

## O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL E SUAS TENDÊNCIAS NO CAPITALISMO

Luciana da Silva Alcantara<sup>1</sup>

Jorge Cavalcante da Silva<sup>2</sup>

### Resumo

O presente artigo propõe a problematização do câncer enquanto doença crônica não-transmissível na sociedade capitalista. O caráter tecnológico de que vem se revestindo a atenção hospitalar, especialmente na alta complexidade, também é analisado sob a perspectiva dialética, de modo a contemplar as suas repercussões para os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Considera-se que a área da Saúde, enquanto política pública, encontra-se atravessada pela lógica mercantil, a despeito dos grandes avanços trazidos pelo SUS, que desde a sua formulação inicial já admitia a complementaridade entre os sistemas público e privado, uma forte contradição em relação ao seu princípio de universalidade.

**Palavras-chave:** Câncer. Tecnologia. Capitalismo.

### CANCER AS CHRONIC DISEASE NOT TRANSMISSIBLE AND ITS TRENDS IN CAPITALISM

### Abstract

This article proposes the problematization of cancer as a non-transmissible chronic disease in capitalist society. The technological character of hospital care, especially in high complexity, is also analyzed from a dialectical perspective, in order to contemplate its repercussions for the patients served by the Unified Health System. It is considered that the health area, as a public policy, is crossed by the mercantile logic, in spite of the great advances brought by the SUS, which from its initial formulation already admitted the complementarity between the public and private systems, a strong contradiction in relation to its principle of universality.

**Keywords:** Cancer. Technology. Capitalism.

---

<sup>1</sup>Doutora e Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente, preceptora e orientadora da Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA.

<sup>2</sup>Bacharel em serviço social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-graduado pelo Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA.

## **Introdução**

O presente estudo é fruto da experiência profissional dos autores na área oncológica, sobretudo em atendimentos que exigem o necessário reconhecimento da dinâmica intersetorial que perpassa o tratamento na alta complexidade do SUS, e busca problematizar o câncer enquanto doença crônica não-transmissível por meio da realização de uma análise histórica.

Como indicado em Brasil (2006), o projeto anticâncer ganhou visibilidade nacional em 23 de setembro de 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC). Ao considerar o contexto brasileiro no início do século XX, como indica Pereira (2010), as ações assistenciais encontravam-se restritas à iniciativa privada, voltadas ao enfrentamento dos problemas que emergiram com o processo de modernização nacional e de urbanização tardia.

Segundo Teixeira (2010, p.14), ao final da década de 1910, o controle do câncer passou por relevantes transformações na Europa e nos Estados Unidos, situadas na intensificação do uso da radioterapia como melhor terapêutica para a doença, ainda que, por algum tempo, tenha sido percebida pelos médicos com cautela e empregada em escala reduzida, estando voltada ao âmbito dermatológico ou a ações paliativas para redução de tumores considerados inoperáveis.

Teixeira (2010) acrescenta ainda que o país passou a expandir a ação dos serviços de saúde e englobar programas direcionados às doenças consideradas endêmicas, até então consideravelmente negligenciadas. Outra característica apontada por Teixeira (2010) é que, no que diz respeito às doenças urbanas, todas as ações priorizaram a tuberculose e a sífilis, seguidas da lepra, sendo estes males, na percepção de muitos médicos, desencadeadores da degeneração da população da época, obstaculizando o desenvolvimento do país. O autor destaca que o fio que ligou essas doenças ao câncer e as tornou especialmente preocupantes para a saúde pública foi a crença no seu alto potencial de propagação durante a reforma de 1919 (TEIXEIRA, 2010).

Mais adiante, a década de 1930 evidenciou um maior destaque para o câncer, expresso na inauguração das ligas pioneiras contra a doença, além da realização do Primeiro Congresso de Câncer ocorrido em novembro de 1935, uma iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 2010). A ampliação das políticas voltadas ao combate ao câncer suscitou mudanças, de forma a possibilitar que, a partir de 1951, atingissem visibilidade entre a população, bem como entre os legisladores, de forma a justificar o recurso orçamentário adequado para expandir a campanha anticâncer no Brasil e erguer o hospital-instituto central, atualmente Instituto José Alencar Gomes da Silva (INCA), cuja inauguração foi em agosto de 1957, no governo de Juscelino Kubitschek (BRASIL, 2006).

Nas décadas posteriores, o Instituto de Câncer ampliou suas ações, ao criar seções de cirurgia do tórax, de cirurgia da cabeça e do pescoço, bem como um laboratório de citologia vinculado à seção de anatomia patológica e o ambulatório pioneiro de prevenção ao câncer ginecológico (MARCILLAC, 1968 *apud* TEIXEIRA, 2010).

Barreto (2005) acrescenta, nesse sentido, que, na década de 1960, havia movimentos políticos que suscitavam um conceito público de bem-estar social no Brasil, contudo o golpe militar de 1964, com a edição do Ato Institucional nº 5, no mesmo ano, repercutiu na interrupção deste projeto, propiciando tanto a instalação quanto o crescimento das empresas privadas na área da saúde. Destaca-se que, nesse contexto, carecia-se do devido controle por parte das instâncias governamentais militares no poder, o que contribuiu para a ocorrência de irregularidades na rede privada, já que os hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social, ao mesmo tempo em que mantinham ênfase na medicina curativa (Barreto, 2005, p.269).

Passado o período ditatorial supracitado, no qual ganha força a rede privada de atenção à saúde, a Constituição Federal de 1988 trouxe significativas mudanças – tanto nos serviços e ações sanitárias quanto societárias –, de modo que a Oncologia adquiriu maior relevância pública e o INCA, por sua vez, passou a ser entendido como agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil (BRASIL, 2006).

No contexto atual do SUS, a partir da Constituição de 88, as ações e serviços de saúde constituíram um direito social assegurado pelo Estado e gerido sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo. O SUS como conhecemos é fruto do reconhecimento da saúde como direito no Brasil. Atuar para a sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, com autonomia de cada esfera de governo, tornou-se uma atribuição do Estado.

De modo geral, ao apresentarmos brevemente os aspectos históricos relativos à Oncologia no Brasil e estabelecermos um paralelo com o período atual, podemos verificar a forte relação estabelecida, ao longo das décadas, entre as ações oncológicas em âmbito nacional e o INCA, que, diferente de outras enfermidades, centralizou as ações de assistência, pesquisa e política de câncer no país, excetuando-se o estado de São Paulo.

### **O Câncer enquanto DCNT (Doença Crônica Não-Transmissível)**

No ano 2000, com o Decreto Presidencial nº 3.496, o INCA tornou-se referência nacional no âmbito da prestação de serviços oncológicos através do Sistema Único de Saúde SUS (BARRETO, 2005), de forma a descentralizar os serviços prestados, permanecendo do mesmo modo na atualidade. Outra característica relevante a ser ressaltada, em complemento ao fato de o câncer ser considerado uma DCNT, foi a construção, pelo governo brasileiro, do *Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022*, sob a coordenação do Ministério da Saúde, no ano de 2011. A esse respeito, Alves e Moraes Neto (2015, p. 642) indicam que o foco do Plano são os quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes), tendo em vista que as DCNT são as principais causas de morte no mundo, algo que correspondia a 63% dos óbitos em 2008. É importante destacar que 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, sendo que somente 20% da população nesses países submete-se ao protocolo prescrito para o tratamento (BRASIL, 2011).

Esse plano visa atender a um aspecto importante e marcante relativo à Saúde no Brasil, que é a ausência de respostas adequadas às ocorrências indicadas por Mendes (2013): a acelerada transição epidemiológica e nutricional, como já exposto anteriormente; a tripla carga de doenças; e a prevalência das doenças crônicas. Diante desse contexto, constitui gravidade o fato da atenção à saúde ser realizada de forma fragmentada e pontual, tendo prioridade as condições consideradas agudas e o agravamento das condições crônicas, sendo frágeis as articulações entre os níveis de atenção à saúde. Isso corrobora o diagnóstico tardio, questão também essencial à abordagem do câncer como DCNT.

Uma importante problematização em torno dos níveis de atenção à Saúde (atenção básica, de média e alta complexidade), observada no atendimento aos pacientes do INCA, é o fato de que apesar de a atenção básica ser entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, sendo o contato mais recomendado aos usuários por possibilitar um diagnóstico precoce e empregar tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2010), verifica-se uma fragmentação na sua articulação com os níveis mais complexos, ou seja, os de média e alta complexidade, que envolvem maior densidade tecnológica e geralmente são empregados nos diagnósticos mais complexos, com a doença em estágio avançado. Tal fragmentação se expressa desde a falha na identificação do agravo à saúde até a dificuldade de referência e contrareferência entre os níveis de atenção, inviabilizando o acesso da população à atenção em Saúde.

Tais fatores, associados ao estrangulamento e à insuficiência da rede na oferta de serviços de saúde, variam em intensidade de acordo com a região, produzindo impactos diretos no acesso do usuário a esses serviços de prevenção, rastreamento e diagnóstico do câncer no Brasil.

## **Câncer e Capitalismo**

Outra característica associada à consideração do câncer como DCNT, no capitalismo, é o caráter tecnológico de que vem se revestindo a atenção

hospitalar, especialmente na alta complexidade. Ao considerarmos o campo empírico deste estudo – o hospital – podemos afirmar, como apontam Almeida e Bicudo (2010, p.180), que

Nas últimas décadas, empresas ligadas aos serviços de saúde expandiram seu raio de ação em vários países, o que se percebe em vários sub-ramos dessa atividade. Laboratórios farmacêuticos, produtores e fornecedores de equipamentos médicos, empresas ofertantes de planos de saúde, clínicas particulares, desfrutaram mais favoráveis condições de expansão de suas ações, num ambiente cada vez mais dominado por agentes multinacionais.

Como já assinalou Harvey (2016), há uma concentração de esperanças no capitalismo 'baseado no conhecimento', através das engenharias biomédica e genética, bem como na inteligência artificial. Revela-se, assim, uma estrutura contraditória, de modo que

É sabido que os cidadãos de maior poder aquisitivo, embora possuam, na sua grande maioria, planos privados de saúde, têm muita dificuldade de obter destes a cobertura necessária no caso de câncer [...] pela complexidade da atenção, com utilização de tecnologia, muitas vezes, de alta densidade, e um alto grau de abordagem interdisciplinar (MENDES; VASCONCELLOS, 2015, p. 888).

Considerando que o INCA é uma unidade de saúde de Alta Complexidade, é importante destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1988; 1990), apresenta avanços grandiosos no tocante às ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública, acompanhadas por diversos desafios a superar.

Dentre os desafios do SUS, destaca-se que, desde a sua formulação inicial, o sistema já admitia a complementaridade entre os sistemas público e privado, uma forte contradição em relação ao seu princípio de universalidade, tendo, de fato, dentre os desafios para a Saúde Pública brasileira, três que assumem especial destaque, como indicado por Mendes (2013, p.28): a "organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica e o financiamento". A problematização dessas questões na saúde é indispensável

à efetivação de ações políticas intersetoriais, e o SUS, isoladamente, não é capaz, nem tem como prerrogativa resolvê-las, dado o caráter intersetorial das demandas.

Cada vez mais o SUS vem se constituindo como um subsistema público de saúde que convive com um "subsistema privado de saúde suplementar e um outro subsistema privado de desembolso direto" (MENDES, 2013, p.29). Na mesma direção, ao discorrerem sobre a atualidade, Bravo e Matos (2006) sinalizam que tanto o projeto da reforma sanitária quanto o projeto privatista estão em constante disputa. Assim, temos o que Oliveira e Teixeira (1985) sinalizaram como o locus privilegiado de implementação do projeto nacional-desenvolvimentista: o Ministério da Saúde.

Santos e Thomaz, no estudo intitulado *O hospital e sua centralidade no complexo industrial da saúde*, trazem importantes reflexões acerca dos objetivos do desenvolvimento tecnológico na medicina, afirmando que

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 apresentam estreita interação entre ciência, técnica e informação atribuindo o caráter de mercadoria à saúde e tornando-a um campo de acumulação de capital, sendo a operacionalização dos conceitos de circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço importantes para compreender a espacialidade desse novo paradigma. Reforçamos como um elemento importante para a atual medicina, elo entre a produção industrial e científica promovida pelo complexo industrial da saúde e o atendimento à população, o hospital – instituição participante da dinâmica da economia urbana (DAVID, 2010) e centrado na configuração dos circuitos espaciais produtivos da saúde e na acumulação ampliada de capitais, concentrando poder econômico e legitimando certa forma de cuidados médicos. (2016, p. 169)

Na medida em que, de uma forma geral, a tendência do capitalismo é a de transformar tudo, inclusive a saúde, em mercadoria, abre-se o campo para o 'complexo-médico-industrial' e para a mais ampla mercantilização possível da medicina (BARROS, 2002, p.77), o que corrobora, num país periférico como o Brasil, as barreiras à universalidade do acesso aos serviços médico-assistenciais e a toda uma gama de serviços ofertados aos pagantes.

Nesse contexto, como destacam Alcantara e Vieira (2013, p.335), os indivíduos apresentam grande dificuldade para acessar os serviços básicos, o que “acarreta atrasos na definição de diagnósticos, demora no início do tratamento e questões atreladas, na maioria das vezes, a quadros de extrema pauperização desta população”, corroborando para o impacto no acesso e na continuidade do tratamento.

### **Considerações Finais**

Desse modo, podemos dizer que o conceito de desenvolvimento não apenas perpassa, como também é o sustentáculo da chamada medicina tecnológica, subsidiando o contexto hospitalar: indica um paradigma baseado na interdependência e na cooperação, com o amplo emprego de medicamentos e de instrumentos diagnósticos, o que determina a prática médica e a noção de saúde como bens de consumo condicionados ao poder de compra (SANTOS; THOMAZ, 2016, p 172).

Outro importante aspecto a ser considerado é que o envelhecimento populacional sugere o aumento dos casos de câncer para os próximos anos. Cada vez mais, verifica-se o desenvolvimento de novas tecnologias para atender a grande demanda por cirurgias, a exemplo da robótica. Ressalta-se, nesse sentido, que o INCA foi pioneiro no Brasil, na alta complexidade, ao introduzir a cirurgia robótica com o robô *Da Vinci*, equipamento adquirido em dezembro de 2011, com custo estimado de US\$ 2,6 milhões (GANDRA, 2015). Sobre as cirurgias de alto custo, é importante destacar que são extremamente importantes no que se compreende, como dito anteriormente, como complexo industrial da saúde, que se retroalimenta com a gravidade do quadro clínico e, no caso da Oncologia, do estadiamento avançado da doença.

Autores a exemplo de Mendes (2014, p.1184) discorrem sobre os intensos conflitos relacionados aos recursos financeiros, visando assegurar uma política pública universal da saúde, marcado pelo problema do financiamento do Sistema Único de Saúde que se alonga desde a sua criação, pela Constituição de 1988. O contexto descrito ao longo deste estudo nos

permite a reflexão em torno das consequências no âmbito da saúde pública das elevadas estatísticas de câncer e dos custos envolvidos no tratamento.

Portanto, a problematização em torno dos interesses do capital na prestação de diversos serviços na Saúde, especialmente na alta complexidade, é essencial quando consideramos que o câncer, devido à sua complexidade, exige dos pacientes uma dupla preocupação: a manutenção/recuperação da saúde, bem como a continuidade do tratamento oncológico diante do afastamento do trabalho e da diminuição/ausência da renda, impactando em suas condições e modo de vida. Assim, a reflexão evidenciada no presente artigo se expressa no fato da área da Saúde, enquanto política pública, se encontrar atravessada pela lógica mercantil, a despeito dos grandes avanços trazidos pelo SUS.

## Referências

ALCANTARA, L. S; VIEIRA, J. M. W; Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & contextos** (Posto Alegre), [S.l.], V.12, n.2, p.334-348, dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Sem voz e sem vez**: a mutilação no câncer de laringe e a (des)proteção social dos trabalhadores. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UERJ, 2017.

ALMEIDA, E. P.; BICUDO, E. Psicoesfera e medicina: meio construído urbano e congressos médicos na América Latina. **Revista Geográfica Venezuelana**. Venezuela, v. 51, n. 2, 2010, p. 179-201.

ALVES, C. G, MORAIS NETO, O. L. M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (3), p. 641-654, mar. 2015.

AZEVEDO, P. F. et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. **Centro de Estudos em Negócios do Insper, White Paper**, n. 1, São Paulo, maio 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acesso em 13 maio 2018.

BARRETO, E.M.T. Acontecimentos que fizeram a história da Oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 267-275.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul.2002.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. (Org.). **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, p. 147-191, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 16 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [1990]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRAVO, I. S.; MATOS, M. C. de. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006.

GADELHA, C. A. G. et al. **A relação entre saúde e desenvolvimento**: um novo olhar para as políticas públicas [2012]. Disponível em: <<http://www.sep.org.br/artigos/download?id=1926&title=A+rela%C3%A7%C3%A3o+entre+sa%C3%B>

Ade+e+desenvolvimento%3A+um+novo+olhar+para+as+pol%C3%ADticas+p%C3%ABlicas>. Acesso em: 07 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, número especial, p. 11-23, 2006.

GANDRA, A. **Inca completa 500 cirurgias de câncer com uso de robô desde 2012**. Empresa Brasil de Comunicação (EBC), Geral, 21 set. 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/inca-comemora-500-cirurgias-com-uso-de-robotica-desde-2012>>. Acesso em: 11 out. 2018.

HARVEY, D. **17 contradições e o fim do capitalismo**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

HOSPITAL SANTA PAULA. **Uma evolução preocupante**. Notícias, 06 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.santapaula.com.br/noticias/uma-evolucao-preocupante/276>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

INCA. **Carta de Serviços ao Cidadão**. [2013]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ae6d92804fbd4d69242be81a5313a21/Carta+de+Servi%C3%A7os+ao+Cidad%C3%A3o+INCAtimbrado.pdfMOD=AJPERES&CACHEID=ae6d92804fbd4d69242be81a5313a2>>. Acesso em: 13 out. 2018.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saude soc**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, Dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000401183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401183&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 nov. 2017.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos avançados. São Paulo: **CEBRAP**, 27 (78), 2013, p.27-34.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS. L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S.F (IM) **Previdência Social – 60 anos de História da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

PEREIRA, T. D. Política Nacional de Assistência Social e território: enigmas do caminho. **Rev. Katál. Florianópolis** v. 13 n. 2 p. 191-200 jul./dez. 2010.

SACRAMENTO, H.T.; GENTILLI, R.M.L. Mundialização do capital e política de saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 20, n 1, p.103-120, jan./jun. 2016.

SANTOS, F.D. A.; THOMAZ, T. S. O hospital e sua centralidade no complexo industrial da saúde. **Intellèctus**, ano 15, n. 1, 2016.

TEIXEIRA, L.A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v.17, supl.1, p.13-31, jul. 2010.