

O papel da Estatística no Seguro-Doença

Rudolf Aladár Metálli

O autor do presente artigo nome de projeção mundial, volta hoje às páginas da Revista, pregando a introdução do seguro-doença nos esquemas sociais, como um regime racional e eficiente de proteção à saúde.

Estuda o papel da estatística no seguro-doença, fator decisivo para um bom sistema, por tôdas as complexas ramificações que o problema importa. Dêsse modo, salienta as funções que competem à estatística nos trabalhos preparatórios para a introdução do regime, como no seu ulterior funcionamento e evolução — dependendo essencialmente dêstes dados a organização dos benefícios a serem distribuídos.

Termina o ilustre expositor analisando todos os setores subsidiários da questão, que só podem ser esclarecidos mediante o trabalho estatístico, o qual, cientificamente, fornecerá as bases e diretrizes para o desenvolvimento do seguro-doença um dos pilares da segurança social do futuro. (N. R.).

Cogita-se, em muitos países ainda desprovidos de um regime racional e eficiente de proteção de saúde, de introduzir o seguro-doença. São, em primeiro lugar, as nações do Novo Mundo que se propõem a completar os seus sistemas de previdência pela inclusão da cobertura do risco doença. Com efeito, contrariamente ao que aconteceu na Europa, bom número dos países americanos não implantou inicialmente o seguro-doença-maternidade, mas o seguro-invalides-velhice-morte.

Várias razões impeliram as nações dêste lado do Atlântico a não proceder na mesma ordem cronológica como o fizeram as do velho continente. Entre os motivos mais ponderáveis que podem ser invocados para explicar essa inversão, à primeira vista ilógica, figuram as dificuldades organizacionais. Parecia de fato irrealizável criar, na terra virgem de uma administração social ainda inexistente, o complexo mecanismo que deveria servir os

benefícios em natura (assistência médica, farmacêutica e hospitalar) sem o qual o seguro-doença é inconcebível. Apesar de todos os obstáculos decorrentes da grande extensão territorial e da diminuta densidade demográfica que caracterizam quase todos os países americanos e os coloca perante problemas administrativos e sociais tipicamente americanos, a introdução de uma forma de seguro social no qual prevalecessem os benefícios em dinheiro tinha maiores perspectivas de sucesso. Outro motivo que levou muitos Governos do Continente Colombiano a dar prioridade ao seguro-invalides-velhice-morte, que se resume essencialmente na concessão de aposentadorias e pensões, foi o baixo nível de salários. Impunha-se, antes de mais nada, medidas que garantissem a manutenção e o reforço de um poder aquisitivo mínimo. Os benefícios em dinheiro do seguro social deviam permitir aos trabalhadores, mesmo quando pela invalidez ou pela velhice incapacitados ao exercício de uma atividade produtiva remunerada, de continuar a figurar no ciclo econômico e de aparecer no mercado como consumidores das utilidades básicas e essenciais. Um momento psicológico concorreu para essa decisão. A grande massa dos economicamente fracos que devia ser amparada pelo seguro esperava e exigia dêle uma garantia material dos meios de existência — o que os benefícios em dinheiro do seguro-velhice-morte podiam proporcionar — e não a segurança da existência física cuja proteção cabe aos benefícios em natureza do seguro-doença. Assim pode-se explicar, senão justificar, que em muitos países novos o seguro a longo prazo tenha precedido o seguro-doença-maternidade.

Observadores estrangeiros, algo superficiais e presos a preconceitos de além-mar, estranham, às vezes, que o processo evolutivo do seguro social americano não corresponda ao dos povos europeus. Falta-lhes a compreensão indispensável das peculiaridades administrativas e financeiras das Américas cujos problemas e cujas necessidades e possibilidades se distinguem dos de outros continentes, su-

perpovoados, sem dificuldades de transportes e de organização, com outro padrão educativo e econômico. A técnica do seguro social é universal, mas a sua aplicação varia com os diferentes climas políticos, tomando-se a palavra "políticos" na mais vasta acepção, incluindo as mais variadas circunstâncias sociológicas que dão a cada nação uma feição bem determinada.

Quando, pois, as contingências atuais obrigam os Estados do hemisfério ocidental a intensificar a proteção da saúde pela implantação do seguro-doença, eles podem aproveitar as experiências alheias, sem que isto implique uma cópia dos modelos alienígenas no que se refere à estrutura do novo regime previdencial. Não há incompatibilidade em adaptá-lo às condições nacionais e em baseá-lo nos ensinamentos proporcionados pela prática alhures colhida. É bem possível que, apesar da identidade teleológica da valorização do homem, a orientação da grande obra a ser empreendida aqui não corresponda à que presidiu à introdução, há vários decênios, do seguro-doença na Europa. Mas os fundamentos técnicos não podem ser dissemelhantes enquanto o método — o seguro social — for análogo. Por consequência, poder-se-á resolver muitos problemas à luz das lições européias.

Entre esses problemas básicos alguns têm, pela sua própria natureza, um caráter a-nacional. Nas questões jurídicas, na organização do serviço médico, no financiamento, na estrutura do seguro-doença influem muitos aspectos locais, embora a teoria possa fornecer valiosos apoios para dar também a eles uma solução amoldada ao ambiente. Os cálculos atuariais, entretanto, e mais ainda os processos estatísticos para a sua elaboração dependem, só em pequena parte, do substrato nacional. Os levantamentos estatísticos devem incluir dados básicos cujo valor pode divergir de um país para outro, mas cuja noção é indispensável para fundamentar o seguro-doença, pois que este independe dos acasos da soberania.

A estatística desempenha em relação à atuária um papel parecido ao da física na medicina, o de subsidiária necessária e autônoma. Na atuária, o processo técnico já atinge a etapa manufatureira. Cabe à estatística fornecer a matéria prima sem cujo auxílio não se poderá determinar a estrutura técnica — a extensão pessoal e material, o valor intrínseco, o custo, a organização administrativa — e a necessidade do seguro-doença. O mecanis-

mo desses levantamentos estatísticos tão pouco tem um cunho nacional, como o construtor de uma perfuradora de poços de petróleo não se importa se a máquina deverá funcionar no Irã ou na Venezuela. O que importa é a feição geológica da terra; é a noção dos dados preliminares para a implantação do seguro social.

Ao estudar o papel da estatística no seguro-doença não é forçoso focalizar tôdas as ramificações nas quais um levantamento estatístico se torna necessário. Assim por exemplo os problemas relacionados com a aplicação dos fundos do seguro-doença que normalmente funciona no regime da repartição, ou as questões relativas à arrecadação das contribuições poderão ser, no momento, deixados de lado, ou antes: deixados para exames ulteriores. Não que apresentem menor importância. Mas pressupõem já uma decisão preliminar quanto ao funcionamento do seguro-doença num determinado país. Não pertencem ao quadro dos aspectos fundamentais cuja solução é indispensável para a implantação de qualquer regime de seguro-doença e que tentaremos resumir nas despreziosas linhas seguintes.

Analisando o papel da estatística no seguro-doença será prudente distinguir, de um lado, as funções que competem à estatística nos trabalhos preparatórios para a introdução do seguro-doença, e, de outro lado, as tarefas desempenhadas pela estatística num seguro-doença já em funcionamento ou num sucedâneo de um tal sistema. Com efeito, a maior parte, mesmo dos países novos ainda desprovidos de um seguro-doença completo e racional, dispõe de alguns regimes limitados de amparo obrigatório de saúde, ou pelo menos de assistência pública dos doentes indigentes, que podem fazer observações interessantes e proporcionar utilíssimas indicações para a ampliação do que já existe, em bases mais adequadas e aperfeiçoadas. Basta pensar no caso do Brasil onde, apesar da ausência de um seguro-doença geral, muitas Caixas e alguns Institutos de Aposentadorias, como os dos Bancários e dos Empregados em Transportes e Cargas, concedem, legal e espontaneamente, certos benefícios aos segurados doentes, o que lhes possibilita a confecção de estatísticas as quais, embora parciais e incompletas, não deixam de ser valiosas para os estudos que deverão proceder à implantação do seguro-doença, reclamada com tanta insistência por todos os círculos compe-

tentes e interessados no seguro social brasileiro. O mesmo vale dizer das estatísticas colhidas nos Estados Unidos— que igualmente ainda carecem dum seguro-doença — pela assistência pública e privada e pelos hospitais e que serão uma contribuição bastante útil aos estudos do futuro seguro-doença na grande democracia norteamericana.

Nos trabalhos preparatórios à introdução do seguro-doença levantamentos estatísticos são indispensáveis à solução de uma série de problemas básicos e essenciais do seguro.

A êste grupo de dados pertence em primeiro lugar um levantamento ou, pelo menos, uma avaliação baseada num censo parcial do número dos segurados, consoante o sexo, a idade e o grupo profissional, conforme as classes de salário, e sob o aspecto da sua residência e do lugar de trabalho. Sexo, idade e profissão dos segurados influem na freqüência, natureza e gravidade das doenças; o nível dos salários repercute no financiamento do seguro e na fixação do auxílio pecuniário; a residência e o lugar de trabalho, formas peculiares da densidade demográfica dos segurados em certas regiões ou zonas determinam a organização do serviço dos benefícios em natureza e especialmente dos socorros médicos. Êsses dados são, pois, indispensáveis e devem abranger tanto os segurados diretos como, na parte que lhes fôr aplicável (sexo, idade, residência), os segurados indiretos, isto é, os membros de família dependentes.

Outros dados que não devem faltar aos trabalhos preparatórios para um seguro-doença e que, sem dificuldades e com rapidez, podem ser obtidos por meio de um recenseamento especial, visam o número e a localização dos médicos, dentistas, parteiras, enfermeiros e outras pessoas de profissões conexas, com a respectiva especialização, bem como o número e a localização dos hospitais, ambulatórios, casas de saúde e congêneres, com a especialização, o aparelhamento e a capacidade de internamento (número de leitos). A organização do serviço dos benefícios em natureza não pode prescindir dessas informações.

Além dessas informações indispensáveis e básicas outros elementos não devem faltar aos técnicos responsáveis pela elaboração do seguro-doença. Todavia, na ausência de observações suficientes no próprio país, poder-se-á e, até, dever-se-á recorrer às experiências estrangeiras, tendo-se em devida

consideração as diferenças sociológicas e naturais (densidade e composição demográfica, clima, padrão de cultura, nível econômico, estrutura administrativa, etc.). Assim poderão ser aproveitadas, parcial ou integralmente, estatísticas alienígenas relativas aos itens seguintes: número dos partos por ano; número de dias de doença (incapacidade de trabalho, não apenas hospitalização) por ano; número de doentes por dia; duração média de um caso de hospitalização por doença e por parto; número de óbitos por ano. Seria desejável que os dados referentes às doenças não fôsem simples dados globais, mas sim subdivididos em grandes grupos nosológicos, e que distinguissem o sexo e os grupos de idade e de profissão dos doentes.

Com êsses elementos e aquelas informações poder-se-á elaborar, a título precário e transitório, até que se possa dispor de material direto e mais amplo, uma espécie de táboas de morbidez que, separadas por sexo e grupos de idade, exprimam a probabilidade de os segurados adoecerem num ano, por dias de doença e casos de doença.

Os técnicos encarregados dos trabalhos estatísticos necessários à implantação do seguro-doença também não poderão esquecer um outro levantamento preliminar, cujos resultados serão de grande utilidade para a racional organização econômico-administrativa dos serviços médicos: é o inquérito estatístico acerca dos honorários e demais preços cobrados, a título dos diferentes serviços prestados, nas várias regiões e zonas, pelos facultativo, policlínicos e especializados, e pelas pessoas pertencentes a profissões conexas. Tais dados não são apenas indispensáveis nos sistemas, antiquados e pouco eficientes, de seguro-doença funcionando no regime de reembolso das despesas médicas, mas são também valiosíssimos nos sistemas de seguro que assumem a responsabilidade direta de proporcionar aos segurados a necessária assistência médica. É que também nestes regimes de seguro-doença a remuneração dos facultativos, quer por ato profissional, quer *per capita*, quer em forma de uma quantia fixa, deverá, até certo ponto, manter-se em correlação aos lucros econômicos que os médicos podem, com a sua arte, auferir da clientela particular, isto é, do terreno instável, mas às vezes aurífero, no qual a iniciativa individual dos médicos não sofreu ainda limitações e restrições no interesse superior da saúde das classes menos abastadas.

Entre a matéria prima de ordem estatística, os dados apontados dificilmente poderão ser dispensados se o seguro-doença a ser implantado há de alicerçar-se em certas bases técnicas e, tanto quanto possível, em bases técnicas certas.

Não menor, porém, é o papel que cabe à estatística no seguro-doença já implantado, quer este regime seja geral ou apenas limitado. Os organismos encarregados do seguro-doença têm que instalar um serviço estatístico a fim de apurar as observações colhidas na aplicação do seguro. Os resultados assim obtidos não são um mero luxo científico, "perfumaria pararelatórios", mas sim índices para o rumo da política social, um barômetro da evolução da saúde pública e da estrutura demográfica. A profilaxia eficiente das doenças e especialmente das doenças sociais, a aplicação racional das reservas do seguro e, em geral, um planejamento sanitário não são concebíveis sem uma orientação fundada em conhecimentos estatísticos.

Como exigências mínimas deve-se pedir que as estatísticas anuais do seguro-doença — e isto aplica-se também aos regimes limitados já existentes, como, p. ex., no Brasil, aos das Caixas e de alguns Institutos — correspondam, pelo menos, aos dez mandamentos seguintes que resumem os principais assuntos a serem regularmente apurados:

1.º) Número de segurados, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salário e a região. Tal levantamento estatístico deve distinguir entre segurados diretos e segurados indiretos (membros de família), indicando para aqueles o estado civil e a composição familiar, bem como entre segurados obrigatórios e segurados facultativos.

2.º) Número de segurados atendidos e de segurados acometidos de doença, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salário e a região. Esses dados não coincidem com o número de casos de doença, visto que um segurado pode adoecer, da mesma ou de diferente moléstia, duas ou mais vezes por ano.

3.º) Número de casos de doença, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salário, a região e o diagnóstico. Entre os casos de doença deve-se compreender todos os casos que deram lugar a benefícios do seguro-doença, quer em dinheiro, quer em natureza, especificando neste

último caso a forma (socorros médicos, hospitalização, etc.).

4.º) Número de dias de doença, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salários, a região e o diagnóstico. Deve-se, evidentemente, distinguir — e indicar os dias indenizados por doença, às vezes somente após um período de espera mais ou menos longo e durante um prazo limitado, e os dias durante os quais, independentemente do auxílio pecuniário, benefícios em natureza forem prestados.

5.º) Número de casos de óbito, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salário, a região e a *causa mortis*. Esta estatística de mortalidade não dará resultados idênticos aos obtidos pela estatística geral — e o mesmo vale no que diz respeito à morbidez — por motivo da repercussão resultante da diferença dos grupos de idade dos ativos.

6.º) Número de casos de parto, segundo a idade, o estado civil, os grupos profissionais, as classes de salário, a região, e o sexo da criança, separadamente para seguradas diretas e seguradas indiretas.

7.º) Valor das contribuições efetivamente arrecadadas dos segurados, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salário e a região, bem como das outras fontes de receita, e a receita total, especificando-a por categorias.

8.º) Valor monetário dos benefícios em dinheiro prestados aos segurados, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais e a região, separadamente por formas dos benefícios, bem como dos benefícios em natureza ou utilidades, e a despesa total, especificando-a por categorias. A noção vaga e imprecisa das famigeradas "despesas administrativas" deverá ser dissolvida p. ex. vencimentos, material de escritório, viagens, correio, etc.).

9.º) Forma e freqüência da assistência prestada em natureza ou utilidades (visitas domiciliares, intervenções cirúrgicas, consultas especializadas, exames radiológicos e de laboratório, assistência dentária, etc.), bem como número de casos de hospitalização, segundo o sexo, a idade, os grupos profissionais, as classes de salário, a região, o diagnóstico e a duração.

10.º) Número dos médicos, dentistas, enfermeiros, parteiras, hospitais, casas de saúde, de repouso, etc., e dos ambulatórios a serviço do

seguro-doença, indicando a especialização, a localização, o aparelhamento e a capacidade de tratamento, bem como as formas (e o valor) de remuneração dos facultativos e congêneres.

Os dez pontos poderão ser desenvolvidos e melhorados; êles apresentam tão somente o essencial para uma estatística do seguro-doença. Outro aspecto fundamental é a escolha de um critério uniforme, estável e prático, para os vários elementos básicos da estatística. Para tal fim dever-se-ia inspirar-se na nomenclatura e no padrão estatístico internacionais.

Assim, os grupos de idade deverão ser, pelo menos, os seguintes: até 14 anos (inclusive); de 15 a 24; de 25 a 34; de 35 a 44; de 45 a 54; de 55 a 60; de 60 a 65; de 65 a 70; mais de 70. Os grupos profissionais poderão ultimamente corresponder à "Nomenclature minimum des industries — Statistique de la Population active" elaborada

pela Liga das Nações e baseada em 45 atividades profissionais constituindo 9 setores. O diagnóstico médico há de obedecer à "Nomenclature internationale des maladies", 5.^a revisão de outubro de 1938, reduzindo, porém, os 200 nomes de grupos de doença (correspondendo a uns 5.500 nomes de doença) às 62 categorias de moléstias em 18 setores, elaboradas sob os auspícios da Conferência Internacional da Mutualidade e de Seguro Social (Genebra). Para a estatística da mortalidade poder-se-á recorrer à Nomenclatura Internacional de causas de morte, adotada pela Associação Médica Americana e já utilizada no Brasil, no Chile e em outros países deste hemisfério.

Aparelhada com os necessários recursos humanos e materiais, norteadas por um comprovado esquema científico, a estatística poderá fornecer as bases e, ao mesmo tempo, as diretrizes para o desenvolvimento do seguro-doença, que é um dos pilares da segurança social do futuro.

