

Apartheid clínico

SAÚDE | O novo código de ética médica reacende a discussão sobre as diferenças no atendimento em hospitais públicos

POR RODRIGO MARTINS

O NOVO CÓDIGO de ética médica, em vigor desde a terça-feira 13, reacendeu uma celeuma que se arrasta há mais de 15 anos entre os profissionais de saúde: a legalidade da chamada “dupla porta” de entrada em hospitais públicos, que atendem tanto pacientes custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como os particulares ou de planos de saúde. Acusado de promover discriminação no atendimento, mais célere e com privilégios para quem pode pagar, o sistema viu-se novamente alvo de ataques de especialistas, que identificaram no atual código mecanismos para coibir a prática.

Isso porque o artigo 65 prevê punições a quem “cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos”. Além disso, o documento prevê a responsabilização de médicos que atuam na administração de hospitais, e não apenas dos profissionais no exercício da atividade médica, como era antes. A polêmica ganhou mais força após o presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto D’Ávila, declarar à imprensa a intenção de confrontar os hospitais com dupla fila e atendimento diferenciado.

A *CartaCapital*, no entanto, D’Ávila esclarece que foi mal interpretado. “Quando me referi à ‘dupla porta’, eu o fiz em referência a qualquer prática odiosa que discrimine o paciente, especialmente em situação de emergência”, explica. “Não me referia à possibilidade de um hospital público atender pacientes do SUS, conveniados ou particulares. Penso haver um equívoco: em Florianópolis, o Ministério Público interrompeu essa prática, causando

imenso prejuízo para a qualidade da assistência aos pacientes do SUS. Pois antes havia nos hospitais um excelente corpo clínico, que atendia todos sem distinção, mudando apenas a hotelaria, paga de modo diferenciado e trazendo recursos.”

Não é de hoje que a legalidade da dupla porta tem sido contestada. Além do Ministério Público de Santa Catarina, promotores paulistas já ingressaram com ações contra instituições públicas, a exemplo do Hospital das Clínicas, mantido pela Universidade de São Paulo, por dispor de uma estrutura diferenciada aos pacientes da rede privada, o que garante acesso a exames e procedimentos cirúrgicos mais rapidamente. Em São Paulo, a prática se manteve, porém, sem interrupções.

A iniciativa de coibir a dupla porta esbarra na carência de recursos públicos. O cardiologista Adib Jatene, ex-ministro da Saúde e diretor do Hospital do Coração (HCor), sustenta que apenas uma parcela pequena dos atendimentos em hospitais públicos é reservada a clientes privados, mas a receita gerada por eles beneficia a todos. “Quando eu era diretor do Incor, 80% da clientela era custeada pelo SUS. Apenas 20% dos pacientes eram de planos de saúde. Mas os repasses do SUS correspondiam a apenas 40% da captação de recursos do hospital, enquanto a rede privada respondia pelos 60% restantes”, afirma.

Para Jatene, a perda repentina dessa fonte de recursos pode comprometer a qualidade e o volume dos atendimentos feitos por esses hospitais. “Com a baixa remuneração paga pelo Estado aos profissionais, ficará difícil, por exemplo, manter os melhores médicos. Quem pede o fim da dupla porta acha que está defendendo a saúde pública, mas estimula o



PAULO LIEBERT/Æ

Especialistas pedem o fim da “dupla porta” de entrada, mas muitos hospitais dependem da receita trazida pelos clientes particulares

Reação. O Hospital das Clínicas já foi alvo de ações por causa do atendimento diferenciado

sucateamento dos hospitais públicos e o aumento da clientela para os privados.”

Doutora em Saúde Pública, a médica Ligia Bahia, do Laboratório de Economia da Saúde da UFRJ, avalia que o maior problema da dupla porta é a mercantilização do critério de entrada. “Passa na frente quem está coberto por planos. Na saúde, os parâmetros de prioridade têm de necessariamente se basear nas condições clínicas dos pacientes.” De acordo com ela, a prática tem se intensificado em hospitais de alta complexidade, sempre com a justificativa de gerar mais receita. Mas nem sempre isso se comprova. “Em 2003, estudamos três casos de hospitais universitários. E verificamos que, na realidade, os recursos arrecadados com o atendimento de clientes e planos de saúde representavam uma parcela bem pequena do orçamento total.”

A opinião é compartilhada por Gastão Wagner de Souza Campos, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que refuta a tese de que a perda da receita privada poderia comprometer o atendimento. “O Hospital das Clínicas da Unicamp não tem dupla porta e consegue se manter com os repasses do SUS e com o orçamento reservado pela universidade”, afirma o médico. “Nos hospitais com dupla fila, não são apenas os serviços de hotelaria que são diferenciados. O acesso aos exames e cirurgias também é. Apenas os médicos são os mesmos, e com salário custeado pelo Estado.”

O sanitarista Mário Scheffer, pós-doutorando pela Faculdade de Medicina da USP, também condena o que classifica de “prática segregacionista” dos hospitais que aderem à dupla porta. “As políticas públicas deveriam se orientar para garantir um atendimento bom a todos, e não

criar um *apartheid* hospitalar”, critica o pesquisador. “Mesmo dentro de um hospital público, quem pode pagar tem privilégios. Quem não pode demora meses para agendar uma cirurgia eletiva, passa horas para ser atendido e é tratado como um cidadão de segunda classe.”

Scheffer, que fez parte do Conselho Nacional de Saúde, afirma que duas portarias interministeriais, uma publicada em 2004 e outra em 2007, recriminavam a prática e estabeleceram prazos para hospitais mantidos por universidades públicas abolirem a dupla porta e passar a atender apenas pacientes do SUS. “Só que nada foi feito. O Brasil tem um sistema universal de saúde, mas essa estrutura de financiamento pública e privada é incompatível com o princípio de universalização.”

Mesmo defendendo a dupla porta, Jatene sustenta que o maior problema é o financiamento da saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde comprovam que o gasto per capita em saúde no Brasil é 20% inferior ao de vizinhos do Mercosul, como a Argentina, e até dez vezes menor que o de países europeus, como a França. Além disso, o investimento per capita da rede privada corresponde ao dobro do feito pelo poder público.

“Na divisão do orçamento, a saúde brasileira tem perdido recursos ao longo do tempo. Em 1985, a verba correspondia a 22% do orçamento da Seguridade Social. Em 1998, o percentual caiu para 18%. No ano passado, chegou a 14%”, lamenta o ex-ministro. “É por isso que defendo a criação de recursos vinculados para a saúde, como era a CPMF. O tributo foi abolido e perdemos 30 bilhões de reais. Tudo bem, um imposto a menos. Mas como garantir uma saúde melhor se falta dinheiro?” ●