

# CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

*Maria Valéria Costa Correia  
Silvana Márcia de Andrade Medeiros*

A *Reforma Sanitária brasileira*, caracterizada por Escorel (1998) como responsável por uma reviravolta na saúde, moveu-se na direção de romper com o modelo dominante do sistema de saúde até os anos 1980. A concretização de suas propostas e pressupostos teve como eixo a irradiação de uma produção teórica crítica sobre o processo saúde e doença inserida nas relações sociais capitalistas, como também sobre o desvelamento da forma capitalista de organização das práticas sanitárias. Nessa trajetória estão presentes dois componentes intimamente relacionados. O primeiro consiste na elaboração do pensamento social crítico que remete à relação entre saúde e sociedade, e o segundo refere-se à sua propagação como “fermento na massa” necessário para a organização das lutas pela saúde, designado como *consciência sanitária*, termo que apareceu no debate da Reforma Sanitária italiana nos anos 1970, cujos caminhos estratégicos exerceram decisiva influência nos quadros intelectuais brasileiros.<sup>1</sup>

Sobre essa produção teórica crítica da saúde, torna-se necessário apresentar o pioneirismo da *medicina social* que emergiu em contextos revolucionários, como a Revolução Francesa e a Revolução de 1848, considerada a primavera dos povos e a primeira revolução potencialmente global no continente europeu. Expôs a função da medicina na sociedade como um campo que investiga sistematicamente as condições de vida decorrentes das mudanças resultantes da Revolução Industrial como fonte de enfermidades e determina medidas de promoção e prevenção das doenças que possam gerar o bem-estar da população, incluídos instrumentos legais de proteção ao trabalho.

Ainda no século XIX, houve o crescimento do número de inquéritos como os produzidos por inspetores de fábrica ingleses, citados por Marx em *O capital* (Livro 1) e por Engels em *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, que abordaram as condições de trabalho e vida, como nutrição, moradia, saneamento, principais morbidades, relacionando-as às situações que determinam o adoecimento. Amplia-se, assim, de forma original, a percepção da saúde e da medicina como um assunto de interesse societário e da obrigação de protegê-la.

A tradição da medicina social permaneceu viva e nos anos 1970 esteve presente nos movimentos de saúde na América Latina, a exemplo da difusão protagonizada pelo médico e sociólogo argentino Juan César García, que ultrapassou a influência desenvolvimentista dos organismos internacionais da saúde. Estes, embora privilegiassem a saúde como objetivo social fundamental e vissem a necessidade de romper um círculo vicioso de pobreza, ignorância e doença, silenciavam sobre as condições da autocracia burguesa consolidada na ditadura militar, como era o caso do Brasil.

---

<sup>1</sup> Cabe assinalar as similaridades da Reforma Sanitária brasileira e da italiana, vinculadas às lutas contra o fascismo italiano e contra a ditadura brasileira pós-1964 e aos projetos do campo de esquerda que as movem: “[...] iniciaram-se em períodos de mobilizações populares e ampliação das lutas por direitos. Porém, configuraram-se em um contexto regressivo marcado por um período contrarrevolucionário das massas e a reestruturação capitalista que delimitará os rumos das reformas instituídas” (MEDEIROS, 2008, p. 174).

A atualização dessa perspectiva crítica reuniu condições para o nascimento de um campo intelectual novo, especialmente no Brasil: a *Saúde Coletiva*, que passou a articular práticas e saberes, ou seja, uma produção científica enraizada e engajada na realidade que propiciava o terreno e potencializou a atuação dos movimentos sociais da saúde, com destaque para o Movimento Sanitário, como dirigente e porta-voz das principais bandeiras formuladas e disseminadas. No contexto de lutas pela democratização do país, a Saúde Coletiva como campo teórico e político promoveu a articulação da produção acadêmica com os movimentos da saúde, tendo como pressuposto e direção estratégica a construção coletiva “[...] das condições para se ter saúde para todos – como um complexo de determinantes, irrealizável através da simples prevenção de riscos fatoriais e da modificação das atitudes individuais – e na construção social dos sistemas de saúde e formulação de política pública” (MEDEIROS, 2008, p. 151).

Logo, o desenvolvimento da *consciência sanitária* torna-se um eixo estratégico desse processo político e formativo, promovido mediante a ampliação de experiências e práticas de reflexão sobre a dinâmica das classes sociais nas relações sociais capitalistas, por meio das quais se explicam a distribuição da doença na população, as formas desiguais de acesso aos serviços de saúde e a lógica mercantil da saúde. Importa ressaltar que essa expansão de espaços de debates ultrapassou os âmbitos locais para alcançar uma dimensão nacional, em 1986, na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, antecedida de etapas estaduais e municipais.

Dessa forma, o conceito de consciência sanitária se torna indelevelmente ligado ao processo da reforma como luta social, que envolve a construção de sujeitos políticos e a transformação da falsa consciência sanitária na nova versão científica e política do processo de produção e reprodução da saúde e doença. Mais ainda, implica o reconhecimento da heterogeneidade desse sujeito, mesmo que seja a classe trabalhadora e o movimento sindical, e das suas limitações ideológicas e políticas para construir alianças e definir táticas e estratégias que avancem na direção da emancipação dos trabalhadores (FLEURY, 2015, p. 3557).

Teve relevância nesse cenário problematizar de forma incisiva o papel do Estado na universalização do direito à saúde e no enfrentamento à mercantilização do setor ao proclamar uma medicina socializada. Na importante obra *Saúde e sociedade*, Donnangelo (1976) assinala que o Estado, ao se tornar o principal produtor de serviços de saúde, elimina ou reduz a produção privada e mercantil da saúde, o que “equivale, na sociedade capitalista, ao modelo mais radical de interferência nesse campo de problemas, na medida em que envolve, potencialmente, maior controle dos elementos em jogo na prática médica e na distribuição e consumo de cuidados” (DONNANGELO, 1976, p. 78). Essa perspectiva influenciou os rumos da reforma da saúde no Brasil e a conquista do preceito constitucional inédito “Saúde como direito de todos e dever do Estado”.

No âmbito da propagação desse debate, registra-se o notório crescimento de publicações que cabe atualmente revisitar, com destaque para as obras de Giovanni Berlinguer, médico italiano e membro do Partido Comunista Italiano (PCI), sobre os caminhos estratégicos da Reforma Sanitária italiana que deteve como originalidade um amplo

movimento cultural, sindical e político e a conquista, em 1978, da lei que instituiu a Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Foi a partir dos primeiros anos da década de sessenta que o movimento operário italiano adquiriu consciência da relação entre as exigências de saúde, a organização produtiva, as reformas legislativas e as mudanças no poder; compreendeu que a política sanitária e assistencial, como tem sido veículo e instrumento de distorções, pode tornar-se um estímulo para a melhoria do ambiente de trabalho e fora do trabalho, para a participação na vida democrática e para a transformação das instituições (BERLINGUER, 1988, p. 37).

Tornaram-se pontos de referências a “relação entre luta na fábrica e luta na sociedade, entre reformas institucionais e gestões de poder das bases, entre movimento reivindicativo e movimento político” (BERLINGUER, 1983, p. 60). Houve experiências bem-sucedidas principalmente no âmbito das lutas nas fábricas, onde se aclamava a classe trabalhadora como titular do direito à saúde, e nas áreas da psiquiatria democrática e da saúde da mulher, que estimularam batalhas culturais e mudanças institucionais protagonizadas por movimentos partidários, sindicais e feministas, como também por especialistas do campo da saúde e administrações locais, concebendo-se, assim, a particularidade da reforma da saúde como resultante de um prolongado processo nas lutas de classes.

A Reforma Sanitária requer um tal esforço de coerência, de tenacidade renovadora, de direção política. [...]. Não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde que envolve milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros de movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros. [...] mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um (BERLINGUER, 1988, p. 2-3).

Na reforma de saúde italiana concebe-se prevenção de maneira ampliada (entre nós, ela corresponde à concepção de promoção da saúde), um eixo da intervenção pública que busca modificar as condições de vida e do mundo do trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, em contraposição aos interesses hegemônicos. Para isso, foi necessário um processo político e educativo capaz de criar unidade política e alianças, alicerçado em canais de comunicação, participação e debates no âmbito dos serviços de saúde, mas que atravessam seus limites e ampliam “a capacidade de partir das exigências de saúde para mudar tudo que

se lhe oponha”, o que “é o verdadeiro jogo da reforma sanitária” (BERLINGUER, 1988, p. 51).

Para tanto, a *socIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA* que afeta a população constitui-se *como condição estratégica de realização da reforma*. A apropriação do perfil epidemiológico pelas massas é concebida como ponto de partida, tendo em vista revelar a condição coletiva das doenças e agravos, havendo a apropriação da ciência (da saúde) na ação sanitária, sindical e política, enriquecendo a ciência da luta de classes. “Os trabalhadores tomam consciência das causas morbígenas, intervêm e se organizam para combatê-las” (BERLINGUER, 1983, p. 59), principalmente na relação trabalho-saúde como terreno mais adiantado às exigências de emancipação das classes trabalhadoras (MEDEIROS, 2008, p. 170, grifo nosso).

Nessa direção, há o reconhecimento da formação de uma *consciência sanitária* como produto da práxis que dinamiza a ação individual e coletiva para conquistar a saúde como direito da pessoa e como interesse coletivo. Reconhece-se uma alusão ao conceito presente na Introdução à *Crítica da filosofia do direito de Hegel*, em que Marx (2005) se refere à arma da crítica e à conversão da teoria em força material quando penetra nas massas.<sup>2</sup>

Ao articular organicamente a produção e a disseminação do conhecimento crítico, Berlinguer (1978) destacou o volume de publicações cuja especificidade consiste em dizer que a tomada de consciência representa um salto que intensifica a vinculação entre cultura e povo, potencializando a ruptura da distância entre o mundo do saber, o mundo da cultura e o povo, já assinalada por Gramsci como típica na história dos intelectuais italianos.

[...] o resultado cultural é testemunhado pelo aparecimento de um “gênero literário”, novo na Itália, que não acredito se encontre em outros campos do saber, e que representa um exemplo de *auto-educação sanitária* que tem poucas comparações até em outros países. Trata-se de milhares de folhetos diferentes, e de muitas centenas de livrinhos, opúsculos, apostilas, documentos difundidos em formas de impressos, de fotocópias, de mimeografados, que, diferentemente dos folhetos tradicionais para a educação sanitária, são lidos e discutidos pelos trabalhadores, porque escritos por eles mesmos, e porque contêm histórias verdadeiras. Falam de uma fábrica, de um setor, do tema geral trabalho-saúde-exploração, e são redigidos em conjunto por trabalhadores e por especialistas com a contribuição operacional e financeira de organizações sindicais, grupos espontâneos, movimento estudantis, de prefeituras e províncias. Constituem o testemunho vivo de uma troca de informação e experiências verbais (em assembleias, comitês, reuniões, conversas) sem dúvida de vulto mais amplo (BERLINGUER, 1978, p. 22, grifo nosso).

---

<sup>2</sup> Vale registrar a aproximação à contribuição marxista sobre a produção de ideais, representações e consciência como determinada pelas condições objetivas da vida material, isto é, a consciência é um produto social e as ideias de uma época são as ideias da classe dominante (MARX; ENGELS, 1993). Marx e Engels (2005) reconhecem a história de todas as sociedades como a história das lutas de classes, possibilitando a identificação de fases de desenvolvimento da classe trabalhadora a que correspondem distintos níveis para alcançar a consciência de classe.

Ressalta-se que semelhante processo educativo caracterizou a Reforma Sanitária brasileira, cujo universo categorial propiciou um arsenal estratégico a ser continuamente conhecido e atualizado com novos recursos pedagógicos, possibilitando recriar o caminho teórico-metodológico do estudo das condições concretas de reprodução das classes subalternas, dos antagonismos classistas e desigualdades de gênero e raça para apreender o processo saúde-doença, assim como buscar a adoção de estratégias capazes de ter como pressuposto a produção social da saúde (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Da atuação dos movimentos engajados na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) floresceram áreas como a *promoção da saúde*<sup>3</sup> – enquanto estratégia de produção da saúde – e a *educação popular em saúde*, constituindo-se campos de conhecimento que norteiam as práticas e a organização dos serviços de saúde, situando uma intervenção voltada para a determinação histórica e social do processo saúde e doença e uma educação direcionada para o desenvolvimento da consciência crítica, do fortalecimento da ação coletiva e da formação de sujeitos como protagonistas na história. Ou seja, tais áreas adquirem novos impulsos e reacendem a concepção de consciência sanitária constituída como parte da reforma da saúde.<sup>4</sup>

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), instituída por portaria em 2013, tem entre seus princípios a emancipação, considerada “um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento” (BRASIL, 2013). Dentre seus objetivos destacam-se: fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; e incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Desse modo, a educação popular em saúde detém uma dimensão pedagógica voltada para a conscientização, participação e emancipação, direcionando-se para fortalecer formas coletivas de enfrentamento de situações que produzem e agravam os problemas de saúde.

Isto acontece não somente como ato psicológico e individual, mas, sobretudo como ato social e político, pois a tomada de consciência confere determinado poder a pessoas e grupos, gerado a partir dos próprios sujeitos, resultado de uma práxis de reflexão crítica sobre a realidade. As práticas de educação em saúde no SUS compreendem relações entre sujeitos sociais que portam diferentes saberes e ocupam diferentes espaços. São práticas dialógicas, estratégicas, participativas, mediadas pela ação comunicativa entre os participantes, podendo ser mais ou menos formalizadas (BRASIL, 2009, p. 17).

---

<sup>3</sup> Iniciativas como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006, voltadas para analisar a situação da saúde da população brasileira e construir uma agenda prioritária expressa em um Pacto pela Saúde, não conseguiram mudar a lógica assistencial que hegemoniza os serviços de saúde, a exemplo da tênue repercussão do relatório final da CNDSS sobre as causas sociais das iniquidades em saúde e a atual desestruturação da PNPS.

<sup>4</sup> Sem deixar de evidenciar o embate frente a um afastamento progressivo da perspectiva original da Saúde Coletiva, fundada no pensamento marxista, e a aproximação de preceitos pós-modernos que a tomam como diálogo multifásico. Essa perspectiva, sobretudo, nega a análise das complexas esferas de determinação e subordinação das relações sociais capitalistas, necessária para entender a causalidade estrutural das condições de existência e adoecimento.

O documento *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde* critica o caráter instrumental que a educação em saúde tem assumido, como uma dimensão das práticas da saúde, e o modo tradicional como vem sendo tratado o problema da consciência sanitária, focada estritamente na informação ou na prevenção, relegando a segundo plano a investigação da determinação do processo saúde-doença. Propõe como atribuição do trabalhador da saúde “a transformação da consciência sanitária dos brasileiros, de modo a torná-la consentânea com o projeto de uma nova sociedade” (BRASIL, 2007, p. 11).

Esse percurso teórico-metodológico aproxima-se da contribuição do intelectual italiano Antônio Gramsci, quando este indica que “o nascimento de uma ‘consciência crítica’ assinala o florescer de uma nova ‘individualidade’, em luta contra um dado conformismo” (LACORTE, 2017, p. 141). No Caderno 11 sobre o estudo da filosofia, Gramsci supõe um processo longo e difícil de criação de intelectuais, ao compreender o senso comum e discorrer sobre a elaboração crítica e o processo de consciência e conhecimento como produto do processo histórico (GRAMSCI, 2006).<sup>5</sup>

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; e, portanto, transformar em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e “original” do que a descoberta, por parte de um “gênio” filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 2006, p. 95-96).

Por fim, na reflexão sobre o papel das equipes e profissões na saúde, o(a) assistente social vem ocupando lugar privilegiado como intelectual que participa do processo de reprodução das relações sociais, o que abrange a reprodução da vida material e espiritual e das formas de consciência social, cujo exercício no cotidiano profissional insere-se na mediação das expressões da questão social, como conjunto das desigualdades da sociedade capitalista. Situa-se no horizonte do trabalho profissional desnudar a determinação social do processo saúde doença, analisada por Laurell (1983) como fenômeno coletivo expresso historicamente em situações concretas.

A ampliação da concepção de saúde instituída na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90 e os princípios do SUS, com destaque para a universalização de acesso e a participação social, passam a ser a argamassa para a atuação profissional na perspectiva de viabilização das bases do Projeto da Reforma Sanitária<sup>6</sup> e do fortalecimento das premissas

---

<sup>5</sup> Gramsci (2002, p. 41), alinhado a Marx e Engels, reconhece momentos da consciência política coletiva: “O primeiro e mais elementar é o econômico-corporativo: [...] sente-se a unidade homogênea do grupo profissional e o dever de organizá-la [...]. Um segundo [...] se atinge a consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico [...]. Um terceiro [...] em que se adquire a consciência de que os próprios interesses corporativos, em seu desenvolvimento atual e futuro, superam o círculo corporativo, de grupos meramente econômicos, e podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos subordinados”.

<sup>6</sup> Importa destacar a necessidade da compreensão das perspectivas de Reforma Sanitária – a original dos anos 1970/1980, a flexibilizada (BRAVO; PELAEZ; DE MENEZES, 2020) e a do SUS possível (SOARES, 2020) – e, principalmente, observar os caminhos da mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2022) que são empecilhos para a consolidação do SUS público, estatal e universal propugnado pela Reforma Sanitária original.

do Projeto Ético-Político Profissional. O documento *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde* (CFESS, 2010), ao referenciar a intervenção profissional, apresenta a articulação entre esses projetos. Essa aproximação supõe uma ação profissional que se estrutura e se sustenta no conhecimento da realidade e dos sujeitos e na definição de objetivos, abordagens e instrumentos que remetam a um processo democrático, com ações socioeducativas como eixo central da atuação, cuja direção deve:

[...] ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se como objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária (CFESS, 2010, p. 53).

Os desafios decorrem dos avanços do conservadorismo, que intensificam a propagação, com sucesso, dos valores individualistas da tradição liberal, incorporados na racionalidade dos serviços de saúde, o que abrange uma avaliação de grupos de risco restrita a fatores e comportamentos. Tende, portanto, a responsabilizar e culpabilizar os sujeitos individuais, ao enquadrá-los “numa ótica de *individualização* que transfigura os problemas sociais em problemas pessoais (privados)” (NETTO, 1996, p. 32, grifo do original), acompanhada da naturalização e moralização da questão social. Torna-se urgente o enfrentamento contínuo e sistemático a esses valores que “geram desesperança, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos” (CFESS, 2010, p. 69).

No contexto pós-golpe de 2016, em entrevista sobre os 30 anos da 8ª CNS, Paim lembra que, para Berlinguer, “o direito à saúde representa uma conquista social, expressão de uma consciência sanitária. E quando o direito é sufocado ou descuidado, a consciência sanitária significa luta, individual e coletiva, para a sua concretização” (BARDANACHVILI; GONZAGA, 2016). Esse contexto foi marcado por avassaladores retrocessos políticos e sociais e ameaças à vida e à democracia, contudo, as resistências no campo da saúde pública constatarem o vigor da Reforma Sanitária brasileira na sua dimensão civilizatória e a relevância do arcabouço teórico-metodológico que a sustenta – resistências que, aliás, transformaram o SUS no maior sistema público e universal do mundo. As lutas para sua consolidação enquanto sistema público e estatal, em condições absolutamente adversas de ofensiva do capital, pressupõem sempre a organização popular e a sementeira de uma cultura e consciência de classe das classes subalternas, com uma agenda estratégica que priorize a defesa do direito à saúde e o confronto à sua mercantilização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1983.  
\_\_\_\_\_. Medicina e política. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1978.  
\_\_\_\_\_. Uma reforma para a saúde. In: BERLINGUER, G. *et al.* Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1988.

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I. Brasília: Funasa, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Temático Promoção da Saúde IV. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, (Painel de indicadores do SUS, 6), 2009.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Ser Social*, v. 22, n. 46, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas), 2010.
- CORREIA, M. V. C. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. *Temporalis*, v. 22, n. 43, 2022.
- \_\_\_\_\_; MEDEIROS, S. M. de A. M. As bases da promoção da saúde nas conferências internacionais e a reforma sanitária brasileira; concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. da C. (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, v. 1, p. 111-158, 2014.
- DONNANGELO, C. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- GRAMSCI, A. Cadernos do cárcere, v. 1, caderno 11, 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- \_\_\_\_\_. Cadernos do cárcere, v. 3, caderno 13, 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitário, humanista! *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, nov. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.15052015>>.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
- LACORTE, R. Consciência. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (Org.). Dicionário gramsciano. São Paulo: Boitempo, 2017.
- MARX, K. Crítica da filosofia do direito de Hegel. São Paulo: Boitempo, 2005.
- \_\_\_\_\_. O capital: crítica da economia política. Livro I, v. I e II. (Os economistas). 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- \_\_\_\_\_; ENGELS, F. A ideologia alemã. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- \_\_\_\_\_; ENGELS, F. Manifesto comunista. São Paulo: Boitempo, 2005.
- MEDEIROS, S. M. de A. Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira. Tese (Doutorado) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.
- NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1996.



BARDANACHVILI, E.; GONZAGA, V. R. J. P.: “Não há espaço para o SUS democrático e constitucional nesse governo”. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz, 23 set. 2016. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/459>>. Acesso em 10 de jan. de 2023.

SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o serviço social. Recife: Ed. UFPE, 2020.