

A “DIFERENÇA DE CLASSE” NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): O QUE ESTÁ EM RISCO?

“DIFERENÇA DE CLASSE” IN BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: WHAT IS AT STAKE?

Daniela Juliano Silva¹
Napoleão Miranda²

RESUMO

Em 26 de maio de 2014, o Supremo Tribunal Federal realizou audiência pública nos autos do Recurso Extraordinário (RE) n. 581.488/RS, com o intuito de discutir amplamente, com toda a sociedade, a questão da “diferença de classes” na internação hospitalar no SUS. Tal discussão não é nova e, vez ou outra, ressurgue com força total no universo do sistema de saúde brasileiro. O “timing” é mais do que justificado, uma vez que a saúde no Brasil, há tempos, já vem dando sinais de extrema fragilidade e o clamor público imprime ainda mais urgência às respostas e alternativas que precisam ser encontradas. O presente estudo, em um primeiro momento, pretende um olhar sobre o cenário da saúde no Brasil (significados, princípios garantidores, políticas públicas), para só então, refletir sobre o que se encontra em risco na discussão do recurso em referência.

Palavras-chave: Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). “Diferença de classe”.

ABSTRACT

In May 26th 2014, Brazilian Supreme Court conducted a public audience in case RE n. 581.488/RS, with the effort to discuss, with all society, about the issue of “diferença de classe” into the hospitalization of patients in Brazilian public health system, as known as SUS. This discussion is not new and is permanently renewed, what demands special attention. The reborn of the debate is promptly justified especially taking into consideration the extreme frailty of the Brazilian Health System. The society clamor for alternatives and urging solutions demand rapid responses from the authorities. This paper, in a first moment, intent a

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Sociologia e Direito (PPGSD) da Universidade Federal Fluminense. Bolsista CAPES. Advogada.

² Doutor em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – SBI/IUPERJ, vice diretor do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia (ICHF) da Universidade Federal Fluminense. Graduado em Direito pela Universidade Cândido Mendes – UCAM.

glimpse into Brazilian health scenery (its meanings, principles, its public policies), what will contribute to informations for the discussion about the case in reference and what is at stake.

Keywords: Brazilian Health System (SUS). “Diferença de classe”.

1 ABORDAGEM INTRODUTÓRIA

Nos movimentos de junho de 2013 que mobilizaram as ruas pelo Brasil, o direito à saúde esteve na principal lista de reivindicações, lado a lado com outros direitos de estirpe, como a educação, o transporte público de qualidade e a busca por uma administração pública mais transparente. Mesmo antes do programa “Mais Médicos”, instituído pela Medida Provisória 621/2013, de 08 de julho de 2013, que abre a possibilidade de contratação de médicos estrangeiros para atuação nas regiões mais remotas e áreas periféricas do Brasil, outros arranjos são constantemente arregimentados para a consecução dos fins e desafios constitucionais impostos à concretização do direito à saúde.

É neste cenário, que se verifica, por exemplo, a crescente onipresença de Organizações Sociais e outros entes filantrópicos na gestão da saúde no Brasil, se apresentando como instrumentos de efetiva cooperação na busca pela concretização do bem estar comum e como realizadores de direitos sociais de importância. Citadas instituições carregam consigo o estigma da celeridade e, portanto, seriam possuidoras de uma maior capacidade gerencial (no fundo, um discurso muitas vezes equivocado), se tornando mais efetivas na realização do direito à saúde. Outro exemplo dessa busca incessante pela realização desse direito e, entendemos merece ser ressaltado, diz respeito ao fenômeno da “Judicialização da saúde”, igualmente onipresente no cenário da prestação jurisdicional brasileira, quase que como um instrumento realizador de políticas públicas na área. Os dois exemplos ora citados, mereceriam, cada um deles, um estudo em separado. Fizemos questão de pontuá-los, somente com o fim de evidenciar todas as nuances e possibilidades que o tema “saúde” assume.

Desta feita, pretendemos nos debruçar, antes de mais nada, sobre a questão da saúde propriamente dita, suas dificuldades conceituais e seu histórico de desenvolvimento. Far-se-á também um compilado do histórico das políticas públicas de saúde no Brasil e um brevíssimo olhar sobre o Direito à saúde. Necessário ainda o desenvolvimento do tema tendo por base a

instituição e a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios norteadores e suas dificuldades.

Feitas tais considerações iniciais, enfrentaremos definitivamente a questão da “diferença de classe” no SUS, conforme abordada no Recurso Extraordinário (RE) n. 581.488/RS e todas as discussões ali aventadas, a fim de buscar uma resposta ao questionamento posto no título deste trabalho. Neste ponto, é importante salientar que o termo “diferença de classe” será assimilado conforme a ótica do recurso extraordinário em referência, ou seja, sob o aspecto eminentemente jurídico, deixando-se de lado qualquer construção sociológica mais aprofundada sobre o tema.

2 SAÚDE

2.1 O QUE É A SAÚDE?

“Que é, pois, o tempo? Se ninguém me pergunta, eu sei; mas se quiser explicar a quem indaga já não sei”. Assim refletiu Santo Agostinho (2007, p. XIV), no livro XI de suas “Confissões”, nos dando a exata medida da dificuldade de se conceituar certas proposições, quando alimentadas por aspectos subjetivos e abstratos. O questionamento que fazemos no início desde tópico, carrega consigo suas múltiplas possibilidades e, em verdade, não temos a pretensão de encontrar respostas. Pretende-se, apenas, reforçar, que o tema ora em estudo, guarda, já em sua essência, a impossibilidade de um conceito neutro e de uma resposta única.

Para falarmos em saúde, definitivamente, será preciso reconhecer que, primeiro, é preciso falar em vida. E mais, uma vez, ao nos questionarmos sobre o que é a vida, voltamos à ponderação inicial de Agostinho e corremos o risco, mais uma vez, de não se chegar a lugar algum. A discussão sobre a vida, seu início e fim, as diferenças entre vida artificial e vida natural reforçam as intermináveis possibilidades da questão posta.

Várias foram as perspectivas utilizadas para se chegar a um senso comum, mas o que se perceberá, é que apenas se alimenta a polêmica e se alarga o campo das possibilidades. Uma primeira forma que se pensou para definir a saúde foi se partindo do seu sentido oposto: a doença. Nesta ordem, a ausência de doença, seria a saúde. Acontece que tal perspectiva é falha em si mesma, uma vez que não se pode dizer que, “uma pessoa que foi baleada, afogou-

se ou foi atropelada não está gozando naquele momento de boa saúde, ainda que nenhum desses três eventos caracterize uma doença” (BASTOS, 2011, p. 18).

Outra tentativa de encontrar resposta para o questionamento deste tópico vem dos fisiologistas do século XIX, para quem a saúde seria o “silêncio dos órgãos” (BASTOS, 2011, p. 19). Tal perspectiva também carrega consigo suas impropriedades, na medida em que perde sua razão, ao se ter por referência uma pessoa em coma ou mesmo o portador do vírus da AIDS, que por longos anos experimenta um período de “latência” que nada tem de “silêncio dos órgãos”, sendo, em verdade, uma tentativa desesperada do corpo (em toda a sua máxima capacidade) de vencer o vírus.

Sob um aspecto subjetivo, o conceito de saúde reflete os padrões culturais dos indivíduos, existindo culturas primitivas onde a dor é sinônimo de enfermidade (“sem dor, sem doença”³) enquanto quaisquer anomalias congênitas ou adquiridas são consideradas naturais (saúde). Absorve-se desta perspectiva uma conclusão: cada período histórico e cada sociedade privilegiará sua própria concepção de saúde. Nesta ordem, determinada comunidade, conforme critérios e valores estabelecidos em sua cultura, religião e necessidades, tratará de ditar sua percepção de saúde. Na passagem do século XVIII para o XIX, ter-se-ia estatuído, nas palavras de Michel Foucault, o “umbral da modernidade biológica”, momento em que “a vida biológica e a saúde da nação tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo denominado de ‘estatização do biológico’” (ORTEGA, 2004, p. 16). Segundo esta visão biopolítica⁴ de Foucault, se daria demasiada ênfase à qualidade biológica da população, de modo a se fortalecer o Estado nacional, a burguesia e um sistema médico-jurídico que pretende, em verdade, a normalização social.

Finalmente, mais recentemente, passou-se a ter por referência pontos de vista mais abrangentes, como o adotado pela Organização Mundial de Saúde, que define a saúde como

³ ZANCHI; ZUGNO, 2012, p. 79.

⁴ Foucault (1976, p. 191) denomina de “biopoder”, o movimento de “politização da vida” e alerta para os riscos de se tornar a vida um bem supremo, sendo o totalitarismo e a normalização da sociedade seu principal aspecto. Segundo o autor, a resistência ao biopoder se firmaria, precisamente, na própria vida, que se volta contra o sistema que pretende capturá-la. Desta feita, “a vida constitui o alvo das lutas biopolíticas, mesmo sob a forma de lutas pelo direito à vida, à saúde, ao corpo, à higiene, ao bem estar e à satisfação das necessidades” (ORTEGA, 2004, p. 17).

um “estado de completo bem estar físico, mental e social”. Com um mínimo de senso crítico é possível refutar tal conceito, na medida em que, ademais sua louvável tentativa de ser o mais amplo possível, acaba por abarcar referenciais inalcançáveis. Será realmente possível estar em “completo” estado de bem estar? Será que realmente existiriam diferenças entre o “físico” e o “mental”? Ao que tudo indica, ficaremos somente com as perguntas.

2.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL – UM BREVE HISTÓRICO

Em termos de política de saúde, uma constatação inicial já se faz necessária: durante muito tempo, a saúde pública não se constituía prioridade dentro da agenda política do Estado brasileiro. A questão era foco de atenção, somente no momento em que epidemias ou endemias refletiam na esfera econômica ou social e ameaçavam o modelo de produção em foco. Assim que, existe uma ideia generalizada de que não se pode falar da existência de uma política de saúde nos período colonial e imperial.

Em 1902, o presidente Rodrigues Alves lança o que para alguns são as primeiras políticas de saúde de que se tem notícia: o programa de saneamento do Rio de Janeiro e de combate à febre amarela em São Paulo. Para a efetivação desses programas, o governo de Rodrigues Alves nomeou o médico Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral da Saúde Pública, que, por sua vez, elegeu as campanhas sanitárias como modelo de intervenção no combate às epidemias. O estilo invasivo, considerado repressivo e autoritário, teve seu ponto alto com a imposição legal, em 1904, da vacinação em massa contra a varíola. Tal fato culminou na famigerada “revolta da vacina”, reação popular ocorrida em novembro de 1904, que ademais a morte de alguns de seus líderes populares, tornou a vacinação opcional.

Em 1920, com a nomeação de Carlos Chagas para o comando do Departamento Nacional de Saúde, o modelo campanhista de Oswaldo Cruz é renovado, e passa-se a impingir um foco firmado não só no aspecto curativo, mas na prevenção de doenças. Nesta medida, alguns programas introduziram a propaganda e a educação sanitária da população e foram criados órgãos de controle da tuberculose, lepra e doenças sexualmente transmissíveis (AGUIAR, 2011, p. 21).

Verifica-se, assim, o nascimento da saúde pública, baseado no modelo do “sanitarismo campanhista”, fundamentado na microbiologia e contraposto à perspectiva saúde x doença. Neste cenário, surge a Previdência Social, que vai incorporar a assistência médica aos trabalhadores por ela segurados, conforme contribuição para com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas em 1923. Ademais a relevância de nosso sistema previdenciário, a assistência médica estendida somente a seus beneficiários, reforça a tendência brasileira de uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1994, p. 23), voltada, em um primeiro momento, somente para certos grupos. Em outros termos, é possível perceber uma clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica, ou seja: de um lado, temos o “sanitarismo campanhista”, com sua verve autoritária, ainda que possua uma abordagem coletiva e; de outro, o modelo “curativo-privatista”, realizado através das CAPs e da medicina liberal, privilegiando um aspecto mais individual das questões de saúde (BERTOLLI FILHO, 2004, p. 23). Daí ser possível verificar uma estreita relação entre as políticas de saúde e o modelo econômico vigente e a convivência daqueles dois modelos interventivos na saúde.

No segundo governo de Vargas, cria-se o Ministério da Saúde, finalmente independente da educação. Todavia, conforme destacado por alguns autores (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996, p. 380) (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 334), a época é marcada pelo clientelismo, favorecido pela relação entre sindicatos, IAPs e o Estado, na implantação de programas e serviços de atenção médica. O clientelismo também marcou a escolha dos ministros que dirigiram o Ministério da Saúde, assinalado pela transitoriedade de seus titulares (foram 14 em um período de 10 anos) e fruto de barganhas políticas. Paralelamente, desenvolvia-se uma discussão acerca do tipo de política de saúde que deveria prevalecer no país. Partidários do sanitário campanhista contavam agora com a oposição do “sanitarismo desenvolvimentista”, que defendia uma proposta de articulação de campanhas sanitárias com caráter não só curativo, mas também preventivo, conforme as necessidades da população e executadas a nível municipal (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 334).

Com o suicídio de Getúlio Vargas em 1954 e o início do governo Nacional-Desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (1956-1960), caracterizado pela ênfase dada ao desenvolvimento e com políticas sociais paliativas, a saúde pública não tem conquistas a

comemorar. Evidencia-se o modelo privatista curativo dos IAPs, reforçando a importância do trabalhador saudável como força produtiva, bem como, a força das categorias profissionais (por meio de seus respectivos Institutos), de modo a exercerem pressão para a construção de hospitais para o atendimento de seus segurados.

Com a instauração da ditadura militar em 1964, implantou-se gradualmente, no campo da saúde, “um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde” (AGUIAR, 2011, p. 29). A denominada “medicina de grupo” também ganha cada vez mais espaço entre os trabalhadores com maior poder aquisitivo, o que provocou ainda mais impacto no modelo assistencial previdenciário, tendo em vista a redução das contribuições ao INPS.

No fim dos anos 70, a crise do modelo de saúde previdenciária se aprofunda ainda mais, especialmente, em razão de suas insuficiências para suprir a demanda existente e constantes denúncias de desvios dos já parcos recursos. É neste cenário que começam a se articular os primeiros movimentos sociais que passam a denunciar as deficiências da saúde pública brasileira e a reivindicar atenção aos serviços de saúde, especialmente, aos menos favorecidos. À beira do mais absoluto colapso e por influência da Conferência de Alma Ata (ocorrida em 1978, em Alma Ata, República do Cazaquistão), a saúde passa a ser vinculada à concepção de cidadania, ganhando voz o conceito de Atenção Primária à Saúde e os princípios da medicina comunitária.

A participação social é crucial para o momento seguinte da saúde no Brasil. Instaurado o período denominado de “Nova República” (1985-1988), com a posse de José Sarney na Presidência, inaugura-se um cenário onde a participação popular se torna importante elemento de democratização, ganhando especial importância neste cenário, a convocação da Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da nova Carta Constitucional.

Em um cenário de efervescência participativa, marcado por uma percepção de cidadania que colocava as questões de saúde na agenda política e no centro das discussões, as propostas por uma Reforma Sanitária ocupa lugar de destaque. O movimento de Reforma Sanitária que se articula ao longo dos anos 70 e 80 no Brasil e tem como principal bandeira o reconhecimento da saúde como direito social a ser garantido pelo Estado, teve seu ápice com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Enfim, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), o quadro da saúde pública brasileira parecia indicar novos rumos, o que, em verdade, demorou mais tempo do que se esperava para começar a se firmar em razão de influências políticas e interesses contrários.

Ante todo este cenário, é possível verificar que no Brasil, a saúde, por um bom tempo, não foi considerada um direito, mas sim um benefício previdenciário, marcada por políticas públicas preocupadas com a restauração e manutenção da força de trabalho.

As constituições anteriores à de 1988 foram pouco explícitas em relação à saúde em geral, e muito menos ainda quanto ao referencial médico-assistencial. A Constituição do Império (1824) falava em “socorros públicos” (art. 179 – XXXI), enquanto a Carta da República de 1934 fala em “higiene social” e “luta contra os venenos sociais” (art. 138). A Constituição de 1946 somente faz menção à garantia de atenção neonatal gratuita à mãe e à criança, enquanto a Carta seguinte (1967) amplia a questão assistencial, tendo compreendido a “assistência sanitária, hospitalar e médico preventiva” (CF, art. 165, § XV), mantendo a cobertura restrita aos trabalhadores.

No texto constitucional de 1988, a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, junto com a Previdência e a Assistência Social. Passa ainda, à qualidade de direito social (art. 6º) e ganha Seção própria (Seção II – Da Saúde), que vai dos artigos 196 a 200 da Carta Constitucional. Como um dos marcos mais significativos da mudança, instituiu-se o SUS - um sistema universal e integral de efetivação dos direitos à saúde. Diante de todo o aparato legislativo que acompanhou e veio regulamentar o texto constitucional, entendemos dignas de menção, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8. 142, de 28 de dezembro de 1990, denominadas de “Leis Orgânicas da Saúde”.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Como vimos, em um cenário de efervescência política e de definição de novos rumos para o Brasil retratados pela Constituição Federal de 1988, surge, no quadro da saúde pública brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal Sistema é considerado “Único”, na medida em que seus princípios e diretrizes regem a organização dos serviços nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Tais princípios evidenciam os ideais que inspiraram a criação e implementação do SUS e se personificam nas bases de um conceito *lato* de saúde e seu reconhecimento como direito. Segundo Roncalli (2003, p. 29), o SUS norteia-se por princípios doutrinários e organizativos, sendo aqueles, reflexo das bases filosóficas do Sistema, enquanto esses orientam seu funcionamento. São princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade.

A **universalidade** do SUS é o que garante o acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie⁵. Nesta medida, segundo Paim (1987, p. 45), “o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade e a manutenção do estado da saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer⁶”. Desta feita, percebe-se que a definição de “universalidade” engloba um conjunto de políticas públicas que intentam a melhoria das condições de vida da população e uma percepção alargada do que venha a se entender por “saúde”.

Em interessante pesquisa qualitativa⁷ acerca da percepção dos usuários do SUS sobre a universalidade do sistema, articulada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), é possível perceber no discurso dos usuários entrevistados, uma fala que preza e reconhece o valor da universalidade. Ainda que não tenham noção de seus melindres legais e, muitas vezes, da concreta efetivação de citado do princípio, os usuários acabam por verbalizar a máxima do “saúde um direito de todos e dever do Estado”.

O abismo entre o discurso normativo e a realidade do sistema, acompanha o SUS desde seus primeiros passos. O desafio de garantir o direito à saúde a uma população de mais

⁵ *Manual para Organização da Atenção Básica*. Secretária de Assistência Social. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 1999.

⁶ PAIM, Jairnilson Silva. Direito à saúde, cidadania e estado. In: *Conferência Nacional de Saúde*. 8ª ed. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45-59.

⁷ Pesquisa sob o título: O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?

de 100 milhões de habitantes, coloca o Brasil como praticamente o único país do mundo que se propôs enfrentar tamanho projeto. O Estado certamente precisará de ajuda e, exatamente por conta disso, desde o início a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a necessidade de se recorrer à iniciativa privada, de forma complementar, a fim de garantir a integralidade de assistência aos cidadãos. É nesta perspectiva, de complementaridade do SUS, que os arranjos firmados entre a sociedade civil organizada terá papel fundamental.

O princípio da **equidade**, por sua vez, é de fundamental importância para o SUS, na medida em que tem por verdadeira missão corrigir as distorções que, por anos, caracterizaram a história das políticas públicas de saúde no Brasil. A clara oposição entre saúde coletiva e saúde individual, entre sistema curativo e preventivo, minaram durante muito tempo a essência desse direito. A Lei 8.080/1990, em seu artigo 7º, IV, contempla de modo explícito o princípio da equidade, proclamando a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza”.

Como muito bem pontua Jairnilson Silva (2010, p. 15) acerca da equidade, “o sistema de saúde, ao ser universal, pressiona em termos de qualidade, tendo em vista a sua utilização por todas as classes sociais, ou pelo menos por parte das classes médias dotadas de maior poder de barganha e interferência no campo político. Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercitar a equidade. Possibilitaria o exercício da justiça na esfera pública, levando em conta a identificação de grupos ou categorias essenciais, adotando uma perspectiva de responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação”.

A **integralidade** do SUS, por sua vez, é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7º, II, Lei. 8.080/90). O artigo em referência parece expor tudo o que é necessário absorver para compreender o princípio da integralidade do SUS. Nestes termos, fica claro que, para que haja integralidade da assistência à saúde, será compulsória a articulação entre prevenção, promoção e recuperação, no que se refere aos cuidados para com os atendidos pelo SUS. Evidencia-se também a preocupação não só com a saúde individual, mas também, com a saúde coletiva. A “complexidade do sistema”, diz respeito não só à necessidade de organização e atenção aos serviços de pequena, média e

alta complexidade (dimensão horizontal), mas também a percepção da saúde para além do aspecto biológico, levando-se em consideração o aspecto afetivo, espiritual, sociocultural (dimensão vertical) (CARVALHO, 2006, p. 16).

Feitas estas considerações acerca dos princípios doutrinários do SUS, que neste trabalho nos interessam de forma mais específica, entendemos necessário somente nominar os princípios organizativos do SUS, que também justificam toda a sistemática de tal modelo, quais sejam: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e o controle social.

Por fim, vale uma observação final a respeito da **gratuidade** do SUS, que ademais usualmente não se qualificar como princípio doutrinário (AGUIAR, 2011, p. 49) e não ter sido expressamente⁸ referenciada na CF/88, é marca desse sistema. Coube à Lei 8.080/90 (art. 43), que regulamentou o SUS, explicitar a gratuidade nos serviços públicos e privados que integram o sistema. Tal providência não elimina as controvérsias e discussões que se levantam sobre o tema. Questionam-se não só os motivos que levaram o legislador constituinte a deixar de fora do texto constitucional a expressa menção à gratuidade, mas também, o real alcance e as brechas da Lei 8.080/90.

Segundo Carvalho e Santos (1995, p. 263), existiria uma deficiência técnica no enunciado do art. 43, ao ressaltar eventuais “cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas”, no que teria criado um contencioso adicional, preservando a gratuidade das ações e dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Nesta medida, a ressalva de que trata a lei, alcançaria serviços acessórios não considerados de assistência à saúde, ou seja, a hotelaria diferenciada (em hospitais privados).

⁸ Segundo autorizada doutrina, a gratuidade seria princípio implícito na CF/88, senão vejamos: “Todo ser humano, pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento do nascimento adquire o direito subjetivo à sua saúde, direito que lhe acompanha até a morte. E, como direito exigível do Estado, no que concerne à sua proteção, trata-se de direito subjetivo público, e estrutura-se uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor, e este, o devedor. Na verdade, é direito que, em compreensão mais ampla, retrocede ao tempo para alcançar desde a concepção (...). No artigo 6º da Constituição, a saúde é direito social e, no artigo ora comentado, a saúde é um direito de todos. Direito que se qualifica de inderrogável, irrenunciável e indisponível (...). Além de direito de todos, é dever do Estado assegurá-lo eficientemente e, quando necessário, prestar os serviços atinentes. Nesse liame direito-dever, pode-se concluir, o direito à saúde é prestado gratuitamente, o beneficiário nada paga, visto que o financiamento das despesas com a execução desse direito é coberto por toda a coletividade”(NASCIMENTO *apud* CARVALHO, 1995, p. 260).

Percebe-se que durante muito tempo, a suposta “brecha” da Lei 8.080/90 quanto a gratuidade do SUS, deu espaço para o renascimento da questão do pagamento complementar da internação no sistema e reacendeu as pressões corporativas para cobrança de honorários adicionais. Com uma nova leva de ações que trouxeram à tona o tema (dentre elas a ação civil pública que deu origem ao recurso que analisaremos no tópico seguinte) e, em uma tentativa de colocar fim a qualquer controvérsia, é sancionada a Lei Complementar 141/2012, que trata de reforçar como diretriz das ações e serviços públicos de saúde, sua gratuidade.

Feitas todas estas necessárias considerações, passamos, finalmente, no tópico seguinte, ao enfrentamento dos argumentos presentes no RE 581.488/RS, acerca da “diferença de classe” no SUS e que inspiraram o estudo em questão.

4 O RECURSO EXTRAORDINÁRIO N. 581.488/RS

Em 17. 03. 2008, foi protocolado no Supremo Tribunal Federal⁹, recurso extraordinário (com repercussão geral reconhecida) interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), contra acórdão da Quarta Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, que negou provimento à apelação e manteve a sentença de improcedência da ação civil pública ajuizada pelo recorrente, cujo objetivo era permitir a prática comumente denominada de “diferença de classe” no Sistema Único de Saúde (SUS). Referida prática consistiria na melhoria do tipo de acomodação recebida por paciente internado pelo SUS e a contratação pelo usuário de profissional de sua preferência, mediante o pagamento da diferença respectiva.

Nesta medida, três foram os pedidos requeridos pelo CREMERS: 1) obter alteração judicial para que qualquer paciente, independentemente de seu quadro clínico, possa optar por acomodações diversas das oferecidas pelo SUS, fazendo pagamento de uma complementação; 2) reconhecimento do direito a escolha de médico de sua confiança, com a diferença de pagamento de honorários médicos; 3) acesso aos leitos do SUS, mediante solicitação de baixa do médico de confiança, sem que a internação dependa de triagem realizada nas Unidades de Atendimento da rede pública de saúde.

⁹ Andamento processual disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2604151>. Acesso em: 06 jul. 2014.

O Recurso em questão retoma discussão que há tempos permeia o sistema de saúde brasileiro (em ações individuais), com o diferencial de que, pela primeira vez, a “diferença de classe” é tratada em sua extensão coletiva. O pagamento complementar de diferença na internação pelo SUS era uma realidade até a Resolução INAMPS n. 283/91, que proibiu tal ato. Desde então, a discussão volta à tona e traz consigo, outras discussões correlatas, como o co-pagamento no SUS.

A questão do co-pagamento (participação no custeio – *cost sharing*), que leva a questionamentos acerca da geração de recursos adicionais, do controle social e da equidade do sistema, seria medida apta a refrear o crescimento dos gastos com saúde e foi amplamente utilizado na década de 70, por boa parte da Europa Ocidental (VIANNA *et al* 1998: 107). Desta feita, “não é incomum, em contextos fiscais adversos, que uma das primeiras saídas cogitadas seja partilhar a conta dos serviços de saúde com os usuários” (Ob. cit., p. 107).

Reconhecendo não só a relevância do tema, mas também suas dificuldades, em 20 de março de 2014, o relator do RE n. 581.488/RS, Ministro Dias Toffoli, convocou audiência pública única (em 26.05.14), para a “oitava de especialistas, de representantes do poder público e da sociedade civil, visando obter informações técnicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas acerca da questão debatida, de modo a subsidiar a Corte com o conhecimento especializado necessário para o deslinde da causa em juízo”¹⁰.

Quatorze entidades¹¹ (públicas e privadas) manifestaram interesse em participar da audiência em questão e contribuir para as discussões propostas. A audiência foi televisionada, o que possibilitou a publicização dos principais argumentos contra e a favor da “diferença de classes”.

¹⁰ Jurisprudência disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24.SCLA.+E+581488.NUME.%29&base=basePresidencia&url=http://tinyurl.com/b8zt8op> . Acesso em: 09 jul. 2014.

¹¹ Cronograma audiência pública: 1) Procuradoria-Geral da República; 2) Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul; 3) Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; 4) Estado do Rio Grande do Sul; 5) Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde – FENAESS; 6) Conselho Nacional de Saúde – CNS; 7) Dr. Raul Cutait, Cirurgião do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital Sírio Libanês; 8) Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 9) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 10) Município de Canela/RS; 11) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB; 12) Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil – ANTC; 13) Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; 14) União.

Quatro pontos centrais foram levados à discussão naquela oportunidade, quais sejam: 1) acesso universal e igualitário das ações ou serviços de saúde; 2) a complementaridade da participação do setor privado na saúde pública; 3) o funcionamento e o impacto administrativo e econômico da diferença de classe no SUS e 4) os efeitos dessa modalidade de internamento nos procedimentos de triagem e no acesso ao SUS.

A Procuradoria da República, em seu pronunciamento¹² na figura de seu Sub-Procurador, atentou para o fato de que a matéria deve ser tratada com prudência e definida de forma clara, “sem posicionamentos díspares”, vez que as opiniões e a jurisprudência sobre o tema têm oscilado muito. Pontuou ainda, que “a figura da diferença de classe existe, se é que existe, no sistema atual, como um fóssil de um sistema anterior e que, aparentemente, corre o risco, a depender do que a jurisprudência da Corte constitucional faça, este fóssil pode ganhar vida”. A dúvida seria: “se este instituto falecido, ganhando vida, é ecologicamente adequado ao sistema de saúde que nós temos”. Ressaltou o histórico “mutualístico” da “diferença de classes” e a necessidade de se privilegiar os princípios da universalidade e da equidade do SUS. Atentou para o risco dos precedentes ora discutidos serem estendidos a outros direitos (direito à educação, direito de votar, direito à segurança, prestação jurisdicional), também universalmente compreendidos.

Em contrapartida, ouviu-se o Conselho Nacional de Medicina do Rio Grande do Sul (recorrente) que, por sua vez, pontuou, em um primeiro momento, que a questão deve ser tratada com realismo e não de forma ideológica. Destacou todo o preconceito que o termo “diferença de classe” desperta e defendeu a oportunidade de escolha do paciente e de ter o mesmo no sistema privado a opção por um melhor atendimento. Ressaltou a necessidade de se tratar o tema de forma objetiva, reforçando que o pagamento realizado pelo SUS aos hospitais privados é ínfimo e não cobre seus custos. Demonstrou através de dados e imagens que a “diferença de classe”, significa uma “opção”, a possibilidade de optar por melhores acomodações dentro do SUS e escolher o profissional pelo qual deseja ser atendido. Atentou para o privilégio dado aos planos de saúde dentro desta dinâmica, uma vez que “se tem empurrado a população para os planos de saúde ao invés de se criar um sistema que possa permitir que as pessoas que tem algum poder aquisitivo paguem pelo atendimento, se

¹² Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=quKOiH8usoA>. Acesso em: 09 jul. 2014.

utilizando do SUS”. Tal privilégio dado aos planos teria impulsionado o encarecimento dos mesmos, tornando-os inviáveis à população. Primou em seus esclarecimentos pelo discurso em prol da cidadania e que a participação dos usuários no sistema permitirá aporte de recursos que poderá melhorar a condição de atendimento nas enfermarias. Em suas palavras finais, destacou-se com frases que nos levam à reflexão: “O SUS real não é o SUS idealizado” e “a rede não pode ser sucateada para defender tese ideológica desprovida de comprovação prática”.

Os entes/órgãos públicos presentes na audiência em foco (ANS, Estado do Rio Grande do Sul), se mostraram contrários à “diferença de classe”, ressaltando como base argumentativa, que tal diferença representará um esvaziamento e a verdadeira bancarrota do SUS, atentando, ainda, para os interesses corporativos que circundam o processo em epígrafe. Outros entes, o CNS, por exemplo, reforçou, mais uma vez, o aspecto da “opção” do usuário e atentou para o aspecto econômico, não vendo como o pagamento de complementação possa vir a onerar o poder público, vez que o ônus seria algo de escolha do cidadão e essa hibridez não feriria de morte o SUS.

Há de se reconhecer que o tema acaba despertando o pior dos mundos (ideológico e real) e que muito ainda será discutido. É certo que a discussão proposta merece pronto enfrentamento, ademais o peso negativo do termo “diferença de classe”, a recorrente manipulação de grupos corporativos e os riscos de colocar ainda mais em xeque, sistema que há tempos pede socorro. As discussões realizadas na audiência pública realizada deixam evidentes as forças e os interesses que o tema atrai. O desenrolar do RE em referência deve ser acompanhado de perto. É preciso questionar sempre as alternativas e “solucionáticas” que, recorrentemente, colocam à prova o sistema de saúde brasileiro.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo pretendeu um olhar sobre o Direito à Saúde, como objeto recorrente de insatisfação de uma população que espera por sua plena realização, em bases universais. Perpassamos por um breve histórico do Direito à Saúde no Brasil e lançamos suas dificuldades essenciais, inclusive conceituais.

A constante busca por medidas que venham refrear o crescente aumento de custos do sistema brasileiro de saúde faz renascer a discussão acerca da possibilidade de complementaridade de pagamento das internações no SUS, o que se experimenta, de modo mais evidente (e em seu aspecto coletivo), no Recurso Extraordinário 581.488/RS. O recurso em apreço ressuscita discussões acerca dos reais limites da gratuidade, universalidade e equidade do SUS e a possibilidade de participação do usuário no custeio dos serviços de saúde quando deles fizer uso.

As audiências públicas recentemente realizadas e a repercussão geral dada ao tema pela Corte Suprema reforçam a seriedade com que a questão está sendo retomada e enfrentada. Há de se considerar que o novo fôlego dado ao discurso sobre a “diferença de classe” no SUS, colocam em xeque seus princípios fundadores e deixam abertas as veias de um sistema criado com a finalidade de corrigir distorções (diferenças) que sempre o assombraram.

Desta feita, concluímos pela necessidade de constante acompanhamento e reflexão destas medidas que visam a efetivação do direito à saúde, pautada em um modelo que se desafiou a proporcionar a mais de 190 milhões de brasileiros um sistema integral, universal, gratuito e equânime. Acompanhar de perto o desenrolar da discussão em questão vai além da nossa condição permanente de paciente-cliente, é uma questão de cidadania.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

AGAMBEN, Giorgio. Homo sacer: el poder soberano y la nuda vida. Valencia: Pre-Textos, 1998.

AGOSTINHO, Santo. Confissões. São Paulo: Martin Claret, 2007.

BASTOS, Francisco I. Saúde em questão. São Paulo: Claro Enigma editora, 2011.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2004.

BERTOLOZZI, M. R; GRECCO, R. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Revista Enfermagem USP, 1996, p. 380-398.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 13 jul. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 13 jul. 2014.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 13 jul. 2014.

CARVALHO, Gilson. Os governos trincam e truncam o conceito de integralidade. *Revista Radis*, n. 49, 2006.

CARVALHO. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde (Comentários à Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8 080/90 e Lei n. 8 142/90). *Saúde em Debate*, 2a ed.. HUCITEC, n.51, 1995.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOUVEIA R.; PALMA J. L. O SUS na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. São Paulo: Mandacaru, 1996.

MUÑOZ, Jaime Rodrigues-Arana. Reflections on the reform and modernization of the public administration. *Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico*, Milano, Dott. A. Giuffré, n. 2, p. 522, apr/giu. 1996.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt, Em: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, p.9-20, set.2003-fev.2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Política de saúde no Brasil. Em: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Epidemiologia e saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 589-563.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde e a construção do SUS. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

SFEZ, Lucien. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. Loyola: São Paulo, 1996.

USTARAN, J. K. *Salud y enfermedad*. Buenos Aires: Eudeba, 1992.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. *Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento*. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 17, jun/1998.