



## POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: APONTAMENTOS E TENDÊNCIAS SOBRE SUA MERCANTILIZAÇÃO

Larissa de França Arquelino  
Maria Nilza da Silva  
Siléa de Lima Rocha

**RESUMO:** Este trabalho tem como objetivo compreender os fundamentos da mercantilização das políticas de saúde no Brasil, que se apresenta como uma antítese de sua institucionalização como direito universal. Realizamos uma breve retrospectiva da política de saúde no Brasil, discutindo a emergência e o desenvolvimento do sistema público e privado de saúde, procurando percorrer os caminhos que levaram às propostas de universalização e descentralização do SUS, implementado a partir da Constituição de 1988. Procuramos demonstrar que o processo de contrarreformas do Estado neoliberal a partir dos anos 1990 vai ocasionar um desmonte nas políticas sociais.

**Palavras-chave:** Política de saúde. Estado Neoliberal. Mercantilização.

**ABSTRACT:** This study aims to understand the fundamentals of the commercialization of health policies in Brazil, which presents itself as an antithesis of its institutionalization as a universal right. We conducted a brief retrospective of health policy in Brazil, discussing the emergence and development of the public and private healthcare system, seeking to follow the paths that led to the universalization and decentralization proposals of the SUS, implemented from the 1988 Constitution. that the process of counter-reforms of the neoliberal State from the 1990s will cause a dismantling of social policies.

**Keywords:** Health policy. Neoliberal State. Mechanization.

## POLÍTICA DE SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA: TENDÊNCIAS E CONTRARREFORMAS

A atual situação da política de saúde brasileira, particularmente a sua precarização e mercantilização, se estabelece considerando a forma como o capitalismo se desenvolve e se afirma, como modo de produção **cuja lógica é valorizar o valor. O capitalismo brasileiro foi historicamente marcado por seu modelo periférico e subordinado. Já do ponto de vista político, as classes subalternas jamais tiveram o protagonismo nas decisões políticas, mesmo nas raias e limites burgueses. Seguindo a matriz orientadora da garantia da propriedade e da exploração**, tanto a classe que detém a riqueza como o próprio Estado utiliza de estratégias para a continuidade e perpetuação do capital, desconsiderando a humanidade e transformando as relações sociais em mercadorias, estas, imprescindíveis para **a obtenção do lucro no capitalismo.**

Netto (2009) afirma que, a partir das modificações do capitalismo desde a última quadra do século XIX, quando se converte de concorrencial para monopolista, ocorrem intensificações na relação de exploração do capital sobre o trabalho. Deste modo, são intensificadas também as expressões da questão social, acarretando em péssimas condições de vida e de trabalho para os trabalhadores.

De acordo com Behring e Boschetti (2011), não se pode designar um tempo específico do aparecimento das primeiras identificações das chamadas políticas sociais, aceito que, como processo social, elas se originam na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Sua origem relaciona-se aos movimentos de

massa sociais democratas e à formação dos estados-nação na Europa Ocidental do final do século XIX, porém sua generalização situa-se na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, principalmente em sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial. (PIERSON *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.47).

Mendes e Wunsch (2011) afirmam que o trabalho ao mesmo tempo em que satisfaz a condição de sobrevivência do trabalhador, também propicia os antagonismos presentes na dinâmica da produção burguesa, proporcionando o desenvolvimento de doenças e mortes. A degradação das condições de saúde do trabalhador como uma expressão constituinte e presente na exploração do capital, se coloca como campo de atuação do Estado visto que “[...] as doenças são socialmente produzidas e historicamente determinadas.” (MENDES; WUNSCH, 2011 p.471). Assim sendo se constituem pelas determinações das relações sociais entre as classes, que produzem as desigualdades decorrentes da concentração da riqueza. Para assim, serem reconhecidas e respondidas pelo aparato Estatal, que intervém mediante a capacidade da classe trabalhadora de transformar suas necessidades em demandas políticas.

No Brasil, as políticas sociais se gestam com particularidades diferentes dos países de capitalismo central, tendo em vista que não houve uma revolução burguesa genuína no Brasil, aos moldes das que ocorreram na Inglaterra e França. Com isso, a formação da classe trabalhadora no Brasil não conheceu o processo de lutas de classe da forma como ele se deu na França, por exemplo, onde a burguesia se alia aos demais segmentos do terceiro Estado para enfrentar a velha ordem aristocrática. Assim, Behring e Boschetti (2011) afirmam que as políticas sociais no Brasil carregam características típicas de um país periférico.

A assistência pública à Saúde no Brasil só surge de forma embrionária entre as décadas de 1920 e 1930, quando o Estado passa a intervir, porém, pautando-se ainda pela filantropia e outras práticas liberais. Essas práticas emergem junto ao crescimento do trabalho assalariado no país, refletindo o quadro político e econômico da época, a indústria cafeeira. Assim sendo,

A **política de saúde** formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2001, p. 4 grifo do autor).

A preocupação estava voltada para o financiamento e não com a prestação e a efetividade dos serviços. De acordo com Carvalho (2013), a política nacional de saúde se concretiza de fato na década de 40 e 50, período em que ocorre uma ampliação dos órgãos ligados a saúde no país. Assim, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde



Pública – SESP, com o intuito de prover a saúde dos trabalhadores ligados à extração da borracha, matéria prima necessária aos Estados Unidos, devido ao período de guerra. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, anteriormente atrelado ao Ministério da Educação, instante em que se torna crescente a busca pelos serviços de saúde no país. **Concomitante**, também ocorre à construção de grandes hospitais, desenvolvidos com recursos tecnológicos de última geração (BAPTISTA, 2007), **dentro lógica dos monopólios do setor farmacêutico.**

**Com o crescimento da urbanização e da ampliação dos espaços mercantis, os serviços de saúde também são incorporados como áreas de lucratividade que deveria ser explorada.** Na saúde privada, as organizações hospitalares eram as mais organizadas, e buscavam se estruturar como empresas médicas, “[...] defendendo claramente a privatização” (BRAVO, 2001, p. 6), ou seja, defendendo os interesses capitalistas.

**Esse cenário passa a sofrer mudanças a partir da década de 1970 e, sobretudo, 1980, quando o movimento sanitarista** ganha dimensão política e **saúde** passa a ser defendida por diversas categorias, tais como: profissionais de saúde, o movimento sanitário e os partidos políticos de oposição, assim contribuindo para uma ampliação no debate frente às condições de vida da população e questionando as políticas de saúde **até então** implantadas. O Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – (CEBES) foi o órgão difusor do debate democrático referente à Saúde. A difusão por parte dos partidos políticos de oposição promoveu as discussões no Congresso Nacional. Dessa forma Bravo (2001, p. 9) enfatiza:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília (DF), em 1986, constituiu um marco diferenciado, pois contou com a participação de diversos segmentos, **vinculados diretamente a saúde a setores organizados das classes subalternas.** Este acontecimento representou um avanço, visto que o Brasil no campo político passava por um processo de redemocratização, ao fim da ditadura militar. A promulgação da Constituição de 1988 representou um progresso na conquista dos direitos sociais. Na saúde, o artigo 196 dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF 1988)



A inclusão desse dispositivo legal na Constituição Federal (CF) de 1988 representou uma conquista da classe trabalhadora, visto que segundo Carvalho (2013) vários movimentos lutavam pela saúde de cunho universal. Entre os quais, os movimentos populares compostos por trabalhadores politizados que viviam em condições insalubres nas grandes cidades; as universidades de medicina e os médicos ligados ao social; e os partidos progressistas que eram contrários a ditadura, assim como os militantes de esquerda entre eles diversos comunistas.

O texto constitucional incorporou algumas das propostas da 8ª Conferência de Saúde. Com isso a população não só obteve o visto jurídico de garantia do acesso aos direitos, como também o direito de participar da elaboração das políticas sociais. Através de seus órgãos representativos<sup>1</sup> os conselhos de saúde, presentes nos níveis nacional, estadual e municipal, se configurando no processo “democrático” brasileiro. Assim, a saúde passa a ser norteadas pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 configurou uma das estratégias da Reforma Sanitária. (BAPTISTA, 2007).

De acordo com Bravo (2001), em 1990 foi criada a Lei 8.080 Lei Orgânica de Saúde – LOS, que institucionaliza o SUS e regulamenta as ações e os serviços de saúde. Esta estabelece dois importantes mecanismos de participação da população: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Assim, a população, por meio de seus representantes pode opinar, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas do governo. O SUS é um sistema universal que constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população.

## **AS TRANSFORMAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL**

A partir dos anos de 1990 se adentra no Brasil a Política de Ajuste Neoliberal. O Neoliberalismo vai implantar medidas que visam à redução da atuação do Estado frente às políticas sociais, transferindo sua responsabilidade à sociedade civil, setor privado e as Organizações não Governamentais – ONGs. Essa prática neoliberal vai acarretar no desmonte das políticas sociais como também as da saúde, causando ainda mais sua fragmentação e seletividade. (BRAVO, 2001).

<sup>1</sup> De acordo com Behring e Boschetti: “Nessa direção, observamos que os Conselhos têm grandes potencialidades como arenas de negociação de propostas e ações que podem beneficiar milhares, milhões de pessoas, e de aprofundamento da democracia, [...]”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 178). Essa participação social possibilita avanços políticos de cunho democráticos, transparência e ampliação das ações, resultando no aumento da promoção dos princípios da CF de 88.





No Brasil, é na gestão de Fernando Collor, a partir 1989 e com mais aprofundamento nas décadas de 1990 e 2000, que se tem a implantação do neoliberalismo, quando ocorre um desmonte nas políticas públicas e uma reorganização da ação estatal. O neoliberalismo traz um discurso baseado na necessidade de modernização do país e por isso é necessário enfatizar nas reformas econômicas, nas privatizações, nas empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas. (GOUVEIA; PALMAS, 1999). É a partir destas implicações que se estabelece o cenário perfeito para a prática das contrarreformas neoliberais, influenciadas pela defesa de internacionalização financeira do capital, abrindo espaços para investimentos privados, priorizando a mercantilização. (MENEZES, 2011).

Behring e Boschetti (2011) demonstra que todo esse processo provoca um desmonte nas políticas sociais, inclusive na política de saúde, ocasionando sua seletividade, precarização e descentralização. Isso demonstra que “as estratégias da contrarreforma na saúde colocavam-se da seguinte maneira: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma ou qualquer tipo de alteração substancial.” (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 95). Com isso a classe trabalhadora perde seu espaço diante da concretização do Sistema Único de Saúde – SUS e passa a conviver com um SUS na base das possibilidades de acesso e não mais com uma concretização de direito garantido e previsto em lei. Com isso, é possível assegurar que a política de saúde tem enfrentado três grandes projetos conflitantes, como assinala Bravo e Menezes (2013): o projeto privatista, o projeto SUS possível e o projeto da reforma sanitária.

Os anos 2000 trouxeram a esperança de que tudo iria melhorar, projeção essa impulsionada a partir da eleição à presidência de um representante da classe trabalhadora, o que em tese ampliaria as possibilidades de garantia dos direitos da classe trabalhadora. Porém, tanto Lula como Dilma Rousseff<sup>2</sup> conduziram suas agendas econômicas e políticas sob a batuta e orientação do projeto neoliberal, dando sequência à contrarreforma do Estado, expandindo o espaço privado e também se tem um governo marcado pela corrupção, privatizações e uma agenda com alianças com setores conservadores (RODRIGUES, 2014).

Apesar do SUS ser universal, o setor privado pode credenciar-se ao sistema, desde que em caráter complementar, priorizando as entidades filantrópicas. A tendência

<sup>2</sup> Nesse contexto, segundo Rodrigues (2014) a presidente Dilma lança como proposta aos donos de plano de saúde pacotes de baixos custos para atender a certo público que não tem condições de pagar pelos serviços de saúde, mas que para não ter o seu acesso à saúde negado este se propõe a pagar. Desta forma, é possível perceber o quanto a política de saúde sofre grandes ataques neste contexto neoliberal que fortalece cada vez mais a lógica do mercado e reforça a relação entre o público e o privado diante das privatizações que se configura numa flexibilização nos modelos de gestão como já exposto anteriormente através da reorganização do Estado.



de deslocar para a iniciativa privada o atendimento médico se mostra como estratégica para o esvaziamento do debate político sobre o acesso a direitos e políticas públicas. Essa tendência oculta as tentativas sistemáticas de desregulamentação dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Na década de 90, configurou-se legalmente a saúde universal, pública e de qualidade e a participação social como controle social, ao tempo em que se vem tentando implantar, na realidade, um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial que vem tendo proeminência nesta área desde a segunda metade da década de 80 [...]. A contradição entre os avanços no campo político e os retrocessos que vêm sendo impostos pelos determinantes econômicos na viabilização da política de saúde brasileira está relacionada à implantação do ajuste estrutural e das reformas do Estado em curso, impostas pelo FMI e pelo Banco Mundial dos países dependentes. (SOUSA, 2013, p. 132).

Isso acabou resultando na diminuição dos gastos com as políticas sociais, pois **agora se fez** necessário uma mediação em conjunto com o Fundo Monetário Internacional (FMI), estabelecendo políticas de ajustes que objetivam equilíbrio dos pagamentos das dívidas externas dos países endividados, que realizaram empréstimos com o Banco Mundial. A orientação que deriva desses organismos estabelece que se faça necessário diminuir os gastos sociais, ressaltando a necessidade da limitação das funções do Estado frente as políticas sociais, objetivando à privatização e mercantilização da saúde. Os principais interesses do BM na intervenção das políticas públicas se baseiam em interesses dos grandes monopólios capitalistas, na formulação de um receituário que possibilite a acumulação de lucros através deste processo de mercantilização dos serviços públicos, principalmente na saúde, devido este ser um setor de grande relevância mercantil que deve ser explorado pelo capital.

Bravo e Menezes (2013) destacam que, os serviços de saúde se tornaram alvo do capital para superfaturar e conquistar grandes taxas de lucratividade, tanto na esfera da produção como das finanças, com grandes indústrias de medicamentos, equipamentos médicos, planos privados de saúde e empresas afins. E, para que tudo isto funcione, é necessário precarizar os serviços públicos de saúde. Isto é útil para a lógica da mercantilização da saúde, pois acaba por expressar que os serviços públicos de saúde são insuficientes, mal executados e incapazes de resolver as demandas de saúde. Ao mesmo tempo, o Estado também repassa vultosas somas de riqueza para as empresas que atuam na área da saúde, alavancando os lucros dessas.

No governo de Fernando Henrique Cardoso tem-se a regulamentação dos agentes privados de saúde através do Ministério da Saúde (MS) comandado por José Serra, que



cria a Agência Nacional de Saúde – ANS<sup>3</sup>, vinculada ao MS que regula o mercado dos planos privados de saúde, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA<sup>4</sup> que exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços nacionais e importados. (OMENA, 2008). Dessa forma, Bravo e Menezes (2013) enfatizam que a contrarreforma do Estado focaliza o acesso à saúde aos pauperizados que são os que mais se utilizam da saúde pública e que não conseguem aderir a lógica dos serviços privados de saúde, enquanto incentiva o mercado privatista a mercantilizar a saúde para os que podem pagar.

Para que o projeto privatista funcione, o Estado se utiliza de novos modelos de gestão sobre a política de saúde que tem relação direta com a sua privatização. Assim, estes modelos de gestão ocorrem a partir dos determinados serviços que são repassados:

[...] para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizados pelas Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999 pela lei Federal nº 9.790; pelas Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007) e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela lei 12.550/2011. (CORREIA; OMENA, 2013, p. 3-4).

Esta última (EBSERH) tem como perfil a resolução dos problemas referentes à gestão do SUS nos hospitais universitários. Esta seria vinculada ao Ministério da Educação, pois tem como objetivo desempenhar serviços de apoio ao ensino, pesquisa, ao ensino aprendizagem e a formação de pessoas na área da saúde, além de oferecer serviços de assistências médica e hospitalar para a sociedade. Para garantir as condições de lucratividade nos serviços de saúde, o Estado que tem investido e contribuído diretamente para o desenvolvimento desse setor, subsidiando e repassando aportes financeiros para as empresas na área de saúde. O Estado acaba favorecendo a expansão desse mercado com o objetivo de livrar-se dos gastos com o setor da saúde. (MACHADO; GELINSKI; DAL PRÁ, s/d, p. 3).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

<sup>3</sup> Segundo Correia (2005, p. 161), sua criação se deu a partir da regulamentação legal do setor dos seguros privados de saúde através da “[...] Lei de Planos e Seguros de Saúde nº 9.656/98, criando-se em janeiro de 2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta passa a ter responsabilidade de regulamentar todas as questões operacionais e financeiras dos planos e seguros privados de saúde. No entanto, essa regulamentação não tem conseguido superar os problemas do setor. Dados do Instituto do Desenvolvimento Econômico – IDEC, em setembro de 2000, apontavam várias irregularidades feitas por 13 operadoras da áreas, as quais traziam prejuízos ao consumidor”.

<sup>4</sup> Esta foi regulamentada pela “[...] Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. É uma ‘agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira’ e tem como missão *proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso*”. (CORREIA, 2005, p. 162, grifos do autor).



Contudo compreende-se que desde o início quando se pensou a questão saúde do trabalhador no Brasil, esta foi colocada como uma preocupação do capital para obter condições de manter seu processo de acumulação. Seja para manter os trabalhadores em condições de saúde favoráveis, seja para a institucionalização de políticas sociais, porém com a mesma intenção, de manter a classe trabalhadora a disposição da exploração do capital em qualquer período histórico.

Diante de todos esses aspectos mencionados, entendemos a lógica do capital, que desde seu início esteve baseada na acumulação do lucro. Isso refletiu diretamente sobre os desmontes dos direitos sociais dos trabalhadores, e ainda foi possível evidenciar a importância que a política de saúde tem para esses trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Pâmela K. Lins. OLIVEIRA, Letícia A. Martins de. **As orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: fundamentos, financiamentos e as tendências da contrarreforma na saúde.** VII Jornada Internacional Políticas Públicas – para além da crise global: experiências e antecipações concretas. São Luís/Maranhão, 2015.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito a saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso 19 maio 2017.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 9ª ed. Cortez - São Paulo, 2011.

BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana S. Bravo (Orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio.** Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em [www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros](http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros). Acesso 19 abril 2017.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Brasília, 1088. Lei nº 8.080; de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de Dezembro de 1990; disponível em:

<<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). >> Acesso 30 abril 2016.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Estudos avançados 27 (78), 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso 20 maio 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais.** Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2005. Maceió, 2008. Disponível em:

[http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/797/1/Dissertacao\\_ValeriaCoelhodeOmena\\_2008\\_CORRIGIDA.pdf](http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/797/1/Dissertacao_ValeriaCoelhodeOmena_2008_CORRIGIDA.pdf). Acesso em 20 de abril de 2017

GOUVEIA, Roberto; PALMAS José Joao. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social.** Estud. av. vol.13 no. 35, São Paulo Jan./Abr. 1999. Disponível em

<<[ANAIIS 7º SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE 27 a 29 de Outubro de 2017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100014&lang=pt.>> Acesso em: 20 mai. 2016</a></p></div><div data-bbox=)





MACHADO, Felipe G. GELINSKI, Carmen R. O. G. DAL PRÁ, Keli Regina. **Os gastos Públicos e privados com saúde de 2000 a 2015.** s/d. Disponível em: [http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/os\\_gastos\\_publicos\\_e\\_privados.pdf](http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/os_gastos_publicos_e_privados.pdf). Acesso em 18 de maio de 2017.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **A política de saúde brasileira:** os impactos da década de 90 aos dias atuais. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Maranhão, 2011.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 7ª ed. Cortez - São Paulo, 2009.

OMENA, Valéria Coêlho de. **A relação dos setores público e privado na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, 2008.

OMENA, Valéria Coêlho de; CORREIA, Maria Valéria Costa. **A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: a funcionalidade da saúde suplementar.** VI Jornada Internacional de políticas públicas –Luís do Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/pdf/amercentilizacaodasaudeeapoliticadesaudebrasileira.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2017.

RODRIGUES, Neyde Jussara G, Abdala. **Os (des) caminhos da Política de Saúde no Brasil: a EBSERH em questão.** 21 ed. Campina Grande – PB, 2014. Disponível em <<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3749/1/PDF%20-%20Neyde%20Jussara%20Gomes%20Abdala%C2%A0Rodrigues.pdf>>> Acesso 16 maio. 2016.

SOUSA, Aione M. C. **O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE EMMOSSORÓ-RN:** as contradições para a efetivação da universalidade. (Tese) Doutorado em Serviço Social. Recife, UFPE, 2013.