



MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Micheli Burginski¹
Andreia Oliveira²
Tânia Regina Krüger³

Resumo

O artigo analisa como o debate do financiamento da saúde atravessa a pauta dos movimentos sociais em saúde. Trata-se de estudo exploratório, descritivo e analítico, baseado em levantamento bibliográfico e documental. A amostra reúne o MapaMovSaúde, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, o Movimento Saúde+10 e a Frente pela Vida. Assim, este artigo parte da hipótese de que o financiamento do SUS é mediação importante para compreender a atualidade da Reforma Sanitária Brasileira e os processos político-organizativos no campo da saúde. Argumenta(-se) que o financiamento é terreno estratégico de disputa entre direitos, austeridade fiscal, mercantilização e participação social. Os resultados indicam graus distintos de radicalidade diante do subfinanciamento e da privatização atual.

Palavras-chave: Movimentos sociais; reforma sanitária; financiamento; austeridade fiscal, Sistema Único de Saúde.

SOCIAL MOVEMENTS AND HEALTH FINANCING IN BRAZIL

Abstract

The article analyzes how the debate on health financing cuts across the agenda of social movements in health. It is an exploratory, descriptive, and analytical study based on bibliographic and documentary research. The sample comprises MapaMovSaúde, the National Front against the Privatization of Health, the Saúde+10 Movement, and the Front for Life. It starts from the hypothesis that SUS financing is an important mediation for understanding the current relevance of the Brazilian Health Reform and the political and organizational processes in the health field. It argues that financing is a strategic terrain of dispute involving rights, fiscal austerity, commodification, and social participation. The results indicate distinct degrees of radicalism in relation to the underfunding of SUS and contemporary forms of privatization.

Keywords: Social movements; health reform; financing; fiscal austerity; Unified Health System.

Artigo recebido em: 09/04/2026 Aprovado em: 10/09/2026
DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865v30nEPe30357>

¹ Professora do Depto de Serviço social da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: vandamicheliseso@gmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9178454746153446> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2866-5309>

² Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. E-mail: andreiaoliveirasus@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0056976365794825> Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X>

³ Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: tania.kruger@ufsc.br.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9979152057959009>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7122-6088>

1 INTRODUÇÃO

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser compreendido como peça técnica de gestão orçamentária nem como dificuldade conjuntural de coordenação federativa. Trata-se, antes, de uma expressão condensada de disputas de classe em torno do fundo público, do lugar da saúde na produção e reprodução social e dos limites históricos impostos à universalização de direitos em uma determinada formação social do Estado capitalista.

Por isso avaliamos que o financiamento do SUS deveria ter centralidade no debate sanitário e nos movimentos sociais. Essa perspectiva recoloca a materialidade do SUS, as formas de participação social e os impasses da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) para além de sua inscrição jurídico-institucional. O SUS resultou de um processo político e social, sustentado por movimento social que transformou a saúde em direito universal e dever do Estado. Mas a institucionalização desse direito, ao regular como política pública organizada como um Sistema Único, não suprimiu as contradições dos modelos anteriores sustentados na desigualdade de acesso e os impasses sobre seu financiamento. A permanência do subfinanciamento, a apropriação privada de recursos públicos, a disseminação de novos modelos de gestão e o esgarçamento da participação social recolocam a necessidade de analisar a Reforma Sanitária como processo ainda em disputa.

Nessa direção, o debate sobre movimentos sociais em saúde não pode se limitar à descrição de atores, agendas técnicas ou processos organizativos. O desafio analítico é identificar os sujeitos que disputam os recursos públicos, os projetos de sistema de saúde que sustentam e as mediações político-institucionais por meio das quais realizam suas articulações.

No período recente predominam análises de que na RSB coexistem a tendência de acomodação à governança e de resistência às inflexões privatistas (Silva, 2014). E a esta segunda tendência é que se vinculam os movimentos sociais de caráter democrático-popular. Complementarmente, Fleury (2026) analisa a contribuição histórica da saúde para a construção democrática brasileira, evidenciando que o legado da RSB não se reduz à criação do SUS, mas envolve dimensões filosófico-políticas decisivas: a articulação entre Estado e sociedade, a inovação trazida pela participação popular, a institucionalização de um federalismo cooperativo e a capacidade de o Movimento Sanitário renovar-se nas tensões entre instituinte e instituído.

Em nossa interpretação há certa convergência analítica entre essas duas formulações: o financiamento comparece, em ambas, como terreno decisivo da disputa. Ele é, simultaneamente, condição material da integralidade dos serviços, expressão do compromisso estatal com o direito à saúde e campo de confronto entre projetos que buscam, de um lado, sustentar o SUS como política pública universal e estatal e, de outro, subordiná-lo às racionalidades da focalização e da

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

mercantilização. Se Silva (2014) evidencia a disputa entre tendências de apassivamento e resistência no interior da RSB, Fleury (2026) demonstra que a densidade democrática do projeto sanitário depende da preservação de seus fundamentos, participação, universalidade e financiamento público.

Tomando esse problema como fio condutor, o artigo tem por objetivo identificar e analisar como o debate do financiamento da saúde perpassa a pauta dos movimentos sociais em saúde. O argumento central é que os diferentes sujeitos coletivos que atuam no campo sanitário não podem ser adequadamente compreendidos sem que se examine o lugar que atribuem à disputa pelo fundo público, ao subfinanciamento do SUS e às formas de apropriação privada dos recursos públicos.

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e analítico, baseado em levantamento bibliográfico e documental. O corpus inclui literatura acadêmica e documentos institucionais, como relatórios de conferências, notas e manifestos de movimentos sociais em saúde. Na seleção dos movimentos sociais se privilegiou os de abrangência nacional e que se reportam à RSB como: o MapaMovSaúde, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, o Movimento Saúde+10 e a Frente pela Vida, considerando seus contextos de surgimento, formas de organização e agendas de atuação.

O artigo está estruturado em quatro seções. A primeira apresenta o Movimento de Reforma Sanitária em sua heterogeneidade, com ênfase nos processos de apassivamento e resistência. A segunda caracteriza o MapaMovSaúde como plataforma de visibilidade dos sujeitos coletivos em saúde, criada em 2023. A terceira analisa a organização política e as formas de atuação da FNCPS, do Saúde+10 e da Frente pela Vida, levando em consideração o contexto de surgimento. A quarta examina os diferentes modos como o financiamento do SUS comparece nas pautas desses movimentos e suas relações com a RSB. As considerações finais encerram o texto.

2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: heterogeneidade, apassivamentos e resistências

O Sistema Único de Saúde (SUS) resulta das lutas dos movimentos sociais no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, que impulsionou a saúde a constituir-se em direito universal e dever do Estado. A Reforma Sanitária articulou a politização da saúde, a institucionalização do direito na Constituição e a construção de um sistema público descentralizado com participação social, evidenciando desde sua origem a centralidade do financiamento (Teixeira, 1989). Essa última dimensão já nos sinaliza que a própria construção originária da Reforma Sanitária articulava democratização, desenho institucional e controle dos recursos públicos, de modo que a questão do financiamento não era externa ao projeto, mas parte constitutiva de sua materialização histórica.

O movimento social da saúde (RSB) integrou e foi atravessado pelo movimento de oposição política que promoveu um amplo debate e mobilização social em prol do fim do regime autoritário e da democratização do país. Longe de qualquer linearidade, Gerschman (1995) identifica fases nesse movimento social, sobretudo no movimento popular: uma primeira, reivindicativa, voltada à infraestrutura urbana e a serviços pontuais de saúde; uma segunda, de politização, na qual se produzia leitura política dos problemas comuns; e uma terceira, posterior à 8ª Conferência Nacional de Saúde e ao processo constituinte, marcada por dificuldades de absorver a institucionalização como exigência do processo político, produzindo cisões internas. Por sua vez, o movimento médico e os sindicatos médicos, outro componente do movimento sanitário, desempenharam papel ambíguo, combinando participação no processo democrático com defesa de interesses econômico-corporativos.

A fragilidade política do movimento de reforma sanitária tornou-se mais evidente no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, em função da institucionalização de parte de suas reivindicações na criação do SUS, mas, sobretudo, devido à conjuntura neoliberal que passou a reorganizar o Estado brasileiro. Nos anos 2000, o Movimento Sanitário seguiu metamorfoseando-se e flexibilizando-se, em certa medida sob a hegemonia neoliberal. É nesse contexto que ganha força a interpretação de que a atualidade da RSB é marcada por heterogeneidade interna, deslocamentos programáticos e disputas em torno do sentido do próprio projeto reformador.

Após trinta anos do SUS, Fleury (2018) avaliou as dificuldades do Projeto da Reforma Sanitária para manter-se como movimento social. A problemática da institucionalização da participação, via conselhos e conferências, tornou-se predominante no debate sobre o SUS. Prevaleceu, em grande parte da literatura e da prática política, a abordagem da organização e regulamentação desses espaços, como por exemplo, lei de criação, regimento interno, composição, direito a voz e voto, quórum, agenda. Tal organização institucional da participação se viabilizou em detrimento da perspectiva movimentista da RSB que vincula a participação à democratização da relação Estado-sociedade, à efetivação do direito universal à saúde e a condição de conselhos deliberativos da política de saúde. Tal deslocamento não é apenas organizativo; ele expressa também uma perda de centralidade do conflito distributivo e do enfrentamento das bases materiais que sustentam o direito à saúde.

As contribuições de Silva (2014) precisam desse movimento. Ao analisar a RSB na contemporaneidade, a autora identifica a coexistência de duas tendências: uma mais afeita à construção do consenso, ao apassivamento e à acomodação do projeto sanitário aos marcos da governança, da gestão e da eficiência; outra comprometida com a resistência às inflexões privatistas e com a retomada do horizonte político-emancipatório da Reforma Sanitária dos anos 1980. A contraposição entre o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e a Frente Nacional Contra a Privatização

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

da Saúde (FNCPs) é especialmente reveladora: a disputa não se limita a estratégias organizativas, mas alcança a própria compreensão do que está em jogo na defesa do SUS. A questão é se a reforma deve ser traduzida em agenda de gestão e aperfeiçoamento institucional da relação Estado-sociedade civil-mercado, ou se deve ser recolocada como projeto político de democratização de corte popular, com execução estatal, financiamento público para serviços próprios, controle social deliberativo e enfrentamento à mercantilização e à privatização da saúde.

A contribuição da saúde para a construção democrática brasileira precisa ser reconhecida para além da criação do SUS, uma vez que a Reforma Sanitária produziu inovações fundamentais na articulação entre Estado e sociedade, nas formas de participação e na constituição de um federalismo (Fleury, 2026). Entretanto, a autora também demonstra que a distância entre o sistema projetado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e o sistema efetivamente existente decorre de contingências materiais, de correlações de forças desfavoráveis e das limitações da própria democracia brasileira. Observa-se que entre essas contingências, o financiamento assume lugar nodal: sem sustentação material adequada, a universalidade e a participação tendem a se tornar princípios formalmente afirmados, mas crescentemente esvaziados em sua efetividade.

A atualidade da RSB não pode, portanto, ser pensada apenas em termos de participação ou sobre a maior ou menor abertura institucional do Estado. Ela deve ser situada no terreno em que se articulam democratização, universalidade do SUS, financiamento público e os interesses do capital na captura de recursos do SUS, através dos processos de privatização internos. A heterogeneidade dos sujeitos coletivos, os apassivamentos decorrentes da institucionalização e do contexto neoliberal, e as resistências diante da crise estrutural do capital, como nas lutas contra a privatização da saúde, compõem o quadro em que os movimentos sociais que defendem o SUS constitucional têm operado nas últimas duas décadas.

3 MAPAMOVSAÚDE: plataforma de movimentos sociais da saúde

A proposta do MapaMovSaúde surgiu em 2023, após um período marcado pela destruição de direitos, pela difusão de práticas necropolíticas e pelo profundo desprezo à democracia. A iniciativa insere-se no esforço de reabertura e fortalecimento da democracia participativa, expresso, entre outros elementos, pela reativação e reorganização de instâncias de participação e controle social no âmbito governamental. No campo da saúde, o lançamento do Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais em Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Fiocruz constituiu uma estratégia de articulação e visibilidade dos movimentos sociais em saúde, permitindo identificar quem são esses sujeitos coletivos, o que fazem e como se distribuem pelo

território nacional. Mais do que um instrumento de registro, trata-se de uma ferramenta voltada ao reconhecimento dos movimentos como sujeitos políticos, capazes de incidir na construção das políticas públicas e de fortalecer a participação social no SUS. E o Mapa é uma oportunidade de favorecer que a população seja de fato sujeito político das políticas públicas (Dicionário de Favelas Marielle Franco, 2023).

O Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais em Saúde, como projeto, foi divulgado na sessão de encerramento da 17ª Conferência Nacional de Saúde em julho de 2023 (Fleury, 2023; Passos, 2023) e como plataforma foi lançado em 12 de setembro de 2024 na sede da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em Brasília (Brasil, 2024a). No ato de lançamento Swederberger Barbosa (Secretário Executivo do Ministério da Saúde que representou a então ministra da saúde à época)¹ declarou que “o Mapa vai muito além, ele decifra e evidencia o papel de cada uma das entidades, como deve colaborar, quais as sugestões”. E que este Mapa “serve de fato como um guia, um referencial, uma diretriz para que a gente possa prosseguindo no rumo da democracia, aprofundando o processo político de participação da sociedade”. Na ocasião, a coordenadora do projeto, a professora Lucia Souto fez a seguinte fala: “O Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais em Saúde é uma tecnologia social inédita. Primeiro que o objetivo é conhecer quem somos, onde estamos e o que fazemos, para que a gente possa povoar as redes sociais com as iniciativas que estão aí, e eles vão se tornar visíveis, porque são uma força social política de transformação, de construção de direitos e de solidariedade no país”. Já Fernando Pigatto, à época presidente do Conselho Nacional de Saúde, destacou: “Este Mapa Colaborativo, precisa e será cada vez mais um Mapa Colaborativo vivo, em movimento, para poder dialogar com os movimentos e com os espaços de controle social para fortalecer o SUS e a democracia deste país” (Brasil, 2024b).

A plataforma do MapaMovSaúde utiliza o software livre MediaWiki, o mesmo da Wikipédia, permite que os movimentos sociais criem seus próprios cadastros, compartilhem histórias, demandas de saúde, fotos, vídeos e informações de contato, como sites e perfis em redes sociais. O site se organiza de forma simples com quatro grandes links: histórias, o projeto, como participar e ajuda (https://mapamovsaude.net.br/index.php/Especial:Todas_as_p%C3%A1ginas). No link das histórias estão relacionados todos os movimentos sociais cadastrados e cada um pode ser aberto em página individualizada. O conteúdo presente dentro de cada página dos movimentos sociais registrados não segue uma uniformidade, sendo bastante diversa a forma com que cada movimento se registrou, com texto extenso, fotos, áudios e links, alguns registros muito sucintos e outros apenas referenciam o nome.

Para caracterizar os Movimentos Sociais em Saúde que registraram suas histórias no Mapa Colaborativo na Plataforma MapaMovSaúde realizamos duas consultas, respectivamente em

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

dezembro de 2024 e junho de 2025. Foi um levantamento quanti e qualitativo do conteúdo registrado pelos movimentos sociais, chamados pelos organizadores do MapaMovSaúde de histórias. O Quadro 1 apresenta a distribuição dos registros segundo a natureza dos movimentos, categorizada pelas autoras a partir dos títulos dos cadastros, dada a ausência de qualquer definição de movimento social na página do MapaMovSaúde.

Quadro 1- Registros de histórias do MapaMovSaúde distribuídos pela natureza dos movimentos sociais em dez.2024 e jun./2025

Natureza dos movimentos sociais conforme título do registro	Registros 12/2024	%	Registros 06/2025	%
1. Defesa dos direitos e desenvolvimentos de atividades educacionais, culturais e sociais	33	42,0	72	22,5
2. Portadores de patologia/ PCD	16	16,5	40	12,5
3. Defesa dos direitos da Saúde/SUS. Comitês institucionais de saúde	5	6,4	19	5,9
3. Educação, promoção da saúde, educação popular em saúde e qualidade de vida	8	10,2	14	4,3
4. Entidade científica, cidadania e produção do conhecimento. Comitê Comunitário de acompanhamento de Pesquisas. Centro Acadêmico	6	16,5	11	3,4
5. Associação Assistencial, Beneficente e cuidados. Cozinha Solidária	4	5,1	19	5,9
6. Defesa da saúde e segmentos sociais (mulheres, mães, quilombolas, negros, indígenas, LGBTs)		-	16	5,0
7. Associação e/ou Conselhos profissionais de saúde.	1	1,2	13	4,0
8. Desenvolvimento de atividades religiosas (católicos, umbanda, espírita)	1	1,2	3	0,0
9. Participação institucional, conselhos de saúde. Conselhos de direito e política social. Conferência gerais e livre, Conselho de Unidade de Saúde	1	1,2	30	9,3
10. Preservação e Conservação Ambiental	1	1,2	10	3,1
11. Entidade sindical	1	1,2	4	1,25
12. Associação de Moradores, comunitária, Associação de catadores	-	-	11	3,4
13. Associação esportiva	-	-	2	0,6
14. Coletivos Periféricos, anticapitalistas, classistas e democráticos. Frentes de resistência e lutas. Fóruns	-	-	27	8,4
15. Não identificado, nome fantasia ou apenas sigla	1	1,2	29	9,0
Total	78	100	320	100

Fonte: Histórias. Todas as Páginas. Mapa dos Movimentos Sociais em Saúde. Disponível https://mapamovsaude.net.br/index.php/Especial:Todas_as_p%C3%A1ginas Consulta em 08 de dezembro de 2024 e em 22 de junho de 2025. Elaboração da autora

Na consulta de dezembro de 2024 todos os 78 movimentos sociais, na sua página individualizada, possuíam conteúdo informativo sobre o movimento. Nos 345 registros na pesquisa de junho de 2025, após conferir uma a uma, identificamos 219 (63,4%) sem conteúdo (link vazio), 25 (7,2%) não contabilizados² e 101 (29,2%) com conteúdo que serão problematizados no quadro 2.

A caracterização dos movimentos sociais conforme sua natureza no quadro 1, realizou-se de forma livre, tendo em vista a ausência de qualquer conceituação de movimento social na página

MapaMovSaúde. Na apresentação do projeto do Mapa há a referência que é um “projeto colaborativo liderado pelo Ministério da Saúde, Fiocruz, Conselho Nacional de Saúde, que busca dar visibilidade aos movimentos sociais, atuantes no campo ampliado da saúde, como sujeitos políticos da transformação do Brasil, por meio de um mapeamento social e produção interativa e colaborativa de suas ações” (MapaMovSaúde, 2025).

Com esta ausência conceitual no MapaMovSaúde, partimos para alguns ensaios analíticos, dos achados desta investigação com o entendimento de movimento social, como o conjunto de sujeitos políticos que se mobilizam com regularidade e certa organização por respostas a necessidades de várias ordens e reivindicação de classe (Montano e Duriguetto, 2011). Os movimentos sociais tradicionais se pautam nas lutas populares que conflitam com interesses hegemônicos que sustentam a desigualdade de classe e a desigualdade social.

Dos 320 registros de movimentos sociais encontrados no MapaMovSaúde realizamos 16 categorizações, no quadro 1, conforme sugeriam as expressões usadas na denominação (título) de cada movimento. Estas categorizações revelam aspectos temáticos que dinamizam os movimentos, grupos, coletivos e associações que compõem uma parte do tecido organizativo em torno do tema da saúde, que já há algum tempo demonstra inovações, com uma proliferação incessante de variadas lutas (Fase, 2018). É notório que as pautas e bandeiras de lutas estão colocadas para além do acesso à saúde/SUS, contemplando um amplo conjunto de direitos sociais.

Essas categorizações podem revelar uma identidade ou uma necessidade de um grupo social, em alguns casos sugere que o movimento se organiza em função de um fato político ou emerge de uma expressão da questão social. Se o propósito do MapaMovSaúde é de retomar um processo de democracia participativa, como um Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais em Saúde, em nossa avaliação, a natureza das histórias (institucionalização, grupos relativamente corporativistas como os portadores de patologias e os meramente assistenciais) que compõem o Mapa não parecem responder ao título do projeto. Avaliamos que a maioria das histórias se vinculam genericamente a um processo de democracia participativa, no qual o protagonismo popular fica secundarizado.

Na apreciação qualitativa das histórias do MapaMovSaúde nos pautaremos nos 101 registros com algum conteúdo no link próprio e em particular buscamos as referências à saúde, ao SUS e financiamento da saúde.

Quadro 2- Quantitativo de registros de histórias no MapaMovSaúde com conteúdo com referência à saúde/SUS em jun./2025

N.	Natureza dos movimentos sociais	Quantidade
1	Defesa dos direitos e desenvolvimentos de atividades educacionais, culturais e sociais	15
2	Portadores de patologia/ Pessoa com deficiência (PCD)	22
3	Defesa dos direitos da Saúde/SUS. Financiamento público. Comitês institucionais de saúde	7

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

4	Educação, promoção da saúde, educação popular em saúde e qualidade de vida	10
5	Entidade científica, cidadania e produção do conhecimento. Comitê Comunitário de acompanhamento de Pesquisas. Centro Acadêmico	7
6	Associação Assistencial, Beneficente e Cuidados. Cozinha Solidária	3
7	Defesa da saúde e segmentos sociais (mulheres, mães, quilombolas, negros, indígenas, LGBTs)	9
8	Associação e/ou Conselhos profissionais de saúde. Conselho de Unidade de saúde	3
9	Desenvolvimento de atividades religiosas, umbanda, espírita	1
10	Participação institucional, conselhos de saúde. Conselhos de direito e política social. Conferência gerais e livre	13
11	Preservação e Conservação Ambiental	6
12	Entidade sindical	2
13	Associação de Moradores, comunitária, Associação de catadores	
14	Associação esportiva	
15	Coletivos Periféricos, antipcapitalistas, classistas e democráticos. Frentes de resistência e lutas. Fóruns	5
16	Não identificado, nome fantasia ou apenas sigla	
	Total	101

Fonte: Histórias. Todas as Páginas. Mapa dos Movimentos Sociais em Saúde. Disponível https://mapamovsaude.net.br/index.php/Especial:Todas_as_p%C3%A1ginas Consulta em 22 de junho de 2025. Elaboração da autora

Da análise das 101 histórias com conteúdo, apenas 14 (13,8%) indicam explicitamente a defesa do SUS e do financiamento público; outros 22 (21,7%) pautam, entre suas ações, a defesa da saúde pública e de serviços setoriais, como saúde da mulher, saúde mental, saúde na favela pela perspectiva antirracista, saúde da população LGBT+, educação popular em saúde, entre outros.

As finalidades das ações dos movimentos sociais em apreciação formam um amplo leque temático e são transversais ao conjunto de políticas sociais brasileiras, ao mesmo tempo compreendemos que o horizonte político-organizativo da grande maioria desses movimentos sociais é bastante focalizado. Chama a atenção que por se tratar de um Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais em Saúde aproximadamente 60% dos registros não fazem referências ao SUS e ao serviço de saúde. Não desconhecemos o conceito ampliado de saúde e as suas determinações socioeconômicas que estão contempladas no leque temático das ações dos movimentos sociais que integram o Mapa, mas questionamos se o propósito de tornar o SUS mais participativo e próximo dos movimentos sociais com a produção do Mapa interativo está se concretizando.

Esse dado não resulta de limitações individuais dos sujeitos cadastrados. A cultura política autoritária, clientelista e o individualismo neoliberal operam como condicionantes estruturais que fragmentam o coletivo, dificultam sua consolidação e impedem a interiorização territorial de práticas organizativas. Construir sustentação social para a defesa do SUS e do financiamento público estatal implica construir outras bases para a cultura política vigente. No antagonismo entre capital e trabalho, múltiplas mediações, no campo da repressão, da subjetividade e da materialidade das condições de

vida da classe trabalhadora, atuam cotidianamente para tornar as práticas organizativas dos setores populares uma experiência esparsa e pontual.

É uma luta exigente no campo teórico-metodológico e político-estratégico que cotidianamente se renova, se metamorfoseia com elementos tradicionais e da modernidade. E nesse sentido, o SUS e os movimentos sociais que o defendem, possuem a árdua tarefa de defendê-lo como um projeto nacional, que se realiza mediante gestão pública e estatal, com princípios de universalidade, integralidade e participação social deliberativa.

A heterogeneidade encontrada no MapaMovSaúde pode ser mais bem adensada ao problema do financiamento da saúde. Isso porque a capacidade de incidência dos sujeitos coletivos sobre a política de saúde não depende apenas de sua existência organizativa ou de sua presença em espaços participativos, mas também do modo como elaboram, ou não, posições sobre o subfinanciamento do SUS, a alocação do fundo público e as formas de privatização que atravessam o sistema.

O Mapa torna-se, assim, um indicador das diferentes distâncias, proximidades e mediações existentes entre reivindicações sociais, participação e disputa material pela sustentação do direito à saúde, podendo ser tornar um importante instrumento para articulação junto aos sujeitos, aproximando as pautas da saúde a outras reivindicações mais gerais da classe trabalhadora, em uma perspectiva de determinação social da saúde.

4 A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E AS FORMAS DE ATUAÇÃO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (FNCPS), DO MOVIMENTO SAÚDE+10 E DA FRENTE PELA VIDA (FPV)

Esta seção analisa a organização política e as formas de atuação de três movimentos sociais de abrangência nacional, representativos da RSB, que têm como pauta central a defesa do SUS: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), o Movimento Saúde+10 e a Frente pela Vida (FpV).

O surgimento da FNCPS deve ser situado na confluência entre as contrarreformas neoliberais e os processos de intensificação da mercantilização da saúde no interior do próprio SUS. Segundo Bravo e Menezes (2011), embora as eleições de Lula (primeiro e segundo mandatos presidenciais), tenham se colocado politicamente como uma reação popular ao projeto neoliberal dos anos 1990, esses governos não contiveram as contrarreformas e os processos de privatização das políticas sociais, em particular no campo da saúde. É nesse terreno que a saúde passa a ser crescentemente tratada como campo de valorização do capital e cada vez mais mercantilizada.

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Em resposta à ampliação das Organizações Sociais (OSs) em vários estados para gerir serviços do SUS e à necessidade de responder juridicamente e politicamente à sua expansão, fóruns de saúde do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina articularam-se, em maio de 2010, em torno da ADI 1.923/98, contrária à Lei nº 9.637/98, que instituiu as OSs e dispensou a licitação para contratos com essas entidades.

Seus objetivos centrais, tal como formulados em notas, textos, manifestos e posicionamentos consistem em defender um SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade; lutar contra a privatização da saúde; sustentar a agenda da Reforma Sanitária formulada nos anos 1980; e enfrentar os “novos modelos de gestão” que transferem patrimônio, serviços, servidores e recursos públicos a entidades privadas sem controle social. Por isso, as pautas da FNCPS não se limitam à crítica abstrata ao privatismo: elas incidem diretamente sobre OSs, OSCIPs, fundações estatais de direito privado e, já em 2010-2011, sobre a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) e medidas correlatas, como a possibilidade de uso de capacidade pública para atendimento de pacientes privados e a contratação via regime celetista, terceirizações e pejetizações. Em termos mais amplos, essa Frente se opõe à subordinação do SUS à lógica do lucro, à compra crescente de serviços privados com recursos públicos e à cooptação do controle social. Pode-se afirmar que a sua especificidade está em recolocar, em nova conjuntura, um núcleo histórico da Reforma Sanitária: a defesa da saúde como direito fundamental universal e a provisão estatal como forma incompatível com a mercantilização (FNCPS, 2015; FNCPS, 2018).

Quanto às formas de organização política, a FNCPS aparece como articulação em rede entre fóruns estaduais de saúde, entidades nacionais, movimentos sociais, sindicatos, centrais sindicais, setoriais partidários e projetos universitários. A Frente e os Fóruns de Saúde são concebidos como espaços não institucionais de controle social, criados para pressionar os conselhos, fortalecer usuários e trabalhadores da saúde e preservar a autonomia e independência dos movimentos perante as gestões governamentais. Em outras palavras, trata-se de uma forma de organização política que combina luta jurídica, mobilização de rua, articulação nacional, produção de debate e construção de espaços autônomos de participação, bem como, projetos universitários (Bravo, 2010; Bravo e Menezes, 2011).

Em relação ao Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, também chamado de Saúde+10, possui uma produção documental relativamente dispersa, o que complexifica sua caracterização. As referências consultadas a partir de sites de informações oficiais e documentos do CNS sugere que esse movimento se organiza enfaticamente em torno da luta pelo financiamento do SUS. O movimento Saúde+10 congregou e foi sustentado por um amplo leque de entidades científicas, sindicais, partidárias, associações de trabalhadores, entidades da sociedade civil de base filantrópica e

Micheli Burginski, Andreia Oliveira e Tânia Regina Krüger
privada da saúde, representantes do Ministério Público, Conselhos de Saúde em especial o Conselho Nacional, movimentos de usuários, que tiveram papel importante na coleta de assinaturas para o projeto de lei, entre outras³.

Em termos acadêmicos pouco se atentou a esse movimento e, portanto, não possui uma bibliografia sistematizada, o que nos indica que sua mobilização se deu de forma pontual, articulada ao Congresso Nacional, ao espaço conselhistas e a setores da sociedade civil, em função de acirramento da disputa pelo financiamento da saúde. Seu aparecimento está atrelado às reivindicações de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB)⁴ da União à saúde, que aparece na 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), foi reiterada na 13ª [2007], e voltou a ser reafirmada na 14ª [2011], inclusive com a exigência de afastar a incidência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sobre esses recursos.

O diagnóstico apresentado pelo movimento é que a arquitetura fiscal construída desde os anos 1990 e consolidada com a EC 29/2000 não assegurou base estável e suficiente para um sistema universal; ao contrário, preservou critérios de gasto considerados insuficientes e submeteu a saúde a sucessivos constrangimentos fiscais. A publicação intitulada *O Financiamento da Saúde*, V. 2, produzida pelo Conass (2011) é explícita ao afirmar que os 10% da RCB eram reivindicações das conferências e poderiam representar, à época, um acréscimo expressivo de recursos ao SUS.

É nesse contexto que o movimento Saúde+10 se formou em 2012, logo após a aprovação da Lei Complementar n. 141/2012, cuja regulamentação da EC 29/2000 foi recebida por amplos setores do campo sanitário como insuficiente para o problema do financiamento federal. Textos veiculados na Abrasco, publicados em 2013⁵ qualificam esse momento como uma nova etapa da “longa batalha pelo financiamento do SUS”, pois a LC 141 manteve para a União um critério baseado no gasto empenhado do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, em lugar da vinculação dos 10% da RCB. O movimento, assim, deve ser entendido como luta política em torno da reivindicação de um financiamento adequado ao SUS, pois apesar da saga histórica pela regulamentação da EC 29/2000, não se resolveu o seu subfinanciamento estrutural.

Diante disso, a agenda política do movimento se centrou no financiamento, associando o aumento do gasto federal à defesa de um SUS público, universal, integral, equânime e de qualidade, destacando a redução das filas, o fortalecimento da atenção básica e à ampliação da capacidade estatal de prover serviços. A nota da Abrasco de setembro de 2013 mostra que o Saúde+10 vinculava os 10% da RCB não apenas ao aumento abstrato de recursos, mas à possibilidade concreta de responder às demandas sociais por serviços públicos de qualidade. Em relação às formas de organização e incidência política, o Saúde+10 combinou mobilização social de massa, articulação interinstitucional e pressão legislativa. A articulação se centrou na coleta nacional de assinaturas em um forte trabalho de convencimento da sociedade⁶. Esse movimento ganhou proeminência no debate

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

sobre o financiamento do SUS, contudo as pressões políticas promovidas pelo Saúde+10 não saíram vitoriosas. Embora o movimento tenha conseguido transformar a reivindicação dos 10% RCB da União para a saúde em projeto de lei de iniciativa popular, reunindo mais de dois milhões de assinaturas e formalizando o PLP 321/2013, essa proposta não logrou êxito no Congresso Nacional. A restrição da área econômica e a articulação do governo federal junto ao Legislativo resultaram na aprovação da Emenda Constitucional n. 86/2015, o que esvaziou politicamente a proposta original e levou, na prática, ao arquivamento da iniciativa popular promovida pelo Saúde +10.

Desse modo, a pauta construída pelo movimento foi institucionalmente derrotada: em vez dos 10% da RCB, o que se estabeleceu foi uma regra fiscal mais restritiva e distinta da reivindicação formulada pelo controle social e por parte do movimento sanitário. Podemos identificar que a derrota da pauta se expressou no próprio conteúdo da EC 86/2015. A emenda substituiu a referência defendida pelo Saúde+10 por um piso calculado sobre a Receita Corrente Líquida (RCB), com implementação escalonada de 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020⁷. Além disso, a EC 86 introduziu a execução obrigatória das emendas parlamentares individuais, reservando 1,2% da RCL para esse fim, com 50% desse montante em ações e serviços públicos de saúde, o que passou a pressionar ainda mais a programação própria do Ministério da Saúde. As análises do CNS também assinalam que a emenda retirou dos royalties do pré-sal o caráter de financiamento adicional ao piso constitucional da saúde. Em termos substantivos, portanto, a EC 86 não representou vitória para o campo sanitário, mas antes a sua neutralização institucional. O que emergiu foi uma regra inferior à reivindicação dos 10% da RCB e funcional à manutenção do subfinanciamento federal do SUS.

A Frente pela Vida (FpV) surgiu no contexto da pandemia da Covid-19, em maio de 2020, em uma conjuntura marcada pela articulação entre crise sanitária, crise democrática, crise ambiental, o que configura uma crise orgânica e sistêmica da acumulação capitalista. Nesse período destacam-se o negacionismo da ciência e os posicionamentos antidemocráticos e neofascistas do núcleo político que chegou ao Palácio do Planalto. A criação dessa Frente foi uma resposta ao negacionismo estatal, à desorganização da autoridade sanitária nacional e à desídia do governo federal ao (des)coordenar medidas de proteção à população. Destaca-se o combate às *fakes news* largamente disseminadas durante a pandemia; foi um ponto central em torno da organização dessa frente. A crise sanitária convive e é atravessada pela conjuntura da precarização do trabalho, desmonte de políticas de seguridade social, ampliação das desigualdades e acirramento da orientação neoliberal (austeridade fiscal) que agravou a exposição de trabalhadores e trabalhadoras à doença e à morte e fragilizou a proteção social.

A FpV se constitui como articulação ampla de entidades científicas, organizações da sociedade civil e movimentos em defesa da vida, da ciência, da democracia e do SUS. Seus objetivos podem ser sintetizados em três planos articulados. Em primeiro lugar, a FpV buscou proteger a população diante da Covid-19 por meio da formulação de respostas técnico-científicas e da pressão política sobre o Estado. Em segundo lugar, buscou defender e fortalecer o SUS, afirmando sua centralidade na proteção da vida, no acesso universal e na coordenação pública da política sanitária. Em terceiro lugar, a Frente assumiu a tarefa de rearticular o campo sanitário e democrático num contexto de regressão autoritária, recolocando em cena o legado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira em bases ampliadas (Frente Pela Vida, 2020; Fleury et al, 2024).

Identificamos, a partir da literatura produzida sobre a FpV que suas pautas surgiram em um momento conjuntural, mas que ao longo do tempo se articulou a outros debates do campo da saúde: isolamento social, vacinação universal, coordenação nacional das ações sanitárias, financiamento adequado do SUS, defesa da atenção primária, fortalecimento da produção pública em ciência, tecnologia e inovação em saúde, responsabilização pelas mortes evitáveis durante a pandemia, carreira de Estado no SUS, fortalecimento das redes de atenção e a defesa da Constituição e da democracia (Silva; Andrade, 2023).

No plano de suas formas de organização política, a FpV foi constituída como uma ampla rede de mobilização social, e não como organização hierárquica tradicional. Sua atuação se estruturou em três dimensões — técnico-científica, política e de mobilização da sociedade civil e se desenvolveu em múltiplas arenas, com incidência sobre Executivo, Legislativo, Judiciário e sociedade civil, combinando produção de documentos, marchas, atos públicos, reuniões, lives e uso intensivo de mídias digitais (FpV, 2025). Segundo Fleury et al. (2024, p. 4):

A Frente produziu diversos documentos (planos, manifestos, notas, cartas e relatórios) contemplando seus posicionamentos e suas proposições ancorados no conhecimento técnico-científico, propiciando, inclusive, a articulação com entidades científicas de diferentes áreas. Além disso, a FpV interpelou o Poder Executivo (nos níveis federal, estadual e municipal), o Poder Legislativo (Câmara dos Deputados e Senado Federal) e, por fim, o Poder Judiciário, para o efetivo cumprimento de seus respectivos deveres. Atuou, ainda, na mobilização dos mais diversos setores da sociedade civil observando a conformação de uma consciência sanitária.

A FpV foi sustentada pelo consenso progressivo, isto é, por uma forma de coordenação baseada na construção gradual de convergências, sem supressão das diferenças entre entidades e sujeitos. Essa forma organizativa permitiu combinar pluralidade político-ideológica, horizontalidade, autonomia relativa das organizações participantes e capacidade de ação comum diante da gravidade da conjuntura. Quanto às entidades e sujeitos que lhe deram forma, a FpV resultou inicialmente da articulação entre Abrasco, Cebes, Rede Unida e Sociedade Brasileira de Bioética, em interlocução com o CNS. Ao longo de sua trajetória, agregou ainda movimentos sociais, parlamentares, sindicatos,

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

ativistas, pesquisadores, sanitaristas, profissionais de saúde, gestores, usuários do SUS, entidades da educação, da assistência social e organizações de direitos humanos. Assim, a Frente não deve ser compreendida como simples coalizão setorial, mas como sujeito político coletivo ampliado, capaz de articular comunidade científica, entidades profissionais, movimentos populares e diversos segmentos da sociedade civil em torno da defesa da vida, da democracia e do SUS. Na percepção dos membros da operativa, a FpV é considerada uma reatualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na medida em que retoma seus compromissos com o direito universal à saúde, a defesa do SUS e a democracia, mas o faz em uma nova conjuntura, incorporando novos sujeitos, arenas e diferentes formas de incidência política (Fleury *et al.*, 2024, Franco, 2023).

5 FINANCIAMENTO DO SUS NA PAUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E SUAS RELAÇÕES COM A REFORMA SANITÁRIA

Tomando como fio condutor da análise, o financiamento permite reordenar a leitura dos movimentos sociais em saúde no interior da RSB, a partir de uma problematização histórica no campo: a capacidade ou incapacidade, de sustentar materialmente o projeto universalista inscrito na Constituição Federal. O debate do financiamento da saúde não se reduz à mera peça técnica contábil (montante dos gastos), mas remete às formas pelas quais a universalidade, a integralidade, a participação e a gestão pública estatal são fortalecidas ou fragilizadas mediante mercantilização e privatizações. O financiamento aparece, assim, como mediação concreta entre projeto democrático e materialização institucional do direito à saúde. Seleccionamos documentos político-organizativos (notas, manifestos, programas) da FNCPS, do Saúde +10 e da FpV e sistematizamos algumas análises preliminares. Com base na análise de documentos político-organizativos (notas, manifestos e programas) da FNCPS, do Saúde+10 e da FpV, é possível sistematizar os seguintes achados.

A FNCPS estabelece, em seus documentos⁸, uma produção intelectual bastante coesa e uma relação direta entre financiamento, Reforma Sanitária e implementação do SUS. Na perspectiva da FNCPS o subfinanciamento não está somente relacionado à insuficiência de recursos, mas também aos novos modelos de gestão, em especial como o fundo público é continuamente capturado por Organizações Sociais, OSCIPs, fundações estatais de direito privado, EBSEH, PPPs e subsídios ao setor privado. Conforme Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde (FNCPS, 2015, p. 2):

Uma gestão que tem sido historicamente fisiologista e a serviço dos interesses privados e político-partidários, se agravou terrivelmente com a proliferação das OSs, OSCIP, Fundações de Direito Privado, 'institutos' (como é o caso da saúde indígena), EBSEH,

Micheli Burginski, Andreia Oliveira e Tânia Regina Krüger
enfim “parceiros” privados das mais variadas vertentes, cuja finalidade precípua é se apoderar do sistema e explorá-lo financeira e politicamente.

A crítica da FNCPS recoloca um núcleo decisivo da RSB: a defesa de que recursos públicos devem sustentar uma rede pública estatal, sob gestão direta do Estado, incompatível com a privatização da saúde e com lógica dos lucros privados. Assim, subfinanciamento e privatização são momentos de um mesmo processo histórico, a FNCPS reatualiza a dimensão político-emancipatória da Reforma Sanitária e restabelece aspectos centrais das lutas pela democratização, pela disputa do fundo público e coloca no centro da crítica o mercado como gerenciador da política de saúde. É precisamente nesse ponto que a FNCPS se apresenta como uma das expressões contemporâneas mais nítidas da vertente de resistência identificada por Silva (2014). Se a autora demonstra que uma parte do campo sanitário se deslocou para formulações adaptadas à institucionalidade existente, à governança e à gestão do cotidiano do SUS, a FNCPS recoloca a Reforma Sanitária como projeto em disputa, recusando sua redução a agenda técnico-gerencial e do “SUS possível” ou flexibilizado. Ao fazê-lo, reinscreve o financiamento no terreno da luta política e da crítica à contrarreforma do Estado.

O Saúde+10 se mobiliza a partir da garantia de mais recursos para a saúde e conseguiu transformar o debate do financiamento do SUS em tema abrangente nos territórios, o que denota sua importância nesse contexto. É possível identificar a sua articulação e seu núcleo de atuação a partir do CNS, no sentido de mobilização de uma ampla base de apoio em estados e municípios⁹. Assim, se popularizou a ideia de subfinanciamento da saúde, articulando a reivindicação dos 10% da RCB da União a um horizonte de expansão das ASPS e de fortalecimento do SUS¹⁰. Nos documentos encontrados que fazem referência ao movimento, identificou-se amplo diálogo com o núcleo histórico da Reforma Sanitária, especialmente com a compreensão de que a universalidade do SUS exige financiamento adequado. Contudo, as análises desses documentos sugerem que a pauta desse movimento se concentrou em torno do eixo quantitativo, relativo aos 10% da RCB. Não identificamos críticas aos modelos de gestão, ou seja, às formas contemporâneas de privatização e à apropriação privada dos recursos do SUS. Esses elementos estão ausentes, ou em outras palavras, o Saúde+10 recolocou a exigência de financiamento adequado sem articulá-la de forma orgânica à crítica da mercantilização e à privatização da saúde.

Já em relação à FpV, é possível identificar que seus documentos combinam defesa da revogação da EC 95/2016, recomposição do orçamento da saúde e do Fundo Nacional de Saúde (FNS), ampliação da participação da União no gasto público em saúde, elevação do gasto público em relação ao gasto privado. Por se tratar de frente ampla, contudo, suas formulações precisam ser consensuadas, como demonstram Fleury *et al.* (2024, p. 8-9), “as propostas de financiamento do setor foram discutidas em várias plenárias, e não tendo alcançado uma posição consensual entre os membros da rede, não foram encaminhadas em manifestações da FpV”.

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Analisamos três documentos elaborados pela FpV que abordam o tema do financiamento do SUS com diferentes ênfases que estão relacionados aos próprios objetivos dessas produções¹¹. Em geral, os documentos reafirmam a luta pela democracia e os princípios do SUS, enfatizando a crítica ao governo federal durante o período da pandemia. É possível identificar que a produção documental da FpV aborda o financiamento do SUS de maneira progressiva, ou seja, suas formulações vão se tornando mais explícitas e estruturadas. No Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19, lançado em 2020, há uma centralidade no enfrentamento à pandemia e à crítica ao papel do Estado e do Ministério da Saúde na (des)coordenação das ações e na formulação das políticas nesse período. Aparece também a crítica ao subfinanciamento e ao desfinanciamento do SUS, com a vigência da EC95/2026, alertando para a sua revogação e para a garantia de provisões de recursos compatíveis com as necessidades impostas pela pandemia¹².

Em final de 2020, a publicação da carta “O Brasil Precisa do SUS”, a FpV afirma de modo explícito que o SUS necessita de “recursos humanos, materiais e financeiros” e de “orçamento adequado” para responder aos desafios da pandemia. A carta articula financiamento à garantia de vacinação para toda a população, ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e ao investimento em ciência, tecnologia e inovação em saúde, de forma a sustentar uma assistência integral e universal. Contudo, é no Relatório Final da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde, consolidado entre 2022 e 2023, que a FpV apresenta sua formulação mais estruturada sobre o financiamento da saúde. A Conferência incorporou o financiamento como um dos eixos centrais na reconstrução do SUS, vinculando expressamente à revogação da Emenda Constitucional n. 95/2016 de outras medidas que restringem o investimento público, combinada com a criação de um mecanismo emergencial, em 2023 e 2024, capaz de recompor o piso federal da saúde com correção inflacionária, consideração das mudanças demográficas e compensação das perdas associadas às renúncias fiscais ligadas aos gastos privados em saúde. Em perspectiva mais duradoura, o documento propõe um novo piso federal a partir de 2025, baseado em valor per capita compatível com sistemas universais de saúde, de modo a reduzir a dependência das oscilações econômicas e assegurar maior estabilidade ao financiamento do SUS.

Por fim, o documento insere o financiamento da saúde em uma agenda mais ampla de regulação do setor privado e reforma fiscal. Defende a subordinação da ANS às diretrizes do Ministério da Saúde, o ressarcimento rigoroso das operadoras de planos ao SUS, a extinção da DRU, a recomposição do Orçamento da Seguridade Social e a revisão das normas de renúncia fiscal que subsidiam o mercado. Em termos tributários, propõe uma reforma orientada pela capacidade contributiva, com maior taxação dos mais ricos e redução dos tributos que pesam sobre os mais pobres e a classe média. Em síntese, trata-se de uma formulação que articula financiamento, caráter público

do SUS, capacidade estatal e justiça tributária como dimensões inseparáveis da reconstrução do sistema de saúde.

Apesar de fazer referência ao SUS 100% público, o documento não dá ênfase aos processos de privatização da saúde, as OSs e outros modelos de gestão que configuram privatização interna do SUS. Assim, a formulação “SUS 100% público”, tal como aparece na agenda da FpV, não está automaticamente vinculada à defesa de que toda a execução de ASPS deva ocorrer diretamente pela administração estatal. Tomada isoladamente, a expressão pode comportar mais de um sentido. O primeiro está relacionado à defesa do SUS como direito universal, política de Estado e sistema financiado publicamente; o segundo, pode aproximar-se da defesa de gestão e provisão diretamente públicas, com redução ou rejeição de mediações privatizantes. No caso da FpV, essa segunda acepção não está plenamente desenvolvida e explicitada. Acreditamos que isso se refere a que a FpV se constitui como articulação ampla, heterogênea e voltada à construção de consensos progressivos entre entidades com diferentes tradições políticas e institucionais.

Em síntese, as análises preliminares demonstram que esses movimentos articulam financiamento e Reforma Sanitária de maneiras diversas. O Saúde+10 enfatiza o subfinanciamento do SUS e concentra sua força na mobilização por ampliação do gasto federal. A FpV combina crítica à austeridade com reconstrução democrática do SUS, atualizando a tradição sanitária em chave ampla e heterogênea. A FNCPS, por sua vez, oferece uma formulação consistente da unidade entre subfinanciamento, privatização e mercantilização, recolocando essa formulação no centro da crítica ao desmonte do SUS. Por fim, a disputa pelo financiamento e as pautas que o mobilizam revelam os limites e as possibilidades da RSB na atualidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento expressa, em sua materialidade orçamentária, as correlações de forças que definem o alcance da universalidade, o padrão de relação público-privado, a densidade da participação social e a própria possibilidade de sustentação do SUS como política estatal e democrática. O artigo demonstra, portanto, que os diferentes sujeitos coletivos em saúde não podem ser adequadamente compreendidos sem que se examine o lugar que atribuem à disputa pelo financiamento e pelo fundo público.

Em termos de implicações, o estudo indica que a disputa pelo financiamento do SUS não é um tema entre outros no debate sanitário. É nesse terreno que os movimentos sociais em saúde, em toda a sua heterogeneidade, revelam potencialidades e limites. As análises preliminares indicam que a heterogeneidade está relacionada à forma como esses movimentos articulam a pauta do financiamento

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

do SUS: articulando financiamento e crítica da mercantilização de forma orgânica; centrando-se na reivindicação por mais recursos para o SUS, mas operando-se sob amplo consenso. É importante aprofundar nesses estudos, no sentido de oferecer uma análise da capacidade dos sujeitos coletivos de sustentar, redefinir ou estreitar o horizonte da RSB.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. O movimento Saúde+10 e a luta pelo financiamento adequado do SUS. Rio de Janeiro, 10 set. 2013. Disponível em: <https://abrasco.org.br/o-movimento-saude10-e-a-luta-pelo-financiamento-adequado-do-sus/>.

ABRASCO. Saúde + 10: entrega oficial de assinaturas. Rio de Janeiro, 30 jul. 2013. Disponível em: <https://abrasco.org.br/saude-10-entrega-oficial-de-assinaturas/>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ASSOCIAÇÃO REDE UNIDA *et al.* Plano nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19. Versão 3. [S. l.], 1 dez. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lançamento Plataforma Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais em Saúde. Ministério da Saúde. Instagram: @minsaude, 14 set. 2024. Disponível em: https://www.instagram.com/reel/C_5wIwGxUYJ/.

BRASIL. Ministério da Saúde lança MapaMovSaúde para fortalecer a participação social no SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 12 set. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/ministerio-da-saude-lanca-mapamovsaude-para-fortalecer-a-participacao-social-no-sus>.

BRASIL. Relatório final da 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. (Série D. Reuniões e Conferências). ISBN 85-334-0816-1.

BRASIL. Relatório final da 13.^a Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Relatório final da 14.^a Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Relatório final da 17.^a Conferência Nacional de Saúde (17.^a CNS). [S. l.]: Associação Rede Unida, 2024.

BRAVO, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 185-193, jan./mar. 2011.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2011. p. 15-28.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; FRENTE PELA VIDA. **O Brasil precisa do SUS**: carta ao povo brasileiro. Rio de Janeiro: Susconecta, 2020.

FASE. **A luta popular urbana por seus protagonistas**: direito à cidade, direitos nas cidades. Rio de Janeiro: FASE, 2018. Disponível em: <https://fase.org.br/wp-content/uploads/2019/02/PUBLICACAO-FINAL-DIGITAL-PARA-SITE.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

FLEURY, S. Construir o amanhã hoje: desafios enfrentados pela 17ª Conferência Nacional de Saúde. [S. l.], 6 jul. 2023. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=construir-o-Amanh%C3%A3-hoje-Desafios-enfrentados-pela-17-Conferencia-Nacional-de-Saude-por-Sonia-Fleury>.

FLEURY, S. Reforma sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. *In*: FLEURY, Sonia (org.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 15-30.

FLEURY, S.; MOREIRA, A. E. M. M.; BARRETO, M.; SANTOS, J. S. A Frente pela Vida e a atualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e8973, abr./jun. 2024.

FLEURY, S. M. A saúde na construção democrática no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, 2026.

FRANCO, T. B. A Frente Pela Vida e o Conceito “consenso progressivo” como dispositivo para a unidade e potência na ação política. *In*: FRANCO, T. B.; BUSSINGUER, E. C. de A; SILVA, J. F. S (orgs.). **Frente pela Vida**: em defesa da vida, da democracia e do SUS. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. 250 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 44).

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde sobre o segundo turno das eleições de 2018. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2018/10/eleicoes-2018-nota-da-fncps.html>.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Por um SUS público. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2015/>.

FRENTE PELA VIDA. Encontro Nacional da Frente pela Vida discute fortalecimento do SUS e perspectivas para 2026. [S. l.], 16 out. 2025. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/noticia/encontro-nacional-da-frente-pela-vida-discute-fortalecimento-do-sus-e-perspectivas-para-2026/10416>.

FRENTE PELA VIDA. Plano nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19. Versão 3. [S. l.], 1 dez. 2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/#gallery-18>.

GERSCHMAN, S. **Democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MOVIMENTOS SOCIAIS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

KRUGER, T. R. Neoliberalismo, subjetividade e movimentos sociais: da luta de classes à setorialização. *In*: DITRICH, M. G.; BRANCO, J. O.; ULRICH, M. C. G. (orgs.). **Diálogos sobre a vida: políticas públicas, educação, saúde e direito**. Itajaí, SC: UNIVALI; CAPES, 2020.

MAPAMOVSAUDE. O projeto. [S. l., s.d.]. Disponível em: https://mapamovsaude.net.br/index.php/O_Projeto. Acesso em: 22 jun. 2025; 19 ago. 2025.

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PASSOS, J. 17ª Conferência Nacional de Saúde: diversidade e defesa dos direitos humanos marcam edição. [S. l.], 8 ago. 2023. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/reportagem/17a-conferencia-nacional-de-saude-diversidade-e-defesa-dos-direitos-humanos>.

SILVA, A. X. da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálýsis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

SILVA, G. A. e; ANDRADE, E. I. G. Frente pela Vida: uma construção social em defesa da saúde e da democracia. *In*: FRANCO, T. B; BUSSINGUER, E. C. de A; SILVA, J. de F. S. da (orgs.). **Frente pela Vida: em defesa da vida, da democracia e do SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. 250 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 44).

TEIXEIRA, S. F. (org.). Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária. *In*: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

Notas

¹ Nísia Trindade Lima foi Ministra da Saúde no período de 2023 a 2025.

² 25 registros não foram considerados por serem histórias repetidas, registros apenas com grafia diferente, apenas com sigla apenas ou por extenso; orientação de preenchimento do MapaMovSaúde, subtítulos da página MapaMovSaúde e textos compilados dos vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas.

³ No dia 13 de março de 2012, na sede do Conselho Federal de Psicologia, numa histórica reunião com participação de entidades abaixo listadas, firmou-se o início do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública. Definiu-se “por uma coordenação nacional inicial composta pelas representações da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, Associação Médica Brasileira – AMB, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Fórum Sindical dos Trabalhadores – FST, Força Sindical, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde – CNTS, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR, Pastoral da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – CNS e Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMSBH”. Saúde Mais Dez: Movimento nacional em defesa da saúde pública (Manifesto). 14 de abril de 2012. Disponível <https://opas.org.br/saude-mais-dez-movimento-nacional-em-defesa-da-saude-publica-manifesto/>

⁴ Convém distinguir receita corrente bruta (RCB) de receita corrente líquida (RCL). A primeira corresponde ao total das receitas correntes arrecadadas pelo ente federativo: receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, agropecuárias, industriais, de serviços, transferências correntes e outras receitas correntes, antes das deduções legais, razão pela qual expressa a base bruta da arrecadação corrente. A RCL, diversamente, é o indicador juridicamente definido pela Lei de Responsabilidade Fiscal como o somatório dessas receitas correntes após as deduções legalmente previstas, as quais variam conforme o ente federativo. Em síntese, a RCB exprime o ingresso corrente em termos brutos, ao passo que a RCL representa esse mesmo fluxo já depurado das parcelas que a legislação exclui do cômputo fiscal (Lei nº 4.320/1964, art. 11; LCP nº 101/2000, art. 2º, IV).

⁵ Ver em ABRASCO. *O movimento Saúde+10 e a luta pelo financiamento adequado do SUS*. Rio de Janeiro, 10 set. 2013. Publicado no portal da Abrasco. ABRASCO. *Saúde + 10: entrega oficial de assinaturas*. Rio de Janeiro, 30 jul. 2013. Publicado no portal da Abrasco

⁶ Entre as organizações veiculadas de forma recorrente aparecem o CNS, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Abrasco, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), além de conselhos estaduais e municipais de saúde, sindicatos e entidades profissionais.

⁷ Os 15% da RCL para ações e serviços públicos de saúde, previstos pela EC 86/2015 para serem alcançados progressivamente apenas em 2020, não chegaram a se consolidar como regra dinâmica de financiamento, pois a EC 95/2016 revogou a transição, antecipou formalmente os 15% da RCL para 2017 e, a partir de 2018, congelou o piso federal da saúde no valor correspondente ao mínimo de 2017, corrigido apenas pelo IPCA.

⁸ Dentre os documentos que foram analisados destacamos: Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde (FNCPS, 2015). Documento orientador da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde para ser defendido em todas as ações realizadas (FNCPS, 2024). Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil: Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos trabalhadores(as) e ao erário por parte das Organizações Sociais (OSs) (FNCPS, 2012).

⁹ Conforme Ata da 234ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Ver em: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 234ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 13-14 jun. 2012. Disponível no portal do Conselho Nacional de Saúde.

¹⁰ Conforme matéria veiculada no site da Fiocruz: “A injeção de mais recursos tem impactos positivos imediatos para os programas já existentes, tornando possível a contratação de mais profissionais de saúde, a garantia do piso salarial dos agentes de saúde, a aquisição e a modernização de equipamentos, a redução de filas de espera e nos atendimentos, seja na atenção básica à saúde, na média e na alta complexidade. Estes hoje são um dos grandes gargalos do SUS, que já não comporta em sua estrutura a quantidade de pacientes que todos os dias vão em busca de atendimento. Espera-se que a gestão continue comprometida com os serviços públicos, mantendo os recursos prioritariamente no SUS, não como aporte público ao setor privado de saúde”. 07 de agosto de 2014. Disponível em: Saúde Mais 10 luta por mais recursos para o SUS - Determinantes Sociais da Saúde. Ver em: DSS Brasil; Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde Mais 10 luta por mais recursos para o SUS*. Rio de Janeiro, 7 ago. 2014. Disponível no portal DSS Brasil/Fiocruz.

¹¹ 1) Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid 19; 2) “O Brasil Precisa do SUS”: Carta ao Povo Brasileiro; 3) Relatório Final da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde.

¹² Conforme trecho do Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid 19 (2020, p. 27): “Neste contexto, o enfrentamento da pandemia exige que o MS passe, urgentemente, a operar com a responsabilidade e a diligência que a crise sanitária requer. Não é suficiente, contudo, a aplicação ágil e eficiente dos recursos disponíveis. É necessário também aumentar os recursos financeiros destinados ao SUS. De modo emergencial, no cumprimento do preceito constitucional da garantia do direito a saúde pelo Estado impõe-se a revogação da EC-95/2016, e que os créditos extraordinários aprovados durante a vigência de calamidade pública pela Covid-19 sejam somados ao piso federal do orçamento da saúde para 2021, conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde (Recomendação Nº 028, de 22/04/2020). Importante também destacar a necessidade de adotar, de forma imediata, critérios de transferência de recursos para Estados e Municípios, bem como de efetivação dos repasses “parados” no orçamento. E isso precisa ser devidamente pactuado na CIT e aprovado pelo CNS, sem qualquer tipo de subordinação a interesses políticos de governabilidade junto ao Congresso”.