

## Internações com *diferença de classe* no SUS: o risco de aprofundar a privatização na saúde

Helena Eri Shimizu<sup>1</sup>

A modalidade *diferença de classe* na internação hospitalar no SUS foi debatida com diferentes e importantes segmentos sociais, em maio de 2014, em audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal que teve como finalidade subsidiar recurso extraordinário interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) contra o acórdão da Quarta Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, a qual negou provimento à apelação e manteve a sentença de improcedência da ação civil pública ajuizada pelo recorrente.

Registra-se que o CREMERS alegou na ação pública em julgamento as seguintes solicitações: (i) o paciente independentemente do seu quadro clínico, pode optar por acomodações diversas das oferecidas pelo SUS, fazendo o pagamento de uma complementação; (ii) o paciente pode escolher o seu médico assistente, fazendo pagamento da diferença de honorários médico; e (iii) o acesso ao leito do SUS mediante solicitação de internação de médico particular.

Outros pedidos similares foram ajuizados no passado, o que demonstra a existência de movimentos que pressionam, constantemente, a abertura para pagamentos de internações com diferença de classe, sobretudo mediante a justificativa de necessidade de cuidados individualizados e especializados. A situação comumente é apresentada em um contexto que retrata a fragilidade humana, portanto com maior possibilidade de gerar sentimentos contraditórios como compaixão, culpa, entre outros da sociedade civil em geral.

É importante lembrar que a Resolução nº 283/1991, do extinto INAMPS, já proibia o tratamento com diferença de classe, a qualquer título, à unidade assistencial por entender que estimularia a discriminação entre as pessoas que necessitam de cuidados de saúde e, como consequência, se encontrava em estado de fragilidade intensa. Os pacientes que requeriam isolamento protetor, geralmente devido a doenças que afetam o sistema

---

<sup>1</sup> Professora Associada da Universidade de Brasília. Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. E-mail: [helena.eri.shimizu@gmail.com](mailto:helena.eri.shimizu@gmail.com)

imunológico, eram considerados exceção, permitindo-se o uso de quarto privativo mediante pagamento próprio.

Há que se ressaltar, contudo, que existem vários argumentos contrários ajuizados à referida Resolução, sobretudo motivada pela interpretação de que ela restringiria a coibição de cobranças de taxas extras de tratamentos diferenciados. Ou seja, de honorários médicos, procedimentos, mas não a internação com diferença de classe. Todavia, apesar dos questionamentos em relação à dubiedade de interpretação causada por tal Resolução, até o momento não se verificou a permissão pelo Judiciário para a realização da internação com *diferença de classe*.

No Brasil, tem-se o Sistema Único de Saúde e, de acordo com § 1º do artigo 199 da Constituição Federal (CF) de 1988, as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio. É, portanto, nos hospitais privados, sejam eles conveniados ou contratados, que aconteceria a possibilidade de optar pela *diferença de classe*, pois os hospitais públicos, em geral, não têm condições de oferecer acomodações privativas, pois dispõem de enfermarias e quartos semiprivativos.

Entendemos que a internação com *diferença de classe* por meio do co- pagamento viola o princípio da isonomia e da universalidade na saúde que está claramente colocado na Constituição Federal de 1988 no art. 5º:

Todos são *iguais* perante a lei, *sem distinção* de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

E no artigo 196 que coloca:

A saúde é *direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso, o art. 2º, § 1º, e 7º, incisos I e IV da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), deixa claro que o princípio da *universalidade de acesso* ao serviço de saúde esteja subornado à igualdade de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Destaca-se ainda que o artigo 43 da Lei n. 8.080/90 diz claramente que “a gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados”, vedando a cobrança de quaisquer valores para que o usuário acesse o SUS e utilize de seus serviços, sejam eles médicos, de hotelaria, de diagnóstico, de tratamento, entre outros.

Em nosso país, o direito a igualdade de tratamento está, portanto, garantido na Constituição e na legislação sanitária. Assim sendo, a *diferença de classe* não seria necessária se o Estado cumprisse com seu dever de fornecer cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos. Se houvesse, a diferença de classe, se tornaria instrumento para o pedido de regalias que não está inserido no direito à saúde.

Para melhor compreensão de tal afirmação recorreremos a Dallari (1998), que explica que a palavra direito precisa ser mais bem compreendida no âmbito da saúde, especialmente no SUS. Para a autora, a compreensão de direito remete a regras de comportamento humano em sociedade. Nessa lógica, as regras jurídicas representam às limitações as condutas lesivas à sociedade. Desta feita, a saúde definida como direito contém necessariamente aspectos sociais e individuais.

Como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. Sob esta ótica, o direito à saúde compreende a liberdade, por exemplo, de o usuário escolher o profissional de saúde para determinar o tratamento. Ele deve, também, poder escolher entre todas as alternativas existentes aquela que, em seu entender, é a mais adequada.

Observa-se que aqueles que defendem a internação com diferença de classe no SUS o fazem embasados, sobretudo, na compreensão dos direitos individuais anteriormente apresentadas, comumente com a exposição de argumentação simplista de que o indivíduo com recursos financeiros poderá arcar com o pagamento de acomodações privadas. Essa argumentação é acrescida de justificativas que enfatizam o sofrimento humano e o direito à liberdade por escolher condições mais dignas para receber o tratamento adequado.

Ressalte-se, contudo, que o direito à saúde na perspectiva social deve privilegiar a igualdade. Nessa lógica, as limitações aos comportamentos humanos devem ser claramente colocadas para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade (DALLARI, 1998). A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo

nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade. Portanto, nessa perspectiva, a internação com diferença de classe jamais poderia ser considerada.

Há que se ressaltar, no entanto, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. Portanto, somente o Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento. Em outras palavras, apenas o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo (DALLARI, 1998).

Aqui cabe lembrar que está entre as diretrizes do SUS, a integralidade da atenção à saúde, que é polissêmica, mas a maioria das definições destacam os esforços do Estado para o alcance do mais alto nível de qualidade de saúde aos cidadãos.

A integralidade pode ser observada em relação às políticas, às práticas e aos serviços. No que tange à dimensão política, ela deve se constituir bandeira de luta e imagem-objetivo da configuração de um sistema, portanto, no caso do SUS, deve expressar um conjunto de valores que se relacionam a uma sociedade mais justa e solidária. Nessa perspectiva, a integralidade recusa a redução dos sujeitos sobre os quais as políticas incidem, a objetos descontextualizados, deste modo reivindica a ampliação do horizonte das políticas, que deve respeitar as especificidades de diferentes grupos populacionais.

Em relação à dimensão das práticas, ela relaciona-se ao cotidiano dos serviços, e expressa, sobretudo a forma como os profissionais respondem as necessidades dos usuários. E por fim, quanto à integralidade dos serviços, além de propor um modo de organizar o processo de trabalho em equipe, que deve produzir impacto positivo sobre a saúde da população, precisa considerar o acesso aos diferentes tipos de cuidados que o usuário necessita, em tempo adequado, e disponíveis próximos de seu local de moradia.

Nesse sentido, percebe-se que, apesar dos avanços importantes relativos ao reconhecimento dos direitos sociais, a partir da Constituição de 1988 – entre os quais o direito à saúde – como direitos humanos, existe ainda um déficit de concretização desses direitos e, em especial, para os grupos minoritários e socialmente excluídos, problema que deve ser enfrentado não só no plano jurídico, mas principalmente no plano social e ético. É

o que se observa nas situações em que diversos grupos sociais experimentam grande desvantagem em relação a questões que dizem respeito ao acesso à saúde, aos serviços de saúde e, mais recentemente, também, às novas tecnologias médicas.

Essas questões recolocam a necessidade de discussão mais ampla e aprofundada dos compromissos ético e moral do Estado e da sociedade em relação à saúde e às responsabilidades decorrentes. Nessa perspectiva, o direito à saúde necessita, sempre, da discussão dos limites que implica em optar por escolhas justas de modo a permitir a universalidade do seu acesso *de forma igualitária*. Não se pode pretender que o sistema assumira apenas um caráter individual desprovido do olhar coletivo; sem aceitar uma organização técnico-sanitária equânime, um acesso ordenado, a justiça social não será alcançada (SANTOS e ANDRADE, 2012).

Como apresentamos anteriormente neste texto, em nosso país, o sistema público deve coexistir com os serviços privados que se estruturam sob outra premissa, que é a do mercado liberal e não a do interesse público, logo obstaculiza o desenvolvimento do SUS, por imprimir a noção de que saúde seja mais direito de consumidor do que direito humano de cidadania (SANTOS, 2013). Ademais, imprime a falsa noção de que o SUS é gratuito, mas que na realidade é pago pelos impostos e contribuições sociais arrecadados e, além disso, por sistema tributário que sobrevém nos estratos sociais mais pobres (SANTOS, 2013).

Acreditamos que essa lógica de mercado que coabita no SUS também reforça a ideia de que a internação com diferença de classe pode ser uma alternativa legítima. Esse discurso, muitas vezes, se apresenta de forma confusa, a partir da defesa da ideia do consumo de serviços por quem pode pagá-la. Possivelmente os planos de saúde contribuem para a formação dessas ideias, pois eles podem ser comprados individual ou coletivamente, sendo mais comuns os planos coletivos proporcionados pelas empresas.

As mídias têm contribuído de forma significativa para criar uma imagem sobre a necessidade de consumir planos de saúde para se ter garantia de assistência à saúde de qualidade. Como resultado, quando se aborda os vários grupos sociais para procurar entender o que imaginam para si, enquanto acesso a redes de cuidado de saúde, há uma expressão considerável da vontade de serem usuários-consumidores dos planos de saúde, e não usuários-cidadãos do SUS. Isso demonstra que o desejo do SUS-suplementar é uma representação social consolidada entre a população brasileira. Essa representação

social tem se difundido, mais recentemente, entre àqueles que foram denominados recentemente de Classe C. Todo esse processo tem contribuído para dar sustentabilidade aos processos de privatizações tortuosos, que tem oferecido serviços de saúde de baixa qualidade.

A coexistência do sistema público com os serviços privados no setor saúde marca um campo de disputa que já é resultado de perdas do ponto de vista legal. Portanto, torna mais difícil a construção de sistema mais amplo, pois pede novos coletivos sociais cooperando com a construção de um SUS que tenha, como seu desafio, reafirmar a si mesmo como alternativa, como política pública, junto aos distintos grupos sociais, procurando, concomitantemente, comprovar que as práticas de saúde fora do mercado é que são as mais comprometidas com a produção de saúde com qualidade.

Não há como não tornar explícito toda essa problematização, pois só assim pode-se resistir em defesa de um sistema de saúde público e universal. Há que se debruçar sobre essas dimensões do processo de privatização e criar estratégias de enfrentamento, sem advogar ingenuamente de que o que é estatal é público, por si (MERHY, 2012). Isso exige novas possibilidades e necessidades de se trazer a sociedade para o debate de novo tipo para a questão do estado, seus arranjos organizacionais e a conformação das políticas sociais.

### **Considerações finais**

Fica evidente que existem vários movimentos impulsionados por uma lógica de mercado que, constantemente, se colocam como barreiras ao SUS e, conseqüentemente, restringem o direito de cidadania plena. A internação com diferença de classe é mais uma delas, que fere um importante elemento do direito à saúde, a igualdade. É preciso que a sociedade entenda melhor a lógica que permeia as diversas estratégias desenvolvidas pelo mercado para impor a privatização do SUS.

O direito à saúde que abarque as dimensões individuais e coletivas, de modo mais amplo, se encontra ainda em processo de construção. Concordamos com Hannah Arendt (1949) em que os direitos humanos, que abarca o direito à saúde, não são um dado, mas um construído, uma invenção humana em constante processo de investimento, que requer movimentos de resistência cotidianos. Compõem um construído axiológico, fruto da nossa

história, de nosso passado, de nosso presente, fundamentado em um espaço simbólico de luta e ação social.

### **Referências bibliográficas**

- ARENDDT, H. The Rights of Man: What Are They? *Modern Review*: v.3, n.1, p.24-36, 1949.
- DALLARI, S.G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.22, n.1, p. 57-63, fev. 1988.
- MERHY, E. *Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. Saúde & Sociedade*, v.21, n.2, p. 267-279, jun. 2012.
- SANTOS, N. R. *SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n.1, p. 273-280, jan. 2013.
- SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M.. *Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.11, p.2876-2878, nov. 2012.

---

*Recebido para publicação em 26 de novembro de 2014.  
Admitido para publicação em 15 de dezembro de 2014.*