

VISÕES DO ATENDIMENTO À SAÚDE: DISTINGUINDO CONCEITOS DE PRECONCEITOS

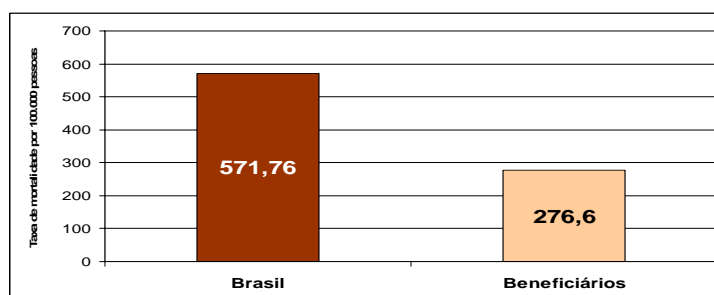
José Cechin
Superintendente Executivo

O Ministério da Saúde publicou importante e aprofundado estudo estatístico intitulado “Saúde Brasil 2006: Uma análise da desigualdade em saúde”. Coordenado por Maria de Fátima Marinho de Souza, foi desenhado para se obter melhor entendimento do perfil epidemiológico da população coberta por planos de saúde comparativamente à população brasileira, estratificadas por sexo, raça, cor, idade, região, entre outros. O objetivo, entre outros, foi comparar o desempenho de ambos e levantar dados para melhor fundamentar e orientar as políticas públicas de saúde.

O estudo é minucioso, detalhista e cuidadoso ao relativizar suas conclusões, por serem afetadas por fatores que não puderam ser considerados.

Os dados mostram que o risco de morte entre portadores de planos de saúde é menor do que na população total. Os números são evidentes. Em 2004, no Brasil, foi registrado um milhão de óbitos entre os 179 milhões de habitantes, o que resulta no risco de morte de 0,57% ou 572 óbitos para cada 100 mil habitantes. Já entre os 33,5 milhões^a de pessoas com planos de saúde foram identificados 92,6 mil óbitos, o que resulta no risco de 0,27% ou 277 óbitos para cada 100 mil segurados. Como as duas populações podem ter estruturas etárias diferentes, o estudo estimou o número de mortes que seria de se esperar caso se aplicassem à população de segurados as taxas de mortalidade por faixa etária da população brasileira. O resultado foi impressionante – 234,4 mil mortes, ou duas e meia vezes maior. A conclusão inescapável do trabalho, com todas as ressalvas nele apontadas, é que o risco de morte por faixas etárias entre detentores de planos é menos da metade do que na população geral (Quadro 1). Menor risco de morte significa também maior esperança de vida ou vida mais longa.

Quadro 1. Risco de morte para cada 100 mil pessoas



^a Esse número de pessoas com planos de saúde, estimado com base nos dados da PNAD-2004 do IBGE, difere do registrado na ANS porque os registros da ANS se referem à quantidade de planos enquanto que os da PNAD se referem a pessoas. A discrepância indicaria a quantidade de pessoas com mais de um plano.

A Tabela 1 traz o número de óbitos por principais grupos de doenças. Na população brasileira, a primeira grande causa de óbitos são as doenças do aparelho circulatório (286 mil ou 27,9% do total de mortes) e a segunda por neoplasias 141 mil ou 13,7% do total. Entre a população segurada, os óbitos por essas causas foram 29,4 mil ou 31,8% e 19,8 mil ou 21,3%. Notar na Tabela 1 a alta proporção de mortes por causas mal definidas na população total (12,4%) relativamente à segurada (4,4%); da mesma forma, por causas externas (violência e acidentes de trânsito, 12,4% no Brasil e 8,8% na população segurada).

Tabela 1. Brasil 2004 – População total e população de beneficiários, proporção de óbitos e taxa de mortalidade por causas.

	BRASIL			Beneficiários		
		Proporcional	*Mortalidade		Proporcional	*Mortalidade
População	179.108.134			33.462.147		
Óbitos em 2004	1.024.073	100,0	571,8	92.566	100,0	276,6
Doenças do aparelho circulatório	285.543	27,9	159,4	29.443	31,8	88,0
Infarto agudo do miocárdio	86.781	8,5	48,5	10.981	11,9	32,8
Neoplasias tumores	140.801	13,7	78,6	19.762	21,3	59,1
Câncer de mama	9.879	1,0	5,5	1.699	1,8	5,1
Causas externas de mortalidade	127.470	12,4	71,2	8.112	8,8	24,2
Causas mal definidas	126.922	12,4	70,9	4.047	4,4	12,1
Doenças do aparelho respiratório	102.168	10,0	57,0	11.097	12,0	33,2
Doenças endoc, nutri. metabólicas	53.134	5,2	29,7	4.785	5,2	14,3
Doenças do aparelho digestivo	48.661	4,8	27,2	4.637	5,0	13,9
Outros	139.374	13,6	77,8	10.683	11,5	31,9

*Por 100.000 indivíduos. Fonte: Ministério da Saúde – Saúde no Brasil 2006, p.127.

Desagregando as doenças circulatórias, o infarto foi causa de 12,8% dos óbitos masculinos entre portadores de planos e de apenas 8,6% na população total; entre as mulheres, o infarto causou 10,7% das mortes das seguradas e 8,8% da população total (Tabela 2). Tendência similar se observou também com câncer de mama. O que essas diferenças revelariam?

Tabela 2. Brasil 2004 – Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

	Brasil			Beneficiários		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1. População - (milhões)	88,1	91,0	179,1	15,4	18,1	33,5
2. Óbitos na população (mil)	593,7	429,6	1.023,4	50,4	42,1	92,5
3. Óbitos por infarto - (mil)	50,1	36,7	86,8	6,5	4,5	11,0
4. Proporção óbitos infarto (3/2) - (%)	8,6	8,8	8,7	12,8	10,7	11,9
5. Mortalidade (3/1) - (por 100 mil)	56,9	40,3	48,5	42,2	24,9	32,8

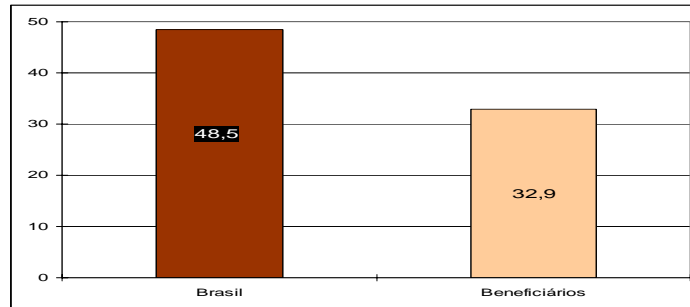
Fonte: Ministério da Saúde – Saúde no Brasil 2006.

Segundo a coordenadora do estudo em entrevista à edição de 18/03/07 da IstoÉ, elas provariam que os detentores de planos de saúde não viveriam mais do que a população atendida pelo SUS e que “de modo geral, os planos mostram que não possuem uma boa estrutura para atendimento de alguns tipos de emergência” nem teriam políticas voltadas para prevenção e detecção precoce. Pronto atendimento e detecção precoce, como se sabe, salvariam vidas. A conclusão da entrevistada, infundada é de se observar, é de que “as pessoas estão se enganando” ao adquirirem plano de saúde ou de que “as empresas estão vendendo uma ilusão de que a pessoa está protegida”.

Impressionante a capacidade do preconceito de produzir o auto-engano e negar evidências. As estatísticas citadas, longe de indicarem desvantagens aos portadores de planos, sugerem o contrário, de que a população segurada tem idade mais alta, pois é nas idades altas que é maior a incidência de enfermidades do aparelho circulatório e neoplasias. Proporção de mortes não é indicador de risco de morte – o primeiro mostra como se decompõe a totalidade dos óbitos entre suas causas; o segundo mostra a probabilidade de morte por causas na população.

Em 2004, as 86,8 mil mortes por infarto no Brasil foram 8,6% do total de um milhão de mortes e a taxa de mortalidade foi de 48,5 para cada cem mil habitantes; as 10,9 mil mortes por infarto de pessoas com planos representaram 11,9% das 92,6 mil mortes, percentual maior do que na população total, mas a taxa de mortalidade foi de 32,9 para cada cem mil segurados (Quadro 2). Conclui-se claramente que o risco de morte por infarto de quem tem plano é um 32% menor do que a de quem não tem e, portanto, sua esperança de vida é maior.

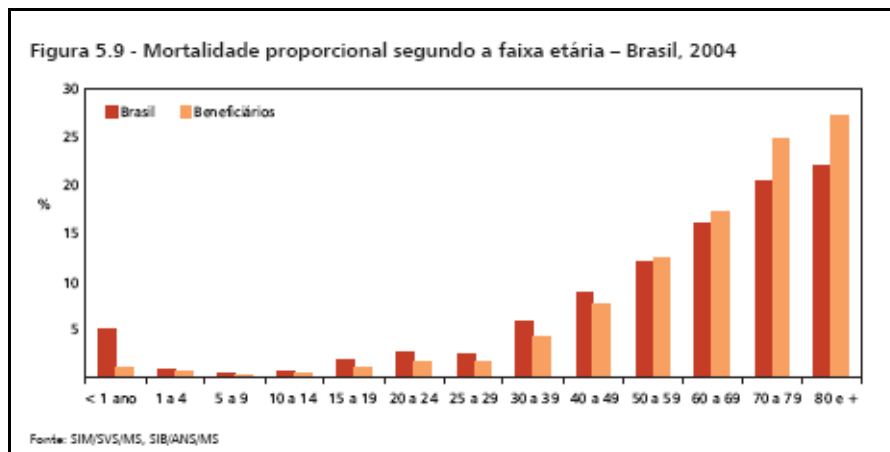
Quadro 2. Risco de morte por infarto do miocárdio.



Para cada 100 mil pessoas.

Essa a conclusão do estudo, oposta a que Maria de Fátima expressou na entrevista e nas outras divulgações. A maior percentagem de mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, típicas das idades avançadas, revela que a população segurada é mais idosa, resultado da menor mortalidade infanto-juvenil e por causas externas. Essa conclusão fica clara na Figura 5.9 do estudo, reproduzida abaixo (Quadro 3). A figura mostra que a proporção de óbitos nas faixas etárias mais altas é maior para a população segurada do que para a população total; já nas faixas até 49 anos, é maior a proporção de óbitos na população total do que de pessoas com planos. Note-se a grande diferença na primeira idade.

Quadro 3. Proporção de óbitos por faixa etária - 2004.



Fonte: Ministério da Saúde – Saúde no Brasil 2006. p.126.

Uma política de saúde de um grupo hipotético, que tivesse sucesso em eliminar todas as causas de morte exceto as do aparelho circulatório e o câncer, levaria a que 100% dos óbitos tivessem essas causas. Caro leitor, poderíamos dizer que essa política teria sido um fracasso, que não detecta precocemente nem oferece pronto atendimento, pois as pessoas morrem de infarto e câncer? Se lhe tivesse sido facultado escolher, em qual das populações você teria gostado de ter nascido, na que tem mortalidade infanto-juvenil

e por violência e acidentes e menos por câncer e infarto ou na que as pessoas morrem somente de câncer e infarto?

A despeito desses dados, o título da entrevista foi “Planos de Saúde não Salvam”, o que pré-anuncia uma visão desfavorável aos planos, talvez derivada de preconceitos (no sentido de conceito a priori, sem fundamentação). Nada a surpreender, se por salvar se entendesse o alcance da vida eterna. Mas a entrevistada esclarece que sua expectativa era de encontrar vidas mais longas entre portadores de planos, pois “quem paga um plano de saúde busca maior proteção e vida mais longa”. Segundo ela, “o desempenho dos planos de saúde não promove a longevidade esperada”.

O estudo também calcula o risco de morte por sexo e faixas etárias pelas principais causas de morte. Em quase todas as faixas etárias, o risco de morte entre portadores de planos é menor do que na população total para todas as doenças listadas. A Tabela 2 ilustra as taxas de mortalidade para doenças do aparelho circulatório e a Tabela 3 para neoplasias (notar que deve haver erro de composição de média na Tabela 5.24, da página 186 do estudo).

Tabela 3. Brasil 2004 – Mortalidade para cada cem mil pessoas por doenças do aparelho circulatório, segundo o sexo, faixa etária e população.

Faixas Etárias	População brasileira			População de beneficiários		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
até 39 anos	10,3	7,1	8,7	4,9	3,1	4,0
40 a 49 anos	125,4	79,5	101,7	46,5	24,6	34,6
50 a 59 anos	367,5	213,1	287,3	146,2	71,9	104,6
60 a 69 anos	848,2	509,8	666,8	401,5	188,2	277,1
70 a 79 anos	1.937,5	1.390,3	1.633,6	972,1	517,0	691,7
80 anos e mais	4.381,2	4.131,5	4.231,9	2.198,0	1.686,9	1.863,5

Fonte: MS, Saúde Brasil 2006, Tabela 5.10, p. 142.

Tabela 4. Brasil 2004 – Mortalidade para cada cem mil pessoas por neoplasias segundo sexo, faixa etária e população.

Faixa Etária	População Brasileira			População de Beneficiários		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-14	4,3	3,8	4,1	3,2	2,4	2,8
15-24	6,3	4,9	2,0	4,4	3,7	4,0
25-39	14,0	18,5	3,5	9,2	9,2	9,2
40-49	69,0	74,1	33,4	34,2	35,9	35,2
50-59	215,6	172,2	193,0	112,7	90,9	100,5
60-69	479,6	312,7	390,1	305,2	178,2	231,2
70 anos e +	1.097,6	662,0	849,9	753,7	369,9	513,0
Total	86,3	71,2	78,6	67,4	51,9	59,1

Fonte: MS, Saúde Brasil 2006, Tabela 5.24. As taxas totais para a população brasileira nas faixas etárias entre 15 e 49 anos devem estar erradas - as médias não podem ser inferiores à menor das duas.

Não se pretende aqui sobre enfatizar o esperado a priori, de que os planos de saúde teriam tido desempenhos muito superiores e seus portadores vidas mais longas. O rigor intelectual que norteou o estudo nos ensina a ter cautela com as conclusões, dada a influência de fatores não considerados. Cito-os.

Primeiro, a dificuldade de identificar entre as pessoas falecidas quais tinham plano leva a subestimar o número de óbitos entre detentores de planos. Dado o rigor a que o estudo se auto-submeteu, somente foram enumerados como óbitos de detentores de planos aqueles em que a identificação por algoritmo de pesquisa fonética fora inequívoca. É provável, portanto, que o número de óbitos entre portadores de planos esteja subestimado e, em decorrência, a própria taxa de mortalidade.

Segundo, há desvios que atuam em sentido oposto, como a subnotificação de óbitos, especialmente nas regiões mais pobres. Segundo o IBGE, nas regiões mais pobres cerca de um quarto dos óbitos não teriam registro. No Sul e Sudeste, a incidência de óbitos sem registro é desprezível. Como a população segurada se concentra nessas duas regiões, a maior ocorrência de óbitos não registrados está nas regiões com menor cobertura por planos de saúde, o que tende a subestimar o número de óbitos da população não segurada e, portanto, a taxa global de óbitos, sem afetar significativamente o número de óbitos entre pessoas com planos.

Os vieses são no sentido de subestimar o número de óbitos e, portanto, as taxas de mortalidade. Mas qualquer que seja o seu sentido final, a diferença é muito grande para se totalmente anulada. Aparentemente, portanto, não há como escapar da conclusão de que o risco de morte é menor entre a população segurada do que entre a população em geral, como, aliás, a declarante afirma que era de se esperar.

Ainda seguindo o rigor do estudo, foi identificada uma correlação inversa entre risco de morte e plano, mas nada foi indicado sobre sua causalidade. Indaga-se se as pessoas que têm plano de saúde viveriam mais por causa da detecção precoce e do superior atendimento a que têm acesso ou a causalidade seria oposta, isto é, as pessoas que naturalmente viveriam mais, por terem renda mais alta, maior instrução e mais acesso a informações, seriam também as que tenderiam a adquirir planos de saúde? A modéstia nos recomenda ouvir as admoestações do estudo, de que as taxas de mortalidade são afetadas por uma multitude de fatores sócio-econômicos, culturais, ambientais, entre outros, e por isso ele não estabeleceu a relação de causalidade.

O estudo merece divulgação ampla. Mas as reportagens até agora não estiveram à altura do seu conteúdo. É relevante que o Ministério tenha colocado essa questão da eficiência, eficácia e efetividade do atendimento pelos planos relativamente ao do SUS, até para aproveitar melhor as experiências de sucesso ou evitar as deficiências de cada parte, sempre com o intuito de prestar melhores serviços para os cidadãos. O pressuposto é que há espaço para a atuação de ambos ou mesmo que o País não poderia prescindir dos planos já que por seu atendimento são reduzidas as filas e a espera pelo atendimento do SUS.

No entanto, da entrevista, assim como das divulgações precedentes, fica-se com a impressão de que se pretendeu atingir a imagem pública dos planos e reduzir sua relevância para as perspectivas de vida dos segurados (longevidade, qualidade, risco de morte, prevenção) vis-à-vis à da população atendida pelo SUS. Isto fica evidenciado pelo comentário da entrevistada sobre a não disponibilidade de dados por parte das operadoras, pois, segundo ela, os operadores “preferem usar de maneira perversa, voltando-se para o aumento do custo”. Expressar desejo de se ter amplo acesso a informações é correto, mas não cabe expressar descontentamento com acusações infundadas.

Cabe aqui ressaltar a iniciativa, gestada há mais de três anos pela ANS em cooperação com as operadoras e demais prestadores e provedores de serviços de saúde privados, de implantar o TISS, Troca de Informações em Saúde Suplementar, instrumento pelo qual todos os prestadores de serviços de saúde devem fornecer informações detalhadas e por meio eletrônico dos serviços prestados. Iniciativa. Com o TISS, a ANS estará preparando uma importante base informacional sobre as características da população segurada e usuários dos planos, o que deverá contribuir para o melhor entendimento do assunto, a formulação de políticas de saúde e o aproveitamento das sinergias entre operadores de planos e o SUS.

Dada a realidade espelhada nos resultados do estudo, como o leitor se posicionaria frente à escolha de a qual das duas populações gostaria de pertencer, à que tem plano de saúde ou à que não tem? Tanto a proporção de óbitos como a taxa de mortalidade estão longe de indicarem enganos nas decisões de ter plano de saúde.

É triste assistir a utilização de trabalho sério, fundado em conceitos sólidos, para agredir graciosa e preconceituosamente um setor que presta relevantes serviços a um quarto da população brasileira e que vem buscando sinergias com todos os participantes da cadeia de valor da saúde. Contudo, temos esperança de que a pesquisadora venha refletindo com maior profundidade sobre o assunto, de forma apaixonada como convém, mas despojada de preconceitos.