

## SERVIÇOS DE SAÚDE, CIRCUITOS ECONÔMICOS E CADEIAS PRODUTIVAS

*Raul Borges GUIMARÃES<sup>1</sup>*

Um simples exame de sangue pode revelar que a generalização das relações mercantis nos serviços de saúde fortalece e unifica o território da circulação, enquanto base de poder de grandes firmas que atuam neste setor de serviços. É o que observamos na visita a um hospital público de grande porte do município de São Paulo (Guimarães, 1994). Lá, a produção de hemogramas era feita num dos equipamentos mais sofisticados existentes no Brasil: o Technicon H1-System, de origem americana. Que estratégia havia por detrás deste equipamento?

A Technicon era da Bayer desde 1989. Foi a partir de uma transação comercial com a Miles Laboratories que a Bayer incorporou a Technicon, ampliando sua atuação em nível mundial no setor de diagnóstico. A estratégia do grupo, naquela época, era de expansão no mercado brasileiro, treinando novos técnicos para a manutenção dos equipamentos e transferindo o laboratório para local mais amplo.

Tal estratégia que envolve um exame de sangue não é um fenômeno isolado. Hospitais inteiros estão sendo reestruturados para fazer frente a esta onda de inovações. Ao lado da Bayer, pudemos também constatar a forte presença de um outro grupo alemão no Brasil: a Siemens A.G. Este grupo cria linhas de financiamento próprias e responde pela montagem das máquinas, manutenção, assistência técnica e treinamento de operadores nas unidades de

---

<sup>1</sup> Geógrafo, Mestre em Geografia Humana e doutorando em Geografia na Universidade de São Paulo (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Humanas). Membro do GASPERR (Grupo Acadêmico Produção do Espaço e Redefinições Regionais).

terapia intensiva, diagnósticos por imagens e centros cirúrgicos de vários hospitais<sup>2</sup>.

Nas 2 últimas décadas, equipamentos desta natureza transformaram o método de diagnóstico por produção de imagens do corpo em parte integrante da terapêutica. As tecnologias médicas têm se aperfeiçoado e sua utilização aumentado de modo extraordinário. Trata-se de inovações tecnológicas relacionadas com imunização, antibióticos, diagnósticos e cirurgia.

Cordeiro (1990, p.11-13) estimou que o mercado mundial de materiais, substâncias especiais e equipamentos médicos, na década de 1980, atingiu US\$ 20 bilhões ao ano, sendo maior para as tecnologias relacionadas à microeletrônica, aos novos materiais, à mecânica fina e à biotecnologia. Apenas nos EUA, cerca de 170 tecnologias de uso médico foram introduzidas no mercado nos anos 90.

Algumas análises econômicas já estimavam um incremento de 50% dos custos do hospital, devido à introdução destas novas tecnologias médicas (Banta:1981). O aumento do uso de serviços auxiliares tais como exames de laboratório relaciona-se, desde a sua origem, com a especialização, a extensão da seguridade social e dos métodos de pagamento. O estudo de Redisch<sup>3</sup> apud Banta (1988) indicou que o uso mais intensivo destes serviços dava conta do aumento aproximado de 40% dos custos operacionais do hospital, naquela época.

Tais estudos corroboraram a hipótese de atrelamento do crescimento da incorporação de novas tecnologias médicas aos interesses lucrativos do mercado. Nos EUA, por exemplo, nos estados federados que haviam desenvolvido programas de reembolso antecipado ou de regulação de tarifas, as taxas de difusão da

<sup>2</sup> Somente o hospital privado visitado nas proximidades da Av. Paulista contraiu com este grupo empréstimos na ordem de 18 milhões de dólares, conforme nos informou seu diretor administrativo.

<sup>3</sup> REDISCH, Michael. *Hospital inflationary mechanisms*. Las Vegas: Western Economic Association, 1974. (mimeog.).

tecnologia eram definitivamente mais baixas que em qualquer outro lugar, conforme Cromwell<sup>4</sup> apud Banta (1988).

É comprovadamente mais lucrativo para os médicos utilizar tecnologias sofisticadas do que estabelecer um contato mais longo com seus pacientes. O trabalho de Showstack (1988) sobre o uso da endoscopia gastrointestinal alta ilustrou bem este fato quando revelou que enquanto o custo da gastroendoscopia oscilava entre 40 e 50 dólares, pagava-se mais de 240 dólares por procedimento na Califórnia.

Estas mudanças sustentam cada vez mais uma demanda formada pela rede prestadora de serviços médicos, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, constituindo-se em força social que estabelece uma relação sinonímica cada vez maior entre o "direito à saúde" e o "direito à assistência médica".

Verifica-se com isto que entre o queixoso que procura os serviços e os trabalhadores de saúde encontramos uma cadeia de mediações cada vez maior, preenchida por procedimentos controlados pelo chamado "complexo médico-industrial"<sup>5</sup>. Apesar de não haver colapso cardíaco, problema respiratório ou renal que, ao menos em teoria, não possa ser superado ou amenizado com o auxílio de máquinas deste "complexo", é importante reconhecer que muitas destas tecnologias introduzidas por este, possuem um custo muito elevado em relação aos benefícios produzidos e não provocam nenhuma alteração nos perfis de morbi-mortalidade dos países (Landmann, 1986, p.21)<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> CROMWELL, Jerry et.al. *Incentives and decisions underlying hospitals adoption and utilization of major capital equipment*. Cambridge: ABT Associates, 1975. (mimeog.).

<sup>5</sup> O termo "complexo médico-industrial" é amplamente utilizado na bibliografia especializada. Refere-se a uma extensa e crescente rede de corporações privadas comprometidas com o negócio da oferta de atenção médica a pacientes, com uma finalidade lucrativa (hospitais privados, clínicas privadas, e outros), bem como os serviços de apoio diagnóstico, conforme Relman (1980).

<sup>6</sup> Landmann (1986) considerou como indicador para esta comparação a taxa de mortalidade geral em comparação aos gastos com o setor saúde. Apesar dos EUA ser o país que teve o maior incremento de gastos com assistência médica nos últimos 20 anos (600%) mantém-se em 25o lugar na escala mundial em termos de

A complexidade tecnológica crescente dos equipamentos recém incorporados às práticas médicas faz com que não haja condições de produzi-los no nível local. Ao mesmo tempo está criando novas demandas de consumo que pressionam o Estado a um esforço de expansão dos seus serviços e sistemas de controle, a partir destes parâmetros técnicos dados pela tecnologia importada ou pela atuação direta de grandes grupos econômicos que detêm o seu domínio.

Pelo exposto acima, é possível analisar a inovação tecnológica por que passa a prática médica a partir das exigências de altos investimentos e lucros por parte das grandes firmas. A demanda por novos equipamentos e processos é uma demanda induzida por quem produz estas novas tecnologias, tornando prematuramente obsoletas as técnicas de produção e podendo afetar padrões de comportamento e a própria estrutura social.

Ao tomarmos este caminho, conduzimo-nos de modo a considerar certos aspectos da realidade e compreender a condensação material e específica da correlação de forças que ao mesmo tempo produz a esfera pública e delimita o lugar do individual-privado.

Como assinala Singer (1978), estes serviços, na medida que contribuem para a realização de um valor de uso, produzem valor, contribuem para a extração da mais-valia, o que justifica o seu enquadramento no setor mercantil da sociedade. Enquanto uma variedade do capital mercantil, o serviço e seus produtos interessam à análise enquanto realização de circulação.

Por sua sorte, os serviços de saúde contribuem à acumulação capitalista adiantando o dinheiro que irá novamente funcionar no ciclo produtivo, agindo como promotores imediatos da circulação de valores, orientando os usuários no sentido de consumir certos

---

mortalidade. A Inglaterra gasta a terça parte per capita do que empregam os Estados Unidos e, no entanto, ocupa o 6o lugar na escala de índices mundiais de mortalidade. A Alemanha, por sua vez, que possui um perfil semelhante de gastos como o dos EUA, ocupa a 17a posição.

Algumas conquistas na redução da mortalidade por câncer e doenças cardíacas são associadas muito mais a medidas preventivas.

produtos, ampliando o mercado de bens de saúde, propiciando uma acumulação em seu próprio setor através das empresas capitalistas de serviços de saúde, e, possibilitando alternativas de investimentos produtivos através da criação de demanda por novas tecnologias. Apesar de ser incapaz de gerar valor e mais-valia, sendo na perspectiva do capital social um dispêndio improdutivo de capital, do ponto de vista particular trata-se de investimento e trabalho produtivo capaz de proporcionar lucro aos empresários que atuam no setor.

A introdução de equipamentos eletro-eletrônicos na produção de serviços de saúde, aponta para o processo de passagem da produção de mais-valia absoluta e da subsunção formal para o da produção da mais-valia relativa e da subsunção real do trabalho no capital. Marx (1985) tomou este fenômeno como ponto de referência ao desenvolver o tomo 1 e o Capítulo VI Inédito de *O Capital*.

Trabalhando as articulações deste fenômeno no âmbito da atividade comercial, Gaeta (1988) estudou os efeitos da difusão dos shopping centers em São Paulo. Considerou para isto o resgate realizado por Mantega (1984) da leitura marxiana da economia política brasileira.

Acreditamos que uma outra expressão concreta deste movimento, hoje, ocorre na prestação de serviços de saúde, quer seja na centralização destes nos hospitais de maior porte ou através do deslocamento dos processos de alto custo dos hospitais para o serviço realizado por terceiros - especialmente aqueles mais lucrativos, associados às transformações técnicas do processo de diagnóstico e terapêutica com base na incorporação de equipamentos eletro-eletrônicos. Este fenômeno está provocando o que denominamos de um "transbordar do hospital pela cidade" (Guimarães, 1994), através do surgimento de um número cada vez maior de serviços.

Recentemente, Beltrão Sposito (1996) vem procurando analisar as relações intrínsecas de fenômenos como estes ao processo mais amplo de "multi(poli)centralidade urbana".

Interessa aqui o modo pelo qual este movimento singular da valorização se integra no movimento do capital social como um todo. Estas conclusões obtidas a respeito do perfil da oferta de serviços

pressupõe uma explicação do movimento social a partir das condições objetivas e concretas que os envolvem.

Em síntese, a expansão econômica, que tem a difusão tecnológica como uma de suas principais formas, não se realiza sem força política e sugere seu entendimento a partir das imbricações dos determinantes gerais com os condicionantes particulares que tornam a maximização do lucro historicamente possível.

Os oligopólios, as corporações multinacionais ou conglomerados monopolizam as funções inovadoras porque estas só influem significativamente no montante de lucro quando operam em grande escala, além de exigirem elevados investimentos iniciais e um alto grau de certeza quanto à estabilidade da demanda do mercado de consumo. A modernização tecnológica tende, deste modo, a criar novas demandas, alargando o espectro deste mercado de serviços.

O desenho da análise, resultante daí, se coloca em dois planos: num primeiro nível, horizontal e, num segundo, vertical.

No plano horizontal, a análise recai no modo singular de montagem da base territorial da tecnologia médica. No recorte vertical, procurar-se-á identificar na estruturação territorial dos serviços de saúde a ponta da cadeia produção-circulação-consumo, sendo possível desvendar as articulações entre o nível institucional que se encontra concretizada no hospital e serviços de saúde com a cidade - lugar da produção e do consumo dos serviços de saúde - e com os processos globais de produção do espaço capitalista.

Pela via do consumo dos equipamentos médico-hospitalares torna-se possível compreender como estes são produzidos sem necessariamente ir à fábrica que os produziu; consumo considerado enquanto um dos elementos diferenciados no interior de uma unidade que Marx já havia analisado. É o que este autor diz quando assinala que

*"é o consumo que realiza plenamente o ato da produção ao dar ao produto o seu caráter acabado de produto, ao dissolvê-lo consumindo a forma objetiva que ele reveste (...); ele não é somente o último ato pelo qual o produto se torna realmente produto, mas ato pelo qual o produtor se torna realmente produtor"* (Marx, 1983, p. 209).

Perder isto de vista é tornar o processo produtivo particular em estudo uma mera abstração.

Assim, passemos a considerar que os arranjos e rearranjos do território da atenção médica não se sucedem, meramente. Correspondem e fundamentam, como já propunha Donnangelo (1976) para o seu estudo sobre medicina comunitária, *"modalidades de articulação entre o trabalho médico, seu objeto, seus produtos e a forma de seu consumo"* ([s.d.], p.18). Sua *"organicidade, portanto, não se encontra dada 'a priori', mas deve ser continuamente recomposta pela manipulação das contradições que a permeiam"* ([s.d.], p.14).

Conforme o locus do trabalho, quer seja fundamentalmente na instituição hospitalar, quer seja deslocando-se para o consultório de uma clínica ou unidade básica de saúde, redefine-se o estatuto de enfermo na sociedade e das bases de organização de todos os elementos do processo de produção dos serviços, conforme nos diz Ribeiro (1993, p.51).

Como nem todos estes aspectos se situam num mesmo plano, as questões que envolvem as relações entre espaço e serviços podem ser vistas pelo lado da divisão social do trabalho. Não que seja possível estabelecer uma regra absoluta, um sentido profundo a tudo, mas é preciso procurar por baixo deste "devir brumoso" discorde, o que lhe confere uma articulação global e unidade ao todo.

#### *Referências bibliográficas*

- BANTA, H. David. Evaluación de la tecnología médica. *Cuadernos Médico Sociales*. Rosário, n. 15, 1981, p. 25-32.
- BANTA, H. D., BURNS, Anne Kesselman, BEHNEY, Clyde J. Implicaciones políticas de la difusión y el control de la tecnología médica. *Cuadernos Médico Sociales*. Rosário, n. 43, 1988, p. 37-49.
- BELTRÃO SPÓSITO, Maria Encarnação. *Multi(poli)centralidade urbana*. Presidente Prudente, GASPERR/UNESP, 1996. (mimeog.).

- CORDEIRO, Hésio. *Tecnologia em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. *Aspectos da política social brasileira e da participação comunitária em saúde*. Brasília: OPAS, [s.d.] (mimeog.).
- GAETA, Antônio Carlos. *Acumulação e transformação do espaço urbano: o processo geral de formação dos shopping centers em São Paulo*. São Paulo: FFLCH/USP, 1988. (Dissertação de Mestrado).
- SHOWSTACK, Jonathan A., SCHROEDER, Steven A., STEINBERG, Howard R. Evaluating the costs and benefits of a diagnostic technology - the case of upper gastrointestinal endoscopy. *Medical Care*, v.19, n.5, maio de 1981.
- LANDMANN, Jayme. *Evitando a saúde e promovendo a doença*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986.
- MANTEGA, Guido. *A economia política brasileira*. São Paulo: Polis, 1984.
- MARX, Karl. *Contribuição à crítica da economia política*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Capítulo VI inédito de O Capital*. São Paulo: Moraes, 1985.
- RIBEIRO, Herval Pina. *O hospital - história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- SINGER, Paul. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.