**TEMA: A GESTÃO DO SUS COM HUMANIÃO E
QUALIDADE NO ACESSO Conferência Estadual de São
Paulo**

PALESTRANTE: GASTÃO WAGNER DE SOUZA
(Médico Sanitarista)

Bom dia companheiros e companheiras, delegados desta conferência estadual de saúde, eu queria agradecer ao conselho estadual, a secretaria estadual, o convite para estar novamente participando de uma conferência estadual, na segunda conferência eu tive a honra de também debater com vocês a experiência nossa de São Paulo. E para mim é uma grande honra, uma homenagem que vocês me prestam, e abrindo esta oportunidade, de debater com vocês sobre a construção deste Sistema Único de Saúde, que é tão importante para todos nós brasileiros, que dependemos dele, ou como usuários, pacientes, como cidadãos, ou também como trabalhadores, como profissionais de saúde. O tema que tenho que discutir hoje, é um dos temas da 11ª Conferência, que é o tema da Humanização e da qualidade do acesso. Como é que nós podemos administrar, como é que nós podemos governar o Sistema Único de Saúde para que ele cumpra com a sua finalidade de servir aos humanos. A Humanização no meu entendimento passa por aí e já-já eu vou abordar isso. Antes eu queria comentar com vocês, cada um de vocês que saíram das suas casas, foram eleitos em conferência municipais, trabalhadores, usuários, prestadores de serviço, gestores. Estamos todos aqui hoje, participando desta conferência estadual, e eu queria começar perguntando qual é a nossa missão, essa palavra está na moda agora, mas o que é que a gente deve esperar das conferências estaduais, de todas as conferências que nós fazemos. Eu acho, eu queria abordar isso em dois sentidos. O primeiro sentido é que esta é uma preparação, esta 3ª Conferência Estadual é uma preparação para a 11ª Conferência Nacional. Então vocês discutir aqui temas, decisões, deliberações, orientações, diretrizes, valores, prioridades. Vocês vão pensar como é que deve ser o sistema de saúde para levar isso para Brasília. Então, uma das nossas missões é olhar para o Ministério da Saúde, é olhar para o

Sistema Único de Saúde como um sistema nacional e levar diretrizes novas, propostas para junto com outros estados, participando com outros estados, a gente conseguir influenciar na construção de um sistema único de saúde. Esta é uma missão. Agora, eu acho que este é um dos aspectos de nossa missão. Mas eu acho que há um outro aspecto, que é muito importante a gente considerar, que é o papel das conferências municipais, no caso aqui da conferência estadual, que é de olhar também para baixo, baixa não, olhar também para os nossos municípios, olhar para um sistema local de saúde, olhar para o hospital, olhar para a rede básica de saúde. Ou seja, a conferência tem o papel também estar cuidando da consolidação da efetiva implantação do Sistema Único de Saúde em cada localidade. E por que é que nós temos essa dupla missão? Nós sabemos, infelizmente isso é assim, infelizmente não, porque nós viemos construindo assim, nós sabemos que a construção do sistema único de saúde no Brasil, nesses 10 anos, na década de 90, não tem dependido apenas, não depende apenas do governo federal ou do Ministério da Saúde. A construção do SUS começou nos anos 70-80, é um esforço principalmente da sociedade civil brasileira, da sociedade organizada, dos movimentos populares de saúde, movimentos dos profissionais da saúde, da própria situação da universidade, da concepção que nós brasileiro estamos construindo de criar uma sociedade solidária, justa e esta concepção saiu da sociedade civil, se transformou em lei na Constituinte, e por incrível que pareça, o primeiro governo federal encarregado de implantar o SUS, em 1990, não sei se vocês se lembram disso, na época do Governo Collor, o Ministro da Saúde era o Alceni Guerra, ele declarou que era contra o SUS. Então apesar de nós termos governos federais, Ministério da Saúde nem sempre a favor do SUS, o SUS é uma realidade que está se espraiando pelo Brasil afora, graças ao esforço técnico e político, volto a repetir, esforço técnico e político graças à luta técnica e política de milhares, de milhões de brasileiros, secretários municipais, conselhos municipais, associações de bairros, equipes de saúde, de associações de profissionais de saúde, enfim, todo um conjunto organizado, todo um esforço não de cima para baixo, mas de baixo para cima, então esta conferência, nós temos que reforçar os dois os movimentos, pressionar o Ministério, transferir políticas gerais, influenciar na 11ª conferência, mas nós não podemos abandonar essa visão de construção, ou seja, do nosso papel. O que é que nós vamos propor para o hospital da nossa região? O que é que nós vamos propor para os trabalhadores

de saúde, na nossa região? Como nós vamos implantar de fato o SUS? Então eu queria dizer que eu acho que isso vale para todo o sistema, para a gente trabalhar, nós devemos ter esta dupla preocupação.

Uma segunda preocupação, antes de entrar propriamente no tema, pensando sobre a conferência, eu acho que para que a conferência nacional, que as conferências estaduais, para que a gente ganhe respeito da população, para que a gente mesmo respeite esse nosso trabalho, nós temos que fazer reuniões e estas reuniões têm que ser produtivas. O que é que é uma reunião produtiva? Produtiva é uma reunião onde a gente discute, troca opiniões, traz interesses que são diversos, mas ao final, no meio, no final, durante a reunião, nós conseguimos sair com deliberações. Então nós temos que sair com diretrizes, nós temos que sair com deliberações, nós temos que sair com acordos entre nós, ainda que seja através de votação, votação democrática. Mas não podemos nessas conferência, nessas reuniões, deixar de construir um projeto para o SUS no ano 2.000. Então, as diretrizes do SUS foram feitas nos anos 80, nos anos 90. Esta conferência agora, de vocês aqui, a 11^a, tem que acrescentar novas diretrizes, tem que adaptar essas prioridades à realidade. Isso implica que nós vamos ter que tomar decisões. As conferências, os vários segmentos, os planos apresentados aqui, não podemos fugir à nossa responsabilidade, se a condução é só do governo, no caso do SUS, a sociedade assumiu parte da responsabilidade pela condução do SUS, pela definição das políticas do SUS, e isso é um avanço muito grande na democracia brasileira. Então a gente não pode fugir à obrigação de tomar decisões. Ainda que seja difíceis, ainda que sejam trabalhosas e polêmicas.

Saindo disso, eu quero entrar no meu tema, saindo destas coisas, e queria falar um pouco sobre a humanização. O que é que é a humanização do SUS? Está muito na moda agora, é um dos temas da conferência, falar em humanização. A primeira questão que passa para a gente é que é uma, isso é uma discussão meio maluca. O objetivo do SUS, o que justifica a existência do SUS, é servir a humanidade, é servir as pessoas, é servir a cidadania brasileira. Então, por que é que a gente tem que falar em humanização? Nós temos que falar em humanização, porque a gente aprendeu com a história, aprendeu com a prática, que as organizações que nós criamos, que as instituições que nós criamos, que o Sistema Único de Saúde é uma organização humana, é uma criação humana, portanto que humanização é essa se ele é uma organização humana? Mas as

organizações humanas, as iniciativas humanas, porque há desigualdade de poder, porque há elites, porque há interesses privados, porque há predominância de uma série de coisas várias das nossas instituições acabam deixando de lado o interesse da maioria da humanidade, ou de partes importantes da humanidade. Em alguma medida, isso vem acontecendo no SUS. As diretrizes do SUS, as diretrizes que construíram o SUS, a universalização da equidade, do controle social, da descentralização, são diretrizes que objetivam a justiça social, que objetivam a democracia, neste sentido são diretrizes humanizantes, que procuram garantir o estado de ser humano para a maioria das pessoas. Na prática, quando o SUS funciona, todos os interesses da sociedade brasileira, todas as dificuldades, todas as desigualdades de poder, distribuição de renda, o direito de decidir que é diferente, a capacidade de intervir, isso fica desigual. Então a gente vê no SUS que apesar do SUS ter muitos aspectos positivos, nós temos ainda problemas de humanização, nós temos problemas de qualidade, nós temos a dificuldade de fazer com que o SUS funcione segundo o interesse da maioria. Eu queria colocar algumas diretrizes para vocês sobre a humanização. A primeira consideração que eu queria colocar para vocês, é que estas diretrizes da humanização como toda diretriz, ela tem o lado negativo e o lado positivo. Qual é o negativo? Tem uma coisa muito perigosa que é ficar num chororô geral, como se fosse um meio moral geral, vamos ser humanistas, vamos humanizar, que todo o mundo tem que estar de acordo, ninguém pode estar contra um hospital ser humano, um centro de saúde funcionar com humanidade. Então aparentemente, esta é uma diretriz que convém para todo o mundo. Que ninguém pode estar contra. Nós temos que sair desse discurso muito geral, muito orquestrado, muito genérico, e dizer na prática, no concreto, o que significa humanizar. Esta é a primeira consideração que eu queria fazer para vocês, o que é que é humanizar num posto de saúde, na unidade básica. O que é que humanizar num pronto socorro. O que é que humanizar a saúde no bairro que estamos vivendo, se a água e esgoto está precária, tem lixo, tem narcotráfico, etc, etc, então a discussão sobre humanizar. O que é que humanizar no hospital? A discussão sobre a humanização tem que ser levada no concreto. Tudo bem, é uma diretriz geral, nós vamos respeitar o ser humano, nós vamos tentar evitar a desigualdade, nós vamos impedir que o ser humano, seja por ser idoso, seja por problema de raça, seja por problema de doença,

seja por problema de alcoolismo ou de drogas, que todos os seres humanos seja respeitados. Esta é a diretriz geral. Agora, para esta diretriz ficar concreta, nós temos que fazer a seguinte pergunta: O que é que é na prática, na batata, no duro da batata, humanizar, se não fica uma conversa fiada para enrolar a gente e tudo ficar no mesmo jeito. Então neste sentido eu queria avançar algumas propostas, algumas coisas bem concretas, sobre o que significa humanização. Humanizar para quem? Para a humanidade em geral, quer dizer, então uma primeira coisa que é concreta é o seguinte: quem pedaço da humanidade está precisando do SUS? Nós temos que humanizar para quem? Não adianta falar em nome do ser humano em geral, nós temos que falar em nome do ser humano que está na nossa frente, que está usando o SUS, que está dependendo do SUS. Aí eu queria dizer o seguinte, que a humanização do SUS depende de respeitar os direitos, mais que respeitar os direitos, garantir a participação, garantir que os interesses e desejos dos usuários do SUS, dos brasileiros que dependemos do SUS, tanto o paciente, quanto comunidade, quanto família, sejam respeitados. Então é a população concreta de cada município, é a população de cada território, é a população restrita a cada centro de saúde, a cada equipe de saúde local da família, seja lá o que for, é esta população concreta, cujo direito precisa ser respeitado e não um discurso genérico sobre a humanidade em geral. Este é um segmento. Agora, então a humanização passa por a gente perguntar, as pessoas que estão usando o SUS, seja na área preventiva comunitária, seja na área assistencial de reabilitação, estão sendo respeitadas na sua dignidade humana, na sua dignidade de cidadão, na sua dignidade de doente, na sua dignidade de paciente que está sofrendo, na sua dignidade de morto, na sua dignidade de família de alguém que está sofrendo? Então é esta a pergunta que nós temos que fazer no sentido concreto e olhar no nosso município, no centro de saúde, nos hospitais, há respeito a dignidade do ser humano, que está usando, que depende do SUS? Esta é um lado da humanização. Agora tem um outro pedaço da humanidade que a humanização passa por respeitar a humanidade desse outro pedaço de pessoas. Esse outro pedaço são os trabalhadores de saúde. Eu queria enfatizar isso com muita ênfase. Se os servidores públicos, se os trabalhadores que trabalham nos hospitais contratados pelo SUS, se os profissionais de saúde, se as equipes de saúde não forem respeitadas na sua humanidade, é muito difícil alguém que é tratado como coisa, alguém que é tratado como objeto, alguém que é tratado

como sub-pessoa, respeitar os outros. Então no Brasil está acontecendo uma coisa muito perversa em relação a esse segundo pedaço que é o seguinte: por um lado, com o direito dos usuários, a humanização do SUS, é desrespeitada pelo se nega acesso ao SUS. Isso é um desrespeito do usuário, ao grande segmento. Então, cada secretaria estadual, cada secretaria municipal, o Ministério da Saúde, a área econômica do Brasil, que prioriza pagar as dívidas e não botar dinheiro na saúde, está desrespeitando um típico, direito do usuário. Mais, a maior parte dos nossos governos, com um discurso neo-liberal, passou a considerar que o servidor público, por si, o servidor público por ser trabalhador público, é um ser preguiçoso, inútil e vagabundo e o governo e a sociedade tem o direito de desrespeitar este trabalhador (palmas). O que acontece, quando este servidor público começa a ser desrespeitado? Nós temos que quebrar este círculo vicioso. Boa parte dos servidores públicos, ao invés de reagir contra quem está nos desrespeitando, que eu sou servidor público do SUS e da universidade, então ao invés de a gente jogar a nossa raiva, a nossa indignação, de não sermos tratados como seres humanos dignos, de nosso trabalho não ser respeitado, ao invés de a gente jogar a nossa raiva, a nossa indignação em cima de quem está nos desrespeitando, nós jogamos em cima do usuário, que é mais fraco. É mais fácil descarregar o nosso descaso, a nossa indignação, a nossa preguiça, a nossa burocratização em cima do usuário desarmado que está ali na nossa frente, isso não é regra geral, mas é dominante, então a mesma forma que o governo federal, Fernando Henrique Cardoso está nos tratando e em algumas medidas nós tratamos a família do usuário que está na nossa frente. E nós temos que quebrar este círculo vicioso. Se por um lado a humanização do SUS passa por ser uma política de pessoal decente, eu vou repetir isso de novo, a humanização do SUS passa por reconhecer que na saúde como na educação, porque nós estamos falando na saúde aqui, não há SUS com qualidade, não há SUS com humanização se nós não tivermos servidores públicos contentes, satisfeitos, interessados, criativos. E isso não depende só dos salários. Depende do Salário, da carreira, da educação, mas depende também da gestão, da participação, da autonomia profissional. Então, a humanização do SUS depende disso. Por outro lado, a humanização depende de a gente conseguir mudar o padrão de compromisso que os profissionais de saúde no Brasil têm, com os usuários. Dentro dos profissionais de saúde, ou seja, temos que melhorar o compromisso, deixar de descarregar nossa

frustração, nosso descontentamento em cima do usuário e cumprir a nossa ética, e cumprir a nossa missão profissional. O trabalhador da saúde existe para curar, para reabilitar, para prevenir, isto é que dá felicidade até para a nossa vocação. Como um bom sapateiro gosta de fazer sapato, nós gostamos de curar, reabilitar. Este é um espaço de aliança técnica e política com o usuário. Então eu acho que os dois segmentos que estão interessados na humanização do SUS, usuários, pacientes, comunidades e o segmento dos profissionais, dos trabalhadores de saúde, nós temos que fazer alianças políticas considerando as nossas diferenças, nós somos diferentes. Um segmento depende do SUS, na maior parte da vida, a não ser quando está doente, para sobreviver, para se realizar pessoalmente, profissionalmente, que é o segmento dos trabalhadores. Outro segmento depende do SUS para defender a nossa vida, como cidadão, como usuário, como paciente. Nós temos que fazer uma aliança política e usar politicamente para a humanização do SUS. Então a humanização do SUS é uma luta que depende eu acho muito de quem está interessado na humanização, e quem estamos mais interessados na humanização somos nós, trabalhadores, e nós servidores públicos. Pegando o lado da humanização pelo lado do usuário, falei um pouco do servidor, eu acho isso fundamental, eu participei de outras conferências, da nona, da décima, que foram ótimas conferências mas nestas conferências, muitos gestores, eu era gestor na época, na época em que eu era secretário da saúde em Campinas, sei lá na nona, eu perdi a conta. Nós abafamos, ficamos preocupados em abafar o grito dos servidores, dos trabalhadores que dizíamos que isso era corporativismo. O discurso neo-liberal transformou direito dos trabalhadores, transformou direito de quem trabalha, o respeito ao trabalho, começaram a dizer que isso era privilégio. Não há sociedade justa sem respeito ao trabalho, sem respeito a quem trabalha. E no SUS, quem está trabalhando são os trabalhadores. Então se nós queremos respeito ao trabalho, nós queremos não só o capital, não só o juro, mas principalmente, se nós quisermos respeitar o trabalho, as pessoas, nós temos que garantir o espaço, não pode ser dono do espaço na conferência, mas garantir o espaço para a conferência para pensar numa outra política de pessoal. A nossa política de pessoal é um lixo, é de desrespeito, volto a enfatizar isto.

Indo para o usuário agora, como é que nós podemos algumas diretrizes, há muitas linhas para a humanização, para humanizar o atendimento. Eu queria

comentar algumas. Como é que nós podemos, uma diretriz muito importante na humanização é a diretriz, é a gente ter como critério de qualidade do SUS, no funcionamento do SUS perguntar se o SUS, se o nosso modelo de atenção, se a forma com que nós trabalhamos, se o modo com que nós atendemos, está produzindo dependência nas pessoas, na comunidade, na família, no paciente, ou se está produzindo algum grau de autonomia nas pessoas. Então a humanização, gente, passa pela construção de autonomia. E o que é autonomia?

Autonomia começa com direito. Então, a gente está muito na moda agora, todos nós concordamos, com o tema da cidadania, nós temos que ter direito. Direito à saúde, direito à pensão gratuita, direito à pensão integral, tudo isto é muito importante. Só que a humanização não pode parar aí. Porque pode até ser reconhecido o nosso direito de ser atendido, e a gente continuar sendo atendido como se fosse um objeto, como se fosse uma mesa, como se fosse uma coisa. Autonomia significa o seguinte: ninguém tem autonomia absoluta, autonomia sempre é relativa. O que é que autonomia? Autonomia começa com o direito. Então uma sociedade, vai construir a sua autonomia uma sociedade começa a construir direitos mas não pode parar aí. A humanização do SUS depende da socialização da informação. Nós precisamos saber onde está indo o dinheiro, nós precisamos saber quais são as prioridades. Nós precisamos socializar conhecimentos médicos, nós precisamos socializar conhecimentos da área da psicologia, que é que depressão, por que a gente fica triste, por que a gente quer morrer, por que a gente não quer mudar, por que a gente aceita a dominação. Nós precisamos socializar conhecimentos da área da saúde pública. O que é que o social provoca de doenças, o que é prevenção, o que é promoção da saúde, isso sem significar que cada família, que cada brasileiro tenha que virar médico, ou psicólogo, ou sanitário. Não, mas a humanização depende, por que é a humanização depende de socializar a informação? Porque, para ser cidadão de fato, para ter direitos de fato, nós precisamos ter capacidade de analisar, nós precisamos ter opinião própria, nós precisamos ter autonomia para ver o que é que a autoridade está falando, nós precisamos ter dados, ter cabeça, ter diálogo, ter grupo, ter capacidade de dizer o seguinte, isto que o governo federal está fazendo com o orçamento público, é o único jeito de gastar o dinheiro ou não? A TV Globo diz que é o único, a sociedade brasileira, nós temos a capacidade de análise para ver que, este ano agora, que já passou de 99, se

somar todo o dinheiro da administração pública, todo o dinheiro do SUS, dá a metade do que eles pagaram de juros da dívida. A metade. Estou dando um exemplo.

Então, a autonomia passa para a gente ter acesso à informação e ter capacidade de análise. Neste sentido, a conferência, o Conselho Municipal, a Assembléia e cada centro de saúde, a conversa franca e honesta, o diálogo entre trabalhadores e usuários é fundamental para a troca de saberes, para a troca de opinião. Então a autonomia passa por um direito, passa por ter informação, passa por conseguir fazer uma análise crítica. Mas autonomia passa principalmente, gente, e a humanização depende disso, pela capacidade de decidir, pela possibilidade de tomar parte das decisões, em todos os níveis. Então, o fato de existir Conferências, o fato de existir conselhos, é uma linha de humanização do SUS. Porque eu comecei dizendo que a humanização depende dos usuários, depende de aumentar o poder político dos usuários, depende de aumentar o poder de decisão dos usuários, também dos trabalhadores. Então, autonomia, direito, capacidade, acesso à informação e a capacidade de analisar essa informação e a capacidade de decidir e participar das decisões. Mas esta capacidade de decisão, de participar da decisão, gente, para humanizar o serviço, não pode terminar no Conselho Municipal de Saúde ou até no Conselho local de saúde. Isso tem que ser estendido para o cotidiano, no dia-a-dia. E o sistema de saúde, onde o médico ou o enfermeiro, ou o psicólogo, sempre tem a última palavra, onde o médico, o enfermeiro, o psicólogo ou o profissional de saúde não sente obrigado a envolver o paciente, a família, na decisão sobre a conduta técnica, é um serviço que não está humanizado. Vou repetir isso de novo, porque aí está o contrário da tradição médica do Brasil inteiro, do mundo inteiro. Nós temos que democratizar o conselho, a participação na conferência, mas o usuário brasileiro, o paciente, a família, nós temos que ter direito de entender o que estão fazendo com o nosso corpo, de entender o que estão fazendo com a nossa vida. O técnico, tem que ter um juízo técnico, olha, isto é melhor, é o tratamento de câncer, é melhor, etc. Agora, ele tem que falar o inconveniente, vai cair o cabelo, você vai emagrecer, você tem 50% de chance de morrer. Isso precisa ser negociado, precisa ser dito. O juízo existencial é sobre a vida de quem está em jogo. Há um juízo técnico, e há um juízo existencial. Então nós temos que mudar a cultura médica, a cultura dos profissionais de saúde, a cultura da sociedade brasileira, passar a ser a

sociedade que vai participar para aumentar o nosso grau de autonomia. Então, um bom serviço de saúde, é por exemplo, vai pegar a pressão alta, porque a hipertensão arterial é um problema de massa, coletivo, que milhões de brasileiros têm. Aqui no Rio Grande do Sul tem um monte. O que é que é um bom programa de hipertensão arterial? Tem consulta individual, tem trabalhos prontos, tem idéia de quem precisa, tem exames de laboratório para quem precisa? Mas sobretudo é um bom serviço de hipertensão quando os hipertensos e as suas famílias começam a entender e aumentar a sua capacidade de auto-cuidado, a sua capacidade e dialogar com a equipe de saúde. A qualidade de poder avaliar o risco, de entender sobre a doença. Então, a educação em saúde, a comunicação, agora a construção do auto-cuidado, a construção da autonomia, é um caminho muito importante para a humanização, senão fica conversa fiada. Então, a humanização passa pela democratização do poder, e o poder é exercido daqui da conferência mas não só poder é saber, nós precisamos saber mais, sem precisar todo o mundo entrar para a faculdade. Não dá para saber tudo sobre medicina, pelo os nossos problemas nós temos que saber. Sobre os problemas da nossa comunidade a gente tem que saber cada vez mais. Isto é, são várias coisas. Então, a humanização passa pela democratização da gestão tanto nos conselhos, quanto em cada serviço de saúde.

Outro item da humanização que eu acho que é importante colocar. É que tem que ser concreto, nós temos que ter propostas concretas. A fila, filas, sabe qual é a situação que a fila na saúde é justificável? Nenhuma, nenhuma, nós não temos que achar fila na saúde, não temos que aceitar fila na saúde (palmas). Isso não é impossível. A fila na saúde é sempre um sintoma, a fila é sempre um sinal de desrespeito, é sempre um sinal de incompetência técnica (palmas). Por que é que nós não temos que aceitar a fila? Não é só porque é um incômodo. É incômodo também ficar horas na fila, por isso também, mas também por um razão técnica, clínica que é o seguinte, quando há uma fila, a equipe de saúde está deixando de avaliar o risco. Quem tem que entrar, vai entrar todo o mundo de uma vez só, mas quem tem que entrar primeiro no serviço de saúde é quem tem mais risco de morrer, é quem está sofrendo mais. E isso implica em que a equipe tem que acolher a todo o mundo imediatamente, o mais rapidamente possível, avaliar o risco, e passar na frente um antes dos outros. Na saúde, o critério não pode ser o de quem levantou mais cedo, de quem chegou primeiro.

A equipe tem que se responsabilizar. Então, esta é uma forma de acabar com a fila. A outra é se há retorno, marca ao longo do dia. Hospital universitário, onde eu trabalho, tenho um orgulho técnico imenso, manda todo o mundo chegar às 7 horas, ainda tem o pessoal que tem retorno. Isso é desumanidade, isso é abuso, isso é perversidade, isso é maldade. Não custa dinheiro marcar consulta ao longo do dia de 15 em 15 minutos, é um desrespeito, é pura perversidade com um povo brasileiro, é pura perversidade com o usuário (palmas). Um centro de saúde, um posto não pode atender todo o mundo, alguém, a recepção, então qual é o critério para acabar com fila? É uma forma muito simples, a recepção em saúde não é administrativa, a recepção em saúde é técnica. (palmas) Quem está na porta tem que ser um profissional que entende de avaliação de risco, que entende de avaliação clínica, que é um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem treinado, capacitado, com supervisão, com retaguarda médica, etc. O Brasil tem recurso para montar isso, quase no Brasil inteiro, com raras exceções. Não contando com o desrespeito ao usuário, com o desrespeito a dinâmica de cada usuário. Então acabar com a fila é um outro critério de humanização.

Outro critério de humanização, isso tem a ver com o acesso, já estou falando na qualidade do acesso, porque a qualidade do acesso está dada, por ter critério técnico de admissão, por ter critério técnico de acolhimento, e o critério é o risco, a possibilidade de cada de adoecer.

Outra linha importante para a humanização é tomando os hospitais, e a gente tem que ser concreto, é a seguinte pergunta: por que nos hospitais privados, porque quando a família está pagando, tem direito a um acompanhante 24 horas? Por que no SUS, todos os lugares, ainda que seja no cadeirão, ainda que seja com refeição, por que é que nós não batalhamos para que o hospitais seja mais aberto? Por que o hospital é até hoje uma instituição tão fechada? Por que os familiares de alguém que está interno, respeitando a ordem do hospital, cuidando da infecção hospitalar, cuidando para não gastar muito, então respeitando a racionalidade econômica, administrativa e até clínica, por que é o hospital é tão fechado para quem está de fora? A justificativa, apesar de ser administrativo-técnica, não é isso. A justificativa é porque o poder dentro do hospital, o poder na saúde é muito concentrado nos médicos e nos técnicos. Mas o poder dentro do hospital ainda é muito. O paciente dentro do hospital vira objeto. Isso tem que mudar. Nós temos que abrir o hospital público, tem que ter

critérios para receber visitas, para que um parto num hospital público um marido, um companheiro, sei lá quem for possa acompanhar, por que não? (palmas) Então a modificação da cultura de um hospital é muito importante. Esse é um critério muito importante para humanizar. Tem uma série de outras propostas que vocês vão inventar, mas a discussão de humanização só tem sentido se a gente for pegando todo o processo, como eu estou tentando fazer aqui, é a fila, é o direito de acompanhar, é o direito de participar da gestão, é o direito de acesso à informação, é o direito de colocar, a humanização não pode ter uma discussão vaga. Falando um pouco sobre o acesso, para a gente poder abrir para os debates, abrir a discussão aqui com vocês, eu falei mais sobre a humanização, quando eu falei na fila, eu já falei do acesso. Agora, a gente pensando no acesso, como é que seria o acesso? O acesso, como é a gente pode chegar e ser atendido no SUS? Está ligado a humanização mas está ligado também a uma coisa política e técnica. Para a gente garantir a viabilidade do SUS, para garantir que a gente tenha acesso, que o SUS tenha acesso individual e o SUS tenha acesso, que critério político nós temos que ter? Aí eu queria comentar com vocês o seguinte: o que é que todo o brasileiro tem direito? O SUS diz que o atendimento é universal. Claro, mas aí tem que ser segundo a equidade. A equidade é, a cada um de acordo com a sua necessidade. Então não é tomografia para todo o mundo, é tomografia para quem precisa. Quem é que precisa de tomografia? Estão dizendo que é alguém que tem um trauma, um acidente cerebral, tem um tumor. Eu não estou precisando de tomografia, espero não precisar nunca. Então, não é tomografia para todo o mundo, tomografia para quem precisa. O que é que todo o brasileiro tem direito só por ser brasileiro? O que é que lhe poderia garantir o acesso? Há uma equipe básica, a atenção básica de saúde, atenção primária de saúde. Então isso é estratégico para o SUS, do ponto de vista da humanização, do ponto de vista da implantação política, da viabilidade econômica, nós criamos pelo Brasil afóra uma ampla resolutiva, humanizada, rede de atenção básica, que faça uma atenção integral. O que é que é atenção integral?

Que faça tanto a parte clínica (palmas) seja lá qual é a forma que estiver organizado, tem que ser humanizado, tem que ter gestão participativa e tem que garantir a atenção integral. Que é que é a atenção integral? Só para repetir, é tanto a parte clínica, de reabilitação, num nível básico, mas 80%, 85% dos problemas clínicos, das doenças pode ser resolvida na instituição da família, no

centro de saúde (palmas)... A doença tem que ser atendida 80% no centro de saúde. A maioria dos diabéticos, dos hipertensos tem que ser acompanhado no centro de saúde, por uma equipe multiprofissional. Qual a composição dessa equipe? Depende dos problemas, do dinheiro, dos recursos de cada lugar. Quanto mais amplo é melhor. Se tiver psicóloga, assistente social, melhor. Odontólogo, se algum lugar com recurso menor, começa com o que tem. Mas nós temos que garantir para todo o brasileiro, a atenção integral. Por um lado, atender doença, por outro, promover e prevenir. Esta equipe local tem que intervir sobre as condições sociais, ambientais, sobre epidemias, endemias, fazer educação em saúde, ação intersetorial junto com a comunidade. Então, criar uma rede, empregar o dinheiro. Vou repetir. Cadê o dinheiro para a saúde, tem que ter mais dinheiro, tem que dobrar da saúde. Então começa aquela velha briga. Todo mundo tem que investir mais, o estado, o município, mas principalmente a União. Tem que investir mais na saúde para diminuir e parar de pagar o juro. Então tem que investir na saúde. Agora, o dinheiro dentro da saúde, uma parte dele, não todo, uma parte dele tem ser reorientada para priorizar a questão básica.

Então no Rio Grande do Sul tem uma municipalização solidária, que não faz discriminação político-partidária, ideológica etc, conforme o SUS propõe, conforme a lei. Mas pode e deve haver diretrizes, eu acho, e uma das diretrizes é: vamos priorizar a questão básica (palmas). Esta questão, o acesso, o acesso por um lado tem que ser dado por um lado pela equipe básica de atenção e por outro um pronto socorro. Tem que ter um pronto socorro, para fazer urgência e emergência, não para fazer clínica básica, não para fazer educação em saúde, pronto socorro para quem está morrendo, a noite sofrendo, etc, um pronto socorro para aquelas 100/150 mil pessoas e a atenção básica uma equipe para cada 2.000/3.000 pessoas. Então o acesso passa por a gente implementar essa rede, essa rede viabiliza, essa rede faz a triagem, faz a avaliação. Quem precisa de tomografia? Se houver uma boa discriminação, um bom atendimento, aí quem estiver mais precisando de tomografia, não vai ficar esperando na fila, a rede básica vai dizer esse aí é importante, porque ele tem uma suposição de câncer, ou um tumor cerebral e ele vai passar na frente do outro. E nós temos que determinar isso, ele vai passar na frente, porque ele vai morrer antes da gente. Então o acesso depende por um lado de uma rede de pronto socorro, por

outro lado por priorização desta atenção básica integral, viabilizar esta atenção básica integral . Muito obrigado, meu tempo acabou faz dois minutos. (palmas).