
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

MANIFESTO

REAFIRMANDO COMPROMISSOS PELA SAÚDE DOS BRASILEIROS

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, a Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES, a Rede UNIDA e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – AMPASA, vêm manifestar-se em relação aos rumos que a Saúde vem tomando de forma crescente junto às Políticas Públicas para a sociedade e para a nação nos últimos 15 anos, assim como reafirmar compromissos e defender uma agenda renovada e ampliada de mobilização social, política e institucional pelos direitos fundamentais e pela Saúde dos brasileiros.

I. O 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde reunindo em Junho de 2005 mais de 800 participantes na Câmara dos Deputados Federais e congregando a Frente Parlamentar da Saúde, as entidades subscritoras deste manifesto, e entidades representativas da população usuária do SUS, dos trabalhadores e profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores do sistema, reafirmou a excelência e legitimidade dos rumos Constitucionais da construção do SUS, mas constatou, ao mesmo tempo, desvios na sua implementação e também apontou para a necessidade de avanços nas mobilizações e decisões políticas para sua correção.

II. A Carta de Brasília, discutida e aprovada por unanimidade no Simpósio, ressaltou mais uma vez as insustentáveis desigualdades sociais e regionais, os elevadíssimos juros, o crescente superávit primário, e a financeirização dos orçamentos públicos, indicadores estes que incidem na situação de piora das condições de vida da sociedade e da nação nos últimos 15 anos, sem que se apresente qualquer política de Estado com perspectivas de reversão deste quadro.

III. Neste mesmo período, o intenso comprometimento do orçamento público da União com o pagamento crescente dos serviços da dívida pública correspondeu, na mesma proporção, a retração dos orçamentos sociais, tanto por meio da desvinculação, inclusive das receitas das contribuições sociais, como das dificuldades impostas pelos Ministérios da Fazenda e do Planejamento, ao desempenho ágil da execução orçamentária dos Ministérios da área social e da infraestrutura do desenvolvimento (Transportes, Agricultura, Desenvolvimento Agrário, Energia e outros).

IV. O percentual de recursos financeiros federais, previstos inicialmente na Constituição Federal para o SUS, cujo montante totalizava mais que o dobro do orçamento do Ministério da Saúde, nunca foi cumprido pela política econômica. O espetacular crescimento da receita federal nos últimos anos foi acompanhado de marcante queda na participação nessa receita do orçamento do Ministério da Saúde, orçamento este que, historicamente, representava o dobro da soma dos orçamentos da saúde dos Estados e Municípios, que é agora por estes ultrapassado. E assim restou para cada brasileiro(a) - ao ano - menos que a metade dos recursos públicos destinados para a saúde a cada argentino(a) e a cada uruguaio(a), e por volta de somente 10% dos recursos destinados anualmente a cada habitante da Europa, Japão, Canadá, entre outros.

V. O sub-financiamento do SUS é hoje o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade, de acordo com as necessidades e direitos da população usuária, o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão. Neste quadro predominam os interesses e pressões de mercado dos produtores de equipamentos, de medicamentos, de tecnologias e de outros insumos, bem como as prerrogativas particularizadas de alguns prestadores de serviços e alguns profissionais, o que leva à reprodução do modelo de atenção à saúde “da oferta”, superado pelos princípios e diretrizes Constitucionais.

VI. Hoje, mais do que nunca, é necessário resgatar os conceitos de ‘servidor público’ e de ‘serviço público’, desgastados nos anos 90, para alargar e fortalecer as bases sociais do SUS. Urge o estabelecimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, com administração descentralizada e incentivos inversamente proporcionais às vulnerabilidades sociais; multiplicação das oportunidades de capacitação, progressão funcional e educação permanente; proteção social do trabalho e regulação dos vínculos laborais, eliminando todas as formas precárias de emprego; adequação do aparelho formador e regulação pública das especialidades a partir das

necessidades de saúde da população e do SUS; estabelecimento de modalidades de cooperação entre trabalho profissional em saúde e ações de entidades privadas não lucrativas, de caráter público e sob controle da direção do SUS e da sociedade civil, em benefício da população, buscando por todos os meios evitar a desvinculação e precarização ocupacional.

VII. Para a população usuária, o sub-financiamento do SUS significa intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica no seu desafio de vir a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas. É um sofrimento humano e institucional que se avoluma e gira em torno de 1,5 bilhões de atendimentos ambulatoriais, 12 milhões de internações, 290 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias e 9 milhões de ultra-sonografias em 2004. É também o reflexo da grande dificuldade da construção do novo modelo de atenção à saúde, com base nas necessidades e direitos da população, orientado pelos princípios e diretrizes Constitucionais da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação.

VIII. Contra o panorama apresentado nestes anos, o movimento da Reforma Sanitária reafirma as políticas públicas de cuja formulação participou e persiste na sua implementação: milhares de novos gestores, técnicos e profissionais do SUS, nos Estados e Municípios, junto com dezenas de milhares de conselheiros de saúde, centenas de alunos de aperfeiçoamento e especialização na área da Saúde Pública e Gestão em Saúde, membros do Ministério Público, parlamentares da Frente Parlamentar da Saúde, não só resistem ao desmanche do Sistema, como conseguem vários avanços, ainda que insuficientes, para evitar os crescentes desvios impetrados à saúde pública. A inclusão de vastas camadas da população, antes excluídas do acesso a serviços de saúde, não só os básicos, como na média e alta complexidade, com destaque ao controle das DST/AIDS, e em 2004 aos 23.400 transplantes, a mais de 8 milhões de sessões de hemodiálise, à manutenção e ampliação das imunizações, entre outros, são exemplos concretos de avanços. Há também marcantes sucessos na gestão pública, fornecendo valiosos elementos para uma avançada reforma do Estado, como a criação de comissões intergestores (inter-governos) tripartite e bipartites, a descentralização/municipalização, a criação de conselhos de saúde em todas as esferas governamentais (municipais, estaduais e o nacional), entre outros. Estes avanços sobrevivem a duras penas frente aos desvios e mitificações perversas, como os mitos do “déficit previdenciário”, usado para justificar o desmanche da Seguridade Social e seu orçamento, e do “gigantismo do orçamento do SUS”, usado para desqualificá-lo, colocando-o como causa do esvaziamento orçamentário de outros setores sociais.

IX. Os recursos públicos para a saúde, destinados anualmente para cada brasileiro(a), é um dos mais baixos no próprio terceiro mundo o que impede e desencaminha o cumprimento das diretrizes Constitucionais. A própria regulamentação da E.C. nº 29 está ameaçada pela política econômica, pelo fato do respectivo projeto de Lei (nº 01/2003) representar simplesmente a elevação dos atuais US\$ 140,00 públicos por brasileiro(a) ao ano (aproximadamente), para US\$ 160,00 - ainda muito aquém dos US\$ 362,00 na Argentina, e US\$ 304,00 no Uruguai. Tornou-se confortável para a política econômica estimular disputas por orçamento entre os setores sociais, abaixo do teto geral por ela definido para a área social. As inevitáveis intersecções intersectoriais têm sido manipuladas nesse sentido, a ponto dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, claramente definidos na Lei nº 8080/90 (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, transporte, educação, lazer e outros), serem “interpretados” como ações e serviços de saúde, com fins de transferência de suas ações e serviços típicos para o orçamento do SUS.

X. O sub-financiamento do SUS não é fato isolado. Integra este quadro a “reforma de Estado” dos anos 90, que negligenciou a tal ponto a adoção de uma política de recursos humanos para o setor, que o Ministério da Saúde, com corpo técnico historicamente competente, dedicado e reconhecido, foi compelido a sustar concursos, processos seletivos públicos e planos de cargos, carreiras e salários, reduzindo seus servidores hoje a pouco mais de 20% dos técnicos e administrativos que ali trabalham, na condição de residuo, enquanto mais de 70% são contratos temporários terceirizados instáveis, com alta frequência de desligamentos e reposições. E esta lógica é imputada às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O modelo econômico interveio sobre a política de saúde, compelindo a classe média assalariada a tornar-se consumidora de planos privados de saúde e obrigando o SUS a complementar a assistência desses consumidores (25% da população) com serviços especializados de maior custo, restando para a classe pobre (75% da população) a sub-oferta generalizada do “SUS pobre para os pobres”. As evidências acumuladas vêm comprovando que as forças internas do SUS, sociais e políticas, esgotaram sua capacidade de promover por si a ruptura com os procedimentos desvirtuados pelo atual paradigma das políticas de Estado. Horizontes mais amplos na abrangência da Seguridade Social e demais setores sociais certamente possuem o potencial necessário para, mobilizados e articulados, participarem das transformações nas políticas públicas de Estado, sem prejuízo das lutas, resistências e conquistas peculiares e parciais de cada setor. É premente a intensificação da realização da Reforma Sanitária Brasileira!

XI. A atual mística da “aceleração da economia”, simplesmente produz e concentra mais riqueza para uma elite, a qual não ultrapassa 2% da população e que explora outra mística, a de que o controle da explosão inflacionária só é possível com os atuais juros e superávit primário, quando já existem (em andamento) em outros

países alternativas de controle, com juros muito menores que os atuais, o que viabilizaria melhor distribuição de renda, menor subordinação/dependência à especulação financeira/humores dos investidores e a construção de desenvolvimento sustentável com políticas públicas voltadas às necessidades e direitos básicos da população. A política econômica que nos últimos 15 anos vem construindo as políticas sociais reais, que se distanciam das necessidades e direitos da sociedade e da nação, é caracteristicamente uma política de Estado que vem atravessando todos os governos, seus programas e composições partidárias.

XII. O Estado Brasileiro vem regulando a Sociedade para seguir com um modelo econômico excludente, quando, nos moldes de um Estado democrático, deveria estar regulando a Economia para assegurar, ampliar e proteger os direitos e bem estar da Sociedade. Este Estado vem propiciando governos e coalizões, que levam a graves crises políticas e aprofundam na população a perplexidade e descrença sobre a política e a ética como o caminho para as necessárias transformações. Tal como ocorreu em outras crises conjunturais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira condena veementemente os governantes, parlamentares e atores públicos, deleteriamente envolvidos na crise política de 2005, somando forças pela firmeza das apurações, punições e devolução dos recursos desviados, direta ou indiretamente, de fonte de recursos públicos.

XIII. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos seus 30 anos de atuação, é movimento típico de um processo civilizatório maior, que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social, e cujo objeto de mudanças, no bojo dos valores sociais, são as políticas públicas de Estado. O Movimento da Reforma Sanitária alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política econômica, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistribuição da renda!

XIV. O grau de desigualdade prevalente no país é intolerável. A subordinação de melhores padrões de vida e maior justiça na distribuição dos benefícios do crescimento econômico à lógica dos mercados, em particular à lógica da especulação financeira, só faz tornar extremamente sombrias as expectativas de grandes segmentos da população brasileira ainda situada à margem dos direitos sociais. As políticas sociais não devem ser caudatárias das políticas econômicas. Elas se constituem em um fim em si mesmo, contribuem e são indissociáveis do processo de desenvolvimento econômico. Políticas sociais não devem ser implementadas exclusivamente dentro da ótica de políticas compensatórias ou de transferência de renda por meio de bolsas. Saúde, Educação, Habitação, Alimentação, Saneamento, Previdência Social, Meio Ambiente, entre outras, são políticas públicas que geram emprego e renda e respondem intrinsecamente para a elevação dos padrões de vida das pessoas. O setor saúde, isoladamente, já responde por quase sete por cento do Produto Interno Bruto, gerando mais de dois milhões de empregos diretos (2000). É um setor de mão de obra intensiva e simultaneamente gerador e consumidor de tecnologia. Investir em saúde é gastar em desenvolvimento e bem-estar.

XV. Devemos continuar firmes na luta e manter viva e articulada a aliança bem sucedida entre a população brasileira, profissionais da Saúde, prestadores de serviços, dirigentes e técnicos do SUS, parlamentares, membros do Ministério Público e outros que militam pelos princípios e diretrizes do SUS. Esta militância acredita na força das lutas do povo e tem certeza de que um novo Brasil ainda é possível.

XVI. Este manifesto político é uma convocatória em defesa da saúde e qualidade de vida dos brasileiros. As entidades subscritoras comprometem-se, a partir deste lançamento, a constituir o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que, em face à gravidade do quadro e à urgência de respostas efetivas, implementará desde já:

- Divulgação e produção permanentes de documentos de natureza técnica e sócio-político-institucional, com vistas a fomentar e apoiar a mobilização da sociedade e as necessárias mudanças institucionais;
- Sistematização da articulação permanente entre as entidades e instituições da Sociedade, dos Governos, do Legislativo, da Magistratura, do Ministério Público e da Universidade, em cada Unidade Federada;
- Participação nos eventos de abrangência nacional e regional, no âmbito das políticas públicas, da seguridade social e da saúde;
- Associação aos demais movimentos da Sociedade brasileira por uma urgente Reforma Política que amplie o seu controle sobre o Estado ;
- Participação ativa na Comissão aprovada no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ao lado das representações da Frente Parlamentar da Saúde e Comissões do Congresso Nacional (Assuntos Sociais do Senado e Seguridade Social e Família da Câmara de Deputados);
- Outras proposições geradas pela dinâmica desse movimento.

Brasília, 23 de novembro de 2005.