

Os serviços médicos nos Estados Unidos

6. A REDE HOSPITALAR — 7. TENTATIVA DE SOLUÇÃO — 8. MEDICINA DE GRUPO — 9. UM EXEMPLO EXPRESSIVO

ARÍ C. FERNANDES
Técnico de Administração

III

6. A REDE HOSPITALAR

EM artigos anteriores já foram focalizados vários aspectos graves do problema da assistência médica às classes médias e pobres nos Estados Unidos da América do Norte.

Antes de entrar diretamente no assunto que constitue objeto do presente artigo, convem citar alguns números que relembram a importância da questão médica. Comparem-se as cifras de óbitos por moléstias em um ano, com as de guerra em dois.

Óbitos na guerra de 1917-18 (Estados Unidos)	50.000
Óbitos em 1934 — Tuberculose	70.000
Óbitos em 1934 — Mort. infantil	130.000
Óbitos em 1934 — Cancer	140.000

Procedeu-se, certa vez, a um inquérito social, abrangendo 9.000 famílias de 130 comunidades, em 18 Estados, tomadas em vários níveis econômicos. Cada família foi observada durante um ano, recebendo repetidas visitas de uma enfermeira de saúde pública. O resultado demonstrou uma deficiência geral dos serviços de assistência médica, quanto à amplitude da massa que abrangiam. As porcentagens do que existia, em relação ao mínimo considerado essencial, eram as seguintes:

Serviços prestados por médicos	43%
Serviços prestados por hospitais	25%
Serviços prestados por dentistas	24%

O Serviço de Saúde Pública Federal afirma que, nos grandes centros urbanos superpopulosos, 50% dos doentes não têm assistência médica adequada.

Dos 3.072 municípios existentes, cerca de 1.000 não têm hospitais gerais e 19 não têm médicos, ficando sem assistência imediata 18 milhões de habitantes de zonas rurais.

Vejamos o que se observa na rede hospitalar, cuja significação econômica é decisiva. De fato, ela corresponde a 25 ou 30% das despesas gerais de assistência médica, o que constitue uma porcentagem moderada no cômputo geral. No entanto, as despesas com o hospital absorvem 50% do custo médio da doença, por ano e por família, embora apenas 1 doente, entre 15, seja hospitalizado. Isto se explica conhecendo as fontes de renda das instituições hospitalares :

pacientes.	44%
taxas e impostos	46%
outras fontes, fundos de caridade e doações....	10%

Vejamos o custo médio dos casos hospitalizados, por família:

	casos clínicos	casos cirúrgicos
Hospital	39%	34.4%
Médico	45.2	48.2
Enfermeira especial	7.5%	8.9%
Outras despesas	8.3	8.5
Custo médio	\$140.	\$150.
Amplitude	} \$68.	} \$81.
	} 470.	} 470.

E' interessante notar os custos aproximados dos casos clínicos e cirúrgicos, que revelam o encarecimento dos primeiros sobre os últimos, ao con-

trário do que se passa entre nós, onde os últimos são muitos mais onerosos.

Procurou-se afirmar que o problema da assistência nosocomial não residia na criação de novos hospitais, mas no maior uso dos recursos existentes. Chamou-se o exemplo do Estado de Massachusetts, inadequado porque representa o padrão mais alto de todo o país. Apresentaram-se estatísticas nas quais apareciam algumas vasantes, sem esclarecer que correspondiam a certas estações do ano, quando a procura de leitos necessariamente diminue.

Há, porem, evidente necessidade de hospitais em maior número e mais baratos. Entenda-se, porem, que esta crítica se refere a uma situação satisfatória, desejada pelos próprios americanos. Ninguém se iluda depreciando o que lá existe, pois, mesmo deficiente, representa ainda situação incomparavelmente superior à de qualquer outro país das Américas.

Voltemos à sinceridade das estatísticas americanas:

	<i>Padrão ideal satisfatório</i>	<i>N. de Estados que atingem esse padrão</i>
Hospitais gerais.....	4.6 leitos por 1.000 habit.	16
Hospitais de alienados....	5.6 leitos por 1.000 habit.	6
Hospitais de tuberculosos..	2 leitos por óbito de tuberc.	12

Os hospitais existentes em 1929 distribuíam-se, por número de leitos, como abaixo segue:

	<i>Governamentais</i>	<i>Pertencentes a associações beneficentes</i>	<i>Privados</i>
	33 %	52 %	15 %
Gerais.....	75	16	9
Tuberculose.....	95	3	2
Doenças mentais.....	66	25	9
Total de leitos.....	45.5	45.5	9
Capital invertido.....	\$1.400 milhões	\$1.400 milhões	\$270 milhões
			\$3070 milhões

A deficiência da rede hospitalar não poderia deixar de aparecer quando se vê que, tendo crescido a população, caiu fortemente a cifra da inversão de capitais em novas construções de hospitais, reformas e modernização de edifícios:

média anual — 1923-1928	\$200 milhões
média anual — 1929-1931	90 milhões
média anual — 1932-1936	50 milhões

Os acréscimos depois de 1935 foram relativamente pequenos:

	<i>N. de hospitais</i>	<i>N. de leitos</i>	<i>Governo</i>
1935	6.250	1.100.000	53%
1940	6.290	1.230.000	56%

Mais 57.000 farmácias e 8.000 ambulatórios, dispensários e clínicas devem ser adicionados a essa admirável rede hospitalar, que paga salários médicos mensais de 30 milhões de dólares a 500.000 servidores (tempo integral, parcial e internos), que custa anualmente 735 milhões e apura uma renda de 728 milhões deixando, pois, um deficit de apenas 7 milhões, apesar de metade dela ser constituída por estabelecimentos governamentais.

7. TENTATIVA DE SOLUÇÃO

Os americanos não estão contentes consigo mesmos. Acham, com razão, que não bastam . . . 1.100.000 leitos hospitalares. Reclamam 500 novos hospitais de 30 a 50 leitos cada um e mais 500 centros de saúde e de diagnóstico. Mostram-se impressionados com as cifras relativas à malária, em alguns estados do sul, às cardiopatias de fundo reumático em crianças de idade escolar, no norte, e com o fato de, em algumas zonas, a taxa de mortalidade não apresentar melhoras. Os departamentos de saúde pública federal e estaduais, não se conformam em que, para cada \$29 despendidos no tratamento de doenças, se gaste apenas \$1 com a prevenção.

Sabem eles, sobejamente, que o financiamento é a chave dos problemas de assistência médica.

Já vimos que o custo atual dos serviços médicos, excluídos os de saúde pública e os de assistência a tuberculosos e a psicopatas, sobe a \$24.50 por pessoa e a \$110.10 por família, quando distribuído pelo total da população, o que é razoável como média geral, teórica. Tais cifras, porem, perdem muito de sua significação ao se verificar que o custo distribuído pelos que efetivamente recebem assistência médica é, na verdade, de

\$54.20 por pessoa e \$283 por família, quantias excessivamente fortes para a grande massa.

Em relação ao custo distribuído pela população, as cifras devem ainda ser majoradas de pequenas parcelas, por conta da construção e manutenção de hospitais públicos e de serviços de saúde pública, resultando totais de \$30 por pessoa e \$150 por família.

Todas estas cifras, porem, referem-se aos serviços existentes. Os mínimos considerados satisfatórios sobem a \$40 por pessoa e \$160 por família.

Na mesma proporção crescem as cifras relativas ao custo, distribuído apenas entre os que recebem assistência. Estas, evidentemente, tornam-se ainda mais pesadas, recaindo assim fortemente sobre poucos.

Entretanto, as quantias reputadas satisfatórias, de \$40 por pessoa e \$160 por família, permitiriam boa assistência médica a 125 milhões de habitantes. E 80 % ou mais das pessoas poderiam pagar *antecipadamente* as suas despesas médicas anuais, se pertencessem aos *grupos médios de renda*.

A solução imediatamente indicada era forçar a baixa do custo médio de \$75 por pessoa e \$305 por família *assistidas* (total das despesas satisfatórias), isto é, do custo médio de serviços pagos na *base individual*, para os montantes considerados suportáveis, de \$30 por pessoa e \$150 por família. Ora, estas duas últimas cifras são obtidas pela distribuição do total dos onus com serviços médicos pelo total da população, isto é, mediante diluição do custo médio de serviço pagos na *base de grupo*.

8. MEDICINA DE GRUPO

A resposta parecia ser a da instituição do seguro-doença, na sua forma compulsória, seguindo a experiência da Inglaterra, da Alemanha e de outros países europeus.

Entretanto, o americano, profundamente impregnado de espírito democrático, é sempre hostil a qualquer medida que venha marcada pela característica da compulsoriedade.

Outra razão muito forte entra em jogo.

Quando nós, brasileiros, nos queixamos dos entraves administrativos e dos "canais competentes", tomamos o americano como o melhor exemplo do homem de decisões prontas, rápidas, imediatas. Isto é verdade apenas neste sentido — que ele é, de fato, infenso à burocracia e ao formalismo. Quando, porem, se trata de tomar medidas de grande responsabilidade, traçar novos rumos, iniciar uma nova política, quando, sobretudo, se trata de algo que tenha repercussão meditada sobre a estrutura social, ninguém é mais calmo, refletido e ponderado que o americano. Por vezes chega a ser demasiado lento. Casos há em que a cautela em excesso toca às raias da timidez.

Sabendo que o seguro-doença é matéria delicada, apresentando dificuldades de aplicação prática as mais diversas e imprevistas, criando grandes compromissos financeiros e afetando fundamentamente a estrutura da classe médica e os padrões de exercício da profissão — os economistas, médicos e legisladores americanos não se aventuraram na simples imitação das normas européias. Há cerca de 10 anos o problema vem sendo minuciosamente estudado, analisado, discutido. Fortunas são gastas com esses estudos verdadeiramente primorosos. Mas ainda não foi dada a palavra final sobre o seguro-doença, como solução definitiva para a assistência médica às classes médias e pobres.

Entretanto, esse período de 10 anos não foi apenas absorvido com estudos. Foram experimentados planos os mais variados de formas substitutivas do seguro-doença. Atualmente há mais de 2 milhões de pessoas que pertencem a associações médicas cooperativas ou de auxílios mútuos, ou a unidades médicas operando à base de grupo. O número destas já é bastante avultado :

Hospitais-cooperativas.	75
Hospitais à base de preços fixos	20
Policlinicas privadas	480
Associações trabalhistas de auxílios mútuos concedendo benefícios em espécie	24
Idem, idem, concedendo benefícios em espécie e em natureza	500
Hospitais de clínica em universidades	300
Serviços médicos fornecidos pela indústria.	2.000
	<hr/>
	3.399

O total acima deve ser aumentado de um número bastante razoável de sociedades médicas cooperativas, que prestam assistência às famílias de agricultores em 20 Estados.

Os resultados destas experiências tem sido ora positivos ora negativos.

Mesmo que o seguro-doença, ou suas formas substitutivas, fosse adotado em larga escala, o problema da assistência médica à população em geral não estaria de todo resolvido. Por essa razão o "Interdepartmental Committee to Coordinate Health and Welfare Activities" concluiu as suas recomendações, traçando um programa, a ser executado em 10 anos, com o qual deveriam ser gastas as seguintes quantias (em milhões de dólares por ano):

Expansão das organizações de saúde pública...	370
Construção de hospitais, centros de saúde e de diagnóstico.	150
Assistência médica a 40 milhões de necessitados	400
	920

Recomendou-se ainda que metade dessa quantia corresse à conta do governo federal, o que representa uma inversão completa da política até então seguida.

9. UM EXEMPLO EXPRESSIVO

O exame dos serviços de assistência médica nos Estados Unidos da América do Norte, tendo em vista a maneira por que os americanos se comportam diante dele, é uma lição edificante.

A classe médica e o mundo administrativo daquele país realizaram uma grande tarefa, reconhecida, respeitada, admirada e louvada por todo o mundo.

A taxa de mortalidade caiu de 18 por 1.000 em 1.900, para 11 por 1.000 em 1938. Há 315 hospitais gerais, 800 leitos e 128 médicos por 100.000 habitantes. A média anual de dias de

trabalho perdidas por doença é de 8 a 10. Nas quatro últimas décadas a esperança média de vida, no berço, aumentou de 12 anos.

A vaidade, porém, não os ofusca. Sabem de muitos números negativos confrangedores, e desejam que fiquem ao alcance de qualquer bolsa os serviços dos seus profissionais eficientes e de seus magníficos hospitais.

Divulgam as suas estatísticas chocantemente sinceras, para fortalecer as suas campanhas pró-assistência.

Sabem suportar os seus males e procurar, com calma e serenidade, os remédios para eles. Caminham de olhos abertos, devagar e com firmeza, sem irreflexões e entusiasmos, sem saltos no abismo. Pensam ao mesmo tempo no presente e no futuro.

Existem algumas raras exceções.

Certa vez, encontrei, em São Francisco da Califórnia, um médico americano que, por exceção, era irritadiço e exuberante. Vivia impressionadíssimo com a proporção de leitos hospitalares por habitante e reclamava contra todas as administrações passadas, presentes e futuras. Sublinhava cada estatística com este comentário: — "Num país que se julga civilizado!"

E fiquei pensando em um ricoço que perdera toda a fortuna e ficara reduzido à condição de um pobre coitado, com uma renda mensal de uns 8 contos apenas. . .

Às vezes sabem os americanos que certas de suas cifras, comparadas com as de outros países, deixariam de ser negativas e seriam marcos de vitória. Mas isto não lhes importa.

Tomaram a atitude deliberada de não se darem por satisfeitos com o muito que fizeram, em vista do muito que ainda resta por fazer.

E atacam os problemas de frente.