Dados do SUS nas calculadoras de risco da saúde privada?

Leandro Modolo[1]
Raquel Rachid[2]

O ano de 2024 terminou com episódio envolvendo uma das maiores seguradoras de saúde dos Estados Unidos, a UnitedHealth (UHG). Retomando os fatos: em 9 de dezembro um de seus diretores executivos foi assassinado de chofre em plena rua na cidade de Nova Iorque, antes de sua participação no dia anual de investidores do grupo. O suspeito é um jovem americano, que deixara um manifesto contra as empresas do setor de saúde, chamando-as de "parasitas" e mencionando o tamanho descomunal da UHG em seu país.

Não fosse só por isso, após o caso ganhar as redes sociais, "a morte do executivo desencadeou uma onda de sentimentos negativos sobre o setor e atraiu críticas ao próprio braço de seguros". Em poucas palavras, milhares nas redes sociais saíram a favor do assassino.

Nos projéteis utilizados para execução, o suspeito deixou marcado "Deny, Defend, Depose", cujo significado Reinaldo Guimarães resumiu no *Outra Saúde*: "negue o atendimento da demanda para cobertura de serviço, defenda-se no tribunal se o demandante o acionar, e derrube o demandante contando com a morosidade da justiça, quando ele já pode ter morrido".

O cenário é de uma longa crise estrutural do sistema de saúde estadunidense – um dos mais caros *per capita* do mundo e um dos mais inefetivos, "curiosamente"

Publicado originalmente em Outra Saúde.
[1] Sociólogo da saúde, doutorando em Saúde Coletiva na Unicamp, pesquisador da Fiocruz, cofundador da Estratégia Latino-americana em Inteligência Artificial (ELA-IA) e pai da Nina.
[2] Pesquisadora do projeto "Implicações das Tecnologias Digitais nos Sistemas de Saúde", vinculado à Estratégia Fiocruz para Agenda 2030. Advogada, integra o Laboratório de Políticas Públicas e Internet (LAPIN) e é doutoranda em Mudança Social e Participação Política na Universidade de São Paulo (USP).

também o mais privatizado e financeirizado. Algo que, por sinal, tem feito da agenda dos negócios com a saúde uma corrida ainda mais brutal por “cortes de gastos”.

Como sabemos, uma das maneiras de diminuir custos no setor é a radicalização dos cálculos de riscos. Algumas seguradoras, por exemplo, recusam ou aumentam os preços para pessoas com histórico de doenças, por se tratarem de pacientes potencialmente mais custosos; ou classificam os perfis dos pacientes de maior “custo-benefício” para receber determinados tratamentos, priorizando aqueles com maior expectativa de vida ou chance de recuperação; ou ainda, tornam exames e consultas mais burocráticos ou caras, desestimulando a procura precoce por atendimento. Entre tantas outras possibilidades – legais e ilegais.

De acordo com um relatório recente de Investigações do Senado dos Estados Unidos, as taxas de recusas em assistência à saúde têm crescido anualmente e aceleradamente em todas as seguradoras do país, sendo justamente a UHG a campeã dentre elas – com a marca de 32% de recusa em 2024. Não por acaso, já em 2009 aproximadamente 44 mil trabalhadores e trabalhadoras estadunidenses morriam anualmente por falta de seguro médico, por desassistência deliberada – sem somar as mortes em razão do cálculo voltado ao “custo da operação”.

No Brasil, um processo semelhante

Vale constatar que mesmo no Brasil, ano passado, o MPF acolheu 300 reclamações sobre cancelamentos unilaterais de contratos e recusas de atendimento a pessoas diagnosticados com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) por parte de operadoras, com indícios de discriminação por cálculo de risco – risco de “pacientes custosos”. Como o defensor público André Naves disse ao *Outra Saúde*: “O que acontece às vezes é o plano de saúde começar a criar muitas dificuldades, muitas burocracias e às vezes até aumentos abusivos para expelir essas pessoas. Planos criam todo um cipoal burocrático ou descredenciam tratamentos essenciais, gerando tantas dificuldades que acabam levando as pessoas a saírem dos planos” – sem contar toda batalha em torno do rol taxativo.

Também podemos lembrar, como é sempre bom, que em 2019 uma das então operadoras do grupo UnitedHealth aqui no Brasil, a Amil, utilizou planilhas de orientação sobre materiais de procedimentos cirúrgicos, indicando próteses mais baratas a pacientes cujos planos não dispusessem de ampla cobertura – discriminando a priori os casos em que havia acesso a produtos de maior qualidade, ao invés de atender a recomendação do profissional habilitado e responsável pelo paciente. Se não tratou de uma negativa propriamente, certamente tratou-se de prática de cálculo contábil para a saúde dos negócios. Ademais, ainda em 2019, um diretor médico da UHG denunciou a suposta ocorrência de uma fraude interna; sua alegação era que havia pacientes de planos mais baratos com câncer recebendo medicamentos de valor menor e de pior qualidade – inclusive não reagiam à medicação durante o tratamento. (A negligência atribuída ao grupo foi objeto de uma matéria do *The Intercept Brasil*) .

Com a financeirização do setor da saúde, como diz o economista Carlos Ocké-Reis, “os dados passaram a ser usados não somente para encontrar melhores tratamentos, mas para atingir o melhor desempenho da gestão clínico-financeira”. Na verdade, essa engenharia contábil, se formos ao âmago do problema, é a graxa do mundo das finanças. Falar em capital financeiro é falar em hipotecar o futuro e exigir remuneração acionária para hoje, agora. Donde o cálculo de risco é, justamente, a quantificação das incertezas capaz de tornar a especulação com o futuro – e todo seu cassino – uma atividade “racionalizada” para atores de mercado.

Papo reto: no mercado financeiro, o nosso futuro, da nossa saúde, da nossa família, cidade, país ou planeta são um conjunto de números, planilhas de cálculos contábeis procurando maior liquidez. Ou, como se naturalizou dizer no mundo dos CEOs da saúde: trata-se de ter uma boa “carteira de vidas”, de preferência de vidas *high ticket*, capaz de remunerar os acionistas com alta performance.

O cálculo de riscos impulsionado pela IA

É nesse contexto que a dita “transformação digital da saúde” está se desenvolvendo. É com esses personagens em cena, com

essas motivações e essa racionalidade que a “saúde digital” vem chegando, inclusive no Brasil.

Nos últimos anos, os avanços na inteligência artificial, big data e cia. têm acelerado e aprofundado a agenda de automatização (e radicalização) dos cálculos de riscos. A matemática Cathy O’Neil reflete justamente que foi em torno desses cálculos que os seguros individuais e coletivos surgiram. E “agora, com a evolução da ciência de dados e dos computadores em rede, o setor de seguros está enfrentando uma mudança fundamental. Com cada vez mais informações disponíveis – incluindo dados de nossos genomas, padrões de sono, exercício e dieta, e habilidades de direção –, as seguradoras vão calcular cada vez mais o risco para o indivíduo…”

As promessas dessas transformações ouvimos cotidianamente em alto e bom som, em qualquer mídia convencional – privada ou pública. Acontece que das mesmas bocas, ou dos mesmos capitais com alto potencial de valorização, é também de onde vem a nossa tragédia. Sob as coordenadas da financeirização da saúde, a calculadora de risco está se tornando uma maquinaria cibernética de necropolítica.

Nos últimos anos, além da UHG, a Cigna e Humana, todas seguradoras de saúde nos EUA têm sido acusadas de utilizarem tecnologias de IA para negar cuidados que salvam vidas. Seja para fixar a duração da estadia de internamento, seja para determinar se esses doentes deveriam ser internados ou não, etc. “Um dos processos alega que a Cigna negou mais de 300.000 reivindicações em um período de dois meses, o que equivale a cerca de 1,2 segundos para cada reclamação revisada pelo médico.”

E, logicamente, como fase *hightech* da estrutura clínico-sanitária dominante, os efeitos dessa transformação digital em voga são e serão desiguais. Uns sentem mais que outros. Este foi o caso paradigmático de racismo algorítmico publicado na *Science*. Um algoritmo de IA – possivelmente desenvolvido pela *Optum* da UHG – usado por grandes redes hospitalares, tinha a função de classificar pacientes que precisavam de cuidados médicos mais intensivos. Contudo, os pesquisadores descobriram que ele favorecia pacientes brancos em relação a pacientes negros, mesmo quando estes últimos apresentavam condições de saúde mais graves.

Em países que como o nosso já sabemos há tempos que a dor tem cor, como ficará a radicalização digital dos cálculos de risco?

Os perigos que rondam o SUS

O fato de – ainda – termos um sistema de saúde público, gratuito e universal não nos deixa imunes. Ao contrário, a "transformação digital da saúde" é mais uma frente de batalhas onde as investidas contra o SUS seguem em artilharia pesada. O Projeto de Lei n.º 5875 de 2013 é um exemplo delas.

Trata-se de uma proposta iniciada no Senado Federal, que vem sendo discutida e reformulada na Câmara dos Deputados nos últimos anos, junto de uma série de outros projetos cujas temáticas serão consolidadas neste texto de lei. Atualmente, essa proposta dispõe sobre a Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS, elevando as bases das políticas públicas de saúde digital ao estatuto de lei ordinária.

Havendo muitos questionamentos sobre as escolhas feitas pelo Brasil nessa matéria, destaca-se que o texto atual do projeto propõe acesso ao big data da saúde brasileira (aos dados do SUS, em última instância) por "instituições de ensino, pesquisa e inovação" sem qualificar exatamente o que isso significa, deixando a competência para tanto nas mãos de uma "instância de governança" que abre espaço à participação direta do mundo corporativo.

Os dados da saúde da nossa população, fruto do trabalho dos nossos profissionais, abertos para treinamento das "IA" corporativas, para inovação de soluções mercadológicas e para radicalização dos cálculos de riscos?

Além de "conflito de interesses", essa não seria uma estratégia de enfraquecer ainda mais o controle social exercido por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que recentemente formalizou sua Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde? Ao promover uma "instância" que repete muitas das representações presentes no CNS, o projeto abre espaço para a diluição dos acúmulos oriundos dos movimentos sociais, dos sindicatos e demais organizações em defesa do povo brasileiro, que têm se esforçado para garantir o pouco de voz popular que o Estado

brasileiro ainda permite, o pouco de democracia real que sobrevive neste país.

Como ressaltou um estudo recente, nem mesmo na Dinamarca, “governança modelo” para muitos dos gestores e líderes do governo, há tão pouca preocupação com o uso de dados de saúde desconectado de seu propósito original por empresas privadas. E nós vamos mesmo abrir mais espaço para o setor privado na “saúde digital”? Mesmo depois de comprovadas práticas de emprego das novas tecnologias para o desenvolvimento da máquina necropolítica de calcular as vidas que merecem ou não ser vividas, vamos seguir considerando que é possível regular o comportamento “instintivo” do mundo corporativo sem oferecer uma alternativa efetiva?

A política do consenso parece uma coisa boa para muita gente. Parece como uma virtuosa habilidade de não estabelecer conflitos e garantir a governabilidade. Bom seria se a nossa sociedade não fosse estruturada a partir de interesses antagônicos, de vida ou morte. Acontece que tal política tem um pressuposto: fazer concessões aos inimigos. Não há consenso sem concessão, e a conta só fecha se, ao passar do tempo, os inimigos deixam de ser inimigos. Mas e o que acontece na vida real? Graças às concessões que fazemos, nossos inimigos não apenas continuam sendo inimigos, como também ampliam os meios que dispõem para nos derrotar. Essa é a história política do Brasil e dos SUS nas últimas décadas…