

Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários¹

Benefits for some, losses for many: reasons and implications of adopting double entry door in Brazilian university hospitals

Hudson Pacífico Silva

University of Montreal. Public Health Research Institute. Montreal, QC, Canada.

E-mail: hp.silva@umontreal.ca

Maiara Cristina Luiz Caxias

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. Limeira, SP, Brasil.

E-mail: maiara.caxias@fca.unicamp.br

Resumo

A chamada dupla porta de entrada - uma para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e outra para clientela privada - é fenômeno crescente nos serviços de saúde, sobretudo no estado de São Paulo, Brasil, onde diversos hospitais de ensino destinam parcela dos recursos existentes para atender pacientes de planos de saúde em suas dependências. O objetivo do artigo é compreender as razões que justificam a adoção (ou não) da dupla porta de entrada em hospitais vinculados a universidades públicas, buscando identificar suas implicações socioeconômicas. Os métodos incluíram pesquisa documental e a realização de entrevistas com representantes dos hospitais selecionados no período de abril a junho de 2014. Os resultados evidenciam a existência de duas narrativas divergentes sobre o tema. A narrativa favorável enfatiza o aporte adicional de recursos e a possibilidade de manter os médicos docentes integralmente dedicados à universidade; a narrativa desfavorável enfatiza as discriminações decorrentes da segmentação entre pagantes e não pagantes, assim como o uso de recursos públicos para o atendimento de clientela privada. Conclui-se que a adoção da dupla porta de entrada, ao enfatizar a solução de problemas estruturais mediante a privatização de serviços públicos, reforça as desigualdades existentes na sociedade. **Palavras-chave:** Hospitais Universitários; Dupla Porta de Entrada; Saúde Suplementar; Sistema Único de Saúde; Mix Público-Privado; Brasil.

Correspondência

Hudson Pacífico da Silva

University of Montréal. Pavillon 7101, avenue du Parc, bureau 3014-29. Montreal, QC, Canada. H3E 1C9.

¹ Financiamento: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, Pró-Reitoria de Pesquisa, Universidade Estadual de Campinas (Pibic/PRP-Unicamp).

Abstract

The so-called double entry door - one for the patients of the public system and another one for customers of private health plans - is a growing phenomenon in many public health care facilities, especially in the State of São Paulo, Brazil, where several university hospitals linked to public universities assign resources to attend private clientele. The objective of this article is to understand the reasons for the adoption (or not) of the double entry door at two public university hospitals, seeking to identify its implications for the hospital and other stakeholders. Methods included desk research of relevant literature and interviews conducted in 2014 with representatives of selected hospitals. The results show the existence of two divergent narratives on the subject. The favorable narrative emphasizes the additional fundraising and the possibility of keeping fully dedicated teachers working at the university. The unfavorable narrative emphasizes the discrimination arising from the segmentation between paying and non-paying patients and the use of public resources for attending private clientele. By emphasizing the solution of structural problems through the privatization of public services, we conclude that the adoption of double entry door in university hospitals reinforces existing inequalities in society. **Keywords:** University Hospitals; Double Entry Door; Prepaid Health Insurance; Unified Health System; Public-Private Mix; Brazil.

Introdução

A atenção à saúde no Brasil é realizada por meio de dois subsistemas principais que operam com lógicas distintas (Santos; Uga; Porto, 2008; Bahia, 2009; Paim et al., 2011): de um lado, o subsistema público, de acesso universal, que integra um conjunto de ações e serviços a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado segundo as diretrizes de descentralização administrativa, atendimento integral e participação social; de outro, o subsistema privado, organizado a partir de uma lógica mercantil de prestação de serviços e cujo acesso é realizado por meio de planos privados de assistência à saúde (coletivos ou individuais) ou mediante a compra direta de serviços junto de prestadores de serviços de saúde privados (principalmente hospitais, clínicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico).

As operadoras de planos privados de assistência à saúde apresentam diversos formatos jurídico-institucionais e podem ser agrupadas em diferentes categorias, de acordo com critérios que levam em consideração, por exemplo, a natureza dos serviços prestados (ambulatorial, hospitalar, odontológico etc.), a existência de rede própria ou contratada, o tipo de clientela atendida e o porte das operadoras (mensurado pelo número de segurados ou nível de faturamento). Em março de 2016, havia 1.320 operadoras em atividade no Brasil²: 73% delas atuavam no segmento de planos médico-hospitalares e 27% no de planos exclusivamente odontológicos. Juntas, elas movimentaram R\$ 139,5 bilhões em 2015, montante superior ao orçamento do Ministério da Saúde no mesmo ano (R\$ 109,2 bilhões), o que demonstra a importância desse mercado no Brasil. Destaque-se ainda a crescente influência política dessas empresas por meio de financiamento de campanhas eleitorais, cujo apoio financeiro, estimado em R\$ 54,9 milhões, contribuiu para eleger um presidente da república, três governadores, três senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais nas eleições de 2014 (Scheffer; Bahia, 2015).

Com relação à cobertura, estima-se que 27,9% da população brasileira possuía algum plano de saúde

² Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

médico ou odontológico em 2013, mas essa proporção apresentava diferenças marcantes em função da faixa etária, da cor ou raça, do grau de instrução e do local de residência (IBGE, 2015). O percentual da população brasileira que possui um plano de saúde variava de um mínimo de 23,1% entre pessoas de até 17 anos a um máximo de 31,3% entre pessoas de 30 a 39 anos de idade. Considerando a variável cor ou raça, verificou-se que brancos (37,9%) possuem mais acesso a planos de saúde do que pardos (21,6%) e pretos (18,7%). No que se refere ao nível de instrução da população, observou-se que níveis mais elevados estão associados com coberturas mais altas, variando de 16,4% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 68,8% (superior completo). Do ponto de vista geográfico, as regiões Sudeste (36,9%), Sul (32,8%) e Centro-Oeste (30,4%) apresentaram as maiores coberturas, ao passo que as regiões Norte (13,3%) e Nordeste (15,5%) as menores. Além disso, o percentual de pessoas residentes em áreas urbanas cobertas por plano de saúde (31,7%) era cerca de cinco vezes superior ao observado em áreas rurais (6,2%). Observa-se, assim, que o acesso à saúde suplementar no Brasil apresenta um padrão bastante seletivo, com marcadas segmentações de natureza social e geográfica.

Do ponto de vista dos estabelecimentos de saúde, observa-se que uma grande proporção deles presta atendimento a usuários de planos privados de assistência à saúde. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde apresentados pela ANS³, 63,1% dos consultórios isolados, 54,3% das clínicas ou ambulatórios especializados, 47,2% das policlínicas, 47,2% das unidades de apoio à diagnose e terapia, 41,1% dos prontos-socorros especializados, 43,4% dos hospitais especializados, 33,4% dos hospitais gerais e 14,3% dos prontos-socorros gerais atendiam beneficiários de planos de saúde em março de 2016. Quando o atendimento a esses usuários é realizado em hospitais que integram o subsistema público de saúde, como é o caso dos hospitais de ensino vinculados a universidades públicas, tem-se o fenômeno da dupla fila ou dupla porta de entrada (Cohn; Elias, 2002; Stotz, 2003; Teixeira; Patrício, 2011).

De modo geral, os hospitais universitários se caracterizam pelo papel que desempenham no atendimento de nível terciário, por seu envolvimento em atividades de ensino e pesquisa nas áreas de sua especialidade, pela alta concentração de recursos (físicos, humanos e financeiros), pelo custo elevado e pela influência política que exercem nas comunidades onde estão localizados (Puzin, 1995). De acordo com Medici (2001), muitos desses hospitais se consolidaram como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas, que passaram a ser desafiados pelas mudanças observadas nas últimas décadas nos serviços de saúde: fortalecimento da atenção primária, com ênfase nas atividades de prevenção e promoção da saúde; maior democratização e participação social; crescimento das práticas médicas influenciadas pela racionalidade das empresas que comercializam seguros e planos de saúde (rotinas, procedimentos e práticas mais padronizadas, controles externos); crescente multidisciplinaridade da atenção à saúde; aumento do conhecimento e da regulação do setor; crescimento dos mecanismos de defesa do consumidor e do aparato judicial contra práticas médicas; e adoção de modelos de gestão que enfatizam a racionalização dos gastos.

No Brasil, os primeiros hospitais de ensino foram criados na primeira metade do século XX, em Minas Gerais e em São Paulo, sendo que, nas décadas seguintes, dezenas de outros hospitais-escola vinculados às universidades foram fundados por todo o país (Araújo; Leta, 2014). Sua importância para o sistema de saúde está relacionada com o desenvolvimento de três atividades fundamentais (Brasil, 2015): formação de novos profissionais; geração e aplicação de novos conhecimentos e produtos; e oferta de um amplo conjunto de serviços de atenção à saúde para a população. No entanto, grande parte desses hospitais tem apresentado problemas financeiros e de gestão, comprometendo seu desempenho. Para Ferreira e Mendonça (2009), esses problemas referem-se às falhas nos mecanismos de governança, na estrutura de incentivos, na transparência e na responsabilização. Outros autores (Machado;

3 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

Kuchenbecker, 2007; Barata; Bittar; Mendes, 2010; Toro, 2015) destacam a baixa integração com a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a adoção de práticas de ensino inadequadas às necessidades do sistema, a ausência de iniciativas para o desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologias no SUS, estruturas administrativas ultrapassadas e existência de dívidas elevadas.

Em virtude dessa situação dos hospitais de ensino no Brasil, algumas iniciativas voltadas para sua reestruturação foram tomadas pelo poder público no período recente, como o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Brasil, 2004), o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Brasil, 2010) e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Brasil, 2011). Um dos aspectos centrais dessas iniciativas tem sido o estabelecimento de contratos e/ou convênios entre os hospitais e os gestores do SUS para o desenvolvimento das ações, com estimativa dos recursos necessários para sua operacionalização e o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas relacionadas a cada uma das diretrizes contidas nos programas. Apesar de haver poucas avaliações sobre os impactos dessas iniciativas no desempenho dos hospitais universitários, estudo realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012) sugere que não houve melhorias na estruturação gerencial e assistencial dos hospitais contratualizados.

A dupla porta de entrada nos hospitais de ensino vinculados a universidades públicas representa um fenômeno crescente no sistema de saúde brasileiro, inclusive como resposta a algumas das dificuldades identificadas anteriormente. Ela se caracteriza pela destinação de uma parcela dos recursos físicos, humanos e materiais desses hospitais para atender pacientes de planos de saúde em suas dependências. O principal argumento favorável à adoção desse modelo tem a ver com a possibilidade de direcionar mais recursos financeiros para o hospital, proveniente dos valores repassados pelos planos de saúde. Por outro lado, o atendimento desigual entre usuários do SUS e de planos de saúde tem sido apontado como o principal problema da dupla porta de entrada (Bahia, 2011; Santos, 2014).

Estudo realizado por Cohn e Elias (2002) sobre o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (USP), que desde 1995 passou a adotar o modelo da dupla porta de entrada, sugere que ele reproduz no interior do hospital as discriminações já existentes na sociedade, estabelecidas basicamente pelo poder de compra dos usuários. Segundo os autores, a organização do processo de trabalho é diferenciada para o atendimento de pobres (usuários SUS) e não-pobres (usuários de seguros e planos de saúde), assim como o tempo de espera para marcação e realização de exames. Além disso, o grau de autonomia dos usuários também é distinto: enquanto os usuários do subsistema público devem se submeter às exigências da racionalidade de funcionamento do hospital enquanto prestador de serviços públicos para uma demanda crescente e que pressiona a capacidade de atendimento da instituição, os usuários do subsistema privado possuem maior capacidade para exercer suas preferências, uma vez que eles são tratados como consumidores/clientes cujo acesso ocorre mediante a competição do hospital com outros concorrentes privados que oferecem serviços semelhantes no mercado de assistência à saúde.

Considerando a importância do tema para consolidação do SUS, o objetivo do estudo é compreender as razões que justificam a adoção (ou não) da dupla porta de entrada em dois hospitais de ensino vinculados a universidades públicas do estado de São Paulo, assim como as principais implicações dessa medida.

Métodos

Foi utilizada a técnica de estudo de caso exploratório (Yin, 2001), dado que a dupla porta de entrada em hospitais públicos ainda é um fenômeno pouco estudado no contexto brasileiro. Os critérios utilizados para a seleção dos hospitais foram: tipo de clientela atendida (SUS x planos de saúde); tipo de atividade desenvolvida pelo hospital (ensino, pesquisa e assistência); vínculo institucional (faculdades de medicina de universidades públicas); e localização (estado de São Paulo). Com base nesses critérios, dois hospitais gerais e de grande porte foram selecionados para realização do estudo proposto, ambos vinculados a universidades públicas estaduais e localizados em centros urbanos de referência do interior do estado, aqui denominados de

Hospital 1 (sem dupla porta de entrada) e Hospital 2 (com dupla porta de entrada).

Como mostram as informações sintetizadas no Quadro 1, os dois hospitais selecionados possuem um perfil bastante semelhante: estão localizados em dois importantes centros urbanos do interior do estado de São Paulo (Campinas e Ribeirão Preto); são organizações públicas estaduais da administração indireta; realizam atividades de ensino, pesquisa e assistência, com ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; atendem usuários do SUS por meio de demanda espontânea ou referenciada por outros serviços de saúde; e possuem quantidade elevada de leitos hospitalares e de profissionais médicos e não médicos atuando no SUS.

Apesar dessas semelhanças, duas características importantes diferenciam os dois hospitais. Em primeiro lugar, o Hospital 1 é uma unidade ligada à Administração do Conselho Superior da Universidade, de modo que muitas decisões necessitam ser aprovadas por esse órgão, enquanto o Hospital 2 é uma autarquia diretamente vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, o que lhe confere maior autonomia decisória. Em segundo lugar, o Hospital 1 atende somente usuários do SUS, ao passo que o Hospital 2 oferece atendimento para usuários do SUS e pacientes particulares, o que caracteriza a dupla porta de entrada. Esse último hospital conta, inclusive, com profissionais não SUS, isto é, contratados para atuar exclusivamente na prestação de serviços para clientela privada.

Quadro 1 – Características dos hospitais selecionados em julho de 2015

Característica	Hospital 1 (sem dupla porta)	Hospital 2 (com dupla porta)
Localização	Campinas – SP	Ribeirão Preto – SP
Tipo de estabelecimento	Hospital Geral	Hospital Geral
Esfera administrativa e natureza da organização	Estadual – Administração Indireta	Estadual – Administração Indireta
Tipo de organização e vínculo	Unidade vinculada ao Conselho Superior da Universidade	Autarquia vinculada à Secretaria de Estado de Saúde
Atividades realizadas	Ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde	Ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde
Complexidade assistencial	Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar
Tipo de atendimento e clientela	Ambulatorial: SUS Internação: SUS SADT: SUS Urgência: SUS	Ambulatorial: SUS + Particular Internação: SUS + Particular SADT: SUS + Particular Urgência: SUS + Particular
Profissionais SUS	Médicos = 1.529 Outros = 3.545	Médicos = 1.698 Outros = 2.602
Profissionais não SUS	0	113
Número de leitos	Cirúrgicos = 188 Clínicos = 171 Complementar = 116 Obstetrícia = 41 Pediátricos = 48 Outras especialidades = 20 Hospital-dia = 47	Cirúrgicos = 256 Clínicos = 235 Complementar = 167 Obstetrícia = 30 Pediátricos = 63 Outras especialidades = 58 Hospital-dia = 46

Fonte: Elaborado a partir dos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNE/MS)⁴ e nos sítios dos hospitais na internet⁵

4 Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

5 Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/>> e <<http://www.hcrp.usp.br/sitehc/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

A pesquisa envolveu a realização de quatro atividades fundamentais: pesquisa documental/bibliográfica; elaboração de roteiro de entrevista com questões semiestruturadas; agendamento e realização das entrevistas; organização e análise do material coletado. A pesquisa documental considerou artigos registrados em periódicos e informações disponíveis em documentos institucionais e sítios mantidos pelos próprios hospitais na internet. A elaboração do roteiro de entrevistas com questões semiestruturadas se deu por meio da identificação de questões cujas respostas possibilitariam atingir o objetivo proposto. Dois roteiros de questões foram elaborados: um para ser aplicado com representantes do hospital que adotou a dupla porta de entrada e outro para o hospital que não adotou. Cópia dos roteiros pode ser obtida mediante solicitação aos autores.

Os entrevistados foram selecionados em virtude do cargo/função desempenhada nos hospitais e pelo possível entendimento do tema. No Hospital 1, foram realizadas duas entrevistas: uma com a coordenadora da área médico-assistencial da instituição e outra com professor titular do Departamento de Saúde Coletiva. No Hospital 2 foi realizado contato por e-mail com o diretor do Departamento de Atenção à Saúde e com o diretor clínico, em mais de uma ocasião, mas não obtivemos resposta. Em virtude dessa dificuldade, foi entrevistado o coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do hospital. Todas as entrevistas foram realizadas de forma presencial, no período de abril a julho de 2014, gravadas com o consentimento dos entrevistados, transcritas e analisadas.

Os dados verbais e escritos foram analisados segundo a abordagem da análise de conteúdo (Bardin, 1977), mediante a utilização do software NVivo. Uma estratégia de codificação mista foi utilizada: um conjunto pré-definido de códigos foi criado a partir do quadro conceitual e outros códigos surgiram empiricamente a partir dos dados coletados. Tabelas comparativas para cada hospital foram criadas a fim de condensar o material empírico e identificar padrões recorrentes entre os casos.

Resultados

Apresentamos a seguir os resultados obtidos nas entrevistas realizadas com representantes dos dois hospitais estudados, separadamente, e depois uma síntese das razões mencionadas para adotar (ou não) a dupla porta de entrada, assim como as implicações dessa decisão.

Hospital 1 (sem dupla porta de entrada)

De acordo com os entrevistados, a discussão sobre a dupla porta de entrada no hospital começou em 1984 e, desde então, tem sido um tema recorrente na instituição. Naquela época, foi criada uma comissão de professores e alunos para conhecer a experiência do Instituto do Coração (Incor), ligado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, que já havia implantado a dupla porta. Essa comissão observou que a segunda porta (planos de saúde) possuía uma natureza fundamentalmente assistencial, isto é, não era utilizada para ensino e pesquisa, pois os alunos da universidade raramente tinham acesso a essa parte do hospital para o desenvolvimento de suas atividades.

Dois outros fatores contribuíram para a não adoção da dupla porta de entrada. A primeira tem a ver com a estrutura do hospital. Como se trata de um hospital com todos os serviços destinados aos usuários do SUS, a adoção da dupla porta de entrada implicaria a construção de uma ala nova para atendimento de pacientes do setor privado. No entanto, o hospital não dispunha de recursos para realizar esse tipo de ampliação. O segundo fator tem a ver com o vínculo institucional do hospital, cujas decisões dependem de aprovação do Conselho Superior da universidade, estando, portanto, vinculado à Secretaria de Estado da Educação. É diferente do caso de outros hospitais universitários do estado de São Paulo, que se constituíram como autarquias diretamente vinculadas à área da saúde.

Em 1985, foi realizada uma assembleia com docentes e funcionários, com mais de 80% a favor de manter o caráter exclusivamente público no

hospital. Mesmo assim, havia professores e profissionais que se posicionaram contra essa decisão. Um dos argumentos utilizados pelos profissionais médicos para implantação da dupla porta de entrada era o aumento da remuneração, pois seria igual ao esquema praticado no setor privado - ganho por produção, ou seja, por atendimento. Entretanto, foi mencionado que esses profissionais não conseguiram obter legitimidade interna para implantar a fila dupla no hospital.

Embora a dupla porta de entrada não tenha sido aprovada, dois mecanismos foram criados para ampliar a remuneração dos profissionais, principalmente dos médicos, o que de certa forma atenuou a pressão pela adoção desse modelo:

- no final dos anos 1980, foi instituído que 18% dos recursos provenientes do SUS seriam usados para complementar o salário dos médicos que fizessem assistência e ensino juntos, ou seja, um abono salarial para médicos que, ao mesmo tempo, atendiam pacientes e ministravam aulas. Com isso, foi possível estreitar o vínculo ensino-serviço dos docentes;
- criação de uma policlínica, na década de 1990, em um prédio construído dentro do *campus* da universidade, mas separado do hospital. Ali, os médicos e outros profissionais de saúde poderiam atender pacientes de planos privados de assistência à saúde. Os entrevistados mencionaram que, antes da policlínica, a universidade perdia alguns docentes para o setor privado, pois o salário pago para lecionar e fazer pesquisa não era suficiente. Com a criação da policlínica, foi possível aumentar o salário dos docentes, sem que eles precisassem sair da universidade.

Pensando nas implicações da adoção da dupla porta de entrada para a sociedade, os entrevistados referiram que ela seria prejudicial para a população que depende exclusivamente do SUS, já que o hospital conta com poucos leitos perante a grande quantidade de pessoas que residem na região. E para a população que possui plano de saúde, é possível usufruir tanto dos serviços oferecidos pelo hospital,

que é aberto para qualquer pessoa, com plano privado ou não, como dos serviços da policlínica, mediante uso do plano de saúde ou desembolso direto (paciente particular).

Foi mencionado também que existe perspectiva de mudanças com o processo de autarquização do hospital e consequente mudança de vínculo para a Secretaria de Estado da Saúde de SP. O principal argumento favorável se baseia na questão do subfinanciamento da saúde e da contratação de funcionários. Internamente, a proposta de mudar a personalidade jurídica do hospital, dando-lhe o *status* de autarquia estadual diretamente vinculada à pasta da saúde, já foi aprovada. Apesar disso, o hospital permanece vinculado à universidade, pois ainda não houve aprovação da Assembleia Legislativa e nem autorização do governo estadual para dar continuidade ao processo. A demora, segundo os entrevistados, pode estar relacionada com problemas ocorridos no processo de autarquização de outro hospital universitário do estado, que apresentou déficits no orçamento durante o período de transição.

Hospital 2 (com dupla porta de entrada)

A dupla porta de entrada existe no hospital desde 1997, sendo uma forma de arrecadação de receita adicional. Ela é chamada de Clínica Civil e é administrada por uma fundação de apoio. Já em 1999 foi estabelecido um Termo de Ajuste de Conduta entre a Diretoria da fundação, a Superintendência do hospital e o Ministério Público, estabelecendo que o atendimento de pacientes particulares não poderia ultrapassar 6% do total do atendimento oferecido aos pacientes do SUS.

Atualmente, a estrutura destinada ao atendimento de pacientes do setor privado é composta por 15 consultórios e 22 leitos para internação, realizando consultas médicas, procedimentos ambulatoriais e cirurgias de pequeno porte. Os recursos obtidos são direcionados para a fundação de apoio, mas retornam para os docentes que atuam no hospital por meio do financiamento de diversas atividades, como pesquisa até um determinado valor; ida a

congressos nacionais e internacionais; publicação nas revistas pagas; tradução de artigos que serão submetidos a revistas etc.

O profissional entrevistado comentou que é favorável à adoção da dupla porta de entrada, pois acredita que o poder público “não dá conta de financiar tudo sozinho”. Entretanto, mencionou que a dupla porta deve ser bem estruturada, sem comprometer o atendimento dos pacientes do SUS. Isso seria possível a partir da criação de uma estrutura adicional para os pacientes particulares, de modo a não interferir nos leitos já destinados ao SUS, por exemplo. Segundo ele, a dupla porta é um modo de ajudar o poder público a financiar a oferta de serviços de saúde.

Essa estrutura adicional parece ser a solução a ser adotada nos próximos anos no hospital, pois existe um projeto para separar a estrutura dedicada para atendimento dos pacientes de planos de saúde. A proposta é construir outro prédio, separado das instalações do hospital, que vai ser específico para consulta ambulatorial de pacientes particulares e de planos de saúde, assim como um andar para internação desses pacientes. Dessa forma, haveria aumento dos leitos do hospital para atendimento dos usuários do SUS, porque essa ala, que hoje é particular, seria destinada ao SUS, assim como os ambulatórios que atualmente são destinados à clientela privada. Com essa proposta, a projeção é que o faturamento do hospital aumente de 4 a 5 vezes.

Foi mencionado que existe resistência à dupla porta de entrada por parte de profissionais da saúde não médicos, como fisioterapeutas e fonoaudiólogos, pois esses profissionais não atendem na segunda porta e, portanto, não obtêm nenhum ganho adicional. Entretanto, essa situação pode ser mudada a partir do momento em que eles também passarem a atender pacientes de planos de saúde.

Apesar de favorável à proposta da dupla porta de entrada no hospital, o entrevistado ressaltou que é necessário tomar alguns cuidados. Por exemplo, ele mencionou que há professores da Faculdade de Medicina, contratados em regime de dedicação exclusiva, que dedicam mais tempo ao paciente particular do que aos pacientes do SUS, em função do ganho financeiro que isso proporciona. E eles utilizam a

infraestrutura do hospital e a própria condição de professor para viabilizar esse tipo de atendimento.

Síntese dos resultados

É possível sintetizar os resultados do estudo em três itens principais (Quadro 2). Em primeiro lugar, destacam-se as razões mencionadas pelos entrevistados para adotar a dupla porta de entrada: aporte adicional de recursos em um contexto de subfinanciamento das ações e serviços públicos de saúde; possibilidade de manter os docentes médicos atuando de forma integral, em função da remuneração complementar que eles obtêm pelo atendimento da clientela privada; uso de parte dos recursos obtidos para apoiar atividades de ensino e pesquisa; e existência de autonomia administrativa para tomar esse tipo de decisão, pois o hospital se constitui como autarquia diretamente vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

Em segundo lugar, foi possível identificar um conjunto importante de razões que desaconselham a adoção da dupla porta de entrada nos hospitais visitados: falta de recursos para expandir a estrutura existente, de modo a não comprometer os recursos já destinados aos usuários do SUS; pouca (ou nenhuma) utilização da dupla porta para atividades de ensino e pesquisa nas experiências observadas; falta de apoio e legitimidade interna para aprovar uma proposta de privatização de serviços públicos; e hospital sem autonomia administrativa para tomar esse tipo de decisão, que depende da aprovação de instância externa (no caso, o Conselho Universitário).

Por fim, diversas implicações, positivas e negativas, decorrentes da adoção da dupla porta de entrada foram mencionadas pelos entrevistados. Como implicações positivas, destacam-se a ampliação das receitas do hospital e a manutenção do corpo docente integralmente dedicado à universidade. Já as implicações negativas incluem o comprometimento dos recursos existentes para o atendimento de pacientes particulares, prejudicando o atendimento dos usuários do SUS, e a segmentação de clientela (pagantes e não pagantes) no interior de um serviço público.

Quadro 2 – Dupla porta de entrada: razões para adotar, não adotar e implicações da adoção

Por que não adotar	Por que adotar	Implicações da adoção
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recurso para expandir a estrutura hospitalar e ambulatorial existente, de modo a não prejudicar os usuários do SUS e a sociedade em geral; • Dupla porta tem finalidade somente assistencial, não serve para ensino e pesquisa aos alunos e residentes, que não tem acesso aos recursos; • Proposta sem legitimidade suficiente para aprovação interna; • Hospital sem autonomia para tomar esse tipo de decisão → depende do Conselho Universitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder público não tem condições de atender sozinho às necessidades de financiamento do hospital; • Docentes médicos buscam complemento salarial fora da universidade → atendimento a pacientes particulares e de planos de saúde; • Parte dos recursos pode ser direcionada para apoiar atividades de ensino e pesquisa; • Vinculação do hospital à Secretaria de Estado de Saúde → maior autonomia para tomada de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicações positivas: • Ampliação das receitas do hospital, proveniente dos valores repassados pelos planos de saúde; • Possibilidade de manter o corpo docente integralmente dedicado à universidade. • Implicações negativas: • Comprometimento dos recursos existentes para o atendimento de pacientes particulares; • Segmentação entre clientes de planos de saúde (pagantes) e usuários do SUS (não pagantes).

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas realizadas nos hospitais visitados.

Discussão

É possível perceber a existência de duas narrativas divergentes sobre a adoção da dupla porta de entrada nos hospitais universitários, uma favorável e outra desfavorável. A narrativa favorável enfatiza o aporte adicional de recursos financeiros que o hospital consegue obter com o atendimento da clientela privada. De fato, uma análise rápida das fontes de recursos do Hospital 1 (com dupla porta) nos anos de 2010 a 2014, disponível em seu Relatório de Atividades (HC-FMRP, 2014), evidencia que a dupla porta tem ampliado o montante de recursos obtidos mediante o atendimento desses pacientes, tendo passado de R\$ 16,5 milhões em 2010 (4,6% do total) para R\$ 32,3 milhões em 2014 (5,0%). Dessa forma, a dupla porta tem a vantagem de ajudar no financiamento do hospital. Embora esse recurso adicional possa ser utilizado para melhorar as instalações e equipamentos do hospital como um todo, beneficiando também os pacientes do SUS, esse item não foi diretamente mencionado pelo entrevistado, o que sugere que esse tipo de melhoria está concentrado nos espaços dedicados ao atendimento dos pacientes de planos de saúde.

Outro argumento destacado pela vertente favorável à dupla porta de entrada é a possibilidade de manter os docentes presentes na universidade, já

que eles acabam ganhando um complemento salarial trabalhando para o setor privado, que tende a oferecer remuneração mais elevada do que o SUS. Entretanto, destaque-se que esse ganho adicional não tem beneficiado o conjunto dos docentes que atuam no hospital, mas apenas os docentes médicos. Além disso, a possibilidade de auferir ganhos adicionais tem feito que muitos desses docentes dediquem mais tempo atendendo pacientes de planos de saúde do que os usuários do sistema público.

Já a narrativa desfavorável enfatiza a ideia de que a dupla porta de entrada segmenta a sociedade entre usuários do SUS e clientes de planos de saúde, ou seja, entre pagantes e não pagantes, gerando uma discriminação no interior de um órgão público. De fato, as empresas operadoras de planos de saúde utilizam hospitais públicos, especialmente aqueles que possuem alta densidade tecnológica e profissionais qualificados, como é o caso dos hospitais universitários, para direcionar parte de sua clientela para ser atendida ali, isto é, fazem uso de equipamentos públicos para substituir serviços que deveriam ser prestados por elas, reduzindo seus custos assistenciais.

Outro argumento desfavorável está relacionado com o comprometimento de recursos existentes para o atendimento de pacientes particulares, comprometendo o atendimento dos usuários do

SUS. Esse ponto foi observado nos dois hospitais estudados. No Hospital 1, sem dupla porta, optou-se por construir uma estrutura adicional, fora do hospital, para atender pacientes de planos de saúde; no hospital com dupla porta, a destinação de ambulatórios e leitos localizados dentro do hospital para atendimento de pacientes particulares implica menos recursos disponíveis para atendimento de pacientes do SUS. Destaque-se que a disputa por recursos existentes vai além dos serviços assistenciais, comprometendo também as atividades de ensino, porque os alunos dos diferentes cursos na área da saúde possuem pouco ou nenhum acesso à estrutura direcionada para o atendimento de pacientes que pagam pelos serviços.

A adoção da dupla porta também está relacionada com a configuração institucional dos hospitais, o que lhes confere graus diferenciados de autonomia. De fato, o Hospital 2, que adotou o modelo de dupla porta, configura-se como autarquia diretamente vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com capacidade de autoadministração, isto é, capacidade própria de administrar as matérias que lhes foram destinadas por lei específica. Para Weichert (2009), as autarquias de saúde representam alternativa compatível com o desenho constitucional do SUS, dada a natureza dos serviços prestados. Isso porque a prestação dos serviços públicos de saúde constitui atividade essencialmente estatal e, portanto, deve ser desenvolvida pelo poder público, ainda que de forma descentralizada. Embora sujeito a controvérsias, a necessidade de dotar o SUS de uma nova configuração institucional é defendida por alguns autores (Paim; Teixeira, 2007), que destacam as características negativas da cultura organizacional do Estado brasileiro - patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados. Nesse sentido, autarquias, fundações estatais de direito privado, consórcios públicos e até mesmo empresas públicas são alguns formatos organizacionais que vem ganhando espaço no período recente.

No entanto, independente do regime jurídico das organizações na área da saúde e das premissas que todas elas deveriam observar (Ibañez; Vecina Neto, 2007), é importante destacar que a adoção da dupla porta de entrada objetiva enfrentar problemas

(escassez de recursos financeiros e manutenção dos médicos) que poderiam ser solucionados com outras estratégias no nível organizacional. É possível mencionar, por exemplo, a captação de recursos junto das agências de fomento à pesquisa, a oferta de cursos e outros serviços de extensão à comunidade, o estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada para reforma e ampliação das instalações, e a adoção de mecanismos para a redução de despesas com aquisição de equipamentos, insumos e materiais. Já a manutenção dos profissionais médicos poderia ser enfrentada com a criação de um fundo para estimular o desenvolvimento simultâneo das atividades de ensino, pesquisa e assistência, a exemplo do que ocorre no Hospital 1.

Tais medidas, evidentemente, estão longe de enfrentar as raízes do problema de subfinanciamento que caracteriza a política de saúde no Brasil (Marques; Mendes, 2012; Soares; Santos, 2014). No entanto, elas representam alternativas para lidar com a crise financeira dos hospitais, sem que para isso seja necessário destinar os (escassos) recursos existentes para atendimento de pacientes particulares e de planos de saúde. Além disso, o aporte de recurso adicional para o hospital que adotou a dupla porta de entrada - em face do orçamento total da instituição - parece não justificar as consequências negativas que essa medida traz, em especial a redução de serviços para os usuários do SUS e a segmentação de clientela no interior de uma organização pública.

Algumas limitações do nosso estudo devem ser apontadas. Do ponto de vista metodológico, é necessário destacar sua natureza exploratória, baseada na coleta de dados primários a partir da realização de um número limitado de entrevistas em dois hospitais universitários, o que não autoriza a generalização dos achados para outros contextos. Também é importante mencionar que, embora os dois hospitais tenham sido selecionados para refletir posições distintas quanto à adoção da dupla porta de entrada, a existência de uma policlínica para atendimento exclusivo de pacientes particulares e de planos de saúde no mesmo *campus* universitário do Hospital 1 (sem dupla porta de entrada), onde professores de diversas especialidades médicas podem prestar

atendimento a essa clientela e complementar sua remuneração, sugere que esse hospital de fato compartilha recursos (no caso, recursos humanos) entre usuários do SUS e clientes privados, mesmo se as instalações e os equipamentos do hospital permanecem de uso exclusivo do sistema público. Dessa forma, a complementação salarial dos docentes médicos via planos de saúde está presente nos dois hospitais selecionados. Por fim, a abordagem qualitativa do estudo não permite afirmar que os usuários do SUS puderam (ou não) se beneficiar de outras melhorias propiciadas pelo aporte adicional de recursos provenientes da adoção da dupla porta de entrada, como o acesso a novas instalações e equipamentos.

Apesar dessas limitações, os resultados apresentados são convergentes com aqueles obtidos por outros autores (Cohn; Elias, 2002; Scheffer; Bahia, 2005; Machado; Martins; Leite, 2015) e contribuem para ampliar a compreensão a respeito do fenômeno da dupla porta nos hospitais universitários brasileiros. Além disso, demonstram a necessidade de novas pesquisas sobre modelos de financiamento desses hospitais, assim como estudos avaliativos capazes de mensurar os impactos sobre o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde em diferentes contextos (com e sem dupla porta de entrada).

Considerações finais

A adoção da dupla porta de entrada nos serviços públicos de saúde ilustra as tensões entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, caracterizado pelo subfinanciamento crônico do SUS, que impõe limites à ampliação do acesso às ações e serviços públicos de saúde, e pelo aprofundamento da mercantilização da oferta e provisão da assistência, cuja face mais visível é a expansão do mercado de planos privados de assistência à saúde. São dois lados da mesma moeda, que contribuem para introduzir a lógica de mercado na saúde pública e legitimar a venda de serviços em hospitais públicos.

Apesar dos benefícios potenciais proporcionados pela captação de recurso adicional, os resultados do estudo sugerem que a dupla porta não representa uma solução satisfatória para os problemas estruturais que busca combater. Além disso, contribui

para aprofundar as desigualdades sociais e manter privilégios de quem já é privilegiado por seu poder de compra ou inserção profissional, em uma clara violação à legislação que instituiu o SUS, dado que o acesso aos serviços públicos de saúde deve ser universal, gratuito e igualitário.

Em tempos de austeridade fiscal, com cortes orçamentários que prejudicam a implementação de políticas sociais universais e subordinam a busca por justiça social aos imperativos da política econômica, é necessário que a sociedade brasileira, por meio de suas diferentes instâncias de representação e participação, se mobilize para discutir os significados do fenômeno da fila dupla nos serviços públicos de saúde e suas implicações para a ampliação do direito à saúde em países marcados por acentuadas desigualdades sociais.

Referências

- ARAUJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde - Manquinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.
- BAHIA, L. *O material de construção da dupla porta dos hospitais universitários*. Campinas: Idisa, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5592_o_o-material-de-construcao-da-dupla-porta-dos-hospitais-universitarios.html>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- BARATA, L. R. B.; BITTAR, J. N. V.; MENDES, J. D. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino

do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 maio 2004. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 15 dez. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. *Hospitais Universitários*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 173-180, 2002. Suplemento.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. de. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 11, n. 44, p. 113-126, 2009.

HC-FMRP - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP RIBEIRÃO PRETO. *Relatório de atividades 2014*. Ribeirão Preto: HCRP, 2014. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/sitehc/upload%5CRelatoriodeAtividades_HCRP_2014.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, 2007. Suplemento.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro, 2015.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. da C. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 39-50, 2015. Número especial.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet, London*, n. 377, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S.; TEXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007. Suplemento.

PUZIN, D. (Coord.). *The proper function of teaching hospitals within health systems*. Paris: World Health Organization, 1995.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde brasileiro:

financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, L. A dupla porta no SUS. *Blog Direito Sanitário: saúde e cidadania*, 22 abr. 2014.

Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2014/04/22/a-dupla-porta-no-sus/>>.

Acesso em: 5 ago. 2015.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas de regulamentação.

In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*.

São Paulo: Hucitec/OPAS/IDRC, 2005, pp. 127-168.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. *Representação política e interesses particulares na saúde: A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014*. 2015.

Disponível em: <<http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-33, 2003.

TEIXEIRA, M. F.; PATRÍCIO, R. G. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 50-62, 2011.

TORO, I. F. C. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 4, n. 4, p. 55-60, 2015.

WEICHERT, M. A. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 81-97, 2009.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Contribuição dos autores

Silva coordenou a pesquisa, analisou os dados, redigiu e organizou o artigo. Caxias participou da concepção da pesquisa, coletou os dados e revisou o artigo.

Recebido: 18/08/2015

Reapresentado: 13/06/2016

Aprovado: 01/07/2016