

Concentração e centralização do complexo econômico industrial da saúde no território brasileiro: articulações interescares entre lugar, formação socioespacial, mundo¹

Concentración y centralización del complejo económico-industrial de la salud en el territorio brasileño: articulaciones interescares entre lugar, formación socioespacial y mundo

Concentration and Centralization of the Health Economic-Industrial Complex in Brazilian Territory: Interscalar Articulations Among Place, Socio-Spatial Formation, and the World

AUTOR

Ricardo Mendes Antas Jr.*

ricardomendes@usp.br

* Professor associado de Geografia da Universidade de São Paulo (USP, Brasil). Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Brasil) Modalidade de Produtividade em Pesquisa PQ-1D Processo: 313689/2023-7.

RESUMO:

Desde meados do século XX, a produção de insumos médico-hospitalares assumiu crescente centralidade, culminando na formação de complexos industriais da saúde em um número restrito de países, entre os quais o Brasil. Esse setor tornou-se estratégico nas economias capitalistas por seu papel na articulação entre inovação técnico-científica, produção industrial e geração de elevado valor agregado. No território brasileiro, a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao acesso aos serviços, não foi acompanhada por uma correspondente desconcentração da base produtiva. Ao contrário, a estrutura industrial da saúde permanece fortemente centralizada em determinadas porções do território, especialmente nas regiões historicamente mais industrializadas. Essa configuração reproduz, em escala nacional, a lógica hierarquizada que organiza os complexos industriais da saúde em escala mundial, marcada pela coexistência entre a dispersão seletiva das plantas produtivas e a centralização do comando produtivo, da inovação e do controle dos fluxos estratégicos de insumos.

RESUMEN:

Desde mediados del siglo XX, la producción de insumos médico-hospitalarios ha adquirido una creciente centralidad, culminando en la conformación de complejos económico-industriales de la salud en un número limitado de países, entre ellos Brasil. Este sector se ha vuelto estratégico en las economías capitalistas debido a su papel en la articulación entre la innovación científico-tecnológica, la producción industrial y la generación de un elevado valor agregado. En el territorio brasileño, la descentralización del Sistema Único de Salud (SUS), en lo que respecta al acceso a los servicios, no estuvo acompañada por una correspondiente desconcentración de la base productiva. Por el contrario, la estructura económico-industrial de la salud permanece fuertemente centralizada en determinadas porciones del territorio, especialmente en las regiones históricamente más industrializadas. Esta configuración reproduce, a escala nacional, la lógica jerarquizada que organiza los complejos económico-industriales de la salud a escala mundial, marcada por la coexistencia entre la dispersión selectiva de las plantas productivas y la centralización del mando produtivo, de la innovación y del control de los flujos estratégicos de insumos.

ABSTRACT:

Since the mid-twentieth century, the production of medical and hospital supplies has assumed increasing strategic importance, culminating in the emergence of health economic-industrial complexes in a limited number of countries, including Brazil. This sector has become strategic in capitalist economies because of its role in articulating scientific and technological innovation, industrial production, and the generation of high added value. In Brazil, the decentralization of the Unified Health System (SUS) with respect to access to healthcare services has not been accompanied by a corresponding decentralization of the productive base. On the contrary, the health economic-industrial structure remains highly concentrated in specific parts of the country, particularly in historically more industrialized regions. This configuration reproduces, at the national scale, the hierarchical logic that organizes health economic-industrial complexes on a global scale, characterized by the coexistence of the selective dispersion of production facilities and the centralization of productive command, innovation, and control over strategic supply flows.

1. Introdução

O conceito de circuito espacial produtivo (Santos, 1988) ocupa posição nuclear na compreensão das dinâmicas contemporâneas da produção capitalista, sobretudo quando o objetivo é apreender as formas pelas quais os fluxos materiais e imateriais participam da reprodução ampliada do capital no período atual. Para além das circulações financeiras, comerciais e informacionais, a análise dos fluxos de insumos produtivos permite evidenciar a emergência de uma divisão territorial do trabalho em escala global, bem como a consolidação de racionalidades espaciais que não substituem as estruturas herdadas, mas as reconfiguram seletiva, cumulativa e contraditoriamente. Trata-se de uma espacialidade que articula simultaneamente dispersão de fixos produtivos, segmentação funcional e centralização estratégica.

A relação entre a centralização de estruturas produtivas especializadas no interior das formações socioespaciais e sua reprodução em escala planetária não pode ser interpretada como efeito secundário ou mero reflexo de condicionantes externos. No estágio atual da globalização, consolida-se uma integração orgânica entre as escalas lugar, formação socioespacial e mundo, que atribui coerência estrutural aos arranjos espaciais da produção, da circulação e da regulação. O complexo econômico-industrial da saúde – CEIS (Gadelha, 2009; Gadelha et al., 2010) revela-se como um caso paradigmático: as atividades de maior densidade tecnológica, intensidade científica e capacidade de geração de valor concentram-se em um número restrito de cidades e regiões, enquanto a malha produtiva global também se estrutura a partir de poucos polos decisórios, financeiros e tecnológicos que comandam, à distância, extensas redes de unidades fabris e de serviços.

Coloca-se, portanto, o problema teórico da articulação entre a organização espacial global da produção especializada e a conformação interna dos sistemas produtivos nacionais. Nos ramos caracterizados por elevada complexidade técnico-científica, como a indústria farmacêutica de base biotecnológica, a produção de insumos farmacêuticos ativos complexos, a engenharia de dispositivos médicos e as tecnologias de diagnóstico de alta precisão, a acumulação não se sustenta apenas na escala produtiva, mas na capacidade de monopolizar conhecimento, patentes, protocolos técnicos e plataformas de inovação. Nesses ramos, o comando da produção é exercido fundamentalmente por corporações transnacionais, que operam não apenas como agentes econômicos, mas como verdadeiros operadores geopolíticos do território.

Essas corporações, implantadas nos principais mercados consumidores e em territórios dotados de elevada densidade de infraestruturas científicas, técnicas, logísticas e normativas, adotam como prática espacial (Corrêa, 2007; 1997) a circulação intensiva e seletiva de insumos produtivos, partes, componentes e conhecimentos entre suas plantas dispersas globalmente. A análise empírica desses movimentos evidencia a constituição de circuitos espaciais produtivos da saúde que articulam, de modo sincronizado, múltiplos países na produção de medicamentos, vacinas, reagentes, equipamentos de diagnóstico e dispositivos médicos (Antas Jr., 2019; 2024; Antas Jr. et al., s.d.). Trata-se de uma espacialidade simultaneamente fragmentada e hierarquizada, na qual a dispersão geográfica das plantas convive com a centralização do comando, da pesquisa, das finanças e da propriedade intelectual.

Nesse sentido, o artigo propõe analisar como os processos de concentração e centralização do capital se materializam territorialmente no complexo econômico-industrial da saúde, produzindo padrões seletivos de localização das infraestruturas produtivas. Inicialmente, discute-se a relação entre produção industrial e espaço geográfico no período de globalização, enfatizando a natureza intercalar dos processos produtivos e a seletividade técnica que estrutura as decisões

PALAVRAS-CHAVE

Complexo industrial da saúde; Circuito espacial produtivo; Concentração territorial; Centralização da produção.

PALABRAS CLAVE

Complejo económico-industrial de la salud; Circuito espacial produtivo; Concentración territorial; Centralización de la producción.

KEYWORDS

Health economic-industrial complex; Spatial production circuit; Territorial concentration; Production centralization.

Recibido:
25/07/2024

Aceptado:
20/07/2026

locações. Em seguida, examinam-se os padrões de centralização e concentração das infraestruturas industriais da saúde, a partir da distribuição dos fixos produtivos e das densidades técnicas no território.

Na terceira parte, desenvolve-se uma análise sistemática da organização dos complexos industriais da saúde em escala mundial, a partir da identificação dos países que efetivamente concentram capacidades produtivas, científicas e tecnológicas nesse setor, bem como das hierarquias que se estabelecem entre eles. Argumenta-se que o número restrito de países detentores de complexos industriais completos, sua forte concentração espacial na América do Norte, na Europa Ocidental e em porções selecionadas da Ásia, assim como a contiguidade territorial desses polos, não constitui mera contingência histórica, mas expressão direta da lógica da acumulação e da monopolização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. As trocas intensas de insumos produtivos, a centralização das plataformas tecnológicas, o controle das cadeias globais de suprimento e a financeirização dos segmentos mais intensivos em inovação reforçam a formação de um núcleo duro do sistema mundial da saúde, a partir do qual se subordinam territórios periféricos.

Por fim, procede-se à leitura do caso brasileiro, entendido não como desvio ou anomalia, mas como formação socioespacial (Santos, 1996) específica inserida de maneira dependente, porém ativa, nesse sistema mundial. O Brasil combina uma forte centralização territorial das infraestruturas produtivas da saúde, particularmente no estado de São Paulo e em sua região metropolitana, com processos seletivos de desconcentração produtiva e fragmentação espacial. A presença simultânea de um mercado interno de grandes dimensões, de um sistema público de saúde de alcance nacional e de um parque industrial complementar às lógicas hegemônicas insere o país em posição contraditória: ao mesmo tempo em que constitui polo regional de produção e consumo, mantém elevada dependência externa de insumos estratégicos, patentes e plataformas tecnológicas. A análise dessa configuração permite evidenciar, em escala concreta, as contradições estruturais e as possibilidades históricas de recomposição produtiva no interior do complexo industrial da saúde sob as condições da globalização.

2. Produção industrial e espaço geográfico no período da globalização: apontamentos preliminares

A emergência do período da globalização, há cerca de cinco décadas, suscitou intensos debates acerca das transformações nas dinâmicas espaciais da produção. Entre os temas que ganharam destaque figuram o declínio de antigos espaços industriais urbanos (Soja, 1993), a difusão de inovações tecnológicas baseadas em informação, associadas a aumentos de produtividade e reestruturações do trabalho (Gun, 1987), e a chamada “involução metropolitana” (Santos, 1990), caracterizada pelo deslocamento de indústrias das metrópoles para áreas rurais e cidades médias e pequenas, entre outros processos amplamente discutidos na literatura.

No que se refere ao chamado processo de desindustrialização, extensamente abordado em artigos acadêmicos e jornalísticos, é fundamental alertar para os riscos de interpretações generalizantes baseadas em estatísticas agregadas, que tendem a produzir leituras excessivamente abrangentes e pouco sensíveis às especificidades setoriais. Ao se tomar o comportamento médio do setor produtivo de um país como parâmetro explicativo, corre-se o risco de obscurecer dinâmicas próprias de determinados ramos, como ocorre com a indústria da saúde, e possivelmente com outros segmentos da produção.

Além disso, é indispensável reconhecer que “indústria” não deve ser tratada como um simples substantivo, mas como um conceito historicamente construído. Os conceitos são permanentemente ressignificados em função das transformações dos períodos históricos. Nesses termos, perde sentido comparar de forma direta a indústria brasileira contemporânea, imersa em um contexto de globalização e de porosidade das fronteiras aos fluxos de capitais, mercadorias e, sobretudo, insumos, com a indústria dos anos 1970, estruturada sob o fordismo, marcada por fronteiras econômicas mais rígidas e por forte regulação estatal. Trata-se de formações socioespaciais distintas, inscritas em economias políticas profundamente diferentes.

Recorrentemente, argumenta-se que, no passado, a participação de conteúdo nacional nos produtos industriais atingia cerca de 70%, enquanto hoje não ultrapassaria 40% ou menos, a depender do ramo. No entanto, tais índices carecem de maior transparência metodológica e mereceriam ser comparados em perspectiva internacional. Qual é, afinal, a participação nacional na indústria alemã, norte-americana ou britânica? Esses países estariam, de fato, passando por processos análogos de desindustrialização?

De saída, é necessário reconhecer que o paradigma produtivo foi profundamente transformado com a emergência e o amadurecimento da globalização, marcada por mudanças internas de fase, pois a globalização não é homogênea nem linear. Desde o final do século XX, podem-se identificar fases que expressam reconfigurações estruturais na economia mundial. A periodização é fundamental porque cada momento histórico articula formas específicas de organização produtiva, financeira e territorial. Como assinala Le Goff (2015), todo período histórico comporta subperíodos, e a globalização constitui hoje sua expressão mais evidente.

Assim, entendemos que a primeira fase, entre meados dos anos 1970 e o final dos anos 1980, caracterizou-se pela transnacionalização acelerada das finanças após o colapso da paridade ouro-dólar, com a expansão da financeirização para múltiplos setores e a reorientação dos fluxos de capital em escala global, viabilizadas pelas então emergentes tecnologias da informação e comunicação, que se consolidaram como o principal elemento técnico constitutivo do período da globalização e de seus diferentes subperíodos, segundo usos historicamente específicos.

A segunda fase, nos anos 1990 e início dos anos 2000, correspondeu à reorganização comercial e normativa, marcada por processos de privatização, fortalecimento das consultorias globais, construção de um direito econômico de orientação corporativa e expansão logística em função do crescimento das trocas internacionais em economias desreguladas. Trata-se do momento de consolidação do neoliberalismo como racionalidade dominante.

A fase atual aprofunda a integração produtiva ao consolidar uma divisão técnica e territorial do trabalho que articula, de maneira sincronizada, plantas industriais, serviços especializados e infraestruturas logísticas em múltiplos territórios, viabilizando a produção e a circulação de mercadorias acabadas e de seus insumos em temporalidades quase instantâneas. Nesse contexto, a globalização passa a se estruturar como uma arquitetura espacial fundada em redes industriais distribuídas, porém funcionalmente integradas, nas quais a dispersão geográfica das unidades produtivas convive com a centralização estratégica do comando, da coordenação técnica e do controle dos fluxos.

Essas três fases revelam que a globalização muda de forma, intensidade e mecanismos, ainda que mantenha uma lógica de expansão que redefine continuamente o espaço econômico mundial. Importa acrescentar que essas fases não se sucedem de modo substitutivo. Elas são cumulativas e interdependentes: cada nova fase incorpora, reordena e reforça elementos das anteriores, compondo um processo global que se complexifica ao longo do tempo.

No núcleo desse “método” do capitalismo globalizado, marcado por um aprofundamento da divisão internacional do trabalho, encontra-se a crescente complexidade técnico-científica de determinados ramos industriais produtores de alto valor agregado, fortemente dependentes de inovação contínua e da circulação de insumos já dotados de valor incorporado. Nos ramos vinculados à economia da saúde, observa-se a circulação internacional de partes e componentes que, ao final, dão origem a medicamentos, vacinas, equipamentos de diagnóstico e dispositivos médicos etc., conformando circuitos espaciais produtivos da saúde. Estes expressam uma lógica produtiva que não se confina a regiões específicas, mas se articula diretamente com a mundialização do capital.

Uma novidade desse processo não reside na fragmentação produtiva em si, já presente desde a Segunda Revolução Industrial e radicada no período fordista, mas na escala e na abrangência das trocas. Antes, a fragmentação ocorria predominantemente no interior dos Estados nacionais, conformando polos de

desenvolvimento e economias de aglomeração. Com os circuitos espaciais produtivos de alcance planetário, sustentados por sistemas informacionais e logísticos avançados, consolida-se uma nova prática de circulação internacional de partes e componentes que vão constituir o produto em diversos países simultaneamente.

Essa arquitetura não é espontânea, mas resulta de uma construção deliberada das grandes corporações transnacionais, em muitos aspectos análoga às cadeias globais de valor descritas por Henderson et al. (2011), ainda que marcada por especificidades setoriais. Trata-se de um fenômeno simultaneamente econômico e político. As vantagens competitivas não decorrem exclusivamente de supostas superioridades técnicas, mas do caráter ubíquo dessas corporações, que operam de modo articulado em múltiplos mercados estratégicos, condição praticamente inalcançável para empresas de menor porte (Antas Jr., 2020).

Em síntese, as grandes corporações transnacionais da saúde exercem hegemonia sobre seus ramos de atuação ao canalizar e subordinar a produção de empresas nacionais, médias e grandes, que passam a fornecer insumos tecnicamente especificados para linhas de montagem situadas em diversos países. O resultado é a intensificação dos fluxos globais de componentes e produtos intermediários, frequentemente intracorporativos. Também ocorrem intercâmbios entre corporações hegemônicas distintas, em volumes menores, mas igualmente relevantes. Ademais, essas corporações frequentemente estabelecem formas de cooperação e associação, isto é, estão longe da velha e propalada ideologia da concorrência capitalista como virtude dos agentes econômicos privados.

3. Padrões espaciais da produção industrial em saúde no território: centralização e concentração

Antes de avançar na análise, torna-se necessário delimitar o sentido de centralização adotado no presente desenvolvimento. Na teoria geográfica os processos sociais e econômicos são apreendidos a partir da categoria espaço, compreendido não como simples suporte, mas como instância constitutiva da reprodução social. Parte-se, assim, da concepção segundo a qual o espaço geográfico é uma instância social e se configura como uma totalidade concreta, formada por sistemas de objetos e sistemas de ações indissociáveis, articulados por relações simultaneamente solidárias e contraditórias, segundo a formulação clássica de Milton Santos (1994; 1996).

Neste enquadramento teórico, os sistemas de objetos mobilizados na análise são compreendidos como fixos produtivos, que englobam as plantas industriais, as infraestruturas técnicas e os dispositivos logísticos que materializam, no território, as condições objetivas da produção. A centralização é aqui concebida não apenas como concentração física, mas como processo seletivo de valorização espacial, pelo qual determinados lugares passam a reunir densidades superiores de infraestruturas produtivas, em detrimento de outras porções do território que permanecem rarefeitas ou funcionalmente subordinadas. Trata-se, portanto, de apreender a centralização das infraestruturas produtivas enquanto expressão material da divisão territorial do trabalho e das hierarquias socioespaciais que organizam o complexo industrial da saúde no Brasil, bem como das infraestruturas que sustentam, direta ou indiretamente, tal arquitetura produtiva.

Importante destacar que a centralização das infraestruturas não se confunde com os processos de concentração e centralização do capital, embora não esteja dissociada deles. A acumulação capitalista produz simultaneamente dois movimentos espaciais complementares: a concentração territorial das capacidades produtivas, ligada ao crescimento interno dos capitais, e a centralização territorial do comando, resultante de fusões e da reorganização das redes corporativas. A esses movimentos articula-se a dispersão geográfica das plantas produtivas, necessária à valorização em escala global, mas sempre subordinada aos centros de decisão que o processo de centralização do capital reforça.

A concentração do capital, baseada no crescimento interno dos capitais individuais, tende a reforçar a concentração territorial das infraestruturas produtivas em áreas já dotadas de vantagens técnicas e institucionais. Trata-se do processo pelo qual o próprio capital existente se amplia dentro das mesmas

unidades produtivas. Em outras palavras, significa o crescimento interno dos capitais individuais, que ocorre quando uma empresa reinveste seus lucros, amplia a escala produtiva, adquire mais máquinas, expande instalações, contrata mais trabalhadores e aumenta sua parcela de mercado. É um movimento orgânico, ligado à própria dinâmica da acumulação e da concorrência.

A centralização do capital, resultante de fusões e aquisições, reorganiza redes corporativas e aprofunda a centralização do comando, ainda que mantenha ou amplie a dispersão geográfica das plantas produtivas. Esses processos operam de forma articulada e produzem territórios marcados por intensa especialização funcional, desigualdades regionais e forte hierarquização decisória. Trata-se do processo pelo qual capitais previamente separados se unificam. Enquanto a concentração depende da reprodução ampliada, a centralização depende de transferências de propriedade. É uma reorganização patrimonial e financeira que altera a distribuição dos capitais existentes sem modificar, de imediato, sua soma total.

No caso do complexo econômico-industrial da saúde, a concentração do capital reforça a formação de grandes polos produtivos e tecnológicos em territórios já dotados de infraestrutura e instituições especializadas, enquanto a centralização do capital reorganiza cadeias produtivas, define funções específicas para cada localidade e concentra o comando estratégico em poucos centros decisórios globais. Essa combinação torna possível a coexistência de ampla dispersão geográfica de plantas, fornecedores e serviços de saúde com intensa centralização do poder corporativo, especialmente em segmentos de alta tecnologia, como a indústria farmacêutica, a biotecnologia e os equipamentos médicos. O resultado é um CEIS marcado por forte especialização territorial, distribuição desigual de capacidades e elevada dependência dos países periféricos em relação aos centros que controlam finanças, propriedade intelectual e inovação.

A dinâmica territorial do complexo econômico-industrial da saúde evidencia, como argumenta Gadelha (2009; Gadelha; et al., 2010), a relevância estratégica da articulação entre base produtiva, capacidades científicas e orientação estatal para definir as posições nacionais no sistema internacional da saúde. A concentração do capital reforça a formação de polos industriais e tecnológicos em países que já dispõem de infraestrutura científica robusta e políticas consistentes de inovação, aprofundando as assimetrias entre as economias. A centralização do capital, por sua vez, reestrutura cadeias produtivas e tecnológicas em escala global, subordinando países periféricos aos centros que detêm finanças, propriedade intelectual e plataformas avançadas de pesquisa, conforme também analisa Harvey (2005).

A partir da reflexão de Milton Santos (1994; 1997), compreende-se que essa estrutura se manifesta no território pela coexistência entre a dispersão geográfica das plantas produtivas e a centralização da informação, da pesquisa e das decisões estratégicas nos territórios integrados ao circuito superior da economia. Harvey (2001) permite, ainda, evidenciar que essa organização espacial resulta da busca por rendas de monopólio, da apropriação desigual do conhecimento e de estratégias corporativas de redução de custos e controle tecnológico.

4. Concentração e centralização dos complexos industriais da saúde no mundo

De modo geral, os Estados exercem forte influência sobre os complexos industriais da saúde, inclusive nos países em que predomina o discurso da iniciativa privada, como frequentemente se afirma sobre o caso norte-americano. Nos Estados Unidos, assim como na maioria dos países europeus, na China, no Japão, no Brasil e, possivelmente, na Índia, a indústria da saúde é fortemente estimulada pelo poder público, por se tratar de um setor estratégico e, por extensão, geopolítico. Essa presença estatal manifesta-se tanto por meio de empresas públicas quanto por incentivos financeiros, mecanismos regulatórios e articulação política entre diferentes agentes, com vistas a atender às grandes demandas dos sistemas hospitalares e ao conjunto de fixos clínicos distribuídos pelo território.

No caso brasileiro, a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um trunfo decisivo para a atração de investimentos industriais, em razão de sua ampla capacidade de consumo de produtos médico-

hospitalares. A política de compras públicas, de âmbito federal, permite atrair empresas consideradas estratégicas, mediante a concessão de preferência temporária na aquisição de seus produtos. Soma-se a isso a atuação do Estado na promoção de parcerias entre corporações e universidades para a produção de conhecimento aplicado, a oferta de linhas de financiamento direcionadas ao setor, a concessão de incentivos fiscais e a criação de parques tecnológicos, entre outras iniciativas.

Entre os países que adotam políticas mais assertivas nesse campo destacam-se Inglaterra, França e China, embora o número de casos seja mais amplo. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem estruturas públicas voltadas à produção de insumos farmacêuticos considerados estratégicos (Ernst & Young, 2017), operadas por empresas conhecidas como Contract Development and Manufacturing Organizations (CDMOs), que, ao contrário deste caso, são majoritariamente privadas. Esse arranjo reforça o argumento acerca do papel central dos insumos produtivos na conformação contemporânea da economia global da saúde.

Com base em pesquisas e publicações anteriores (Antas Jr., 2024; Antas Jr. et al., s.d.), foi possível estimar que apenas entre 20 e 30 países, no máximo, podem ser considerados detentores de complexos industriais da saúde, segundo a definição proposta por Gadelha (2009; *et al.*, 2010). Evidentemente, esses complexos apresentam profundas disparidades quanto ao porte, ao valor da produção e ao grau de inserção internacional.

É possível organizá-los em quatro grupos. O primeiro, composto essencialmente pelos Estados Unidos e pela Alemanha, ocupa posição amplamente destacada em relação aos demais e pode ser denominado hegemônico. O segundo grupo é formado por um conjunto de dez a doze países, que reúne as principais economias europeias industrializadas, além de China e Japão, e corresponde aos complexos que aqui denominamos dominantes. O terceiro grupo abrange países com capacidades relativamente menores, mas ainda relevantes, por concentrar grandes produtores, consumidores e exportadores, tanto de produtos acabados quanto de insumos produtivos; trata-se dos complexos que definimos como complementares, em razão de seu papel funcionalmente articulado aos dois primeiros grupos. O Brasil insere-se neste terceiro agrupamento (Antas Jr., 2024).

Por fim, os complexos classificados como “incompletos” concentram-se, em geral, em países de industrialização mais recente, ainda fortemente dependentes de importações e com uma base produtiva doméstica limitada, estruturada sobretudo pela presença de corporações transnacionais. Ainda assim, esses países ocupam posições estratégicas nos circuitos espaciais produtivos da saúde e tendem a articular essa inserção a políticas nacionais de desenvolvimento, como ilustram os casos da África do Sul e das Filipinas. O fato de haver, no máximo, cerca de trinta países detentores de complexos industriais da saúde já revela, por si só, um elevado grau de centralização desse setor em relação ao conjunto de mais de duzentos países que compõem o sistema internacional. Esse dado torna-se ainda mais expressivo quando se observa que a maioria desses países está concentrada na América do Norte e na Europa Ocidental, envolvendo Estados Unidos, Canadá, México, Alemanha, Reino Unido, Suíça, França, Itália, Bélgica, Irlanda, Espanha e Países Baixos. Além de se tratar de países centrais, muitos deles apresentam contiguidade territorial, o que reforça a formação de áreas densamente integradas. Destaca-se, ainda, que essa centralidade coincide com os países de origem da maioria das corporações que se tornaram transnacionais e que hoje operam de forma ubíqua nesses mercados.

Como se observa no Gráfico 1, a despeito das diferenças de escala entre os países, todos aqueles que detêm complexos industriais da saúde são simultaneamente grandes exportadores e importadores, não apenas de produtos acabados, mas também de insumos produtivos. Esses fluxos são, em grande medida, protagonizados por corporações transnacionais que controlam as cadeias globais de suprimentos, trocando insumos entre suas próprias filiais e entre grandes grupos concorrentes, o que reforça as centralidades no plano mundial e, simultaneamente, nas configurações territoriais internas de cada país. O caso brasileiro, analisado anteriormente, não constitui exceção, mas expressão particular de uma lógica que se reproduz de forma geral.

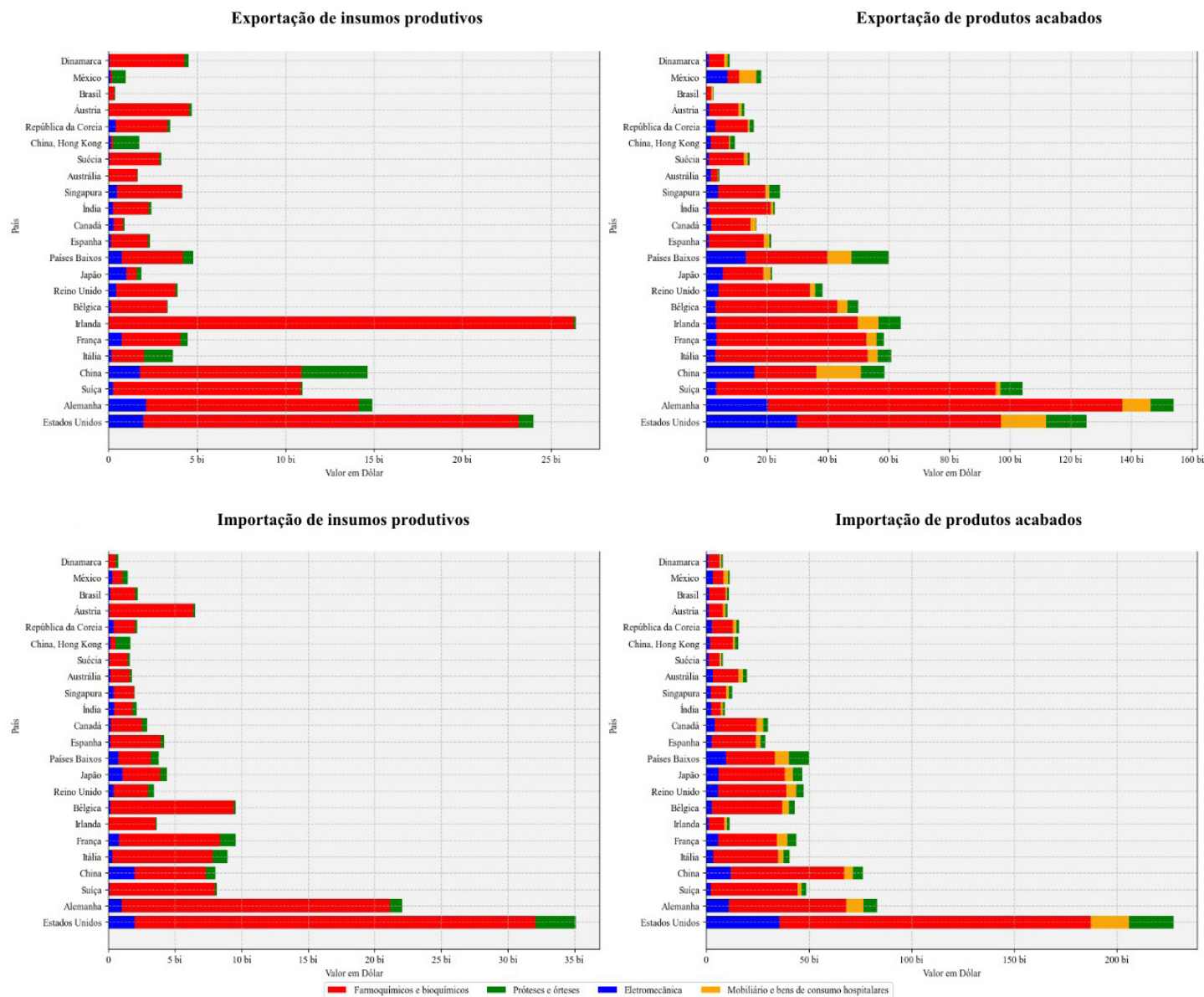


Gráfico 1. Exportação e importação de produtos acabados e insumos produtivos dos principais países detentores de complexo industrial da saúde no mundo, divididos por ramos industriais (2022). Fonte: UN Comtrade, 2022. Levantamento, organização dos dados e confecção do gráfico: Clara Penz.

Os dados também evidenciam a primazia do setor farmacêutico, especialmente na produção de farmoquímicos, bioquímicos, vacinas e reagentes, em relação a outros segmentos, como dispositivos médicos eletrônicos, próteses e órteses e mobiliário hospitalar. Trata-se de uma característica dominante dos complexos industriais da saúde na maioria dos países, com poucas exceções.

De modo geral, observa-se um crescimento consistente da importância das exportações e importações de insumos produtivos, o que reforça a posição dos países protagonistas do complexo em uma divisão global do trabalho que se estende a outros ramos industriais. Essa dinâmica produz efeitos territoriais concretos, ao reforçar centralidades produtivas em determinadas regiões e, ao mesmo tempo, acentuar processos de concentração de capital e aprofundamento das desigualdades econômicas internas.

5. Concentração e centralização das indústrias do complexo industrial da saúde no território brasileiro

Nesse contexto, é importante ressaltar que a economia da saúde se caracteriza pela presença conjunta do Estado, de empresas públicas e de empresas privadas, ora convergindo para objetivos semelhantes, ora atuando em direções distintas. O Brasil figura entre os poucos países que reúnem, em seu território, um complexo industrial da saúde, embora ainda afastado dos principais polos globais. Trata-se de uma indústria complexa, marcada pela produção científica em sentido estrito e amplo, parte da qual se transforma em conhecimento aplicado e logra alcançar a esfera da produção industrial.

O complexo industrial da saúde é, em geral, fortemente dependente dos Estados, tanto para sua constituição quanto para seu crescimento. A maioria dos países possui em seus territórios alguma produção industrial vinculada a segmentos específicos da saúde, mas isso não configura, necessariamente, um complexo industrial da saúde. Esse complexo supõe a integração, em um mesmo país, entre o sistema de saúde e indústrias especializadas, como laboratórios, produção de tecnologias médicas, próteses e órteses, reagentes, vacinas, entre outros (Gadelha et al., 2010). Pressupõe, portanto, a presença de um conjunto diversificado de ramos produtivos, formados por especializações técnico-científicas, serviços burocráticos e financeiros em saúde, instituições sindicais e patronais, além de um consumo interno significativo dos bens e serviços gerados.

Além disso, é fundamental considerar a robustez da distribuição e da oferta dos serviços de saúde no território, a produção de conhecimento básico e aplicado, o tamanho do mercado consumidor e os sistemas de inovação tecnológica, com a presença de parques tecnológicos, clusters especializados e universidades voltadas ao desenvolvimento de pesquisas aplicadas e patentes. A Tabela 1 fornece um indicador desse setor produtivo no Brasil, segundo sua capacidade produtiva.

A Tabela 1 apresenta exclusivamente o número de plantas fabris no território brasileiro, uma vez que, se fossem consideradas todas as empresas que integram a economia da saúde, como serviços privados, instituições financeiras e operadoras de planos de saúde, entre outras, alcançar-se-ia um universo em torno de 300.000 empresas. O objetivo, contudo, é examinar estritamente o setor produtivo da saúde, e, já de saída, a tabela evidencia o elevado grau de centralização dos fixos fabris dessa indústria. Os dados apresentados confirmam empiricamente o argumento de que a concentração das infraestruturas produtivas da saúde no Brasil não apenas persiste, como se reproduz de forma altamente seletiva e hierarquizada.

Fazemos notar que, sendo o país composto por 27 unidades federativas, das 8.676 unidades produtivas existentes em 2024, 2.905 estavam localizadas no estado de São Paulo, o que corresponde a 33,5% do total

Tabela 1. Número absoluto e percentual de indústrias da saúde no Brasil, no estado de São Paulo, na RMSP e na capital paulista em anos selecionados.

	2024		2020		2016		2012	
	total	%	total	%	total	%	total	%
Brasil	8.676	100	7.230	100	7.102	100	6.223	100
Estado de São Paulo	2.905	33,5	2.525	35,0	2.521	35,5	2.334	37,5
Região Metropolitana de São Paulo	1.332	15,3	1.194	16,5	1.258	17,7	1.245	20,0
Município de São Paulo	693	7,9	682	9,4	769	10,8	799	12,8

Fonte: RAIS (2025). Organização dos dados: Antas Jr.

nacional, fornecendo uma medida expressiva da centralidade desse estado para a questão aqui tratada. A chamada “região concentrada”, conforme definida por Milton Santos (1993), que inclui Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, reúne, tomada em conjunto, um contingente de unidades equivalente ou próximo àquele concentrado apenas no estado de São Paulo. Para o restante do país, permanecem distribuídas pouco mais de quatro mil unidades, em sua maioria voltadas à produção de menor valor agregado.

Os dados desagregados por unidades da federação para o ano de 2024 aprofundam essa leitura e revelam o grau de hierarquização interna da própria centralização territorial. Observa-se que apenas seis estados, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro, concentram cerca de três quartos de todas as plantas industriais da saúde existentes no país. São Paulo, isoladamente, responde por mais de um terço do total nacional, proporção quase três vezes superior à do segundo colocado, Minas Gerais, evidenciando a existência de centralidades dominantes mesmo no interior da chamada “região concentrada”. Em contraste, diversos estados das regiões Norte e parte do Nordeste apresentam contingentes residuais de unidades produtivas, o que expressa a persistência de assimetrias territoriais profundas na estrutura produtiva da saúde.

A análise temporal demonstra que esse padrão não constitui um fenômeno pontual, mas uma tendência estrutural. Em 2012, a participação do estado de São Paulo era ainda mais intensa, atingindo 37,5% do total nacional, enquanto a Região Metropolitana de São Paulo concentrava 20,0% e o município de São Paulo 12,8% das unidades produtivas do país. Em 2016 e 2020, observa-se uma lenta redução proporcional desses percentuais, sem que isso implicasse perda expressiva do peso absoluto dessas áreas. Em 2024, embora a participação relativa da RMSP (15,3%) e do município de São Paulo (7,9%) tenha diminuído em comparação com os anos anteriores, os volumes absolutos permaneceram elevados e, no caso da RMSP, ampliaram-se em relação a 2012.

Essa combinação entre estabilidade ou crescimento absoluto e redução proporcional não indica um processo efetivo de desconcentração, mas antes uma expansão seletiva de unidades produtivas em outras regiões do país, sem ruptura do padrão histórico de centralização. A estrutura territorial da indústria da saúde, portanto, segue marcada por um núcleo fortemente consolidado no estado de São Paulo e, especialmente, na sua região metropolitana, que continua a concentrar densidades técnicas, infraestruturais e organizacionais decisivas para o funcionamento do complexo industrial da saúde no Brasil.

Dessa forma, a combinação entre a concentração territorial das infraestruturas e a concentração do valor gerado pela indústria da saúde evidencia que o processo não se limita a uma simples expansão quantitativa, mas se caracteriza por um fortalecimento seletivo dos espaços que já concentram capital fixo, conhecimento técnico e capacidade organizacional. A centralização manifesta-se, assim, simultaneamente no plano físico e no plano do valor, aprofundando o papel de poucos territórios como núcleos estratégicos do complexo industrial da saúde no Brasil.

Desse modo, o dado mais expressivo representado no Mapa 1 é o fato de que a maior centralização do aparato industrial da saúde no Brasil se encontra no estado de São Paulo, sobretudo na Região Metropolitana de São Paulo e na capital, como bem expressa o Mapa 2, em um período histórico no qual se consolidou o discurso sobre a suposta “fuga” das indústrias para o interior, especialmente para cidades médias e pequenas, bem como a narrativa recorrente da chamada “desindustrialização”. Esse processo, entretanto, não se manifesta de forma clara nos ramos industriais vinculados à saúde, que, no Brasil, vêm apresentando crescimento tanto no número de fixos produtivos quanto no volume de produção. Esse movimento é observável inclusive na cidade de São Paulo, que se mantém relativamente estável, com pequenas oscilações, ao longo dos últimos quinze anos (Antas Jr., 2014; 2019).

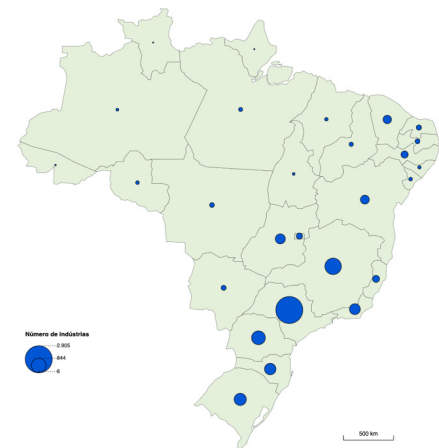
A leitura desse processo torna-se ainda mais consistente quando se incorporam os dados relativos ao comportamento do valor bruto da produção e do valor adicionado das indústrias da saúde. Diferentemente da Tabela 1, construída a partir dos registros da RAIS e voltada à identificação do número absoluto de

plantas industriais, a Tabela 2 baseia-se na Pesquisa Industrial Anual – Empresa (PIA/IBGE) e considera exclusivamente estabelecimentos com cinco ou mais pessoas ocupadas, o que confere maior precisão à análise da capacidade efetiva de geração de valor do setor.

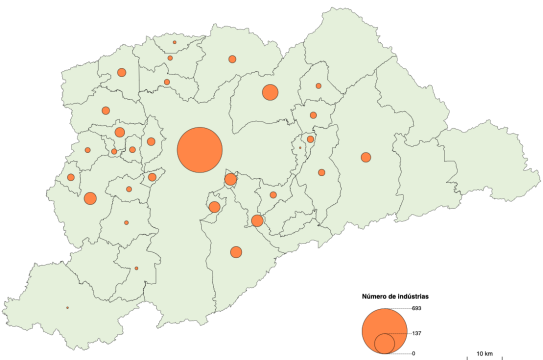
Mesmo com esse recorte mais restritivo, observa-se uma expansão expressiva tanto do valor bruto da produção quanto do valor adicionado ao longo da última década. Em 2012, o valor bruto da produção das indústrias da saúde somava cerca de R\$ 77,6 bilhões, elevando-se para aproximadamente R\$ 105 bilhões em 2016, ultrapassando R\$ 146 bilhões em 2020 e alcançando cerca de R\$ 210,7 bilhões em 2023. Movimento semelhante é observado no valor adicionado, que praticamente triplicou no período, passando de R\$ 25,5 bilhões em 2012 para R\$ 74,3 bilhões em 2023. Esses dados revelam não apenas a expansão do número de unidades produtivas, mas sobretudo a intensificação da capacidade de geração de riqueza e a elevação da complexidade técnica da indústria da saúde no país.

Embora esses dados estejam apresentados em escala nacional, as informações desagregadas da Pesquisa Industrial Anual para o estado de São Paulo reforçam essa interpretação. Os dados estaduais indicam que São Paulo concentrou, em 2023, aproximadamente R\$ 115,6 bilhões do valor bruto da produção industrial da saúde e cerca de R\$ 55,3 bilhões do valor da transformação industrial, valores que, por si só, representam parcela substantiva do total nacional. Essa evidência empírica confirma que o estado não apenas acompanhou a tendência de expansão do setor, como manteve posição destacada na geração de valor, em função da presença de plantas mais complexas, de segmentos de maior intensidade tecnológica e de infraestruturas científicas consolidadas (IBGE – PIA Empresa, 2025).

Esse movimento evidencia que a centralização não se manifesta apenas pela permanência espacial das plantas industriais, mas também pela concentração do valor econômico gerado nos segmentos mais intensivos em conhecimento, capital fixo e densidade organizacional. Trata-se de um processo no qual a



Mapa 1. Número de indústrias da saúde no Brasil por unidade federativa em 2024. Fonte: RAIS (2025). Organização dos dados e cartografia: Antas Jr., com software Magrit-CNRS.



Mapa 2. Número de indústrias da saúde na Região Metropolitana de São Paulo por município em 2024. Fonte: RAIS (2025). Organização dos dados e cartografia: Antas Jr., com software Magrit-CNRS.

Tabela 2. Estrutura do valor adicionado das empresas industriais da saúde com 5 ou mais pessoas ocupadas, segundo as divisões e as classes de atividades (Brasil) (Valores em mil reais)

ANO	NÚMERO DE EMPRESAS	VALOR BRUTO DA PRODUÇÃO	VALOR ADICIONADO
2023	5.350	210.715.548	74.355.377
2020	4.648	146.259.488	52.419.282
2016	4.399	105.002.389	36.050.972
2012	3.826	77.597.458	25.479.394

Fonte: IBGE - Pesquisa Industrial Anual – Empresa, 2025.

concentração do capital se expressa pelo aumento da escala produtiva, pela sofisticação tecnológica e pela incorporação crescente de conteúdos científico-tecnológicos, reforçando as hierarquias internas do território.

Desse modo, a estrutura territorial da indústria da saúde no Brasil permanece caracterizada por uma desconcentração relativa das unidades produtivas, combinada com uma forte centralização do controle estratégico, do conhecimento técnico e da geração de valor. A Região Metropolitana de São Paulo e, em especial, o município de São Paulo, continuam a desempenhar o papel de centralidades estruturantes, concentrando não apenas infraestruturas produtivas, mas também funções organizacionais, científicas e decisórias fundamentais para o funcionamento do complexo industrial da saúde no país.

Esse conjunto de processos produz uma geografia marcada, simultaneamente, pela centralização do comando e pela multiplicação de centralidades produtivas, articuladas por redes globais de circulação de insumos, capitais e informações. Ao mesmo tempo em que se observam dinâmicas de desconcentração de plantas e funções produtivas, consolida-se a concentração estratégica das decisões, reforçando hierarquias territoriais e redefinindo, de modo permanente, as relações entre centralização, centralidades e descentralização. Como se observa no caso brasileiro, tal arranjo não é um fenômeno isolado, mas a expressão de uma lógica mais ampla que atravessa diferentes escalas.

Essa configuração territorial reproduz, em escala nacional, dinâmicas estruturais observadas no plano mundial. O território brasileiro organiza suas infraestruturas produtivas a partir de núcleos fortemente centralizados, enquanto o sistema global se estrutura por meio de poucos polos que concentram funções estratégicas, ao passo que a produção se dispersa seletivamente por regiões subordinadas. Assim, a distribuição espacial apresentada não apenas descreve localizações, mas revela a integração entre escalas, evidenciando como os padrões nacionais de centralização e concentração se articulam com as dinâmicas globais de organização do capital, da técnica e da produção.

6. Considerações finais

No período da globalização, não se pode negligenciar a integração estrutural entre as escalas do lugar, da região e do mundo. Ao tratar das relações que conduzem à centralização econômica dos fixos produtivos, como no caso do complexo industrial da saúde, torna-se fundamental analisar os processos de geração de centralidades nas formações socioespaciais sem perder de vista as dinâmicas globais que condicionam e reorientam tais processos.

Esse enquadramento permite aprofundar a compreensão das transformações em curso na indústria da saúde e em outros ramos produtivos. Em particular, contribui para relativizar o debate recorrente sobre o fenômeno da desindustrialização. Quando a análise se restringe ao que ocorre internamente em um determinado território nacional, corre-se o risco de obscurecer processos mais amplos, sobretudo em setores de alto valor agregado e fortemente dependentes de inovação científico-tecnológica. Nesse sentido, buscou-se enfatizar o papel da circulação internacional dos insumos produtivos na conformação de uma divisão do trabalho cada vez mais globalizada.

A pandemia de Covid-19, entre 2020 e 2022, tornou esse processo especialmente visível. Alemanha, França, Estados Unidos e o próprio Brasil delegaram à China e à Índia a produção de insumos que compõem o ingrediente farmacêutico ativo (IFA) de grande parte das vacinas, especialmente os componentes de menor densidade tecnológica e menor custo. Contudo, a produção da vacina final depende rigorosamente da articulação entre todos esses insumos. A Alemanha passou a rever essa estratégia, enquanto a França já vinha realizando ajustes ao longo da década anterior, ainda que de forma menos profunda do que se mostrou necessário diante da ruptura de fluxos produtivos e logísticos impostos pela crise sanitária global.

Em muitos casos, portanto, não se trata propriamente de desindustrialização, mas de uma reorganização da estrutura produtiva em escala mundial. A lógica da acumulação ampliada do capital conduziu a um

espraiamento seletivo da produção, por meio da implantação de unidades fabris em países que anteriormente sequer eram considerados industrializados. O Vietnã constitui um exemplo emblemático desse movimento, com forte crescimento de suas indústrias da saúde e inserção progressiva no restrito grupo de países detentores de complexos industriais nesse setor.

Entre os ramos mais diretamente afetados por esse novo paradigma destacam-se as indústrias que compõem o complexo industrial da saúde, dada a elevada dependência de inovação técnico-científica associada aos produtos médico-hospitalares. Ainda assim, não parece adequado restringir esse processo exclusivamente às indústrias da saúde, embora apenas investigações empíricas mais abrangentes possam indicar de forma consistente quais outros setores seguem trajetória semelhante.

Esse novo paradigma industrial, em consolidação há pelo menos duas décadas, afeta não apenas a divisão técnica e social do trabalho, mas também a organização territorial da produção. No Brasil, a centralização das estruturas industriais remonta às suas origens e se aprofunda a partir dos anos 1930, com políticas voltadas ao fortalecimento produtivo sobretudo nas regiões Sul e Sudeste. No entanto, as condições históricas que explicam essa centralização no passado não são as mesmas que operam no presente. O risco de simplificação analítica é elevado quando se desconsidera o contexto contemporâneo e as novas dinâmicas espaciais associadas às sucessivas fases da acumulação capitalista.

Nesse contexto, torna-se fundamental refletir sobre a emergência de polos produtivos fora do eixo industrial tradicional. Exemplos expressivos são a produção de dispositivos médicos na Região Metropolitana de Florianópolis, a presença de unidades fabris no oeste do Paraná voltadas tanto ao mercado interno quanto à exportação, e o caso da Novo Nordisk em Montes Claros no norte de Minas Gerais, constitui outro exemplo significativo, pois é responsável por cerca de 25% da insulina produzida mundialmente, o que representa aproximadamente 12% do consumo global. A localização dessa planta, relativamente apartada dos principais centros de infraestruturas produtivas, logísticas e do próprio mercado consumidor, evidencia como a centralização do comando e a formação de novas centralidades produtivas podem coexistir com processos seletivos de desconcentração territorial.

Esses casos ilustram, em síntese, que a geografia contemporânea do complexo industrial da saúde é marcada por uma combinação específica de centralização estratégica, produção de centralidades e dispersão seletiva de unidades produtivas, configurando uma espacialidade própria do período histórico atual. O que se evidencia é que a organização territorial desse setor não resulta de um mero deslocamento espontâneo das atividades produtivas, mas de uma articulação complexa entre lógicas corporativas transnacionais, políticas estatais, capacidades científico-tecnológicas e condições históricas herdadas das formações socioespaciais.

A centralização do comando, da pesquisa, das finanças e da propriedade intelectual convive com a fragmentação territorial da produção, materializada nos circuitos espaciais produtivos, nos quais insumos, componentes e mercadorias circulam em escala planetária. Nesse sentido, o caso brasileiro, longe de representar uma exceção, revela uma forma particular de inserção em uma dinâmica mundial marcada pela centralização de capacidades estratégicas em poucos países e pela subordinação seletiva de vastos territórios à lógica dos circuitos espaciais produtivos. Compreender essa articulação entre centralização, concentração e desconcentração, entre escala nacional e escala mundial, é condição indispensável para interpretar criticamente tanto o presente quanto as possibilidades futuras de construção de soberania produtiva, tecnológica e sanitária no âmbito do complexo industrial da saúde.

- CONCENTRAÇÃO E CENTRALIZAÇÃO DO COMPLEXO ECONÔMICO INDUSTRIAL DA SAÚDE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO:
ARTICULAÇÕES INTERESCALARES ENTRE LUGAR, FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL, MUNDO ●
RICARDO MENDES ANTAS JR.

NOTAS

¹ Este artigo decorre da pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo 2022/00180-8.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antas Jr., R. M. (2019). *Circuitos espaciais produtivos do complexo industrial da saúde brasileiro* [Tese de livre-doutoramento, Universidade de São Paulo]. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/8/tde-07072020-211352/publico/2019_RicardoMendesAntasJunior.pdf
- Antas Jr., R. M. (2020). A articulação dos acontecimentos na construção dos fluxos globais: Notas sobre o circuito espacial produtivo de medicamentos na França e no Brasil. *GEOgraphia*, 22(48), 91–105. <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2020.v22i48.a28070>
- Antas Jr., R. M. (2024). *Fluxos produtivos globais da saúde: elementos para a construção do mapa dos complexos industriais da saúde no mundo* [Manuscrito não publicado].
- Antas Jr., R. M., Fernandes, C. C., & Penz, C. (s.d.). *Panorama dos complexos econômico-industriais da saúde no mundo: Uma análise a partir da proposição de Carlos G. Gadelha* [Manuscrito não publicado].
- Corrêa, R. L. (1997). Interações espaciais. In I. E. Castro, P. C. C. Gomes, & R. L. Corrêa (Orgs.), *Explorações geográficas* (pp. 279–318). Bertrand Brasil.
- Corrêa, R. L. (2007). Diferenciação socioespacial, escala e práticas espaciais. *Cidades*, 4(6), 62–72. <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/cidades/article/view/12795>
- Ernst & Young. (2017). *Consolidation of the CDMO industry: Opportunities for current players and new entrants*. EY.
- Gadelha, C. A. G. (2009). *Perspectivas do investimento em saúde*. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Gadelha, C. A. G., Barbosa, P. R., Maldonado, J., Vargas, M., & Costa, L. (2010). *O complexo econômico-industrial da saúde: Conceitos e características gerais* (Informe CEIS, n. 1). VPPIS/Fiocruz.
- Gun, P. (1987). A informática e o assentamento industrial: As implicações da inovação tecnológica. *Espaço & Debates*, 7, 8–38.
- Harvey, D. (2001). *Spaces of capital: Towards a critical geography*. Edinburgh University Press.
- Harvey, D. (2005). *A produção capitalista do espaço*. Annablume.
- Henderson, J., Dicken, P., Coe, N., Hess, M., & Yeung, H. W.-C. (2011). Redes de produção globais e a análise do desenvolvimento econômico. *Revista Pós Ciências Sociais*, 8(15), 143–170.
- Le Goff, J. (2015). *A história deve ser dividida em pedaços?* Editora Unesp.
- Santos, M. (1988). *Metamorfoses do espaço habitado*. Nobel.
- Santos, M. (1990). A metrópole: modernização, involução e segmentação. In L. Valladares & E. Preteceille (Orgs.), *Reestruturação urbana: tendências e desafios* (pp. 183–191). Nobel/IUPERJ.
- Santos, M. (1993). *A urbanização brasileira*. Hucitec.
- Santos, M. (1994). *Técnica, espaço, tempo: Globalização e meio técnico-científico-informacional*. EDUSP.
- Santos, M. (1996). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. Hucitec.
- Santos, M. (1997). Da política dos Estados à política das empresas. *Revista do Legislativo*, 3(6), 9–23.
- Santos, M., & Silveira, M. L. (2001). *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. Record.
- Soja, E. W. (1993). *Geografias pós-modernas: A reafirmação do espaço na teoria social crítica*. Zahar.