

*Supremo Tribunal Federal*

**RECURSO EXTRAORDINÁRIO 581.488**

**AUDIÊNCIA PÚBLICA**

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DIFERENÇA DE CLASSE - SUS**

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Humberto Medeiros .....</b>                                        | <b>7</b>  |
| (Subprocurador-Geral da República)                                       |           |
| <b>2. Cláudio Balduino Souto Franzen .....</b>                           | <b>16</b> |
| (Conselho Federal e Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul) |           |
| <b>3. André Longo Araújo de Melo .....</b>                               | <b>26</b> |
| (Agência Nacional de Saúde Suplementar)                                  |           |
| <b>4. Fabrícia Boscaini .....</b>                                        | <b>35</b> |
| (Procuradora do Estado)                                                  |           |
| <b>5. Alexandre Venzon Zanetti .....</b>                                 | <b>46</b> |
| (Confederação Nacional de Saúde - CNS)                                   |           |
| <b>6. Maria do Socorro Souza .....</b>                                   | <b>51</b> |
| (Conselho Nacional de Saúde)                                             |           |
| <b>7. Paulo Humberto Gomes da Silva .....</b>                            | <b>61</b> |
| (Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul)              |           |
| <b>8. Raul Cutait .....</b>                                              | <b>64</b> |
| (Cirurgião do Hospital das Clínicas, da Usp e do Hospital Sírio Libanês) |           |
| <b>9. Wilson Duarte Alecrim .....</b>                                    | <b>72</b> |
| (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS)                     |           |

## *Supremo Tribunal Federal*

|                                                                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>10. Antonio Carlos Figueiredo Nardi .....</b>                                                                                                                  | <b>83</b>  |
| (Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS)                                                                                   |            |
| <b>11. Gladimir Chiele .....</b>                                                                                                                                  | <b>94</b>  |
| (Procurador do Município de Canela)                                                                                                                               |            |
| <b>12. Júlio Dornelles de Matos .....</b>                                                                                                                         | <b>104</b> |
| (Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Rio Grande do Sul e Membro do Conselho de Administração da CMB) |            |
| <b>13. Lucieni Pereira .....</b>                                                                                                                                  | <b>113</b> |
| (Auditora Federal de Controle Externo do TCU e Presidente da ANTC)                                                                                                |            |
| <b>14. Ana Luiza D'ávila Viana .....</b>                                                                                                                          | <b>125</b> |
| (ABRASCO)                                                                                                                                                         |            |
| <b>15. Arthur Chioro dos Reis .....</b>                                                                                                                           | <b>134</b> |
| (Ministro de Estado da Saúde)                                                                                                                                     |            |

**AUDIÊNCIA PÚBLICA**

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DIFERENÇA DE CLASSE - SUS**

**(RECURSO EXTRAORDINÁRIO 581.488)**

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (RELATOR) -**

Podemos nos sentar.

Boa tarde a todos. Declaro aberta esta audiência pública.

Agradeço as presenças da Senhora Ministra **Rosa Weber**, querida colega; do Dr. Humberto Jacques de Medeiros, Subprocurador-Geral da República, na pessoa de quem cumprimento os membros do Ministério Público; do Ministro Luís Inácio Lucena Adams, Advogado-Geral da União; dos senhores expositores, das senhoras e senhores.

A presente Audiência Pública foi convocada para subsidiar o julgamento do RE 581.488, com repercussão geral reconhecida, interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul contra acórdão da 4ª 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, cujo objetivo era permitir a prática comumente denominada de "diferença de classe" no Sistema Único de Saúde

(SUS), prática essa que consiste na melhoria do tipo de acomodação recebida por paciente internado pelo SUS e a contratação pelo usuário de profissional de sua preferência, mediante pagamento da diferença respectiva.

A audiência pública consistirá na oitiva de pessoas com experiência e autoridade quanto à modalidade "diferença de classe" de internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde, visando a esclarecer questões imprescindíveis ao deslinde do feito, tais como:

1. Acesso universal e igualitário aos serviços de saúde;
2. Complementaridade da participação do setor privado na saúde pública;
3. Funcionamento e impacto administrativo e econômico da diferença de classe no Sistema Único de Saúde;
4. Efeitos dessa modalidade de internamento nos procedimentos de triagem e no acesso ao SUS.

Serão ouvidos, na audiência, especialistas que foram previamente habilitados, os quais terão o prazo de quinze minutos para realizarem suas exposições.

Antes de passar a palavra ao eminente representante do Ministério Público, Dr. Humberto Medeiros, pergunto se o eminente

## *Supremo Tribunal Federal*

Advogado-Geral da União, que nos honra com a sua presença, gostaria de dizer algumas palavras.

O SENHOR LUÍS INÁCIO LUCENA ADAMS  
(ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO) - Senhor Ministro Dias Toffoli, que preside essa Audiência Pública, Senhora Ministra Rosa Weber, que muito honra esse Tribunal Constitucional, senhor membro do *parquet*, senhoras e senhores.

Eu só queria fazer, Senhor Presidente, Ministro Dias Toffoli, uma saudação ao evento. Eu acredito que o tema da saúde tem sido um tema recorrente nesta Corte. Mais de uma vez tem havido audiências relativas às questões técnicas que envolvem a aplicação, a implementação do Sistema de Saúde Brasileiro, que é um sistema ousado, já que ele procura estabelecer um sistema em bases universais para um país continental como o Brasil. Outros países que adotaram esses sistemas, como a Inglaterra, não são países com a dimensão de população e de território que nós temos.

De fato, esta iniciativa da Corte de implementar o que está previsto na nossa legislação, e que nada mais faz do que afirmar essa modernidade das Cortes Constitucionais no mundo, de ouvir a sociedade, não só os advogados, mostra o quanto isso representa em termos de qualidade.

## *Supremo Tribunal Federal*

Eu acredito que aqui, neste evento, com a presença não só dos técnicos, dos profissionais médicos, dos representantes do Estado - o Ministro Chioro deve vir mais tarde -, são capazes de trazer à luz essa questão, que é de fato muito relevante.

Nós, na União, na Advocacia, temos defendido a preservação do modelo de saúde pública que foi e está instalado na nossa legislação, como matriz também de afirmação de uma igualdade substancial, que é, em última análise, a defesa, até daquele mínimo existencial de que tanto se fala e tão difícil de definir e concretizar pela complexidade.

Mas, em suma, acredito que o tema será muito significativo e eu deixo aqui meu registro, como Advogado-Geral, da importância dessa Audiência Pública para o deslinde desse tema.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço as palavras do Dr. Luís Inácio Adams e, desde logo, comunico que os integrantes da mesa têm outros compromissos. Fiquem, desde já, à vontade para o momento em que necessitarem se retirar. Reitero meus agradecimentos, Ministra Rosa, Ministro Adams, pela presença de Vossas Excelências.

## *Supremo Tribunal Federal*

Então, abertos os trabalhos, convido para a primeira exposição o Dr. Humberto Medeiros, Subprocurador-Geral da República. Vossa Excelência tem a palavra.

O SENHOR HUMBERTO MEDEIROS  
(SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Obrigado Senhor Presidente.

Muito boa-tarde a todos. Senhor Presidente, Senhora Ministra Rosa Weber, Senhor Advogado-Geral da União, estimados conferencista da tarde de hoje, sociedade civil aqui presente, é uma satisfação enorme o Ministério Público participar desta sessão, desta Audiência Pública, desta Corte Constitucional, por um tema tão caro e tão importante. O Ministério Público Federal tem a subida honra de cumprimentar a Corte Constitucional pela sua iniciativa de auscultar todos os interessados nesta causa e, igualmente, pelo prestígio que esta Audiência dá ao direito à saúde no contexto de todos os direitos constitucionais.

A pronúncia do Ministério Público Federal, nesta sessão, está muito ligada à exaltação desta Corte a um valor, a uma das virtudes da consciência ocidental, e que muito caracteriza a Justiça, que é a virtude da prudência. A prudência é representada pictoricamente na arte por uma

## *Supremo Tribunal Federal*

mulher que tem uma face que olha o passado - uma face de idade -, uma face que olha o futuro e uma terceira face que olha o presente. Por esse compromisso com a prudência, nós, do Ministério Público, sobre este tema, devemos olhar sobre o que se passa no presente de onde vimos, qual o passado que há nessa questão, e qual o futuro, quais as conseqüências daquilo que se pode daqui decidir.

O presente, ao sentir do Ministério Público, é de que esta Corte Constitucional, em casos pontuais, em sede de controle difuso, tem sido provocada a pronunciar-se pontualmente e casuisticamente em situações versando a assim chamada diferença de classe. E esses julgamentos pontuais começam a fazer um tracejar, um caminho sobre o qual se deve parar e refletir se este é o caminho para o qual indica a Constituição. Por isso a beleza e a nobreza do dia de hoje, essa pausa para reflexão. O próprio Ministério Público, neste processo e nesses casos pontuais, também teve pronunciamentos eventualmente contraditórios ou díspares. E, no dia de hoje, o nosso posicionamento é igual àquele já feito pelo Ministério Público Federal, no Recurso Extraordinário nº 603.855.

A oscilação, neste tema, é comum à jurisprudência e ao Ministério Público. E tendo auscultado todos os segmentos da sociedade civil



## *Supremo Tribunal Federal*

que nos procuraram, e promovido, a Casa nossa, uma reflexão, nós, hoje, compartilhamos, nesta Audiência e com a Corte, aquilo que nós imaginamos seja a importância do momento, a história da qual não nos devemos desligar e o futuro que esperamos alcançar.

O primeiro dado que o Ministério Público exalta é o de que a figura que hoje nos debruçamos, que é a 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, desse fóssil ganhar vida. E a dúvida que nós temos é se esse instituto, falecido, ganhando vida, seria ecologicamente adequado ao sistema de saúde que nós temos.

A diferença de classe existiu no País quando nós vivíamos no sistema de saúde de bases mutualísticas. A diferença de classe era uma figura que o INAMPS - o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - permitia que, quando ele, que era um grande plano de saúde, comprava serviços em favor dos trabalhadores e seus segurados, ele admitia, a uma certa altura, que esses segurados pudessem complementar para ter outros benefícios na assistência. Isso que existia no velho sistema mutualístico, ao ver do Ministério Público, foi banido pela Constituição

## *Supremo Tribunal Federal*

Federal de 88. Aí existe uma mudança profunda que aconteceu com a criação: abandonamos os sistemas de saúde mutualísticos, de base securitária, e ingressamos em um sistema de saúde de bases universais.

O direito à saúde não é um direito de trabalhadores, mas é um direito de toda a sociedade; não é um direito prestado por um instituto de previdência para aqueles que são os seus segurados, mas um direito oferecido pelo Estado a todos - todos, não são todos os brasileiros - que se encontrem no território nacional porque o bem saúde é um bem coletivo. Ou todos têm saúde ou ninguém a tem. Quando a saúde de alguém é lesada, toda a saúde de todas as demais pessoas corre risco. E somente uma proteção universal é capaz de produzir uma proteção individual a esse direito coletivo garantido pela Constituição.

O fato é que esse desenho de Constituição não desce do acaso, e é com essa mesma certeza que nos pronunciamos hoje. Esse modelo de sistema mutualístico foi, à época da Assembleia Nacional Constituinte, alvo de profunda crítica que foi produzida numa conferência nacional de saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que fez um desenho do sistema de saúde, desenho esse que foi levado à Assembleia por uma emenda popular - que o Regimento da Assembleia Constituinte permitia -, essa Assembleia coloca

nesse Texto Constitucional esse desenho de saúde e, de lá pra cá, nós já tivemos seis conferências nacionais de saúde, a 9ª, a 10ª, a 11ª, a 12ª, a 13ª e a 14ª Conferência Nacional que reúne conselheiros, a cidadania em Estados, municípios, até chegar à União, todas elas abertas pelo Presidente da República, nos termos da Lei nº 8.142, com a presença honrosa do Ministério Público, convidado a todos esses eventos, e em todas essas ocasiões a sociedade brasileira ratifica o Sistema Único de Saúde, suas bases universais e igualitárias.

Isso é aquilo que o Ministério Público entende que seja a Constituição vivente em termos de saúde. A pergunta que se faz é: Essa diferença de classe, esse fóssil do sistema anterior é compatível com o sistema que nós hoje temos colocado na Constituição? E esses recursos pontuais que aqui chegaram são eles a caixa de Pandora? São eles um caminho feliz para uma mudança do sistema constitucional? Ou é um acidente nesse percurso?

O grave, ao Ministério Público, em toda essa questão, é de que não se está apenas a discutir diferença de classe num sistema que a Constituição diz que o acesso é igual, igualitário e universal. Diferença e classe são termos antagônicos às ideias de universalidade e igualdade. Mas, ao ver do Ministério Público, há algo de mais profundo nessa história, porque não só

## *Supremo Tribunal Federal*

a Constituição fez isso, como o legislador, na sequência, na Lei nº 8.080, reforça a ideia desse sistema universal. E diz o que o legislador ordinário? Que um dos princípios desse sistema é:

"IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;"

Diferença e classe, aquele que puder pagar vai ter algo de diferente, viola a Lei nº 8.080 sobre a ideia de preconceito ou a ideia de privilégio. Mas como a Lei nº 8.080 é de 90, e esta polêmica que chega à Corte Constitucional é posterior à lei, e a lei já a conhecia, o que o Ministério Público pretende exaltar com relação ao papel do legislador, já tendo visto o papel da sociedade, é que esse mesmo legislador, em 2012, deu a resposta, o acréscimo à resposta que podia dar, quando faz a Lei Complementar nº 141, que diz: Os recursos às ações e serviços de saúde são de acesso universal, igualitário e - já que existe essa polêmica, diz o legislador - gratuito. A gratuidade é expressa pelo legislador, como que acrescentando a essa discussão o único adjetivo que se podia acrescentar, porque não cabe ao legislador editar uma lei que revogue uma Portaria que já não mais existe e já não mais efeitos produz.

Mas o que preocupa sobremaneira o Ministério Público - e já encaminho para o encerramento da nossa fala, porque temos muito a ouvir

## *Supremo Tribunal Federal*

no dia de hoje - é a problemática, que aqui se abre, se o estado democrático de direito, e republicano, pode ter serviços de base universal que envolva o pagamento e diferença, porque não se trata apenas de acesso ao hospital. Imaginemos que se possa dizer que o direito ao ensino, à educação, que é um direito universal, se possa admitir que pais que paguem algo a mais poderão ter, nas escolas públicas deste país, coisas a mais - umas turmas menos cheias, instalações mais agradáveis, professores mais qualificados. Onde há igualdade dos cidadãos na educação, se é possível que a pagamento se institua, nesse direito igual e universal, uma diferença? É o caso da educação.

Nós não precisamos ir longe, pensemos em outros deveres, outros direitos e outras prestações: aqueles que pagarem poderão ter, no universal, sufrágio; no direito ao voto, o voto com hora marcada. Por diferença de classe, eu posso pagar e votar em casa, no horário especial, porque é universal, mas pode existir diferença de classe.

A segurança, aqueles que se dispuserem a pagar por um direito à segurança poderão ter rondas específicas em seu bairro. Por mais que a segurança seja para todos, existe dentro dos todos uns que são mais iguais, porque podem desembolsar, e esse desembolso pode produzir prestações adjuntivas superiores quebrando a base da República. Eu sou um Procurador

## *Supremo Tribunal Federal*

da República, a República é algo pelo qual procuramos, e isso para nós fere, mortalmente, a nossa alma.

E, por encerrar, o mais patológico da quebra da universalidade, pensemos na justiça. Será que não é possível a quem pagar, por diferença de classe, começar a sua causa diretamente num tribunal? Por que começar por uma vara, assoberbada, com um juiz cheio de processos, uma pauta repleta? Isso é o posto de saúde, essa é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Por que não, para quem pode pagar, ter uma vara eletrônica, um juiz exclusivo? Quem pode pagar tem, no sistema de Justiça, a arbitragem, que é um sistema privado para isso. Mas quando o Estado deve compor conflitos, ele compõe num sistema público, universal e igualitário, onde as posses não fazem diferença. Porque este mesmo Estado, quando tem o dever constitucional de prestar saúde, pode permitir que a uns se dê um tipo de prestação, e a outros, pela sua capacidade de pagamento, se dê uma outra prestação? Então, como nós, da Justiça, trafegamos em bases universais e igualitárias, o Ministério Público, porque republicano, acredita que esta Corte deve, neste momento, ter muito zelo, não apenas sobre como vai a saúde, como vão os hospitais, qual é a remuneração dos médicos, qual é o financiamento sempre escasso em todo o mundo para a saúde, mas a

## *Supremo Tribunal Federal*

discussão aqui é: Qual é a relação que existe entre o Estado e as prestações republicanas a todos os cidadãos?

Todos são iguais perante a lei e perante a dor. A dor da falta de saúde é idêntica, e não é possível que, quando o Estado se responsabilize por isso, a capacidade de pagamento de alguém possa produzir qualquer diferença. Todos somos iguais, e, se sim, se deve e se deseja adquirir saúde à base em pagamento, a Constituição diz: existe um sistema privado puro, dirija-se a ele. Mas não permitamos que o sistema de saúde seja discriminatório, preconceituoso e criador de privilégios, fazendo com que aqueles que podem pagar tenham do Estado prestações diversas daqueles que não podem pagar.

Muito obrigado, Senhor Presidente.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. Humberto Medeiros.

Na continuação, para falar pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, que é recorrente neste processo, convido o Dr. Cláudio Balduino Souto Franzen, médico fisiatra, conselheiro do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Vossa Senhoria tem a palavra e pode fazer uso da

## *Supremo Tribunal Federal*

tribuna. Aproveito a oportunidade para lembrar a todos que a TV Justiça está transmitindo ao vivo esta Audiência Pública para todo o país, e também, pela internet, para todo o mundo.

O SENHOR CLÁUDIO BALDUINO SOUTO FRANZEN  
(CONSELHO FEDERAL E REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL) - Senhor Ministro Dias Toffoli; Senhora Ministra Rosa Weber; Senhor Procurador-Geral, Roberto Medeiros; Advogado-Geral, Luís Inácio Lucena Adams; os senhores expositores que farão o uso da palavra; público presente; meus senhores e minhas senhoras.

O Conselho Regional de Medicina vem, nesta sessão, para discutir um assunto fático, real, não ideológico, e vou tentar colocar isso de uma forma bem clara. Primeiro lugar, quero dizer que não tenho nenhum tipo de conflito pessoal com a matéria; sou médico, atendo eminentemente em ambulatório, não sou proprietário de hospital, logo, não estou aqui defendendo interesse pessoal, estou defendendo, sim, aqui, aquilo que nós, do Estado do Rio Grande do Sul, entendemos como válido.

Talvez, o Estado do Rio Grande do Sul tenha peculiaridades não tanto comuns a outros Estados, mas no Rio Grande do Sul o que temos, em termos de hospitais públicos, entendidos como hospitais mantidos pelo



## *Supremo Tribunal Federal*

poder público, é um número muito inferior àquele que consta como hospitais filantrópicos e hospitais privados. A saúde do Rio Grande do Sul é eminentemente prestada pelos hospitais privados, pelas santas casas de misericórdia; temos alguns hospitais nas grandes cidades: Porto Alegre, Hospital do Grupo Conceição, onde se atende integralmente o Sistema Único de Saúde.

O termo "diferença de classe" é, em si, preconceituoso. E eu queria, então, pelo menos dar a ideia de que o que nós estamos defendendo é o direito, a opção em internar-se em condições melhores do que aquelas que o Sistema Único está oferecendo, pela sua baixa remuneração, aos hospitais privados. Esta matéria diz respeito exclusivamente a hospitais privados e a santas casas, não diz respeito a hospital público. Hospital público tem orçamento próprio, os médicos são contratados, recebem salários. Nos hospitais privados e nas santas casas, a verba, que é utilizada para poder prestar a assistência, vem do Sistema Único, daquilo que o Sistema Único paga. E aquilo que o Sistema Único paga é absolutamente inferior àquilo que custa a assistência. Então nós temos que falar de coisas bem objetivas e não discutir - pelo menos na minha parte - questões ideológicas.

## *Supremo Tribunal Federal*

Qual o melhor sistema de saúde? É óbvio que, para todos nós, o ideal seria que tivéssemos a assistência do Sírio Libanês sem pagar nada, mas esta não é a realidade do Brasil. Nós precisamos botar os pés no chão e verificar o que está acontecendo. Eu pediria que começasse a passar os *slides*. Nós vamos passar algumas fotografias de locais onde os segurados do Sistema Único, os cidadãos brasileiros são atendidos. Aí, nós temos uma sala de espera onde está a população aguardando para ser atendida.

Os dados importantes do CNES: 123 mil leitos foram desativados desde 2010, média de 10 desativações por dia. As áreas mais prejudicadas são: a psiquiatria, com 7.449 leitos; a pediatria, com 5.992 leitos; a obstetrícia, com 3.431 leitos e a cirurgia geral com 340 leitos.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Esses dados são referentes a que âmbito? Nacional?

**O SENHOR CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN**  
(CONSELHO FEDERAL E REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL) - 2010. Recente.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Não, não. A abrangência geográfica é nacional?

## *Supremo Tribunal Federal*

O SENHOR CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN  
(CONSELHO FEDERAL E REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL) - Esses números são tirados do Ministério da Saúde,  
recentemente.

Aqui, nós temos enfermarias onde vemos paciente sendo  
atendido em maca, no chão, em diferentes acomodações.

Do orçamento da União, temos R\$ 47,3 bilhões gastos com  
investimentos pelo Governo Federal; 8,2% desse valor foram destinados ao  
Ministério da Saúde. Dos 9,4 bilhões disponíveis, apenas 3,9 bilhões foram  
gastos. De cada dez reais previstos, são gastos somente quatro reais, ou seja,  
aquilo que se diz, que o Sistema Único não tem dinheiro, não corresponde ao  
orçamento do Ministério da Saúde.

Aqui mais uma tomada de uma enfermaria, onde se vê  
pacientes sentados, pacientes em maca, num aglomerado de pessoas, em  
situação que nada nos orgulha como cidadão.

O relatório recente do Tribunal de Contas da União, que foi  
ontem citado pelo programa do Fantástico, chegou às seguintes conclusões: há  
insuficiência de leitos, superlotação nas emergências hospitalares, carência de  
profissionais de saúde, desigualdade na distribuição de médicos no país, falta

## *Supremo Tribunal Federal*

de medicamentos e insumos hospitalares, carência de equipamentos ou equipamentos obsoletos, inadequada estrutura física, insuficiência de recursos de tecnologia e informação.

Aqui, eu peço desculpas por apresentar esta imagem, mas isto é fático. Aqui nós estamos vendo um cidadão, nu, sentado numa lixeira, fazendo as suas necessidades, dentro de uma enfermaria. Lá no canto se vê uma paciente do sexo feminino no mesmo ambiente. Isto é cidadania?

De acordo com o Tribunal de Contas da União temos que 64% de 116 hospitais visitados apresentam taxa de ocupação de emergência maior do que a capacidade prevista, em 19%. Tal situação ocorre com alguma frequência. Em menos de 6% não ocorre essa superlotação.

Aqui mais uma foto de uma enfermaria. Vejam que tem aqui três profissionais de saúde, médicos ou enfermeiros, atendendo a uma enorme quantidade de pacientes. Obviamente, essas médicas não podem passar a mão na cabeça do doente ou bater nas costas, e isso ser considerado como algo positivo, como se pretende colocar, como pretendeu a senhora Presidenta da República colocar, recentemente, em total desrespeito à categoria médica deste país. É assim que os médicos estão trabalhando, nestas condições.

## *Supremo Tribunal Federal*

Aqui nós temos uma evolução no Rio Grande do Sul. Em 1993, nós tínhamos vinte mil médicos. Agora, em 2003, trinta e nove, quase quarenta. Ou seja, dobrou o número de médicos no Rio Grande do Sul. A população do Rio Grande do Sul não dobrou. Portanto, não há falta de médicos, temos médicos em número suficiente para atender à população brasileira.

Fazer que a população acredite que nove mil intercambistas atenderam, em seis meses, 48 milhões de pessoas, ou 48 milhões de atendimentos, enquanto temos 400 mil médicos, quantos pacientes, então, tem o Brasil? Será que a população brasileira tem mais de 200 milhões de habitantes? Talvez 1 bilhão? Ou será que toda a população brasileira é doente e, como tal, passa dez vezes pelos recursos de saúde? Algo não está correto.

Aqui mais uma tomada, onde se vê doentes de diferentes sexos, em macas, em locais inapropriados, em corredores.

De 93 a 2014, tivemos uma diminuição de 32,4% do número de leitos do SUS. Em 93 tínhamos 35.061, já, em 2014, temos 23.683 leitos. As especialidades mais atingidas foram: cirurgia, clínica, obstetrícia, pediatria, doentes crônicos, psiquiatria e pneumologia.

## *Supremo Tribunal Federal*

Aqui, uma tomada da cidade de Aracaju. Verifiquem as condições em que esses doentes estão sendo atendidos.

A internação hospitalar na modalidade 'diferença de classe' consiste na possibilidade de optar por melhores acomodações e o tratamento médico dentro do Sistema Único de Saúde, com o pagamento da diferença de custos.

Mais uma tomada de situações das enfermarias dos hospitais brasileiros.

Direito de o paciente escolher o médico de sua confiança para ser hospitalizado. Isto é um dogma que vem desde o tempo de Hipócrates, e o sistema pretende acabar. Ou seja, a pessoa é obrigada a ir num posto de saúde, para depois ser internada no Hospital. Ela vai aguardar num posto de saúde a sua vez de ser atendida, que não é na hora, que demora às vezes dias ou meses, e, depois, se for necessário consultar um especialista, ficará dois, três ou mais anos esperando a consulta. Isto é prática diária, é de quem atende o Sistema Único de Saúde, isso não é história.

Aqui mais um ambiente, um corredor onde as pessoas estão na maca.

Hoje o paciente que utiliza o Sistema Único de Saúde e tem plano de saúde, o Sistema Único de Saúde cobra do plano de saúde as despesas. Nesta linha de questionamentos: Qual o motivo de não ser possível ao paciente pagar

## *Supremo Tribunal Federal*

direto ao hospital? Ou seja, é admissível que através do plano de saúde o paciente, o cidadão, pague a internação que foi realizada pelo SUS. Agora, ele diretamente não pode pagar. Há um estímulo para que se aumente, se empurre a população brasileira para os planos de saúde?

Aqui mais uma tomada. Outra tomada.

A atual situação do SUS fez crescer a procura pelos planos de saúde, estes se tornam cada vez mais inacessíveis ao cidadão. Isto é uma realidade: os planos de saúde cada vez mais se tornam caros e a população brasileira não aguenta. Nós estamos empurrando a população brasileira para os planos de saúde, ao invés de criar um sistema que possa permitir que as pessoas que tenham algum poder aquisitivo paguem pelo atendimento utilizando o Sistema Único de Saúde.

Mais uma tomada aqui: um parto realizado num ambiente com vários pacientes, no chão, apenas com um lençol.

Gostaria de colocar também alguns dados que obtive com o Dr. Júlio Matos da Santa Casa de Porto Alegre. Vejam o quanto paga o Sistema Único de Saúde e quanto custa para a Santa Casa prestar assistência: insuficiência respiratória aguda, o custo é de R\$ 4.517,85 (isto é contabilidade, isto é real), e a tabela paga R\$ 480,87; pneumopatias agudas, o custo é de R\$

## *Supremo Tribunal Federal*

2.869, 00, ela recebe R\$ 582,00; colecistectomia por vídeo, custo de R\$ 1.800,00 e recebe R\$ 600,00; apendicectomia, gasta R\$ 1.700,00 e recebe R\$ 414,00. E por assim vai, tá? Diária de UTI: gasta R\$ 1.331,31 e recebe R\$ 508,00.

Como é que vai suportar essa instituição este déficit? Com esta modalidade que nós estamos propondo, teria um aporte de recursos que certamente seria utilizado para todos os cidadãos que procuram a Santa Casa. No entanto, esta dita proibição, em cima de questões ideológicas, faz com que santas casas do Brasil estejam quebradas, e hospitais de todo o Estado do Rio Grande do Sul já tenham fechado. De 497 hospitais que tínhamos no início da década de 90, hoje temos 330 hospitais. Foram fechados 167 hospitais neste período de vinte anos, no período em que o Sistema Único de Saúde foi instituído.

Eu sei que meu tempo está estourado, então vou tentar colocar mais umas questões rapidamente.

A autonomia do médico é basilar na relação médico/paciente, fundamento da medicina desde Hipócrates. Isonomia e atenção igualitária são direitos da cidadania, não podendo ser cerceadas por medidas administrativas infraconstitucionais, isto é fazer diferença, esta é a diferença. Proibir que o cidadão que tenha condições de se internar numa



## *Supremo Tribunal Federal*

acomodação um pouco melhor do que aquelas que eu mostrei ali não possa, isto é tirar o direito de cidadania. Obrigar o paciente a se sujeitar a ser atendido pelo médico com o qual não tem relação de confiança é uma agressão à cidadania. O SUS real não é o SUS idealizado.

A participação do usuário no sistema permitirá aporte de recursos, que poderá melhorar a condição de atendimento nas enfermarias, o acesso universal à saúde é direito constitucional do cidadão, não podendo ser cerceado por medidas administrativas. Priorizar o atendimento ambulatorial, como ontem foi dito no programa Fantástico, por uma autoridade do Ministério da Saúde, dizendo que o objetivo do Sistema Único de Saúde é o atendimento ambulatorial, o que não discordamos, que seja um caminho. Agora, a doença vai continuar existindo, as pessoas vão ter doenças que precisam ser internadas, as pessoas terão necessidade de se submeter a cirurgia. Então, não é válido simplesmente dizer que o Sistema está indo num sentido de todos os outros países, segundo disse ontem o Dr. Fausto, de seguir esse caminho de priorizar o ambulatório.

A rede não pode ser sucateada para defender tese ideológica, desprovida de comprovação prática. As ações civis públicas do CREMESC tiveram os recursos extraordinários providos por esta Casa, pelo

## *Supremo Tribunal Federal*

Supremo Tribunal Federal. Agora, por conta de agravos, estão aguardando decisão final, como por exemplo, os julgados pela Ministra Cármen Lúcia e pelo Ministro Ayres Britto. Além disso, o CREMESC obteve provimento, em decisão transitada em julgado, cujo relator foi o Ministro Celso de Mello.

Por derradeiro, enfatizo que o que se pretende é priorizar a dignidade do brasileiro, oferecendo acesso a políticas públicas, efetivamente de qualidade. Espero que o Supremo Tribunal Federal assuma o seu papel de guardião da Constituição e da dignidade do ser humano.

Muito obrigado.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. Cláudio Franzen. Para falar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, convido o Dr. André Longo Araújo de Melo, Diretor-Presidente da ANS.

**O SENHOR ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)** – Boa tarde a todos, boa-tarde a todas, Excelentíssimo Senhor Ministro do Supremo Tribunal Federal, Dias Toffoli, Relator deste Recurso Extraordinário; Excelentíssima Senhora Ministra do Supremo Tribunal Federal, Ministra Rosa Weber; Excelentíssimo Senhor Procurador-Geral da República, Humberto Jacques de

## *Supremo Tribunal Federal*

Medeiros; demais autoridades presentes, expositores, aqui, a quem eu cumprimento, gostaria de agradecer a oportunidade para estar aqui. É uma grande satisfação poder contribuir com um tema tão relevante, um tema de repercussão geral e social, qual seja, a diferença de classe no internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde.

Apresentando-me, inicialmente, eu sou médico cardiologista, sou ex-presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco, ex-presidente do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, fui médico da Secretaria Estadual de saúde no Estado de Pernambuco, fui médico de entidades filantrópicas, também no Estado de Pernambuco. E em várias outras funções tive a oportunidade de conviver com a realidade social e com a atual situação da assistência à saúde no nosso país.

Eu acho que, inicialmente, como bem fez o Subprocurador-Geral da República, acho que é importante a gente ter um pouco da história de como se apresenta esse sistema de saúde no Brasil. Então, nós creditamos a origem dos planos de saúde no Brasil a um movimento que surgiu nos anos 40 e 50, que foi baseado na captação de recursos de empresas e empregadoras e de seus empregados, com a criação das chamadas CAPs, Caixas de Aposentadoria e Pensão, e pelos IAPs, Institutos de Aposentadoria e Pensão.

## *Supremo Tribunal Federal*

Esses eram organizados por categorias profissionais e destinados apenas aos trabalhadores formais e urbanos, ficando excluídos aqueles que eram os informais e os rurais.

A partir de meados da década de 60, foi dada nova conformidade aos denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas, mediados pela Previdência Social. Nas décadas de 60 e 70, surge então as redes de serviços privados, contratadas pelo Estado, e as instituições privadas, permanecendo, ainda, diferentes regimes de atendimento, tanto no âmbito da Previdência Social - que mantinha mecanismos de contratação e financiamento de serviços para os trabalhadores rurais - quanto os esquemas de assistência alternativos. Um mesmo hospital poderia destinar acomodações diferentes para trabalhadores urbanos e rurais, e destinar quartos particulares e acompanhamento de médicos escolhidos pelos clientes para os que efetuassem pagamento adicional ou suplementar.

No final da década de 80, houve grande aumento do número de pessoas com planos de saúde, mas, já nos anos 90, a realidade ficou clara: as operadoras eram precariamente estruturadas, algumas ainda são; os planos tinham coberturas restritivas, com limites de número de consultas ou

dias de internação, e os aumentos abusivos nos contratos eram alguns dos graves problemas frequentes naquela época.

O Código de Defesa do Consumidor, então recém-promulgado, ajudou a impulsionar os anseios da sociedade pelo fim de tais práticas abusivas dos planos. Mais para o fim da década de 90, após intenso debate legislativo e participação da sociedade, foi aprovada então a Lei nº 9.656 de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. E, em seguida, no ano de 2000 - há quinze anos, vamos completar quinze anos agora em janeiro -, surge a Lei nº 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território Nacional na regulação, normatização, controle e fiscalização das operadoras de planos de saúde.

Dentre os diversos avanços a partir das Leis nº 9.656 e 9.961, podemos ressaltar: 1) a proibição ou o impedimento de acesso de quaisquer pessoas aos planos de saúde, especialmente em razão de idade e doença; 2) a definição dos procedimentos de cobertura mínima obrigatória, de acordo com a segmentação contratada; 3) a definição das segmentações, ambulatorial ou hospitalar, a serem contratadas pelos beneficiários; 4) o estabelecimento de regras para a utilização de mecanismos que pudessem impedir o acesso dos

## *Supremo Tribunal Federal*

beneficiários às coberturas assistenciais contratadas; 5) uma regulamentação específica para as doenças e as lesões preexistentes; 6) a definição de regras para o ressarcimento ao SUS.

Hoje, Senhoras e Senhores, temos 50,3 milhões de pessoas com planos de assistência médica no Brasil, aproximadamente 25,9% da população brasileira. As operadoras de planos de saúde movimentam cerca de 108,1 bilhões de reais na economia e empregam algo em torno de 4,2 milhões de pessoas. Diretamente na assistência à saúde dos beneficiários, são empregados mais de 90 bilhões de reais em mais de 1 bilhão de procedimentos realizados anualmente, como no pagamento de mais de 260 milhões de consultas e mais de 8 milhões de internações hospitalares. Esta é a dimensão da saúde suplementar, que pelo seu tamanho e importância hoje é parte significativa do nosso sistema de saúde brasileiro.

Entre os principais focos de atuação da ANS estão o aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde, o incentivo à qualidade da prestação do serviço praticado pelas operadoras, a integração com o SUS, incluindo a construção aí de um registro eletrônico em saúde, e o incremento da cobrança dos valores devidos pelas operadoras ao SUS. É lei e a ANS tem

se esforçado cada vez mais para exigir das operadoras o pagamento do ressarcimento ao SUS.

É importante destacar também a enorme responsabilidade que temos na ANS na disseminação de informações que sejam úteis aos beneficiários de planos de saúde, que os auxiliem na escolha desses planos e no conhecimento e na defesa dos seus direitos, tanto contratuais como legais.

Nessa linha, as operadoras têm sido incentivadas a oferecerem programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças, com o objetivo de adotar práticas cuidadoras que envolvam atenção à saúde de forma integral. Atuar de forma integral na atenção à saúde significa também articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde. O sistema de saúde brasileiro é formado hoje pelo maior sistema público de saúde do mundo e pelo segundo maior setor de planos de saúde do mundo.

O Ministério da Saúde vem, com Agência Nacional de Saúde Suplementar, enfrentando o desafio de procurar harmonizar todas forças envolvidas na atenção à saúde no país. E para harmonizar essa complexa formação, é fundamental que tenhamos informação, uma das

questões que pode ficar ameaçada com o prosperar dessa prática da diferença de classe.

Uma das maiores conquistas da regulação dos planos de saúde é que agora o Ministério da Saúde dispõe de informações sobre o mercado de saúde suplementar: internações, consultas, exames, todos os eventos que ocorram na saúde suplementar. Inclusive, quando há internação de usuário, fazemos a cobrança do chamado ressarcimento.

A possibilidade de se criar um novo híbrido, como assim temos chamado na Agência, público/privado no atendimento ao SUS irá dificultar a possibilidade de construção de um sistema brasileiro cada vez mais integrado e justo, além de ameaçar colocar por terra tudo o que se faz hoje, com muito maior sucesso, na cobrança do ressarcimento ao SUS.

Os últimos três anos, só para dar um exemplo, a Agência conseguiu arrecadar mais de 325 milhões das operadoras, mais do que em uma década anterior. Então, a agência tem aperfeiçoado o seu processo de cobrança do ressarcimento ao SUS.

Além disso, a diferença de classes, em tela, se dará da pior forma. A nosso ver, irá aumentar a iniquidade, na medida que apoiará a



iniciativa de dar mais leitos a quem pagar mais, e não àquele que necessita de maior atenção.

Conhecemos o artigo 196 da Constituição Federal, ele expressa que 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 a sua promoção, proteção e recuperação. Esse artigo 196 combinado com o princípio de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, dispostos no artigo 5º da nossa Constituição Cidadã, fundamenta inequivocamente a rejeição de qualquer iniciativa que estabeleça diferente tratamento entre os cidadãos que o utilizam o Sistema Único de Saúde.

Outros fundamentos ainda podem contribuir para a rejeição dessa proposta. A Lei Orgânica da Saúde reitera os princípios da reforma sanitária e expressa os avanços conquistados na Constituição de 88, com destaque para o acesso universal e a igualdade na atenção à saúde. E o próprio artigo 199 da Constituição Federal, que consagrou a liberdade da iniciativa privada, possibilitando o acesso dos cidadãos que possuem recursos próprios e queiram contratar, ou diretamente ou por meio de um plano de saúde, os serviços privados de saúde. Ou seja, aos que buscarem o serviço público, este é

universal e de igualitário acesso; aos que buscarem o serviço privado, este é oferecido conforme o que foi contratado e, no caso dos planos de saúde, soma-se o que é estabelecido pela lei e pela ANS.

Por se tratar de sistema com financiamento público e uma função social estipulada em lei, o Sistema Único de Saúde deve garantir acesso universal a todos os cidadãos. E este acesso universal a serviços de saúde pública é garantido na rede pública de saúde, bem como na rede privada credenciada junto ao poder público para atendimento ao SUS, às custas integrais pelo Estado, de forma complementar, quando for o caso, assim diz o artigo 24 da Lei nº 8.080/90.

Permitir a diferença de classes prosperar dentro de uma unidade assistencial pública é aprofundar a desigualdade entre os cidadãos, agravando a situação do acesso à saúde e permitindo a seleção de indivíduos de acordo com o poder econômico, em detrimento dos menos favorecidos, o que seria, sem dúvida, um retrocesso em termos dos direitos sociais.

O SUS deve continuar, portanto, sendo construído, calcado no direito à saúde, sem, absolutamente, nenhuma distinção de classe social, muito menos o prejuízo deliberado de pessoas com menor ou nenhum poder

## *Supremo Tribunal Federal*

econômico. Essa construção deve buscar uma atenção à saúde eficaz, eficiente, de qualidade, sem retrocesso dos direitos já conquistados.

Em suma, concluindo, diante do exposto, acredito firmemente, não somente como Diretor-Presidente da ANS, mas também como médico, como cidadão brasileiro, que deve ser rejeitada, senhores, qualquer proposta que estabeleça classes, ou subclasses, no atendimento entre cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Muito obrigado.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. André Araújo de Melo, da ANS.

Pelo Estado do Rio Grande do Sul, que também é parte no processo, falará Sua Excelência a Senhora Doutora Fabrícia Boscaini, procuradora do Estado e dirigente da equipe de saúde da Procuradoria do Domínio Público Estadual da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul.

**A SENHORA FABRÍCIA BOSCAINI (PROCURADORA DO ESTADO)** - Excelentíssimo Senhor Presidente Ministro Dias Toffoli, Excelentíssima Ministra Rosa Weber, demais autoridades, senhoras e senhores.

## *Supremo Tribunal Federal*

O Estado do Rio Grande do Sul parabeniza a iniciativa do Ministro em promover esta Audiência Pública, oportunizando manifestação a representantes do poder público, de entidades de classe, de órgãos de representação social e também de profissionais da área da saúde, para discutir temas tão importantes como a diferença de classe e a não sujeição à triagem-unidades da rede pública de saúde, pois, se acolhido o pedido, como formulado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, isso significará o fim do Sistema Único de Saúde como consagrado na Constituição Federal de 1988.

Ao longo dessa breve exposição, abordarei quatro pontos: o primeiro consiste na delimitação do que exatamente está sendo postulado pelo CREMERS nesta Ação Civil Pública; o segundo ponto é como o Supremo Tribunal Federal tem enfrentado a matéria referente à diferença de classe, e, principalmente, em relação à aplicação de precedentes que não guardam, repito, não guardam relação com a Ação Coletiva; terceiro ponto, e de suma importância, a consagração constitucional do direito fundamental à saúde, a institucionalização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal e os seus princípios basilares - universalidade e igualdade. E, por último, quais são

## *Supremo Tribunal Federal*

os efeitos práticos decorrentes da diferença de classe e também da não sujeição à triagem-unidades da rede pública de saúde.

Bom, o primeiro ponto é delimitar exatamente o que o CREMERS está postulando nessa Ação Civil Pública. O primeiro pedido é para obter autorização judicial, para que qualquer paciente, independentemente do seu quadro clínico, possa optar por acomodações diversas das oferecidas pelo Sistema Único de Saúde fazendo pagamento de uma complementação. O outro pedido formulado pelo CREMERS é o reconhecimento do direito à escolha de médico da sua confiança, e a partir daí, também, fazer o pagamento dessa diferença de honorários médicos. E o terceiro pedido é acesso aos leitos do Sistema Único de Saúde mediante solicitação de baixa do médico da sua confiança, do médico particular, sem que a internação dependa de triagem realizada nas unidades de atendimento da rede pública de saúde.

Muito se tem sustentado que o Supremo Tribunal Federal acolhe a diferença de classe, no entanto, os primeiros julgamentos que foram aqui proferidos sobre a matéria envolviam demandas individuais, em que o quadro clínico do paciente justificava uma internação diferente das recomendações oferecidas pelo Sistema Único de Saúde.

## *Supremo Tribunal Federal*

O primeiro julgamento foi em 1999, da relatoria do Excelentíssimo Ministro Ilmar Galvão, de número 226.835. No caso, se discutia a necessidade de uma internação, em quarto privativo, para a proteção do paciente que tinha leucemia mieloide aguda. Portanto, naquele momento, se discutia um caso específico com uma necessidade médica, e não uma demanda a qualquer cidadão. Essa diferença de opção de classe sem qualquer questão médica que a justificasse.

O segundo julgamento foi proferido logo após, em 2001, tendo atuado como Relator o excelentíssimo Ministro Moreira Alves. A situação se repetiu. Também era uma necessidade médica, que justificava acomodações diversas das oferecidas pela rede pública de saúde. No caso, o paciente tinha colectomia total por colite isquêmica. Bom, e assim se seguiram outros julgamentos individuais.

A grande questão é que esses julgamentos individuais, que partiram de um contexto fático completamente diverso, acabaram servindo de base para julgamentos de ações coletivas propostas pelo CREMERS, que busca, de forma ampla e irrestrita, o reconhecimento do direito à opção da diferença de classe para qualquer paciente, independente do seu quadro

clínico, independente de ser uma necessidade médica. São situações completamente distintas.

Agora, o que está em discussão é o direito a ser assegurado a todos os usuários do Sistema Único de Saúde e as consequências advindas desse reconhecimento. Pela primeira vez, este tema, em toda a sua complexidade, em toda a sua abrangência, de forma objetiva, com amplo debate e uma análise crítica e, principalmente, oportunizando-se a manifestação a diversos segmentos da sociedade, além da coleta de informações sobre o impacto da diferença de classe no Sistema Único de Saúde, pela primeira vez, isso ganha quórum. Portanto, os julgamentos anteriores, ainda que mencionem a diferença de classe, não enfrentam o tema como posto pelo CREMERS. É a primeira vez que o tema "diferença de classe" está sendo abordado na sua extensão coletiva. E esta distinção, ela é muito importante no julgamento da repercussão geral.

E uma última consideração em relação aos julgamentos individuais. Nem mesmo uma demanda individual pela diferença de classe, hoje, se justifica. O paciente, que houver uma necessidade médica, ele tem direito e o SUS tem a obrigação de fornecer este atendimento sem o pagamento de qualquer complemento adicional.

## *Supremo Tribunal Federal*

Prosseguindo. Agora, no mês de maio, eu tive a oportunidade de participar da Primeira Jornada de Direito à Saúde, promovida pelo Conselho Nacional de Justiça, e tive o privilégio de ouvir a abertura, a palestra de abertura proferida pela Professora Sueli Dallari.

A Professora destacou, como um elemento muito importante na concretização da saúde como um direito de todos, a chamada democracia sanitária, que resulta da democracia participativa, consagrada pela participação popular, a participação do povo na construção e fiscalização das políticas públicas de saúde. Aliás, a participação da comunidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, estando consagrada no artigo 198, II, da Constituição Federal.

E por que se destaca e ganha importância esse ponto específico? Por que falar da democracia direta? Porque a institucionalização do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 88, parte da base da sociedade. Da sociedade organizada, dos movimentos sociais, que iniciaram esse debate, se rebelaram contra o sistema até então vigente, o sistema anterior, que era excludente, desigual e perverso e começaram a construir um novo sistema de saúde. E não à toa, muitas das recomendações da 8ª Conferência Nacional da Saúde, que ocorreu em 1986 - prévia, então, à Constituição de 88, que teve a



participação de amplos segmentos da sociedade, especialmente da população - , serviram de parâmetro para as normas que acabaram regulamentando o Sistema Único de Saúde na Constituição Federal. Portanto, quando o artigo 196 da Constituição Federal coloca como princípios basilares, estruturais do Sistema Único de Saúde, o acesso universal e igualitário às ações de saúde, ele está dizendo que a sociedade brasileira quis, e quer, um sistema público de saúde, que a toda pessoa seja livre o acesso, e de forma igualitária em todos os níveis de complexidade sem distinção de qualquer espécie, de qualquer natureza, pouco importando o grau de instrução, o poder econômico, a cor da pele, o gênero, a classe social. Enfim, um sistema que a todos acolha e com igualdade.

Seguindo essa linha argumentativa, há que se destacar a dimensão objetiva do direito à saúde, que ganhou densidade com a institucionalização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 88, passando o SUS a ter proteção constitucional. Isso significa dizer que o SUS assumiu a verdadeira característica de garantia institucional fundamental ao ser regulamentado, na Constituição de 88, ao romper com modelos anteriores excludentes e ineficientes, que só garantiam assistência aos trabalhadores com vínculo formal e seus dependentes, e o resultar de reivindicações feitas pela

sociedade civil organizada, especialmente do Movimento Sanitarista. Portanto, à população brasileira é assegurado o direito ao Sistema Único de Saúde, conforme estabelecido na ordem jurídica constitucional. Qualquer medida que vise abolir o Sistema Único de Saúde, enfraquecê-lo, esvaziar ou atingir os seus princípios deve ser considerada inconstitucional e duramente combatida. Essas seriam razões mais do que suficientes para afastar o que está sendo aqui postulado pelo CREMERS. Mas precisamos ter uma ideia da dimensão fática do que representa a diferença de classe e a não sujeição à triagem em unidades da rede pública de saúde.

A primeira e inequívoca consequência da adoção da diferença de classe é que o SUS deixará de ser um sistema de inclusão social para virar um sistema de desconto, em favor justamente da parcela mais favorecida da população em detrimento dos menos privilegiados economicamente. O SUS acabará virando o plano básico para os demais planos de saúde, pois o paciente poderá ingressar na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde, o SUS suporta o custo pesado dessa internação pagando procedimentos, exames, medicamentos e demais serviços necessários, e o plano assume tão-somente a diferença da acomodação, a diferença dos honorários médicos. Pensemos: Por que pagar um plano de saúde se eu posso

ingressar na rede de atendimento, a rede credenciada ao Sistema Único de Saúde? A partir da baixa solicitada pelo médico particular, sem se submeter à triagem na Unidade da rede pública de saúde, e o plano de saúde vai pagar apenas a diferença de acomodação, seja para o hospital ou a diferença de honorários, seja para o médico - o grosso, o SUS continua pagando.

O SUS não foi criado para isso. E quanto à afirmação de que haverá liberação de leitos, adotada a diferença de classe? Essa afirmação não procede. Paciente que ingressa no SUS, ainda que venha optar por diferença de acomodação, ele permanece no SUS até o final. O paciente que ingressa no Sistema, ele ingressa a partir de uma autorização de internação hospitalar. E, até o final, essa autorização hospitalar fica vinculada a ele; portanto, não se liberam leitos. Essa afirmação não corresponde à verdade.

Outra consequência, caso procedente essa ação, é a legalização do chamado "fura fila". Caso acolhido, o pedido de que o paciente possa ingressar no Sistema Único de Saúde, sem passar pela triagem da rede pública, sem passar pela triagem dos médicos credenciados ao Sistema Único de Saúde. Para bem demonstrar o que estou aqui a dizer, vamos tratar um pouquinho da regulação de acesso na assistência hospitalar.

Na prática, a regulação de acesso, ela é feita pelo médico regulador. Esse profissional, ele detém todas as informações sobre a rede de atendimento, a capacidade instalada, as especialidades e profissionais habilitados e a disponibilidade tecnológica de cada serviço. De posse dessas informações, o médico regulador avalia as necessidades do paciente e decide, a partir de protocolos clínicos, na classificação de riscos e demais critérios de priorização, quando e onde o paciente será atendido. O médico regulador concentra as informações. Ele tem conhecimento do quadro clínico de todos os pacientes que precisam de atendimento. Por isso é tão importante o ingresso no Sistema Único de Saúde, a partir da avaliação do médico credenciado ao SUS. No SUS, não há um único caso de urgência ou emergência. Só no Estado do Rio Grande do Sul, por mês, são realizadas 60 mil internações hospitalares; por ano, ultrapassamos 700 mil internações hospitalares.

Imaginemos: sem a presença do médico regulador, o gerenciamento dessa demanda frente à diversidade de casos, a presença constante e ininterrupta de casos de urgência e emergência e uma natural escassez dos serviços tanto na rede pública quanto na rede privada. Pois, muitas vezes, ainda que o gestor queira, não há leito privado para aquisição. O que aconteceria seria o seguinte: em uma emergência, lotada de pacientes

em atendimento pela rede pública de saúde, pelo SUS, em sua grande maioria, senão a totalidade, pessoas carentes e sem condições de suportar qualquer despesa médica, muitas vezes sem dinheiro para a passagem do ônibus, a prioridade de acesso seria dada para o paciente com melhores condições econômicas. Porque, com a requisição de baixa do seu médico particular, ele passa na frente de todos, enquanto que os menos afortunados permanecem aguardando atendimento. Ou seja, os pobres permanecem na fila e os mais afortunados ingressam diretamente no sistema.

O SUS não foi concebido para privilégios. O Sistema Único de Saúde é resultado de uma demanda social por universalidade, igualdade e gratuidade. Se existem problemas na área de financiamento, remuneração de pessoal e capacidade instalada, como aqui demonstrada, esses problemas devem ser discutidos e solucionados no foro apropriado. Mas esses problemas jamais podem justificar a quebra da isonomia e o tratamento com base em privilégios.

Não resta dúvida, portanto, que o SUS não sobrevive à diferença de classe. Se admitida, o Sistema Único de Saúde - como o conhecemos e o consagramos na Constituição Federal de 88, com acesso universal e igualitário, sem distinções de qualquer espécie ou natureza,

## *Supremo Tribunal Federal*

democrático e construído e mantido pela participação social - deixará de existir. Podemos formar qualquer outro meio de acesso ao direito à saúde, mas não o SUS.

Como consideração final, pondero que a presente demanda exige o enfrentamento menos ingênuo das questões debatidas. E há que se ter clareza quanto a eventuais interesses corporativos, que possam estar servindo de mote para a propositura desta ação e para justificar a diferença de classe.

Agradeço a atenção de todos.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço a colaboração da Dra. Fabrícia.

E, agora, em nome da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FNAES), ouviremos o Dr. Alexandre Venzon Zanetti, Coordenador Jurídico da Confederação Nacional de Saúde (CNS).

**O SENHOR ALEXANDRE VENZON ZANETTI (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS)** - Excelentíssimo Senhor Ministro-Presidente, muito boa-tarde! Excelentíssima Ministra Rosa Weber, conterrânea, muito boa-tarde! Eminentíssimo Procurador. Eu acho que nós não estamos, aqui, para discutir, hoje, uma mudança de política de saúde no País.

## *Supremo Tribunal Federal*

Assim como também não entendo, eu, como parte nessa Audiência Pública, não estou aqui para discutir como parte nessa ação. O que me favorece bastante, porque alguns senões, que foram tratados, aqui, antes, pelas partes, eu não preciso tratar com a profundidade ou com a veemência que eles defenderam aqui, por não ser parte na demanda.

Mas eu entendo que esta Casa de Justiça deve ponderar a questão constitucional. E não me parece que nós tenhamos que mudar todo o sistema de ingresso no Sistema Única de Saúde, pedindo desculpas pela redundância, ao aceitar a ideia de diferença de classe naquilo em que eu vim defender, nas questões relacionadas à diferença de hotelaria, porque represento os estabelecimentos de saúde, tanto pela Federação Nacional dos Estabelecimentos, como pela Confederação Nacional de Saúde.

Não me parece haver a necessidade de uma mudança tão radical por adotarmos o regime constitucional tal qual ele está escrito. Nada mais democrático a mim que a Constituição cidadã seja absorvida na sua totalidade. Se eu tenho direito à minha AIH, eu independo, para exercer esse direito, de ter mais ou menos condições. Se, por uma necessidade ou por uma possibilidade, eu possa obter uma localização melhor, mais adequada, mais ajustada a minha necessidade, mais confortável para minha família, por que,

## *Supremo Tribunal Federal*

para isso, por esta condição, eu tenho de abrir mão do meu direito constitucional, que é a minha AIH, que brilhantemente a doutora defendeu aqui, e eu acho que ela está absolutamente correta.

Se a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e todos são iguais perante a lei, eu me sinto igual a qualquer outro cidadão brasileiro e não acho justo que eu tenha que não usar o sistema público, mesmo que ele não seja aquele idealizado - a Doutora e eu concordamos que não estamos aqui discutindo um sistema fantástico, ou uma política de sistema idealizada, mas estamos aqui discutindo uma realidade. Por que eu tenho de abrir mão desse direito constitucional, se a minha Constituição dá esse direito? Não vejo por que modificar todo o sistema de ingresso no Sistema Único de Saúde para dar ao cidadão a possibilidade de, em caso de necessidade ou querer, ter uma acomodação melhor. Onde isso vai impactar o erário, se nenhum centavo a mais é cobrado?

Talvez não estivesse aí uma oportunidade de nós acabarmos com aquilo que foi mostrado aqui, essa crescente onda de fechamento de leitos que nós estamos enfrentando no país? Nós estamos vendo as instituições hospitalares, hoje, 55% em alguns setores e 90% do Sistema Único são trabalhados pelo setor privado - e filantrópico é um setor



## *Supremo Tribunal Federal*

privado, vamos deixar claro isso aqui -, nós estamos vendo que todo esse sistema de saúde está indo para a ruína por uma falta de financiamento adequado. E, na impossibilidade de tratar no foro adequado, porque nós não estamos encontrando guarida a essa reivindicação, à questão de financiamento, talvez esta seja uma saída, porque, se regrada, sem modificar todas as regras do sistema, mas regrada essa questão, que é a que eu vim comentar aqui, existe sim a possibilidade de agregar valor à internação que é realizada com a AIH, a que todo cidadão brasileiro tem direito. E com esta possibilidade nós aumentarmos o financiamento do sistema público e privado de saúde, porque quem paga o sistema privado, contratado o Sistema Único de Saúde, é o setor público.

Dessa forma, Excelências, membros presentes nesta Audiência Pública, eu entendo que não há nada mais democrático, primeiro, o debate, e, segundo, que um cidadão possa escolher o direito de poder usar um sistema que a ele é conferido pela Constituição Federal, mas que ele possa um pouco mais, sem, com isso, onerar o Poder Público, apenas ele, como cidadão.

Por essa razão eu entendo que o sistema não seria ferido de morte, como foi dito aqui, se essa possibilidade fosse aventada, desde que regrada. Não com o terrorismo que é feito no sentido de que o dirigente da

instituição que faz esse tipo de acerto - porque a Constituição não veda, e não há nenhuma lei que diga que não há essa possibilidade - vá para a cadeia, porque essa é a ameaça que os diretores dos hospitais acabam encontrando lá na ponta, lá no tratamento. Mas se isso for feito de uma forma regrada, de uma forma ordenada, isso sim pode, talvez, ajudar a salvar a saúde deste país, porque faz parte de vários e vários sistemas esse sistema híbrido, onde o sujeito pode usar sim o sistema que é garantido pelo Estado, mas que também possa complementar os valores para obter uma acomodação melhor daquela que é oferecida, de quatro a seis leitos, no caso de internação.

Acho que não se trata aqui - e o Doutor Júlio Matos talvez fale com mais propriedade que eu, depois - de questões de enfermagem, ou de questões de ingresso. Volto a repetir, parece-me que, aqui, a questão a ser tratada é uma questão referente à internação, porque este é o objeto que nós viemos tratar aqui e esta é a fatia do bolo que me parece adequada a esse tipo de possibilidade, não vedada nem pela Constituição, quando diz que o acesso é universal é igualitário, portanto é igual a mim também, e é universal porque também eu tenho esse direito, eu e qualquer outro cidadão, como vocês que estão aqui, e é um tratamento que também é assim denominado pelo artigo 5º da Constituição, onde diz que todos são iguais perante a lei.

## *Supremo Tribunal Federal*

Obrigado, Excelência.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. Alexandre.

Para falar pelo Conselho Nacional de Saúde, farão uso da palavra a Dra. Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho, e o Dr. Paulo Humberto Gomes da Silva, Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que dividirão o tempo de quinze minutos.

A SENHORA MARIA DO SOCORRO SOUZA (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE) - Boa-tarde! Em nome do Conselho Nacional de Saúde, cumprimento o Ministro Dias Toffoli, também a Ministra Rosa Weber e o Subprocurador Humberto Jacques. Aproveito a oportunidade também para cumprimentar os conselheiros estaduais de saúde que aqui se encontram, porque coincidentemente, uma boa coincidência Ministro e Ministra, teremos, aqui, cerca de dois mil conselheiros do Brasil inteiro, onde estaremos realizando a 18ª Plenária Nacional de Conselhos, que acontece periodicamente exatamente para estarmos analisando as conferências de saúde.

Queria dizer que estou na condição de Presidenta do Conselho, que é um colegiado composto por cento e quarenta e quatro

## *Supremo Tribunal Federal*

entidades nacionais, segmentos de trabalhadores da saúde, segmentos de gestores e prestadores de serviços no SUS e também usuários. E eu, no Conselho Nacional de Saúde, represento o subsegmento de trabalhadores rurais. Fui eleita, de uma forma democrática, até o período de 2015.

Para nós, é muito importante essa Audiência, primeiro, porque esta Casa é guardiã da Constituição Federal e também porque reforça a forma mais democrática que a sociedade brasileira tem construído, dentre outras, que são as audiências públicas. Nós não estamos, aqui, fazendo uma discussão ideológica, mas discutindo o papel do Estado e da sociedade em detrimento de interesses corporativos - isso é muito compreendido e muito definido para nós. Por esta razão, por ser o direito do usuário, a ampliação do direito do usuário no SUS o objeto central dessa Audiência Pública, esperávamos maior representação do segmento dos usuários nesta tribuna, trazendo as suas argumentações.

Queria colocar ainda que é muito importante audiências como essa, porque aproxima o Judiciário da sociedade, sobretudo num tema como é o direito à saúde, uma vez que não precisamos do Fantástico para discutir a nossa realidade. Nós vivemos, no dia a dia, a nossa realidade. Sou moradora de Valparaíso de Goiás, uma cidade que faz divisa com o Distrito

## *Supremo Tribunal Federal*

Federal, e sei exatamente as barreiras que enfrentamos para garantir o acesso igualitário, mesmo numa cidade vizinha da nossa capital federal.

Quero colocar que, para nós, discutir saúde, referenda exatamente o que as pesquisas têm colocado: 78% dos brasileiros colocam a saúde como principal problema do país e que deve ser enfrentado pelos gestores em todos os níveis. E essa pesquisa também se soma às mobilizações que o Brasil inteiro assistiu, e até muitos de nós participamos, no ano de 2013, ratificando que o caminho para superar a desigualdade de acesso ao SUS é um Estado mais forte, é a redistribuição da riqueza e não o avanço de privilégios. E, nesse sentido, queremos reafirmar que o maior apelo que a sociedade brasileira vem fazendo é de que o Estado seja provedor de serviços públicos de qualidade para todos.

Os debates aqui realizados e suas consequências não terão só uma repercussão para dentro do setor jurídico ou simplesmente para as outras instâncias também de decisão do Judiciário, para nós, esta Audiência Pública já está tendo repercussão para a sociedade. Inclusive, qualquer decisão que aqui tomamos, no caso os senhores que têm essa autoridade, trará impacto para mais de 150 milhões de brasileiros, porque, desse universo total de quase 200 milhões, 150 não têm planos de saúde, 150 dependem exclusivamente do

SUS para ter assistência. Então, qualquer decisão desta Casa não vai repercutir na vida só de um, de dois ou de casos específicos. Qualquer decisão irá abalar a vida de 150 milhões de brasileiros.

Portanto, instituir a diferença de classe é condenar este público que nós vimos aqui nas imagens projetadas por uma das entidades que nos antecederam, é exatamente condenar este público a ficar numa condição ainda mais crítica.

Os 150 milhões de brasileiros que dependem dos SUS como única forma de atendimento médico-hospitalar são principalmente os usuários do campo, da periferia das grandes cidades, famílias, sobretudo que têm como renda familiar mensal até 2 salários mínimos e que vivem em condições bastantes desiguais, quando a gente olha a conformação do SUS em diferentes regiões brasileiras.

Se a gente for falar de um SUS no Sul e no Sudeste, for falar no SUS no Norte, no Nordeste e no Centro-oeste, temos grandes diferenciações, porque a saúde também termina acompanhando as regiões mais desenvolvidas economicamente e tecnologicamente. Então, falar do SUS significa dizer que a gente enfrenta grandes desigualdades na sua conformação, quando a gente olha as diferentes regiões brasileiras.

## *Supremo Tribunal Federal*

Então, quero também destacar aqui que muitas indagações já vêm sendo feitas pela sociedade em torno deste tema e algumas pessoas já se colocam, expressam suas inseguranças. Nós temos o SUS como órgão público, portanto, não podemos admitir que haja tratamento diferenciado para alguns baseado no pagamento da diferença de custos pelo paciente. Nós, sociedade, já pagamos pelo SUS com nossas contribuições, de forma direta e de forma indireta. Então, para nós, essa lógica de pagar para além do que o Estado arrecada e deve redistribuir, pagar diretamente ao médico ou ao hospital, seria pagar duas vezes por um direito que nós temos garantido na nossa Constituição.

Ademais, a gente não pode admitir dois SUS e duas filas. Nós já temos, a muito custo, critérios que a gestão vem estabelecendo e que a sociedade começa a compreender como princípio de igualdade de acesso. Nós temos as triagens, que já tem um critério de preferências, condições preferências, idosos, gestantes, crianças. Já temos regras também de classificação de risco e nós temos também o processo de regulação. Se tem alguma questão que a gente tem que tratar melhor são as regras de regulação, porque em geral a população desconhece, porque o seu direito e a sua

## *Supremo Tribunal Federal*

condição em detrimento de outro não é prioridade, porque a regulação fica mais a critério de uma equipe médica, de uma equipe técnica.

O direito à saúde é garantido na Constituição mediante serviços e cuidados prestados pelo Estado e não deve ser concebido como crédito ou um abatimento nas custas médico-hospitalares para quem pode pagar essa diferença.

Para nós do controle social e nossa representação nos Conselhos de Saúde nas três esferas da Federação, a saúde é um direito fundamental com implicações diretas na qualidade de vida das pessoas e das comunidades; sendo, portanto, uma categoria chave para a construção do estado democrático de direito.

O SUS tem que ser compreendido e reafirmado nesta Casa como uma política social de relevância, e de relevância pública, segundo exatamente o que determina a Constituição Federal no seu artigo 197, e é financiada por toda a sociedade, ou seja, todos nós já financiamos o SUS.

Na concepção da seguridade social, a saúde está segmentada como um princípio de solidariedade. Quebrar este princípio para construir que outra regra, se a base dele é a regra da solidariedade?



## *Supremo Tribunal Federal*

O seu financiamento é feito por toda a sociedade e a oferta de atenção à saúde e à assistência social é assegurado a todos de forma gratuita e conforme a necessidade e o direito à Previdência Social.

Queria ainda reafirmar, aqui, que o SUS garante ainda, na sua gestão, o controle social e a participação da comunidade. Portanto, o planejamento e a execução de ações e serviços, dentre eles os de internação hospitalar, deverão estar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos planos de saúde e sobre o controle e a fiscalização dos Conselhos de Saúde, conforme prevê a Lei Complementar nº 141, de 2011. O que nós queremos ressaltar aqui? Que toda a regra, todo o controle e a fiscalização dos procedimentos de internação hospitalar devem constar nos planos municipais e estaduais de saúde, portanto, objeto também de fiscalização e controle da sociedade por intermédio dos Conselhos de Saúde. Criar outra regra para colocar em que instrumento? Instrumento que, na verdade, ficaria tanto por fora do controle da gestão, quanto por fora do controle da sociedade.

Saúde é um direito individual e coletivo, cabendo ao Estado, por meio de políticas sociais e econômicas, garantir a redução de riscos, a superação das desigualdades de renda e acesso, as desigualdades regionais e todas as formas de discriminação que envolvam raça, gênero,

geração, etnia, orientação sexual ou outras condições relativas às deficiências ou patologias.

Quero reafirmar que todos esses segmentos historicamente discriminados do direito à cidadania, do direito à saúde e outras políticas sociais, compõem o Conselho Nacional de Saúde. Todos esses segmentos, com bandeiras específicas que o SUS vem reconhecendo, ainda que seja a médio e longo prazo, mas numa perspectiva bastante democrática. Então, como usuária do SUS, afirmo que, mais do que nunca, precisamos defender e garantir, junto aos poderes instituídos, o cumprimento da lei na prática, respeitando-se os princípios da equidade e da igualdade na assistência à saúde.

O governo deve, a qualquer nível de gestão, prestar atenção igualitária para a pessoa e para a coletividade. O que determina o tipo de atendimento é a necessidade, independente do estrato socioeconômico cultural a que pertença o indivíduo.

Quero dizer que nós já enfrentamos no dia a dia muitas barreiras: barreiras de informação, barreiras de conscientização que o usuário tem acerca do seu direito, barreiras geográficas, distâncias. Quando a gente olha os diferentes lugares em que o povo brasileiro mora, trabalha e vive, nós

temos grandes dificuldades de como o serviço de saúde se organiza, no horário em que ele se estabelece, e já temos, também, diferenças econômicas exatamente como já foram citadas aqui: desde o valor da passagem até o recurso para comprar o medicamento.

E quero reafirmar que pesquisas também, no Brasil, já afirmam que é crescente o custo pelo desembolso direto que as famílias brasileiras têm em complementar exatamente ainda o que o sistema universal não consegue assegurar.

Finalizando, queria dizer que para nós, do controle social, a diferença de classe não salva vidas. Esse arranjo estratifica e discrimina as pessoas no atendimento pelo seu perfil de renda. Corremos o risco, dessa forma, de retornar ao período anterior ao SUS, onde quem não possuía a carteirinha do INAMPS e não possuía renda era considerado como indigente sanitário, como cidadão de segunda classe e sem direitos. Apenas privilégios para alguns.

A saúde como um direito de todos e dever do Estado foi uma conquista da cidadania, exatamente reafirmada por diversas conferências de saúde.

## *Supremo Tribunal Federal*

Quero dizer, em nome da sociedade e das várias entidades que compõem o Conselho - finalizando a minha fala - que o STF deve se guiar pela luta geral da sociedade, reiterada por inúmeras conferências no sentido de reafirmar o caráter e a natureza pública das ações de saúde, superando os processos de terceirização e privatização do SUS, que aumentam ainda mais a desigualdade no acesso, garantir remuneração mais justa para os profissionais de saúde e para as instituições prestadoras, pois temos que lutar por melhor financiamento da saúde, onde os prestadores públicos e privados e os profissionais de todas as áreas, não só médicos, possam receber valores compatíveis com a importância do trabalho social prestado. E o controle social reafirma a necessidade de aumentar recursos para a saúde, combater a corrupção, mudar o modelo de fazer saúde nesse país, ter mais eficiência nos gastos de saúde e fazer o Brasil avançar para superar os condicionantes e determinantes da saúde para que nós possamos ter uma população mais saudável e menos doente.

Finalizo dizendo que nós temos muitas saídas, mas não é justo que entremos nos descaminhos preñhes da iniquidade contra o cidadão. Podemos e devemos todos, profissionais, instituições, sermos melhor

## *Supremo Tribunal Federal*

remunerados - e remunerados de forma justa -, porém sem diminuir ou ferir a cidadania de todos os brasileiros. Obrigada.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço à Dra. Maria do Socorro, mas Sua Senhoria acabou por utilizar os quinze minutos. Daremos mais uns três minutos para que o Senhor Paulo possa fazer as suas considerações.

**O SENHOR PAULO HUMBERTO GOMES DA SILVA (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL)** - Gostaria de cumprimentar, inicialmente, o Ministro Toffoli e parabenizá-lo por esta Audiência Pública de tamanha relevância para o Sistema Único de Saúde, vital para o Sistema Único de Saúde; a Ministra Rosa Weber; o Subprocurador Jacques; enfim, a todos e a todas que estão presentes neste plenário.

Primeiro, dizer que o Sistema Único de Saúde foi construído não por um governo, não por um partido, mas pela população brasileira, referendado pela Constituição Federal de 1988. Portanto, ao defender a Constituição de 1988, não temos nenhum processo ideológico. Ao defender a Constituição brasileira, estamos defendendo a vontade da população brasileira.

## *Supremo Tribunal Federal*

A diferença de classe nada mais é do que o econômico sob o cidadão. Quer dizer, aquele que pode pagar vai ter o acesso; aquele cidadão que não pode pagar vai esperar cada vez mais, nas filas, sem ter o atendimento adequado. Essa é a realidade que vai acontecer lá na ponta do Sistema Único de Saúde. E não são só as dependências hospitalares, são os exames, são os profissionais, são os exames laboratoriais; é tudo isso. Quem vai continuar pagando? O Sistema Único de Saúde. O SUS é quem vai continuar pagando todas essas questões.

Gostaria de me reportar, no final, aqui, a algumas questões que eu acho importante, em nome do Conselho Estadual de Saúde - representamos 52 entidades do Estado do Rio Grande do Sul e trazemos aqui a sua vontade para o STF.

Possibilitar a opção pela diferença de classe, ainda que sem ônus para o Estado, é conferir tratamento especial e diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, dispostos na Constituição Federal, em seu art. 196, e na Lei Orgânica da Saúde. Cabe lembrar - e, aí, eu gostaria de ressaltar que é importante isso, para que não se perca de vista - que a complementariedade da participação do setor privado, previsto no § 1º do

## *Supremo Tribunal Federal*

art. 199 da Constituição Federal, estabelece que as instituições privadas devem estar submetidas às diretrizes do SUS. Portanto, não pode ter diferença de classe, nós temos um preceito legal aqui.

Essas diferenças impõem, notadamente, a observância das seguintes regras. A porta de entrada do usuário do SUS é a atenção básica. O SUS deve ser universal, isonômico e gratuito, conforme previsão expressa nos textos da lei complementar. Ou seja, a diferença de classe, além de afrontar o princípio constitucional da universalidade e da isonomia, ainda afronta o texto legal que prevê, de forma expressa, a gratuidade - a Lei nº 141 coloca isso.

Por fim, gostaria de dizer que o STF tem a obrigação de zelar pela Constituição e, ao zelar pela Constituição, eu tenho certeza que vai zelar pelos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Muito obrigado.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço a participação do Senhor Paulo Humberto.

Ouviremos agora o Dr. Raul Cutait, cirurgião do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital Sírio Libanês, doutor e livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da qual é professor associado.

## *Supremo Tribunal Federal*

O SENHOR RAUL CUTAIT (CIRURGIÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA USP E DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS) - Caro Ministro Toffoli, prezada Ministra Rosa Weber, Dr. Humberto, palestrantes, Senhoras e Senhores.

A minha vida é um pouco diversificada. Sou professor da USP, fui diretor do Hospital Sírio Libanês. Agradeço a elogiosa referência ao Hospital que foi feita pelo Dr. Frazen. Eu também gostaria que todo sistema de saúde pudesse oferecer o que a gente tem condições dentro do princípio da gratuidade - esse é um sonho de verão. Já fui gestor público, fui Secretário de Saúde de São Paulo; já fui chefe de serviço de cirurgia em hospital público. Eu vivi a experiência do paciente SUS e vivi com tanta indignação, como o Dr. Frazen mostrou - vivi e vivo.

Acho importante que se discuta uma situação que, no passado, foi aceitável, fez parte da evolução, e que, de certa forma, está-se tentando recriar, que é uma categoria especial dentro do SUS, um serviço público, único; é como se estivesse se criando agora uma primeira classe dentro do SUS, o que, por princípio, incomoda-me. O SUS é regido, como todos sabem, pela universalidade, pela equidade; o SUS não consegue oferecer nenhuma dessas duas premissas, nenhum desses dois princípios da forma



desejada, basicamente porque o seu financiamento está aquém do necessário, muito aquém; basicamente porque o modelo de gestão que se aplica, ele restringe, limita, engessa, tira a eficácia, eficiência. Então, nós temos um contexto no país, onde o modelo criado é bom, mas o seu dia a dia ainda está longe do desejado, embora, sem dúvida - como o Dr. Adib Jatene gosta de repetir -, muito melhor do que a 20, 25 anos atrás. Então, acho que esse é o nosso atual cenário.

Dentro dele, como é que se dividem os leitos hospitalares?

Grosseiramente, um terço dos pacientes SUS é atendido em hospitais próprios; grosseiramente, um terço em hospitais filantrópicos; grosseiramente, um terço em hospitais privados, que vivem realidades completamente diferentes para o tema em questão. O hospital público, não há nem o que discutir, é tudo pago pelo Governo, não tem como se oferecer algo em especial, em termos de acomodações - que tem um custo operacional -, dentro de um hospital público. Então, esse grupo de leitos está isolado, afastado. Os filantrópicos vivem mal e mal por causa de algo que já foi comentado, que o SUS paga menos do que o real custeio de cada procedimento, e os hospitais filantrópicos vivem sucateados, vivem pedindo esmolas, vivem pedindo dinheiro extra para não encerrar suas portas, e não o fazem, porque isso para eles é missão. Então, o

hospital filantrópico tem uma proposta diferente de participação no sistema da saúde, o do terceiro grupo, que é dos hospitais privados lucrativos.

Se nós formos analisar o que aconteceu com os leitos SUS contratados no sistema privado, eles foram diminuindo, diminuindo, diminuindo, por quê? Porque, para o hospital privado lucrativo, não interessa ter leito SUS, apenas como uma alternativa última; se ele puder preencher esses leitos com pacientes privados, ele vai conseguir ter uma lucratividade maior, que faz parte do próprio negócio, é aceitável, é legítimo; mas o paciente SUS não é a prioridade desse grupo de pacientes.

Ora, como é que eu vejo a situação que aqui está sendo colocada? Eu vejo quase que como uma alternativa, uma porta de entrada diferente, onde os hospitais privados conseguiriam preencher alguns desses quartos, e criando uma via expressa, talvez, de internação, que tem seus vieses éticos e morais, no meu modo de ver, porque, a partir do momento em que o indivíduo está num quarto privado, ele certamente se sente como um paciente privado. Se ele estiver usando o Sistema SUS como um todo, onde todos sabem, para pedir um exame, às vezes, demoram dias, todos nós sabemos que alguns doentes ficam estacionados, aguardando um exame, aguardando o seu resultado durante um, dois, três, cinco dias - isto é muito comum no Sistema,

uma vez o paciente internado. E as diárias? O indivíduo vai continuar pagando enquanto ele está lá, todos esses dias, esperando, ou ele vai reclamar, porque, afinal, ele está pagando?

Então, nós estamos misturando coisas aqui que não devem ser misturadas. O paciente SUS é um paciente SUS. Eu adoraria que a situação fosse muito diferente do que é em muitos lugares do País.

Então, a briga não é para contemporizar alguma situação, mas a briga é para que o Sistema consiga mais recursos. O nosso País gasta quase 40% do seu dinheiro, do seu PIB, em rolagem de dívida, encargos etc. Se a gente pudesse tirar 10% disso e jogar na saúde, já estaríamos dobrando, dobrando, o que o SUS tem, por ano, para gastar.

Então, o problema é outro. Aqui, nós estamos tentando abafar uma situação que tem ainda, para mim, outro viés gravíssimo. Quem paga a maior parte da conta hoje são os municípios. E todos sabem que as mudanças ocorrem principalmente à custa de pressão popular, principalmente, com o apoio de pessoas que são influentes nos seus próprios locais, nas suas próprias comunidades, apoiados ou não por entidades de saúde, entidades médicas. Ora, a partir do momento que essas pessoas, que certamente serão as mais beneficiadas, passam a ter uma alternativa

acomodativa para elas, ora, nós esvaziamos mecanismos de pressão locais. E os prefeitos, os vereadores que têm, no dia a dia, que aguentar todas as reclamações da população, ficam, talvez, menos atingidos por aqueles que podem, de alguma forma, colaborar ou atrapalhar com seus próprios Governos. No fim, eu sinto que isso gera um grande conflito, e um conflito que tem o seu lado ético e moral, por não dizer financeiro.

Eu estou lembrando de um paciente, quando eu era Secretário de Saúde, visitando um dos hospitais da periferia de São Paulo. Aparece-me um pai com seu filho no colo, uma criança de uns cinco anos, seis anos, e me fala assim - ele me encontrou por um acaso, enquanto eu fazia muita visita aos hospitais: meu filho está com apendicite, Doutor, e esse é o terceiro hospital que eu venho e dizem que não tem vaga para operá-lo. Óbvio que eu interfeiri para que ele pudesse ser atendido. Mas aí eu fico pensando, e se ele ouvisse a seguinte frase: olha, nós não temos vaga, mas os quartos privados têm uma meia dúzia aqui ainda vazios, talvez você pudesse usar um deles, e claro que isso tem uma taxa diária que tem que ser cobrada. Olha o conflito que se gera, olha o conflito. Eu acho que esse conflito é Ética, e, portanto, essa proposta de uma categoria especial, para mim, é desconcertante. Eu não me sinto nem um pouco confortável com a mistura de sistemas

diferentes dentro da estrutura do SUS. Que se brigue para melhorar o SUS, que se brigue para que o atendimento, de um modo geral, possa ter outra cara em vários locais, mas não contemporizar uma ação que beneficia, talvez, vários pacientes, com certeza, hospitais.

Finalmente, faz parte desta discussão, o papel dos médicos. Os médicos são extremamente mal remunerados. Em São Paulo, o piso básico, vinte horas de trabalho, são dois mil reais; com uma gratificação, não sei o quê, vai para três mil; com o tempo de serviço, ele pode ganhar cinco, seis mil reais. Mas o piso básico é dois mil reais! Ora, tantas outras profissões, que exigem tão menos na formação do indivíduo, são melhor remuneradas, que isso causa uma grande estranheza. Agora, essa é a regra do jogo. O SUS está pagando mal, e nós estamos com os médicos aceitando isso, porque, talvez, não tenham até outra alternativa.

Agora, o médico poder cobrar à parte, ora, cobrar duas vezes pela mesma coisa - o Estado paga a ele e ele ainda cobra do doente -, é um mix que não combina! É antiético, na minha leitura. É antiético! O indivíduo, se ele está vivendo, tratando os seus pacientes à base de um salário, é assim que ele tem de viver; se ele não aceitar, ele que peça demissão, vá procurar fazer outra coisa. Mas essa é a postura correta e ética do médico. Ele

cobrar à parte ..... aliás, nós vivemos isso no país há uns dez anos atrás, e foi uma situação horrorosa, porque muita gente, até conhecida, estava fazendo essa espécie de dupla porta em algumas atividades cirúrgicas, em especial.

Então, esse outro lado do médico, por mais que eu queira defender a minha categoria e acho que ela está sendo sacrificada, não vejo isso como uma forma correta de melhorar a remuneração mensal de qualquer profissional colega de profissão.

Agradeço a atenção.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** – Dr. Cutait, aproveitando esse tema, que também faz parte do recurso, o da possibilidade da escolha do médico, Vossa Excelência, que já foi gestor público, qual a sua opinião sobre a possibilidade de o paciente ter o direito de escolher algum médico dentro do SUS?

**O SENHOR RAUL CUTAIT (CIRURGIÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA USP E DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS)** - A hora em que um paciente é paciente do SUS, ele é paciente institucional. Então, a instituição SUS é que tem cuidar dele.

## *Supremo Tribunal Federal*

O ideal é que haja uma relação pessoal, até porque o médico poderá atender melhor se for sempre ele quem vê o paciente. Mas isso não é uma premissa. A premissa é: o paciente institucional.

Talvez isso seja diferente no Programa Saúde da Família, onde um médico é alocado para cuidar de um número predeterminado de famílias, ele é o médico dessas famílias. Aí é ele, enquanto ele estiver nesse emprego. Quando ele estiver de férias, será outro. Mas ele não é tratado no Sistema como um todo como um médico exclusivo. Ele não é um médico particular. O médico, até muitas vezes, se põe nessa posição, porque ele se envolve com o paciente, se envolve com o caso. Mas, de um modo geral, ele é paciente, paciente do Hospital X, é um paciente do Posto de Saúde Y. Então, embora seja desejável, não é uma premissa. O paciente que é atendido no SUS é paciente institucional.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço a participação do Dr. Raul Cutait e agora, em nome do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o CONASS, falará o seu Presidente, o Doutor Wilson Duarte Alecrim.

Após esta exposição, faremos um intervalo.

## *Supremo Tribunal Federal*

O SENHOR WILSON DUARTE ALECRIM (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS) - Em primeiro lugar, boa-tarde a todos. Cumprimento o Excelentíssimo Senhor Ministro do Supremo Tribunal Federal, Doutor Dias Toffoli, que preside esta Audiência Pública e, em seu nome, cumprimento a todos que dela participam.

O CONASS, da sua atribuição de representante dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde, luta diuturnamente para garantir à população o acesso e a concretização do direito à saúde e o faz, como o define a lei, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Conasems, que é o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Não resta dúvida de que esta Audiência Pública trata especialmente do confronto entre interesses públicos e os interesses privados da conformação do Sistema Único de Saúde. Portanto, a Suprema Corte tem convocado audiências públicas para trazer, ao centro do sistema jurídico, questões técnicas, políticas e econômicas que envolvem a garantia do Direito à saúde; assim o fez para compreender a dispensação de medicamentos de alto custo, o abortamento de fetos com anencefalia, o Programa Mais Médicos; e o faz novamente para inteirar-se do que é denominado "diferença de classe." A realização de audiências públicas é uma ação democrática, de ampla



participação social e pela qual o CONASS manifesta apreço e respeito, ao tempo em que parabeniza o Ministro Dias Toffoli pela importante iniciativa de realizar esta.

O tema "diferença de classe" para nós, cujo nome **per si** já denota exclusão e preconceito social foi cunhado para estabelecer que aqueles que podem pagar por serviços diferenciados aos profissionais médicos e hotelaria hospitalar têm o direito de fazê-lo de forma complementar às tabelas do Sistema Único de Saúde. A partir da controvérsia estabelecida entre o entendimento do Sistema Único de Saúde e aquele pretendido pelo CRM do Rio Grande do Sul, o debate hoje travado deve procurar responder algumas indagações. A primeira delas: "diferença de classe" está em conformidade com os preconceitos constitucionais que regem o SUS?

A segunda: a "diferença de classe" fere a gratuidade das prestações de saúde previstas na Lei Complementar nº 141/2012 e no art. 43 da Lei nº 8.080 de 1990?

Terceiro: é lícito e ético instruir, dentro do SUS, o copagamento para que cidadãos economicamente privilegiados possam ter acesso diferenciado a bens e serviços de saúde?

## *Supremo Tribunal Federal*

A seguir, vou dividir minha exposição em três tópicos. Um breve histórico sobre a "diferença de classe", as consequências de sua admissibilidade ao SUS e a posição do CONASS sobre o tema que aqui se discute.

A complexidade das questões que envolvem o Direito à saúde fez com que esta egrégia Corte queira inteirar-se do que ultrapassa as técnicas de interpretação legislativa para bem solucionar as lides sanitárias que lhe são trazidas. Com fundamento na prática adquirida nos meus mais de quarenta anos de serviço à saúde pública, apresento questões que dizem das consequências da "diferença de classe" para o SUS. A primeira delas: a "diferença de classe", já aqui mencionada como resgate de um fóssil existente no passado, é incompatível com a Constituição Federal de 88. A "diferença de classe" não lida somente com o direito individual, a hotelaria diferenciada e a finalidade do médico de preferência; lida com a forma estatal de ofertar ações de serviço de saúde e as suas formas de pagamento. Imaginemos, por exemplo, a Campanha Nacional de Vacinação, que é realizada no país inteiro sob as várias formas de doença que nós temos. Dos cinquenta milhões que têm pagamento de plano de saúde, 99% deles são usuários do SUS no que diz respeito à campanha de vacinação. Imaginemos uma fila para vacinar as

peçoas, onde alguns privilegiados vão pagar uma importância e ter o privilégio de vacinar antes daqueles que não podem dispor daquele recurso, quando a vacina é pública, o serviço é público e tem que ser igual para todos - como foi dito aqui - perante a lei.

Os sanitaristas, que fazem parte do grupo ao qual eu pertenço, denominam a "diferença de classe" como copagamento. O copagamento é admitido em sistema de saúde em que a proteção social é destinada somente aos que podem pagar e aos que têm vinculação profissional, e que foi representado no Brasil pelo antigo INAMPS. Esse modelo não se mostrou satisfatório à sociedade brasileira e foi severamente condenado pelo Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde -, que já foi aqui mencionado.

Um outro ponto, a intenção da reforma sanitária era a adoção exclusiva de um sistema de saúde de assistência universal, igualitário, livre de preconceitos e privilégios, fundamentado na solidariedade. Mas a Constituição de 88, numa equalização de forças, admitiu, além do sistema público de saúde o Sistema Público de Saúde, o SUS, a atuação da iniciativa privada criando, conseqüentemente, um sistema misto; ou seja, o sistema brasileiro é híbrido mas a Constituição não permite que a iniciativa privada

atue em desconformidade com a lei e nem sobreponha seus interesses aos interesses públicos. Portanto, aos profissionais ou estabelecimentos de saúde que queiram oferecer serviços médicos, ou de hotelaria diferenciada, que o façam mediante oferta por desembolso direto, ou conforme as regras da saúde suplementar, devendo proceder de igual forma os pacientes que queiram adquirir tal diferenciação e não usar o SUS como um caminho para que isso aconteça.

Um outro ponto ainda, a admissibilidade da "diferença de classe" altera o modelo público de saúde, criado para, além do hibridismo, admitindo constitucionalmente uma nova modalidade, a de copagamento no âmbito do sistema público do SUS, que é conhecido, no jargão solitário, como a dupla porta - que já foi mencionado aqui como fura fila.

A diferença de classe, ainda que tenha existido no passado, é uma possibilidade que a Constituição de 88 não mais admite. Nem o legislador, nem a legislação pátria impuseram à sociedade brasileira, a execução de critérios que importem em discriminação e privilégio. Portanto, a legislação quer sentir a diferença de classe, ou ainda, a interpretação legislativa, que assim a permita, configura, no nosso ponto de vista, transgressão aos Princípios Constitucionais da Universalidade, Igualdade de

## *Supremo Tribunal Federal*

Acesso, promove a desordem administrativa e confere supremacia ao interesse privado em detrimento do interesse público. Aqueles que, para defender a "diferença de classe", consideram de importância a ausência dos termos gratuidade ou gratuito na descrição dos artigos 196 a 200 da Constituição, cabe indicar que a Lei Complementar nº 141, em seu artigo 2º, estabeleceu que somente podem ser consideradas como despesas as ações de serviços públicos de saúde que sejam de acesso universal e gratuito. Ao apresentar expressamente o termo gratuito, a lei proíbe o copagamento dentro do sistema. Da mesma forma, isso já estava estabelecido na Lei nº 8.080. Consequentemente, estando a Administração Pública submetida ao artigo 37 da Constituição Federal, vinculada ao Princípio da Legalidade em toda a sua atividade, não pode o administrador incorrer em qualquer desvio ou afastamento da gratuidade das ações de serviço do SUS; ao administrador, só é permitido o que está na lei, e não há lei que permita a diferenciação de classe.

Passo a comentar a tese que defende a "diferença de classe" como estratégia adequada à moderação de demandada, na medida em que, com a participação do paciente no pagamento, das ações e serviços de saúde, acarretaria uma redução do consumo, produzindo, a partir daí, reposicionamento e suposto equilíbrio dos preços.

## *Supremo Tribunal Federal*

Permito-me algumas ponderações. A primeira delas é que a procura por bens de saúde decorre da prescrição médica e não da vontade apenas do paciente ou de seus responsáveis. Portanto, a moderação da demanda não decorre do copagamento ou da inexistência dele.

Em segundo lugar, cabe-me esclarecer que, no Brasil, não há consumo excessivo; ao contrário, há escassez da oferta de bens de saúde. Houvesse excesso, não estaríamos discutindo forma diferenciada de remuneração aos médicos e hospitais. Poderia ainda falar de outros riscos que essa moderação da demanda pode trazer a nós todos que dependemos de cuidar da saúde do povo, e não apenas da doença, no que diz respeito à vida de cada um. Mas infelizmente o tempo não me é permitido.

Não prospera a tese, também ao nosso entendimento, daqueles que afirmam que a "diferença de classe" propicia desoneração do SUS dos custos com médicos e hotelaria hospitalar, gerando, conseqüentemente, incremento no acesso, e, até mesmo, porque, com certeza, teremos desoneração, porque, em muitas das situações, haverá benefício para desconto do imposto de renda e, com isso, deixará de ter acesso tributário para aqueles ofertarem pagamento complementar dentro do SUS.

## *Supremo Tribunal Federal*

É preciso também apresentar questionamentos sobre a atuação do profissional médico, em face da admissão da "diferença de classe". A regulação acerca dos honorários médicos é feita pelo órgão de classe, que defende os interesses profissionais da categoria; é de todos nós conhecida a tabela da AMB. A regulação acerca dos honorários médicos, portanto, não está ligada diretamente à decisão dos pacientes, que estão submetidos à desvantagem da doença e não têm condição de proceder à aferição de tabela, de honorários ou ainda promover negociação financeira justa com o profissional ou o estabelecimento de saúde. Todos sabem muito bem o que representa, para cada um, a famosa conta hospitalar.

Ademais, no Brasil, a falta de profissionais médicos para prover o SUS é latente, enfrenta dificuldades ainda maiores, vez que a preferência seria pela negociação direta com os pacientes; seria mais um agravante.

Eu ouvi aqui, Ministro Toffoli, que existe médico em quantidade suficiente no país para ocupar os postos. Em Porto Alegre, numa reunião com o prefeito da capital de Porto Alegre, em abril do ano passado, havia cinco unidades básicas de saúde construídas, com todas as equipes conformadas, sem a presença do médico, quando era oferecido ao médico dez

## *Supremo Tribunal Federal*

mil reais por mês para trabalhar quarenta horas semanais; e lá os médicos não se apresentaram para trabalhar. Portanto, falta médico no país.

Tanto o SUS, quanto as operadoras de planos de seguros de saúde possuem instrumentos reguladores de preços para a aquisição de leitos no mercado, o que, por óbvio, não se aplicam aos casos desembolso direto ou de eventual diferença de classe. Cumpre então perguntar: qual o órgão competente para regular o mercado de leitos hospitalares quanto ao valor a ser cobrado a título dessa proposta de hotelaria diferenciada? Consequentemente, que critérios poderiam ser considerados, como melhor acomodação? Seria admitida que a diferença de classe das unidades e centros de tratamentos intensivos das nossas UTIs, por exemplo, que não têm em número suficiente? Portanto, vislumbra-se que o SUS não seria mais possível adquirir leitos de prestadores privados ou filantrópicos; menor seria a possibilidade ainda para a regulação de acessos do paciente a esses leitos -, como já foi mencionado aqui.

Por fim, indico que o CONASS, enquanto entidade representativa das Secretarias Estaduais de Saúde, defende que, primeiro, a legislação pátria não deva admitir a "diferença de classe" por esta ser contrária aos princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e isonomia. E



também somos contrários ao copagamento, pois o modelo organizativo do sistema público de saúde tem na lei, de forma expressa e inequívoca, a gratuidade das ações e serviços de saúde ofertados à população.

Reconhecemos que o SUS não é um sistema pronto e acabado; tem problemas estruturais a serem enfrentados, como o subfinanciamento, a reestruturação dos recursos humanos, acesso qualificado às ações e serviços, e, mesmo com esses problemas, é a opção constitucional e social do povo brasileiro - como já foi mencionado aqui.

Portanto, para os gestores estaduais de saúde, admitir a "diferença de classe" seria afrontar o espírito do legislador, que concebeu as bases fundamentais do SUS, desconhecer a supremacia do interesse público em face do privado e promover de forma inequívoca o retrocesso ao direito social à saúde do país.

Peço permissão para encerrar, dizendo: sou médico com mais de quarenta anos de formado, aposentado como professor titular de uma Universidade pública, onde cursei toda a minha vida, e dedico, desde a minha aposentadoria, há doze anos - porque já vou fazer quase setenta -, à gestão pública. Como professor, dei muitas aulas em doenças que hoje já não estão

## *Supremo Tribunal Federal*

mais à nossa frente, como raiva humana, poliomielite, paralisia infantil, e muitas das que não fazem mais parte do quadro cotidiano nosso.

Agora, tem uma coisa que eu gostaria de pedir a todos os Senhores a atenção: eu fui aluno num hospital privado, que cedia leitos à Universidade Federal à época, e, naquele hospital, o que mais me indignava, Ministra Rosa Weber, era que existia lá um pavilhão dos indigentes, e cabia a mim - formei-me assim vendo - de o que significava um cidadão ou a uma cidadã que estava ali internada, ou a sua família, onde está João? Está no pavilhão dos indigentes do hospital tal. Não devemos permitir que isto retorne ao país.

Muito obrigado!

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. Wilson Duarte.

Faremos um intervalo de 30 minutos.

REABERTURA

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Podemos nos sentar. Vamos, então, dar continuidade a esta

## *Supremo Tribunal Federal*

Audiência Pública, ouvindo agora, por parte do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Presidente desse Conselho, o Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi.

O SENHOR ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI  
(PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS) - Boa-tarde a todos, Excelentíssimo  
Ministro do Supremo Tribunal Federal, Dias Toffoli, nosso Subprocurador da  
República, Dr. Humberto Medeiros, Senhoras e Senhores.

O CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias  
Municipais de Saúde, é reconhecido em lei como uma entidade representativa  
dos entes municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declaradas  
de utilidade pública e de relevante função social, que tem por finalidade  
congregar as secretarias municipais de saúde e seus respectivos secretários  
para atuar em prol do desenvolvimento da saúde pública. E o faz no âmbito  
da gestão, juntamente com o Ministério da Saúde, que é o nosso representante  
da esfera federal - e aqui quero cumprimentar nosso Ministro Arthur Chioro,  
que já se faz presente nessa audiência -, e, junto ao CONAS, representante das  
secretarias estaduais de saúde, presidido pelo gestor Estadual do Amazonas,  
Wilson Alecrim.

## *Supremo Tribunal Federal*

Esta Audiência Pública é mais uma convocada pelo Supremo para tratar do tema da saúde, assim como o fez na Audiência nº 4, que tratou da judicialização da saúde, e a recente Audiência sobre o "Programa Mais Médicos para o Brasil", da qual o CONASEMS também teve a honra de participar.

A diferença de classe, como é de conhecimento de todos, é a possibilidade da escolha do tipo de acomodação do paciente ou a contratação do profissional médico de sua preferência mediante o pagamento da respectiva diferença. O próprio nome "Diferença de Classe", contudo, já soa bastante estranho aos ouvidos daqueles que conhecem os princípios e os propósitos do SUS, pois diferenciar cidadãos em razão de sua classe ou renda é negar um dos alicerces sobre os quais o sistema foi criado: o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde.

A existência de diferença entre as pessoas no acesso à saúde foi também um dos principais motivos que impulsionaram a criação de um sistema que acabasse com essa realidade de segregação social, de modo que o SUS foi instituído pela a Constituição de 88 com o intuito de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com seu advento, todos os cidadãos passaram a ter acesso a

## *Supremo Tribunal Federal*

ações e serviços de saúde de forma igualitária e gratuita, ao contrário do que ocorria quando se tinha acesso à saúde aqueles cidadãos que podiam pagar por ela, e que excluía grande parte da população brasileira.

Ademais, o SUS tem como um de seus princípios organizativos a equidade, que significa dar mais a quem mais precisa, tratar de forma diferente aos desiguais, de acordo com suas necessidades de saúde e não de sua classe social e de seu poder econômico.

A criação do SUS ocorreu graças à luta e ampla mobilização da sociedade e de profissionais de saúde, conhecida entre nós como Reforma Sanitária Brasileira, da qual o CONASEMS e as Secretarias Municipais de Saúde de todo o Brasil foram importantes atores.

As primeiras discussões a respeito de um sistema de saúde universal começam na 3ª Conferência Nacional de Saúde, de 63, mas a mobilização continuou e culminou com a 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 86, que aprovou a criação do SUS.

Em 88, o sistema foi consagrado pela Constituição, garantindo que não se excluiria ou discriminaria qualquer cidadão brasileiro no acesso à assistência pública de saúde, que haveria o acesso da população às ações de cunho preventivo e curativo integradas em um único sistema,

descentralizado, tanto administrativa como financeiramente, de forma que se estivesse mais próximo do controle social das ações de saúde.

O SUS implica em entender a saúde como um direito de cidadania, que equivale ao direito à própria vida. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e de responsabilidade dos três entes federados autonomamente: União, Estados e Municípios, conforme o Pacto Federativo brasileiro.

O SUS segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de prestar um serviço ou uma instituição, mas de um sistema estruturado, composto por unidades, serviços e ações que interagem objetivando um fim comum baseado, entre outros, nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, tão bem já referidos por aqueles que aqui de antecederam.

Portanto, a diferença de classe pretendida pelo CREMERS destoa totalmente dessa lógica exposta por mim até este momento, seguindo numa direção totalmente oposta ao SUS e à concretização do direito à saúde, desde o feliz advento da Constituição de 88.

## *Supremo Tribunal Federal*

Para reforçar a tese, Excelência, de que o tema debatido hoje nesta Audiência Pública fere mortalmente a Constituição brasileira e todos os princípios erigidos pelo Legislador constituinte como basilares do SUS, bem como para apresentar algumas das graves consequências que a admissão da diferenciação de classes poderia trazer ao sistema e ao direito à saúde dos cidadãos, passo a abordar alguns tópicos.

A diferença de classe está em conformidade com os princípios constitucionais que regem o SUS? Há base constitucional e legal para respaldar essa prática? Caso admitida por esta Suprema Corte, como se daria a diferença de classe no âmbito do SUS? Quais seriam os reflexos na gestão e regulação do sistema já aqui exposto no controle social e na própria judicialização da saúde? Os gastos efetuados por meio do desembolso direto do cidadão poderia ser objeto de renúncia fiscal, como já ocorre hoje, com todos os gastos em saúde efetuados por pessoas físicas e jurídicas? Quão equânime seria essa situação?

Para tratar da constitucionalidade do que aqui está em debate, iniciaremos pelo artigo 196 da Constituição Federal, segundo o qual:

"Art. 196. 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

## *Supremo Tribunal Federal*

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Desse modo, o art. 196 da Constituição já nos permite afastar qualquer tentativa de instituir no SUS o acesso diferenciado a serviço para aqueles que podem pagar tal diferença.

Ademais, esta Suprema Corte já se manifestou sobre o art. 196 da Constituição, por exemplo, no voto do Ministro Gilmar Mendes na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175. No referido voto, o Ministro assevera que o constituinte estabeleceu um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde, e o princípio do acesso igualitário e universal garante a igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

No que estaria fundamentada a diferença de classe, se não é tão somente no tratamento privilegiado daqueles que possuem condições financeiras para realizar o desembolso direto? Estabelecer diferenças e privilégios ao acesso à saúde não é justamente o que a Constituição veio abolir?

No tocante à constitucionalidade, diante de tudo o que foi exposto por mim até este momento, o CONASEMS entende que a prática de



## *Supremo Tribunal Federal*

diferença de classe ofende a Constituição e os princípios constitucionais do SUS nela erigidos.

Ao nos depararmos com o pedido feito pelo CREMERS para que o Poder Judiciário permita a diferenciação de classe, indagamo-nos sobre a existência de algum fundamento legal para esse pedido. As ações que pleiteiam a diferença de classe fundamentam-se em Resolução do antigo INAMPS, extinta na Resolução Nº 283/91 do mesmo órgão. Com a edição desta última, houve a proibição definitiva da prática de complementação de honorários médicos e por serviços diferenciados de hotelaria. Tal ato foi reafirmado pelo nosso Ministério da Saúde, do Brasil, na Portaria SAS nº 113/97. Não bastasse a Resolução extinguindo a prática, o INAMPS também foi extinto, e o SUS foi instituído pela nossa Carta Magna, justamente para substituir o antigo sistema.

Desse modo, em qual fundamento normativo seria possível respaldar a diferença de classe? Como se fundamentar numa norma que nem vigora mais? Como gestores municipais - que são os réus nessas ações que tramitam hoje no Supremo - justificariam aceitar esses pagamentos complementares, se, ao gestor público, só é permitido fazer aquilo que a lei lhes autoriza, conforme preconiza o preceito da legalidade?

## *Supremo Tribunal Federal*

Assim, como não vislumbramos fundamentos constitucionais, o CONASEMS também não vislumbra qualquer fundamento legal para autorização da diferença de classe no SUS. Na verdade, só visualizamos nisto inconstitucionalidade e ilegalidade.

Em complementação a tudo o que foi dito até este momento, não posso deixar de expor algumas das consequências que antevemos, caso a adoção da diferença de classe seja autorizada por esse Supremo. Primeiro, antevemos um problema relacionado ao comportamento dos profissionais em entidades privadas, prestadoras de serviços ao SUS, e aos leitos por elas disponibilizados. Qual entidade ou profissional de saúde não iria preferir complementar a sua remuneração, valendo-se dessa diferenciação? Temos certeza de que a resposta à pergunta feita seja: nenhum e nenhuma, o que revela um cenário desolador de escassez ainda maior da oferta dos serviços aqui já colocados. É de conhecimento de todos que o SUS enfrenta dificuldades em oferta de serviço em tempo hábil para todos aqueles que dele necessitam. Então, não podemos admitir um cenário de redução dessa oferta, cabendo-nos apenas lutar para ampliação desse serviço, e isto temos feito tripartitamente, solidariamente nas três esferas de gestão.

## *Supremo Tribunal Federal*

Não podemos deixar de falar que o SUS enfrenta enormes dificuldades, sim, aqui já expostas e admitidas. Por muitas vezes, os serviços profissionais e os serviços prestados pelas entidades privadas são mal remunerados, e o serviço prestado, a qualidade daquilo que é ofertado, não atende a necessidade ou a expectativa do usuário. Poderíamos passar horas a fio discutindo essa questão, inclusive, abordando o financiamento do SUS, que será o tema central do nosso 30º Congresso do CONASEMS, que acontecerá de 1 a 4 de junho próximos, em Serra, no Espírito Santo, do qual convido Vossas Senhorias a participar e compartilhar conosco problemas, discutirmos soluções para eles .

Permitam-me apenas dizer que os problemas acima elencados precisam e devem, sim, ser atacados; e as dificuldades do sistema, se não superadas, devem ao menos ser consideravelmente mitigadas. No entanto, isso não pode ocorrer à custa do usuário, onerando o cidadão. Mitigando essa dificuldade, não teremos pessoas desejando escolher acomodação diferente, nem remunerando complementariamente profissionais, dispondo de seu recursos, muitas vezes, com bastante sacrifício pessoal e de sua família, para pagar por algo que já lhe é garantido por direito.

## *Supremo Tribunal Federal*

Nesse sentido, a adoção dessa diferenciação seria apenas um artifício gerador de grande desigualdade no acesso e utilização do serviço de saúde. E isso, reforço: não é condizente ao SUS, com nossa Constituição e com todo o ordenamento jurídico pátrio.

Além disso, a experiência da gestão acumulada, desde antes da criação do SUS, revela que é impossível para o Poder Público, setorialmente falando, regular uma relação que se dá entre profissional e paciente, ou entre hospital e paciente. Quem pagará a diferença? É o usuário diretamente ao profissional ou ao hospital?

Durante a trajetória do SUS no país, até a edição da portaria que extinguiu a diferença de classe, a cobrança ao usuário por pagamento de valor adicional era a principal reclamação que chegava aos nossos serviços de auditoria municipais. No tocante a regulação e controle, lanço o seguinte questionamento: como se daria o controle desse pagamento? Quem regularia o preço que seria cobrado por hospital e profissional médico? A bolsa de valores? E o controle social por meio da participação da comunidade tão caro ao CONASEMS, como seria feito em relação a essas cobranças?

Outro tema é a renúncia fiscal, que, segundo estimativa da receita, 15,8 bilhões ocorreram de renúncia em 2011; ou seja, boa parte do

gasto considerado privado em saúde, na verdade, está sendo custeada com recursos públicos. Desse modo, caso admitida a diferenciação de classe, podia o usuário do SUS que dela fizer uso pagar despesas com saúde, declarar tais despesas em sua declaração anual de imposto de renda?

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Só pediria, Dr. Nardi, o encerramento, por favor.

**O SENHOR ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI (PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS)** - Seguindo essa lógica vigente, o Estado brasileiro seria o financiador dessa diferença? E parece-nos bastante preocupante essa hipótese, porque, ao invés de dupla porta ou de duplo pagamento - Presidente, socorro -, essa hipótese configuraria um triplo pagamento. Esse fenômeno nos preocupa.

E, diante do exposto, nós somos totalmente contrários à diferenciação de classe, por ela ofender totalmente à Constituição Federal e à legislação pátria, ofendendo diretamente ao usuário, que é quem devemos proteger e defender.

A Constituição e o ordenamento jurídico brasileiro asseguram a quem quiser pagar por serviço de saúde e livre escolha o acesso a

## *Supremo Tribunal Federal*

ele, por meio da saúde suplementar e do desembolso direto. Admitir que essa lógica possa fazer parte do SUS, além de totalmente desnecessário, é pernicioso e pode levar o sistema, se não ao seu fim, ao menos a uma situação de extremo enfraquecimento. O SUS, com todas as dificuldades aqui mencionadas, tem sido maior instrumento de resgate da dívida social brasileira, garantindo inclusão social de forma universal e participativa, respeitando os princípios da igualdade e da equidade. Não podemos deixar que essa política sofra revezes. Ao contrário, devemos lutar para que ela se aprimore a cada dia mais, e que o grande Arquiteto do universo nos ajude a conseguir esse intento.

Muito obrigado a todos, e viva o SUS.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. Nardi.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Passo, agora, a palavra a Sua Excelência, o Senhor Procurador do Município de Canela, Dr. Gladimir Chiele.

**O SENHOR GLADIMIR CHIELE (PROCURADOR DO MUNICÍPIO DE CANELA)** - Excelentíssimo Senhor Ministro Dias Toffoli, a quem cumprimento, pela iniciativa, e saúdo. Saúdo, também, o eminente

## *Supremo Tribunal Federal*

Procurador da República Doutor Humberto Medeiros. Saúdo, também, os expositores que se fazem presentes nesta Audiência Pública, os demais colegas e trabalhadores desta área importante da saúde.

Evidentemente, a posição do município de Canela converge com a posição aqui adotada pelo Estado do Rio Grande do Sul, através da doutora Fabrícia, e também com a maioria dos depoimentos que foram aqui prestados, mas é importante colocar duas questões fundamentais que norteiam essa situação: uma, de natureza processual e jurisprudencial; e a outra, questão propriamente do mérito.

Aquelas imagens que nós vimos, ontem, em rede nacional, e as imagens que foram trazidas, aqui, pelo Presidente do CREMERS, elas certamente serão exponencialmente agravadas, caso a pretensão do Cremers efetivamente se concretize neste processo. E as questões de natureza processual, elas precisam ser abordadas de forma pontual e objetiva.

O Cremers, na ação e no recurso extraordinário que encaminhou ao Supremo Tribunal Federal, ele aponta que a decisão de um outro processo, do município de Giruá, determinou que é inconstitucional impor aos pacientes a triagem prévia, em postos de saúde, antes da internação, pelo Sistema SUS, podendo o paciente ser diretamente internado, conforme

## *Supremo Tribunal Federal*

prescrição, por médico de sua confiança e ser atendido, por este, durante a internação.

Essa é a alegação do CREMERS para justificar a posição mantida da própria diferença de classe, que é um termo, uma expressão que se contrapõe ao Sistema SUS, igualitário e universal. Contudo, a decisão de Giruá não retrata esse posicionamento do CREMERS.

No Recurso Extraordinário nº 596.445, deste município de Giruá, de 2010, há uma decisão singela do Ministro-Relator, na ocasião, Celso de Mello. Diz ele:

"O direito à saúde, como está assegurado no artigo 196 da Constituição, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele."

É evidente que neste sentido, do processo de Giruá, ele se reflete através de decisões do processo: Recurso Extraordinário nº 261.268, que também foi abordado, aqui, anteriormente, e tem origem no Recurso Extraordinário nº 226.835, da Relatoria do Ministro Ilmar Galvão, da relatoria daquele Ministro, que tratou de uma situação pontual, onde o impetrante - conforme acórdão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, como comprovam os autos - necessita de tratamento diferenciado, e disso não resulta maior ônus ao SUS.



## *Supremo Tribunal Federal*

Diz ainda o acórdão referido:

"Portanto, tendo o impetrante direito subjetivo constitucional à saúde, [...], por ser portador de patologia diagnosticada como "Colectomia total por colite isquêmica", mostra-se violador do seu direito líquido e certo o embargo e a negativa de seu internamento, em quartos privativos, em quarto separado, em acomodações diferenciadas."

Nesse sentido, também, o Recurso Extraordinário nº

261.268-5, da Relatoria do Ministro Moreira Alves, que cita esse dispositivo, cita essa decisão, dizendo que: a diferença de classe ocorreu em razão das condições pessoais do doente que necessitava de quarto privativo, para a continuidade do seu tratamento.

Então, nós temos, eminente Ministro, uma situação processual que diferencia completamente da situação coletiva.

O que está se fazendo, ou pelo menos o que é a pretensão do CREMERS? É que uma exceção se torne absolutamente regra geral no País. Uma exceção ou duas exceções, em casos pontuais e específicos, em que a patologia do paciente requereu, naquele momento, uma diferenciação ou um isolamento, uma acomodação diferenciada, naquela oportunidade, não pode servir de base para que o sistema todo possa operar dessa forma. E aí se torna, então, regra aquilo que foi evidentemente uma exceção pontual, específica e claramente estabelecida nessas decisões.

## *Supremo Tribunal Federal*

Quanto à questão de mérito - e é importante colocar, aqui -, a regra, ela efetivamente é do sistema igualitário e do sistema universal; essa é a regra do sistema. Baixar pelo SUS, em quarto diferenciado, e, aí, pontualmente, nós entramos naquilo que efetivamente o processo, o recurso extraordinário, requer que são os pontos levantados pelo CREMERS. A pretensão do CREMERS é baixar em quarto diferenciado, pagando acomodação diferenciada, pagando honorários médicos diferenciados também - esse é um ponto importante a ser colocado -; a escolha do médico para o ingresso no sistema, que, também, a escolha do médico, nesse processo, pode ser feita por qualquer profissional médico, inclusive não credenciado ao sistema; pagamento de hospitais e médicos, certamente por fora do sistema; e a continuidade do atendimento desse mesmo médico que eventualmente tenha internado, durante todo o procedimento de internação do paciente. A questão pontual, que se coloca aqui e que efetivamente escancara, de forma evidente, a impossibilidade de adoção desse sistema, é que o sistema SUS tem uma única porta de entrada.

É evidente que temos três tipos de acesso à saúde: o sistema público, propriamente dito, que é o sistema SUS; o sistema via planos de saúde, que é um sistema privado; e o sistema privado puro.

Quando nós buscamos tratar a questão da diferença de classe, através do acesso por médico não credenciado no sistema, nós estamos querendo que o SUS faça, inclusive, aquilo que nem o próprio sistema privado faz. E o sistema privado, nos planos de saúde, requer obrigatoriamente o credenciamento dos profissionais médicos, para que aquele sistema de saúde privado possa atender o seu cliente, e também o seu cliente deve obrigatoriamente ser atendido, numa determinada rede credenciada, pelo sistema privado de planos de saúde.

O quê nós estamos querendo fazer com o SUS é justamente nem mesmo seguir aquela possibilidade - aquele preceito prévio estabelecido pelos planos de saúde -, ou seja, a porta de entrada do sistema, que hoje é efetivamente a unidade sanitária, que é efetivamente a emergência, vai deixar de existir. E fazendo até uma figura imaginária de um *cartoon* ou de um eventual desenho, nós poderíamos pensar assim: imaginar um hospital com a sua entrada, cuja fila quilométrica perde-se de vista, e, do lado do hospital, uma porta com tapete vermelho - de preferência azul -, com um veículo importado, estacionando, o motorista descendo e pedindo a gentileza de o paciente entrar pela porta lateral do sistema. Ou seja, nós estamos

## *Supremo Tribunal Federal*

efetivamente instituindo, caso a pretensão do CREMERS se efetive, nós estaríamos instituindo o fura-fila, o privilégio de entrar pela porta lateral.

Aquela situação, como foi referido aqui, de retorno a vinte e tantos anos atrás, quando se tinha a carteirinha do INAMPS, podia ser atendido pelo vínculo trabalhista, vínculo empregatício. Não havendo a carteirinha do INAMPS, era justamente o tratamento de indigentes, que se tinha no passado recente.

E o Sistema SUS igualou a todos. Com isso, não se quer obrigar, absolutamente, nenhum usuário, inclusive do próprio sistema, seja ele abastado ou não, a utilizar-se do sistema público para poder ter acesso ao serviço de saúde. Mas, no momento em que ele opta por ter acesso, e ter o seu tratamento todo custeado pelo sistema público, evidentemente que ele deve se submeter às regras do sistema. E as regras do sistema, eminente Relator, estão claramente definidas, não naquela portaria do INAMPS de 1991, mas no Decreto Federal nº 7.508 de 28.6.2011, que trata especificamente da porta de entrada do Sistema SUS para justamente estabelecer os níveis de igualdade e universalidade no atendimento, juntamente com a gratuidade. E o que dizem esses dispositivos? O art. 8º diz:

"O acesso universal, igualitário [...] se inicia pelas Portas de Entrada do SUS."

## *Supremo Tribunal Federal*

O art. 9º especifica quais são essas portas de entrada: as portas de entrada do SUS são - são quatro itens, mas dois podemos destacar -:

"I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;"

Ou seja, a porta de entrada do sistema está caracterizada justamente nas unidades de atendimento básico e nas emergências, e os sistemas de urgência e emergência, especialmente os hospitais e de outros pronto-atendimentos. Essa é porta que nós devemos utilizar para entrar. Qualquer cidadão pode ser atendido pelo SUS, sendo ele abastado ou não, desde que observe a regra de quem tem a autorização constitucional para tal, e quem tem autorização constitucional, para tal, está lá no art. 197 da Constituição Federal:

"São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação [...]."

E o 198 estabelece o sistema hierarquizado e regionalizado: o sistema único.

O 199, § 1º diz:

"As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste [...]."

## *Supremo Tribunal Federal*

E as diretrizes estão claramente dispostas, eminente Relator, no Decreto Federal nº 7.508, porque, como se trata de dinheiro público, tudo aquilo que estabelece despesa pública deve ter previsão legal. Não se pode simplesmente ignorar a necessidade de previsão legal, e ela está estabelecida nesse decreto, como o acesso universal.

O art. 11, deste mesmo decreto federal, deixa claro:

"Art. 11 - "O acesso universal" - e gratuito - "[..] será ordenado pela atenção primária."

Ou seja, primeiro ponto, primeiro objeto, primeiro elemento desta fila, desta sequência, deve ser observado na unidade de atendimento básico.

E é também uma falácia - encaminhando já para o encerramento -, é também uma falácia dizer, aqui, que o SUS não terá custos adicionais com o pagamento da "diferença de classe". É uma falácia e uma forma astuta de se poder trabalhar a matéria. Porque, se hoje nós temos cento e cinquenta milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS, e uma população de cento e noventa milhões, significa que quarenta milhões ou utiliza o sistema de plano de saúde, ou utiliza o sistema privado. Nós estaríamos, com poucos recursos que nós temos hoje, trazendo para dentro do sistema mais quarenta milhões de usuários que poderiam, como podem hoje,

pagar pelo seu próprio tratamento; e esses quarenta milhões de usuários adicionais ainda com todas as regalias e privilégios para o pagamento da "diferença de classe", que também contrapõe diretamente com essa questão da igualdade e, também, sobretudo, da universalidade do atendimento.

E, traduzindo isso em números, para quem que restaria pagar a conta daquele procedimento cuja fila já se estende há anos? E certamente, com esse procedimento, a fila aumentará de forma expressiva e significativa, porque, a cada momento em que aquele que está na ponta da fila for acessar o sistema, haverá alguém que impedirá o seu acesso, dizendo: Um momento, que o quarto foi ocupado, porque alguém pagou a "diferença de classe".

E, aí, nós temos institucionalizado o famoso "PF". Porque, lá no Rio Grande, "PF" pode ser "prato feito" ou "pagamento por fora". Estaremos instituindo o "PPF", que não é partido político, não é sigla de partido político, é "pagamento por fora", e institucionalizando uma prática, que hoje é crime, e que infelizmente ainda ocorre, só que é feito, hoje, às escondidas, para que os profissionais que fazem não sejam penalizados, até do ponto de vista criminal.

Por essas questões, eminente Relator, e para evitar que nós tenhamos o retorno dos indigentes, o retorno de duas classes, o retorno dessa

## *Supremo Tribunal Federal*

diferenciação entre aqueles que têm um pouquinho mais, e que nós possamos usar, daí, a expressão: "Salve-se quem tiver", e não "Salve-se quem puder", é que, evidentemente, essa ação deve ser rejeitada por esta Suprema Corte, porque ela tem uma repercussão geral e pode pôr fim ao sistema SUS, como está hoje.

Muito obrigado, Senhor Presidente.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR) -** Agradeço ao Dr. Chiele.

E, agora, falará, pela Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) -, o Dr. Júlio Dornelles de Matos, Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Rio Grande do Sul e Membro do Conselho de Administração da CMB.

**O DOUTOR JÚLIO DORNELLES DE MATOS (PRESIDENTE DA FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO RIO GRANDE DO SUL E MEMBRO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA CMB) -** Ministro Dias Toffoli, Procurador Humberto, Ministro Arthur Chioro, colegas expositores, senhoras e senhores. Falo, aqui, Ministro Dias Toffoli, em nome da



## *Supremo Tribunal Federal*

Confederação das Misericórdias do Brasil, entidade que congrega as 2.100 unidades assistenciais sem fins lucrativos brasileiras, precursoras na assistência médico-hospitalar no país, primeira unidade hospitalar de 1548, que, durante séculos, respondeu pela assistência social, na sua plenitude, no país, e que, a partir de 1988, passou a contar de uma maneira determinante com o Sistema Único da Saúde. Então, o Sistema Único da Saúde, ele é absolutamente imprescindível para as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos brasileiros.

Portanto, somos defensores irrenunciáveis do SUS. E mantemos com o sistema um relacionamento, pela lei, obrigatório de 60%, para ser reconhecida como entidade filantrópica, mas, mais do que isso, pela função social que desenvolvemos.

Dos nossos cento e setenta mil leitos de todo país, cento e vinte e seis mil estão conveniados, contratados com o Sistema Único de Saúde. Portanto, mais de 70% da nossa capacidade assistencial vinculada ao Sistema Único de Saúde.

Relacionamo-nos com cento e quarenta mil profissionais médicos, que, hoje, são médicos credenciados pelas nossas instituições para atender ao sistema público e ao sistema privado, já que foi abolida a maneira

do relacionamento médico diretamente com o sistema, através de um código, denominado "código 7", que era o médico credenciado diretamente pelo sistema; isto foi abolido, a partir de 2004, e os profissionais médicos todos passaram a ser inseridos nos contratos firmados com os hospitais. 56% das nossas instituições estão localizadas em municípios com até trinta mil habitantes, sendo que, em mais de mil municípios, é a única unidade assistencial, ali, existente.

Aqui, apenas como informação que eu deixo, das onze milhões de internações do ano de 2012 - o último dado que nós tínhamos consolidado -, quatro milhões, quinhentas e cinquenta e quatro mil foram realizadas pelas nossas instituições - 41% das internações. Mas, se nós considerarmos todo o processo assistencial desenvolvido ao Sistema Único de Saúde, mais de 50% de toda a assistência - SUS ambulatorial, serviço auxiliar, diagnóstico e tratamento, internações hospitalares - são desenvolvidas pelas nossas instituições.

É o Sistema Único de Saúde; e que tem, com as nossas instituições, já foi dito aqui, uma relação severamente deficitária, e que, para cada R\$ 100 (cem reais) de custos que nós temos para assistir um paciente pelo Sistema Único de Saúde, nós somos remunerados de R\$ 60 (sessenta reais).

## *Supremo Tribunal Federal*

Temos um déficit de R\$ 40 (quarenta reais) em cada R\$ 100 (cem reais), que somadas, consolidadamente, pelos balanços contábeis, as nossas 2.100 unidades assistenciais no país, a cada ano, as nossas instituições filantrópicas têm um déficit acumulado de 5 bilhões e 100 milhões de reais a cada ano, e que já levou, ao longo dos tempos, ao endividamento das nossas instituições superior a 15 bilhões de reais.

Poderá se dizer: mas por que permanecer no SUS? Porque o SUS, para nós, também, faz parte da nossa missão. E, de origem, tem uma vinculação social determinante, e por isso que nos defendemos o SUS na sua dimensão maior.

Temos tido, Ministro Arthur Chioro, importantes avanços junto ao gestor federal. O Prosus, que trata das nossas dívidas tributárias federais, foi um importante avanço e está agora sendo regulamentado conclusivamente; reconhecemos isso. Tivemos uma primeira iniciativa, para cobrir esse déficit, no ano passado, na ordem de 1 bilhão e 400 milhões de reais. Precisávamos avançar, neste ano, mais uma etapa para resolver a questão importante que nos prejudica enormemente ao longo do tempo.

E nos deparamos com este fato jurídico: opção por diferença de classe em regime de internação hospitalar. E nós entendemos essa questão,

## *Supremo Tribunal Federal*

Ministro, como de muita importância, e o contexto que o próprio Supremo traz também nos leva isso.

O mecanismo de contratualização que nós temos hoje com o Sistema Único de Saúde, ele é um mecanismo para a assistência da média complexidade, que é praticamente 80% de tudo o que fizemos para o SUS. Ele é um mecanismo de orçamentação, em que nós somos orçamentados pela assistência que prestamos, considerando os serviços hospitalares, como um todo, e os serviços profissionais, também com uma rubrica específica para tal. É um mecanismo de relacionamento que nós temos com o sistema hoje para a assistência de média complexidade. E a assistência à alta complexidade, esta sim é remunerada de acordo com a produção efetiva que realizamos.

Discute-se a opção por um quarto diferenciado, a partir de um direito absolutamente prescrito e negociável de um acesso universal, integral e gratuito ao Sistema Único de Saúde, internação e enfermarias.

E nós compreendemos que esse tem um contexto jurídico que merece ser apreciado em toda a sua integralidade, porque nós estamos falando aqui de direitos, de princípios fundamentais da própria República, com relação à cidadania, à dignidade da pessoa humana, entre outros, previstos na nossa Constituição. Mas nós também falamos nos objetivos

## *Supremo Tribunal Federal*

fundamentais da nossa Carta Magna, que é a garantia de uma sociedade livre, justa e solidária. Porém, nós não podemos esquecer que essa sociedade livre, justa e solidária, ela tem garantias fundamentais, também estabelecidas na nossa Carta Magna, e, neste momento, também, na percepção da CMB, estão em jogo a liberdade e a igualdade. Claro! Não poderíamos deixar de prever também a questão da saúde, que é o nosso centro de discussão.

Portanto, Ministro, o que hoje nós estamos, aqui, discutindo é como conjugar direitos fundamentais. O direito à saúde com autonomia e liberdade contratual ou o direito à saúde sem autonomia e liberdade contratual? Na compreensão da CMB, são essas duas questões que nós precisamos resolver; na compreensão da CMB. Ambos princípios fundamentais constitucionalmente previstos.

E na nossa avaliação, Ministro, é necessário que se garanta uma democracia pluralista com a inclusão da perspectiva de todos. Vimos isso como fundamental na decisão deste processo. E a posição da CMB, Ministro, é favorável à diferença de classe, mediante a adoção do princípio da proporcionalidade; que, conceitualmente, a gente pode tratar que os princípios que prescrevem a proteção, tanto do interesse público, quanto do interesse

privado, deverão ser ponderados por meio do princípio da proporcionalidade, afastando-se dogmas de sobreposições de um ante o outro.

Em outras palavras, em sentido estrito, consiste no sopesamento entre densidade da restrição ao direito fundamental atingido e a importância da realização do direito fundamental, que tem, que com ele colide, e que fundamenta a adoção da medida restritiva. Em nossa avaliação, os fundamentos da medida restritiva que proíbe a diferença de classe não têm peso suficiente para restringir um direito fundamental.

Nesse sentido, Ministro, na ponderação para aplicabilidade do princípio da proporcionalidade, a CMB defende - de uma maneira muito clara - que se verifiquem os três elementos que dão dimensão a essa decisão: o fato, a norma e o valor a ser aplicado. Na ponderação, nós entendemos que não se pode abrir mão do acesso universal e igualitário sobre regulação do gestor.

O direito à opção por uma diferença de classe, podendo se dar somente depois que o paciente acessar o âmbito hospitalar, cumprindo todas as normas regulamentares do Sistema. Contrato com profissionais do corpo clínico do hospital e que atuem rotineiramente no Sistema Único de Saúde; que haja também parâmetros, com relação aos honorários e aos

## *Supremo Tribunal Federal*

serviços hospitalares. Também defendemos que isso é importante. E um termo de adesão livre, consensado, após acesso, acompanhando a autorização da internação hospitalar.

Todos esses aspectos, Ministro, na nossa avaliação, são perfeitamente reguláveis pelo gestor público, se assim for essa a decisão. Não há motivação contrária que possa ser diferente disso.

A importância disso, para os hospitais e os médicos, Ministro? Como alternativa parcial, para o subfinanciamento, com que todos nós convivemos; aliás, o representante da ANS trouxe uma informação importante, Ministro, hoje, aqui: para 50 milhões de brasileiros, o sistema suplementar tem, no custo anual, 90 bilhões de reais no processo assistencial; para 150 milhões de brasileiros, que só tem o SUS como seu sistema, nós temos 90 bilhões de reais, o orçamento do Ministério da Saúde.

Só por aí, nós temos uma idéia do que significa a palavra subfinanciamento. É alternativa parcial, na visão das Santas Casas, para que elas possam gerir as suas dívidas bancárias, já que as tributárias nós estamos encaminhando junto ao Governo Federal. As dívidas bancárias, que desses 15 bilhões que citei anteriormente, em torno de 9 bilhões de reais são com bancos,

## *Supremo Tribunal Federal*

sistema financeiro, como forma de manter as nossas organizações em funcionamento e à disposição da população.

A melhoria na contraprestação dos serviços e a possibilidade de investimentos e adequações físicas são alternativas. Verificamos, também, na nossa concepção, Ministro, a importância para o SUS - Usuários e Gestores - novos recursos inseridos no Sistema, no sistema subfinanciado.

Por que renunciar esses novos recursos? É uma forma, Ministro, de fixarmos os profissionais médicos no Sistema. Temos dificuldades, já se falou, aqui, hoje, da contratação de profissionais para atender o Sistema Único de Saúde. Essa é uma forma de trazer, quem sabe, os profissionais e fixá-los no Sistema.

A ampliação do número de leitos hospitalares. Nós, na medida em que se possa fazer essa opção pelo leito privativo, não há dificuldade nenhuma de que, naquela enfermaria onde esse paciente fosse se internar, será disponibilizado para outro paciente. Portanto, isso pode trazer agregação de novos leitos ao sistema, e, sem dúvida alguma, alternativa de melhorias de qualidade no processo assistencial.



## *Supremo Tribunal Federal*

Ministro, concluindo. Na nossa avaliação, a decisão deve ser por um caminho que conduza a uma sociedade livre, justa e solidária. Livre, na medida em que se garanta a autonomia do cidadão de fazer as suas escolhas e contratar da forma que melhor lhe aprouver. Justa, na medida em que o acesso, este sim, seja universal e regulado pelo gestor. E solidária, na medida em que quem tem recursos pode também estar contribuindo para que outros que fazem uso exclusivamente do Sistema Único de Saúde tenham melhores condições assistenciais do que não essas as quais nós vimos no início dessa nossa audiência.

Muito obrigado.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço ao Dr. Júlio Dornelles de Matos.

E, agora, chamo, para falar em nome da Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil (ANTC), a Dra. Lucieni Pereira, Auditora Federal de Controle Externo do TCU e Presidente da ANTC.

**A SENHORA LUCIENI PEREIRA (AUDITORA FEDERAL DE CONTROLE EXTERNO DO TCU E PRESIDENTE DA ANTC)** - Muito boa

## *Supremo Tribunal Federal*

tarde a todos. Eu cumprimento o Ministro Dias Toffoli, o Subprocurador-Geral da República Humberto Jacques, os expositores e todos os presentes aqui.

Pela importância dessa audiência pública, com as exposições feitas, a gente percebe que o tema é extremamente importante. Eu estou aqui não em nome do Tribunal de Contas da União, mas de uma Associação que representa os auditores de vários tribunais de contas, já que esse tema não se restringe à União.

Eu queria chamar atenção para o foco da minha apresentação e da minha contribuição para esse debate. Eu escolhi abordar os impactos administrativos e econômicos da diferença de classes que foi um dos pontos que estava na notícia do Supremo e que eu acho que a gente pode dar uma contribuição, chamando atenção, também, para a questão do efeito multiplicador. Sabemos que decisões do Supremo têm um grande potencial de ter efeito multiplicador. E há um risco muito grande dessa decisão não se ater aos hospitais filantrópicos e também haver uma pressão, aí, de chegar aos hospitais públicos 100% SUS, ou seja, aqueles que são mantidos, já que, hoje, há uma luta muito grande do Ministério Público para conter algumas demandas e até algumas experiências nesse sentido.

## *Supremo Tribunal Federal*

Queria iniciar chamando atenção para uma relação estrutural entre saúde, cidadania e democracia. Isso é extremamente fundamental, isso se estabelece no contexto da reforma sanitária brasileira, e nós não podemos perder isso de vista. Eu não quero dizer que aquelas fotos impactantes que foram apresentadas, elas respeitam a cidadania, a dignidade da pessoa humana e desses atores da saúde, mas eu não acredito que a solução seja a cobrança daquelas pessoas - eu não sei se há alguma pesquisa - se elas teriam capacidade econômica de contribuir com algo adicional; eu acredito que muitas delas, não.

Bom, para essa reflexão, é extremamente importante a gente revisitar o significado da expressão constitucional "Sistema Único de Saúde". Há uma dimensão conceitual a ser avaliada - e, aqui, eu chamo a atenção para um aspecto, a meu ver, extremamente importante para essa reflexão -, de nós analisarmos o formato, a modelagem, e ver se esses processos jurídicos-institucionais e administrativos, em especial, são compatíveis com a universalização. Não adianta eu dizer que o atendimento é universal se esses processos administrativos, jurídico-institucionais não são universais. Então, o princípio constitucional, ele pode se tornar, aí, uma palavra morta ou uma previsão vazia sem conteúdo efetivo.

## *Supremo Tribunal Federal*

Tem, ainda, uma dimensão pragmática do SUS de avaliarmos se essa rede de instituições, elas são garantidoras do acesso ao cuidado e o acesso efetivo à saúde. Isso não é um conceito meu, é da Professora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Está, aí, o *link* para, depois, fazermos uma consulta.

E, importante a gente revisitar esse movimento - né? -, que precede a Constituição, e nós termos em mente que é esta a Constituição que celebra o triunfo da democracia. Então, quando a gente atenta contra princípios constitucionais, a gente coloca em xeque um daqueles elementos da tríade, que é a democracia e, também, a cidadania.

Tem um ponto, aqui, extremamente importante do significado da expressão "SUS", que é a palavra sistema. Quer dizer, a gente precisa entender que houve uma intenção muito clara de romper com aqueles esquemas assistenciais, direcionados a segmentos populacionais específicos, principalmente sobre o recorte socioeconômico, que é o que a diferença de classe restabelece, embora tenho certeza de que não seja a intenção das entidades de classe. Mas, esse é um risco, é um efeito, sim, que pode ocorrer e, também, sobre fundamentos nosológicos. Ou seja, o tipo de patologia, ele também pode segregar, quando a gente coloca interesse econômico.

## *Supremo Tribunal Federal*

E, aí, eu convido pra uma reflexão. Eu tive oportunidade de estar ao lado do Dalmo Dallari, um grande jurista do Direito Sanitário - aí, é uma grande referência para nós -, em que ele ressalta que a saúde, ela é sim um instrumento de negociação política, pois tem representação econômica. Não reconhecer isso é não encarar esse fato com fidelidade. Saúde tem representação econômica quando se têm procedimentos que podem chegar a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). É óbvio que isso tem representação econômica. E o ser humano, quando está diante da morte, ele faz de tudo. Então, é preciso ter muito cuidado com esses processos administrativos e jurídicos-institucionais para que o cidadão não fique refém dos interesses econômicos, embora essa, com certeza, não seja a intenção.

Chamo a atenção, também, para quais são os desafios do SUS. Não vou negar que há desafios de subfinanciamento do SUS, que tem várias razões, que poderíamos ficar, aqui, uma tarde inteira sobre as formas criativas de se apurar o mínimo da Saúde. Enfim, há vários fatores. E, também, o Mercado alavancado por subsídios diretos e indiretos.

E, aqui, eu trago algumas informações e números - né? -, sobre imposto de renda, que já foi dito aqui. São vários planos de saúde que

## *Supremo Tribunal Federal*

não cobrem algumas patologias e acabam sobrecarregando o sistema público, não é?

O Tribunal de Contas da União fez um trabalho, agora, recente, que estava, ontem, no Fantástico - eu acho que deve ter sido fonte - sobre o valor estimado do quê o SUS pode recuperar desses planos de saúde.

Chamo à atenção que ressarcimento não se confunde com dupla porta ou diferença de classe. Isso tem que ficar muito claro. Nesse sistema de ressarcimento, não existe porta diferenciada, de cor diferenciada. Isso há muita confusão, mas é preciso que fique muito claro - né? -; e subsídios a outros hospitais e, até mesmo, planos de saúde, como a MP nº 627, que foi fruto, aí, de uma grande reação.

Aqui tem um gráfico com os números - que depois podem ser vistos com mais detalhes - das isenções na área da Saúde que este ano chegam, aí, a 23.7 bilhões, sendo 14.5 bilhões as deduções de Imposto de Renda da pessoa física e jurídica. Isso aí são dados da Receita Federal, dados atualizados para 2014. Então, temos aí Imposto de Renda, Medicamentos, as Filantrópicas e outros subsídios também.

Há outros trabalhos do Tribunal de Contas sobre a fiscalização das entidades filantrópicas, algumas determinações ao Ministério

da Saúde, também, para que avalie os objetivos, indicadores e metas para se avaliar esses resultados.

Chamo a atenção também para o número de leitos. Quando a gente observa os "leitos do SUS + Complementar", a gente percebe uma média de 2.51, duas regiões abaixo dessa média e as outras regiões acima da média. Mas, a gente tem que ter muito cuidado com os números. Porque, quando a gente analisa os leitos do SUS com a população que não tem plano de saúde - 2/3 da população -, a gente percebe que a Região Centro-Oeste tem uma queda significativa e se coloca abaixo da média nacional e muito distante da meta do Ministério da Saúde e dos países que têm acesso universal.

Chamo a atenção para este gráfico que está no relatório do Tribunal de Contas da União, com os países da OCDE, que têm uma média de leitos de 4.9, embora o Brasil, em 2010, tem a 7ª economia mundial nesse *ranking*, e que é motivo de orgulho pra vários gestores, lamentavelmente esse número não se traduz nos números da saúde, já que a nossa média de leito está muito abaixo dos países da OCDE. Então, esse é um ponto preocupante aí, que é um grande desafio para o país também quando a gente fala em número de leito.

## *Supremo Tribunal Federal*

Essa auditoria, ela foi feita numa amplitude de 116 hospitais, num total aí de quase 28 mil leitos. E há esses desafios apontados, emergências com quantitativo superior ao número de leito, acomodação dos pacientes naquelas cenas chocantes, e leitos bloqueados. Também há uma queda aí do número de leitos, a gente percebe também. Aqui têm várias ponderações nesse trabalho, porque há uma tendência mundial, mas o fato é que, em termos nominais, há uma queda aí do número de leitos.

Quando se qualifica o número de leitos que estão bloqueados, ou seja, que não estão disponíveis pra acesso, a gente percebe os leitos pediátricos, obstétricos e UTI de adulto, que é um ponto preocupante, já que a população envelhece. Então, esse é um ponto aí, é um grande desafio para o Ministério da Saúde, para os órgãos de Saúde dos Estados e Municípios também.

E chamo a atenção para os riscos da diferença de classe apontados pelo desembargador nos embargos infringentes de uma ação, de uma apelação cível lá do Rio Grande do Sul, que está aí neste debate, a criação de distinções, privilégios que não são aceitos. Esses hospitais fatalmente tendem a reduzir o número de "leitos 100% SUS", excluindo mais a população necessitada.



## *Supremo Tribunal Federal*

Uma generalização, risco de generalização de cobrança e a legitimação de prática ilícita. Eu já chamo a atenção para uma notícia recente de uma ação do Ministério Público Federal, em São Paulo, por cobrança aí por cesariana, é um caso chocante, que uma das Santas Casas teria cobrado R\$ 1.200 (mil e duzentos reais), inclusive chegando ao ponto de aplicar medicamento para retardar o parto e colocando em risco a vida da mulher, e, por isso, o Ministério Público pediu a prisão preventiva de oito médicos. Aí, o que se cobra, segundo a notícia sobre essa investigação, de R\$ 1.000 (mil reais) a R\$ 1.500 (mil e quinhentos reais). É um caso que realmente preocupa, porque a saúde tem, sim, a sua dimensão econômica, e o ser humano, quando está diante de uma situação de risco, ele é capaz de vender o que não pode, o que não tem, de se endividar; e isso atenta contra a dignidade da pessoa humana.

Num cenário desses, os princípios constitucionais são comprometidos. Eu diria que também fere fundamentos e objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, como a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a redução das desigualdades sociais. Então, esse é um ponto que também é levantado nos embargos infringentes.

E eu queria aqui, nesse pouco tempo que tenho, dar alguns exemplos com base em algumas auditorias do Tribunal de Contas, que detecta

## *Supremo Tribunal Federal*

a dupla porta, sobre como que esses processos administrativos, eles podem comprometer o princípio constitucional da universalidade. Um dos exemplos, HCPA, que tem como fonte de dados uma ação civil pública do Ministério Público Federal, lá no Rio Grande do Sul.

Esses pacientes, no caso do SUS, eles têm que ir ao posto, depois eles vão à Secretaria de Saúde, que marca a cirurgia no HCPA, que é um hospital criado sob a forma de uma empresa pública federal - está aí no *site* -; quando ele é particular aí ele vai ao médico que prescreve, e aí ele consegue agendar imediatamente pelo telefone. Aqui, a meu ver, fere o princípio da universalidade, da igualdade e atenta contra os fundamentos do SUS.

Têm, aí, a lista dos planos de saúde, da dupla porta no HCPA. Na ação civil pública, o Ministério Público estabelece um paralelo entre as duas práticas. Isso está sendo conduzido.

Há um mito muito grande de que: Ah, essa é uma forma de arrecadar mais. Então, vamos aos números que eles falam por si só, né? A receita do HCPA com os planos de saúde e particular seria de 6%, e 94% tendo como fonte o MEC e o Ministério da Saúde; portanto, o dinheiro do Tesouro Nacional. No ano passado, o HCPA teve uma receita de 947 milhões, de

## *Supremo Tribunal Federal*

ordem pública, enquanto que oito hospitais de ensino da UFRJ, no Rio de Janeiro, um complexo - né? -, têm uma receita aí de 490 milhões.

Então, a gente percebe que o nosso estágio civilizatório é de uma sociedade patrimonialista e clientelista, que o próprio Poder Público aporta mais dinheiro onde você tem esses clientes privados tendo algum acesso privilegiado. E esse é um ponto que deve chegar ao Supremo também.

Bom, embora essa clientela *VIP* seja responsável por 6% da receita, 15% dos leitos, em 2010, eram destinados a essa clientela *VIP*. Só que a que custo? Então, com os números, a gente tem que ter muito cuidado. Esses 15% dos leitos podem representar metade desse orçamento, dependendo dos procedimentos de alta e média complexidade. Então, esse é um ponto que tem que ter muito cuidado.

Aqui, tem um ponto que me preocupa muito, né? Há um depoimento nessa ação civil pública - eu peço só mais um minutinho - sobre uma médica da radiologia que diz o seguinte: "a ordem da administração é atender primeiro os conveniados, ainda que o paciente do SUS esteja na lista". E o que choca é que um trabalho recente do TCU - uma auditoria operacional - aponta que o câncer é a segunda causa de morte no Brasil e que a demora do atendimento é o maior problema, né?

## *Supremo Tribunal Federal*

Então, esse é um ponto; assim: como é que você coloca a população e como que os processos administrativos interferem no acesso igualitário à saúde. A média, aqui no Brasil, no âmbito do SUS, em termos de dia, chega a 113; enquanto, no Canadá, seis dias a mediana; e, no Reino Unido, quinze dias. Então, mostra como que a sociedade pode ficar muito refém.

Vou concluir, Ministro.

A dupla porta no Incor, também, foi detectada. Faturamento diferenciado - está, aí, comprovado -, várias passagens que comprovam isso. Em termos práticos, a gente percebe essa mistura que não tem como separar.

São caminhos que não cabem cruzamento. E, para nossa realidade, aqui, não tem tesourinha que nos leva a outras vias. Por isso, o Tribunal de Contas, ele entende como desvio de finalidade o uso de dinheiro público do SUS para esses pacientes privados.

Para finalizar, há esse projeto de lei que tenta legitimar algum tipo de cobrança, mas teve a rejeição pelo Relator. E, nessas bases, a gente entende que a diferença de classe, ela viola esse conceito constitucional

## *Supremo Tribunal Federal*

de universalidade pela via dos processos administrativos e jurídico-institucionais.

Muitíssimo obrigada pela atenção de todas.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço à Dra. Lucieni.

Temos mais dois inscritos, para finalizar. Em nome da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), fará uso da palavra a Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana, Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Registro a presença do eminente Ministro **Gilmar Ferreira Mendes**. Obrigado pela presença.

A SENHORA ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA (ABRASCO) - Excelentíssimo Ministro Dias Toffoli, Relator do recurso; Ministros do Supremo Tribunal Federal; Excelentíssimo Dr. Humberto Jacques de Medeiros, Subprocurador da República; Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, Dr. Arthur Chioro; senhores membros do Ministério Público, demais expositores, senhoras e senhores.

## *Supremo Tribunal Federal*

Do ponto de vista da associação que aqui represento, duas questões são importantes na discussão da proposta de internação hospitalar com diferença de classes no Sistema Único de Saúde. A primeira é saber se a saúde é um bem negociável. Respondo que essa não é uma pergunta ou demanda retórica, pois, na presente fase histórica, a referência teórica e política, para todos os operadores no campo médico e sanitário, é a constituição da Organização Mundial da Saúde, firmada em 12 de julho de 1946, que entra em vigor em 7 de abril de 1948, e a Constituição Federal brasileira de 1988.

Segundo as duas, inspiradas pelos mesmos ideais, a saúde deve ser considerada um direito fundamental do homem, com a mesma posição de igualdade em relação ao direito à vida e à liberdade. O processo de melhora de saúde constitui um direito fundamental de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opinião política e de condição econômica e social. Segundo esse princípio, em nenhum caso, os determinantes econômicos podem limitar o direito fundamental da pessoa: em caso de doença, o direito à assistência, e sempre, ao longo da vida, o direito à saúde de forma plena. E, por isso, esse direito é inalienável, não negociável, e não pode ser trocado por outras vantagens, como, por exemplo, uma compensação monetária por uma

renúncia a tal direito, ou por receber tal direito de forma diferenciada aos demais.

O direito à saúde e à assistência médica são duas faces da mesma moeda, são dois direitos que se complementam. Porém, o direito à saúde é a base para o direito à assistência. A saúde, como direito fundamental da pessoa, é um bem inalienável, um **absolutus** que não pode ser alterado para se tornar um objeto de escambo ou comércio.

Por isso a assistência à saúde deve ser sempre um instrumento de concretização do direito à saúde. Se ela realiza iniquidades, discriminações, injustiças sociais, entra em conflito com o direito maior, que é o da saúde. Nenhuma mudança no sistema de assistência pode colocar em dúvida ou mitigar o direito à saúde. O direito à saúde, como presença de um ideal e como valor fundamental, é que modifica o parâmetro e o comportamento da assistência à saúde.

Dessa forma, aqui neste plenário, estamos justamente discutindo isso, colocando, na frente do direito à saúde, uma modificação no direito à assistência que coloca em xeque o próprio direito à saúde.

Por isso a instituição que eu represento neste momento é contrária a qualquer estratégia que modifique o direito à assistência no sentido

de maior iniquidade, voltando a discriminar a assistência segundo condições de renda.

A conquista do Estado Democrático de Direito foi possível quando se ergueram poderosas barreiras contra a discriminação econômica; e a garantia do direito à vida, a partir de políticas públicas universais, em que a reprodução humana seria garantida fora da esfera mercantil.

A segunda questão é saber em que medida essa iniciativa concorre para o aprofundamento das desigualdades sociais no padrão de assistência à saúde no país.

No Brasil, a consolidação do Estado Democrático de Direito, com o fim da ditadura militar, não se encerra com a retomada das eleições livres e a normalização da política partidária. Desde 1984, a sociedade luta pela construção de um País mais justo e pela solidificação e qualificação da sua democracia. Para isso, temos criado, desde os primeiros anos que sucederam o regime, uma série de normas e legislações, em consonância com tratados e convenções internacionais, para garantir o pleno acesso aos direitos humanos e concretizá-los com políticas públicas, conformando um Estado social. O Estado social se propõe a diminuir os impactos do mercado na criação voraz de desigualdade, o que somente a política e a criação de estruturas voltadas



para o interesse coletivo podem fazer, promovendo o princípio da comunalidade endossada, do seguro coletivo contra o infortúnio individual e suas consequências. O momento atual de crescimento exponencial das desigualdades, como atesta o livro "O Capital no Século XXI" do economista francês Thomas Piketty, quando o crescimento do produto é sempre inferior ao crescimento das rendas, principalmente das rendas advindas não do trabalho, mas de ganhos do capital e do trabalho diferenciado, impõe que as políticas públicas de caráter indiferenciador por classe de renda devam ser privilegiadas. Por isso, o Estado social olha o futuro, visando diminuir as diferenças de partida, desde o nascimento, assegurando maiores chances para aqueles não portadores de ativos, na forma de renda, na forma de propriedade, na forma de capital social. O trabalho de Piketty evidencia como a política e o Estado social foram cruciais para conter o avanço do mercado autorregulado e a ausência de mecanismos de proteção social em todos os países no período de pós guerra. Momento único no Século XX, em que foi possível diminuir a diferença entre crescimento econômico e de renda dos mais afortunados.

No Brasil, construímos um Estado social, num primeiro momento, voltado somente para o mercado de trabalho. A intensa

urbanização dos anos iniciais da industrialização brasileira, sem políticas públicas mais abrangentes, colocou uma imensa massa de assalariados recebendo benefícios diferenciados conforme sua inserção laboral, convivendo com formas pré-modernas de proteção. A marca dessa segmentação, na Saúde, foi o INAMPS, quando, através de inúmeras políticas, foram permitidas imensas diferenciações na assistência à saúde, o que perpetuou e assentou desigualdades sociais imensas, como que a essa iniciativa tenta reeditar. A marca histórica do Estado social brasileiro foi a segmentação urbano-rural, trabalho formal, trabalho informal e a diferenciação dos benefícios.

Inspirados nos ideais do Estado social, o movimento da reforma sanitária das décadas de 70 e 80 conquistou, junto aos constituintes, a criação do Sistema Único de Saúde, conforme o art. 196 da Constituição brasileira. A força e a coragem desses instrumentos foi um claro posicionamento do povo brasileiro em relação ao seu passado e principalmente ao futuro que se deseja. É claramente uma defesa da política de acesso à saúde, ou bem estar, como direito fundamental, conforme expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seu art. 25.

Em 1988, o desejo da sociedade brasileira se materializou e foi escrito para fazer lembrar, como bem afirmaram vários expositores antes

de mim, os valores da democracia, dos direitos sociais universais e da cidadania.

Em lugar de mínimos, como no passado, mínimos sociais, coube a esse novo Estado assegurar proteção ao longo de todo o ciclo de vida e garantir um padrão de bem estar compatível e adequado ao desenvolvimento econômico e sua evolução.

Não queremos voltar à fase dos direitos de pacotes e de mínimos. Queremos, sim, uma expansão daquilo que conquistamos, nesses vinte e cinco anos, porém, que foi abarcado, de certa forma neutralizado, por diferentes concepções: uma, com o desenho integrado e universalista; mas um outro, abatido por uma concepção negativa de estado, que é isso que explica esse subfinanciamento a que todo se referiram aqui.

Mas, mesmo nesse cenário adverso, o SUS propiciou algumas mudanças importantes. Em primeiro lugar, houve a criação de uma estrutura de serviços descentralizadas, calcada no desenho federalista brasileiro, favorecendo a criação de uma base de apoio em atores políticos, locais e regionais.

Esse processo de descentralização aconteceu com a maior assunção dos níveis subnacionais de governo, do financiamento da saúde e de

novos arranjos assistenciais, conformando *mix* públicos e privados e extensão de cobertura para todos os cidadãos brasileiros.

Porém, também tivemos uma expressiva expansão dos serviços de atenção básica à saúde em todo território nacional, propiciada por um amplo consenso internacional e nacional em torno do tema, com repercussões positivas para o acesso e a melhoria de alguns indicadores de saúde da população.

Entretanto, alastrou-se outro processo que foi o da intensa participação privada na assistência saúde, sob diversas formas: na oferta de serviço, na oferta de tecnologias de ponta, nos procedimentos médicos, na intermediação financeira, no estímulo à conformação de grandes grupos no setor.

Isso contou, é certo, com financiamento e com forte subsídio estatal. Porém, não podemos perder de vista que essa desmercantilização do acesso via SUS, pela gratuidade, ou via Planos, pela isenção fiscal, vem convivendo com o estímulo crescente à participação privada e a uma capitalização de grandes conglomerados capitalistas na área da saúde, o quê é um fenômeno internacional, não é um fenômeno brasileiro.

## *Supremo Tribunal Federal*

É óbvio que isso tem efeitos deletérios do ponto de vista da eficiência, do ponto de vista da incorporação a custos crescentes e do ponto de vista da equidade.

Contudo, novamente, em face desse cenário, em 2014, a sociedade brasileira unida por representantes de diferentes movimentos sociais e entidades ligadas à reforma, trabalhadores, estudantes professores e pesquisadores da área, todos se movimentando no sentido de não mais permitir que a saúde fosse tratada como mercadoria e qualquer ameaça ao direito à saúde se perpetuasse.

Ao se estabelecer uma diferenciação no acesso, de acordo com a capacidade de pagamento, fere-se o princípio da universalidade, assegurado pela Constituição Federal.

Permitir a volta a um padrão de atendimento estratificado, em função da capacidade de pagamento, é o retorno a um passado autoritário, desigual em sua essência e contra as políticas pró-cidadania.

Coibir qualquer diferenciação no âmbito SUS é garantir vida à luta pelo acesso ao melhor padrão possível e uma série de serviços indispensáveis ao povo brasileiro.

## *Supremo Tribunal Federal*

Para o êxito dessa tarefa complexa, é preciso ampliar a proteção social, não reduzi-la a focalizações à criação de cidadãos de segunda ou terceira classe.

Faz-se necessário expandir o escopo do significado da palavra "saúde". É preciso compreender que, ao tratarmos de saúde, não nos referimos apenas à integridade física e mental e à ausência de doenças, mas nos provemos de um amplo conjunto de ações e direitos que nos remete ao conceito de bem estar, como está descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Como o meu tempo está esgotado, muito obrigada pela atenção.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE E RELATOR)** - Agradeço à Dra. Ana Luiza.

E agora falará o último inscrito, em nome da União, o Excelentíssimo Ministro da Saúde, Dr. Arthur Chioro dos Reis.

**O SENHOR ARTHUR CHIORO DOS REIS (MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE)** - Sua Excelência, Ministro Dias Toffoli, Dr. Humberto Jacques Medeiros, Subprocurador-Geral da República, na pessoa de quem eu quero cumprimentar os membros do Ministério Público, senhores expositores,

## *Supremo Tribunal Federal*

senhoras e senhores. O tema desta Audiência nos convoca a olhar a nossa Constituição e é uma oportunidade de reforçarmos os princípios ali inscritos.

É importante lembrar - e muito dos atores aqui presentes foram protagonistas desse processo - que cada princípio colocado ali, como constituinte do Sistema Único de Saúde, foi fruto de um amplo movimento de luta por uma profunda reforma sanitária em nosso País.

Até o advento do SUS, o acesso dos brasileiros ao cuidado em saúde era mediado pela sua condição econômica de empregabilidade, sua capacidade de consumo.

A partir da Constituição cidadã, o Brasil assume, de forma inequívoca, que saúde é um direito de todos e é um dever do Estado; portanto, um direito social.

A universalidade e a equidade são princípios fundamentais que orientam toda a formatação do nosso sistema de saúde. E é a partir desses dois princípios que eu quero refletir sobre o tema desta Audiência.

O Brasil é o único país com mais de cem milhões de habitantes que assumiu, até agora, o desafio de construir um sistema universal. Nós vivemos um processo, ao longo de vinte e cinco anos, ainda com enormes desafios, com enormes problemas, um processo ainda não

## *Supremo Tribunal Federal*

concluído. Um sistema que cuida de duzentos milhões de brasileiros - sem querer mascarar os problemas e as dificuldades, mas nós não podemos pactuar com os arautos do apocalipse -, um sistema que, somente no ano passado, fez onze milhões e trezentas mil internações, que fez um bilhão e quatrocentos milhões de consultas médicas, doze milhões de procedimentos oncológicos, dois milhões e meio de procedimentos de quimioterapia, que constituiu o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo. E, vejam bem, praticamente 100% dos transplantes feitos em nosso País são realizados no Sistema Único de Saúde. Um sistema que continua crescendo. E, diferente do que se diz, nós temos uma festejada diminuição, necessária diminuição de leitos em várias áreas. Por exemplo, no que diz respeito aos leitos psiquiátricos em hospitais manicomiais. É um desejo. A nossa Lei Federal nos dá a obrigação de substituir esses leitos por uma rede de atenção psicossocial que cuide em liberdade e em respeito à pessoa humana.

Mudou muito, ao longo dos últimos anos, o processo tecnológico de cuidado em saúde. Graças ao SUS, entre outras coisas, nós não precisamos mais da mesma quantidade de leitos de internação que eu, por exemplo, vi durante minha formação como médico, eu que sou formado há vinte e sete anos. As nossas enfermarias de pediatria, hoje, têm, graças a Deus,



outro perfil, porque não temos mais as mesmas condições médico-sanitárias que tínhamos no passado. Não se guarda mais o mesmo tempo de internação por uma cirurgia, por exemplo, graças ao advento da tecnologia, da videolaparoscopia, e de uma série de procedimentos que diminuem muito o tempo de internação.

Fala-se da diminuição de números de leitos, mas não se diz, por exemplo, que houve um aumento de 25% do número de leitos de terapia intensiva de 2010 a 2014, com a criação de 3.885 novos leitos em todo o País. Pulamos de 15.509 para 19.394. Não se diz que, com a implantação das UPA's, que funcionam 24 horas, outros 2.550 novos leitos foram criados, em 232 novas unidades inauguradas entre 2011 e 2013.

Em todo o País, já estão funcionando 332 UPA's, e estão em construção outras unidades, e atingiremos a meta de implantar 1.050 UPA's com leitos disponíveis à população - com capacidade para atender mais de 100 milhões de brasileiros - hoje, já com capacidade de atender 72 milhões. Nas urgências e emergências dos hospitais, o reforço, no período, foi de 4.858 novos leitos, expansão de leitos de clínica para acidente vascular cerebral, entre outras áreas.

## *Supremo Tribunal Federal*

Qual é o país que tem o sistema universal, que tem um programa nacional de imunização, exemplo, reconhecido mundialmente; um programa de AIDS, de enfrentamento das hepatites, como o Brasil conseguiu constituir; que, em menos de dez anos, estabeleceu uma rede de atenção pré-hospitalar, tornando o SAMU, num país continental e tão diferente, uma realidade nacional; que tem uma política de assistência farmacêutica extremamente generosa - inclusive para os cidadãos que não utilizam o Sistema Único de Saúde -, 17 milhões de brasileiros que pegam, nas farmácias brasileiras credenciadas, medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, gratuitamente?

Muito provavelmente, fala-se que a tabela do SUS não remunera adequadamente. Na verdade, a tabela do SUS, como bem aqui foi colocado, há muito tempo vem sendo desmontada para se tornar num sistema de informação de atendimento à saúde.

Trabalha-se, por exemplo, em relação às Santas Casas, como foi bem aqui colocado pelo Júlio, com o sistema de orçamentação. A alta complexidade é remunerada por procedimento e tem tabelas, muito próximos os valores pagos, inclusive, pelos planos de saúde; os demais serviços prestados são pagos por orçamentação.

## *Supremo Tribunal Federal*

O aumento do incentivo à contratualização, de 2011 até hoje, foi da ordem de 500%, foi bem colocado: 1 bilhão e 400 milhões de reais a mais para complementar os serviços prestados e pagos por procedimentos de tabela, o Pró-Saúde faz o refinanciamento da dívida.

Diversas outras modalidades de enfrentamento do subfinanciamento, e melhoria dos critérios de alocação de recursos, estão em curso, exatamente, para que possamos juntos enfrentar esse problema.

Temos hoje, no país, mais de 50 milhões de brasileiros com acesso a planos de saúde. Em 2013, esse subsistema realizou 8 milhões de internações. Apesar da dimensão crescente da assistência nessa área, assistimos também a uma crescente movimentação da utilização de serviços públicos por essa população beneficiária dos planos de saúde.

De 2011 até agora, houve a arrecadação de 322 milhões com o ressarcimento dos planos privados para o SUS - mais do que o dobro da década anterior -, mostrando o tamanho da utilização do SUS pelos usuários de planos de saúde, como já foi aqui abordado pelo Presidente da ANS. Assim temos uma parte da população brasileira que tem acesso a dois subsistemas dentro do nosso Sistema Nacional de Saúde, e já tem, portanto, a

## *Supremo Tribunal Federal*

oportunidade de um tratamento diferenciado, mas essa utilização mista não pode significar privilégios ou dificuldades no acesso para parte da população.

Ministro Dias Toffoli, senhoras e senhores, autonomia e liberdade contratual já é garantida e aplicada nas normas e na legislação vigente em nosso País. Eu quero insistir: autonomia e liberdade contratual já é praticada, prevista na legislação, na nossa Constituição e na nossa legislação infraconstitucional.

Quando olhamos para um atendimento do SUS, como propõe esta ação, o princípio da equidade é igualmente central para orientar esse debate. Ele nos convoca a tratar as pessoas de forma diferente sim, mas uma diferença ditada pelas suas necessidades. Tratar diferente, para que a diferença não se transforme em desigualdade, e para que possamos promover justiça social.

Esta proposta, em discussão hoje, criaria, portanto, um privilégio na contramão desse direito constitucional, além de criar uma profunda desorganização ainda maior no Sistema, pela quebra da possibilidade da regulação pública e do ordenamento do cuidado pela gestão pública, ficando esta na mão de cada profissional ou dos prestadores privados.

## *Supremo Tribunal Federal*

O pedido do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, na ação civil pública, está sim impondo uma discriminação às avessas, ampliando as condições de exercício do direito à saúde às pessoas que possuem recursos financeiros, em detrimento da camada mais pobre e mais necessitada da nossa população. Tal medida, se acolhida, acarretaria ofensa ao art. 3º da Constituição Federal, redução das desigualdades e a construção de uma sociedade justa e solidária; ao art. 5º da nossa Constituição, a violação do princípio da isonomia, a partir da discriminação na prestação dos serviços públicos; mas, principalmente, ao art. 196, já que este prevê que o acesso deve ser universal e igualitário.

Se não for suficiente olhar para os princípios constitucionais do SUS, temos a construção dos marcos jurídicos que regem o nosso sistema. Não me refiro apenas à Resolução nº 283 do INAMPS, o mesmo espírito reafirmado na Portaria nº 113, de 4 de setembro de 1997, da nossa Secretaria de Assistência à Saúde. Refiro-me, especificamente, à última lei aprovada no Congresso Nacional, a Lei nº 141, que, em seu art. 2º, inciso I, deixa muito claro a necessidade de garantir ações e serviços de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito - Lei nº 141.

## *Supremo Tribunal Federal*

Ainda, sob o olhar jurídico, gostaria de chamar atenção sobre um estudo de doutorado de Mariana Figueiredo, sobre este tema, na PUC do Rio Grande do Sul, ainda inédito em termos de publicação, que conclui que a repercussão decorrente do acolhimento das pretensões apresentadas, nessas ações civis públicas, será desastrosa na organização e estruturação do serviço público de assistência à saúde, ferindo os princípios constitucionais que regem o SUS pelas quatro situações propostas e, ainda, extrapolam todas as matérias já julgadas por este Tribunal. A proposta destrói o esforço dos gestores públicos, em instituir um processo de regulação governamental que garanta o acesso qualificado e em tempo oportuno. Financeiramente, trata-se de uma medida inócua, ineficiente e eticamente injustificável, não resolve e proporcionará a apropriação desses recursos por poucos. Temos que encontrar outras alternativas mais consistentes ao nosso ideário, ao **marcus** da nossa legislação.

Ministro Toffoli, reconhecemos que temos ainda muitos desafios a serem superados para que o Sistema Único de Saúde possa ser um sistema que cuide, com qualidade, da saúde de cada brasileiro. Estive participando da Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra, e o Brasil reafirmou o seu compromisso com os sistemas universais de saúde, esse se

trata na revisão dos objetivos do milênio - serão concluídos até 2015? -, numa discussão que hoje se faz em todos os países: quais serão os novos objetivos que o mundo tratará? Além da recuperação dos objetivos não atingidos, a reafirmação dos sistemas universais de saúde é fundamental, pela produção de justiça social, pelo respeito à cidadania que eles encaram. E esta é a posição oficial do Governo brasileiro: queremos enfrentar esses desafios, tendo como clara direção o sonho de um País mais justo, mais solidário, onde, cada vez mais, cada brasileiro possa ser um cidadão pleno de direitos, e que o SUS possa contribuir com a redução das desigualdades, que é um dos compromissos centrais do governo da Presidenta Dilma.

Por isso, Ministro, senhoras e senhores, como Ministro de Estado da Saúde, quero manifestar a posição contrária da União ao pleito objeto desta ação civil pública: somos contra a qualquer diferença de classe produtora de injustiça e de privilégios. A nossa legislação tem por espírito: a cada um, segundo suas necessidades, e não a cada um segundo suas possibilidades econômicas. Reduzir a desigualdade, sim; reduzir a iniquidade, sim. Reduzir, e não ampliá-las.

Muito obrigado.

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE**

**E RELATOR)** - Agradeço ao Ministro de Estado da Saúde, Dr. Arthur Chioro.

**ENCERRAMENTO**

**O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (PRESIDENTE**

**E RELATOR)** - O propósito da audiência pública é trazer subsídios para os julgadores deste recurso extraordinário.

Como foi citado por vários integrantes, em especial pelas partes, seja o Conselho Regional do Rio Grande do Sul, seja o Estado do Rio Grande do Sul, seja o Município de Canela, há uma jurisprudência deste Tribunal que foi formatada em determinado momento histórico e que, agora, após vinte e cinco anos de existência do SUS, está sendo novamente colocada em discussão.

Esta audiência pública, com a participação de todos que aqui se fizeram presentes e com a oitiva das partes envolvidas, da classe médica, das entidades hospitalares filantrópicas e, também, dos conselhos nacionais e estaduais de saúde, que representam os usuários deste sistema extremamente inovador de participação direta do povo na gestão do Estado,



## *Supremo Tribunal Federal*

que são o Sistema Único de Saúde e a Lei nº 8.080, de 1990, subsidiará a ação desta Corte e muito nos auxiliará na formação do nosso juízo.

Não há uma data prevista para o julgamento. Os próximos passos que haverá no processo serão a reunião dos elementos trazidos nesta audiência pública e o encaminhamento do processo para uma nova análise por parte da Procuradoria-Geral da República. Após a devolução dos autos pela Procuradoria-Geral da República, tendo tudo reunido no processo, eu iniciarei a minha análise, após o que o processo será pautado em Plenário do Supremo Tribunal Federal, para lá, com a composição completa da Corte, fazermos o julgamento deste recurso extraordinário.

Ao longo desta tarde, alguns colegas estiveram aqui presentes. Todo este material será encaminhado aos gabinetes dos Senhores Ministros e eles, obviamente, também terão acesso a estes elementos de discussão. Tivemos, também, a participação de representante do Tribunal de Contas da União, trazendo elementos sobre a área econômica e administrativa, além da participação de profissional da área da saúde reconhecido nacionalmente, o Dr. Raul Cutait.

Agradeço a todos aqueles que se fizeram aqui presentes, especialmente a todos os debatedores desta audiência pública. Agradeço a

## *Supremo Tribunal Federal*

presença do Dr. Humberto, Subprocurador-Geral da República, dos Ministros que estiveram presentes durante esta sessão - Ministra **Rosa Weber**, Ministro **Gilmar Mendes** -, bem como do Ministro **Luís Inácio Lucena Adams**, Advogado-Geral da União. Agradeço, por fim, à Secretaria, aos servidores; à TV Justiça e à Rádio Justiça, que estão transmitindo diretamente este evento, o qual, agora, declaro encerrado.

Muito obrigado.

-----

Degração realizada pela Seção de Transcrição e Revisão de Julgamento.

Brasília, 20 de junho de 2014.

Ângelo Marcelo Costa Caexeta – Matrícula 1862  
Chefe da Seção de Transcrição e Revisão de Julgamento