagnósticos, vacinas etc.), (II) indústrias mecânicas, eletrônicas e de materiais (equipamentos eletrônicos, órteses e próteses etc.) e (III) prestadoras de serviços (hospitais, ambulatórios, clínicas de diagnóstico e de tratamento) (GADELHA, 2003, 2006). Participam também centros de pesquisa e o setor empresarial, promovendo desenvolvimento científico e tecnológico, essencial para as inovações nesses três setores, e o Estado, essencial na compra de bens e serviços, no investimento nas indústrias e na rede assistencial e na regulação dos agentes econômicos. O autor ressalta ainda que o setor de prestação de serviços dá organicidade ao complexo, já que é para ele que conflui toda a produção dos demais grupos de atividades.

Voltando a seu contexto, vê-se que, mesmo com os grandes avanços que o SUS promoveu na saúde pública brasileira, a atenção eficaz e integral à saúde da população brasileira ainda apresenta problemas. A dependência do sistema em relação ao setor privado para o atendimento da média e da alta complexidade é enorme.

95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento são privados e, destes, apenas 35% prestam serviços ao SUS. [...] Os prestadores de serviços, embora busquem contratos, credenciamentos ou convênios com o SUS, muitas vezes discriminam seus pacientes, [...] dificultando o acesso, ao priorizar consumidores de *planos de saúde* privados [...] (PAIM, 2013b, p. 129, grifo do original).

Há uma contradição na política brasileira para a saúde. Ao mesmo tempo em que a Constituição garante a saúde como direito universal e dever do Estado, permite e necessita da atuação de uma rede complexa de serviços privados (DAVID, 2010), que se vem expandindo e que está sob a lógica de interesses corporativos, ensejando a livre assistência à saúde pela iniciativa privada (ALMEIDA, E., 2005). Ademais, essa intervenção governamental de regulação do setor privado data de 1999, com a lei de regulamentação dos planos privados, e de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). “Curiosamente, no momento em que se fazia o esforço hercúleo de se implementar a política de saúde definida na Constituição, verifica-se a entrada na agenda governamental e pública da regulamentação dos planos privados de saúde, o que acontecerá no final da década de 1990” (MENICUCCI, 2014, p. 81).

Segmentaram-se as clientela: a assistência pública ficou para os que não têm condições de pagar um plano de saúde ou que estão excluídos dos planos coletivos – estes são a maioria atualmente. Cerca de 25% dos cidadãos têm plano de saúde e estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul, sendo raros na região Norte e refletindo a concentração de capital e a baixa cobertura no interior do país (MENICUCCI, 2014).

Esse modelo misto do sistema de saúde no país termina, pois, por contribuir para a concentração territorial da oferta de serviços. Modificando o valor dos lugares, a modernização tecnológica da medicina, por sua vez, propõe à economia urbana o aumento da demanda por serviços ligados aos equipamentos médicos (DAVID, 2010, p. 34).

O modelo assistencial brasileiro se orienta para o modelo estadunidense, no qual os cidadãos pagam pela assistência privada à saúde:

É preocupante observar a tendência à privatização do sistema de saúde brasileiro, considerando-se o tamanho do mercado de planos de saúde [...]. Em especial, nos parece grave notar que o paralelismo do subsistema privado em relação ao SUS produz efeitos nocivos sobre a regulação do sistema de saúde (ausência de planejamento), sobre o financiamento público (elevação dos custos, renúncia fiscal e boicote ao ressarcimento), sobre a organização dos profissionais de saúde (dupla militância), sobre a regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial) e sobre a equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada) (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009, p. 73).

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde também é consequência da dualidade público/privado. Como norma, o direito e o acesso à saúde estão postos a partir da constituição do SUS, mas essa “modernização do uso do território pela saúde não chegou como direito

efetivado” (ALBUQUERQUE, E., 2006, p. 39), já que segue a lógica da modernização em geral, “fruto da racionalidade de acumulação capitalista apoiada pela política do Estado” (ALBUQUERQUE, E., 2006, p. 118), sendo, portanto, desigual, incompleta, seletiva e desencadeadora de desigualdades socioespaciais. No atual momento, introduziu-se no sistema público de saúde a racionalidade da gestão de negócios do setor privado, sob o discurso de que o custo/efetividade (saúde como um bem de consumo) deve prevalecer sobre o custo/eficácia social (saúde como direito de todos, de consumo coletivo, público, de qualidade e como parte da seguridade social) (COHN, 2015).

O histórico subfinanciamento do SUS agrava-se. Em 2014, enquanto o sistema destinou para todos brasileiros R\$ 1.063 *per capita*/ano, os planos privados, beneficiados por isenções fiscais e empréstimos subsidiados, gastaram o equivalente a R\$ 2.818 *per capita*/ano, para uma clientela quatro vezes menor. Até o final de 2015, o governo federal terá de suplementar o orçamento da saúde em R\$ 5 bilhões. O Projeto de Lei Orçamentária para 2016 prevê o corte de R\$ 30 bilhões em áreas sociais, sendo R\$ 16 bilhões na saúde (SOUZA, M. S., 2015, p. 5).

Apesar de restrições, dificuldades e desigualdade na distribuição dos serviços públicos, o SUS alcançou a universalização atendendo à população indistintamente e promovendo a cobertura exclusiva de 75% da população brasileira. “O SUS é responsável pela maior parte dos atendimentos em puericultura, vacinação” (MENICUCCI, 2014, p. 87), atendendo inclusive a classe alta. O Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu) também é amplamente utilizado pela população em geral.

Houve conquistas, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde repercutindo em mudanças no perfil epidemiológico. No entanto:

[...] inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias convivem, contraditoriamente, com o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde. Entre os obstáculos, destacaram-se a diminuição do financiamento federal, as restrições de investimento em infraestrutura e a gestão do trabalho (PAIM, 2013b, p. 1933).

A assistência à saúde prestada pelo SUS a milhões de pessoas desde a atenção básica até os atendimentos de média e alta complexidade tecnológica, além de serviços de emergência, o torna um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Realiza ações com reconhecimento internacional como o programa de vacinação e o de HIV (vírus imunodeficiência humana), faz pesquisas em diferentes áreas da ciência, além de ficarem a

cargo do serviço público os serviços de alto custo como transplantes (segundo país do mundo em transplantes de órgãos), tratamento de câncer, cirurgia cardíaca e hemodiálise (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

No entanto, os desafios políticos ainda são enormes, pois envolvem “a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde” (PAIM, 2013b, p. 133). Dessa forma, persiste o trabalho para conquistar um SUS universal, público e capaz de assegurar alto padrão de qualidade.

Prática médica

As mudanças na organização do trabalho e no modo de produção do cuidado médico, em fins da década de 1980, desencadearam uma “crescente separação entre o produtor direto e uma parcela significativa de seus meios de produção”, além da “substituição da troca entre produtor e consumidor pela venda da força de trabalho”, seja no sistema público ou privado de saúde (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005, p. 133).

Neste quarto período, aprofundam-se as características da medicina tecnológica iniciada no terceiro, quais sejam (SCHRAIBER; MEDICI; MENDES-GONÇALVES, 1994; DALMASO, 2000; SCHRAIBER, 2008; SCHEFFER, 2011, 2013):

Quanto à política de saúde:

- extensão do reconhecimento do direito à saúde a partir da institucionalização do SUS;
- universalização da assistência médica ao lado da elitização do consumo da medicina tecnológica;
- persistência das relações entre o público e o privado;
- formação do complexo industrial da saúde.

Quanto aos serviços de saúde:

- diferenciação e extensão dos serviços de saúde caracterizados por sua especialização;
- institucionalização de desigualdades na produção e no consumo;
- ampla dependência tecnológica da medicina e constante incorporação de novos equipamentos e instrumentos de alta e baixa complexidade;
- aumento dos custos para produzir e dos preços para o consumidor final;

- produção dos serviços médicos na forma de empresa associada à inserção da profissão de gerência;
- formação de clientela coletivas;
- estreita relação entre presença de médicos e outros profissionais da saúde e presença de estabelecimentos de saúde, ou seja, áreas com vantagens em infraestrutura, com maior presença do Estado e de financiamento, com melhores condições de vida, salários e carreira concentram mais profissionais de saúde.

Quanto aos médicos:

- trabalho associativo, coletivo, formando equipes terapêuticas e diagnósticas;
- aumento da jornada de trabalho aliado a seu caráter rotineiro;
- diversificação das situações de trabalho médico com distintos vínculos, estabilidade e permanência – flexibilização da contratação da força de trabalho;
- agravamento das diferenças de renda entre os médicos;
- relação médico-paciente menos subjetiva e mais tecnologizada;
- surgimento das rotinas e protocolos (*guidelines*) reunindo um conjunto estruturado de problemas e soluções diminuindo as influências externas à medicina e à ciência e controlando a subjetividade.
- crescimento exponencial do número de médicos;
- profundas desigualdades na distribuição geográfica dos médicos (concentrados nas regiões Sul e Sudeste e nas capitais), na sua inserção nos setores públicos e privados (há quatro vezes mais médicos nos seguros e planos de saúde privados do que no SUS) e na especialização profissional (55% dos médicos são especialistas e 45% generalistas);
- concentração de postos de trabalho médico em estabelecimentos privados;
- atividades profissionais concentradas em instituições hospitalares.

Associadas à evolução de máquinas, equipamentos e instrumentos, a transformação das técnicas e da ciência promoveu, como verificamos ao longo dos períodos propostos, mudanças no atendimento médico. O alto custo dessas mudanças tornou o hospital o único lugar capaz de adquirir novos aparelhos, modificando a relação médico-paciente. A prática médica apoiada em equipamentos e protocolos (*guidelines*) afastam médico e paciente, tornando a relação fria e restringindo-a ao ponto de vista técnico da doença (RIOS; SCHRAIBER, 2011).

Para compreender a relação médico-paciente, Mehry (2000a, 2000b) aponta três valises, ou “caixas de ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais” (2000a, p. 109):

[...] uma, vinculada a sua mão e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (MERHY, 2000a, p. 109).

A valise das tecnologias duras (a das mãos) compreende equipamentos, dados físicos e exames dos mais diferentes tipos. É importante notar que, para a realização do trabalho morto das máquinas, é necessário o trabalho vivo de um operador dotado de saberes tecnológicos (MERHY, 2000a).

A valise da cabeça consiste no olhar do médico sobre o paciente (objeto de intervenção) buscando significar suas necessidades. Nesse olhar, estão compreendidos o trabalho morto referente aos saberes do médico e o trabalho vivo, que dá concretude àquele pela ação do médico sobre o paciente – “dando-lhe [ao médico] uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe ao raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar do médico vai se singularizar no ato” (MERHY, 2000a, p. 110). Daí sua formação por tecnologias leve-duras.

Essa situação incerta, da finalidade que será cumprida nesse tipo de processo produtivo inscrito na valise da cabeça, contaminará a valise da mão, pois se relaciona com ela em um processo de dominância. É a partir desse terreno, o da valise da cabeça e de seus processos produtivos, que os produtos da valise da mão adquirem significado como atos de saúde (MERHY, 2000a, p. 110).

A valise do espaço relacional entre médico-paciente só se pode realizar em ato, dando “singularidade do [ao] processo de trabalho do médico como produtor de cuidado” (MERHY, 2000a, p. 110). Esse processo trabalha com tecnologias leves, ou seja, ligadas à dimensão cuidadora, visando produzir: “processos de falas e escutas, relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário [paciente] e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para projetos terapêuticos” (MERHY 2000a, p. 111).

A relação particular que essa valise adquire com as outras duas define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho. As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho médico, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional (MERHY, 2000a, p. 111).

Com a medicina tecnológica, a valise das tecnologias leves perdeu a importância de antes e se reduziu a ações objetivas, pautadas em procedimentos. A articulação entre as tecnologias leve-duras e duras sobressai no processo produtivo, chegando a reduzir a ação do médico “a uma unidade de produção de procedimentos” (MERHY, 2000a, p. 111).¹⁷

O projeto terapêutico produzido pela medicina tecnológica é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. [...] Os produtos vinculados à realização da dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos e, assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo (MERHY, 2000a, p. 113).

Isso se deve à lógica de produção capitalista, “que vê na parceria entre os serviços da medicina tecnológica (com seus equipamentos e saberes focais bem estruturados) e o capital industrial um produtivo terreno de investimento e de acumulação, tanto no plano dos serviços empresariais da saúde, quanto no das indústrias de equipamentos e medicamentos” (MERHY, 2000a, p. 114).

E é no hospital que essas novas relações encontram espaço privilegiado. O hospital é uma instituição única na sociedade contemporânea, sendo o eixo do sistema de saúde em que o paciente é central, cercado por uma disciplina rígida, pela inclusão de processos interdisciplinares com caráter altruísta e humanitário, pela criação de conhecimento e pelo ensinamento médico (CÓRTEZ-MARTÍNEZ, 2010), ainda que inserido no processo de capitalização da medicina. Tem papel fundamental em momentos importantes da vida humana, como no nascimento, na doença e na morte. Além disso, tem grande importância econômica por movimentar tanto a economia voltada à saúde como aquela geral, estabelecida nas

¹⁷ “Mesmo assim, não elimina a tensão constitutiva do conjunto dos atos de saúde como produção do cuidado e muito menos consegue apagar o fato de que o conjunto dos procedimentos em saúde é situação que busca a captura do trabalho vivo em ato, substantivamente” (MERHY, 2000a, p. 111).

imediações do hospital. Nele se concentram os conhecimentos profissionais envolvidos na assistência à saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais etc.), os recursos de diagnóstico e terapêutica (equipamentos, instrumentos e fármacos modernos e tecnológicos) e as possibilidades de pesquisa e aperfeiçoamento. Assim, o hospital torna-se uma instituição fundamental e o lugar mais qualificado para tratar problemas de saúde.

O hospital abriga tecnologias desde baixo até alto grau tecnológico, que envolvem sofisticados e complexos métodos computadorizados de diagnóstico e tratamento. A rapidez e o volume do desenvolvimento dos conhecimentos ligados à área de diagnósticos e terapêutica das doenças promove a necessidade, sempre contínua, de incorporação das inovações aos hospitais com o objetivo de superar os padrões vigentes, além de exigir uma preocupação constante com a competitividade.

O hospital realiza uma variada gama de atividades com alto dinamismo operacional e ritmo acelerado, concentrando atividades ligadas a outros setores (hotelaria, farmácia, lavanderia, restaurante), além daquelas relativas especificamente ao trato médico. A dificuldade de se administrar um hospital começa aí, nessa associação que deve ter um “funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e economicamente viável” (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999, p. 85).

Entender o cotidiano da dinâmica hospitalar ajuda a entender o papel do complexo hospitalar e suas relações com os circuitos espaciais produtivos da saúde e com o complexo industrial da saúde. Assim, podemos dividir o hospital em quatro áreas, sendo uma assistencial e as outras de apoio administrativo, logístico e técnico (Quadro 2).

Quadro 2 – Áreas assistenciais e estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico

fonte: Lima-Gonçalves e Aché (1999, p. 85).

O hospital é hoje concebido como uma empresa que produz serviços de assistência à saúde reunindo fatores de produção e a produção propriamente dita de serviços de assistência médica. Três fatores concorrem no processo produtivo do hospital para que o paciente doente saia “sadio” (Quadro 3): os recursos humanos (médicos, enfermeiras etc.), os bens de capital (móveis, salas de operação, equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem etc.) e as matérias-primas (produtos farmacêuticos, reagentes, comida etc.).

Quadro 3 – *Inputs*

fonte: Barea (2000, p. 94).

A particularidade do hospital como empresa de serviços de saúde é que não se consegue separar o produto do processo, ou seja, o processo produtivo¹⁸ é diferente a cada paciente, diante

¹⁸ Para Córtez-Martínez (2010), Lima-Gonçalves e Aché (1999), Barea (2000) e demais especialistas no assunto, processo produtivo designa tudo a que os pacientes são submetidos ao longo de sua internação.

da variabilidade de profissionais e da prática médica envolvidos, levando a inúmeras possibilidades de resultados/produtos (CÓRTEZ-MARTÍNEZ, 2010). O resultado final do processo de produção hospitalar – denominado, na literatura especializada, produto hospitalar – ocorre após o paciente passar pelos serviços prestados pelo hospital chegando ao recebimento da alta médica.

O produto hospitalar é, então, o resultado de uma série de procedimentos clínicos, cirúrgicos, de diagnóstico, terapêuticos e outros (que resultam em produtos intermediários). Assim, a produção hospitalar por ser dividida em duas etapas: o processo clínico ou de produtos finais (hospitalares) e a produção de serviços ou produtos intermediários (unidades de cuidados, diagnósticos etc.) (Quadro 4).

Quadro 4 – Processo produtivo no hospital: procedimentos hospitalares

fonte: Adaptado de Barea (2000).

Existem três portas de entrada no hospital: o ambulatório (previamente agendado), o serviço de primeiro atendimento (imprevisto) e a internação direta (prevista). Depois de entrar por uma dessas portas, o paciente pode ser encaminhado para um de três destinos: internação, onde terá atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico; serviços de diagnóstico e tratamento, onde fará exames complementares; ou alta definitiva ou o estabelecimento de uma data de retorno. Portanto, há no hospital três serviços básicos: a consulta externa, em que se conduz um tratamento sem a necessidade de internação; a hospitalização, considerada a mais importante do ambiente hospitalar; e a urgência, setor de atendimento permanente e sem programação.

Os serviços ou produtos intermediários são formados pelos serviços de diagnóstico e terapêutica e pelos serviços complementares de alimentação, lavanderia, hotelaria, limpeza etc.,

normalmente a cargo de empresas terceirizadas. O processo clínico/produtos finais são os resultados da ação do médico ao longo da internação com o uso dos produtos intermediários a fim de culminar na alta do paciente. Essa é a função principal do hospital: oferecer serviços de clínica, diagnóstico e terapêutica usados pelos médicos para tratar os pacientes (BAREA, 2000). Assim, vemos a indissociabilidade entre hospital e médico, uma forma de preservar sua autonomia.

A equipe médica intervém no paciente ao longo de todo o processo produtivo. Ressaltamos que tal intervenção não é padrão – cada paciente exige processos diferentes.

Nos hospitais, têm lugar ainda programas e projetos denominados “ações básicas de saúde”, em que se desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (interessante tanto para a população como para os agentes financiadores das atividades hospitalares como grupos e cooperativas médicas e empresas de seguro-saúde); e também atividades de ensino e pesquisa (Quadro 5).

Quadro 5 – Estrutura básica do hospital moderno

fonte: Lima-Gonçalves e Aché (1999, p. 88).

Para alcançar os objetivos propostos a esse hospital contemporâneo, é preciso racionalizar sua estrutura organizacional definindo responsabilidades, autoridades e a comunicação entre os segmentos da organização, sistematizando o trabalho a ser realizado. Assim, além de incorporar o desenvolvimento científico-tecnológico ligado à prática médica em si, o hospital também absorveu conhecimentos da área de administração e da economia, o que lhe atribui o caráter de empresa pela aplicação de ferramentas de gestão (CÓRTEZ-MARTÍNEZ, 2010).

[...] y se convierte [o hospital] en una empresa de carácter científico productora de actos médicos, cuyo trabajo incrementa el bienestar social; se agregan la planeación estratégica, la gestión y la planificación del talento humano, el *marketing*, y la atención al cliente y al usuario, entre otras (CÓRTEZ-MARTÍNEZ, 2010, p. 141).

O empresariamento do hospital implicou a incorporação de novas formas de agir e novos termos como cliente, controle administrativo, gestão, flexibilização do trabalho, eficiência etc. (ÁLVAREZ, 2007). Essas mudanças se deveram à necessidade de o hospital sobreviver no atual contexto econômico competitivo. Para isso, seus processos foram sendo refeitos para reduzir custos e aumentar eficiência, atribuindo-lhe funções administrativas e de controle a fim de cumprir metas econômicas.

Estos cambios ocurren en el marco de un modelo hegemónico neoliberal, el cual parte del supuesto de que las relaciones entre los ciudadanos y las autoridades (políticas, económicas y sociales) se regulan de manera racional y eficiente a través del mercado libre (ROSE, 1997).¹⁹ Es decir, son los consumidores (ciudadanos), con su poder de elegir la mejor oferta, quienes regulan el mercado. Así, las diferentes entidades públicas o privadas que ofertan servicios deben autorregularse con el fin de ofrecer productos que se ajusten a las demandas y condiciones de los clientes (ÁLVAREZ, 2007, p. 152).

Além das expectativas quanto à satisfação da assistência médica, os hospitais devem atender àquelas relativas ao alcance de resultados financeiros e administrativos, passando por uma gestão eficiente. A gestão eficiente desses fatores produtivos e do processo de produção é a condição básica para que o hospital permaneça no mercado (BAREA, 2000).

Para a gestão dos bens de capital inseridos no hospital e para que o investimento seja rentável, há que levar em conta o aproveitamento, as horas de uso etc., ou seja, o custo/benefício. Soma-se a isso a rápida inovação, que leva à obsolescência desses equipamentos, o que exige seu uso intensivo.

A gestão das atividades hospitalares é dividida em diferentes setores, serviços e departamentos. Chamamos a atenção para algumas gerências que, na atual configuração dos hospitais, têm adquirido relevância:

- A gerência de hotelaria aplica atividades presentes em hotéis, desde a estrutura hoteleira até a recepção de pacientes e acompanhantes.

¹⁹ ROSE, N. El gobierno en las democracias liberales “avanzadas”: del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago – Cuadernos de Crítica de la Cultura*, Barcelona, n. 29, p. 25-40, 1997.

- A gerência de recursos humanos se justifica pelo fato de os funcionários lidarem cotidianamente com pessoas fragilizadas necessitando atendimento adequado e, portanto, exigindo treinamentos constantes (LIMA-GONÇALVES, 1998).
- A gerência de *marketing* procura aproximar o hospital da população pela identificação das formas disponíveis de cobertura assistencial (grupos médicos, seguros-saúde etc.) para estabelecer contratos e definir a clientela, pela aproximação da comunidade a partir de atividades culturais e educacionais e pela publicidade, considerando a imagem do hospital e a expansão do mercado, mas respeitando restrições éticas como o preço dos produtos e a equipe de recursos humanos.

Nesse processo de empresariamento, o paciente passa a ser também cliente, ou seja, representa para o hospital o ingresso econômico, configurando uma nova relação. Assim, quanto mais pacientes/clientes o hospital atender, maior será a rentabilidade, sendo necessário para isso prestar serviços eficientes.

As atividades realizam-se agora de acordo com um plano preestabelecido pela instituição hospitalar em busca de uma gestão eficiente e assegurando sua rentabilidade e sua sustentabilidade financeira. Nesse sentido, as informações referentes às intervenções e às ações executadas devem ser registradas e sistematizadas resultando na conta do paciente, ou seja, no faturamento dos gastos realizados no tempo de internação.

O hospital é o melhor exemplo de como a saúde tornou-se um negócio. A sedução do cliente é o que diferencia um hospital-empresa de outro. Frente a isso, quando se torna paciente, o cliente deve se ajustar e aceitar uma atenção rápida, despersonalizada e, por vezes, desprendida de seu caráter humano, ainda que seja necessário assegurar sua fidedignidade. Isso porque, como cliente, o paciente também passa a ser visto como uma cifra, tornando-se um fator fundamental para a sobrevivência da empresa. Assim, tendo em vista a lógica de mercado e a melhor gestão financeira do hospital, as interações e as intervenções sobre o cliente/paciente regulam-se da seguinte maneira:

[...] menos tiempo de interacción, limitación de medicamentos, limitación de la intervención de acuerdo con la clasificación del paciente y la clasificación del hospital. Estos cambios en la atención, aunque permiten la racionalización de recursos, repercuten en la calidad de la atención y los pacientes, ante la falta de opciones, deben resignarse a lo que el sistema les ofrece (ÁLVAREZ, 2007, p. 153).

Num contexto de mercado, a oferta de um produto ou serviço está submetida a critérios de eficiência visando custos competitivos. Tomando-se a saúde como um bem de oferta e consumo, a relação médico/paciente sofre mudanças, pois a busca de eficiência e rentabilidade põe em risco a qualidade da assistência médica. Isso pode ser verificado quando um cliente/paciente precisa de uma intervenção segundo um critério clínico e, por critérios administrativos, representa uma perda para o hospital.

Se evidencia entonces un conflicto: economía y rentabilidad vs. bienestar y salud del paciente (calidad). [...] El sistema, entonces, presenta contradicciones internas en la medida en que el criterio clínico está subordinado al criterio económico-administrativo (ÁLVAREZ, 2007, p. 150).

Assim, os procedimentos hospitalares estão agora num contexto de mercado, que exige alto nível de sofisticação e complexidade organizativa e impõe ao hospital altos custos e a preocupação com sua maior eficiência. Para isso, os hospitais interagem com vários fornecedores, tornando-se centrais para o complexo industrial da saúde e para inúmeros circuitos espaciais produtivos da saúde dos quais são dependentes. E aí se enquadram os dois complexos hospitalares vinculados ao SUS que têm maior expressão para a economia da saúde brasileira: o Hospital das Clínicas e o Hospital São Paulo. Mesmo sendo públicas, essas instituições se estruturam organizacionalmente nessa lógica de mercado, posto que são partes de um circuito que responde a interesses globais.

capítulo 2

ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: CONCENTRAÇÃO DE FIXOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO E O COMANDO A PARTIR DA CAPITAL

Como procuramos mostrar, a saúde brasileira transformou-se ao longo do século XX, sobretudo a partir da conformação de uma medicina tecnológica reverberando na prática médica e no acesso da população à saúde. No século XXI, introduziu-se o conceito de *complexo industrial da saúde* como base das políticas de saúde do país, o que deu mais organicidade ao sistema de saúde brasileiro (público e privado), por estimular a economia política da saúde (SANTOS, F., 2016).

A economia política permite entender a produção, desde as condições de sua realização até suas consequências, segundo o funcionamento do capital e do trabalho se dando a partir de duas vertentes: a estatal e a de mercado. Sendo o espaço geográfico definido pela associação do *trabalho morto* e do *trabalho vivo*, Milton Santos (2009) afirma que a economia política não pode renunciar ao componente espacial. Isso pode ser aplicado à saúde, configurando uma economia política da saúde entendida como combinação de processos complexos e não lineares como (VIANA; SILVA; ELIAS, 2005): direito, pela desmercantilização do acesso e por sistemas de proteção social; bem econômico, pela mercantilização da oferta, pelo assalariamento dos profissionais (médicos), pela formação de empresas e pela intermediação financeira (planos e seguros); e campo de acumulação de capital, pela formação do complexo industrial da saúde, pela globalização e pela financeirização.

Para compreender a economia política da saúde, é necessário entender o período técnico-científico-informacional, caracterizado pelo aprofundamento da interação entre a ciência e a técnica sob o escudo do mercado, reforçando o caráter da saúde como mercadoria e como campo de acumulação de capital. Isso impõe transformações no espaço, levando a diferenças na distribuição dos serviços de saúde pelo território.²⁰

²⁰ São serviços de saúde aqueles “cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde da população” (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000, p. 139), excluindo, por exemplo, as formas de medicina não legitimada ou popular e a indústria produtora de bens de saúde.

A saúde está inserida em trocas mercantis respondendo à oferta e à demanda de produtos e serviços de saúde. E seu consumo nem sempre está relacionado diretamente a uma única necessidade de melhora ou bem-estar: “O crescimento dos gastos em saúde depende do mercado, ou seja, do encontro entre os que querem adquirir os bens e serviços de saúde e aqueles que os oferecem” (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000, p. 130).

A produção da saúde é constituída por bens e serviços de diagnóstico, tratamento e/ou prevenção. As unidades de produção médica são hospitais, ambulatorios, unidades básicas, consultórios, laboratórios, clínicas etc. E o consumo de saúde envolve medicamentos, honorários médicos, pagamento de plano de saúde, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica e a hospitalização, sendo esta a maior despesa.

Considerando o consumo em saúde, duas causas complementares, a princípio, concorrem para seu aumento: a difusão do desenvolvimento tecnológico incrementando as despesas à medida que se incorporam novas técnicas, tecnologias ou produtos e o aprimoramento dos diagnósticos, configurando um maior uso de exames radiológicos e análises laboratoriais, o que encarece o acesso ao tratamento médico (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000). Ademais, aspectos como gênero, grau de escolaridade, fatores socioeconômicos, localização geográfica (urbana ou rural) e condições de trabalho também podem afetar a demanda de assistência em saúde.

A ampliação da demanda de serviços de saúde foi acompanhada pela oferta de serviços de diagnóstico, relação motivada pelo desenvolvimento científico-tecnológico. Isso porque a tecnologia e as novas técnicas favoreceram o aprofundamento do conhecimento médico. Muitas inovações na medicina tiveram origem na transferência de tecnologia de outros setores, mudanças qualitativas em materiais permitindo-lhe novos usos, surgimento de novas técnicas, adaptações de técnicas antigas para atender a novas necessidades ou melhorar o custo/benefício etc.

Como vimos, no início do século XX, sobretudo a partir da segunda metade, houve intensas pesquisas para descobrir novos remédios, equipamentos, instrumentos etc. E essa pesquisa continua “gerando sua própria demanda, porque são melhores, mais caras, dão mais lucro, salvam mais vidas ou qualquer outra razão” (VECINA NETO; MALIK, 2007, p. 827). A humanização do hospital concorreu para modificar a demanda de serviços de saúde, alterando, por sua vez, a qualidade da oferta.

Os custos da assistência à saúde são altos, incluindo os gastos com os diversos insumos diretos e indiretos, além da “inflação intrínseca ao setor” (VECINA NETO; MALIK, 2007, p. 827). Alguns fatores que levam ao aumento dos preços na saúde acima dos da economia geral são a crescente demanda e uma oferta que não a consegue acompanhar, o uso de tecnologia “para amortizar o investimento realizado e para viabilizá-la junto ao mercado” e a produção de mais-valia.

Devido aos altos custos da assistência hospitalar, diminuiu sensivelmente o número de pessoas que podem pagar, por conta própria, os encargos médicos e/ou uma internação hospitalar.

[...] em São Paulo, mesmo os hospitais de maior renome, não contam em sua clientela com mais de 5% a 6% de doentes particulares. Em todos os demais casos, existe sempre um intermediário que, pago por antecipação, arca com os custos do tratamento ou da internação. É de se entender que o pagamento antecipado já envolve valores capazes de enfrentar as despesas assistenciais acrescidas de margem de lucro com que o intermediário opera (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999, p. 91).

Esse intermediário pode ser uma empresa prestadora de assistência (grupo ou cooperativa médica), um grupo financeiro agindo no mercado segurador (seguro-saúde)²¹ —; assistência médico-hospitalar oferecida pela empresa ao empregado e a seus familiares.²² As cooperativas médicas e as medicinas de grupo investem na verticalização do processo de atenção pela compra ou construção de hospitais próprios. Isso devido ao aumento dos custos, à pressão dos compradores de planos privados, à pressão regulatória sobre as modalidades de oferta e sobre os preços e à política de ressarcimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Somam-se a isso três outros pontos que aumentam os gastos com saúde:

- A mudança do perfil epidemiológico a partir do fim do século XX, reduzindo as mortes por doenças infectocontagiosas e aumentando as causadas por doenças crônico-degenerativas (as chamadas Dant [doenças e agravos não transmissíveis], cujo tratamento é essencialmente paliativo). No Brasil e em países subdesenvolvidos, convivem doenças como diarreia e subnutrição e outras características de uma

²¹ “[...] nesse formato contratual, existem duas formas habituais de operação: o segurado pode procurar diretamente o médico ou o hospital previamente contratado pela seguradora, que lhe faz diretamente o pagamento pela assistência prestada, ou o segurado procura o profissional e hospital de sua preferência, efetua o pagamento e solicita o reembolso à empresa seguradora” (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999, p. 91).

²² “Nesse caso, a empresa pode executar o programa contratando um grupo ou uma cooperativa médica ou assumindo diretamente a organização e a operação de todos os procedimentos correspondentes; é o que se denomina programa de autogestão” (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999, p. 91).

população de mais idade. O cuidado e a atenção dedicada a esses dois grupos exige um esforço maior das políticas e dos programas de saúde.

- O reaparecimento de doenças como a dengue, a tuberculose e a cólera e o surgimento de doenças infectocontagiosas emergentes como a Aids e aquelas ligadas a bactérias ultrarresistentes. Esse perfil demanda mais ações e serviços de saúde (que vêm ficando cada vez mais complexos), por mais tempo e mais dependentes de recursos tecnológicos sofisticados.
- A queda da mortalidade infantil, a redução da fecundidade, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida se refletiram diretamente nos serviços de saúde, sobretudo o envelhecimento, já que a população com mais de 65 anos demanda cuidados maiores e mais complexos.

Isto posto, a produção e o consumo da saúde envolvem diferentes agentes em conexão: indústrias de medicamentos e de equipamentos, empresas prestadoras de serviços profissionais (diagnóstico, terapêutica, consultoria, manutenção etc.), instituições formadoras de profissionais, operadoras de planos de saúde, Estado e cidadãos, entre outros (VECINA NETO; MALIK, 2007). Cada qual faz análises e toma decisões segundo sua identidade e seus objetivos, o que reverbera na distribuição desigual dos serviços de saúde pelo território nacional.

Veremos essa distribuição desigual dos serviços de saúde no Brasil a partir da análise de sua rede urbana. Entende-se por *rede urbana* a articulação funcional de diferentes centros urbanos (CORRÊA, 1988; BESSA, 2010). A diferença entre eles é resultado de seus diferentes processos de evolução urbana, conformando uma configuração espacial singular, associada ao contexto espaço-temporal (BESSA, 2010).

As diferentes combinações entre elementos como “a gênese dos centros, o tamanho deles, a densidade que perfazem no espaço, as funções urbanas e as relações espaciais que delas derivam”, além daqueles de “natureza política, social e cultural”, conformam uma complexa diversidade de redes urbanas, cada qual com sua especificidade: “Densidade demográfica e renda são, aparentemente, determinações fundamentais, interferindo nas diversas combinações dos elementos acima indicados” (CORRÊA, 2000b, p. 121).

A rede urbana está inserida num contexto socioespacial que envolve uma estrutura social definidora de formas e processos espaciais (BESSA, 2010). A estrutura social tem papel

importante na rede urbana, remetendo ao conceito de formação socioespacial, de Milton Santos (CORRÊA, 2000a). E a dimensão espacial é inerente à formação econômico-social.

A formação socioespacial permite considerar processos, funções e formas em diferentes “concretizações espaço-temporais” (CORRÊA, 2000b, p. 123) integrados, ao mesmo tempo, ao capitalismo. A fixidez das formas e a possibilidade de refuncionalizações tendem a manter, ao menos parcialmente, “elementos gerados na formação espacial na qual surgiram”. A complexidade das relações entre rede urbana e sua formação espacial reside no fato de que “uma rede urbana pode exibir características associadas aos diversos momentos da formação em que está inscrita, ou das diversas formações espaciais a que esteve associada” (p. 125).

No processo de urbanização, a formação da rede urbana possibilitou a efetiva realização da produção, da circulação e do consumo. Associada à rede de comunicação, a rede urbana articulou regiões distantes, conformando uma economia mundial.

É nas grandes metrópoles, pontos de maior expressão na rede urbana, que a divisão territorial do trabalho é condicionada pela rede urbana. É por meio da rede urbana que decisões, investimentos e inovações circulam, “criando e transformando, constante e desigualmente – de acordo com uma dinâmica interna ao capitalismo – atividades e cidades” (CORRÊA, 1988, p. 112). E a rede urbana é um reflexo “dos efeitos acumulados da prática de diferentes agentes sociais” (CORRÊA, 1988, p. 112), especialmente das grandes corporações. Essas corporações têm papel importante na organização do espaço, sendo capazes de atuar ampla e diferentemente pelos territórios garantindo a acumulação capitalista e a reprodução das condições de produção (CORRÊA, 1996a, 1996b).

2.1 Distribuição espacial dos serviços de saúde no Brasil

Inserido na divisão internacional do trabalho, o território usado agrega densidades técnicas, científicas e informacionais demandadas pelo capital hegemônico, acumulando cada vez mais capital e aumentando a desigualdade socioespacial (ALBUQUERQUE, M., 2006), sendo o próprio Estado grande fomentador da reprodução capitalista. A saúde também atua no território seletivamente e gerando desigualdades, posto que está igualmente submetida à lógica da reprodução capitalista, espacializando-se pelo território segundo as intenções do mercado. Isso porque, com a adoção de técnica, ciência e informação, a saúde ganha novas

racionalidades, instalando-se nos lugares privilegiados pela “difusão das densidades e usos hegemônicos” (ALBUQUERQUE, M., 2006, p. 17).

A urbanização e a fluidez são relevantes “para o desenvolvimento, a concentração e a especialização dos serviços de saúde” (ALBUQUERQUE, M., 2006, p. 39). A urbanização dada por uma crescente incorporação técnico-científica-informacional e pelo aumento da densidade populacional favorece e demanda prestadores de serviços de saúde. Nesse contexto, a fluidez promove uma acelerada incorporação de novos usos e de novos objetos ao território, inserindo os lugares na divisão internacional do trabalho (ALBUQUERQUE, M., 2006).

A grande incorporação tecnológica nos serviços de saúde, em diferentes graus, diz respeito a “uma lógica conjunta tanto do Estado como [das] empresas” (DAVID, 2010, p. 37), dispersando a alta complexidade pelas parcelas mais fluídas do território. Nesse contexto de diversificação e adensamento das divisões territoriais do trabalho ligadas à saúde, dado pela acelerada incorporação de novas técnicas, ampliam-se as disputas pelo uso do território e o consumo dos serviços de saúde (DAVID, 2010).

Com uma maior divisão técnica e territorial do trabalho e uma maior possibilidade de comunicação e de informação, ampliou-se a organização em redes da produção e da distribuição, da prestação de serviços e da gestão política e econômica, particularmente nas cidades. As interações espaciais tornaram-se mais complexas, resultado do conjunto de ações desenvolvidas em diferentes lugares (próximos ou longínquos) (IBGE, 2008).

Especialmente em um país como o Brasil, marcado por profundas desigualdades de renda e de acesso a mercados consumidores, a rede urbana divide-se entre uma arquitetura clássica desenhada pelos fluxos materiais – muitas vezes limitada aos níveis hierárquicos mais elementares para parcela significativa da população – e os pontos inseridos nas redes globais, mais dinâmicos economicamente (IBGE, 2008, p. 9).

Ao lado das relações hierárquicas dos centros urbanos de uma rede, estão as não hierárquicas, ou seja, as relações horizontais de complementariedade e cooperação.²³

²³ Assim, na conformação da rede urbana, coexistem redes hierárquicas e não hierárquicas. A gestão – pública ou empresarial – mantém relações de controle e comando entre centros urbanos, propagando decisões, definindo relações e destinando investimentos. As cidades, contudo, mantêm também relações horizontais, de complementariedade, que podem ser definidas pela especialização produtiva, pela divisão funcional de atividades e pela oferta diferencial de serviços (IBGE, 2008, p. 9).

Coexistindo, noções como interação, especialização, complementariedade e sobreposição, são necessárias para entender as relações hierárquicas e não hierárquicas.

Os centros que comandam as 12 redes urbanas [estabelecidas a partir das metrópoles] identificadas neste trabalho se destacam pelas relações de controle e comando sobre centros de nível inferior, ao propagar decisões, determinar relações e destinar investimentos, especialmente pelas ligações da gestão federal e empresarial. Ao mesmo tempo, os centros articulam-se também em relações horizontais, que se estruturam sobre ligações de interação, em padrão particularmente característico daqueles no topo da hierarquia (IBGE, 2008, p. 15).

Os assim chamados *centros de gestão do território* são definidos como a dimensão espacial do processo de gestão exercido por vários agentes (Estado, grupo social, instituição, empresa) que, pela organização do espaço, possibilita a reprodução da sociedade (CORRÊA, 1996a). Corresponde a um conjunto de ações com o objetivo de criar e controlar a organização do espaço, ou seja, “das formas espaciais, suas funções e distribuição espacial, assim como de determinados processos, como concentração e dispersão espaciais” (p. 23).

Os centros de gestão do território, os nós da rede, caracterizam-se pela diversidade de órgãos estatais e sedes de empresas “a partir das quais são tomadas decisões que afetam direta ou indiretamente um dado espaço” (IBGE, 2008, p. 9).

A oferta de distintos equipamentos e serviços capazes de dotar uma cidade de centralidade – informações de ligações aéreas, de deslocamentos para internações hospitalares, das áreas de cobertura das emissoras de televisão, da oferta de ensino superior, da diversidade de atividades comerciais e de serviços, da oferta de serviços bancários e da presença de domínios de *internet* – complementa a identificação dos centros de gestão do território. (IBGE, 2008, p. 9)

Essa gestão do território encontra-se em centros urbanos, sendo a metrópole um bom exemplo, pois tem o papel de controlar atividades que se desenvolvem fora dela, sediando empresas concebem, planejam e dirigem atividades que têm lugar em outras unidades político-administrativas.

Essas [grandes corporações] empregam milhares de pessoas e movimentam quantias vultosas de dinheiro e inúmeras matérias-primas, bens intermediários e produtos finais. São diversificadas em termos de atividades, segmentadas em termos de papéis que suas subsidiárias desempenham, têm unidades-filiais dispersas em amplo espaço e dispõem de poderoso poder econômico e político (CORRÊA, 1996a, p. 24).

Em simbiose, há outras atividades nesses centros de gestão do território, conferindo à metrópole a denominação de *centro de atividades quaternárias* (CORRÊA, 1996a, 1996b) como instituições estatais, as melhores universidades, centros de pesquisa e desenvolvimento, empresas de consultoria econômica, jurídica e técnica, empresas de publicidade e *marketing*, conglomerados financeiros, restaurantes, hotéis, centros de convenção, serviços sofisticados, aeroportos etc. É importante ressaltar que, além de corporações, prédios modernos e serviços sofisticados, os centros de gestão do território – centro de acumulação capitalista – abrigam a pobreza, os contrastes.

Com o estabelecimento dos nós das redes, definem-se as regiões de influência dos centros urbanos a partir das redes de interação estabelecidas entre as cidades, levando “em conta a classificação dos centros de gestão do território, a intensidade de relacionamentos e a dimensão da região de influência de cada centro, bem como as diferenciações regionais” (IBGE, 2008, p. 11).

Na rede urbana brasileira, a distribuição territorial dos níveis hierárquicos é desigual, configurando áreas com uma rede urbana estruturada – como o centro-sul do país, “com um significativo número de metrópoles, capitais regionais e centros sub-regionais, com grande articulação entre si” – e outras com ausência de níveis hierárquicos intermediários – como as regiões Norte e Nordeste, com “distribuições truncadas, em que faltam níveis hierárquicos, apresentando um sistema primaz” (IBGE, 2008, p. 13).

A fim de qualificar a centralidade dos centros urbanos, o estudo *Regiões de influência das cidades* (IBGE, 2008) fez análises complementares de diferentes equipamentos e serviços. Entre eles, analisou-se a oferta de serviços de saúde por meio de dois indicadores: o nível de complexidade (tipos de equipamento²⁴ e especialidades²⁵) e o volume de atendimento (número de internações hospitalares financiadas pelo SUS em 2005). A conjugação desses indicadores resultou na conformação dos níveis de centralidade (Tabela 1).

²⁴ “Os equipamentos selecionados são: de ressonância magnética, de circulação extracorpórea, para hemodiálise, bomba de cobalto, mamógrafo com estereotaxia, tomógrafo computadorizado, eletroencefalógrafo, mamógrafo com comando simples, ultrassom *doppler* colorido, ultrassom ecógrafo e eletrocardiógrafo” (IBGE, 2008, p. 136).

²⁵ “Hemodinâmica, medicina nuclear, quimioterapia, nefrologia, videolaparoscopia, hematologia, oncologia, proctologia, reumatologia, neurocirurgia, angiologia, cirurgia plástica, endocrinologia, nefrologia, pneumologia/tisiologia, cardiologia, cirurgia geral, neurologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, clínica médica, ginecologia, obstetrícia, pediatria e análises clínicas” (IBGE, 2008, p. 136).

Tabela 1 – Níveis de centralidade segundo oferta de serviços de saúde – complexidade e tamanho – Brasil (2005)

nível de centralidade	número de municípios	classe de complexidade						número de internações SUS (mediana)
		1	2	3	4	5	6	
total	1.318							
1	2	100,0						730.800
2	11	72,7	27,3					208.492
3	26	61,5	38,5					60.556
4	57		77,2	22,8				19.522
5	198			29,3	51,0	19,7		7.378
6	1.024			2,1	14,4	60,0	23,5	1.885

fonte: IBGE (2008, p. 136).

Dos 1.318 municípios que atenderam aos dois indicadores estabelecidos, apenas dois apresentaram a maior complexidade e centralidade; já a menor centralidade concentrou 1.024 municípios (77,7%). Dos municípios de nível de centralidade 6, 83,5% apresentaram complexidades de níveis 5 e 6. O número de internações pelo SUS também foi maior nos primeiros níveis de centralidade. Vê-se que os serviços mais complexos estão concentrados em poucos municípios, e os mais banais estão mais dispersos pelo território.

O Mapa 1 (IBGE, 2008, p. 156) mostra a centralidade urbana desses municípios no que tange à oferta de serviços de saúde.

São Paulo e Rio de Janeiro são as cidades que apresentam as maiores complexidade e centralidade urbana. Os níveis 2 e 3 apresentam serviços complexos, mas diferem no tamanho. No nível 2 (11 municípios), estão: Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Recife e Salvador (capitais estaduais) e ainda Brasília e Campinas. No nível 3 (26 municípios): Aracaju, Campo Grande, Cuiabá, Florianópolis, João Pessoa, Maceió, Natal, Teresina, São Luís e Vitória (capitais estaduais) e mais alguns centros regionais (Campina Grande, Juiz de Fora, Londrina, Ribeirão Preto, Uberlândia etc.). O nível 4 (57 municípios) é formado por centros de menor porte, mas que ainda oferecem alguns atendimentos de maior complexidade. Este nível é mais disperso pelo território, embora esteja mais presente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina. O nível 5 (198 municípios) é caracterizado por oferecer serviços de média complexidade e em cidades de pequeno porte. Esses serviços estão distribuídos pelo país, com exceção dos estados do Amazonas e de Roraima. O nível 6 (1.024 municípios) apresenta menor porte, menor complexidade e maior dispersão pelo território.

Mapa 1 – Serviços de saúde – Brasil (2005)

fonte: IBGE (2008, p. 156).

Para corroborar esses dados sobre a distribuição dos serviços de saúde, apresentamos dados coletados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Cnes) (2014),²⁶ que mostram a porcentagem de estabelecimentos de saúde nos estados em relação ao total existente no Brasil. Notamos que a maior porcentagem é do estado de São Paulo (23,81%), seguido por Minas Gerais (12,73), Rio Grande do Sul (7,91%), Paraná (7,79%), Rio de Janeiro (6,53%), Bahia (5,51%) e Santa Catarina (5,02%). Já as menores porcentagens estão concentradas na região Norte: Roraima (0,2%), Amapá (0,18%), Acre (0,27%), Tocantins (0,53%), Amazonas (0,75%) e Rondônia (0,81%), com exceção do Pará (2,12%).

²⁶ Os dados do Cnes foram organizados pela autora.

O IBGE (2008) também estudou os deslocamentos de um indivíduo residente em determinado município em busca de serviço de saúde – consultas médica e odontológica, exame ou internação (Mapa 2).

Mapa 2 – Deslocamentos para serviços de saúde – Brasil (2007)

fonte: IBGE (2008, p. 169).

Para as necessidades mais frequentes (primeira opção) de serviços de saúde, percebe-se um padrão menor de deslocamento: em média, 54 km. O segundo padrão compreende, em média, 108 km, referente a tratamentos de maior complexidade e especialização. A terceira e a quarta opção indicam deslocamentos médios de 144 km e 169 km, respectivamente.

É interessante notar o número de menções a Goiânia, Teresina²⁷, Salvador e Belo Horizonte, sendo que as três primeiras refletem a carência de serviços mais complexos das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

É importante observar (Mapas 1 e 2) que a centralidade e suas ligações seguem a estrutura da rede urbana brasileira (ANEXO A), mais densa na faixa litorânea e nas regiões Sudeste e Sul, esparsa no Centro-Oeste e no interior do Nordeste e muito dispersa no Norte, possivelmente orientada pelos eixos rodoviários.

Quanto aos fluxos, eles são mais curtos onde a rede urbana é mais densa (regiões Sudeste e Sul), refletindo uma maior distribuição dos serviços de saúde, menos e mais complexos; onde há mais oferta de serviços, diminuem as menções a uma única cidade, como acontece no estado de São Paulo e nos da região Sul. Analogamente, os fluxos são mais longos onde a rede urbana é menos estruturada, estando os serviços de saúde concentrados em centros específicos como no Norte e em parte do Nordeste e do Centro-Oeste; nesse caso, tende a prevalecer a busca por serviços mais complexos, já que os mais simples estão dispersos pelo território. Para os fluxos mais longos, relacionados à procura por serviços mais complexos, a população do interior é fortemente atraída para as capitais, notadamente nas do Nordeste e dos estados de Minas Gerais e Goiás.

Para dar mais subsídios à discussão sobre a distribuição dos serviços de saúde simples e complexos, apresentamos dados do Cnes da divisão dos estabelecimentos de saúde em níveis de hierarquia, segundo o tipo de atenção prestada e sua complexidade (Tabela 2).

Para melhor comparar os estados brasileiros, agrupamos esses níveis de hierarquia em apenas três: baixa (5 e 1), média (3, 7, 6 e 2) e alta (8 e 4). O país tem 66.397 estabelecimentos de baixa hierarquia, 175.643 de média e 12.717 de alta. O estado de São Paulo apresenta os maiores números nas três: respectivamente, 10.605 (15,97% dos estabelecimentos brasileiros de nível baixo), 48.053 (27,36% dos de nível médio) e 2.655 (20,88% dos de nível alto) (APÊNDICE A). Considerando os de níveis baixo e médio, seguem-se a São Paulo os estados de Minas Gerais (13,52% e 12,55%), Rio Grande do Sul (8,62% e 7,69%), Paraná (7,82% e 7,94%), Rio de Janeiro (5,94% e 6,26%), Bahia (5,82% e 5,44%) e Santa Catarina (5,14% e 5,04%). Quanto a estabelecimentos de nível alto, seguem-se Minas Gerais (11,16%) e Rio de

²⁷ Chama atenção a relevância de Teresina, que é classificada com nível 3 de centralidade e tem cidades próximas de nível 2 como Belém, Fortaleza e Recife.

Janeiro (11,53%). O menor número de estabelecimentos nas três categorias está nos estados da região Norte.

Tabela 2 – Níveis de hierarquia: descrição e número de estabelecimentos – Brasil (2014)

nível de hierarquia	descrição	n. de estab.
5 – baixa M1 e M2	Estabelecimento de saúde que, além dos procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 1 e 2, realiza primeiro atendimento hospitalar em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.	887
3 – média M2 e M3	Estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de média complexidade definidos pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) como de 2º nível de referência (M2) e/ou de 3º nível de referência (M3).	85.286
7 – média M3	Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 2 e 3, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade.	1.415
6 – média M2 e M3	Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 2 e 3, além de procedimentos hospitalares de média complexidade. Por definição, enquadram-se nesse nível os hospitais especializados.	3.624
8 – alta HOSP/AMB	Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e/ou ambulatorial.	2.472
4 – alta AMB	Estabelecimento de saúde ambulatorial capacitado para realizar procedimentos de alta complexidade definidos pelo Ministério da Saúde.	10.245
1 – PAB-PABA	Estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza apenas procedimentos de atenção básica (PAB) e/ou procedimentos de atenção básica ampliada definidos pela Noas.	65.510
2 – média M1	Estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de média complexidade definidos pela Noas como de 1º nível de referência (M1).	85.318
em branco		21.031
total		275.788

fonte: Cadastro [...] (2014).

Em *Região de influência das cidades* (IBGE, 2008), observamos a centralidade urbana que concentram importantes cidades do estado de São Paulo nos serviços de saúde públicos e privados, atraindo tanto fluxos de pacientes como fluxos produtivos, sendo os hospitais centros de atração desses fluxos, “configurando um sistema urbano cujos elementos se referem às relações complementares e hierárquicas, em virtude das demandas por saúde, bem como das demandas do próprio serviço de saúde” (DAVID, 2010, p. 118). Quanto à esfera administrativa, o Brasil tem 199.063 estabelecimentos de saúde administrados pela esfera privada, dos quais 28,11% estão no estado de São Paulo, seguido por Minas Gerais (12,76%), Paraná (8,67%), Rio Grande do Sul (8,70%), Rio de Janeiro (7,20%) e Santa Catarina (5,43%) (APÊNDICE B). Já na esfera pública (federal, estadual e municipal), há 76.808 estabelecimentos, dos quais Minas

Gerais concentra 12,68% e São Paulo, 12,66%. Seja da esfera pública ou privada, os estados do Norte apresentam o menor número.

Tendo em vista o objeto deste estudo, segue-se uma análise específica de três tipos de estabelecimento: hospitais gerais, hospitais especializados e hospitais de ensino.

No Brasil, há 5.191 hospitais gerais (APÊNDICE C), estando 32,88% no Sudeste, 28,03% no Nordeste, 18,09% no Sul, 12,17% no Centro-Oeste e 8,82% no Norte. Nas capitais, os hospitais gerais somam 792, estando 43,05% no Sudeste, 25,76% no Nordeste, 11,62% no Centro-Oeste, 9,34% no Sul e 10,23% no Norte. Note-se que os hospitais gerais não estão concentrados nas capitais dos estados, mas algo dispersos pelo território.

Quanto aos hospitais especializados (APÊNDICE D), há no Brasil 1.091, estando 40,33% na região Sudeste, 30,8% no Nordeste, 13,11% no Centro-Oeste, 8,25% no Sul e 7,52% no Norte. Nas capitais, os hospitais especializados somam 605, estando 35,54% no Nordeste, 30,91% no Sudeste, 16,03% no Centro-Oeste, 10,91% no Norte e 6,61% no Sul. É interessante notar que a maioria das capitais concentram mais de 50% dos hospitais especializados do respectivo estado, com exceção da capital paulista, que sedia 29,48% dos hospitais especializados, o que pode ser considerado reflexo de uma maior dispersão do sistema técnico-científico-informacional pelo estado.

Quanto aos hospitais de ensino (APÊNDICE E), há no país 190, estando no estado de São Paulo 25,26%, seguido por Minas Gerais (11,58%), Rio de Janeiro (11,05%), Rio Grande do Sul (9,47%) e Paraná (7,89%). Os estados do Acre, Amapá, Rondônia e Tocantins não têm hospitais de ensino. Nas capitais, os hospitais de ensino somam 109 estabelecimentos (57,37% do total), sendo a cidade do Rio de Janeiro a capital com o maior número (14), seguida por São Paulo (13) e Belo Horizonte (11).

Exemplificamos essa localização hospitalar e seus decorrentes fluxos de pacientes com o estudo de Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), que investigaram duas redes formadas por fluxos de pessoas em busca de atendimento hospitalar básico e de alta complexidade considerando o município de internação e o de residência do paciente. Com esse estudo e os outros dados apresentados, verifica-se que a atenção hospitalar básica atinge todo o país e que a atenção hospitalar de alta complexidade é oferecida por poucas cidades, estando metade dos municípios brasileiros desligados do sistema.

As autoras adotaram o conceito mais específico de *acessibilidade geográfica*, sendo um de seus componentes o conceito de *acesso*, que relaciona a localização da oferta dos serviços com a dos usuários levando em conta o meio de transporte, o tempo, a distância e o custo do deslocamento.

O nível de renda das pessoas condiciona a intensidade com que o uso de um serviço de saúde é afetado pela distância em que está localizado o serviço, e isso ocorre mesmo nos casos em que o serviço é gratuito, na medida em que o sistema de saúde afirma a universalidade, mas não garante transporte (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004, p. 387).

As distâncias percorridas diferem segundo o grau de complexidade do serviço, ou seja, os deslocamentos para níveis de atenção básicos são menores que os destinados a serviços especializados. A partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, de 2000, Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) constataram que 24,7% das internações na rede de atenção hospitalar básica se deram fora do município de residência do paciente, residindo 58% das pessoas a menos de 30 km e 22,4% num raio de 30 a 60 km. Quanto aos serviços de atenção hospitalar de alta complexidade, a maior parte das internações se deveu a cirurgias cardíacas, sendo 57,24% fora do município de residência dos pacientes. Ofereciam tal serviço 85 municípios e, destes, 80 internaram pacientes de outras cidades, sendo 86,8% dos internados residentes a menos de 30 km e 10,2% num raio de 30 a 60 km.

O que ocorre é que, de fato, as pessoas que vivem mais longe não têm a possibilidade de deslocar-se: apenas 3,0% dos pacientes internados para cirurgia cardíaca residiam em municípios situados a mais de 60 km do centro em que se internaram, e nesses municípios concentram-se cerca de 40,0% da população brasileira. Compare-se essa situação ao que ocorre nas internações nos procedimentos mais frequentes: pouco menos de 20,0% dos pacientes de cinco anos e mais de idade internaram-se em centros a mais de 60 km, mas as pessoas residentes além desse limite representam apenas 1,3% da população total (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004, p. 401).

Como resultado, as autoras afirmam que, de todas as internações realizadas no Brasil em 2000, 75% foram no município de residência do paciente. Isso tem relação com o fato de que 91% da população brasileira reside em municípios com hospitais conveniados ao SUS.²⁸ Quando separamos os dados em atendimento hospitalar básico e de alta complexidade, é possível perceber a disseminação do primeiro tipo pelo território brasileiro, o que não ocorre

²⁸ Importa sublinhar que, em 3.640 (66,1%) dos 5.507 municípios brasileiros em 2000, houve internações pagas pelo SUS. E, segundo o IBGE (2015, p. 49), das pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, 65,7% (8,0 milhões) foram atendidas por meio do SUS. As regiões Nordeste e Norte registraram os maiores percentuais: 76,5% e 73,9%, respectivamente.

com o segundo, que existia em poucos municípios, estando 54,5% dos municípios do país desconectados.

Assim, os diferentes tipos de rede observados demonstram a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcada em relação aos serviços mais complexos. Ainda que, ao longo dos anos, a efetiva implantação da universalização do acesso aos serviços de saúde, meta do SUS, tenha sido tolhida pelas condições político-econômicas mais gerais, é indiscutível o avanço do setor saúde, no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento. Entretanto, embora alguns estudos apontem tendência à redução das desigualdades regionais no sistema de saúde, esse processo é muito lento, pois “a distribuição territorial de infraestrutura de recursos reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população” (TEIXEIRA, 1999, p. 291)²⁹ e, como observa Santos (1999),³⁰ a geografia dos fluxos depende da geografia dos fixos (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004, p. 398).

A partir da institucionalização do SUS e de sua implementação – ao longo, portanto, destes 26 anos –, as políticas públicas de saúde descentralizaram-se com foco nos municípios e incrementaram o número e a diversidade dos atores enredados na oferta e na gestão dos serviços, sobretudo daqueles não governamentais, ligados a atividades de “empresariamento” de sua gestão e oferta (VIANA, A. et al., 2015).

Concomitantemente, aumentou a preocupação com a regionalização, a fim de superar dificuldades oriundas das grandes desigualdades da oferta de serviços de saúde, ainda que não tenha tido grande impacto funcional no sistema de saúde (VIANA, A. et al., 2015). Esses movimentos levaram à fragmentação da oferta, da decisão e do planejamento das ações e dos serviços de saúde, muito sensíveis a interesses locais e pouco preocupados com os princípios da universalidade e da equidade.

No Brasil, a regionalização da saúde é difícil e complexa em virtude das dimensões do território, do número de usuários, das desigualdades e diversidades regionais, da multiplicidade de atores envolvidos nos serviços – públicos ou privados – etc., obstando a institucionalização de uma rede de atenção à saúde homogênea.

Para entender o processo de regionalização da saúde brasileira, Ana Luiza Viana et al. (2015) elaboraram uma tipologia das regiões de saúde com cinco grupos, segundo características socioeconômicas, oferta de serviços de saúde, tipo de prestador de ações e

²⁹ TEIXEIRA, C. M. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 287-303, 1999.

³⁰ SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

serviços predominantes na região. Essa classificação mostrou a heterogeneidade do território brasileiro, bem como a complexidade organizacional dos sistemas de saúde regionais.

As unidades de análise dessa tipologia são as regiões de saúde (436),³¹ a classificação, a situação socioeconômica (grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios integrados às regiões de saúde) e a oferta e complexidade dos serviços (Mapa 3).

Mapa 3 – Distribuição espacial dos cinco grupos de regiões de saúde – Brasil (2015)

fonte: Ana Luiza Viana et al. (2015, p. 417).

- Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): é composto por 175 regiões de saúde (40,1%) e 2.159 municípios (38,8%) e concentra 23,6% da população brasileira. Apresenta o menor número de beneficiários de planos de saúde privado, médicos, leitos por 1.000 habitantes e leitos, além das menores taxas de médicos e leitos do SUS. Esse grupo se concentra nas regiões Norte e Nordeste.

³¹ Segundo os autores, a região de saúde é uma forma de escapar ao “impasse do *fracionamento* das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional” (SANTOS, L.; CAMPOS, 2015, p. 440). Ela articularia em rede as ações e os serviços de saúde dos três entes federativos, ligando os municípios “de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização” (p. 440). No entanto, é importante vê-la não só como uma divisão administrativa, mas também, e sobretudo, como um mecanismo qualitativo, “o *locus* da integralidade” (p. 441), capaz de responder à maior parte das necessidades da população da região.

- Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): é composto por 53 regiões de saúde (12,2%) e 590 municípios (10,6%) e detém apenas 7,3% da população do país. As maiores áreas estão nos estados de Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins, Roraima, Amapá e Acre. Sua classificação como médio/alto desenvolvimento econômico deve-se à recente ocupação territorial, fundada na expansão da fronteira agrícola com intensiva mecanização da terra e vinculada a lógicas globais. No entanto, esse mesmo modelo de desenvolvimento se reflete numa baixa oferta de serviços de saúde. O grupo também apresenta baixas taxas de médicos e leitos por 1.000 habitantes. A porcentagem de beneficiários de planos de saúde privados é mais que o dobro do grupo 1, mas ainda é muito inferior à dos demais grupos. Já quanto a médicos e leitos do SUS, apresentam a segunda maior taxa.
- Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): é composto por 123 regiões de saúde (28,2%) e 1.803 municípios (32,4%) e concentra 20,1% da população brasileira. Está presente nos estados do centro-sul do país, sobretudo no sul de Goiás, no leste de Mato Grosso do Sul, no centro-leste de Minas Gerais, no centro-oeste dos estados do Sul e em pequenas áreas dispersas em São Paulo. É um grupo de transição entre os grupos 1 e 2 e os grupos 4 e 5, pois as taxas de beneficiários de planos de saúde privados e médicos por 1.000 habitantes começam a aumentar e a de médicos e leitos no SUS começam a diminuir, dando indícios das características dos grupos seguintes, com exceção dos leitos por 1.000 habitantes.
- Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): é composto por 35 regiões (8%) e 388 municípios (7%) e 12,9% da população do país. Como vemos, a extensão territorial desse grupo é bem menor, apresentando quatro áreas maiores (duas no Amazonas, uma no Mato Grosso e uma no Mato Grosso do Sul), uma média, em Tocantins, e pequenas áreas espalhadas pelas regiões Sudeste e Sul.
- Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços): é composto por 50 regiões de saúde (11,5%), 630 municípios (11,3%) e 40,5% da população brasileira. Apresenta a maior taxa de beneficiários de planos de saúde privados (59,7%), médicos e leitos por 1.000 habitantes (2,5% e 2,6%, respectivamente), mas a menor de médicos e leitos no SUS (71,1% e 62,7%, respectivamente). Concentra-se nas regiões Sudeste e Sul e em algumas regiões metropolitanas.

A baixa, média ou alta oferta de serviços de saúde é relativa a sua complexidade, resultando numa distribuição desigual no país (APÊNDICE F). Os serviços mais especializados ou que têm mais necessidade científico-tecnológica concentram-se no Sudeste. Já os de baixa incorporação tecnológica estão mais espalhados pelo território.

Assim, a distribuição da oferta de serviços de saúde é afetada por critérios econômicos e políticos dirigidos pela lógica de mercado, o que pode ser verificado na relevância das regiões Sudeste e Sul – economicamente mais dinâmicas – nos dados apresentados.

As desigualdades na oferta de internações têm associação com a disponibilidade de leitos e com o número de leitos e de médicos por 1.000 habitantes. Segundo dados do Cnes de 2014, havia no Brasil 2,2 leitos por 1.000 habitantes,³² sendo 68% disponíveis no SUS, o que resulta em 1,5 leitos por 1.000 habitantes. Assim, para as pessoas que dependem do SUS (75% da população brasileira), estão disponíveis 68% dos leitos do país. Ainda segundo a mesma fonte, o Nordeste tem a maior porcentagem de leitos disponíveis do SUS (80,7%) – onde a cobertura por planos de saúde privados é menor. Já o Sudeste detém a menor porcentagem de leitos do SUS (58,4%) – onde a cobertura por planos de saúde privados é maior. Ainda assim:

[...] o SUS é o grande prestador de serviços. Ele é responsável de fato, em termos absolutos, pela maioria dos serviços de saúde do Brasil. Cobertura total de 75% da população, em geral aqueles segmentos submetidos às piores condições de vida e saúde, e também aqueles com renda mais baixa. Mas atende o restante da população para determinados procedimentos, já que, para aqueles privilegiados, os 25%, existe a dupla cobertura (MENICUCCI, 2014, p. 86).

Quanto ao número de médicos por 1.000 habitantes, o Brasil apresenta 2,7, condizente com a determinação da Opas, que recomenda entre 2 e 2,5 (SIMÕES, 2011). Estão dentro desse padrão 15 estados brasileiros, englobando as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e ainda Sergipe, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Paraíba, no Nordeste. Todos os estados do Norte têm menos de 2 médicos por 1.000 habitantes. Quanto às capitais, só Macapá (AP) e Manaus (AM) têm 1,9 médico por 1.000 habitantes, não atingindo o estabelecido pela Opas. Chamamos atenção para a taxa alcançada pela cidade de Vitória, com 13,7 médicos por 1.000 habitantes.

Discutindo a desigualdade do acesso a serviços de saúde, Menicucci (2014) argumenta que, em 2008, 80% das pessoas que tinham plano de saúde haviam passado por consulta médica,

³² O parâmetro da Organização Mundial da Saúde é o número ideal de cinco leitos por 1.000 habitantes.

contra apenas 28% daquelas assistidas pelo SUS. As internações seguiram o mesmo padrão: 8,2% dos usuários de planos de saúde e 7% no âmbito do SUS. Outro exemplo são os exames de mamografia, a que se submeteram 27% das mulheres sob a cobertura de planos de saúde, enquanto 47% das atendidas pelo SUS nunca o realizaram. Diante desses dados, como não é possível afirmar que quem tem plano de saúde privado é mais doente, é forçoso concluir pela maior dificuldade do acesso a serviços públicos de saúde.

Pudemos perceber a heterogeneidade da distribuição dos serviços de saúde pelo território brasileiro. A descentralização promovida pela atual política nacional de saúde apresenta pouca integração regional e um baixo poder do Estado para oferecer serviços mais especializados, resultando em grandes vazios de serviços de saúde e no aumento da oferta de serviços privados (VIANA, A. et al., 2015).

O capital é bastante seletivo para se alojar nos lugares, levando em conta apenas as melhores condições de mercado e, portanto, privilegiando determinadas localidades e concentrando ainda mais os equipamentos de saúde. Isso é favorecido pela possibilidade de livre ação da iniciativa privada na saúde, que vem se tornando hegemônica no Brasil, ameaçando as ações do SUS.

Para entender a configuração dos serviços de saúde, Eliza Almeida (2005) estabelece uma tipologia dos equipamentos médico-hospitalares segundo seu grau de incorporação tecnológica e uma topologia para observar sua distribuição pelo território, revelando as contradições na organização dos serviços de saúde, que configura áreas de abundância ou de escassez intimamente relacionadas ao uso do território brasileiro por diferentes agentes e com o conteúdo técnico dos lugares.

Como vimos, a rede de serviços de saúde públicos e privados é constituída por estabelecimentos com diferentes graus de incorporação tecnológica. Existem os objetos banais, que estão dispersos pelo território (e grande parte sob a tutela do Estado), são em maior número e têm baixo grau de incorporação tecnológica, usados nos níveis primário e secundário da atenção à saúde (postos de saúde, unidades mistas, policlínicas etc.), e os objetos raros, concentrados no território, atendendo ao nível terciário de atenção e com maior incorporação tecnológica (hospitais, clínicas médico-ambulatoriais).

Desse modo, a dispersão dos equipamentos de saúde no território não é indiferente aos conteúdos de técnica, ciência e informação [...]. A sua distribuição no território é o resultado tanto da lógica do Estado como também

da lógica das empresas. [...] A perversidade dessa lógica que tem guiado a distribuição dos serviços de saúde no território brasileiro está justamente calcada no fato de que o Estado promoveu a estruturação de uma rede privada de serviços mais complexos, concentrada em poucos lugares do território, como o sistema hospitalar e que tem historicamente absorvido boa parte dos recursos públicos, comprometendo a universalização do próprio sistema de saúde, na medida em que faltam recursos para os serviços banais (ALMEIDA, E., 2005, p. 235-236).

Essa concentração e rarefação dos serviços de saúde de média e alta complexidade pelo território passa por obstáculos ligados à “precariedade dos sistemas de movimento do território”, ou seja, pelo fato de não haver em todos os lugares fixos e fluxos capazes de fazer circular os produtos (ALMEIDA, E., 2005, p. 271). A região concentrada apresenta uma profunda divisão territorial e social do trabalho e redes mais densas, que favorecem uma fluência maior. Já as demais regiões têm uma modernização recente e pontual, apresentando menor densidade técnica e informacional e fluxos dificultados pela escassez de fixos especializados. Há, portanto, uma preocupação com o “dinamismo econômico dos lugares” (ALMEIDA, E., 2005, p. 271), com o uso corporativo do espaço pelas empresas, e não com as necessidades de saúde da população.

2.1.1 A relevância do estado de São Paulo para os serviços de saúde brasileiros

Vimos acima que algumas áreas do território brasileiro apresentam atividades mais competitivas, reflexo da globalização e das exigências do mercado global. As condições oferecidas por essas áreas significam mais rentabilidade para determinadas atividades ou produtos. Segundo María Laura Silveira (2011), isso se configura numa atração de atividades correlatas e complementares criando as especializações produtivas, além de promover a coexistência de áreas densas e rarefeitas. Nas densas, podem-se observar alguns efeitos econômicos importantes: a existência de atividades semelhantes e/ou complementares leva à redução de custos e facilita a difusão de informações relativas aos processos produtivos e ao funcionamento do mercado. Essas vantagens também favorecem o desenvolvimento de serviços especializados.

Assim, cria-se nessas áreas uma economia de aglomeração pela instalação de empresas fornecedoras de instrumentos, materiais etc. para a atividade principal. É típica dessas áreas de especialização produtiva “a necessidade de intercâmbio em espaços mais vastos” e de “um crescente número de fluxos na contiguidade” (SILVEIRA, M., 2011, p. 8). Cada atividade é

uma parte do sistema produtivo de determinada área, conformando uma base socioespacial que congrega emprego, salário, ritmo das atividades, movimento de agentes, produtos, mercadorias, dinheiro e informação, estrutura de ordens e sistema de poder (economia e política): “Trata-se de um verdadeiro sistema coerente, cuja base é espacial” (SILVEIRA, M., 2011, p. 10). O estado de São Paulo concentra muitas áreas de especializações produtivas, decorrentes de um processo histórico marcado por:

[...] precoce mecanização da produção e do território, distribuição da população e do trabalho em numerosos núcleos importantes, urbanização acelerada e vida comercial intensa, entre outros, [que] contribuíram para produzir uma marcada divisão interurbana do trabalho e significativa vida de relações. Após um vertiginoso crescimento demográfico e econômico da metrópole paulista, o estado conheceu um processo de difusão das variáveis modernas sobre uma divisão do trabalho já existente (SILVEIRA, M., 2011, p. 8).

Esse alto grau de modernização seletiva do território brasileiro, caracterizado pela concentração de infraestruturas e empresas em alguns pontos – sobretudo no estado de São Paulo – configura a formação de uma urbanização corporativa (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011).

A instalação do complexo médico-hospitalar é derivada dessa urbanização corporativa, também estreitamente ligada à localização da indústria e dos demais serviços do complexo industrial da saúde.

E o próprio Estado tem um papel importante na expansão urbana corporativa. Mais uma vez, o exemplo é São Paulo, que, também no interior, investe na criação e na ampliação de instituições públicas como complexos hospitalares, centros de pesquisa e universidades, em associação direta ou indireta com corporações (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011).

Algumas características favorecem essas aglomerações especializadas em solo paulista; por exemplo, os estabelecimentos de ensino superior público e privado, que funcionam como atrativos de empresas. Em atividades produtivas e serviços ligados à saúde, a densidade e a proximidade das relações entre empresas, Estado (nos três níveis), universidades e centros de pesquisa são decisivas para sua competitividade.

Mais recentemente, a política científico-tecnológica dirigida à saúde promoveu os arranjos produtivos locais (APL), privilegiando a inovação tecnológica e a cooperação entre empresas. Cidades como Ribeirão Preto, onde existem 47 empresas fabricantes de equipamentos médico-hospitalares, e São José do Rio Preto têm sido alvo desse tipo de planejamento, que,

todavia, parece privilegiar o fortalecimento de poucas firmas competitivas. Agora o caráter seletivo das modernizações ganha a força de uma norma (SILVEIRA, M., 2011, p. 9).

E é interessante notar que todas as áreas de especialização produtiva de saúde levam ao crescimento de outras áreas da economia, aumentando a população e, assim, gerando novas e maiores necessidades em saúde. Talvez isso explique a relevância do estado de São Paulo na oferta de serviços de saúde.

O fato de adotarmos uma medicina essencialmente curativa, pautada na formação de médicos especialistas e não generalistas, tem forte relação com os interesses corporativos. A prioridade na medicina preventiva – que trabalha para impedir que o corpo adoça – contraria os grandes investimentos em equipamentos tecnológicos sofisticados, na produção de medicamentos e na expansão do sistema hospitalar. Assim, nosso sistema de saúde administra as doenças, e não as previne (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011).

Um sistema assim construído acaba por favorecer setores econômicos que se desenvolvem em torno da lógica da administração da doença. Temos, portanto, um pesado sistema que funciona em direção contrária à da prevenção e que draga os recursos na direção dos interesses corporativos, em duplo sentido: em favor das corporações empresariais do setor, que têm interesse na expansão hospitalar do SUS, e da corporação médica, que tem vários interesses ligados à divisão do trabalho específica na medicina, que hoje é de grande complexidade e extensa complementaridade entre as especialidades, dependendo, por isso, de verbas para pessoal, instalações físicas e institucionais, além das pesquisas de ponta (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011, p. 283).

Os interesses corporativos são fomentados pela medicina altamente dependente de tecnologia. Segundo Eliza Almeida e Antas Jr. (2011), o estado de São Paulo concentra empresas que fabricam aparelhos, instrumentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais, aparelhos ortopédicos, farmacoquímicos e medicamentos, sobretudo na capital, em Ribeirão Preto e em Campinas. Essas cidades apresentam serviços hospitalares de alta complexidade, demandando manutenção e renovação tecnológica, além de receber grandes investimentos do SUS. Também é importante sua concentração de profissionais da saúde, o que revela “o aspecto corporativo da urbanização paulista, posto que há uma forte cooperação entre profissionais, empresários e instituições cujo objeto de interesse comum é a saúde transformada em setor econômico” (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011, p. 286).

Podemos somar a isso o papel do conhecimento. Lencioni (2015, p.318-319) mostra que o conhecimento foi capturado pelo capital, ou seja, que está cada vez mais submetido a suas

leis sendo, “aprisionado o saber aos imperativos da acumulação [...] o conhecimento capturado pelo capital continua a ser conhecimento, mas sob os desígnios do capital ele se apresenta como força social, especificamente como força produtiva”.

A inovação, “criação de um processo ou de um produto, quer seja ele relativo a um bem ou a um serviço”, ou organizacional podendo ser técnica ou não, material ou imaterial, está inserida nesse circuito de valorização do saber, sendo “submetida à reprodução do capital” (LENCIONI, 2015, p. 319).

Quanto à inovação da indústria brasileira, em 2011, concentrava-se nas regiões Sul e Sudeste, sobretudo no estado de São Paulo, que abriga 31,3% (LENCIONI, 2015). Nesses estados também está a maior porcentagem de pesquisa e desenvolvimento (P&D) (91,3%), sendo 46,6% no estado de São Paulo, mas não uniformemente, e sim numa área que reúne a mesorregião metropolitana de São Paulo (Região Metropolitana de São Paulo e a microrregião de Santos) e a mesorregião de Campinas, perfazendo 53,2% das indústrias inovadoras do estado, sendo 49% na mesorregião de São Paulo e 12% na de Campinas. Quanto a P&D e a ocupações em CT&I (Ciência, Tecnologia e Inovação), também apresentam as maiores porcentagens as regiões de São Paulo (27% e 44,7%) e Campinas (26,2% e 7,8%).

Em suma, a Região Metropolitana de São Paulo é indubitavelmente o centro da inovação do país, seguida da de Campinas. Se, do ponto de vista da importância que as empresas dão ao desenvolvimento interno de P&D, a Região Metropolitana de São Paulo e a de Campinas são equivalentes, elas são bastante distintas em dois aspectos: a Região Metropolitana de São Paulo concentra muito mais indústrias inovadoras e pessoal ocupado em CT&I que a de Campinas. Destaca-se também São José dos Campos como importante centro de inovação, dada a existência da indústria aeronáutica e pela presença de várias instituições relacionadas ao setor (LENCIONI, 2015, p. 324).

A maior capacidade de mobilidade pelo território da indústria de transformação não aparece nas indústrias inovadoras, pois elas dependem de condições gerais de produção que não existem em todos os lugares, como centros de pesquisa e universidades de grande porte e com intensa produção científica. No estado de São Paulo, temos a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade de Campinas (Unicamp), a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita (Unesp), a Universidade Federal de São Paulo e o Instituto Tecnológico de Aeronáutica.

Por meio desse tipo de universidade e de institutos de pesquisa é que são tecidos laços de cooperação e parcerias com as indústrias inovadoras, bem como é formado pessoal altamente qualificado. Dizendo de outra maneira, a relação entre universidade e empresa no que diz respeito a P&D se desenvolve de várias maneiras, a exemplo da formação de pessoal altamente qualificado

e das parcerias entre universidade e empresa no desenvolvimento de ações e práticas (LENCIONI, 2015, p. 325).

Além dessas características imprescindíveis a esse tipo de indústria, somam-se a infraestrutura viária (circulação), de comunicação e informação altamente desenvolvidas no estado de São Paulo, a rede de empresas produtoras de *expertises* e conhecimento técnico com alta concentração de P&D e, não menos importantes, políticas públicas federais de incentivo à inovação nos estados das regiões Sul e Sudeste, em especial em São Paulo.

Isso nos leva a concordar com Lencioni (2015) no que tange à importância da proximidade quando se trabalha com uma atividade socialmente criativa (inovação). Não são todos os lugares que oferecem as condições essenciais para essa atividade: “isso significa dizer que a tendência é de afirmação de determinados pontos do território com aglomeração de atividades e trabalhadores altamente qualificados voltados para o desenvolvimento da inovação” (LENCIONI, 2015, p. 326).

Essa urbanização corporativa é uma expressão da lógica do atual sistema produtivo refletida nas ações do SUS.

De modo que o SUS, ao definir as centralizações dos equipamentos e instituições de saúde, re-hierarquiza o sistema urbano, define áreas de influência e periferias, enfim, valoriza o espaço de determinadas cidades que exercerão regulação e influência política sobre as demais. O sistema urbano contemporâneo atual é uma rede de cidades, mas há nós da rede mais importantes que outros (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011, p. 288).

Como vimos, essa lógica que orienta a urbanização corporativa não atinge igualmente o território brasileiro, criando centralidades que concentram infraestruturas, empresas, instituições e profissionais qualificados. Os novos momentos do modo de produção e da formação social estão subordinados à distribuição quantitativa e qualitativa das infraestruturas e dos demais atributos do espaço. Na evolução das formações econômicas e sociais, o espaço construído e a distribuição da população têm papel ativo: “O espaço reproduz a totalidade social, na medida em que essas transformações são determinadas por necessidades sociais, econômicas e políticas” (SANTOS, M., 1977, p. 91). Assim, os objetos geográficos são localizados de acordo com os objetos de produção em dado momento, sendo capazes de influenciar os momentos seguintes da produção.

Como vimos, a oferta e o acesso aos serviços de saúde no país seguem essa lógica, ou seja, formam espaços luminosos e espaços opacos.³³ O meio técnico-científico-informacional se espalha seletivamente pelo território, já que exige “grandes inversões de capitais e não consegue se expandir em todas as direções e em igual ritmo no tempo histórico, o que acaba provocando grandes desigualdades no uso e na ocupação desse novo meio” (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011, p. 289). No estado de São Paulo, as cidades de Campinas, Ribeirão Preto, São José dos Campos, São José do Rio Preto e a capital são centros de referência, pois dispõem de universidades públicas (USP, Unicamp, Unesp e Unifesp), hospitais de referência, eixos rodoviários etc. que favorecem o deslocamento de pacientes de todo o estado e do Brasil, tanto promovendo o crescimento de novos serviços médicos nessas cidades como despertando o interesse de ramos industriais ligados à saúde:

Todas as obras governamentais relacionadas com os serviços públicos da cidade nela estimulam, indiretamente, novas criações. Assim, a construção de um hospital ocasiona automaticamente o estabelecimento de médicos particulares, enfermeiras e, às vezes, mesmo laboratórios anexos; isso faz crescer o “poder” social da cidade³⁴ (SANTOS, M., 2008b[1978], p. 112).

Os lugares mais bem providos de modernização e renda são mais atraentes para a instalação de sistemas de objetos e sistemas de ações complexos, enquanto os lugares carentes e pobres recebem apenas equipamentos básicos. Só a força do Estado poderia modificar essa situação. É importante ressaltar que essas cidades atrativas de investimentos públicos e privados também abrigam áreas que atraem menos e mais capital, como veremos na análise da oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo – a difusão do meio técnico-científico-informacional não atinge todos os lugares (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011).

³³ “Chamaremos de espaços luminosos aqueles que mais acumulam densidades técnicas e informacionais, ficando assim mais aptos a atrair atividades com maior conteúdo em capital, tecnologia e organização. Por oposição, os subespaços onde tais características estão ausentes seriam os espaços opacos. [...] Os espaços luminosos, pela sua consistência técnica e política, seriam os mais suscetíveis de participar de regularidades e de uma lógica obediente aos interesses das maiores empresas” (SANTOS, M.; SILVEIRA, 2006, p. 264).

³⁴ Como veremos no terceiro capítulo, a instalação do Hospital das Clínicas e do Hospital São Paulo ensejaram grandes mudanças no respectivo entorno.

2.2 Distribuição dos estabelecimentos de saúde paulistanos e a relevância do Arco da Paulista

Como vimos, o estado de São Paulo tem grande relevância para o país no que diz respeito à oferta de serviços de saúde. Analisamos aqui a distribuição desses serviços na capital. A cidade de São Paulo é relevante por sua capacidade de concentrar atividades especializadas da economia superior que dificilmente teriam lugar fora de aglomerações metropolitanas (SILVEIRA, M., 2011).

O processo histórico de instalação de instituições de saúde na cidade de São Paulo explica sua relevância atual, sendo exemplos substantivos: a criação das escolas médicas (Faculdade de Medicina/USP, Escola Paulista de Medicina/Unifesp e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo) que rapidamente tornaram-se centros de pesquisa e integraram ensino, pesquisa, prestação de serviços e disseminação de conhecimento com amplo reconhecimento internacional; a produção privada de insumos e equipamentos, que se beneficiou de tal arcabouço institucional; a constituição de uma rede de serviços de saúde a partir da chegada dos imigrantes a fim de atendê-los e que ao longo do tempo tornaram-se importantes centros hospitalares como o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital do Coração da Associação Sanatório Sírio, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Beneficência Portuguesa; investigações científicas, com atividades de ensino articuladas com outros institutos, públicos e privados, nacionais e internacionais; fomento a pesquisas científicas e tecnológicas; e centros de excelência no ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde oferecidos por universidades públicas – Universidade de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo – e instituições privadas.

Podemos compreender a distribuição de instituições, serviços e indústrias ligados à saúde na cidade de São Paulo a partir de um estudo desenvolvido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade). A finalidade do estudo *Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo* (SEADE, 2010, p. v)³⁵ era:

³⁵ A expressão *ciências da vida humana*, que designa estabelecimentos dedicados à prestação de serviços de saúde, produção técnica e tecnológica e formação científica e profissional, é usada em várias partes do mundo, geralmente relativa a “políticas urbanas para inversão econômica em arranjos territoriais (parques tecnológicos ou *clusters* territoriais)” (SEADE, 2010, p. 3), que produzem e aplicam conhecimentos pela associação entre empresas, centros de formação e centros de pesquisa, agregando atividades de alto custo e complexidade, ancorados em tecnologia de ponta, inovação e *expertise* profissional, elementos encontrados pelo estudo na cidade de São Paulo.

de Campos e Domingos de Moraes, concentrando, além dos já citados, os hospitais Sírrio-Libanês, Nove de Julho, Pró-Matre, Santa Catarina, Oswaldo Cruz, Beneficência Portuguesa, Hospital do Servidor Público Estadual, Hospital Municipal, Maternidade Santa Joana e Hospital Santa Cruz, entre outros.

Nessa área, estão 20,4% dos hospitais, 26% dos consultórios, 23,9% dos serviços de atendimento especializado, 9,2% dos leitos, 6,3% dos leitos conveniados ao SUS, 32,2% dos serviços de alta complexidade da rede do SUS, 13,1% das instituições de educação superior, 27,6% dos hospitais com residência médica e 60,7% das vagas para residência médica (SEADE, 2010) (Mapas 5 a 8).

Mapa 5 – Distribuição de hospitais e consultórios no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)

Mapa 6 – Distribuição de leitos hospitalares no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)

fonte: Seade (2010, p. 115-118).

Mapa 7 – Distribuição da rede de serviços de alta complexidade conveniada ao SUS no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)

Mapa 8 – Distribuição dos estabelecimentos de educação superior no Arco da Paulista – município de São Paulo (2008)

fonte: Seade (2010, p. 115-118).

E tal concentração não é recente. Em 1953, no discurso de abertura do curso Planejamento de Hospitais, Benedito Montenegro (na época presidente da Associação Paulista de Medicina) apontava a concentração de hospitais ao longo e nas proximidades da Av. Paulista (MONTENEGRO, 1954). Na década de 1940, a Av. Brigadeiro Luiz Antônio, do “trecho [...] que ia do centro da cidade à Avenida Paulista, possuía uma série de clínicas e consultórios” (MOTT, 2011, verbete 45). E, em 1994, Guimarães mostrou que o centro hospitalar da cidade de São Paulo estava na Av. Paulista e nos arredores.

Entre os serviços da rede SUS de alta complexidade, os únicos que não se localizam nesse território são o Santa Marcelina, na Zona Leste, a Santa Casa de Santo Amaro e o Albert Einstein, na Zona Sul. Já na área central da cidade, localizam-se 26 serviços de alta complexidade. Apenas dois hospitais apresentam as seis especialidades oferecidas pela rede SUS de alta complexidade – o Hospital das Clínicas e a Santa Casa de Misericórdia – e apenas o Hospital São Paulo tem cinco especialidades (sistema auditivo, cardiologia, neurologia, oncologia e ortopedia) (SEADE, 2010, p. 101).

Trazemos para esta análise dados que colhemos e sistematizamos a partir do Cnes,³⁶ de 2014, e os resultados do *Atlas da Saúde da cidade de São Paulo* (SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2012) referente aos anos de 2009 e 2010. Damos um panorama geral da saúde no município sempre relacionando-o com nosso objetivo, ou seja, enfatizando a assistência hospitalar e as áreas em ficam os hospitais e as escolas médicas estudadas. No Mapa 9, vemos os distritos administrativos do Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina-USP e do Hospital São Paulo/Escola Paulista de Medicina-Unifesp) (ANEXO B).

Mapa 9 – Distritos administrativos e Coordenadorias Regionais de Saúde – município de São Paulo (2012)

Obs.: O *Arco da Paulista* é formado pelos distritos administrativos 7, 26, 44, 49, 53, 79 e 92. Os hospitais e as escolas médicas estudadas aqui ficam nos distritos 44 e 92.

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 14).

³⁶ “Desde outubro de 2000, o Ministério da Saúde tornou obrigatório o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde em território nacional. Para tanto, instituiu no mesmo ano o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), em que “são registradas informações acerca de todo estabelecimento destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, independentemente do tipo de estrutura ou nível de complexidade. Dessa forma, o cadastro abrange desde consultórios médicos e odontológicos até hospitais de grande porte, além de unidades de vigilância sanitária e epidemiológica. Os dados contidos no Cnes são gerados a partir de informações coletadas por meio de 26 fichas cadastrais de estabelecimentos de saúde (FCES) preenchidas e/ou atestadas pelos responsáveis, físicos ou jurídicos, dos estabelecimentos de saúde. Somente após receber o número de identificação que atesta a regularidade de sua situação funcional é que os estabelecimentos estão legalmente aptos a celebrar contratos de prestação de serviço junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às operadoras de planos privados de saúde regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)” (SECRETARIA DA SAÚDE [...], 2012, p. 91).

O Arco da Paulista, área definida pelo Seade no estudo *Ciências da vida humana* (SEADE, 2010), é composto pelos distritos: Bela Vista (7), Consolação (26), Liberdade (49), Moema (53), Saúde (79), Jardim Paulista (44) e Vila Mariana (92), e nestes dois últimos ficam os hospitais e as escolas estudadas.

Estabelecimentos

Em 2015, o município de São Paulo tinha 16.572 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cnes, sendo as maiores concentrações de consultórios isolados (72,4%), clínicas/centros de especialidade (14,34%), Unidades de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) (4%), centros de saúde/unidades básicas (3,44%) e hospitais geral e especializado (1,2%) (APÊNDICE G). Note-se que, conforme aumenta a complexidade do serviço prestado, menor é o número de estabelecimentos que o oferece.

O Mapa 10 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de saúde no município de São Paulo em 2010, quando havia 12.562 cadastrados (ANEXO C). A maior concentração se verifica nas Coordenadorias Regionais de Saúde do Centro-Oeste e do Sudeste. Segundo dados da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo (2012), 6.566 estabelecimentos (52,25%) estavam em apenas 10 distritos administrativos – Bela Vista, Itaim Bibi, Jardim Paulista (distrito onde se encontra o HC-FMUSP), Pinheiros e Consolação (CRS Centro-Oeste), Vila Mariana (distrito onde se encontra o HSP/EPM-Unifesp), Moema e Tatuapé (CRS Sudeste), Santana (CRS Norte) e Santo Amaro (CRS Sul). Apontam também que só os distritos da Vila Mariana (CRS Sudeste) e da Bela Vista (CRS Centro-Oeste) abrigam 2.115 estabelecimentos (16,8%). Dos 10 distritos destacados, seis fazem parte do Arco da Paulista. Podemos observar ainda que, conforme se distanciam do centro em direção aos extremos do município, sobretudo o norte e o sul, cai o número de estabelecimentos de saúde.

Mapa 10 – Estabelecimentos de saúde – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 94).

Quanto ao número e à distribuição dos 12.562 estabelecimentos de saúde, 92% eram privados e 8% públicos (Mapas 11 e 12) (SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2012). Os estabelecimentos privados estão mais concentrados na área central da cidade, nas CRS Centro-Oeste e Sudeste, sendo sobretudo clínicas, policlínicas e consultórios particulares provedores de serviços de maior complexidade, enquanto os estabelecimentos públicos estão mais dispersos pelo território e atingem todos os distritos, compostos, em sua maioria, por serviços de atenção básica.

Mapa 11 – Estabelecimentos de saúde privados – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 95).

Mapa 12 – Estabelecimentos de saúde públicos – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 95).

Em 2010, os 161 estabelecimentos de saúde eram 146 hospitais e 15 pronto-socorros (SECRETARIA DA SAÚDE [...], 2012). No Mapa 13, vemos sua concentração na CRS Centro-Oeste e Sudeste, sobretudo no Arco da Paulista, e sua rarefação nas CRS Sul (11), Leste (15) e Norte (17). No mesmo período, os 55 hospitais e os 16 pronto-socorros públicos perfaziam 71 estabelecimentos. No Mapa 14, vemos uma maior dispersão dos hospitais e pronto-socorros públicos que dos privados, mas a maior parte continua nas CRS Centro-Oeste e Sudeste, não havendo hospital ou pronto-socorro público em aproximadamente 50 distritos administrativos nos extremos da cidade, sobretudo no Sul – sublinhe-se que o único hospital público federal do município é o Hospital São Paulo. Sobre os hospitais e pronto-socorros, assinalamos ainda que apresentam um maior grau tecnológico, sendo classificados como de média ou alta complexidade. Diante disso, seja na capital paulista ou em qualquer outra cidade, sua distribuição não é homogênea, justamente devido à complexidade e aos custos que ela gera.

Mapa 13 – Hospitais e pronto-socorros privados – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 96).

Mapa 14 – Hospitais e pronto-socorros públicos – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 97).

Conforme vimos, os estabelecimentos de saúde podem ser classificados segundo o nível de complexidade. Em 2014, o município de São Paulo tinha 798 estabelecimentos (5,32%) de baixa complexidade, 13.606 (90,65%) de média complexidade e 605 (4,03%) de alta complexidade (APÊNDICE H).

Os Mapas 15 e 16 apresentam a distribuição dos estabelecimentos que, em 2010, prestavam atendimentos de média (100 estabelecimentos) e alta complexidade hospitalar (182), respectivamente. Mais uma vez, notamos que os estabelecimentos estão concentrados nas CRS Centro-Oeste e Sudeste – sobretudo no Arco da Paulista – e ausentes dos extremos das CRS Sul e Norte. Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (2012), 46 distritos administrativos não tinham estabelecimentos de média complexidade hospitalar e 35 não tinham de alta complexidade. Os distritos da Bela Vista (CRS Centro-Oeste) e da Vila Mariana (CRS Sudeste) concentravam 31 estabelecimentos de alta complexidade hospitalar.

Mapa 15 – Estabelecimentos que prestavam atendimento de média complexidade hospitalar – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 103).

Mapa 16 – Estabelecimentos que prestavam atendimento de alta complexidade hospitalar – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 103).

Leitos

Em 2014, havia na cidade de São Paulo 34.815 leitos, oferecidos por 261 estabelecimentos, sendo 17.717 conveniados ou contratados pelo SUS (em 117 estabelecimentos) e 17.098 privados (em 144). Os leitos cirúrgicos, obstétricos, pediátricos, hospital-dia e de outras especialidades, concentram-se no SUS; já a maior parte dos leitos clínicos e complementares estão em serviços privados (APÊNDICE I).

No Mapa 17, apresentamos a distribuição dos 223 estabelecimentos com 35.200 leitos no município de São Paulo em 2010 e, no Mapa 18, a distribuição dos 92 estabelecimentos com 18.242 leitos conveniados ou contratados pelo SUS. Ambos mostram uma pequena aglomeração no Arco da Paulista e a escassez de leitos nos extremos das CRS Norte e Sul.

Mapa 17 – Estabelecimentos de saúde com leitos – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 119).

Mapa 18 – Estabelecimentos de saúde com leitos conveniados ou contratados pelo SUS – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 119).

Equipamentos médicos

Em 2016, o município de São Paulo apresenta 159.460 equipamentos médicos (96,1% em uso), estando 37,7% disponíveis no SUS e 62,3% na rede privada. Só os equipamentos de audiologia e para manutenção da vida estão mais concentrados na rede pública: respectivamente, 68,3% e 57,5%. Os demais equipamentos estão concentrados na rede privada, chamando atenção os de diagnóstico por imagem e de odontologia, com mais de 80% (APÊNDICE J).

O Mapa 19 mostra a distribuição dos equipamentos médicos e odontológicos em uso nos estabelecimentos de saúde, que somavam 99.400 em 2010. Observamos sua concentração nas CRS Centro-Oeste e Sudeste, mas também certa dispersão pelo município, atingindo todos os distritos administrativos.

Mapa 19 – Estabelecimentos de saúde com equipamentos médicos e odontológicos em uso – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 131).

Procedimentos hospitalares

Segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde (2012), foram registradas no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) 676.764 autorizações de internação hospitalar (AIH) no ano de 2010, com um custo médio de R\$ 1.443,22 por procedimento. O Mapa 20 mostra a distribuição dos procedimentos hospitalares pelo município, e verificamos que as maiores concentrações estão nos distritos administrativos do Hospital das Clínicas, do Hospital São Paulo – distrito Jardim Paulista com 72.551 e Vila Mariana entre 48.428 e 72.550, respectivamente – e da Consolação. No Arco da Paulista se realizam mais procedimentos hospitalares, e, dos 96 distritos administrativos, 48 não realizaram nenhum procedimento.

Mapa 20 – Procedimentos hospitalares – município de São Paulo (2010)

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 164).

Ainda que a cidade de São Paulo se destaque no país pela oferta de serviços de saúde, ensino e pesquisa, eles não estão disseminados pela cidade, mas mantém-se o padrão de concentração e rarefação de serviços de saúde visto no território nacional:

A seletividade com que o poder público [e também privado] foi atuando no território brasileiro tem ampliado a ação de um conjunto reduzido de cidades que vê seu poder constantemente reforçado. Cada um desses ricos municípios, entretanto, apresenta problemas como a falta permanente de médicos nos lugares mais periféricos. Neles, a baixa qualidade dos serviços de saúde em certas áreas propicia a reincidência de doenças relacionadas à pobreza [...] (ALMEIDA, E.; ANTAS JR., 2011, p. 292).

A distribuição desigual da oferta de serviços de saúde no município de São Paulo configura uma clara divisão entre centro e periferia. No centro, concentram-se estabelecimentos privados, enquanto os públicos estão mais dispersos pela cidade. É clara também a concentração de serviços de saúde no Arco da Paulista, sobretudo nos distritos administrativos do Jardim Paulista e da Vila Mariana, onde ficam, respectivamente, o Hospital das Clínicas/FMUSP e o Hospital São Paulo/EPM-Unifesp.

2.2.1 A participação do Hospital das Clínicas (FMUSP) e do Hospital São Paulo (EPM-Unifesp) nos circuitos espaciais produtivos da saúde e seus círculos de cooperação

Assim, algumas cidades tornam-se referência regional ou nacional em serviços de saúde por concentrar estabelecimentos modernos, aumentando “a intensidade das trocas, isto é, a circulação não apenas de pessoas, mas de objetos e mensagens” (DAVID, 2010, p. 118), e favorecendo os circuitos espaciais produtivos da saúde, já que a produção não se completa nos lugares.

Os medicamentos e os equipamentos médicos compreendem atividades produtivas de bens dos quais depende a medicina moderna. Nesse sentido, a medicina se torna envolvida numa sistematicidade global que, sob o ritmo das inovações industriais (ALMEIDA, E., 2005), está expressa pelo poder de ação de grandes agentes hegemônicos. Assim, os circuitos espaciais de produção e círculos de cooperação (SANTOS, 1985)³⁷ que constituem o poder desses agentes definem não apenas novas condições à saúde, mas, sobretudo, asseguram a realização do capital hegemônico pelo modo como regulam o processo produtivo e redefinem os usos do território (DAVID, 2010, p. 36).

A tarefa de estimular e ampliar as redes pode ser executada por uma variedade de agentes empresariais, organizações sociais e sobretudo pelo Estado, que, a partir da garantia conquistada pelo SUS de acesso de toda população à saúde pública e mais recentemente da instituição da secretaria do Complexo Industrial da Saúde no Ministério da Saúde, torna-se o grande estimulador das indústrias ligadas à economia da saúde (IBGE, 2008), promovendo o crescimento produtivo e gerando novas demandas de serviços, aumentando o alcance dos circuitos espaciais produtivos (ANTAS JR., 2012).

Temos no território brasileiro a formação de uma rede consolidada unindo a prestação de serviços de saúde e a produção industrial de todo tipo de insumos. A produção de artefatos com maior grau de tecnologia está associada à produção de um conhecimento aplicado e de pesquisas *stricto sensu*, a instituições (públicas e privadas) capazes de conectar os agentes produtivos entre si e entre os serviços, ao papel regulatório das instituições públicas e, sobretudo, à circulação e à logística para que o transporte dos produtos seja rápido, seguro e flexível (ANTAS JR., 2011a).

A associação das indústrias de equipamentos médicos e das indústrias farmacêuticas ao setor financeiro foi muito lucrativa, e sua associação ao setor de serviços de saúde tornou-as interdependentes, surgindo uma medicina ligada ao circuito superior da economia e reduzindo

³⁷ SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.

a saúde a um setor econômico pela valorização desses diferentes capitais e pelas constantes inovações tecnológicas que impõem mudanças ao sistema (ALMEIDA, E., 2005).

A localização dessas empresas ligadas à economia da saúde demanda proximidade com o mercado consumidor, que normalmente são os grandes hospitais públicos e privados com capacidade de atrair pessoas de todo o território brasileiro para diagnóstico ou tratamento. Além disso, 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. No território brasileiro, há uma concentração de indústrias do complexo majoritariamente no Sul e no Sudeste, especialmente no estado de São Paulo. Grande parte dessas indústrias fica ao longo das principais vias de circulação do estado, além de as cidades com maior número de hospitais estarem perto ou no mesmo local que indústrias ligadas à saúde (ANTAS JR., 2011a, 2014). O grande mercado de equipamentos médicos, sobretudo os eletroeletrônicos, são os hospitais com internação concentrados nas partes mais dinâmicas do território brasileiro (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul).

Os circuitos espaciais produtivos da saúde são tendentes a um grau crescente de racionalidade e expandem-se de modo mais e mais homogêneo. Com isso, temos um rebatimento no padrão de urbanização, no que tange aos serviços de saúde, onde eles se instalam para promover a expansão da sua rede. Ao longo de um processo, a consolidação e expansão do complexo industrial da saúde e seus respectivos circuitos espaciais produtivos colaboram de modo significativo na reestruturação urbana que se desenrola no território (ANTAS JR., 2011b, p. 8).

A associação de “variadas firmas em termos de porte, especialização produtiva, especialização comercial e também de serviços, somada a uma variação muito grande nas determinações locacionais” (ANTAS JR., 2012, p. 8145), permite analisar o complexo industrial da saúde a partir dos conceitos de *circuito espacial produtivo* e *círculo de cooperação* operando como instrumentos metodológicos para a compreensão do território, já que seu alto teor de conhecimento técnico-científico impõe mudanças socioespaciais nas cidades onde se instala.

Há um conjunto de características presentes no complexo industrial da saúde que nos leva a aplicar os conceitos de circuito espacial produtivo e de círculos de cooperação no espaço. São, sobretudo, elementos ligados às particularidades do atual período histórico: a intrínseca relação entre ciência e técnica (com subordinação daquela por esta) e o desenvolvimento das tecnologias da informação, que vêm transformando a lógica que preside a economia da saúde no Brasil e no mundo, na medida em que esses dois

elementos potencializaram em escala planetária a capacidade de articulação produtiva e política da saúde (ANTAS JR., 2014, p. 48).

Até há bem pouco tempo, o Brasil não era grande produtor de tecnologia médica, mas, a partir de 2008, com a criação da Secretaria do Complexo Industrial da Saúde no Ministério da Saúde, algumas multinacionais passaram a instalar-se em território nacional vislumbrando o enorme potencial consumidor do país, bem como da América Latina. São exemplos a holandesa Philips, instalada em Lagoa Santa (MG) em 2008; a estadunidense GE, instalada em Contagem (MG) em 2010; a alemã Siemens, instalada em Joinville (SC) em 2012; e a japonesa Toshiba Medical do Brasil, instalada em Campinas (SP) em 2013 (SANTOS, F.; 2016).

A incorporação técnica aos serviços de saúde se consolida a partir da entrada dessas multinacionais no mercado nacional, exercendo grande influência na organização dos serviços de saúde no país e configurando uma rede conectada entre vários agentes econômicos hegemônicos (ALMEIDA, E., 2005). Facilitou-se o acesso aos produtos desses conglomerados com atuação no mercado interno, mas os serviços de saúde estão agora dependentes tecnologicamente, pois esses aparelhos demandam um sistema de objetos que vai desde os insumos até a manutenção prestada por essas grandes firmas (DAVID, 2010). As verticalidades (SANTOS, M., 2006a) são firmadas em território nacional pela entrada desses grandes conglomerados (ALMEIDA, E., 2005).

Segundo Eliza Almeida (2005, p. 135), o “SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político institucional o seu poder de ação”, permitindo que o Estado organize os sistemas de objetos e ações relativos à saúde em todo o território nacional. Para isso, regulamenta a descentralização dos serviços de saúde, transferindo o poder de decisão a níveis subnacionais e originando “horizontalidades, na medida em que os lugares se adaptam as exigências normativas para participarem do SUS”.

Os novos conteúdos técnicos, científicos e informacionais vão compondo o território, tornando-o cada vez mais racionalizado, favorecendo os interesses das grandes empresas. Nesse processo, as três esferas estatais participam assiduamente pelas constantes obras de infraestrutura e de inovação com recursos públicos, “resultando em uma ação política corporativa” (ALMEIDA, E., 2005, p. 139). Isso se expressa na fragmentação do território pela criação de *espaços luminosos*, que atraem as empresas pela densidade técnica, científica e informacional que agregam, e de *espaços opacos*, onde há atividades econômicas de baixo capital e onde vivem as populações mais pobres.

A análise da história das redes técnicas nos leva a compreender a história das inovações tecnológicas, já que ambas estão relacionadas às mudanças nas demandas sociais ao longo do tempo (SILVEIRA, R., 2003; DIAS, 2013) – as redes podem ser entendidas como resultado das ações de uma sociedade em determinado momento histórico (SILVEIRA, R., 2003). Nesse sentido, a rede tem aspectos materiais, referentes às infraestruturas, e aspectos políticos e sociais, referentes ao movimento de pessoas, mensagens e valores (SANTOS, M., 2006b).

A integração produtiva, financeira, de informação e de mercados “redesenham o mapa do mundo” (DIAS, 2000, p. 148) diante da produção de novas complexidades cuja instantaneidade e simultaneidade são prementes. Isso implicou duas estratégias: a circulação e a comunicação (DIAS, 2000; RAFFESTIN, 1993), que necessitam da existência de redes.

Assim, o território usado é uma trama constituída por diferentes redes capazes de interligar e fragmentar, tornando-se base para as ações no período de globalização (PEREIRA; KAHIL, 2006). Essa organização espacial é constituída com base em fixos que permitem a passagem de fluxos diversos e, assim, ensejam a interação entre lugares a partir da constituição das redes, bem como a criação de novas possibilidades de uso do território.

Nesse contexto, o espaço não perde sua importância. Pelo contrário, multiplicam-se as estratégias de localização geográfica, já que os agentes econômicos se comunicam devido à existência das redes e da seletividade espacial (DIAS, 2000, p. 150).

Instalando-se no espaço de forma heterogênea, as redes não são uniformes, e o próprio espaço continua diferenciado. Acontecem também sobreposições de redes, “constelações de pontos e traçados de linhas” (SANTOS, M., 2006b, p. 268) cujo uso é capaz de gerar desigualdades e exclusões, bem como diferenças na forma como os agentes controlam e regulam seu funcionamento.

Portanto, a rede é uma “estrutura organizacional e técnica [...] instrumento de organização política e social”, formada de diferentes maneiras de acordo com os agentes envolvidos e gerando “um controle vertical da produção e dos territórios em que ela se distribui” (PEREIRA; KAHIL, 2006, p. 219).

É assim que “as redes podem ser entendidas tanto como a presença de uma infraestrutura no território quanto pelos serviços que esta permite que se

realizem” (TOLEDO JÚNIOR, 2003,³⁸ p. 95). [...] É assim que podemos compreender que o caráter das redes não reside apenas na materialidade, mas sim nas estratégias políticas de organização dos diferentes agentes e pontos no território, que são mobilizados e coordenados por outros agentes na intenção de desenvolver objetivos específicos (PEREIRA; KAHIL, 2006, p. 219-220).

O atual mercado, fruto do processo de globalização, pressupõe a existência de um espaço que permita a fluidez de informações, produtos, pessoas e capital. Isso implica uma maior e mais complexa divisão territorial do trabalho e de formas de circulação.

Além disso, essa interdependência possibilitada pelas redes é de origem econômica e política. Isso porque, como instrumentos de intermediação, de intercâmbio, as redes estão fundadas no coração das operações de mercado. Assim, o território onde elas se instalam informa seu conteúdo econômico e político, na medida em que a configuração espacial das redes técnicas resulta do embate político entre Estado e mercado. Nesse embate, o poder público geralmente é chamado a prover o conjunto de infraestruturas que facilitem e assegurem as melhores condições para o desenvolvimento das atividades do mercado (SILVEIRA, R., 2003, p. 8).

O território tem diferentes escalas, desde a estatal à das ruas. Assim, as ideias de controle, ordenamento e gestão espacial não estão apenas sob a tutela do Estado, mas também de diferentes grupos sociais e corporações econômicas e financeiras (SILVEIRA, R., 2003). Hoje, as ações das empresas são parceladas entre diferentes agentes de vários lugares, possibilitadas pela existência de um sistema de objetos técnicos que permite trocas de todo tipo, bem como estratégias organizacionais capazes de manter sua competitividade no mercado – tudo isso facultado pela existência das redes.

Nesse sentido, com uma produção que não se restringe ao âmbito local ou regional, configuram-se circuitos globais de produção (PEREIRA; KAHIL, 2006). A separação das etapas de produção deve-se à constituição de uma complexa divisão territorial do trabalho, permitida pela proliferação das redes capazes de articular as ações e inserir nesse contexto os “subespaços, ou seja, as regiões e lugares se especializam em um tipo de produção específica, o que requer mais movimento material e mais fluxo de informações” (PEREIRA; KAHIL, 2006, p. 221). Nesse processo, várias organizações em rede acontecem ao mesmo tempo: de fornecedores, de produtores, de clientes e de cooperação tecnológica, entre outras.

³⁸ TOLEDO, J. R. Telecomunicações e uso do território brasileiro. In: SOUZA, M. A. A. (Org.). **Território brasileiro: usos e abusos**. Campinas: Territorial, 2003. p. 93-107.

Para Pereira e Kahil (2006, p. 218), as redes também podem ser entendidas como formas e como normas, já que são constituídas por fixos e fluxos, permitindo a movimentação de objetos e informações, bem como de dados, ordens entre os mais diversos pontos e agentes. Nesse sentido, os autores propõem a seguinte tipologia: redes de infraestrutura (“suporte para o fluxo de materiais e informações no território”), redes de comunicação e informação (demandam maior tecnificação do espaço) e as redes de serviços. Em particular, estas últimas:

[...] configuram um outro tipo. Estas são formadas não só pelas redes informacionais, como também pela organização de pontos e agentes no território para a realização de determinada atividade. Essas redes, apesar de não se ausentarem do uso das redes técnicas e materiais, porque também se realizam através delas, podem ser consideradas como redes imateriais, porque denotam principalmente as articulações políticas e sociais organizadas para a realização, de forma multilocalizada no território, por exemplo, da parcela técnica da produção de grandes empresas (PEREIRA; KAHIL, 2006, p. 218).

Todas essas redes (técnicas, materiais ou de serviços) trabalham dialeticamente e são “organizacionais e instrumentais, porque organizam atividades e instrumentalizam ações, visando sempre objetivos específicos dos agentes que delas fazem uso” (PEREIRA; KAHIL, 2006, p. 218). Assim, as redes – “como forma efetiva de organização espacial” – e os territórios apresentam relações complexas, capazes de conectar o local e o global, “diferentes pontos ou lugares mais ou menos distantes” (DIAS, 2013, p. 23-24), ampliando a escala da ação humana.

As redes permitem a existência dos complexos industriais da saúde em diferentes países, conectados pelos circuitos espaciais produtivos. O complexo industrial da saúde, então, é formado por uma divisão territorial do trabalho em escala planetária, e ele não tem mais apenas uma produção nacional, pois, como a maior parte dos produtos de alto valor agregado apresenta alta tecnologia e conhecimento científico, é necessário, importar produtos semimanufaturados de grandes corporações transnacionais ligadas à área de química fina, eletrônica, biomedicina e fármacos ou produtos acabados – “os complexos industriais são nacionais e os circuitos produtivos são planetários” (ANTAS JR., 2015, p. 2). É essa coexistência de agentes econômicos em cooperação que produz a atual complexidade da divisão territorial do trabalho, permitindo caracterizá-lo como formador de circuitos espaciais produtivos da saúde (ANTAS JR., 2011a, 2014).

A partir do momento em que a saúde deixa de se pautar no conhecimento clínico do médico e passa a se apoiar em objetos técnicos de alto valor agregado, em grandes investimentos públicos e em corporações de diversos setores (químico, físico-nuclear,

biotecnológico, eletro-eletrônico etc.), estabelece-se uma nova lógica espacial (ANTAS JR., 2011b).

Com a introdução do capital corporativo e da lógica empresarial na área da saúde, desenvolveram-se conhecimentos e tecnologias aplicadas que permitiram a ampliação da divisão territorial, financeira e comercial da produção industrial, na qual se destacam os produtos de alto valor agregado (BERTOLLO; ANTAS JR., 2015). Tendo em vista o alcance global das corporações ligadas à indústria farmacêutica, de equipamentos, instrumentos e materiais de saúde inseridos numa ampla divisão territorial do trabalho envolvendo complexos industriais da saúde de vários países articulados em rede e independentes da contiguidade territorial, os conceitos de circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço tornam-se profícuos para estudar tal conformação da economia da saúde.

A operacionalidade dos conceitos de circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço (SANTOS, M., 1986; SANTOS, M.; SILVEIRA, M., 2006) reside no aprofundamento da divisão territorial do trabalho, na crescente especialização produtiva e na racionalidade da circulação de mercadorias (CASTILLO; FREDERICO, 2010; ANTAS JR., 2014). Associado à política dos Estados e das empresas, o desenvolvimento dos transportes e da comunicação tornou a distribuição espacial das atividades econômicas mais complexa, devido à distância entre os locais de produção e de consumo, o que aumenta os fluxos pela articulação de diferentes lugares e etapas produtivas (CASTILLO; FREDERICO, 2010). Os circuitos espaciais produtivos, então, unem as diversas etapas da produção que foram geograficamente segmentadas, tornando mais complexos a gestão e o ordenamento dos fluxos (materiais e imateriais). Essa complexidade faz das grandes corporações os agentes de articulação privilegiados entre os diferentes lugares (CASTILLO; FREDERICO, 2010).

Segundo Moraes (1985), o circuito espacial produtivo pode ser entendido como a dimensão material da produção e, por sua vez, os círculos de cooperação no espaço podem ser entendidos como os fundamentos imateriais dessa divisão espacial da produção. Portanto, discutir os circuitos espaciais produtivos é dar ênfase à circulação de determinado ramo produtivo no espaço, ou seja, é conhecer o processo de produção-distribuição-troca-consumo dado no espaço concebido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistema de objetos e sistemas de ações (SANTOS, M., 2006b).

Fazem parte dos circuitos espaciais produtivos empresas e indústrias de diversos tamanhos capazes de articular várias frações do território e diferentes atores para a circulação dos mais variados fluxos (ARROYO, 2001; SANTOS, F., 2016). Isso permite dizer que, ao mesmo tempo em que se dispersam no espaço as etapas do processo produtivo, articulam-se cada vez mais as políticas empresariais permitidas pela modernização e expansão das redes técnicas de informação (CASTILLO; FREDERICO, 2010). Emissoras de ordens, mensagens e capitais, essas redes revelam a importância dos círculos de cooperação no espaço, já que permitem inter-relações entre lugares e agentes pelos fluxos de informação.

Os círculos de cooperação no espaço concentram muitos agentes que cooperam para a realização de determinado processo produtivo, sendo possível observar no território a ação corporativa dessas empresas hegemônicas. Nesse contexto, “pela presença conjunta, solidária ou contraditória, de Estado, corporações e organizações de solidariedade” (ANTAS JR., 2012, p. 4), a regulação híbrida do território torna-se proficiente para a análise dos círculos de cooperação no espaço.³⁹

Os circuitos espaciais produtivos da saúde trabalhados por Mait Bertollo (2013), Rafael Almeida (2015) e Fernando dos Santos (2016)⁴⁰ – da vacina, dos reagentes para diagnóstico e dos equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem, respectivamente – operacionalizam esse conceito a partir da identificação dos agentes envolvidos, dos círculos de cooperação no espaço formados por esses agentes,⁴¹ da logística e do uso e da organização do território que eles engendram. Os autores mostram que o Estado, as grandes corporações e as organizações

³⁹ “Plural, essa relação pode se dar entre empresas e poderes públicos locais, regionais e nacionais; entre empresas, associações não governamentais e instituições sem fins lucrativos; por financiamentos oferecidos por instituições bancárias; por parcerias com universidades, institutos de pesquisa e certificadoras de qualidade; e com o trabalho de firmas de consultoria jurídica, de mercado e de publicidade, entre outros modos. Revelam, assim, toda a sua complexidade para o estudo. Podem diversificar produtos, agentes, interesses e origem dos capitais, entre outras variáveis-chave demandadas em cada circuito espacial produtivo” (ANTAS JR., 2014, p. 49).

⁴⁰ Também participamos do grupo Reestruturação Urbana e Refuncionalizações do Espaço: o Complexo Industrial da Saúde no Estado de São Paulo e suas Relações com a Urbanização Contemporânea, Tatiana dos Santos Thomaz e Flávio de Campos Vendrusculo.

⁴¹ São exemplos de agentes que compõem os círculos de cooperação do espaço em sua regulação híbrida: autarquias (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa) sindicatos patronais, associações empresariais (Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios – Abimo), organizações multilaterais (Organização Mundial de Saúde – OMS e Organização Pan-Americana da Saúde – Opas) e ONG (Médicos Sem Fronteiras – MSF e Aliança Mundial para Vacinas e Imunização Global Alliance for Vaccine and Immunization – Gavi, entre outras), assim como organizações civis de interesse específico ligado a enfermidades, como a Associação Nacional de Assistência ao Diabético – Anad (ANTAS JR., 2015, p. 11).

de solidariedade são os agentes relevantes desses circuitos.⁴² No entanto, o que nos interessa nesta análise é que a produção desses circuitos estudados, e muitos outros que formam a economia da saúde, é direcionada para os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, entre os quais, os mais relevantes são os hospitais (seja na compra desses produtos, seja na contratação de prestadores de serviços que usam a produção dos circuitos).

A importância dos hospitais para o complexo industrial da saúde é central, e as associações dessas instituições conferem grande poder de articulação e estímulo à produção industrial, pois são os grandes consumidores e também, em determinadas situações, se apresentam como produtores, conforme se verifica em muitos hospitais-escola, ligados a universidades e à formação profissional. Os caminhos que levam à formação de diferentes círculos de cooperação a partir do hospital, da formação médica e da pesquisa aplicada têm se mostrado centrais na produção de insumos médico-hospitalares. São agentes importantes na cooperação, de modo geral, para a economia da saúde (ANTAS JR., 2014, p. 51).

As inovações no setor saúde exigem grande intercâmbio entre os setores científico e industrial e ainda com a prática médica, ou seja, as novas descobertas científicas influenciam a produção industrial e as práticas médicas e, ao mesmo tempo, a própria prática gera um fluxo também importante de informações que devem ser mais bem explicadas por pesquisas (ALBUQUERQUE, E.; SOUZA; BAESSA, 2004). Nesse sentido, é imprescindível compreender as interações entre o complexo industrial da saúde, o sistema biomédico de inovação no qual há forte colaboração de hospitais na produção científica e as interações entre universidades e indústrias na produção de inovações médicas (ALBUQUERQUE, E.; SOUZA; BAESSA, 2004). Quando articulados, esses três elementos permitem ver os fluxos de informações científicas e tecnológicas no sistema de inovação da saúde, atentando para as instituições/agentes participantes (ALBUQUERQUE, E.; SOUZA; BAESSA, 2004) (Quadro 6).

⁴² Entre os círculos de cooperação no espaço que se estabelecem entre diferentes agentes, sejam eles de direito privado ou público, chamamos atenção para o Brazilian Clinical Research Institute (BCRI), uma organização sem fins lucrativos fundada em 2009 que articula como parceiros a Unifesp (Centro de Pesquisa Clínica das disciplinas de Clínica Médica e Cardiologia da Unifesp) e o Duke Clinical Research Institute (DCRI), da Duke University (EUA). No BCRI, desenvolvem-se programas de pesquisa e qualificação, compartilhamento de pesquisas e dados clínicos e, por fim, certificações entre as universidades. O BCRI é considerado um braço da Duke University no Brasil.

Quadro 6 – Fluxo de informações científicas e tecnológicas no sistema de inovação do setor saúde: o caso de países com sistemas maduros

fonte: Eduardo Albuquerque, Souza e Baessa (2004).

As universidades e instituições de pesquisa, origem e destino de grande parte dos fluxos de informação científica e tecnológica, “se caracterizariam como um verdadeiro foco e centro de convergência de fluxos” (ALBUQUERQUE, E.; SOUZA; BAESSA, 2004, p. 283). Os hospitais, assim como outras formas de assistência médica como clínicas e postos de saúde, também têm uma participação ativa no fluxo de informações com as indústrias e as universidades.

Segundo Eduardo Albuquerque, Souza e Baessa (2004), a importância dos hospitais e centros médicos acadêmicos se deve à grande capacidade de implantação e difusão das inovações. As instituições de regulação, associações profissionais e escolas médicas participam do sistema como filtros das inovações universitárias e industriais, sendo o médico o selecionador de novos tratamentos sem interesses mercantis (pelo menos é o que se espera).

As indústrias têm diferentes graus de integração com as universidades, podendo formar *clusters* como o de biotecnologia, gerado na Califórnia a partir do legado instituído pelo *cluster* de informática como infraestrutura, rede de comunicação e mão de obra, ou uma simples conexão, aumentando a cooperação entre as atividades acadêmicas e científicas de profissionais de diferentes disciplinas e especialidades. A partir das interações entre universidades, instituições de pesquisa e indústrias, a saúde pública entra em ação pelo sistema de assistência médica com o propósito de levar bem-estar à população por meio da efetividade das inovações.

Vemos, portanto, o quanto o setor saúde é amplamente baseado numa ciência de pesquisas interdisciplinares, ou seja, dependente da formação de profissionais de diferentes áreas. E que, nessa articulação entre hospitais, universidades e instituições de pesquisa com a produção de inovações e bem-estar social, os hospitais são pontos cruciais de integração simultânea desses dois sistemas (inovações e bem-estar).

Ainda que a saúde seja um dos setores mais dinâmicos no que tange ao crescimento econômico, por agrupar condições específicas de inovação e desenvolvimento, há grande desarticulação entre os sistemas nacionais de saúde e de inovação (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Como decorrência, inexistem relações orgânicas entre o aparelho prestador de serviços de saúde e as indústrias. Além disso, o foco da política de saúde ainda é restrito, centrado especialmente na demanda dos serviços e correspondentes custos da inovação para o tratamento. Ou seja, o Estado não atua fomentando, de forma relevante, a inovação de que o Sistema Único de Saúde (SUS) e o país precisam (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Segundo os autores, só nas últimas décadas se têm ampliado as investigações sobre as inovações nos serviços de saúde, em virtude da importância que os serviços têm assumido no crescimento econômico, ainda que limitados:

No Brasil esse setor alcançou 67,5% do PIB ao final de 2009, bastante à frente da manufatura e da agricultura [...] as inovações não tecnológicas (ditas sociais) são mais frequentes que as tecnológicas (quando comparadas com a indústria). Ainda, que as inovações em serviços expressam-se com frequência por pequenos ajustes de procedimentos, basicamente incrementais e raras vezes radicais, com tempos de desenvolvimento relativamente curtos e em geral sem necessidade de longa pesquisa e coleção de conhecimento científico (BARBOSA; GADELHA, 2012, p. 70).

O sistema de inovação em saúde tem especificidades por envolver setores com grande incorporação de ciência, o que gera a forte interação entre indústria, universidade, institutos científicos e Estado.

As reais ou potenciais condições para inovações institucionais, tecnológicas ou de gestão estão nos hospitais especializados de alta complexidade tecnológica. Essas inovações se devem à associação dos hospitais com segmentos produtores de bens industriais: “Ao imprimir dinamismo ao complexo industrial da saúde e à economia em geral, as inovações hospitalares assumem sua condição angular no sistema nacional de inovação em saúde” (BARBOSA; GADELHA, 2012, p. 71).

O papel dos hospitais no sistema de inovações é importante por articular diversos tipos como as tecnológicas, ligadas à biotecnologia, a novos materiais e à informática; as de serviços, ligadas a novos modelos e formatos de prestação de serviços; as organizacionais, ligadas a reorganizações administrativas, avaliação de qualidade e desenvolvimento de protocolos; e as sociais e culturais.

Pressupõem, dessa forma, que os princípios para um adequado modelo de análise da dinâmica das inovações no hospital devem reconhecer sua complexidade e incorporar toda a diversidade de inovações, valorizando suas distintas dimensões na análise da dinâmica de inovação da cadeia produtiva em saúde [circuitos espaciais produtivos da saúde]. A partir dessa linha, cuja conceituação é coerente com o olhar sistêmico do CIS, o hospital é assumido como um complexo provedor de serviços e importante centro na dinâmica do sistema de saúde (BARBOSA; GADELHA, 2012, p. 71).

Para a análise das inovações nos hospitais, é preciso considerar suas inter-relações com o complexo industrial da saúde, isto é, com indústrias de base química e biotecnológica e de base mecânica, pois seu desenvolvimento tecnológico está centralizado na indústria:

No caso brasileiro, existem diversos constrangimentos a serem enfrentados e superados, particularmente nas organizações hospitalares estatais do SUS. As atuais características da natureza pública estatal ainda são limitantes e explicam, ao menos em parte, a baixa taxa de inovação nessas organizações e o seu próprio desempenho na produção de serviços de rotina (BARBOSA; GADELHA, 2012, p. 73).

Eduardo Albuquerque, Souza e Baessa (2004) também afirmam que, no Brasil, as universidades e os institutos de pesquisa têm pouco impacto no sistema como um todo, predominando ainda a absorção de conhecimentos gerados no exterior, sem o desenvolvimento de uma massa crítica que promova inovações nacionais na saúde. No entanto, destacamos as universidades e os hospitais estudados aqui, por suas grandes contribuições ao desenvolvimento científico, tecnológico e da prática médica,⁴³ bem como por receber auxílio do SUS e de outros

⁴³ São exemplos da relevância dessas instituições o desenvolvimento de uma prótese de joelho para competir em preço e qualidade com as importadas pelo HC, em parceria com seu Instituto de Ortopedia e Traumatologia e a empresa MDT Implantes (HC DE SÃO PAULO [...], 2014); o implante, mundialmente inédito, de eletrodos no cérebro para minimizar as sequelas de um acidente vascular cerebral, pelo HC (HC REALIZA PRIMEIRA [...], 2015); o pioneirismo do HC entre os hospitais públicos na produção de radiofármacos de curta duração, substâncias usadas para o diagnóstico de câncer em estágio precoce, em parceria com o Hospital Sírio Libanês (HC-FMUSP É O [...], 2010); cirurgias inéditas, como a realizada pela Unifesp e o Hospital São Paulo para introduzir eletrodos nos nervos ciático, femoral e sacrais, responsáveis pelo movimento de pernas e pés e pelo controle da bexiga e do reto, concorrendo para a recuperação parcial dos movimentos perdidos em lesões na medula espinhal (UNIFESP TESTA [...], 2014); a inauguração de salas de telepresença pela Unifesp, pelo HSP e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, permitindo a pacientes que vivem longe dos grandes centros urbanos o acesso a atendimento especializado, podendo oferecer diagnósticos onde há carência de especialistas (HOSPITAL SÃO PAULO [...], 2012; O MINISTÉRIO [...], 2012); o departamento de bioengenharia da EPM, capaz de suprir

órgãos de fomento que investem em pesquisa, compra de equipamentos e melhor assistência médica e na parceria com indústrias.

A Unifesp tem 95 grupos, que agregam 49,2% dos pesquisadores e 54,5% dos doutores pesquisadores da capital na área de saúde. A EPM oferece quatro cursos de graduação (ciências biológicas [modalidade médica], fonoaudiologia, medicina e tecnologias em saúde). Em pós-graduação, oferece 34 cursos, em programas de mestrado profissional, mestrado e doutorado (CURSOS, 2015). Nas Tabelas 3 e 4, vemos os números que expressam a atual dimensão da pós-graduação na EPM e sua produção científica.

Tabela 3 – Pós-graduação – Escola Paulista de Medicina (2013)

programas	34
cursos de mestrado acadêmico	31
cursos de mestrado profissional	3
cursos de doutorado	31
total de alunos	2.415
alunos de mestrado acadêmico	1.009
alunos de mestrado profissional	210
alunos de doutorado	1.196
docentes – orientadores credenciados	709

fonte: Coloco (2013, p. 33).

Tabela 4 – Produção científica relatada à Capes pelos 34 programas de pós-graduação – EPM (2012)

artigos em jornal ou revista	48
artigos em periódico	2.949
livros	580
trabalhos em anais	1.112
traduções	3
outras	15
produções técnicas	2.184

fonte: Formigoni e Scerni (2013, p. 18-19).

Conta ainda com 23 programas de residência médica de acesso direto e 21 programas de especialidades. Atualmente, há cerca de 1.000 residentes no HSP, auxiliados pela Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), em 41 áreas. O HSP é um dos mais completos e importantes serviços públicos de saúde no Brasil, auxiliado pela SPDM e cobrindo na Grande São Paulo uma área com mais de 5 milhões de habitantes, além daqueles que vivem em outras cidades e estados do país (DEPOIMENTO [...], 2015; ASSOCIAÇÃO [...], 2015). O HSP é um centro de referência em alta complexidade, atendendo diariamente cerca de 4.500 pacientes – casos de urgência, emergência, atenção ambulatorial e internação (CENTRO DE AVALIAÇÃO [...], [201-]). Em 2004, foi reconhecido como hospital universitário⁴⁴ da Unifesp

necessidades operacionais que não são encontradas no mercado, trabalhando para desenvolver novos equipamentos e métodos tanto para a escola e o Hospital São Paulo quanto para a comunidade médica externa (ASSOCIAÇÃO [...], 2015, p. 36).

⁴⁴ “Nessa posição, foi contemplado com o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), que prevê recursos para custear as despesas dessas instituições, além de sua modernização com equipamentos de última geração e da recuperação da infraestrutura. Sempre trabalhando em prol de uma assistência justa e de qualidade, o HSP também conta com a parceria dos governos estadual e municipal, além da iniciativa privada” (ASSOCIAÇÃO [...], 2015, p. 30).

pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tornando-se, em 2010, o maior entre os 46 hospitais universitários existentes (ASSOCIAÇÃO [...], 2015). Em 2009, tornou-se um equipamento de gestão público-privada, submetido a um Conselho Gestor formado por três membros da Unifesp, três membros da SPDM e pelo presidente. Atualmente, dispõe de cerca de 823 leitos e faz 726.441 atendimentos ambulatoriais, 412.949 atendimentos no pronto-socorro e no pronto-atendimento, 20.906 cirurgias, 3.294.375 exames laboratoriais, 222.006 exames de imagem e 28.204 internações, com 93,5% de sua capacidade para atendimento de pacientes pertencentes ao SUS (CENTRO DE AVALIAÇÃO [...], [201-], p. 40; UNIFESP TESTA [...], 2014).

Ademais, registra-se para o pronto-socorro a capacidade instalada de 22 consultórios e 18 salas de apoio.⁴⁵ O prédio de ambulatorios, por sua vez, reúne 60 clínicas especializadas, 200 clínicas indiferenciadas, 6 salas de odontologia, 59 consultórios não médicos, 10 salas de cirurgia ambulatorial, 2 de enfermagem, 4 de gesso, 2 de imunização e 7 para pequenas cirurgias (CENTRO DE AVALIAÇÃO [...], [201-], p. 7-8).

Para sua manutenção, o HSP tem um orçamento composto pelas “receitas do Sistema Único de Saúde – SUS (R\$ 64 milhões), dos recursos provenientes de convênios com o Estado (R\$ 59 milhões) e dos repasses do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – Rehuf (R\$ 9,5 milhões)”, insuficientes para arcar com as despesas de “recursos humanos – R\$ 10 milhões por mês; insumos – R\$ 37 milhões; gastos com pessoa jurídica (água, limpeza etc.) – R\$ 35,7 milhões, sem contabilizar aluguéis, dívida bancária e outros serviços” (SANTOS, Mariane, 2013, p. 6). A autora assinala ainda que em 2012 o HSP “registrou uma dívida de aproximadamente R\$ 170 milhões”.

Sofrendo com a falta de recursos, sobretudo pela defasagem da tabela de reembolso do SUS – cerca de 90% do público atendido, restando entre 20 e 30 leitos para convênios de assistência médica privada –, o HSP registrou recentemente prejuízos mensais de R\$ 2 milhões, num montante que já alcança R\$ 100 milhões. A esse cenário deficitário, acresce-se a

⁴⁵ Salas de apoio contemplando atendimento indiferenciado, atendimento masculino, atendimento pediátrico e curativo, gesso, higienização, pequena cirurgia, repouso feminino e repouso pediátrico (CENTRO DE AVALIAÇÃO [...], [201-]).

superlotação, impondo decisões extremas como o fechamento temporário do ambulatório por 100 dias para atender, em modelo de força-tarefa, uma fila de 7 mil cirurgias.⁴⁶

Por outro lado, a EPM e o HSP desenvolvem projetos comunitários. Em oftalmologia, por exemplo, fazem-se mutirões de catarata e prescrição de óculos por estudantes, assistência para atendimento em áreas de fronteira, entre outros, sempre auxiliados por parcerias⁴⁷ e financiamentos do governo federal (ASSOCIAÇÃO [...], 2015). Em outras áreas, há parcerias, por exemplo, com a Marinha, para oferecer assistência às famílias ribeirinhas da Amazônia, com o Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA), para inovação tecnológica, e com o Hospital de Câncer de Barretos, para intercâmbio de profissionais, entre outros (PATINI, 2013, p. 3).

Destacam-se ainda projetos e programas desenvolvidos no HSP acerca de gestão, eficiência e qualidade dos serviços: Indicadores Hospitalares (organização de números que indiquem gargalos e riscos, fundamentando decisões sobre atividades desenvolvidas no hospital), Acreditação Hospitalar (por meio de ações integradas, analisa as unidades para garantir a qualidade e a excelência da gestão), Hospital Sentinela/Gerência de Risco (proposto pela Anvisa, compõe uma rede de hospitais para facilitar a comunicação de problemas e efeitos adversos de produtos de saúde utilizados, promovendo uma cultura de notificação), Serviço de Atendimento ao Cliente (em implementação, facilitando a comunicação entre paciente e hospital para o registro de críticas e sugestões), Programa Pró-Qualidade de Vida (vinculado à Unifesp, monitora as condições de trabalho de funcionários e servidores), Serviço Atendimento Psicossocial Integrado à Saúde (focado na relação profissional-paciente, orienta a continuidade dos cuidados e a questão do sofrimento e o adoecer) e Sistema Integrado de Informações Hospitalares (em implementação, racionalizando o fluxo de informações sobre pacientes de todas as áreas do hospital, agilizando procedimentos) (CENTRO DE AVALIAÇÃO [...], [201-], p. 41-43).

Por sua vez, a USP tem 47 grupos de pesquisa, perfazendo 24,5% dos recursos humanos e 24,2% dos pesquisadores doutores da cidade, além de responder por 33% da produção técnico-

⁴⁶ Informações obtidas em visita técnica ao HSP acompanhada pelo Prof. Dr. José Carlos Costa Baptista da Silva (diretor clínico), em 11 de março de 2016.

⁴⁷ “Parcerias internacionais sempre foram o forte da oftalmologia e incluem algumas firmadas há mais de 30 anos, entre elas, com o National Eye Institute – NIH e a McGill University [...]. Também incluem o Bascom Palmer de Miami, a Johns Hopkins e a Universidade de Harvard. Nos últimos anos, também foi firmado um convênio especial com a Fundação Champalimaud para pesquisas operacionais em Portugal, na Índia e no Brasil, o que inclui a criação do Centro de Oncologia Ocular na Amazônia” (ASSOCIAÇÃO [...], 2015, p. 25-26). A EPM e o HSP também mantêm parceria com o Graacc, o Instituto do Rim, o Instituto da Visão, o Instituto do Sono, o Instituto Tecnológico de Aeronáutica, a Embraer e a Valle.

científica e 29% dos artigos publicados em periódicos especializados internacionais na área de saúde (SEADE, 2010). Com mais de 200 grupos de pesquisa com a associação de docentes, médicos do HC, alunos de graduação e pós-graduação e com financiamentos que corresponderam, em 2007-2010, a aproximadamente R\$ 210 milhões (parte da verba destinada pelo SUS ao HC-FMUSP e recursos de órgãos governamentais, organizações nacionais e internacionais, agências de fomento internacionais, empresas privadas e fundações), estudam as doenças mais comuns no país, a aplicação dos conhecimentos produzidos pela tecnologia moderna (genômica e imunologia), epidemias, vacinas, o impacto da poluição ambiental, novas técnicas de cirurgia e transplantes e terapia celular auxiliando políticas públicas (CAVALLIERI et al., 2012).

Dados de 2011 e 2012 registram na FMUSP a presença de 359 professores (dos quais 165 com dedicação em tempo integral), 1.382 alunos de graduação (em quatro cursos: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Terapia Ocupacional), 2.047 alunos de pós-graduação (26 programas de mestrado e 8 de doutorado), 1.337 médicos residentes (74 especialidades), 585 estagiários e 35 profissionais estrangeiros, responsáveis por 14% da produção científica brasileira em ciências médicas e 4% da produção científica nacional em todas as áreas (CANAL SAÚDE, 2015). Ocupa uma área edificada de aproximadamente 45 mil m², reunindo 17 departamentos e congregando, em seu entorno, o maior hospital-escola brasileiro, o HC-FMUSP, com cerca de 2.400 leitos disponíveis, 21.630 funcionários e um orçamento de US\$ 550.000.000 em 2011 (CANAL SAÚDE, 2015), em 8 institutos de atenção terciária, 2 hospitais auxiliares (Cotoxó e Suzano) e uma unidade de cuidados ambulatoriais para pacientes com HIV/Aids. O HC-FMUSP é reconhecido como difusor de informações técnico-científicas e o maior complexo de atendimento público⁴⁸ de saúde no país (QUEM SOMOS, 2015a).

Compõe-se atualmente pelos seguintes institutos:

- Instituto Central, o primeiro prédio construído, em 1944, e que abarca a maioria das especialidades de clínicas médicas e cirúrgicas;
- Instituto de Psiquiatria, pioneiro na criação de programas e serviços especializados para transtornos psiquiátricos, inaugurado em 1952;
- Instituto de Ortopedia e Traumatologia, um dos maiores da área na América Latina e entre os principais centros de pesquisa do Brasil, fundando em 1953 para atender

⁴⁸ Em 2015 (RELATÓRIO [...], 2015), 95,5% dos atendimentos ambulatoriais e 92,8% das internações do Hospital das Clínicas foram realizados pelo SUS.

casos de poliomielite anterior aguda (em fase epidêmica na cidade de São Paulo na década de 1950);

- Instituto do Coração, um dos três maiores centros cardiológicos do mundo em volume de atendimentos e em número de subespecialidades da cardiologia e da pneumologia, concebido na década de 1950 e inaugurado em 1963;
- Instituto de Medicina Física e Reabilitação, oficializado em 1975, atendendo a pessoas com deficiência física ou com doenças potencialmente incapacitantes;
- Instituto da Criança, reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional da Saúde da Criança, estabelecido em 1976 para atender a doenças de alta complexidade;
- Instituto de Radiologia, primeira instituição da América Latina a aplicar as técnicas de Medicina Nuclear e a primeira da América do Sul a dispor de equipamento de braquiterapia de alta taxa de dose, inaugurado em 1994; e
- Instituto do Câncer, criado em 2008 com o objetivo de se tornar referência nacional e internacional em tratamento, atendimento, ensino e pesquisa do câncer.

Do ponto de vista do ensino, a FMUSP está entre as 100 melhores faculdades de medicina no mundo e é a única da América Latina que compõe a M8 Alliance. Congrega entidades acadêmicas⁴⁹ e o mais concorrido programa de residência médica no país – cursos de treinamento e especialização orientados por professores e pelo corpo clínico do HC, Hospital Universitário (HU) e de unidades de atenção primária. Implantado em 1944, o programa de residência oferece hoje atividades em 51 das 53 especialidades médicas reconhecidas no país (CANAL SAÚDE, 2015).

Em 2012, as atividades de extensão universitária reuniram a oferta de 31 cursos de especialização, a organização de 38 eventos científicos e culturais, o acesso ao Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz (com um acervo de 5.105 peças e diversas exposições), a realização de projetos especiais (Bandeira Científica, Universidade Aberta à Terceira Idade, MedEnsina, MadAlegria, Extensão Médica Acadêmica, entre outros), assistência, assessoria e consultoria de docentes a entidades públicas e privadas (órgãos governamentais e não governamentais,

⁴⁹ Vinculam-se à FMUSP: Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (Caoc), Departamento Científico (DC), Bandeira Científica, Extensão Médica Acadêmica (EMA), MadAlegria, MedEnsina, Jornada Universitária da Saúde (JUS), Medicina Jr., Centro Acadêmico Arnaldo Vieira de Carvalho (CAAVC), Associação Atlética Acadêmica Oswaldo Cruz (Aaaoc) e FMUSP iFriend.

nacionais e estrangeiros) e a prestação de serviços de saúde (atendimentos de atenção primária,⁵⁰ secundária,⁵¹ terciária e quaternária⁵²) (CANAL SAÚDE, 2015). Quanto a ações e projetos relativos à assistência social, há o Projeto Bandeira Científica, o Programa Equilíbrio, o Programa de Saúde Mental para Internos – Fundação Casa, o Programa Visão do Futuro, o Programa de Apoio Financeiro ao Aluno, o Projeto Ações Preventivas na Escola – Programa Escola da Família, o Programa Saúde da Família e os projetos assistenciais para portadores do vírus HIV-Aids e de doenças sexualmente transmissíveis, portadores de deficiências, crianças e jovens, famílias, mulheres e idosos (RELATÓRIO [...], 2015).

Já os empreendimentos de pesquisa, na maioria das vezes financiados por agências de fomento como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – 314 bolsas oferecidas em 2012, a que se outorgaram 169 títulos de mestrado e 210 de doutorado –, respondem aos setores de Assistência Técnica de Pesquisa e Inovação, Centro de Bioterismo (também atendendo usuários externos à universidade), Comissão de Pesquisa, Coordenadoria de Ética em Pesquisa, Laboratórios de Investigação Médica e Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica HC-FMUSP. Em 2012, a produção científica da FMUSP contabilizou 1.743 artigos publicados em revistas indexadas, 127 em revistas não indexadas, 372 capítulos de livro e 78 livros (CANAL SAÚDE, 2015).

Congregando ensino e pesquisa, ressaltamos o trabalho e a importância dos Laboratórios de Investigação Médica (LIM). Instituídos em 1975 e procurando desenvolver projetos de relevância nacional e internacional que transformassem a prática clínica, contam com 62 laboratórios dirigidos por docentes e com a colaboração de médicos assistentes do HC e de

⁵⁰ (I) Centro de Saúde-Escola (Butantã): saúde mental; saúde da criança; saúde do adulto (16.063 atendimentos); fonoaudiologia (2.329); saúde bucal (2.930 procedimentos); vigilância epidemiológica – visitas domiciliares (456); enfermagem (13.570); vacinação (26.047 doses); (II) Projeto Região Oeste: unidades básicas de saúde (UBS) (6); equipes do programa Saúde da Família (PSF) (31); consultas médicas (UBS) (105.003); visitas domiciliares dos agentes comunitários da saúde (289.662); atendimentos de enfermagem (62.765); pessoas cadastradas no programa PSF (97.271); atendimentos médico-ambulatoriais (AMA) (4); consultas médicas (AMA) (187.231) (CANAL SAÚDE, 2015).

⁵¹ Hospital Universitário: leitos (236), internações (12.064), atendimentos de emergência (257.879), atendimentos ambulatoriais (137.699), atendimentos complementares (9.864), cirurgias (4.890), atendimentos bucomaxilofaciais (6.364) (CANAL SAÚDE, 2015).

⁵² Consultas ambulatoriais (1.680.000), atendimentos de emergência (320.000), leitos (2400), internações (80.230), cirurgias (40.100), transplantes (916), exames laboratoriais (14.470.000), procedimentos de diagnósticos por imagem (1.020.000), usuários de farmácia (1.370.000), quimioterapias (57.235), radioterapias (55.942), intercorrências oncológicas (25.574) (CANAL SAÚDE, 2015).

técnicos especializados, desenvolvendo pesquisas científicas e tecnológicas e gerando produtos e patentes com o auxílio financeiro de organizações e agências de fomento nacionais e internacionais, fundações e empresas privadas (CAVALLIERI et al., 2012) ligadas à economia da saúde (IBGE, 2008). Também pretende padronizar novas técnicas e métodos (aplicação de novos conhecimentos nas unidades do HC), formar e treinar pesquisadores e profissionais da saúde (formação, atualização e desenvolvimento de recursos humanos), além de propor e ministrar cursos nas áreas da medicina e da saúde.

Nos LIM, destaca-se o Programa Rede de Equipamentos Multiusuários (PREMiUM), com apoio da Financiadora de Estudos e Projetos do Ministério da Ciência e Tecnologia (Finep), do CNPq, da Fapesp, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Fundação Faculdade de Medicina (FFM), no qual procura-se garantir as condições de acesso a modernas técnicas e equipamentos de pesquisa biomédica – equipamentos de última geração, assessorados por técnicos especializados – para pesquisadores do complexo HC-FMUSP e também externos. Na forma de produtos e serviços, o acesso aos equipamentos é agendado e cobrado, sendo os recursos geridos para sua manutenção (PREMIUM, 2015).

As relações desenvolvidas entre os LIM e o HC é extremamente produtiva, na medida em que permite o convívio intenso entre médicos, pacientes, pesquisadores e alunos, balizas fundamentais para o desenvolvimento de novos conhecimentos científicos e novas técnicas e tecnologias que auxiliarão o tratamento médico.

Quanto aos recursos financeiros, Patrícia Manga e Silva Favaretto – assessora técnica dos LIM – mencionou em entrevista⁵³ a existência de diferentes fontes de verba, sobretudo, o HC, a FFM,⁵⁴ a prestação de serviços e os convênios com entidades financiadoras, sendo: do governo do Estado 1,2% do orçamento do HC, em torno de R\$ 50 milhões; de auxílios de agências de fomento como Fapesp e CNPq, Finep, organizações internacionais (OMS, por

⁵³ Realizada em 17 de dezembro de 2015.

⁵⁴ Criada em 1986 pela Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a FFM é uma fundação sem fins lucrativos de direito privado. Em linhas gerais, visa ajudar a promover o ensino, a pesquisa e a assistência (assegurando à população carente a continuidade do atendimento médico-hospitalar pelo SUS) no complexo HC-FMUSP. Para isso, contribui com a gestão institucional, passando pelo faturamento de serviços, pela administração de recursos humanos, por restauros e reformas infraestruturais e pela aquisição de materiais, equipamentos e insumos (QUEM SOMOS, 2015a).

exemplo) e outras agências de menor expressão, no qual cada pesquisador é livre para pedir o fomento necessário, sendo posteriormente contabilizado por seu vínculo com o HC; e de empresas privadas, mas com menor participação, geralmente indústrias farmacêuticas, demandando pesquisas clínicas que não são centrais no trabalho ou na estrutura dos LIM.

O impacto da produção nos LIM é mais bem compreendido quando consideramos que eles abrigam metade das dissertações e teses da FMUSP, titulando um em cada 6 doutores na área da saúde. Com cerca de 200 grupos, desenvolve pesquisas em campos da saúde como genoma, patologia, imunologia e epidemiologia e doenças comuns no país como hepatite C, Aids, leishmaniose, Alzheimer, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, asma, câncer de mama e de colo de útero e infarto do miocárdio, entre outras (INDICADORES, 2015).

Reforçando o caráter de cooperação entre ensino, pesquisa e assistência à saúde, a FFM recebeu em 2014 R\$ 22 milhões em doações de instituições parceiras – órgãos públicos, e iniciativa privada, nacionais e internacionais⁵⁵ –, sendo destinados a projetos assistenciais, de ensino e de pesquisa (compra de equipamentos e medicamentos usados no atendimento da população) (QUEM SOMOS, 2015a), concorrendo para o atendimento do hospital destinado a pacientes do SUS.

Do ponto de vista dos centros de pesquisa, a FFM contribui para estudos clínicos desenvolvidos pelo HC e pela FMUSP (RELATÓRIO [...], 2015, p.89). Entre os projetos acompanhados, destacamos as pesquisas em inovação tecnológica, colocando em cooperação diferentes agentes (Quadro 7):

⁵⁵ Parcerias: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Ciência e Tecnologia/Financiadora de Estudos e Projetos, Ministério da Ciência e Tecnologia/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania/Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente, Secretaria Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Universidade do Estado do Amazonas, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, OMS/Opas, Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Grupo Ambev, Grupo Credit Suisse, Grupo Itaú, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, Associação Beneficente Alzira Denize Hertzog da Silva, Instituto Adolfo Lutz, National Institutes of Health, Blood Systems Research Institute, Fundación Anvina, Harvard University, University of California, The George Washington University, The Smile Train, Grand Challenges Canada, International Atomic Energy Agency, Ludwig Institute for Cancer Research, David Rockefeller Center for Latin American Studies, Health Research Incorporated, Research European Agency, UE e The Brain and Behavior Research Foundation (QUEM SOMOS, 2015a).

Quadro 7 – Instituições em cooperação com o complexo HC-FMUSP (2015)

Johns Hopkins University
General Electric Healthcare
Ouro Fino Saúde Animal Ltda.
Grand Challenges Canada
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
Health Research Incorporated
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
Blood Institute Systems Research
David Rockefeller Center for Latin American Studies (Harvard University)
Fundación AVINA
National Institutes of Health
Hemominas (MG)
Hemorio (RJ)
University of California
PR&D Biotech S/A
Institut Mérieux
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Instituto Butantã
Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES)
Libbs Farmacêutica Ltda.
Sanofi Aventis Farmacêutica Ltda.
National Association for Research on Schizophrenia and Depression (Narsad)
Research European Agency
UNODC (Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime)
Ministério da Saúde
Fundação Pró-Sangue
Hemope (PE)
Financiadora de Estudos e Projetos (Finep)
Fundação Butantã

fonte: Relatório [...] (2015).

Nas últimas décadas, criou-se o SUS, com um arcabouço técnico e normativo, e se ampliou o raio de ação de empresas ligadas a serviços de saúde (laboratórios farmacêuticos ou de análises clínicas, empresas de planos de saúde, clínicas particulares, produtores e fornecedores de equipamentos médicos), aumentando a dependência de tecnologia e de recursos de terceiros (ALMEIDA, E.; BICUDO, 2010). Além de ser centrais, por consumir produtos industriais de alto e baixo valor agregado, também concentram “trabalhos especializados com alto grau de formação intelectual” não só relativos a profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos etc., mas também a técnicos em

informática, economistas, gestores hospitalares, técnicos de manutenção etc., além de pesquisadores ligados a universidades (ANTAS JR., 2011a, p. 4).

Nesse contexto, o hospital – sistema técnico-científico cada vez mais informatizado – é objeto técnico central na produção industrial e científica dos circuitos espaciais produtivos da saúde e no complexo industrial da saúde (BERTOLLO, 2013; ALMEIDA, R., 2015; SANTOS, F., 2016). Isso pode ser verificado na inseparabilidade entre a produção industrial de diversos tipos de insumo – com alto conhecimento aplicado e pesquisas *stricto sensu* associadas a instituições públicas e privadas e com uma logística que possibilita o transporte seguro dos produtos – e os serviços de saúde, que funcionam como pontos de convergência de interesses corporativos.

O hospital adquiriu papel central nas economias urbanas e no sistema de saúde brasileiro com a coexistência de várias divisões territoriais do trabalho formando circuitos espaciais produtivos da saúde e círculos de cooperação, pela intensificação das trocas de equipamentos, materiais, informações e normas produzidos em diferentes lugares e transportados pelas redes.

capítulo 3

A RELEVÂNCIA DO LUGAR: REFUNCIONALIZAÇÕES DO ESPAÇO A PARTIR DA MEDICINA TECNOLÓGICA

Como vimos, Schraiber (2008, p. 66) aponta as mudanças da função do hospital e da prática médica ao longo do século XX: (a) na medicina liberal, o hospital tinha uma função complementar à prática de consultório; (b) a partir de 1945 e com sua consolidação no fim da década de 1950, passa a ser central na prestação de serviços médicos, por concentrar as diversas especialidades e as infraestruturas tecnológicas e científicas; (c) nas décadas de 1960-70, aumentou o número de hospitais e leitos e se expandiram os serviços de diagnóstico e terapêutica, devido ao desenvolvimento do complexo industrial médico, pautando a medicalização da sociedade; (d) na década de 1980, desenvolve-se a assistência ambulatorial de caráter prévio e conectada com o hospital, configurando “uma nova forma de se produzir e prestar assistência – uma espécie de ‘hospitalocentrismo’⁵⁶–, e essa é uma alteração profunda”.

Na reforma hospitalar, instalaram-se novas tecnologias, que se transformaram em base para as escolas médicas, atreladas “a uma ressignificação da normatização e hierarquização dos profissionais no campo dos saberes” (MOTA; SCHRAIBER; SILVA, 2004, p. 16), ou seja, pela especialização crescente, apenas o médico tinha o saber para “diagnosticar, tratar ou indicar o tratamento”, tornando-se hierarquicamente superior aos demais profissionais da saúde e aos pacientes. Isso foi possibilitado pelo sistema de saúde que se foi constituindo nos anos 1940-50, pelo desenvolvimento científico, por políticas de saúde e pela “escolha dos hospitais como centros da ação prática dos novos saberes” (MOTA; SCHRAIBER; SILVA, 2004, p. 16), inseridos e entendidos no contexto de desenvolvimento do sistema capitalista. A partir da entrada cada vez maior do coeficiente tecnológico na medicina, a instituição hospitalar passa por profundas modificações tanto na forma de seu funcionamento quanto em sua estrutura, a fim de incorporar os novos materiais e equipamentos, ampliando o nexo entre os serviços e as indústrias e culminando com a instituição do Complexo Industrial da Saúde no Ministério da Saúde (ANTAS JR., 2011a).

⁵⁶ O sistema de saúde está centrado em hospitais, e estima-se que 70% dos gastos do SUS são destinados a eles (VECINA NETO; MALIK, 2007). No entanto, muitos dos atendimentos não têm a necessidade de se dar em hospitais e, quando ocorrem, ensejam desperdício de recursos, perda de qualidade e a possibilidade de acidentes iatrogênicos. Mesmo que se fracione o cuidado entre unidades básicas e ambulatoriais espalhadas pelo território, o modelo assistencial está pautado no privilégio dos hospitais e sem integração das ações.

Os hospitais modernos precisam cada vez mais de equipamentos desenvolvidos por diferentes setores industriais (mecânico, ótico, eletrônico, químico, biotecnológico, nuclear etc.) e de pesquisas clínicas, levando à medicalização da saúde: “processo histórico no qual a introdução crescente de inovações tecnológicas nas atividades em saúde tende a confundir o consumo de serviços médicos com a preservação da saúde, transformando os primeiros em demanda crescente para os serviços” (DAVID, 2010, p. 27).

Segundo Singer (1978), o conceito de medicalização da sociedade foi elaborado por Ivan Illich em 1975 para expor a invasão da medicina na vida individual das pessoas, de modo que cada etapa da vida humana está agora submetida a cuidados médicos específicos, a despeito de haver ou não sintomas de enfermidade.

A sociedade está condicionada a acreditar que as possibilidades da ciência e da medicina moderna são ilimitadas, podendo levá-la a um pleno bem-estar físico, mental e social, à juventude eterna e à imortalidade. Segundo essa mentalidade vigente, isso poderia ser alcançado pela regulação científica de todos os aspectos da vida, e daí decorrem a demanda crescente por serviços de saúde e, logo, a medicalização da vida e da sociedade.

Assim, o crescimento da morbidade (nível de incidência de moléstias) leva à expansão dos serviços de saúde. Por exemplo, a incidência de doenças cardiovasculares leva os serviços de saúde a prescreverem o modo como o doente deve agir em todas as suas atividades para prevenir os efeitos desse mal.

Inegavelmente, o avanço científico-tecnológico que produz sofisticados aparelhos e medicamentos aumentou a capacidade de se diagnosticarem doenças, mas, muitas vezes, a cura não é conhecida, e só se podem o atenuar os sintomas. O consumo médico crescente não é necessariamente acompanhado de mais saúde, ou seja, da melhora nos índices de morbidade e mortalidade.

A medicalização da sociedade exprime “o vertiginoso crescimento do papel e da importância da medicina e dos atos médicos nas sociedades industriais modernas” (BRAGA; PAULA, 1981, p. 147). A saúde tornou-se uma preocupação crescente da população, e, associada ao desenvolvimento científico-tecnológico das indústrias, tem como consequência econômica direta o aumento das despesas com atenção médica e o aumento do nível de controle social. Foi o crescimento da importância dos hospitais, associado aos avanços científico-tecnológicos permitindo a introdução de aparelhos e técnicas diagnósticas, que resultou na

medicalização da sociedade. Assim, a constituição de uma medicina pautada em exames, diagnósticos e terapêutica fez dela uma atividade crescentemente econômica.

As inovações tecnológicas e científicas foram adentrando consultórios, hospitais e clínicas e modificando a prática médica, que antes se apoiava no julgamento clínico do médico e agora passa a depender de serviços especializados de diagnóstico e do incremento no uso de instrumentos terapêuticos – equipamentos, fármacos industrializados, hospital. Isso levou a constantes refuncionalizações dos objetos ao longo do tempo, para adaptar essas instituições às novas exigências organizacionais, técnicas e, sobretudo, tecnológicas.

3.1 Processos históricos de conformação do Hospital das Clínicas (FMUSP) e do Hospital São Paulo (EPM-Unifesp)

Apresentamos aqui alguns processos que conduziram à transformações espaciais na cidade de São Paulo, particularmente em áreas e bairros lindeiros onde estão localizados dois dos mais significativos complexos hospitalares do país vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de olhar mais a fundo os processos de refuncionalização espacial – sem os quais não se haveriam modernizado essas instituições ou acolhido as inovações tecnológicas impostos pela racionalidade da medicina tecnológica – procurando assim subsidiar a compreensão do relevante papel dessas instituições como objetos técnicos complexos no atual contexto de urbanização corporativa em que se inserem. Ressaltamos que a periodização das políticas nacionais de saúde e da prática médica desenvolvidas no primeiro capítulo nos deram subsídios gerais para compreender o processo histórico pelo qual os hospitais investigados passaram até atingir seu estado atual.

(a) Hospital das Clínicas e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Associadas à conjuntura política e econômica, as decisões dos órgãos médicos e de saúde pública favoreceram um aprofundamento capitalista formando o corpo simbólico de um Estado considerado centro de uma civilização superior, progressista, com força política e econômica corroborada pela ciência e tecnologia local (MOTA, 2005).

A partir do século XIX e segundo critérios para o estado normal ou patológico do corpo, a medicina e as demais instâncias técnicas e científicas atuaram na ordenação do espaço por meio de políticas de saúde que visavam planejar cidades e áreas rurais e no domínio do corpo e da mente, influenciando e controlando todas as dimensões sociais, sobretudo nas cidades, processo denominado *medicalização da sociedade* (MOTA, 2005). Entre os últimos anos do século XIX e meados do XX, com o fim da escravidão e a entrada cada vez maior de imigrantes europeus, era preciso manter uma população sadia pela higienização das áreas para o pleno caminhar de uma sociedade liberal, capitalista e brasileira, fortalecendo as bases de construção e integração de uma nação mais próxima dos países ricos.

Havia que construir uma nacionalidade brasileira, e acreditava-se que São Paulo seria o “centro civilizador e fundador de um Brasil progressista e nitidamente superior” (MOTA, 2005, p. 16), ideia corroborada pela ciência e pela tecnologia desenvolvidas em solo paulista e por sua origem bandeirante, suposto prenúncio de seu destino desenvolvimentista. Nesse sentido, a elite médica e política concorreu para tornar São Paulo a “imagem do progresso econômico, social e racial para o Brasil” (MOTA, 2005, p. 15).

A São Paulo do fim do século XIX crescia. A expansão da cafeicultura e a imigração estrangeira transformaram a tranquila cidade universitária vivenciada pelos estudantes de direito do Largo São Francisco numa cidade burguesa, com o crescimento do comércio, das finanças e da indústria. Obras públicas e prédios modernos começaram a contrastar com a vida residencial de outrora, multiplicando-se os estabelecimentos comerciais e bancários que aos poucos a foram tornando uma cidade de serviços (RIBEIRO, 1994).

A transformação da cidade provinciana a partir da explosão demográfica operou uma reestruturação (SPOSITO, 2004) para atender às novas exigências do mundo capitalista. Novas ruas, bairros, edifícios, luz elétrica, tráfego de carros e bondes, construção de estradas de ferro e instalação de fábricas reordenaram o espaço e impuseram a necessidade da intervenção estatal (MOTA, 2005; RIBEIRO, 1994).

Diante dessa cidade que crescia e do imperativo de manter as concepções burguesas do privado, da família e da moral higiênica, a elite dirigente “destacava a necessidade de [...] centralizar os aparelhamentos médico e sanitário do Estado em seus limites” (MOTA, 2005, p. 78). A corporação médica via nas ações “higiênicas e sanitárias de controle social e das

doenças” (MOTA, 2005, p. 78) e na urbanização meios para constituir uma sociedade promissora, na qual os médicos seriam os protagonistas da nova cidade.

Assim, a organização do Serviço Sanitário de São Paulo (1891) passou a centralizar as políticas sanitárias por meio de várias seções: Instituto Bacteriológico, Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, Instituto Vacinogênico, Laboratório Farmacêutico, Instituto Soroterápico (futuro Instituto Butantan), Desinfectório Central, Seção de Estatística Demográfico-Sanitária, Seção de Engenharia Sanitária, Seção de Proteção à Primeira Infância, Hospital de Isolamento e Comissões e Inspetorias Sanitárias na capital e em algumas cidades do interior (RIBEIRO, 1994; SILVA, M. R., 2001).

Além dessas instituições de saúde, havia ainda uma imprensa especializada em questões médicas e sanitárias – como os *Annaes Paulistas*, a *Gazeta Clínica* e o *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia* – que aumentava o prestígio da elite médica e política paulista, bem como uma Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895) que atuava como conselheira do Estado, não definindo medidas de saúde pública, mas orientando por meio de seu discurso médico-sanitarista os órgãos do governo que definiam e executavam as políticas de saúde (RIBEIRO, 1994). Além disso, o Instituto Pasteur (1903), hospitais e instituições filantrópicas e do governo e uma escola médica fundada em 1912 conferiram a São Paulo um alto padrão técnico e científico que, associado à política sanitária adotada, a transformariam num polo brasileiro científico e sanitário, exemplo de modernidade e salubridade (SILVA, M. R., 2001).

Era premente criar uma escola médica para integrar o aparato médico-sanitário constituído e concretizar a formação de um pensamento médico paulista voltado para o Estado. Nesses termos, a Faculdade de Medicina foi criada “em meio à organização corporativa médica paulista, quando a cafeicultura dava ao estado de São Paulo, na virada do século XX, lugar de prestígio e certa liderança nacional” (MOTA; TARELOW, 2013, p. 59).

A primeira escola de medicina de São Paulo foi criada por meio de um instrumento legal em 1891, inserida num projeto de organização do ensino superior do estado. A consolidação do estado como um polo econômico dinâmico, devido às lavouras de café, demandava um suporte acadêmico que elevasse sua representação política – buscava “oferecer uma resposta à necessidade de formação de quadros para gerir uma organização social e econômica cada vez mais complexa e que se traduzia, por sua vez, na crescente urbanização da cidade de São Paulo”

(MARINHO, 2013b, p. 107). No entanto, a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de São Paulo não foi efetivamente implementada.

Em regiões economicamente ativas como São Paulo, o descompasso entre sua vitalidade e “pujança” e a precariedade da situação sanitária – com constantes epidemias de febre amarela, febre tifoide, escarlatina, sarampo, varíola, tuberculose, na capital e interior, inclusive no porto de Santos e nos centros produtores de café – explica [...] o empenho das elites locais na reedição da legislação que instituiu a Faculdade de Medicina no início da segunda década deste século (MARINHO, 2013b, p. 108).

A princípio sem sede, a faculdade começou a funcionar em 1913, com aulas sendo ministradas na Escola de Comércio Álvares Penteado, na Escola Politécnica.

Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da faculdade, protagonizou a concepção, a implantação e o aperfeiçoamento do ensino médico na capital paulista, pautado em base científica e experimental e privilegiando a pesquisa e os estudos de laboratório, diferenciando-se do modelo de ensino predominante no resto do país (aulas teóricas e foco na clínica) (MOTA; MARINHO, 2011).

Em 1914, parte do curso foi transferida para a rua Brigadeiro Tobias e, com o passar dos anos, edifícios vizinhos foram também utilizados, até se transferirem em definitivo para uma sede própria, na atual avenida Dr. Arnaldo.

Para o estudo das clínicas, usaram-se as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que passava por um momento de precariedade diante do aumento do contingente populacional da cidade, carente de infraestruturas básicas como saneamento, moradia e qualquer outro suporte social, resultando numa população assolada por doenças. Diante disso, mostrava-se necessária a construção de um novo hospital, que só foi acordada e executada em 1944 – o Hospital das Clínicas (HC).

Ainda que, nas ideias, a faculdade já tenha nascido grandiosa, seu início implicou enormes dificuldades, como a precariedade de instalações e equipamentos, pouco espaço, deficiência do corpo docente e despreparo dos alunos ingressantes (MOTA; MARINHO, 2011).

Para esses e outros óbices que surgiam na luta de Arnaldo por fazer de sua escola médica um espaço de desenvolvimento científico e médico, a colaboração com a Fundação Rockefeller apareceu como uma possível saída. (MOTA, 2014, p. 42).

Em 1916, firmaram-se os acordos entre a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo⁵⁷ e a Fundação Rockefeller,⁵⁸ negociação resultante de uma viagem realizada por médicos e pesquisadores da fundação para reunir informações sobre o ensino médico e a assistência hospitalar no Brasil – “a comissão deveria verificar ainda a existência [...] de estruturas sanitárias e de atendimento à saúde que poderiam compor [...] uma rede ou um sistema de prevenção e enfrentamento de doenças endêmicas, então inexistentes em esfera nacional” (MARINHO, 2013a, p. 13).

Duas comissões percorreram o Brasil: a Comissão Sanitária da Febre Amarela e a Comissão Médica para o Brasil, segundo dois campos de atuação – a saúde pública e a medicina. A Comissão Médica para o Brasil passou pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, com a missão de visitar escolas médicas, hospitais, institutos de pesquisa e serviços de saúde e estabelecer contato com as lideranças científicas, médicas e institucionais (MARINHO, 2013a). Essa comissão que escolheu a cidade de São Paulo, mais especificamente, a Faculdade de Medicina para estabelecer acordos. Assim, a capital paulista concentrou as atividades da fundação “relacionadas ao ensino médico, fomento a áreas e grupos de pesquisa e estruturação do modelo de formação profissional para a educação sanitária” (MARINHO, 2013a, p. 19).

Os motivos alegados pela Fundação para a escolha dessa escola médica foram a aproximação do Brasil e dos Estados Unidos a partir da I Guerra Mundial e a base intelectual e científica que o estado de São Paulo já tinha e proclamava com sua Faculdade de Direito, com a Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (1901), com o Instituto Bacteriológico (1893) e o Instituto Agrônômico (1887). Aos motivos apresentados, somou-se o fato de ser uma escola jovem, sem vícios ou tradições que obstassem os planos arquitetados (MOTA, 2014a, p. 42).

Na passagem da Comissão pela cidade de São Paulo, foram mostradas suas principais instituições médico-hospitalares e sanitárias como a Santa Casa, a Faculdade de Medicina, o Serviço Sanitário e seus departamentos, os institutos Pasteur, Vacinogênico, Soroterápico e

⁵⁷ Em 1925, passou a chamar-se Faculdade de Medicina de São Paulo e, em 1934, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

⁵⁸ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, nos EUA, como uma sociedade civil e sem fins lucrativos e com o objetivo de centralizar as ações filantrópicas da família de John Dawson Rockefeller – conhecido como o “rei do petróleo” devido a suas organizações transnacionais: a Standard Oil e o National City Bank, tornando-o detentor de uma das “maiores fortunas pessoais dos Estados Unidos da América (EUA), acumulada no período de oligopolização de sua economia, ocorrido a partir da segunda metade do século XIX” (MARINHO, 2013b, p. 91). A Fundação Rockefeller “é uma das maiores e mais antigas instituições filantrópicas norte-americanas e teve, ao longo de sua existência, uma atuação marcante em vários setores da vida social, não só nos Estados Unidos, mas também em diferentes países” (MARINHO, 2013b, p. 90).

Butantan, a Escola de Farmácia e Odontologia, o Hospital de Maternidade e de Isolamento, o Desinfetório, o Laboratório de Análises Químicas e de Alimentos, o Laboratório Farmacêutico, a Sociedade de Medicina e Cirurgia etc.

A cidade de São Paulo e sua elite médica não hesitaram em estabelecer vínculos com o grupo estrangeiro, aceitando suas credenciais científicas (MARINHO, 2013a). Os acordos foram rapidamente estabelecidos, embora as execuções não tenham sido igualmente diligentes.

Os acordos estabelecidos entre a Faculdade de Medicina e a Fundação Rockefeller proporcionaram a instalação de uma “infraestrutura física, acadêmica e de pesquisa de padrão internacional”, até meados do século XX. Segundo Marinho (2013b), o grau de excelência alcançado está ligado, em grande medida, à exigência da Fundação Rockefeller de se introduzir na estrutura da faculdade o regime de tempo integral para pesquisa e docência – condição para o desenvolvimento da produção científica.

A chamada “filantropia científica” – desenvolvimento de atividades de interesse público financiadas por recursos privados na área de ensino e pesquisa –, empreendida pela Fundação em escala internacional e presente no modelo introduzido na Faculdade de Medicina, esteve pautada, no campo do ensino médico, em uma perspectiva elitista voltada para a formação de um grupo restrito e seletivo de estudantes, futuros médicos e pesquisadores (MARINHO, 2013b, p. 85).

A Fundação Rockefeller queria estabelecer na América do Sul uma instituição-modelo de ensino dedicada à medicina. O modelo da Rockefeller’s School era orientado pelas propostas de Abraham Flexner em seu famoso relatório, elaborado no início do século XX a pedido da Fundação Carnegie. O Relatório Flexner atribuía baixa qualidade ao ensino médico dos EUA e do Canadá, ao excesso de alunos e à falta de uma estrutura acadêmica voltada para a medicina experimental⁵⁹ (MARINHO, 2013b).

As oscilações na política estadual e internas à Faculdade levaram a uma demora no cumprimento dos acordos estabelecidos. Marinho (2013b) aponta dois períodos nas ações da

⁵⁹ “Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como *Relatório Flexner* (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. [...] Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 493-496).

Fundação Rockefeller: o primeiro, de 1916 a 1925, corresponde à introdução do modelo estadunidense; e o segundo, de 1926 a 1931, consistiu no processo de consolidação da implantação, com a construção das instalações, o aparelhamento dos laboratórios e o treinamento de docentes no exterior.

O acordo entre a Faculdade de Medicina e a Fundação Rockefeller se concretizou em 1918 e vigorou até 1922 (depois prorrogado até 1924), e o compromisso desta consistia em organizar, fornecer equipamento e manter por cinco anos o Departamento de Higiene, além de conceder duas bolsas de estudo a brasileiros. A Faculdade deveria alugar e reformar as instalações, adequando-as às atividades acadêmicas e laboratoriais, e contribuir com as despesas do novo departamento. Em 1926, o Departamento de Higiene se desmembrou da Faculdade de Medicina e, em 1945, tornou-se a Faculdade de Saúde Pública.

Em 1916, o governo do estado aprovou a construção das instalações próprias da Faculdade, mas, dos cinco prédios projetados, apenas um foi construído e inaugurado em 1918, provido financeiramente pela Fundação Rockefeller (tal edifício abriga hoje o Instituto Oscar Freire). Em 1922, a Fundação concedeu recursos para a construção do edifício dos laboratórios (o edifício central da faculdade).

Em 1926, entra em vigor o novo regulamento da Faculdade, de acordo com as exigências da Fundação Rockefeller (MARINHO, 2013b). Para a liberação dos recursos adquiridos, foi preciso reestruturar a Faculdade, limitando o número de ingressantes e impondo tempo integral aos docentes das disciplinas pré-clínicas, ensino em tempo integral, organização das disciplinas em departamentos e a vinculação do ensino clínico a um hospital-escola (construção como contrapartida do governo estadual) (MOTA; MARINHO, 2011). Com essa nova diretriz, ela passa a se chamar Faculdade de Medicina de São Paulo.

O programa de bolsas de estudos nos EUA oferecidos pela Fundação e a instalação do tempo integral:

[...] provocaram significativa repercussão na institucionalização da pesquisa científica na área de biomédicas em São Paulo, com implicações que em sua abrangência e continuidade extrapolam o período aqui analisado. O ambiente científico que foi se institucionalizando permitiu [...] numerosas aquisições de material de ensino, tendente a melhorar as condições de eficiência dos laboratórios e ambulatorios de diversas cadeiras da Faculdade. Além da compra de equipamentos, a melhoria das condições de pesquisa propiciou também, entre 1926 e 1927, uma troca mais intensa com a comunidade científica internacional [...] (MARINHO, 2013b, p. 151-152).

Para a construção do hospital, foi criada uma comissão que viajou em 1926 por EUA, Canadá e Europa visitando instituições médicas, laboratórios e unidades hospitalares, levantando informações sobre os serviços prestados e sobre a execução de atividades em biotérios, lavanderias, manutenção etc.

Os três membros da comissão eram Ernesto de Souza Campos, Benedicto Montenegro e Luiz Rezende Puech. Em 1926, quando ela regressou, foi iniciada a elaboração dos projetos de construção da Faculdade, criando-se para isso o Escritório Técnico de Obras. Em 1928, as obras tiveram início e, em 1931, inauguraram-se os prédios centrais (laboratórios, administração, biblioteca e salas de aula).

A Fundação Rockefeller foi fundamental, entre 1916 e 1931, para a conformação da infraestrutura física e laboratorial e para a organização científica e acadêmica da Faculdade de Medicina, integrando-a com a produção científica internacional: “Nesse período, a escola concebeu e executou, com recursos da filantropia norte-americana e sob sua orientação, a construção de um dos mais modernos centros de ensino médico da época” (MARINHO, 2013b, 162). A excelência acadêmica e científica alcançada já em seus primeiros anos tornou a Faculdade de Medicina referência para a criação de outras faculdades no país.⁶⁰

A passagem da década de 1920 para a de 1930 foi um momento conturbado nacional (governo de Getúlio Vargas, colapso da política do café com leite e a guerra civil de 1932) e internacionalmente (crise de 1929).

Com a instalação do governo de Getúlio Vargas em 1930, houve a centralização e o fim da autonomia das instituições médicas e científicas dos estados, culminando com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (1931). Em 1934, com a nomeação de Gustavo Capanema para esse ministério, o Estado centralizou a política de saúde gerenciando ações nas três esferas de governo e retirando a “autonomia das instituições médicas e científicas estaduais” (MOTA; MARINHO, 2012, p. 1349). Em São Paulo, a política varguista enfrentou forte oposição, o que levou à guerra civil em 1932.

⁶⁰ Como exemplos, no estado de São Paulo, temos: Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Faculdade de Medicina de Botucatu, Faculdade de Medicina de Taubaté, Faculdade de Medicina de Santos etc.

Em 1931, inaugurou-se o prédio da Faculdade de Medicina, na atual avenida Dr. Arnaldo, com recursos doados pela Fundação Rockefeller. Já o HC sofria para sair do papel, devido à falta de recursos e aos problemas políticos decorrentes da guerra civil de 1932.

Afinal, as ações centralizadoras decorrentes da implementação da Reforma Capanema, entre 1930 e 1940, resultaram em novas relações entre o governo federal, os estados e municípios, em uma perspectiva que esteve “orientada por esta preocupação, de marcar presença em todo o país [...] montando uma rede bem articulada de serviços de saúde” (FONSECA, 2007).⁶¹ Nesse sentido, a criação do Hospital das Clínicas pode ser analisada também como expressão das tensões políticas da época e fruto do projeto das elites cafeicultoras e opositoras a Getúlio Vargas – um confronto de forças para que o Hospital pudesse ser estabelecido dentro do plano concebido, mas sob a égide getulista do Estado Novo (MOTA; MARINHO, 2011, p. 135).

Em 1934, foi criada a Universidade de São Paulo, incorporando várias escolas superiores e institutos de pesquisa existentes e mantidos pelo estado, incluindo a Faculdade de Medicina: “A incorporação mudou a natureza jurídica da escola e ampliou de forma definitiva o campo de ação da Faculdade de Medicina no cenário da saúde no Estado de São Paulo” (SEIXAS; ZILBERMAN, 2012, p. 179).

Em contrapartida à construção da sede da Faculdade de Medicina financiada pela Fundação Rockefeller, o governo paulista deveria construir e aparelhar o hospital-escola, mas, por alegada falta de verba, as atividades clínicas na faculdade permaneciam na Santa Casa. Em 1938, lançou-se a pedra fundamental do HC, quando o governo do estado de São Paulo disponibilizou a verba, ainda que insuficiente, levando a readequações no projeto original. Por falta de recursos, o governo não aparelhou o hospital. Os equipamentos necessários ao funcionamento do hospital foram doados pelo general Charles Hillman, do exército estadunidense – fruto de contatos estabelecidos por médicos brasileiros que lutaram na Segunda Guerra Mundial ao lado dos Aliados. Finalmente, em 1944, o hospital foi inaugurado como o maior, o mais completo e o mais moderno hospital de toda a América do Sul (MOTA; MARINHO, 2011).

[...] a inauguração, em 1944, do Hospital das Clínicas, já com o selo de “o maior da América do Sul”, colocou na berlinda o antigo discurso da excelência e da superioridade paulista, passando a exigir responsabilidades redobradas na produção de ensino, pesquisa e serviços de atendimento nos mais diversos matizes, com o objetivo de constituir-se como referência nacional e polo tecnológico de relevância internacional. A rigor, tratava-se de um discurso que

⁶¹ FONSECA, C. M. **Saúde no governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

mal se equilibrava na aridez de sua realidade, frente a dilemas nacionais, regionais e corporativos desde o surgimento da escola que o abrigava [...] (MOTA; MARINHO, 2011, p. 136).

Em meio à carência de unidades de atendimento à saúde na cidade, à expansão urbana e ao incremento populacional, os primeiros anos de funcionamento do HC tiveram algumas complicações. Seu pronto-socorro era incapaz de atender ao volume demandado pela população, e o atendimento de pacientes que podiam pagar por serviços de saúde em outro hospital tornava mais dispendioso o serviço voltado para a população carente.

A escassez de hospitais na capital e em outros municípios paulistas, que anteriormente sobrecarregava a Santa Casa de Misericórdia, passou a incidir igualmente sobre o Hospital das Clínicas, que, mesmo após a inauguração em 1944, se manteve em obras para finalizar parte de seus pavilhões. Para a Assistência Pública de São Paulo, a cidade havia crescido de tal maneira que o Hospital das Clínicas e a Santa Casa não suportavam a solicitação de socorros médicos (MOTA; MARINHO, 2011, p. 162).

Na década de 1950, a Faculdade de Medicina foi incluída entre as melhores escolas médicas do mundo, por seu reconhecimento como a melhor faculdade da América Latina, pelo aprofundamento das especialidades médicas e pela criação de novos institutos que comporiam o complexo hospitalar das Clínicas (Instituto de Psicologia⁶² e Instituto de Ortopedia e Traumatologia).

[...] não havia dúvidas do poder angariado dos laboratórios, das enfermarias e de toda a tecnologia aprendida e exercida dentro do Hospital das Clínicas. O trabalho dos professores, estudantes, pesquisadores e técnicos, bem como a experiência vivida de seus pacientes, seriam fundamentais para que uma identidade entre a cidade, sua população e o Hospital das Clínicas passasse a existir. Um lugar capaz de repercutir, sobretudo, o trabalho e a profissão do médico, seu discurso clínico e prático sobre o corpo que adocece e, conseqüentemente, a difusão de uma filosofia muito particular sobre a “melhor maneira de se levar a vida” (MOTA; MARINHO, 2011, p. 164-165).

Para assegurar e desenvolver mais a pesquisa básica e aplicada, criaram-se, na década de 1970, em parceria com o HC e a Universidade de São Paulo, os Laboratórios de Investigação Clínica, promovendo assistência médica aos pacientes e como lugar de ensino aos alunos. Em 1977, passaram a chamar-se Laboratórios de Investigação Médica (LIM) e tornaram-se unidades do HC vinculadas aos departamentos da FMUSP.

⁶² Na época de sua inauguração, não havia nos hospitais gerais atendimento à saúde mental, sendo sua inauguração um marco para a psiquiatria do estado e do Brasil (SEIXAS; ZILBERMAN, 2012).

(b) Hospital São Paulo e a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo

Foi na década de 1930 que se deu a transição do “catedrático antigo” (alheio à pesquisa) para o “cientista moderno” (preocupado com a resolução de problemas na prática). A fundação da Escola Paulista de Medicina (1933) e a criação da Universidade de São Paulo (1934) – incorporando a Faculdade de Medicina – são atores dessa transição.

Em 1933, fundou-se a Escola Paulista de Medicina, sobre o argumento da necessidade de novas vagas para o ensino médico na capital e de melhores condições hospitalares para a população pobre do estado. Assim como a Faculdade de Medicina, essa nova escola também foi criada sob a singularidade e a supremacia dos paulistas em relação ao restante do país.

Três fatores estiveram relacionados à criação de uma nova escola médica: o excedente de alunos que a Faculdade de Medicina não conseguia absorver, o crescimento das especialidades médicas e a “necessidade de descentralização de poder e conhecimento” (MOTA; MARINHO, 2012, p. 1349) exercido pela Faculdade de Medicina.

O elevado número de excedentes no exame vestibular da Faculdade de Medicina de 1933 levou a questionamentos sobre os critérios de classificação e à argumentação sobre a insuficiência do número de médicos formados no estado devido ao reduzido número de vagas. Outro impulso para a organização de uma nova escola médica era a dificuldade de ocupar cátedras na Faculdade de Medicina, posto que os cargos eram vitalícios e, em grande parte, ocupados pelos mesmos professores desde a sua fundação. Assim, outros profissionais, muitos integrantes da elite econômica paulista e professores assistentes da Faculdade de Medicina, não conseguiam novas posições profissionais, o que os levou a concentrar esforços para constituir novos lugares para exercer suas atividades.

A ciência foi o princípio que conduziu e orientou a criação da Escola Paulista de Medicina, vindo da carreira profissional dos fundadores ligados a institutos de pesquisa experimental como o Instituto Butantan e o Instituto Biológico e a cursos e intercâmbios em outros institutos de pesquisas biomédicas. Assim, a associação entre a pesquisa experimental e carreira docente fundamentou essa nova escola.

De intenção filantrópica, a escola foi constituída como uma sociedade civil sem fins lucrativos, à qual os alunos pagavam mensalidades e cada fundador dava contribuições mensais para cobrir as necessidades de manutenção (FAGUNDES NETO, 2008). Seus primeiros anos foram difíceis financeiramente – o investimento pessoal dos fundadores e dos outros professores incorporados, as doações e as mensalidades dos alunos não eram suficientes, o que não permitia a dedicação exclusiva dos docentes. As aulas tiveram início num prédio alugado na rua Coronel Oscar Porto, n. 54, na Vila Mariana, e as clínicas eram praticadas no hospital Umberto Primo (SILVA, M. R., 2001).

Até a década de 1930, não existia no Brasil um hospital-escola criado e dedicado ao ensino, mas apenas hospitais conveniados a instituições de ensino. Isso se deu a partir da aproximação da Fundação Rockefeller com o ensino médico paulista, que trouxe as diretrizes apontadas pelo Relatório Flexner.

A fundação de hospitais-escola (desejo tanto da EPM como da Faculdade de Medicina) está relacionada ao estabelecimento de um novo cientista pelo tripé docência, pesquisa e prática médica. Três discursos que buscavam legitimar a necessidade da construção de um hospital-escola (NEMI, 2009): (a) a forma de exercer a prática da medicina voltada para a população carente em junção à pesquisa e ao ensino; (b) a insuficiência de assistência hospitalar da cidade diante da insuficiência de atendimento médico gratuito na cidade de São Paulo e, nas cidades próximas da capital, ainda que a assistência particular fosse numerosa e eficiente, não era acessível a todos; e (c) a importância da construção de um novo hospital no processo de modernização de São Paulo, lugar privilegiado para a realização de negócios modernizadores e capitalistas.

A escola conseguiu financiamento para comprar a Chácara Schiffini, na Vila Clementino, e um empréstimo para construir o Hospital São Paulo (HSP), cuja pedra fundamental foi lançada em 1936 (NEMI, 2009).

Em função do tempo necessário para se erguer um hospital, a escola recebeu a doação de certa quantia para a reforma de uma construção residencial da Chácara Schiffini tornando-a apta a fins hospitalares. Em 1937, foi inaugurado o Pavilhão Maria Theresa Azevedo, sede provisória do HSP (NEMI, 2009).

Em 1939, foram inaugurados a Escola de Enfermeiras do HSP e o curso de Auxiliares Técnicos de Laboratório, sendo este último visto como uma possibilidade de incrementar as

rendas da escola e do hospital. Em 1940, inauguraram-se os cinco primeiros andares do HSP – primeiro hospital de ensino do país –, iniciando suas atividades com a disponibilização de leitos para indigentes e pensionistas sob convênios com os Institutos de Aposentadoria e com as esferas municipal e estadual. Para os demais pavimentos e para equipar o hospital, seriam necessários novos empréstimos (NEMI, 2009).

Em fins da década de 1930, as dificuldades financeiras se aprofundavam. As mensalidades e os subsídios recolhidos junto aos setores públicos e privados não satisfaziam às necessidades da escola e do hospital. Somavam-se a isso as dificuldades para obter material para o ensino e para as atividades hospitalares, devido ao início da Segunda Guerra Mundial. Essas dificuldades financeiras e orçamentárias fomentaram o processo de federalização da escola, num contexto histórico que agravava tal situação como a Segunda Guerra e o Estado Novo – que incidiu na redução dos investimentos e financiamentos públicos para empreendimentos privados de qualquer natureza. Os auxílios concedidos pelo Estado não eram regulares e não condiziam com os custos dos serviços prestados, agravando a precária situação econômica da escola. Nesse contexto, ela foi federalizada.

Em 1956, tornou-se a primeira escola federal de medicina do estado de São Paulo. Devido às enormes dívidas, o hospital não foi federalizado, mas ainda deveria oferecer enfermarias gerais, instalações e equipamentos para a escola sem requerer indenizações (NEMI, 2014, p. 112). Assim, a sociedade civil foi dividida em duas naturezas jurídicas: “uma privada, sem fins lucrativos, gestora do HSP e que passou a se chamar Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM),⁶³ e outra pública, a Escola Paulista de Medicina que, em 1964, se tornaria autarquia federal” (NEMI, 2014, p. 112). É importante dizer que, nesse processo de divisão, permaneceram as mesmas pessoas nos cargos decisórios da escola, da SPDM e do hospital.

A década de 1960 foi marcada pela expansão do ensino médico no Brasil e inseriu a EPM como um centro de referência internacional na área médica e de saúde:

Uma expressão muito clara desse novo patamar foi a negociação que resultou na escolha da EPM como sede da Biblioteca Regional de Medicina/Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), em 1967. Criada com patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde, sob a chancela da Organização Mundial da Saúde e do governo federal, a

⁶³ No início do século XXI, a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina passou a chamar-se Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

Bireme constituiu-se como um marco no processo de expansão e internacionalização de suas atividades pela consolidação das redes de relações (MOTA; MARINHO, 2011, p. 1350).

Em 1963, expandiram-se os laboratórios de pesquisa: “O crescimento e diversificação dos grupos de pesquisa experimental levaram à construção do Edifício Ciências Biomédicas (hoje Edifício Antonio C. M. Paiva), destinado exclusivamente a abrigar novos laboratórios de pesquisa” (BORGES; SAMPAIO; NADER, 2008, p. 46). Em 1966, foi criado o curso de ciências biomédicas, para formar profissionais ligados ao ensino e à pesquisa básica.

A partir da década de 1970, institucionalizou-se a pesquisa na EPM. Até 1993, houve progressivo credenciamento de programas de pós-graduação *stricto sensu*: “A EPM passa a ser reconhecida como centro de excelência na produção de conhecimento e na formação de mestres e doutores” (BORGES; SAMPAIO; NADER, 2008, p. 37). Na década de 1970, houve a expansão física de suas instalações e a melhora no ensino e pesquisa (estímulo aos cursos de pós-graduação).

Na década de 1980, greves e crises financeiras marcaram o complexo HPS-SPDM-EPM, chegando inclusive à desativação do hospital. As relações do complexo com o Estado sempre sofreram crises cíclicas, devido ao subfinanciamento e à irregularidade das verbas. Não escapam tampouco a conturbada relação entre os entes públicos e privados, o que ensejou, como ainda hoje, conflitos quanto a verba, infraestrutura e funcionários.

Em 1994, a EPM torna-se uma universidade temática (ciências da saúde), passando a chamar-se Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Em 1997, ocorreu a segunda fase de expansão dos laboratórios de pesquisa, com a inauguração de dois prédios especificamente dedicados à investigação científica: Edifício de Pesquisa I e Edifício de Pesquisa II, “ocupados por mérito e equipes multiusuários” (BORGES; SAMPAIO; NADER, 2008, p. 47).

Em 2006, a Unifesp inicia seu processo de expansão e, em 2007, deixa de ser uma universidade temática incorporando cursos de graduação nas áreas de exatas e humanas, além das de biológicas. Nesse ano, além do de São Paulo, já apresenta mais quatro *campi*: Baixada Santista, Diadema, Guarulhos e São José dos Campos.

3.2 Refuncionalização dos objetos técnicos diante do paradigma médico tecnológico

Ao longo da história, de modo diferenciado e segundo diferentes ritmos, o território incorpora as mudanças da técnica e da ciência, alterando, de forma mais ou menos intensa, as paisagens. Na nova paisagem, nada mais é o mesmo, o novo e o velho se adaptam mutuamente. Essa dinâmica de acomodações sucessivas não responde apenas às conjunturas do lugar, mas também às variáveis externas produzindo novos contextos, novas confrontações (entre o novo e o velho) e novas práticas.

Às vezes, essas acomodações exigem modificações no espaço construído segundo um arcabouço novo de critérios capaz de estabelecer o que será demolido, reformado ou acrescentado, criando todo um sistema histórico coerente de valores culturais, sociais e econômicos. Reordena-se o conteúdo do espaço construído, onde cada elemento adquire uma nova posição hierárquica e uma nova posição funcional, estabelecendo novos fluxos. Esse reordenamento é chamado *refuncionalização*.

Com a refuncionalização espacial, muda o sistema de valores dos objetos que compõem o espaço construído, mas não necessariamente se impõem demolições, reformas ou acréscimos, isto é, nem sempre é possível observar na paisagem uma refuncionalização.

Refuncionalizar é, como a palavra já diz, alterar a função de determinada coisa, e só. Não atrela, de modo algum, a mudança de função com intervenções na constituição física do elemento do sistema material, mas, atribui, a esse elemento, um novo valor de uso, que é a essência de uma refuncionalização. Portanto, a forma, por si só, não se refuncionaliza, mas é o seu conteúdo que assume nova conformação (EVASO, 1999, p. 35).

Para compreender por que não é apenas a forma que se refuncionaliza, mas sobretudo seu conteúdo, é necessário atentar para alguns conceitos como *técnica*, *objeto técnico*, *ação*, *forma*, *paisagem* e *espaço geográfico* e suas relações no espaço-tempo.

Iniciamos com os dois conceitos mais gerais e que abrangem os demais: *paisagem* e *espaço geográfico*. Paisagem é o que obtemos ao congelar um instante, sem considerar a dinâmica social. Quando a vida humana é integrada à paisagem, temos o espaço. Segundo Evaso (1999), a materialidade, produzida pelo homem tem duas dimensões indissociáveis: uma física (estética, rígida, absoluta) e outra relacional (relativa, funcional, que transcende o lugar). A primeira corresponde à paisagem, um “sistema material”, esfera das formas; já a segunda, ao espaço, um “sistema de valores” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 103-104), esfera dos objetos.

Sendo aquilo que se pode abarcar com a visão, a paisagem refere-se à forma, ao visível, ao estético, ao material. Já o espaço agrega às formas a vida, as relações, os fluxos, as funções (SANTOS, M., 2006b[1996]). E Evaso (1999, p. 37) conclui que os objetos são as formas permeadas por ações, ou seja, constituídas de conteúdo, de funcionalidade, “contextualizadas por um sistema de valores”, ações que variam ao longo do tempo.

Então, a forma com conteúdo, com uma função, é o objeto – sistema de ações percorrendo o sistema material (forma). É sua função que confere ao objeto um valor sistêmico. Assim, os objetos formam sistemas entre si e configuram sistemas de práticas que são exercidas neles.

Os objetos, sobretudo aqueles relacionados aos modos contemporâneos de produzir, tendem a se difundir e reproduzir rápida e universalmente em escala global, estando relacionados a condições sociais e técnicas de dado momento histórico. “A principal forma de relação [...] entre o homem e o meio é dada pela técnica” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 29): é por meio de técnicas, meios instrumentais e sociais, que o homem cria espaço. A técnica é, portanto, parte do território, um elemento que o constitui e transforma.

Cada época tem suas próprias formas de fazer, e podemos distingui-las pela análise de diferentes técnicas. Assim, a técnica possibilita a materialização do tempo, já que implica em si uma história (SANTOS, M., 2006b[1996], SILVA, M. W., 2012).

Na realidade, toda técnica é história embutida. Através dos objetos, a técnica é história no momento da sua criação e no de sua instalação e revela o encontro, em cada lugar, das condições históricas (econômicas, socioculturais, políticas, geográficas) que permitiram a chegada desses objetos e presidiram a sua operação. A técnica é tempo congelado e revela uma história (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 48).

A difusão das técnicas, bem como sua implantação no espaço, é seletiva e diferentemente datada, pois, num mesmo lugar, podem conviver “subsistemas técnicos” de diferentes épocas (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 42). Portanto, a partir do fenômeno técnico, podemos conhecer a produção e a transformação do espaço geográfico. Isso traz duas contribuições importantes: uma é que o fato de existirem diversos sistemas técnicos em um lugar promove certos tipos de ação diferenciando os lugares, as diferentes formas de vida; e outra é que os “resíduos do passado” não são um entrave à difusão de novos sistemas técnicos – lembrando que a aceitação das novas técnicas nunca é completa, nem naqueles países com grandes avanços tecnológicos. No entanto, os objetos não se dão sem as ações, e vice-versa, e

tampouco essa relação se dá sem um meio, ou seja, é necessário que cada objeto seja apropriado por um espaço formando um “conjunto de objetos organizados segundo uma lógica e utilizados (acionados) segundo uma lógica” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 40).

Para ampliar a discussão sobre os objetos técnicos, ressaltamos a distinção de Simondon (2007) entre objetos técnicos abstratos e objetos técnicos concretos. Para o autor, os primeiros estão longe de se constituir num sistema natural por serem artificiais, enquanto estes são mais evoluídos, isto é, estão mais próximos do modo de existência dos objetos naturais, por apresentarem maior coerência interna, perdendo seu caráter artificial.

A passagem de uma produção artesanal para uma produção industrial, ou a evolução de um objeto técnico abstrato para um objeto técnico concreto reside na imperfeição dos objetos abstratos (SIMONDON, 2007). A partir dos limites encontrados no uso dos objetos, mostra-se a necessidade de uma reacomodação do sistema, de modo que os objetos se tornam cada vez mais concretos. À medida que os objetos se diferenciam (diferenças entre o que eram e o que são), ocorre o que Simondon (2007) chama de *concreção*, ou agregação de novas funções à estrutura dos objetos para melhor responder a suas funções principais e levando a uma maior especialização de cada estrutura.

Tal especialização não se dá de função por função, mas de sinergia por sinergia, ou seja, é a ação simultânea de um grupo de funções que constitui “el verdadero subconjunto en el objeto técnico” (SIMONDON, 2007, p. 55), e não apenas uma função. Portanto, o que distingue a concreção do objeto técnico é seu funcionamento pela ação conjunta de várias partes, cada qual com uma função, a fim de cumprirem juntas a função maior de determinado objeto, enquanto o objeto abstrato está totalmente envolvido na realização da função maior de determinado objeto.

Vemos, então, uma relação com as mudanças havidas na medicina ao longo do tempo histórico, ou seja, a inexistência de objetos ligados à medicina até o século XIX, seguida pela constituição de objetos técnicos abstratos que se foram transformando em objetos técnicos cada vez mais concretos, pela agregação de processos sinérgicos.

Nesse sentido, consideramos o hospital um objeto técnico⁶⁴ abstrato que, a partir do século XIX, se foi *concretizando* até chegar aos dias atuais, quando se pode considerá-lo um

⁶⁴ “No começo, era a natureza selvagem, formada por objetos naturais, que ao longo da história vão sendo substituídos por objetos fabricados, objetos técnicos, mecanizados e, depois, cibernéticos, fazendo com que a

objeto técnico concreto. Tal objeto técnico tão caro à medicina não pode ser entendido sem sua relação com inúmeros outros objetos técnicos (como objetos de baixo grau tecnológico – seringas, luvas, gases etc. –, objetos de alto grau tecnológico – equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem etc. –, objetos para análises clínicas – que podem estar dentro ou fora do ambiente hospitalar –, sistemas elétricos e eletrônicos etc.), formando um sistema sem o qual sua função não se completaria.

Então, para entender os objetos técnicos concretos, é preciso analisá-los uns em relação aos outros; só assim os sistemas de objetos ganham significado. Nesse sentido, resgatamos a noção de sistema de Baudrillard, posto que, em sua grande maioria, os objetos não funcionam isoladamente, mas como “elementos [que só] são viáveis em conjunto” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 71). Hoje, a correlação entre os objetos é indispensável: não é possível entendê-los sem considerá-los em sistema. E isso só acontece por intermédio do espaço: “nesse sentido, é o espaço considerado em seu conjunto que redefine os objetos que o formam” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 97). Daí a necessidade de, para entender o papel dos hospitais na economia da saúde, recorrer ao conceito de circuitos espaciais produtivos da saúde. Eles se organizam em sistema de acordo com as demandas dos objetos técnicos concretos, sendo um deles o hospital.

Tomando os hospitais como um conjunto de objetos técnicos, sendo ele próprio também um objeto, conseguimos vislumbrar, a partir de um exemplo, um pequeno “conjunto de relações entre elementos heterogêneos” (AKRICH, 2014[1987], p. 162) que estão inseridos nesse ambiente.

Como vimos, os hospitais concentram uma variada gama de atividades: recepção de pacientes, atendimento clínico e cirúrgico, alimentação, limpeza, segurança, exames clínicos e de imagem, consultas médicas, gestão hospitalar, *marketing*, manutenção etc. Essas atividades estão conectadas a outras e a atores que não necessariamente se encontram dentro dos hospitais (daí a interligação entre diferentes objetos). Por exemplo, para um exame de ressonância magnética, devem existir: um circuito espacial produtivo que dá condições para a operação desse aparelho (SANTOS, F., 2016); meios que ligam o agente produtor e o agente comprador, que podem ser as feiras médicas (VENDRUSCULO, 2015); dentro do hospital, um ambiente preparado para receber esse equipamento que envolve desde argamassas especiais até instalação

natureza artificial tenda a funcionar como uma máquina. Através da presença desses objetos técnicos – hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, portos, estradas de rodagem, estradas de ferro, cidades –, o espaço é marcado por acréscimos, que lhe dão um conteúdo extremamente técnico” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 63).

elétrica adequada; força de trabalho que saiba fazer a ponte entre a máquina e o paciente; força de trabalho que faça a manutenção desse equipamento; um imaginário, real ou inventado, que crie na população a necessidade de se submeter a esse exame; médicos que, a partir de estudos, aprovam e prescrevem o uso desse aparelho; normas que protejam os atos médicos; estratégias dos grandes grupos industriais; uma organização no país, em geral, mas sobretudo nos lugares, jurídica, arquitetônica, econômica e política capaz de atribuir ao espaço características que permitam a circulação e instalação desse objeto etc. E isso se repete em cada atividade hospitalar, o que torna esse ambiente supercomplexo, já que o êxito de sua função (tratar pacientes) envolve inúmeros objetos permeados por inúmeras ações que se dão segundo inúmeras técnicas, constituindo uma rede. Assim, hoje para funcionar, os complexos hospitalares dependem de redes técnico-científico-informacionais de diferentes agentes (corporações, instituições) com abrangência mundial.

A eficácia do objeto técnico se deve à relação contínua entre o “interior” e o “exterior”, não podendo “mais ser confundida com um dispositivo material em conjunto com os usos ‘preenchidos’ por esse dispositivo: ela se define exatamente como narrativa construída entre esses dois termos” (AKRICH, 2014[1987], p. 163).

É interessante notar que as conexões e as defasagens entre os objetos só são efetivas “na confrontação entre o usuário real e o usuário projetado” (AKRICH, 2014[1987], p. 170). O usuário projetado é aquele que foi imaginado pelo projetista, que, na maioria das vezes, não reflete as reais necessidades ou as expectativas do usuário real (aquele que de fato usará o objeto). Nesse processo, no âmbito do hospital, os médicos são os avaliadores dos objetos, promovendo o diálogo entre o real e o projetado. Também podemos extrapolar essa relação: por exemplo, as determinações normativas do sistema de saúde que prevê atendimento a todos (usuário projetado) e suas reais condições de atendimento (usuário real).

Dito de outra maneira, o desenho do projetista não é só um desígnio [...], a formatação do objeto técnico passa por um processo longo de fabricação simultâneo dos elementos técnicos e sociais que vai muito além das fronteiras do laboratório ou do atelier (AKRICH, 2014[1987], p. 170).

Para que tudo isso ocorra, é necessária “a criação ou a extensão de redes sócio-técnicas [coesas] [...] a rede funciona a partir da união de coisas controlada por atores tanto técnicos como humanos” (AKRICH, 2014[1987], p. 171/174).

Daí a necessidade de tratar as técnicas como sistemas, pois uma técnica não funciona isoladamente: ela só pode ser compreendida quando inserida num sistema de técnicas integradas funcional e, sobretudo, estruturalmente (SANTOS, M., 2006b[1996]). Um sistema técnico busca sua coerência e obtém coesão nos elementos materiais e sociais de cada época, e, à medida que se faz alguma modificação, ela incide nas demais.

Esse “meio ambiente técnico”, que já havia sido evocado por Simondon (2007),⁶⁵ é também responsável pelo fato de que a produtividade de cada invenção depende da disponibilidade de tecnologias complementares, e um novo sistema técnico não funciona plenamente antes da *mise au point* e instalação das chamadas “técnicas afluentes” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 176).

Assim, inovações tecnológicas recentes, relativas tanto estritamente à medicina como a outras esferas, vêm transformando o ambiente hospitalar.

[...] a tecnologia muda mais rápido que os edifícios, e essa assincronia é traduzida na forma de constantes reformas e expansões. [...] na recuperação de edifícios por causa da incorporação de equipamentos de elevada tecnologia, a principal problemática está centrada na necessidade de espaços que não foram previstos e na procura de soluções que atendam às [novas] exigências [...], sem destruir a estética do edifício (MACHRY, 2010, p. 202).

Entre as principais mudanças,⁶⁶ destacamos: a informática médica modificando o padrão de transmissão e processamento de informações, dados e imagens (prontuário eletrônico,⁶⁷ telemedicina,⁶⁸ sistema de videoconferência, processamento de sinais biológicos⁶⁹ e de imagens

⁶⁵ SIMONDON, G. **Du mode d’existence des objets techniques**. Paris: Aubier, 1989[1958].

⁶⁶ Uma boa circulação nos hospitais foi garantida a partir do momento em que eles adquiriram a forma de “monoblocos” – único edifício com vários andares. Essa forma construtiva foi concebida nos EUA, garantindo, além da facilidade de circulação e concentração da infraestrutura hidráulica, elétrica, de esgoto e, hoje, de *internet*, menores custos de construção e manutenção, favorecendo uma melhor vigilância e administração. Distingue-se da forma “pavilhonar” – construções baixas e dispersas –, permitindo a construção de hospitais em terrenos menores (SANT’ANNA, 2011).

⁶⁷ “Disponibiliza informações através de um meio hipermídia, ‘com as vantagens de melhorar o acesso aos dados (uso mais veloz e dinâmico), aumentar a legibilidade das informações, eliminar dados redundantes e pedidos de exames repetidos, organizar os dados de forma sistemática e melhor estruturada, permitir a verificação automática dos dados, permitir o apoio automático à decisão, permitir a busca coletiva, permitir as análises estatísticas e permitir a pesquisa’ (MARINELLI, 2003, p. 83)” (MACHRY, 2010, p. 150). MARINELLI, A. **Espaços arquitetônicos e virtuais dos serviços de saúde suportados pela telemática**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Engenharia São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2003.

⁶⁸ “[...] a telemedicina é uma forma de se prestar assistência médica quando o paciente está fisicamente distante do médico. ‘Ela envolve a transmissão de imagens estáticas, vídeos, informações sobre o paciente, sinais de eletrocardiografia etc. através dos meios de telecomunicação [...]’” (MACHRY, 2010, p. 151). Pode ser classificada em: telediagnóstico, telemonitoramento, teledidática, teleconsulta, telecirurgia, telesocorro, teleterapia e teleambulâncias.

⁶⁹ Registro e processamento de sinais biológicos de forma digital.

médicas⁷⁰ etc.), além da necessidade de mudanças estruturais para a instalação de cabeamento capaz de compartilhar e processar esses dados e imagens; equipamentos de diagnóstico e tratamento (radiologia, radioterapia, medicina nuclear, ressonância magnética, laboratórios, automatização das cirurgias etc.); equipamentos de infraestrutura predial e instalações prediais para a instalação de sistemas de segurança e automação predial e para suprir as necessidades do sistema de abastecimento e distribuição de água (água fria/quente, águas pluviais), sistema de captação e distribuição de energia, instalações fluído-mecânicas (gás natural, ar comprimido, vácuo, oxigênio, dióxido de carbono, nitrogênio etc.), sistema de ar-condicionado, sistema de proteção contra incêndio, sistema de resíduos (tratamento de esgoto, lixo, material radioativo), sistema de iluminação, sistema de eletricidade etc.

Essa infraestrutura predial hospitalar exigiu grandes mudanças estruturais à medida que se sofisticaram tecnologias, levando à maior inserção de equipamentos.

Inúmeros são os aparelhos e equipamentos disseminados pelo hospital, cada qual com exigências, peculiaridades, cuidados e requisitos os mais variados, envolvendo: peso, volume, altura, vibração, interferência, blindagem, proteção, isolamento, iluminação, voltagem, estabilização de corrente elétrica, sistema de *no-break*, *short-break*, nível equipotencial, aterramento, corrente de fuga, campo magnético induzido; explosão e inflamação de gases, água tratada, destilada, quente; vapor, condensado; assepsia; esterilização, umidade, temperatura e muitos outros (KARMAN, 1994, p. 85⁷¹ apud MACHRY, 2010, p. 179).

Os sistemas técnicos atuais ganham força pela associação profunda entre técnica, ciência e informação, bases “material e ideológica em que se fundam o discurso e a prática da globalização” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 177). Outra característica dos sistemas técnicos atuais é a rapidez de sua difusão, podendo alcançar muito mais pessoas e lugares, mas que ainda não é homogênea, sendo seus limites “dados pela divisão do trabalho e pelas condições de criação de densidade” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 179).

Esses sistemas técnicos também são marcados pela rigidez, resultado tanto da “técnica nos instrumentos, quanto ao método de sua utilização” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 180), mas ela pode não existir se os sistemas técnicos servirem a solidariedades organizacionais para

⁷⁰ Gerenciamento, processamento e compartilhamento digital de imagens antes armazenadas e trabalhadas na forma de filmes radiológicos.

⁷¹ KARMAN, J. **Manutenção hospitalar preditiva**. São Paulo: Pini, 1994.

ampliar sua capacidade emancipatória no uso do território; nesse sentido, as políticas estatal e corporativa são mais rígidas que as técnicas (ANTAS JR., 2005, p. 218).

Os edifícios hospitalares apresentam longo histórico de reformas para expansão ou adaptação de suas estruturas a fim de superar déficits operacionais, baixo faturamento ou mau atendimento.

Em hospitais públicos, em virtude da escassez de verbas, as obras são como “intervenções arquitetônicas pontuais e, às vezes, planejadas sem a visão global do edifício” (MACHRY, 2010, p. 194). Muitas vezes, essa verba advém de doações a um setor específico do hospital. Nesses casos, a refuncionalização do espaço é um rearranjo ou um novo arranjo funcional no sistema material do objeto. A função do objeto, seu valor de uso e seu conteúdo definem a forma e sua articulação sistêmica. Cada contexto histórico leva a rearticulações dos objetos para adaptá-los a novos sistemas técnicos e de ações. Nesse sentido, sobrevêm novos objetos, novos padrões e novas ações. Posto que o objeto sem conteúdo é apenas forma, a refuncionalização se opera no conjunto forma-conteúdo, ou seja, no espaço.

[...] objetos não têm por si mesmos uma história, nem uma geografia. [...] sua existência histórica depende de sua inserção numa série de eventos – uma ordem vertical –, e sua existência geográfica é dada pelas relações sociais a que o objeto se subordina e que determinam as relações técnicas ou de vizinhança mantidas com outros objetos – uma ordem horizontal. Sua significação é sempre relativa (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 102).

As formas dos objetos só mudam para atender às demandas de função, sendo normalmente vantajosas em duas circunstâncias: quando não existem outras formas mais adequadas para ser usadas ou quando são necessárias apenas pequenas alterações. No entanto, se for uma forma simbólica (CORRÊA, 2007), os signos que ela emana podem ser muito mais importantes do que a necessidade de mudar a forma para atender a novas funções. Esse é o caso dos objetos estudados: ainda que mantenham como função essencial o atendimento a pacientes, o ensino e a pesquisa médica, sofreram mudanças internas (estruturais, técnicas, tecnológicas, científicas, de gestão, educacionais etc.) capazes de alterar a maneira como desenvolvem suas funções essenciais, o que permite dizer que essas instituições também passaram por refuncionalizações ao longo do tempo.

E seja-nos permitido um breve aparte sobre formas simbólicas, subsídio teórico que nos permitirá entender o poder e a importância das escolas e dos hospitais estudados.

Discutindo a espacialidade da ação humana considerando seus simbolismos, Corrêa (2007) se vale do conceito de *formas simbólicas*,⁷² que caracteriza assim:

As formas simbólicas são representações da realidade, resultantes do complexo processo pelo qual os significados são produzidos e comunicados entre pessoas de um mesmo grupo cultural, conforme aponta Hall (1997).⁷³ As formas simbólicas, materiais ou não, constituem signos construídos a partir da relação entre formas, os significantes, e conceitos, os significados. As formas simbólicas, no entanto, são sujeitas a interpretações distintas, caracterizando-se por uma instabilidade de significados, por uma polivocalidade (CORRÊA, 2007, p. 7).

Quando às formas simbólicas se conferem atributos da espacialidade, como “fixos e fluxos, isto é, [...] localizações e itinerários” (CORRÊA, 2007, p. 8), elas se tornam formas simbólicas espaciais.

Palácios, templos, cemitérios, memoriais, obeliscos, estátuas, monumentos em geral, *shopping centers*, nomes de logradouros públicos, cidades e elementos da natureza, procissões, desfiles e paradas, entre outros, são exemplos correntes de formas simbólicas espaciais (CORRÊA, 2007, p. 9).

Há aí uma relação de duplo sentido: as formas simbólicas espaciais se configuram, em grande medida, por sua localização e seus itinerários, e localizações e itinerários são caracterizados por formas simbólicas.

A localização das formas simbólicas pode ser absoluta, relativa ou relacional. Chama-se absoluta a localização num lugar significativo, importante, de memorialização; relativa, a que está associada à visibilidade e à acessibilidade da forma simbólica na cidade, na região ou no país: “Esta acessibilidade é um dos meios mais importantes para que as formas simbólicas possam transmitir as mensagens que delas se espera” (CORRÊA, 2007, p. 9); e, por fim, relacional, a localização de formas simbólicas em função de outras, num contexto de divergência de interesses.

As formas simbólicas também têm duas dimensões: a absoluta e a relacional. A absoluta é a dimensão física (área, volume e altura) da forma simbólica, estando associada à magnitude dos signos que quer passar; já a dimensão relacional é a comparação entre a forma simbólica e

⁷² Sublinhamos que, levando em consideração os argumentos de Evaso (1999) e Milton Santos (2006b), é mais coerente tratar as formas simbólicas como objetos simbólicos, já que só os objetos têm conteúdo.

⁷³ HALL, S. **Representations:** cultural representations and signifying practices. London: Sage, 1997.

seus signos – ambas as formas associadas à ideia de poder e, sobretudo, à de superioridade (CORRÊA, 2007).

As formas simbólicas estão, em muitos casos, associadas a eventos e personagens cujos significados extrapolam a escala local, regional ou nacional, podendo referir-se a eventos e personagens de expressão internacional e global. Nesse sentido, a escala relacional, vista em termos de dimensão física, torna-se plenamente inteligível. As formas simbólicas não são, assim, apenas singulares, mas adquirem um sentido universal. Isso particularmente nos séculos XIX e XX, quando transformações profundas geraram novos valores e práticas, para as quais novas formas simbólicas foram suscitadas. [...] As formas simbólicas espaciais têm, assim, forte conotação política (CORRÊA, 2007, p. 10).

O sentido político das formas simbólicas espaciais é intencional, concebido pelos idealizadores dessas formas para (CÔRREA, 2007, p. 10): (a) “glorificar o passado” dando destaque a aspectos considerados relevantes para o presente e o futuro, (b) “reconstruir o passado” atribuindo-lhe novos significados (em ambos os casos, podem-se inventar tradições), (c) impor a todos valores de um grupo, enredando fortes relações de poder, (d) “afirmar a identidade de um grupo”, (e) indicar que o futuro é agora, sendo mensageiro de características positivas, e (f) “criar *lugares de memória*” para constituir ou manter uma coesão social criada em nome de um passado comum.

Essas características das formas simbólicas espaciais permitem entender o HC e a FMUSP, assim como o HSP e a EPM-Unifesp como formas simbólicas espaciais, porque são formas eivadas de simbolismos que exaltam sua importância no ensino, na pesquisa e na saúde dos brasileiros. Esses simbolismos vêm desde sua respectiva criação e estão vinculados às elites da época, permanecendo nos corredores, na mente de seus frequentadores e na sociedade de modo geral.⁷⁴ No entanto, podem também engendrar outros significados, contestatórios sobretudo, diante da função que exercem. As dificuldades enfrentadas pela população no que tange ao acesso à saúde podem gerar outros significados para essas instituições, atribuindo a essas formas simbólicas uma polivocalidade de significados: “Representações sociais de uma

⁷⁴ A criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo era envolta desse sentimento de superioridade. “A faculdade tinha a responsabilidade de, antes de tudo, tornar-se um dispositivo formador das elites e, para tanto, amalgamar conteúdos científicos e políticos no indivíduo que ali ingressava. A produção científica dessa escola médica acabou ganhando força explicativa não apenas para as demandas corporativas e tecnológicas do estado, mas para erigir igualmente aquilo que Eric Hobsbawm chamou de ‘invenção das tradições’ (HOBSBAWM, 1997). À posteridade, caberia, portanto, assinalar seu nascimento como balizado pela competência e pelo heroísmo de seus pares, em decorrência de uma força paulista vinda dos tempos dos bandeirantes, capaz de assegurar para a ‘Casa de Arnaldo’ vida e reputação como locus das melhores almas e cabeças, instituindo uma ‘medicina genuinamente paulista’ em uma verdadeira ‘terra de gigantes’ (MOTA, 2005)” (MOTA; MARINHO, 2011, p. 137). HOBSBAWM, E. **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

sociedade marcada por diferenças e desigualdades, as formas simbólicas espaciais são portadoras de um sentido político, fazendo parte da iconografia política da paisagem” (CORRÊA, 2007, p. 11).

As formas simbólicas espaciais são elementos importantes no processo de constituição e manutenção de identidades (étnica, racial, social, religiosa, nacional, local), capazes de individualizar uma “porção do espaço ou um grupo humano” (CORRÊA, 2007, p. 11). A toponímia também é uma forma simbólica capaz de atribuir significado ao objeto, valorando-o, estigmatizando-o ou empoderando-o, além de ser uma forma de apropriação do espaço: “A toponímia pode ser vista, em muitos casos, como a resultante da combinação entre linguagem, política territorial e identidade” (CORRÊA, 2007, p. 11). Isso é visível no nome de algumas ruas no entorno do complexo HC-FMUSP – avenida Dr. Arnaldo (em homenagem ao fundador da FM), rua Teodoro Sampaio (engenheiro que construiu o Hospital de Isolamento), avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar (médico), rua Oscar Freire (médico catedrático da FM e um dos fundadores do Instituto Médico Legal) –, bem como no das instituições – Faculdade de Medicina de São Paulo (nome dado à época de sua criação), Escola Paulista de Medicina e HSP –, que reforçam o nome de seu local de origem, conferindo à cidade um caráter de superioridade em relação ao país no que tange à produção de conhecimento médico, à implementação de novas práticas médicas, ao ensino, e mesmo à economia da saúde.

O passado pode ser visto como um texto incompleto, cuja leitura permite, mais do que o presente, interpretações diversas, possibilitando reconstruções adequadas às vicissitudes de cada momento e de cada grupo social. O passado pode ser inventado e re-inventado. As interpretações sobre o passado e suas reconstruções podem ser expressas de diversos modos, entre eles as formas simbólicas espaciais como estátuas, memoriais e prédios. A fachada e o interior de um prédio podem ser remodelados, alterando-se a sua iconografia de acordo com a intenção de quem pretende reciclar significados sobre o passado, “apagando” a iconografia cuja intenção era de gerar outra interpretação. Mais do que uma estátua ou memorial, um prédio apresenta uma flexibilidade que permite uma refuncionalização simbólica. Um prédio pode, assim, tornar-se um meio útil para uma política de significados (CORRÊA, 2007, p. 13).

Nesse sentido, qual terá sido a intenção ao se restaurar a Faculdade de Medicina? Ressaltar, trazer à tona os significados gerados no passado. O aspecto velho, destruído pelo tempo, atribuía à faculdade um significado de decadência que não condizia com as funções que lhe designaram seus idealizadores e nem com o que era segundo dados de produção.

O edifício que abriga a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, inaugurado em 1931, passou por uma readaptação às suas novas necessidades, a fim de manter o padrão de serviços prestados à comunidade. O tombamento do prédio da Faculdade de Medicina [em 1981], a “Casa de Arnaldo”, pelo Condephaat [Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico, Arqueológico e Turístico do Estado de São Paulo], reconheceu-a como um bem cultural e refere-se, ainda, ao papel que representou na História da Medicina Brasileira. As propostas que definiram a ideia da criação da Faculdade partiram do reconhecimento do papel da pesquisa científica e, com ele, a necessidade de instituírem-se espaços físicos modeladores no padrão da época. O tombamento, portanto, assegurou definitivamente a preservação do centro de ensino médico. A Faculdade de Medicina, seja no que diz respeito à construção dos prédios e instalação dos laboratórios ou com relação a sua organização funcional e orientação pedagógica, representou para o país um enorme avanço técnico, científico e cultural, sendo reconhecida e prestigiada mundialmente. Ao longo de sua história, passou por inúmeras transformações físicas que foram alterando sua forma original, adaptando seus espaços às novas e crescentes exigências do ensino médico, nem sempre compatíveis com o tipo de instalações preexistentes. Consequentemente, foi surgindo um edifício com características e intervenções de diferentes épocas. O grande desafio do Projeto de Restauro e Modernização da Faculdade de Medicina da USP⁷⁵ foi o de modernizar o antigo, respeitando seus aspectos histórico-culturais (HISTÓRICO, [20--]).

Era necessária, então, uma refuncionalização simbólica, além daquela referente às adequações técnicas (hidráulica, ar-condicionado, internet/telefonía, incêndio etc.), a fim de recuperar seus significados. Analogamente, a execução de reformas nos hospitais de ensino (HC e HSP) para adequá-los técnica e tecnologicamente aos ditames atuais da produção de cuidados médicos também refuncionalizavam simbolicamente seus significados. Ou seja, queriam e querem imputar aos hospitais a imagem de que ainda continuam importantes e que ainda detêm o poder de antes. Ainda que as dificuldades financeiras, sobretudo no HSP, sejam um empecilho.

⁷⁵ “O Projeto foi integralmente executado com recursos provenientes da iniciativa de empresas públicas, privadas e de pessoas físicas em geral, em forma de patrocínios e doações. A captação desses recursos foi conduzida até 2006, pela Comissão de Restauro, formada por empresários e renomados Professores da Casa, que prestaram relevantes serviços, não só para a Faculdade de Medicina da USP, mas para a saúde brasileira. O tombamento, pelo Condephaat, do prédio da Faculdade de Medicina da USP como Patrimônio Cultural de São Paulo, permitiu a utilização de Leis de Incentivos Fiscais, que beneficiaram diversos colaboradores pessoas físicas e jurídicas: Lei Rouanet (federal), registrada no Ministério da Cultura sob o Pronac nº 98-SP-0558-552, e Lei Mendonça (municipal), que pôde ser utilizada no restauro do Teatro da FMUSP. Em dezembro de 2008, o Projeto de Restauro e Modernização da FMUSP foi oficialmente finalizado: com o seu orçamento atualizado em função de obras suplementares, indispensáveis para garantir o pioneirismo da FMUSP nas ações acadêmicas, foram investidos cerca de R\$ 82 milhões, dos quais R\$ 23,2 milhões captados junto a empresas públicas e privadas; R\$ 800 mil através de doações de pessoas físicas e R\$ 58 milhões repassados pela Fundação Faculdade de Medicina, que assim se tornou a principal colaboradora do projeto” (PROJETO DE RESTAURO, [20--]).

O futuro constitui-se em objeto de profunda preocupação por parte daqueles que detêm poder, interessados em reproduzir aquelas condições que garantam a continuidade do poder de que desfrutam, e daqueles que se empenham em construir um futuro diferente do presente. O futuro é, assim, marcado por uma tensão entre permanência e mudança. As formas simbólicas espaciais constituem importante veículo por meio do qual o futuro pode ter a sua concepção comunicada, aprovada ou contestada (CORRÊA, 2007, p. 14).

Construídas e reconstruídas pelo homem em suas práticas socioespaciais, as formas simbólicas espaciais detêm uma força de representação do passado, do presente e do futuro, imbuídas de diferenças, igualdades, poder, celebração, contestação e memorialização. Entendendo que nosso país é marcado por profundas desigualdades, as formas simbólicas são um meio de afirmação, ressignificação ou contestação dessas diferenças.

Considerado essa dimensão simbólica dos objetos, encerramos o aparte e voltamos à discussão de sua dimensão técnica.

Plasticidade é a capacidade de um objeto de absorver novas funções sem se tornar um obstáculo a seu desenvolvimento. Nesse sentido, os objetos podem ser mais ou menos plásticos. Quanto mais plásticos forem, menores serão as adequações físicas a novas funções, de modo que a funcionalidade dos objetos depende da plasticidade, das limitações impostas pelas formas. Nesse sentido, refuncionalizar é um “processo de redefinição da plasticidade de parcelas do sistema material” (EVASO, 1999, p. 39). A plasticidade pode ainda variar de acordo com novos contextos: pode tornar-se rígida, adaptável ou sem necessidade de alteração. Ressaltamos ainda que mesmo as “ações novas podem dar-se sobre velhos objetos, [...] sua eficácia é, assim, limitada” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 97).

Como exemplo, temos o caso do HSP⁷⁶ (certamente aplicável também ao HC). O edifício é dividido em alas, com enfermarias ao longo das dependências – em formato de H. Ao longo do tempo, foi sendo reformado, sempre atendendo às recomendações da vigilância sanitária da época. De modo geral, essas mudanças eram estabelecidas segundo as necessidades epidemiológicas do momento, ou seja, o que se conhecia sobre epidemiologia ia modificando o ambiente (novas descobertas significavam novos pacientes, com maior sobrevida e novas necessidades de espaço). Ademais, se foram evitando grandes enfermarias em prol da qualidade

⁷⁶ Essas informações foram obtidas em entrevista com o diretor clínico e a diretora técnica do Hospital São Paulo, respectivamente, Prof. Dr. José Carlos Costa Baptista da Silva e Prof^a Dr^a Sandra de Oliveira Campos, no dia 7 de dezembro de 2015, e em visita técnica ao Hospital São Paulo, acompanhada pelo diretor clínico e pela Prof^a Dr^a Ana Lúcia Lana Nemi, coordenadora do Arquivo Histórico do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Universidade Federal de São Paulo, no dia 11 de março de 2016.

da estadia dos pacientes e pela questão epidemiológica do próprio hospital. Destaca-se ainda a dificuldade enfrentada por um hospital estabelecido em prédios antigos (o prédio central foi construído na década de 1940): por exemplo, o número de banheiros, antes raros, agora precisam estar disponíveis em muitos pontos do edifício. Finalmente, é preciso dedicar espaços aos serviços de lavanderia, cozinha, refeitório e segurança, entre outros.

Além disso, reforçando a dimensão do HSP, a diretora de enfermagem do hospital, Prof^a Dr^a Angélica Gonçalves Silva Belasco, pontuou⁷⁷ que a instituição tem dois prédios interligados que sofrem com problemas estruturais. Não há uma sequência lógica das reformas para atingir todos os edifícios: elas acontecem por setores, em unidades que conseguem verbas com destinação específica, fruto de emendas parlamentares ou doações privadas. As reformas partem de normas atualizadas de construção hospitalar, procurando sanar deficiências herdadas das antigas construções como, por exemplo, a distribuição desigual de água pelas caldeiras na tubulação, réguas de oxigênio e ar comprimido em quantidade e pressão menores que as necessárias, existência de banheiros mistos, falta de espaço de circulação e trabalho entre os leitos, entre outros. No caso das enfermarias, atendem à proximidade, mas esbarram em gargalos de circulação e disponibilidade de recursos necessários ao tratamento dos pacientes – transporte interno de pacientes dificultado, seja pelo baixo número de elevadores ou pela localização de aparelhos de diagnóstico em outras unidades, fora do hospital.

Outro ponto é a degradação dos objetos (dinâmica do espaço) e a deterioração das formas (dinâmica da paisagem) (EVASO, 1999). A primeira pode tornar-se uma refuncionalização, enquanto a segunda leva a uma alteração física, sendo, portanto, destrutível. Ainda assim, a degradação e a deterioração podem exercer influência mútua, ou seja, pode haver uma degradação a partir de uma prévia deterioração e vice-versa.

A degradação dos objetos é a “perda relativa de valor de um objeto frente ao conjunto sistêmico de objetos a que se encontra articulado” (EVASO, 1999, p. 47). Assim, ela é relativa ao conteúdo, à funcionalidade, ao valor de uso do objeto. São as funcionalidades que atribuem ou reatribuem a cada objeto um valor no sistema, um grau hierárquico que só pode ser entendido nas relações entre os objetos. Nesse sentido, a degradação é uma dinâmica espacial, pois transcorre na dimensão dos objetos.

⁷⁷ Entrevista realizada em 21 de dezembro de 2015, em São Paulo.

Já a deterioração é relativa à perda física, à perda de um valor próprio sem relação com um sistema de valores. Os danos em alguma forma não têm relações de causalidade com outra forma, ou seja, não se pode dizer que A está deteriorado em função de B, mas apenas que A está mais deteriorado que B. Assim, as perdas físicas na forma de um objeto são absolutas, e não relativas.

As escolas e os hospitais estudados apresentaram certa deterioração ao longo do tempo, coerentemente com sua idade. Podemos dizer que não se verificou-se degradação, já que, em relação às demais instituições de saúde do país, seu valor de uso não sofreu perda substancial. Embora a incorporação de novos sistemas técnicos numa forma sem adaptação para recebê-los (o que tem ocorrido mais recentemente) tenha dificultado a plena realização de suas atividades, essas instituições continuaram a gozar de grande importância no sistema de saúde brasileiro.

Cumprir observar que as formas não são obsoletáveis. O que se pode tornar obsoleto são as técnicas que construíram determinada forma, e não a forma em si. Assim, sendo o objeto aquele que detém o conteúdo técnico e que está em relação com um sistema de objetos do qual extrai sua eficácia, somente ele é passível de refuncionalização ou de obsolescência. A obsolescência se define a partir de uma hierarquia funcional, das relações entre os objetos (SANTOS, M., 2006b[1996]). A forma, então, não se torna obsoleta porque ela pode ser adaptada para atender a ações atuais.⁷⁸

São as relações, as práticas atuais que renovam as formas. Assim, a relação entre forma e conteúdo é mais profunda do que apenas uma relação funcional (SANTOS, M., 2006b[1996]), e isso permite que as formas sejam longevas. As refuncionalizações também podem demandar novos objetos, levando novas formas à paisagem. Ilustrando essa ideia, trazemos algumas fotografias históricas dos lugares estudados (Quadros 8 e 9):

⁷⁸ Mas, e quando as construções são demolidas para dar lugar a outras? Ainda que uma forma seja demolida, não é por se haver tornado obsoleta, mas porque não era possível realizar as novas funções naquela forma. No entanto, ela poderia atender aos requisitos de outras funções. Nesse contexto, entra em jogo mais do que a possibilidade de a forma atender a determinada função: se lhe acrescentam ela questões econômicas que também orientam o uso ou não de uma forma.

Quadro 8 – Escola Paulista de Medicina e Hospital São Paulo

Escola Paulista de Medicina locada na rua Botucatu com a rua Pedro de Toledo [193-?]. Essa construção de dois andares não existe mais.

Ao centro, vemos o Hospital São Paulo. Um pouco abaixo e à esquerda, a Escola Paulista de Medicina [194-?].

Em primeiro plano, vemos a Escola Paulista de Medicina. Logo atrás, o Hospital São Paulo [193-].

[continua]

[continuação]

Hospital São Paulo [195-?]

Ao centro, vemos o Hospital São Paulo.
Abaixo e à direita, o Pavilhão de
Patologia. A seu lado esquerdo, a Escola
Paulista de Medicina [195-?].

Escola Paulista de Medicina, Pavilhão de
Patologia e Hospital São Paulo [199-?].

[conclusão]

fonte: Arquivo do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (Unifesp).

Quadro 9 – Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas

Fachada do Hospital dos Variolosos (futuro Hospital de Isolamento e, mais tarde, Instituto de Infectologia Emílio Ribas) [1880]. Avenida Municipal, atual avenida Dr. Arnaldo.

Na parte inferior esquerda, vemos o Cemitério do Araçá. Ao centro, a Faculdade de Medicina. Atrás, residências [1929].

Os fundos da Faculdade de Medicina [1929].

[continua]

[continuação]

Em primeiro plano, vemos a lateral da Faculdade de Medicina. Um pouco acima, o Hospital de Isolamento. Em segundo plano, a região da avenida Paulista. Na ponta inferior esquerda, o Instituto Médico-Legal [1929].

Ao centro, vemos a Faculdade de Medicina. A seu lado direito, parte do Hospital de Isolamento. No canto inferior direito, a avenida Municipal, atual avenida Dr. Arnaldo [1930].

Terreno atrás do Hospital de Isolamento. No canto superior direito, vemos a avenida Rebouças [1932].

[continua]

[continuação]

Na parte inferior esquerda, vemos as obras do Hospital das Clínicas. Um pouco acima e à direita, a Faculdade de Medicina. A sua direita, o Hospital Emílio Ribas. A sua esquerda, o Instituto de Medicina Legal (atual Instituto Oscar Freire) e o Instituto de Higiene [1939].

Hospital das Clínicas

Ao fundo, vemos o Hospital das Clínicas. (Supomos que a rua seja a Teodoro Sampaio [194-?].)

Fachada da Faculdade de Medicina tomada da atual avenida Doutor Arnaldo. Nessa imagem, vemos um ponto da linha de bonde [194-].

[continua]

[continuação]

No canto esquerdo superior, o Hospital Emílio Ribas e a Faculdade de Medicina.

No inferior, o Instituto Medicina Legal (atual Oscar Freire). Ao centro, a avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar. No canto

direito inferior, acima da rua Teodoro Sampaio, o campo da Associação Atlética Oswaldo Cruz e, acima, a Escola de Enfermagem, o Instituto Central do HC e o Instituto de Ortopedia e Traumatologia [entre 1940 e 1960].

De cima para baixo, vemos o Cemitério do Araçá, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública, o atual Instituto Oscar Freire, a Faculdade de Medicina, a

avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, o campo da Associação Atlética Oswaldo Cruz, a Escola de Enfermagem, o Instituto Central do HC, o Instituto de Ortopedia e Traumatologia e a construção do Instituto de Psiquiatria [entre 1940 e 1960].

Na parte inferior, vemos o Cemitério do Araçá seguido da Faculdade de Medicina, do Instituto de Medicina Legal (atual Instituto Oscar Freire) e do Instituto de Higiene. Acima, o Instituto Central, a Escola de Enfermagem, o Instituto de Ortopedia e Traumatologia e o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas [entre 1940 e 1960].

[continua]

[continuação]

Fundos do Complexo Hospitalar do HC.

No canto inferior direito, vemos a avenida Rebouças e alguns prédios [entre 1940 e 1960].

Em primeiro plano, vemos a Seção de Arquivos. A sua direita, o Abrigo de Resíduos Central. Atrás, o Instituto de Psiquiatria, com o Instituto de Ortopedia e Traumatologia à esquerda e o Instituto Central do HC à direita. Abaixo, a avenida Rebouças [197-].

Vista aérea da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas. Podemos observar a intensa verticalização do lado que acompanha o início da avenida Rebouças [197-].

[continua]

[continuação]

Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar. À esquerda, parte do Instituto de Radiologia e, ao fundo, a Escola de Enfermagem. Podemos observar também a verticalização na região da rua Teodoro Sampaio [197-].

Ao centro, vemos o Instituto Central e, atrás dele, à direita, o Instituto de Ortopedia e Traumatologia. No canto inferior esquerdo, o prédio da atual Secretaria da Saúde. Observamos também a verticalização do entorno [1970-].

[conclusão]

fonte: Arquivo do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – FMUSP.

Conforme mostram as imagens, as escolas e os hospitais estudados eram, à época de sua inauguração, cercados por terrenos vazios e residências, sendo eles as únicas construções imponentes. Com o passar dos anos, o crescimento da cidade e a intensificação do processo de urbanização, essas instituições foram engolidas pela verticalização. Antes essencialmente residenciais, as funções dessas áreas mudaram, multiplicando-se em várias outras, ligadas tanto a necessidades médicas (consultórios e clínicas de diagnóstico) quanto às demais demandas da cidade – configurando uma refuncionalização espacial.⁷⁹

Para entender a refuncionalização espacial, deve-se observar a interação entre os sistemas de objetos e os sistemas de ações. A cada nova ação, geram-se novas necessidades de formas, e cada nova forma é o lugar de um novo tipo de ação. Assim, refuncionalizar é interferir no agrupamento objeto-ação, e isso se dá a partir de instabilidades, que promove novas situações e, conseqüentemente, novas práticas e novas técnicas. As técnicas, os sistemas de

⁷⁹ Verificamos essa configuração em trabalho de campo realizado nos arredores das escolas e dos hospitais estudados.

objetos e os sistemas de ações integram um processo de sucessivas mudanças, sendo essa instabilidade o motor da história:

[...] a sociedade humana, através de suas práticas, vem realizando-se sobre uma base material (SANTOS, 1996, p. 44).⁸⁰ Essa realização se assenta num processo de empiricização do tempo por meio do trabalho, isto é, pelo engendramento de materialidades correspondentes às técnicas disponíveis à época. Por meio de técnicas contemporâneas é que se geram as materialidades correspondentes, propiciando, a cada período, espacializações únicas. Considerando que a história é fruto de sucessivas instabilidades e que “através do processo da produção, o ‘espaço’ torna o ‘tempo’ concreto” (SANTOS, 1996, p. 46), pode-se dizer que é pela sucessão de conjuntos técnicos que se produz uma contínua instabilidade no espaço (EVASO, 1999, p. 41-42).

O motor da instabilidade no espaço é, então, o trabalho, que materializa a incorporação de novos sistemas técnicos. Portador de sistemas de objetos e sistemas de ações e seus respectivos sistemas técnicos, o espaço permanece estável até que se lhe integrem novos elementos, promovendo uma instabilidade. A estabilidade perdura de acordo com a demanda sistêmica dos objetos e das ações envolvidas. Nesse processo, há refuncionalizações tanto na ruptura como na busca de um equilíbrio estabilizante. Sublinhamos que essa estabilidade é o que se pretende, mas que dificilmente ocorre de fato, devido ao constante surgimento de sistemas técnicos, que desencadeiam outras mudanças nos sistemas de objetos e de ações. Por outro lado, a situação de instabilidade é permanente, fato que leva a incontáveis refuncionalizações.

Sendo a “durabilidade de uma tendência de estabilização de um padrão técnico” (EVASO, 1999, p. 43) até a sua ruptura, “marcado por uma espécie de coesão [de] um conjunto técnico autorregulado” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 176), o período permite que se estude a história de um lugar a partir da periodização. As rugosidades, expressão da materialidade acumulada no espaço, restos das divisões do trabalho passadas (SANTOS, M., 2006b[1996]), são importantes para entendermos a sucessão histórica dos períodos.

Os sistemas técnicos, no entanto, não agem por si mesmos: é necessária a ação humana para comandá-los. Para exemplificar isso no âmbito da medicina, recorreremos a Mehry (2000b, p. 52), que, repetimos, classifica em três tipos as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: leves (“como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”), leve-duras (“como

⁸⁰ SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

no caso de saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia”) e duras (“como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais”). Nesse contexto repleto de instrumentos, equipamentos e materiais, o trabalho vivo é fundamental:

[...] as máquinas-ferramentas são expressões tecnológicas duras das tecnologias-saberes (leve-duras) e, como equipamentos tecnológicos, não têm razão (instrumental) por si, pois quem as torna portadoras dessa intencionalidade racional-instrumental é o trabalho vivo em ato, com seu modo tecnológico (seu modelo de produção) de agir e como expressão de certas relações sociais e não de outras; [...] o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MEHRY, 2000b, p. 51-52).

As ações contemporâneas são cada vez mais projetadas, ou seja, são planejadas pela reflexão prévia do “que fazer, como fazer, o conjunto de tarefas e suas etapas, isto é, sua ordem” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 79). São cada vez mais estranhas ao lugar onde se dão, resultando numa distinção importante entre a escala da realização da ação e a escala de seu comando. Dessa distinção, surge outra, entre os atores que decidem e os que executam. Entre os grandes decisores, estão os agentes hegemônicos – Estado, corporações, líderes religiosos etc. Já o homem comum fica à mercê dessas ações, sendo apenas um veículo de ações externas, restando-lhe um arcabouço limitado de ações.

Antas Jr. (2005, p. 26) concorre para a compreensão das ações contemporâneas quando analisa o ressurgimento do pluralismo jurídico no Ocidente, ou seja, o que diz respeito à “capacidade das corporações transnacionais e organizações sociais bem estruturadas de criarem novas juridicidades que influem na vida de todos”. Isso é permitido pelas tecnologias capazes de conectar partes não contíguas do planeta, estabelecendo, assim, uma nova forma de solidariedade – a solidariedade organizacional.

Fundada na informação fria, vinda de longe por um centro de comando insensível às necessidades locais (porque, de fato, trata-se de racionalidades puras), a solidariedade organizacional promove frequentemente um desequilíbrio das tradicionais formas de solidariedade orgânica e implementa ou, antes, prepara a implementação de novas ordens [...] pertencentes sobretudo às grandes corporações transnacionais (ANTAS JR., 2005, p. 61).

Hoje, estamos submetidos a uma lógica cujas ações são racionais e alheias ao lugar. A racionalidade das ações responde aos próprios objetos técnicos, cuja finalidade é servir às ações racionais. Lugar do exercício da medicina ocidental moderna, o hospital responde a essas ações racionais, estando inserido na lógica da economia da saúde, movida por vários complexos industriais da saúde pelo mundo, interligados por circuitos espaciais produtivos, respondendo aos ditames de poucas corporações e instituições.

Segundo Milton Santos (2006b[1996], p. 82), I. Braun e B. Joerges⁸¹ distinguem três modos de agir: o agir técnico (“interações formalmente requeridas pela técnica” – vistos nos modos de praticar a medicina), o agir formal (“supõe obediência aos formalismos jurídicos, econômicos e científicos” – visto na ética médica, nas normas e regulações do sistema de saúde e nas inovações tecnológicas e científicas) e o agir simbólico (“compreende formas afetivas, emotivas, rituais, determinadas pelos modelos gerais de significação e de representação” – visto nas outras formas de diagnóstico, tratamento e cura e nas ONG). As ações racionais são empreendidas no agir técnico e formal, ao passo que o “agir simbólico se confunde com as formas culturais de apropriação e utilização da técnica” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 82).

Mas, se, por um lado, a ordem técnica e a ordem da norma impõem-se como *dados*, por outro lado, a força de transformação e mudança, a surpresa e a recusa ao passado vêm do agir simbólico, onde o que é força está na afetividade, nos modelos de significação e representação. A importância do lugar na formação da consciência vem do fato de que essas formas do agir são inseparáveis, ainda que, em cada circunstância, sua importância relativa não seja a mesma (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 82).

O autor ressalta o importante papel das necessidades, naturais ou criadas, como motivadoras das ações.

Essas necessidades: materiais, imateriais, econômicas, sociais, culturais, morais, afetivas, é que conduzem os homens a agir e levam a funções. Essas funções, de uma forma ou de outra, vão desembocar nos objetos. Realizadas através de formas sociais, elas próprias conduzem à criação e ao uso de objetos, formas geográficas (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 83).

Abraham Moles (1973, p. 15) também reflete sobre isso afirmando que, no Ocidente, ser “civilizado [...] é ter “bastantes necessidades”. Procura-se adequar ou criar objetos para as novas necessidades. Associado à ideia de necessidade, Moles (1973) discute o sortimento, ou

⁸¹ BRAUN, I.; JOERGES, B. Techniques du quotidien et macrosystèmes techniques. In: GRAS, A.; JOERGES, B.; SCARDIGLI, V. **Sociologie des techniques de la vie quotidienne**. Paris: Harmattan, 1992.

seja, a oferta ao consumidor de diversos objetos em grandes lojas, com uma exposição (*display* – conjunto de objetos que se tem à mão) que, na civilização industrial, é voraz.

Podemos comparar o que foi dito com o atual modo de propaganda e aquisição de equipamentos em geral, técnicas, conhecimentos oferecidos nas feiras médicas, onde se reúnem milhares de interessados em comprar e vender objetos/produtos que serão consumidos pelo ávido consumidor de saúde condicionado por esse modo de vida mercadológico da medicina. Ou ainda a formação dessa exposição/sortimento:

[...] definido por regras e algumas vezes por regulamentos. Lembremos, por exemplo, o caso do cirurgião que só começará a operar a partir do momento em que se encontrarem reunidos à sua mão, em um campo técnico, um certo número de ferramentas, objetos ou instrumentos que são passíveis de ser usados, mesmo se esse uso não for efetivado (MOLES, 1973, p. 24).

Eis aí a simbiose entre ações e objetos das práticas médicas crescentemente tecnificadas.

A produção de objetos técnicos concretos, bem como sua localização seletiva, estão associados a um sistema de ações: “algumas dessas ações tornam-se princípios para outras, aperfeiçoam e completam o modo de usar os objetos e permitem-nos, assim, reconhecer *normas*” (SILVEIRA, M., 1997, p. 36, grifo do original). À medida que os lugares recebem novos objetos, novas formas organizacionais concorrem para a mudança do valor das normas em voga: “Portanto, certas normas, próprias de outras divisões do trabalho conhecem uma obsolescência e não dão conta da regulação dos sistemas de engenharia refuncionalizados por uma nova racionalidade hegemônica” (SILVEIRA, M., 1997, p. 36).

As ações estão subordinadas às normas, escritas, não escritas, formais ou informais. Todo campo de ação dos indivíduos é codificado por um sistema de regras (SANTOS, M., 2006b[1996]). Maria Laura Silveira (1997) apresenta três modos de regulação no período técnico-científico-informacional: as normas técnicas, organizacionais ou políticas.

As normas técnicas mudam rapidamente, pois vivemos uma igualmente rápida obsolescência dos objetos técnicos. A precisão com que se produzem os objetos técnicos exige formas específicas para operá-los, e, devido a sua crescente complexidade, não trabalham sozinhos, mas precisam de outros objetos técnicos solidários, estrutural e funcionalmente. Desse modo, podemos dizer que a “técnica é normada e normatiza” (SILVEIRA, M. L., 1997, p. 36). Segundo a autora, essa solidariedade que compõe um sistema técnico é o que impõe

limites às relações entre os atores sociais envolvidos, criando-se, pois, hierarquias e normas, expressas por restrições, sanções, controle etc.

Isso é permitido pela homogeneização tanto dos objetos técnicos – cada vez mais perfeitos, logo, concretos – quanto das cadeias de solidariedade que se formam a partir da configuração dos sistemas técnicos, necessitados de condições de compatibilidade técnica para circular, tornando o mundo conectado. Assim, deve-se configurar “um único sistema técnico nos lugares” (SILVEIRA, M., 1997, p. 37), ou uma unicidade técnica (SANTOS, 2006b), que se fará acompanhar pela unicidade de normas técnicas capaz de tornar rígida a tecnoesfera,⁸² para tornar o espaço fluido. Isso permite que a medicina ocidental se difunda pelo planeta fincando nos lugares suas normas técnicas, organizacionais e políticas.

As normas organizacionais regulam o processo de trabalho, isto é, o modo de usar os novos objetos (SILVEIRA, M., 1997). Assim como os objetos se tornaram rígidos e eficazes, as formas de contratação e as condições organizacionais do trabalho (normas empresariais) também mudaram, para “aproveitar ao máximo as virtualidades técnicas” (SILVEIRA, M., 1997, p. 37). Cria-se, então, um conjunto de novas normas de organização, com o objetivo de dar mais fluidez às relações entre empresas, consumidores e força de trabalho – a dita flexibilidade. No entanto, essa flexibilidade não é para todos: essas novas normas também se tornam obstáculos para muitos agentes no território. “Essa flexibilidade da ação, contida virtualmente nas normas, que é uma forma de fluidez, acaba impondo ações aos agentes não hegemônicos. Daí considerarmos a rigidez como a cara oculta da flexibilidade” (SILVEIRA, M., 1997, p. 38). Isso também está presente na medicina, como procuramos mostrar aqui.

Por fim, as normas políticas respondem às “relações de cooperação e disputa entre o Estado e o mercado” (SILVEIRA, M., 1997, p. 39), concorrendo para comandar o funcionamento dos sistemas de objetos. Essas normas estão pautadas num novo regime de regulação, que privilegia os fluxos transnacionais de capital:

[...] é a chamada desregulação, que abriga oportunidades mais fecundas para os agentes da globalização. Mas, apresentado como uma sorte de flexibilização das instâncias políticas nacionais, esse sistema de ações significa, certamente, uma neorregulação que impõe uma rigidez alheia aos Estados-nação. [...] Nesse contexto, a desregulação surgiria como produto da contradição entre a necessidade de fluidez e a necessidade da norma. Todavia, é uma contradição aparente, porque a desregulação é uma forma moderna de

⁸² “[...] natureza tecnicizada com base científica; os novos sistemas de objetos respondem como dados infraestruturais às novas necessidades do processo direto da produção” (SOUZA, M. A., 2004, p. 48).

organização (SILVEIRA, 1994), expressa na “na fluidez real [que] vem das ações humanas, que são cada vez mais ações informadas, ações normatizadas” (SANTOS, M., 1994, p. 16) (SILVEIRA, M., 1997, p. 39-40).

Essa rigidez a que os Estados estão submetidos é dada pelos agentes da normalização que impõem ao mundo seu olhar hegemônico (SILVEIRA, M., 1997).

Tratar da regulação neste momento histórico demanda o esforço de uma análise abrangente, uma vez que a multiplicidade de agentes produtores de normas tem delimitado novos contextos geográficos. Essa situação deve ser considerada ainda mais especial quando agentes não vinculados ao Estado têm apresentado o poder de introduzir uma nova juridicidade na organização social, anunciando o fim do monopólio do Estado ocidental na produção das normas jurídicas (ANTAS JR., 2005, p. 56).

O Estado participa dessa nova forma de organização “em favor de grupos dominantes e permite à corporação transnacional se expandir nos países periféricos” (SILVEIRA, M., 1997, p. 39). São as normas políticas que levam o Estado a participar da inserção no espaço dos novos sistemas técnicos em busca, na maioria das vezes, de cooperação com o mercado hierarquizando e fragmentando a “formação socioespacial através de uma lógica estranha aos interesses locais e nacionais” (SILVEIRA, M., 1997, p. 40). A coexistência de um sistema de saúde público com um sistema de saúde privado no Brasil revela muito sobre as relações de cooperação entre Estado e empresas.

Por isso, é premente compreender o espaço geográfico a partir da indissociabilidade entre sistemas de objetos e sistemas de ações, bem como seus pares constitutivos, técnica e norma:

A técnica [...] é o modo pelo qual os homens se relacionam com a natureza (natural e recriada), atribuindo à materialidade intencionalidades condicionadoras das ações. Em outros termos, a partir de uma dada configuração dos objetos técnicos, intencionalmente estabelecida, decorre a repetição de um certo conjunto de ações (embora não impossibilite ações inusitadas). Assim emerge a norma: como a resultante de um condicionamento que produz a rotinização de um dado evento. Mas, para que seja norma, é condição *sine qua non* que o condicionador tenha origem social (ANTAS JR., 2005, p. 59).

Nesse sentido, Maria Laura Silveira (1997, p. 40) acusa uma nova dialética do território, baseada, por um lado, na concretude técnica e, por outro, na concretude normativa, ou seja, da mesma forma que os objetos são concretos pela coerência de sua estrutura e função, as normas apresentariam agora uma concretude pela “coincidência entre sua concepção e sua função organizacional”. Ambos são conteúdos perfeitos e precisos, operacionalizados por um sistema

técnico rígido e um sistema organizacional mais flexível e com a participação do sistema político, munido de ações tanto rígidas quanto flexíveis na regulação dos lugares (SILVEIRA, M. L., 1997). Hoje, essa regulação social e territorial é exercida por instâncias que detêm o poder e dividida entre o poder estatal, o poder corporativo e as novas formas de poder fundadas no multiculturalismo (ANTAS JR., 2005, p. 61) – os movimentos sociais organizados.

Assim, definido como um conjunto de sistemas de objetos e sistemas de ações envolvidos e adaptados a uma racionalidade funcional inerente ao sistema, o espaço é formado segundo as novas características técnico-científicas (KAHIL, 1998). E são os lugares que disponibilizam as inúmeras “possibilidades de realização do mundo” (KAHIL, 1998, p. 46), sejam elas complementares ou contraditórias com seu movimento de transformação. No lugar, podemos observar o mundo a partir de suas especificidades, sua concretude, sua história.

3.2.1 Refuncionalizações espaciais no Arco da Paulista: área core do comando da saúde no território brasileiro

O estudo dos objetos técnicos só tem sentido quando se analisa a maneira como a sociedade faz uso deles. É a sociedade que dá valor aos objetos, e a técnica é o meio empregado para realizar qualquer atividade. As acelerações, os avanços, as estagnações, o anacronismo técnico ocorre segundo as inclinações de um lugar a absorver inovações técnicas. Os diferentes sistemas técnicos, segundo suas qualidades e idades, vão coexistindo nos lugares e atribuindo ao espaço “a força de testemunho das realizações históricas” (KAHIL, 1998, p. 49).

O vigor da produção técnica e a veemência das realidades locais determinam uma outra configuração e interação regionais que, se de um lado criam horizontalidades no cotidiano de todos (indivíduos, coletividades, firmas, instituições), de outro criam verticalidades, por serem uma interação hegemonicamente regulada das relações desses lugares com outras áreas e pontos distantes (KAHIL, 1998, p. 49).

É dessa característica/possibilidade de relações horizontais (locais/internas) e verticais (longínquas/externas) que os lugares podem ser concebidos como globais, “que o processo de mundialização pode manifestar-se em todos os lugares” (KAHIL, 1998, p. 49). No entanto, essa intensificação de fluxos, de ordens etc. não leva à homogeneização do espaço mundial, mas sim a um espaço híbrido, formado pela conjugação de fatores externos e internos: “Na prática, a nova sociedade opera pelo território que ela própria constrói a sua semelhança; adapta

seletivamente a herança do passado para seu uso no presente, produzindo assim um novo lugar” (KAHIL, 1998, p. 50).

“O espaço global não existe, a não ser como uma possibilidade”, como uma abstração, ganhando “força explicativa e significação” (KAHIL, 1998, p. 46) quando se manifesta nos lugares. Sendo a técnica um meio revelador do mundo nos lugares, “um modo de organização funcional das ações e objetos, isto é, como um modo de agir, o fenômeno técnico permite explicarmos o curso das transformações e compreendermos as ações e motivações presentes no lugar” (KAHIL, 1998, p. 48). Os sistemas técnicos são o conjunto de técnicas que compõem a base da sociedade em determinado período. Representam a forma como a sociedade de cada época usa o espaço. E a sucessão de sistemas técnicos deixa na paisagem formas a partir das quais podemos compreender o passado e o presente (pelos novos significados dados às velhas formas).

O lugar reflete relações globais e locais por sua capacidade de agregar, de diferentes formas, conteúdo técnico, informacional e comunicacional. Portanto, podem-se definir os lugares: pela densidade técnica dada pela existência de *espaços inteligentes* prontos para atender às novas necessidades; pela densidade informacional que atua quando determinada ação é dada a um objeto técnico (é por meio dessa densidade que sabemos o grau de relacionamento de um lugar com outros) de forma verticalizada, ou seja, sem a necessária correlação com o lugar; e, pela densidade comunicacional, que se dá pela vivência própria do lugar, age de forma horizontalizada (SANTOS, M., 1999, 2005[2002]). Maria Laura Silveira (1997, p. 43) diz ainda que há uma densidade normativa – “a totalidade busca revogar a pluralidade de marcos regulatórios para afirmar uma única regulação” –, que seria maior onde a lei de mercado e as normas globais agem mais profundamente.

As densidades participam do redesenho do mapa mundial, cujos recortes regionais seriam dados pela coerência funcional das regiões (SANTOS, 1994[2008]) e pelo que estamos chamando de concretude territorial. [...] processo [esse] de construção de um meio perfeito, povoado de híbridos na forma de objetos, ações e normas, e que é simultâneo à produção de outras instâncias da sociedade. A concretude territorial resulta, ao mesmo tempo, da convergência entre as funções planejadas e as funções desenvolvidas nos lugares. Uma verdadeira cientificização da produção do espaço que revela a especificidade das regiões na divisão territorial do trabalho (SILVEIRA, M., 1997, p. 43).

Então, para entender as refuncionalizações, é preciso conhecer os diferentes períodos de modernização identificados por um espectro de técnicas distintas que permanecem como

resíduos de um passado, ou que se modificaram para abrigar novas funções, ou que já não existem mais. As épocas se distinguem pela mudança das relações sociais ao longo do tempo, tornando necessária uma mudança no sistema de objetos, seja em sua morfologia, seja em suas funções, transformando o espaço por meio de técnicas. Estas são “um conjunto de meios instrumentais e sociais” (SANTOS, M., 2006b[1996], p. 29) resultado de um conhecimento desenvolvido em determinada época; tratando-se de um fenômeno histórico, é possível determinar sua data. Sua espacialização é seletiva e desigual, além de haver, num mesmo lugar, sistemas técnicos de diversas idades, já que a difusão e a aplicação dos avanços tecnológicos nunca são homogêneas.

O lugar é, pois, o resultado de ações multilaterais que se realizam em tempos desiguais sobre cada um e em todos os pontos da superfície terrestre. Daí porque o fundamento de uma teoria que deseje explicar as localizações específicas deve levar em conta as ações do presente e do passado, locais e extralocais. O lugar assegura, assim, a unidade do contínuo e do descontínuo, o que a um tempo possibilita sua evolução e também lhe assegura uma estrutura concreta inconfundível (SANTOS, M., 2008[1978], p. 258).

O lugar recebe determinações exteriores que são (re)produzidas e (re)significadas, de acordo com as narrativas locais. O mundo é a condição de existência dos lugares, de certa forma, “o lugar só existe através mundo” (KAHIL, 1998, p. 55).

Neste estudo, percebemos essa presença do mundo na cidade de São Paulo. As densidades técnicas, informacionais, comunicacionais e normativas têm um enorme valor nessa cidade, o que a distingue das outras do país, tornando-a um polo para a saúde brasileira.

O Arco da Paulista – sobretudo as escolas e os hospitais estudados – apresenta objetos técnicos de diferentes idades, que eram funcionais numa lógica pretérita e estão hoje sob a lógica atual. Mesmo com suas fachadas antigas, a Faculdade de Medicina e a maioria das construções do Complexo Hospitalar do HC e a Escola Paulista de Medicina e o HSP são referências no ensino, na pesquisa e no atendimento médico brasileiro. Os mais avançados tratamentos e investigações médicas de hoje, marcadamente carregados e dependentes de conhecimento científico e tecnológico, subordinaram a prática médica a serviços laboratoriais e de diagnósticos especializados, além de ter aumentado as possibilidades de novos tratamentos (ALMEIDA, E.; BICUDO, 2010).

Isso configura um novo sistema de objetos técnicos relacionados à saúde, que Milton Santos (2005[2002]) denominou tecnoesfera, e uma psicoesfera⁸³ associada à expectativa de avanços técnico-científicos a partir do “deslocamento do ‘olhar científico’ que primeiro indaga, vendo através dos sintomas, em direção ao conhecimento científico-tecnológico” (ALMEIDA, E.; BICUDO, 2010, p. 182). Isso promoveu mudanças parciais para atender às novas funções técnicas e organizacionais adotadas pela medicina ao longo dos tempos. Os movimentos da sociedade promovem novas ações, novas necessidades e novas técnicas, modificando as funções dos objetos antigos ou construindo novos objetos, transformando o espaço e a paisagem.

A *Revista Fapesp* de 2010 publicou uma reportagem com um exemplo frisante:

A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) assinou um protocolo de cooperação com a prefeitura paulistana e com a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) para criar o Bairro Universitário na Vila Clementino, uma intervenção urbanística na localidade da Zona Sul da capital onde a instituição foi fundada, na década de 1930, com o nome de Escola Paulista de Medicina e por onde se espalham de modo pouco articulado hospitais e instalações de ensino e pesquisa em saúde. O projeto prevê a verticalização do *campus*, com a construção de cinco novos prédios para abrigar os ambulatorios, hoje espalhados por 250 casas na região, além da utilização de imóveis desocupados [...]. O projeto também prevê a interligação de prédios para facilitar a circulação de pessoas, além da criação de bulevares, ampliação de calçadas e abertura de novos estacionamentos (BAIRRO [...], 2010).

Segundo a Prof^a Dr^a Emilia Inoue Sato, diretora da Escola Paulista de Medicina-Unifesp, essa expansão foi prevista em 2010, com uma verticalização que superasse seu fracionamento, pelo projeto de implantação de um Bairro Universitário. Atualmente, o complexo da EPM reúne 117 casas e 21 prédios (dos quais, 96 são próprios e 42 alugados), implicando elevados custos diretos e difícil logística de manutenção (limpeza e segurança) e comunicação física entre as unidades. Malgrado, o projeto foi descaracterizado e se restringiu a um prédio em obras para concentrar as atividades ambulatoriais espacialmente fragmentadas e, conseqüentemente, permitir a devolução de parte dos imóveis alugados e a redução de custos. Em tempo, limitadas pela escassez de verba, a construção não tem prazo para terminar. Por outro lado, como vimos, o mesmo não ocorre com o Complexo Hospitalar das Clínicas, que se foi conformando ao longo do século XX por estruturas maiores e mais próximas.

⁸³ “[...] a nova conformação das mentes para a aceitação das novas condições da existência, a começar pela imersão no consumo” (SOUZA, M. A., 2004, p. 48).

A constituição de uma rede hospitalar enseja novas horizontalidades, pela criação de uma variedade de serviços, e gera na cidade processos de refuncionalização do espaço, pela adaptação ou implementação de novos sistemas de objetos técnicos e novos sistemas de fornecimento e produção de insumos, ao lado de transformações em outros ramos da economia urbana, concorrendo para que mudem a circulação, a ocupação e a valorização do solo, com a oferta de novos serviços ligados à saúde nas imediações dos hospitais, a instalação de instituições de saúde públicas e privadas etc. (ANTAS JR., 2011b). Guimarães (2001) fala, inclusive, num “corredor sanitário” em torno dos serviços de saúde, com a formação de diversas atividades como restaurantes, terminais de ônibus e metrô, pontos de táxi, hotéis etc. para atender os pacientes, configurando uma rede de serviços urbanos articulados aos serviços específicos da saúde como consultórios, laboratórios de diagnóstico, hospitais, ambulatórios, faculdades etc. Isso pode ser facilmente verificado ao redor das duas instituições estudadas, lugares com uma efervescência enorme em virtude dos mais variados serviços relativos à saúde capazes de movimentar todos os demais serviços.

[A] opção por um padrão tecnológico elevado [da medicina] tem impactos diretos na transformação da cidade, pois é exigente de fixos de saúde específicos (públicos e privados), demandando especializações no espaço urbano voltadas à saúde, além de uma complexa e especializada divisão social e territorial do trabalho (ANTAS JR., 2011b, p. 5).

A cidade de São Paulo, sobretudo no Arco da Paulista, mostra-se como o epicentro do complexo industrial da saúde por suas refuncionalizações espaciais que, ao longo do século XX e até os dias de hoje, se deram pelas constantes transformações ou adaptações nos objetos geográficos, a fim de incorporar os circuitos espaciais produtivos da saúde, e pela presença de círculos de cooperação no espaço orientados por diversos agentes que também encontraram em São Paulo as possibilidades de se concentrar nas áreas industriais e hospitalares (ANTAS JR., 2013). Pelas redes e pelos fluxos estabelecidos entre as prestadoras de serviços e as indústrias, verificamos o modo como se dão no território as inovações tecnológicas ligadas à saúde (GUIMARÃES, 1994).

No silêncio de seus usuários, esse território da tecnologia médica foi sobretudo favorável às corporações “e grandes firmas, que agem no processo de urbanização e na reformulação das estruturas urbanas”, permitindo falar em “urbanização corporativa” ou “cidades corporativas”, conforme nos ensinou Santos⁸⁴ (1993, p. 106-107) (GUIMARÃES, 1994, p. 101).

⁸⁴ SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

A urbanização corporativa propiciou um meio bastante atraente para as indústrias, por concentrar na cidade de São Paulo escolas de formação médica, hospitais, serviços especializados e pesquisa aplicada (ANTAS JR., 2013). É nesse contexto que percebemos a grande importância dos hospitais do Arco da Paulista, sobretudo o HC e o HSP.

Esses complexos hospitalares de alta complexidade – HC e HSP – são os lugares onde se aprofunda o padrão tecnológico acelerado após a criação do SUS, que possibilitou a incorporação de novos conhecimentos científicos e tecnológicos no diagnóstico, tratamento e cura de doenças afetando o espaço construído a princípio de forma pontual com mudanças na circulação, na renda do solo urbano, no perfil de ocupação das classes alta e média, novos serviços, etc., mas que geraram refuncionalizações do espaço (ANTAS JR., 2011b; SOUZA, M. L., 2006).

No Arco da Paulista, há um adensamento de estabelecimentos e serviços de saúde de alta complexidade da rede do SUS, inclusive instituições de ensino e residência médica. E é nessa lógica de consolidação e expansão do complexo industrial da saúde e de seus correspondentes circuitos espaciais produtivos que consideramos a grande importância dos hospitais desse eixo, sobretudo aqueles localizados em seus extremos, o HC-FMUSP e o HSP-EPM, como lugares de pesquisa e de absorção dessa produção, que é levada para o consumo na forma de assistência médica, e também pela produção de serviços e produtos, levando a profundas mudanças na cidade.

Ao longo do tempo, a conformação do complexo médico-hospitalar da cidade de São Paulo, sobretudo nesse arco, transformou a cidade pela inserção de novas funções, dotadas de novas tecnologias e informações, definidas por novas divisões do trabalho e exigentes de mudanças no espaço capazes de acolher essa nova lógica. E essas mudanças não se dão pela destruição do que já existe, mas por diferentes níveis de refuncionalização de objetos e sistemas técnicos que, com o passar dos anos, impõem à cidade reestruturações capazes de manter sua formação socioespacial na mundializada divisão social e territorial do trabalho (ANTAS JR., 2011b).

Pela análise das novas funções da cidade de São Paulo, é possível compreender as relações entre as cidades, já que cada uma tem um papel na divisão territorial do trabalho, gerando uma especialização produtiva com diferenças na qualidade e na quantidade de fluxos, o que dá a cada cidade uma posição na rede urbana. Essa integração dos fluxos dada pela rede de transportes, de comercialização e de informação permite a integração territorial do sistema econômico (ANTAS JR., 2011b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hospitais se distanciaram das suas antigas funções de caridade, de auxílio aos pobres. Transformaram-se em instituições para a aplicação de uma medicina altamente tecnológica e especializada e orientada para um público diversificado, passando a estar presente nos momentos mais importantes da vida humana (nascimento, doenças, tratamentos, cirurgias, morte) e com capacidade para alterar seu futuro. Tornaram-se muito onerosos aos sistemas de saúde, por abrigar vários serviços altamente especializados e complexos (consultas, internações, cirurgias, exames etc.), pela necessidade de uma estrutura administrativa e de hotelaria, pela manutenção, pela constante incorporação tecnológica e atualização dos conhecimentos (DAVID, 2010; ALMEIDA, E., 2005).

Essa medicina moderna está estruturalmente assentada em três pilares: técnica, ciência e informação. Isso implica objetos cada vez mais funcionais e eficientes, exigindo a constituição de famílias de objetos e sistemas técnicos para funcionarem plenamente, o que inclui desde fones de ouvido, soluções em gel e roupas até salas que atendam a regras de segurança pela existência de campo magnético. E também não se restringem a procedimentos complexos; os mais simples demandam igualmente uma variedade de sistemas de objetos médicos. Essa relação entre técnicas sistêmicas e especializadas e a possibilidade da universalização das tecnologias resultou em procedimentos especializados para cada necessidade, que podem ser feitos em vários lugares do mundo.

Assim, a medicina moderna está pautada na crescente mediação técnica no trato da saúde. Isso pode ser verificado na mudança dos objetos técnicos vinculados a cada período de mudança tecnológica, ligada a inovações industriais de grandes agentes hegemônicos que, assim, definem novas condições de saúde pela regulação do processo produtivo (DAVID, 2010), em acordo com o Estado.

No contexto das práticas médicas contemporâneas, associam-se indústrias, médicos, financiadoras de seguro saúde, convênios médicos e o Estado, que em conjunto promovem novas formas de praticar a medicina e agem sobretudo em hospitais (públicos, privados ou instituições beneficentes) (DAVID, 2010). Dessa forma, o hospital tem papel central nas economias urbanas e no sistema de saúde brasileiro, gerando fluxos de pacientes que migram de sua cidade para ter acesso aos serviços, bem como fluxos produtivos atraídos pelos hospitais. Nessa nova proposta hospitalar, estão envolvidos diversos setores industriais – mecânico,

óptico, eletrônico, químico –, constituindo uma grande cadeia de relações com a medicalização da saúde, além de associar a eficiência médica a um maior coeficiente tecnológico. Além dos estudos científicos na área da saúde, configuram uma rede de fluxos de informações que podem ter como origem ou destino a prática clínica, a indústria ou centros de pesquisas (privados, públicos, acadêmicos ou empresariais).

Os hospitais de hoje detêm a “verdade” (FOUCAULT, 1996) sobre os males do corpo e se arrogam os únicos capazes de curá-los, por ter o conhecimento científico e a autorização do Estado para intervir nos homens (FOUCAULT, 2000 [1979]). Assim, cada nova mudança no padrão técnico e tecnológico no âmbito da medicina implica alterações nas instituições hospitalares para incorporá-las, aumentando os fluxos com as empresas especializadas associadas a programas de governos.

Os hospitais geram uma gama enorme de demandas, fazendo coexistirem várias divisões territoriais do trabalho e formando circuitos espaciais produtivos da saúde pela intensificação das trocas de equipamentos, materiais, informações e normas produzidos em diferentes lugares, o que se reflete na modernização dos hospitais e dos serviços de saúde implicados nesse processo de mercantilização aumentando a necessidade de trocas regionais (DAVID, 2010). Assim, a difusão dos novos vetores não é homogênea, mas, ao contrário, seletiva, o que aprofunda as desigualdades e agrava a dependência e a escassez (SANTOS, M., 1999).

Os objetos geográficos são alocados no espaço para favorecer a propagação do capital, possibilitando a instalação de diversos circuitos espaciais produtivos num mesmo lugar. O desenvolvimento técnico e informacional permite essa articulação entre áreas cada vez mais dispersas, de onde a compreensão do conceito de círculos de cooperação apreendido como os fluxos informacionais, que articulam etapas da produção alocadas em diferentes lugares.

Os objetos técnicos ligados à saúde são em grande parte construídos e fornecidos por grandes corporações, desde as indústrias às prestadoras de serviços, formando o complexo industrial da saúde (GADELHA, 2003, 2006) que exerce grande poder nas refuncionalizações dos espaços da cidade adaptando ou implementando novos objetos e novos sistemas de fornecimento e produção de insumos ao lado de transformações em outros ramos da economia urbana como transporte, habitação, educação (ANTAS JR., 2011b). Lembramos aqui que, segundo Milton Santos (1977, p. 88), cada forma geográfica corresponde a um modo de produção ou a um dos momentos do modo de produção: “A história dos modos de produção é

também, e sob este aspecto, preciso, a história da sucessão das formas criadas a seu serviço”. Ao longo da história da formação social, se superpoem formas criadas em momentos diferentes.

Nessa incessante transformação da cidade, ao longo de um processo histórico, incorporaram-se novos objetos e sistemas técnicos que refletem a lógica hegemônica contemporânea, de modo que os objetos e sistemas técnicos precedentes foram submetidos a refuncionalizações para se adequar a essa nova lógica do sistema produtivo (ANTAS JR., 2011b). E a medicina não escapa a essa lógica: com o desenvolvimento da técnica atrelada ao conhecimento científico, o paciente passa a ser visto de forma cada vez mais artificializada, abrindo novas possibilidades de intervenção sobre a doença, sendo os hospitais os centros de excelência no exercício dessa medicina moderna. Esse desenvolvimento técnico-científico da clínica médica pautada em exames e no tratamento de doenças fez da medicina uma atividade econômica, lugar de consumo de serviços de saúde, inserindo os hospitais na lógica urbana (DAVID, 2010), promovendo constantes mudanças nos padrões tecnológicos que levam a grandes impactos na cidade, as refuncionalizações do espaço (ANTAS JR., 2011b).

As refuncionalizações decorrentes do complexo industrial da saúde refletem esse novo paradigma da medicina baseada na grande dependência de novas tecnologias e conhecimentos científicos, promovendo constantes mudanças nos padrões tecnológicos que levam a profundas transformações na cidade (ANTAS JR., 2011b).

É na metrópole, especialmente a paulista, que está localizada a grande “produção material e imaterial, lugar de consumo e nó de comunicação” (SILVEIRA, M. L., 2009, p. 65). O processo de modernização é contraditório: abriga, ao mesmo tempo, as parcelas mais significativas das atividades hegemônicas de produção e comando e também atividades e população de diferentes escalas de renda. Para responder às demandas globalizadas, criam-se lugares especializados nos lugares mundiais com infraestrutura precisa e especializada: “nos diversos *sub-espacos* metropolitanos, o meio técnico é diferenciado e adaptado para recebê-las. Assim, a metrópole possui *sub-espacos* especializados, fundados na ciência e na técnica, concebidos para permitir a maior eficácia de um determinado tipo de função *geoeconômica*” (SOUZA, M. A., 2004, p. 25, grifos do original).

A distribuição de serviços de saúde pelo território nacional e, em particular, na cidade de São Paulo é desigual, refletindo, de um lado, “a acumulação de elementos materiais e

imateriais pertencentes a vários períodos” e, de outro, “a desigual capacidade dos agentes para apropriarem-se de elementos contemporâneos e utilizá-los” (SILVEIRA, M. L., 2009, p. 66). Vimos que a introdução de novos equipamentos não reduziu a distância entre o consumidor e o lugar de consumo. Não é propriamente o aparecimento de novos equipamentos que facilita o acesso da população afastada dos centros de saúde, mas sim uma política de saúde pautada na seguridade social, na equidade e na universalização.

Analizamos um exemplo frisante desse processo: o eixo da cidade de São Paulo que interliga o Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP, no bairro de Cerqueira César, e o Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina, no bairro de Vila Clementino, passando pelas imediações da avenida Paulista. Nesse eixo, há um adensamento de estabelecimentos e serviços de saúde de alta complexidade da rede pública e privada, inclusive instituições de ensino e residência médica. É nessa lógica de consolidação e expansão do complexo industrial da saúde e de seus correspondentes circuitos espaciais produtivos que consideramos a grande importância dos hospitais desse eixo, sobretudo esses que estão em seus extremos, como lugares de pesquisa e de absorção dessa produção que é levada ao consumo na forma de assistência médica, promovendo as devidas mudanças na cidade.

Esses complexos hospitalares de alta complexidade – HC e HSP – são os lugares onde se aprofunda o padrão tecnológico fortemente acelerado após a criação do SUS, que permitiu a incorporação dos novos conhecimentos científicos e tecnológicos em diagnóstico, tratamento e cura de doenças, além de ensejar ao longo do tempo transformações na cidade pela inserção de novas funções, dotadas de novas tecnologias e informações, definidas por novas divisões do trabalho e exigentes de mudanças no espaço capazes de acolher essa nova lógica. Mas essas mudanças não consistem na destruição do que já existe, e sim em diferentes níveis de refuncionalização de objetos e sistemas técnicos, a princípio pontualmente, afetando a circulação, o valor do solo urbano, o perfil da ocupação das classes alta e média, novos serviços etc. (ANTAS JR., 2011b). Ao longo de um processo histórico, como buscamos tratar, as transformações da cidade foram capazes de manter sua formação socioespacial na mundializada divisão social e territorial do trabalho (ANTAS JR., 2011b).

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. A. Cidade brasileira: 1870-1930. In: SOPISITO, M. E. B. (Org.). **Urbanização e cidades: perspectivas geográficas**. Presidente Prudente, SP: Unesp-GAsPERR, 2001. p. 35-44.
- AKRICH, M. Como descrever os objetos técnicos? **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 4, n. 1, p. 161-182, 2014[1987].
- ALBUQUERQUE, E. M.; SOUZA, S. G. A.; BAESSA, A. R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 277-294, 2004.
- ALBUQUERQUE, M. V. **Território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP**. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ALMEIDA, E. P. Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, E. P.; ANTAS JR., R. M. Os serviços de saúde no estado de São Paulo – seletividades geográficas e fragmentação territorial. In: MARINHO, G. S. M. C.; MOTA, A. (Org.). **Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces**. São Paulo: Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, 2011.
- ALMEIDA, E. P.; BICUDO, E. **Psicoesfera e medicina: meio construído urbano e congressos médicos na América Latina**. **Revista Geográfica Venezolana**, Mérida, v. 51, n. 2, p. 179-201, 2010.
- 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**. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-15072015-152745/>>. Acesso em: 6 set. 2016.
- ÁLVAREZ, C. M. G. El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. **Revista Javeriana**, Bogotá, v. 6, n. 1, p. 143-154, enero/abr. 2007.
- AMBULATORIAL. Hospital São Paulo – Hospital Universitário da UNIFESP, 2015. Disponível em: <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/ambulatorial>>. Acesso em: 18 dez. 2015.
- ANGELELLI, Maria Paula. Saúde pública enfrenta crise crônica. **Entrementes**, São Paulo, n. 2, p. 8-9, ago. 2013. Disponível em: <http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entrementes/entrementes_2_ago_2013.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2015.

- ANTAS JR., R. M. Complexos industriais, circuitos espaciais produtivos e direito reflexivo. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 16., 2015, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2015. p. 1-15.
- _____. O complexo industrial da saúde no Brasil: uma abordagem a partir dos conceitos de circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 32, p. 38-62, 2014.
- _____. Os círculos de cooperação dos circuitos espaciais produtivos e as solidariedades geográficas: uma análise a partir do complexo industrial da saúde no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM GEOGRAFIA, 2013, Campinas. **Anais...** Campinas, 2013. p. 38-67.
- _____. Considerações sobre agentes relevantes nos círculos de cooperação do complexo industrial da saúde no território brasileiro. In: ENCUESTRO DE GEÓGRAFOS DE AMÉRICA LATINA, 2012, Lima. **Anais...** Lima, 2012. p. 1-20.
- _____. Circuitos espaciais produtivos da saúde, serviços médico-hospitalares e transformações da urbanização no território paulista. In: IX ENANPEGE ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM GEOGRAFIA, 9., 2011, Goiânia. **Anais...** Goiânia, 2011a. p. 1-8.
- _____. Notas sobre o uso do conceito de circuitos espaciais produtivos para estabelecer o nexo entre a reestruturação urbana e as refuncionalizações do espaço: um estudo sobre os fixos de saúde no estado de São Paulo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 14., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2011b. p. 1-15.
- _____. **Território e regulação:** espaço geográfico, fonte material e não formal do direito. São Paulo: Humanitas/Fapesp, 2005.
- ARROYO, M. **Território nacional e mercado externo:** uma leitura do Brasil na virada do século XX. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Cuidando de gente. Notícias da SPDM, São Paulo, n. 24, p. 16-32, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.spdm.org.br/flip/revista80anos/mobile/index.html#p=1>>. Acesso em: 11 ago. 2015.
- BAIRRO UNIVERSITÁRIO. **Pesquisa Fapesp**, São Paulo, n. 172, p. 20-24, jun. 2010. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2010/06/estrat%C3%A9gias_1729.pdf?5302ca>. Acesso em: 13 set. 2016
- BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, 2012. Suplemento 1.

- BAREA, J. El hospital, empresa de servicios. **Fundación Signo**, Madrid, v. 1, n. 2, p. 93-100, ago./dic. 2000.
- BERTOLLO, M. **O circuito espacial produtivo da vacina no território brasileiro e a pandemia Influenza A H1N1**. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-10022014-110210/>>. Acesso em: 6 set. 2016.
- _____.; ANTAS JR., R. M. A pandemia influenza A H1N1 e a imunização: agentes e dinâmicas no período da globalização. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; BERTOLLI FILHO, C. (Org.). **As enfermidades e suas metáforas: epidemias, vacinação e produção de conhecimento**. São Paulo: FMUSP/UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2015. (Coleção Medicina, Saúde e História, 7).
- BESSA, K. Proposições para a análise da diferenciação espacial nos estudos sobre rede urbana: as noções de convergência e divergência. **GEOUSP – Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 28, p. 23-58, 2010.
- BORGES, D. R.; SAMPAIO, L. O.; NADER, H. B. Histórico da formação médica na Escola Paulista de Medicina e suas perspectivas na Universidade Federal de São Paulo. In: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. A.; BATISTA, N. A. (Org.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 19-52.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRAGA, J. C. S.; SILVA, P. L. B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: BRAGA, J. C. S.; SILVA, P. L. B. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia Unicamp, 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2011.
- _____. Decreto de 12 de maio de 2008. Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde – GECIS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm>. Acesso em: 8 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez 1990b.
- CANAL SAÚDE. **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 2015. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/site/Canal-saude?v=157>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- CASTILLO, R.; FREDERICO, S. Espaço geográfico, produção e movimento: uma reflexão sobre o conceito de circuito espacial produtivo. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 22, n. 3, p. 461-474, dez. 2010.
- CAVALLIERI, A. C. et. al. Os Laboratórios de Investigação Médica do Hospital das Clínicas da FMUSP (LIMs). In: MARINHO, G. S. M. C.; MOTA, A. (Org.). **Da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: conjunturas e contextos**. São Paulo: CD.G Casa de Soluções, 2012. p. 160-167.
- CENTRO DE AVALIAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS. Universidade Federal de São Paulo, [201-]. Disponível em: <http://dgi.unifesp.br/~marcello/intradoc/hsp_2004.pdf?INapli=>>. Acesso em: 5 set. 2015.
- CNES. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Tipos e quantidades de estabelecimentos de saúde**, 2015. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acesso em: 5 out. 2015.
- _____. **Níveis de hierarquia: descrição e quantidade de estabelecimentos**, 2014. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Hierarquia.asp>. Acesso em: 3 mar. 2014.
- COCOLO, A. C. EPM Escola Paulista de Medicina. **EntreTeses**, São Paulo, n. 1, p. 32-35, nov. 2013. Disponível em: <http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entreteses/entreteses_01_2013.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.
- COHN, A. Atentado contra o SUS: a privatização da coisa pública. **Em defesa do SUS universal e igualitário**, dez. 2015. p. 6. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/12/encarte-SUS-le-monde.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- _____. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.
- CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORRÊA, R. L. Formas simbólicas e espaço: algumas considerações. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, ano IX, n. 17, p. 7-18, 2007.
- _____. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 2000a.

- CORRÊA, R. L. Rede urbana e formação espacial: uma reflexão considerando o Brasil. **Revista Território**, Rio de Janeiro, ano V, n. 8, p. 121-129, jan./jun. 2000b.
- _____. Os centros de gestão do território: uma nota. **Revista Território**, v. 1, n. 1, p. 23-30, 1996a.
- _____. Metrôpoles, corporações e espaço: uma introdução ao caso brasileiro. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Brasil: questões atuais da reorganização do território**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996b. p. 67-114.
- _____. O estudo da rede urbana: uma proposição metodológica. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 107-127, abr./jun. 1988.
- CÓRTEZ-MARTÍNEZ, A. E. La economía de la salud en el hospital. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 9, n. 19, p. 138-149, jul./dic. 2010.
- COSTA, R. G. R. Arquitetura hospitalar em São Paulo. In: MOTT, M. L.; SANGLARD, G. (Org.). **História da saúde: São Paulo: institutos e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.
- CURSOS. **Universidade Federal de São Paulo**, 2015. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/reitoria/propgpq/pos-graduacao/stricto-sensu/cursos>>. Acesso em: 7 out. 2015.
- DALMASO, A. S. W. Análise de transformações da técnica em medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 49-60, 2000.
- DAVID, V. C. **Território usado e circuito superior marginal: equipamentos médico-hospitalares em Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto (SP)**. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- DEPOIMENTO DO ALUNO. **Portal MED Poliedro**, 2015. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/784419-A-escola-paulista-de-medicina.html>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- DIAS, L. C. Os sentidos da rede: notas para discussão. In: DIAS, L. C.; SILVEIRA, R. L. L. (Org.). **Redes, sociedades e territórios**. 2. ed. 1. reimpr. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2013. p. 11-28.
- _____. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CÔRREA, R. L. **Geografia: conceitos e temas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 141-162.
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.
- EVASO, A. S. A refuncionalização do espaço. **Revista Experimental**, São Paulo, n. 6, p. 33-54, mar. 1999.

- FAGUNDES NETO, U. Prefácio. In: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. A.; BATISTA, N. A. (Org.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 11-13.
- FERREIRA, A. C.; LUCA, T. R. Medicina e práticas médicas em São Paulo: uma introdução. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Org.). **Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces**. São Paulo: FMUSP/CD.G Casa de Soluções, 2011. p. 15-36.
- FIGUEIREDO, G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 133, 2000.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000[1979].
- _____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- FORMIGONI, M. L. O. S.; SCERNI, D. A. A pesquisa e a pós-graduação na Unifesp: histórias, sonhos e horizontes. **EntreTeses**, São Paulo, n. 1, p. 10-19, nov. 2013. Disponível em: <http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entreteses/entreteses_01_2013.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde. **Valor Econômico**, São Paulo. 21 set. 2012. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/cultura/2838138/desenvolvimento-e-saude>>. Acesso em: 27 nov. 2013.
- _____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 11-23, 2006. Número especial.
- _____. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- _____. ; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, 2003.
- GUIMARÃES, R. B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**, São Paulo, v. 2, n. 17, p. 155-170, 2º sem. 2001.
- _____. **O transbordar do hospital pela cidade: tecnologia, saúde e produção do espaço**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA DO ESTADO. **Breve comentário sobre o movimento hospitalar no estado de São Paulo**. São Paulo, 1951.

- HC DE SÃO PAULO CRIA PRÓTESE DE JOELHO MAIS BARATA QUE AS IMPORTADAS. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 15 ago. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/09/1515942-hc-de-sao-paulo-cria-protese-de-jelho-mais-barata-que-as-importadas.shtml>>. Acesso em: 17 set. 2014.
- HC-FMUSP É O PRIMEIRO HOSPITAL PÚBLICO DO BRASIL A FABRICAR RADIOFÁRMACOS. **ISaúde.Net**, 19 jul. 2010. Disponível em: <<http://isaude.net/pt-BR/noticia/9262/ciencia-e-tecnologia-hc-fmusp-e-o-primeiro-hospital-publico-do-brasil-a-fabrir-radiofarmacos>>. Acesso em: 29 mar. 2016.
- HC REALIZA PRIMEIRA CIRURGIA NO MUNDO PARA COMBATER SEQUELAS DO AVC. **USP Online**, São Paulo, 18 set. 2015. Disponível em: <<http://www5.usp.br/98596/hc-realiza-primeira-cirurgia-no-mundo-para-combater-sequel-as-do-avc/>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- HISTÓRICO. **Fundação Faculdade de Medicina**, [20--?]. Disponível em: <<http://www ffm.br/restauro/>>. Acesso em: 7 maio 2014.
- HOSPITAL SÃO PAULO E UNIFESP PARTICIPAM DA PRIMEIRA REUNIÃO NA SALA DE TELEPRESENÇA DO PROGRAMA NACIONAL DE TELESSAÚDE. **Notícias Hospital São Paulo**, São Paulo, 16 fev. 2012. Disponível em: <<http://hospitalsaopaulo.org.br/noticias/item/64-hospital-sao-paulo-e-unifesp-participam-da-primeira-reuniao-na-sala-de-telepresenca-do-programa-nacional-de-telessaude>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- _____. **Região de influência das cidades 2007**. Rio de Janeiro, 2008.
- INDICADORES. **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 2015. Disponível em: <<http://www.lims.fm.usp.br/portal/indicadores>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- KAHIL, S. P. O mundo no lugar: itinerário para uma geografia da existência. **Revista Experimental**, São Paulo, n. 4/5, p. 45-56, set. 1998.
- LABORATÓRIOS DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA. **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 2015. Disponível em: <<http://www.lims.fm.usp.br/portal/>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.
- LENCIONI, S. Região Metropolitana de São Paulo como centro de inovação do Brasil. **Cadernos Metrpole**, São Paulo, v. 17, n. 34, p. 317-328, nov. 2015.
- LIMA-GONÇALVES, E. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

- LIMA-GONÇALVES, E.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-87, jan./mar. 1999.
- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACHADO, R. R. Políticas de saúde no Brasil: um pouco de história. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.
- MACHRY, H. S. **O impacto dos avanços da tecnologia nas transformações arquitetônicas dos edifícios hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia da Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MARINHO, M. G. S. M. C. Difundir a ciência, modernizar a medicina: pactos para uma nova racionalidade médica – São Paulo, 1916-1925. In: _____; MOTA, A. (Org.). **Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952)**. São Paulo: FMUSP/UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2013a. p. 13-36.
- _____. Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Faculdade de Medicina de São Paulo e a Fundação Rockefeller (1916-1931). In: MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. (Org.). **Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952)**. São Paulo: FMUSP/UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2013b. p. 79-80.
- _____. Faculdade de Medicina da USP. In: MOTT, M. L.; SANGULAR, G. (Org.). **História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. CD-ROM.
- _____.; MOTA, A. **Da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: conjunturas e contextos**. São Paulo: CD.G Casa de Soluções, 2012. V. 1.
- MEHRY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000a.
- _____. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. Tese (Livre-docência em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000b.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.
- MOLES, A. Teoria da complexidade e civilização industrial. In: _____ et al. **Civilização industrial e cultura de massas**. Petrópolis: Vozes, 1973. p. 7-27.

- MONTEIRO, Y. N. As modificações na atuação médica no Brasil: uma análise a partir das memórias de Câmara Cascudo e Eduardo Etzel. In: _____. (Org.). **História da saúde: olhares e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. p. 251-268.
- MONTENEGRO, B. A importância do estudo de hospital no Brasil. In: IAB. INSTITUTO DE ARQUITETOS DO BRASIL. Departamento de São Paulo. Comissão de Planejamento de Hospitais. **Planejamento de Hospitais**. São Paulo: IAB, 1954.
- MORAES, A. C. R. **Os circuitos espaciais de produção e os círculos de cooperação no espaço**. Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985. Mimeo.
- MOTA, A. Arnaldo Vieira de Carvalho: história e memória de um médico ilustre. In: MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. (Org.). **Medicina, saúde e história: textos escolhidos & outros ensaios**. São Paulo: FMUSP, UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2014. p. 33-56. (Coleção Medicina, Saúde e História, 6.)
- _____. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920**. São Paulo: Edusp, 2005.
- MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. As múltiplas vozes da memória: da Escola Paulista de Medicina para a Universidade Federal de São Paulo, 75 anos em 75 depoimentos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1347-1351, out./dez. 2012.
- _____. O discurso da excelência em solo paulista: marchas e contramarchas na criação e instalação do Hospital das Clínicas (1916-1950). In: MOTT, M. L.; SANGLARD, G. (Org.). **História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. p. 133-170.
- MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; SILVA, J. A. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: a obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- MOTA, A.; TARELOW, G. Q. O Hospital das Clínicas de São Paulo e a “Política da Boa Vizinhança” norte-americana, 1938-1944. In: MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. **Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952)**. São Paulo: FMUSP/UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2013. p. 57-78.
- MOTT, M. L. Clínica Prof. Paula Santos (verbete 53). In: MOTT, M. L.; SANGLARD, G. (Org.). **História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. CD-ROM.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 129-135, maio/ago. 2005.

- NEMI, A. L. Hospital São Paulo/SPDM: atendimento à saúde entre o público e o privado nos anos 70 do século XX. In: MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. (Org.). *Medicina, saúde e história: textos escolhidos & outros ensaios*. São Paulo: FMUSP, UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2014. p. 111-140. (Coleção Medicina, Saúde e História, 6.)
- _____. A federalização da Escola Paulista de Medicina: imbricações de origem entre a norma e a experiência (1956-1970). **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 178, p. 165-213, jul./set. 2009.
- OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, jan./abr. 2009.
- OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 368-402, mar./abr. 2004.
- O MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO INAUGURA SALA DE TELEPRESENÇA DO HOSPITAL SÃO PAULO E UNIFESP. **Notícias Hospital São Paulo**, 16 mar. 2012. Disponível em: <<http://hospitalsaopaulo.org.br/noticias/item/73-o-ministerio-da-ciencia-tecnologia-e-inovacao-inaugura-sala-de-telepresenca-do-hospital-sao-paulo-e-unifesp>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013a.
- _____. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013b.
- PALLAMOLLA, F.; BRAGA, M. A. C. Os desafios da política industrial na saúde. **Valor Econômico**, São Paulo, 7 out. 2013. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/opiniaio/3295420/os-desafios-da-politica-industrial-na-saude>>. Acesso em: 27 nov. 2013.
- PATINI, D. EPM combina tecnologia e humanismo. **Entrementes**, São Paulo, n. 1, p. 2-3, jun. 2013. Edição especial. Disponível em: <http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entrementes/entrementes_especial_1_junho_2013.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2015.
- PEREIRA, M. F. V.; KAHIL, S. P. O território e as redes: considerações a partir das estratégias de grandes empresas. In: CARVALHO, P. F.; GERARDI, L. H. O. (Org.). **Geografia: ações e reflexões**. Rio Claro: Unesp/IGCE/Ageteo, 2006. p. 217-230.
- PORTER, R. **Cambridge História da Medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.
- _____. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

- PREMIUM. **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 2015. Disponível em: <http://www.premium.fm.usp.br/index.php?apg=equipo_apr>. Acesso em: 17 dez. 2015.
- PROJETO DE RESTAURO. **Fundação Faculdade de Medicina**, [20--]. Disponível em: <<http://www.ffmpeg.br/restauro/>>. Acesso em: 7 maio 2014.
- QUEM SOMOS. **Fundação Faculdade de Medicina**, 2015a. Disponível em: <http://extranet.ffmpeg.br/INSTITUCIONAL/quem_somos.html?NAVID=395&superior=395>. Acesso em: 18 dez. 2015.
- QUEM SOMOS. **Hospital São Paulo – Hospital Universitário da Unifesp**, 2015b. Disponível em: <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/quem-somos>>. Acesso em: 18 dez. 2015.
- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2015. **Fundação Faculdade de Medicina**, 2015. Disponível em: <<http://extranet.ffmpeg.br/wfcontent/subportals/Downloads/ra2015.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- RESIDÊNCIAS. **Escola Paulista de Medicina**, 2015. Disponível em: <<http://www.epm.br/extensao/23-residencias>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim...** Inventário da Saúde Pública: São Paulo – 1880-1930. São Paulo: Editora Unesp, 1994.
- RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, jan./mar. 2011.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- SANT'ANNA, D. B. Guerra e paz: alguns cenários da vida hospitalar. In: MOTT, M. L.; SANGULARD, G. (Org.). **História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)**. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. p. 1-23.
- SANTOS, F. D. A. **O circuito espacial produtivo e a topologia dos equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem no território brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-08042016-125426/>>. Acesso em: 6 set. 2016.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.
- SANTOS, Mariane. Comunidade aponta os principais desafios. **Jornal da Unifesp Entrementes**, ano 1, n. 4, dez. 2013.
- SANTOS, Milton. **Por uma economia política da cidade: o caso de São Paulo**. São Paulo: Edusp, 2009[1994].

- SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Edusp, 2008a[1985].
- _____. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Edusp, 2008b[1978].
- _____. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2006a[2000].
- _____. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2006b[1996].
- _____. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2005[2002].
- _____. Modo de produção técnico-científico e diferenciação espacial. **Revista Território**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 6, p. 5-20, jan./jun. 1999.
- _____. Circuitos espaciais da produção: um comentário. In: SOUZA, M. A. A.; SANTOS, M. (Org.). **A construção do espaço**. São Paulo: Nobel, 1986.
- _____. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 54, jun. 1977.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2006.
- SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Cremesp/CFM, 2013. v. 2.
- _____. **Demografia médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Cremesp/CFM, 2011. v. 1.
- SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo, 2008.
- _____. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____.; MEDICI, A. C.; MENDES-GONÇALVES, R. B. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos. **Educación Médica y Salud**, Washington, DC: OPS, v. 28, n. 1, p. 20-52, 1994.
- SEADE. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Ciências da vida humana na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2010.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo**. São Paulo: Instituto Via Pública, 2012.
- SEIXAS, A.; ZILBERMAN, M. L. O Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – FMUSP. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da psiquiatria**: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: FMUSP/UFABC/CD.G Casa de Soluções, 2012. p. 177-190.

- SILVA, G. R. O SUS e a crise atual do setor público da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 15-21, 1995.
- SILVA, M. R. B. Escola Paulista de Medicina (EPM) (verbetes 53). In: MOTT, M. L.; SANGLARD, G. (Org.). **História da saúde**: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958). Barueri, SP: Minha Editora, 2011a. CD-ROM.
- _____. Hospital São Paulo (verbetes 81). In: MOTT, M. L.; SANGLARD, G. (Org.). **História da saúde**: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958). Barueri, SP: Minha Editora, 2011b. CD-ROM.
- _____. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 3, p. 543-68, set./dez. 2001.
- SILVA, M. W. A geografia e o estudo do passado: conceitos, periodizações e articulações espaço-temporais. **Terra Brasilis** (Nova série) [Online], v. 1, 2012. Disponível em: <<https://terrabilis.revues.org/246>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- SILVEIRA, M. L. Território usado: dinâmicas de especialização, dinâmicas de diversidade. **Ciência Geográfica**, Bauru, v. XV, n. 1, p. 4-12, jan./dez. 2011.
- _____. Finanças, consumo e circuitos da economia urbana na cidade de São Paulo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 55, p. 65-76, jan./abr. 2009.
- _____. Concretude territorial, regulação e densidade normativa. **Revista Experimental**, São Paulo: Lapoblan, n. 2, p. 35-45, mar. 1997.
- SILVEIRA, R. L. L. Redes e território: uma breve contribuição geográfica ao debate sobre a relação sociedade e tecnologia. **Biblio 3W – Revista Bibliográfica de Geografia y Ciencias Sociales**, Barcelona: Universidad de Barcelona, v. VIII, n. 451, 15 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/b3w-451.htm>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- SIMÕES, J. C. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? **Revista do Médico Residente**, v. 13, n. 4, out./dez., 2011. p. 1-2.
- SIMONDON, G. **El modo de existencia de los objetos técnicos**. Buenos Aires: Prometeo, 2007.
- SINGER, P. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
- SOUZA, M. A. A. Território e lugar na metrópole: revisitando São Paulo. In: CARLOS, A. F. A.; OLIVEIRA, A. U. **Geografias de São Paulo**: a metrópole do século XXI. São Paulo: Contexto, 2004. p. 21-50.
- _____. **A identidade da metrópole**: a verticalização em São Paulo. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1994.

- SOUZA, M. L. **A prisão e a ágora**: reflexões em torno da democratização do planejamento e da gestão das cidades. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- SOUZA, M. S. Uma agenda pelo direito universal à saúde. **Em defesa do SUS universal e igualitário**, dez. 2015. p. 5. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/12/encarte-SUS-le-monde.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- SPOSITO, M. E. B. **O chão em pedaços**: urbanização, economia e cidades no estado de São Paulo. Tese (Livre-docência em Geografia) – Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2004.
- UNIFESP TESTA TÉCNICA PARA RECUPERAÇÃO DE MOVIMENTOS. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 9 jun. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uo.com.br/fsp/saudeciencia/169457-unifesp-testa-tecnica-para-recuperacao-de-movimentos.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2014.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina**, 2014a. Disponível em: <www3.unifesp.br/prograd/app/cursos/index.php/prograd/arq_projeto/1>. Acesso em: 2 nov. 2015.
- _____. **Frente de prefeitos para o desenvolvimento da Unifesp**, 2014b.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.
- VENDRUSCULO, F. C. As feiras internacionais como círculos de cooperação no espaço: uma reflexão a partir das férias e congressos médicos para o complexo industrial da saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEGE, 11., 2015, Presidente Prudente. **Anais...** Presidente Prudente, 2015.
- VIANA, A. L. A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.
- _____; SILVA, H. P.; ELIAS, E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE – ABRES, 2., 2005. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/economia_politica_viana.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2014.
- VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.
- ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC: OPS, v. 4, n. 5, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001100004>. Acesso em: 13 set. 2016.
- ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 12, p. 127-150, 2000.

APÊNDICE A

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE B

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE C

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

Porcentagem de hospitais gerais nas capitais em relação ao total do estado

capital	hospitais gerais em relação ao estado (%)	capital	hospitais gerais em relação ao estado (%)
Macapá (AP)	44,44	Belém (PA)	9,90
Rio de Janeiro (RJ)	41,60	São Luís (MA)	9,64
Maceió (AL)	37,21	Cuiabá (MT)	8,44
Boa Vista (RR)	36,36	Salvador (BA)	7,17
Brasília (DF)	33,33	Belo Horizonte (MG)	6,97
Rio Branco (AC)	31,25	Florianópolis (SC)	6,86
Manaus (AM)	30,12	Porto Alegre (RS)	5,73
Aracaju (SE)	29,41		
Natal (RN)	22,22		
Teresina (PI)	21,15		
São Paulo (SP)	19,83		
Porto Velho (RO)	18,42		
Recife (PE)	17,44		
Fortaleza (CE)	17,35		
Goiânia (GO)	15,48		
Palmas (TO)	14,75		
Vitória (ES)	14,14		
Campo Grande (MS)	13,59		
João Pessoa (PB)	12,82		
Curitiba (PR)	9,98		

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE D

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

Porcentagem de hospitais especializados nas capitais em relação ao total do estado

capital	hospitais especializados em relação ao estado (%)
Boa Vista (RR)	100
Macapá (AP)	100
Manaus (AM)	92,31
Maceió (AL)	87,10
Porto Velho (RO)	85,71
Campo Grande (MS)	83,33
São Luís (MA)	77,78
Cuiabá (MT)	76,92
Natal (RN)	76,19
Fortaleza (CE)	75
Teresina (PI)	73,91
Aracaju (SE)	72,73
Belém (PA)	70,59
Goiânia (GO)	68,54
Rio Branco (AC)	66,67
Palmas (TO)	66,67
Recife (PE)	62,5
Porto Alegre (RS)	58,82
João Pessoa (PB)	58,54
Brasília (DF)	55,17
Rio de Janeiro (RJ)	52,66

capital	hospitais especializados em relação ao estado (%)
Belo Horizonte (MG)	48,44
Florianópolis (SC)	45
Vitória (ES)	40
Curitiba (PR)	39,62
Salvador (BA)	38,46
São Paulo (SP)	29,48

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE E

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE F

Tipos de estabelecimento segundo a região brasileira

região	tipo de estabelecimento	centro de saúde/unidade básica ¹ (%)	policlínica ² (%)	posto de saúde ³ (%)	clínica/centro de especialidade ⁴ (%)	consultório isolado ⁵ (%)	pronto-socorro geral ⁶ (%)	pronto-socorro especializado ⁷ (%)	hospital-dia – isolado ⁸ (%)	unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado) ⁹ (%)
Norte		7,0	2,9	14,3	4,8	2,7	1,7	4,2	1,9	4,8
Nordeste		37,7	19,0	41,4	22,3	12,0	13,2	45,8	29,8	18,9
Centro-Oeste		7,5	9,9	4,9	9,9	8,2	7,0	5,8	4,7	9,3
Sul		14,8	21,0	19,8	16,3	24,2	13,7	14,2	14,9	23,7
Sudeste		32,9	47,1	19,6	46,8	52,8	64,4	30,0	48,8	43,2
total		100	100	100	100	100	100	100	100	100

De acordo com informações do Datasus (tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm): “(1) Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e pronto-atendimento 24 horas”; (2) “Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e pronto-atendimento 24 horas”; (3) “Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico”; (4) “Clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência (centro psicossocial/reabilitação etc.)”; (5) “Sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior”; (6) “Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação”; (7) “Unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato”; (8) “Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação”; (9) “Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente”.

fonte: Cnes (2014). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE G

Tipo e número de estabelecimentos de saúde – município de São Paulo (2015)

tipo de estabelecimento	número
posto de saúde	15
centro de saúde/unidade básica	571
policlínica	209
hospital geral	147
hospital especializado	52
pronto-socorro geral	21
pronto-socorro especializado	6
consultório isolado	11.998
clínica/centro de especialidade	2.377
unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	657
unidade móvel terrestre	19
unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	215
farmácia	23
unidade de vigilância em saúde	28
cooperativa	9
centro de parto normal isolado	2
hospital/dia isolado	42
central de regulação de serviços de saúde	4
laboratório central de saúde pública (Lacen)	1
secretaria de saúde	5
centro de atenção hemoterapia e/ou hematologia	13
centro de atenção psicossocial	83
unidade de atenção à saúde indígena	3
pronto-atendimento	13
telessaúde	3
central de regulação médica das urgências	1
serviço de atenção domiciliar isolado (<i>home care</i>)	40
laboratório de saúde pública	2
central de regulação do acesso	9
central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	4
total	16.572

fonte: Cnes (2015).

APÊNDICE H

Nível de hierarquia e número de estabelecimentos – município de São Paulo (2014)

nível de hierarquia	nº	%
5 – baixa M1 e M2	16	
1 – PAB-PABA	782	
total baixa complexidade	798	5,32%
3 – média M2 e M3	4.780	
7 – média M3	24	
6 – média M2 e M3	35	
2- média M1	8.767	
total média complexidade	13.606	90,65%
8 – alta hosp./amb.	161	
4 – alta amb.	444	
total alta complexidade	605	4,03%
total	15.009	

fonte: Cnes, 2014. Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE I

Leitos – município de São Paulo (2014)

leitos	privados	SUS
cirúrgicos	4.585	4.817
clínicos	5.523	4.175
complementares	2.998	2.498
obstétrico	1.136	1.442
pediátrico	1.101	1.461
hospital-dia	682	839
outras especialidades	1.073	2.485
total	17.098	17.717

fonte: Cnes (2014).

Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

APÊNDICE J

Equipamentos – município de São Paulo (2016)

equipamentos médicos	existentes	em uso	existentes SUS	%	em uso SUS	existentes privados	%
equipamentos de audiologia ¹	694	677	474	68,3	457	220	31,7
equipamentos de diagnóstico por imagem ²	11.228	10.964	2.172	19,3	2.085	9.056	80,7
equipamentos de infra-estrutura ³	4.702	4.482	1.351	28,7	1.214	3.351	71,3
equipamentos de odontologia ⁴	49.126	47.451	5.270	10,7	4.615	43.856	89,3
equipamentos para manutenção da vida ⁵	77.461	74.170	44.541	57,5	42.701	32.920	42,5
equipamentos por métodos gráficos ⁶	3.405	3.177	1.623	47,7	1.484	1.782	52,3
equipamentos por métodos ópticos ⁷	7.099	6.901	1.946	27,4	1.849	5.153	72,6
outros equipamentos ⁸	5.745	5.436	2.709	47,1	2.506	3.036	52,9
total	159.460	153.258	60.086	37,7	56.911	99.374	62,3

¹ Emissões otoacústicas evocadas transientes; emissões otoacústicas evocadas por produto de distorção; potencial evocado auditivo de tronco encefálico automático; potencial evocado auditivo tronco-encefálico de curta, média e longa latência; audiômetro de um canal; audiômetro de dois canais; imitanciômetro; imitanciômetro multifrequencial; cabine acústica; sistema de campo livre; sistema completo de reforço visual (VRA); ganho de inserção; Hi-Pro.

² Gama-câmara; mamógrafo com comando simples; mamógrafo com estereotaxia; raio-X até 100 mA; raio-X de 100 a 500 mA; raio-X mais de 500 mA; raio-X dentário; raio-X com fluoroscopia; raio-X para densitometria óssea; raio-X para hemodinâmica; tomógrafo computadorizado; ressonância magnética; ultrassom doppler colorido; ultrassom ecógrafo; ultrassom convencional; processadora de filme exclusiva para mamografia; mamógrafo computadorizado; PET/CT.

³ Controle ambiental/ar-condicionado central; grupo gerador; usina de oxigênio.

⁴ Equipamento odontológico; compressor odontológico; fotopolimerizador; caneta de alta rotação; caneta de baixa rotação; amalgamador; aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato.

⁵ Bomba/balão intra-aórtico; bomba de infusão; berço aquecido; bilirrubinômetro; debitômetro; desfibrilador; equipamento de fototerapia; incubadora; marcapasso temporário; monitor ECG; monitor de pressão invasivo; monitor de pressão não invasivo; reanimador pulmonar/ambu; respirador/ventilador.

⁶ Eletrocardiógrafo; eletroencefalógrafo.

⁷ Endoscópio das vias respiratórias; endoscópio das vias urinárias; endoscópio digestivo; equipamentos para optometria; laparoscópio/vídeo; microscópio cirúrgico; cadeira oftalmológica; coluna oftalmológica; refrator; lesômetro; projetor ou tabela de optotipos; retinoscópio; oftalmoscópio; ceratômetro; tonômetro de aplanção; biomicroscópio (lâmpada de fenda); campímetro.

⁸ Aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas; aparelho de eletroestimulação; bomba de infusão de hemoderivados; equipamentos de aferese; equipamento de circulação extracorpórea; equipamento para hemodiálise; forno de Bier.

fonte: Cnes (2016). Organização: Tatiana dos Santos Thomaz.

ANEXO A

Rede urbana – Brasil (2007)

fonte: IBGE (2008, p. 12).

ANEXO B

Coordenadorias Regionais de Saúde e distritos administrativos – município de São Paulo

região	cód. IBGE	distrito adm.	região	cód. IBGE	distrito adm.
Centro-Oeste	2	Alto de Pinheiros	Norte	62	Perus
	6	Barra Funda		64	Pirituba
	7	Bela Vista		71	Santana
	9	Bom Retiro		73	São Domingos
	12	Butantã		83	Tremembé
	14	Cambuci		84	Tucuruvi
	26	Consolação		88	V. Guilherme
	34	Itaim Bibi		91	Vila Maria
	39	Jaguara		94	Vila Medeiros
	40	Jaguareé	Sudeste	1	Água Rasa
	44	Jd. Paulista		4	Aricanduva
	48	Lapa		5	Artur Alvim
	49	Liberdade		8	Belém
	55	Morumbi		10	Brás
	61	Perdizes		18	Cangaíba
	63	Pinheiros		20	Carrão
	66	Rap. Tavares		27	Cursino
	67	República		33	Ipiranga
	68	Rio Pequeno		37	Jabaquara
Leste	70	Santa Cecília		53	Moema
	80	Sé		54	Mooca
	90	V. Leopoldina		57	Pari
	96	Vila Sônia		60	Penha
	24	Cidade Líder		69	Sacomã
	25	Cid Tiradentes		74	São Lucas
	28	Er. Matarazzo		78	Sapopemba
	31	Guaianases		79	Saúde
	32	Iguatemi		82	Tatuapé
	35	Itaim Paulista		87	Vila Formosa
	36	Itaquera		92	Vila Mariana
	43	Jardim Helena		93	Vila Matilde
	46	José Bonifácio		95	Vila Prudente
	47	Lajeado	Sul	15	Campo Belo
	58	Pq. do Carmo		16	C. Grande
	65	Ponte Rasa		17	Campo Limpo
	75	São Mateus		19	C. Redondo
	76	São Miguel		22	Cid. Ademar
	77	São Rafael		23	Cidade Dutra
	86	Vila Curuçá		30	Grajaú
	89	Vila Jacuí		42	Jd. Ângela
Norte	3	Anhanguera		45	Jd. São Luís
	11	Brasilândia		52	Marsilac
	13	Cachoeirinha		56	Parelheiros
	21	Casa Verde		59	Pedreira
	29	Freg. do Ó		72	Santo Amaro
	38	Jaçanã		81	Socorro
	41	Jaraguá		85	Vila Andrade
	50	Limão			
	51	Mandaqui			

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 15).

ANEXO C

Estabelecimentos de saúde cadastrados – município de São Paulo (2010)

descrição	nº de estab.
estabelecimentos cadastrados	12.562
classificação por esfera administrativa	
estabelecimentos privados	11.554
estabelecimentos públicos	1.008
classificação dos estabelecimentos privados por tipo de unidade	
hospitais	146
pronto-socorros	15
consultórios	8.813
clínicas e policlínicas	1.998
serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT)	1.042
outros tipos de estabelecimento	66
classificação dos estabelecimentos públicos por esfera administrativa	
estabelecimentos federais	5
estabelecimentos estaduais	149
estabelecimentos municipais	854
classificação dos estabelecimentos públicos por tipo de unidade	
hospitais	55
pronto-socorros	16
serviços de atenção básica	823
serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT)	20
outros tipos de estabelecimento	92
classificação dos estabelecimentos assistenciais por segmento populacional atendido	
estabelecimentos que atendiam pacientes particulares	4.550
estabelecimentos que atendiam beneficiários de planos de saúde	6.913
estabelecimentos que atendiam usuários do SUS	1.004
classificação dos estabelecimentos assistenciais por nível de complexidade	
atenção básica	4.117
média complexidade ambulatorial	11.549
alta complexidade ambulatorial	480
médica complexidade hospitalar	100
alta complexidade hospitalar	182
classificação dos estabelecimentos assistenciais com serviço de apoio à diagnose e terapia	563

fonte: Secretaria da Saúde [...] (2012, p. 92-93).