

Sistema viciado favorece fraude na Saúde

■ Volume das irregularidades no Rio assombra procurador do Ministério Público Federal

ISRAEL TABAK

Na maior e mais completa investigação já feita no país sobre as fraudes no sistema de saúde, o Ministério Público Federal descobriu no estado do Rio um mundo assombroso e desconhecido: pacientes que morrem duas vezes, ou que ressuscitam e ainda saem curados dos hospitais; outros que vão para casa no mesmo dia em que têm parte do estômago ou do esôfago extraído. E entre muitas outras aberrações, há os que, com mais de 30 anos, são internados com doenças pediátricas ou até neonatais.

No ano passado, esse sistema surrealista conseguiu produzir no Estado do Rio 431.492 diárias-fantasma, que foram pagas pelo Ministério da Saúde, mesmo sem a existência do número de leitos necessários nos hospitais conveniados. Só essa fraude custou ao contribuinte em torno de R\$ 11 milhões. E este ano, no primeiro semestre, e somente nos 35 hospitais que mais cometem esse tipo de irregularidade, as diárias-fantasma já chegam a 174.112.

Assombrado com o conteúdo das 824 páginas que compõem os 13 volumes da investigação que comandou, o procurador da República no Rio de Janeiro, André Terrigno Barbeitas, afirma convicto que todo o sistema foi concebido "para viabilizar a fraude". E conclui que, se entrar mesmo em vigor a nova Contribuição sobre Movimentação Financeira que terá seus recursos vinculados à Saúde, "ela servirá basicamente para aumentar o tamanho do rombo". A menos que mude radicalmente a forma de gerir esse dinheiro.

"O Ministério da Saúde, que distribui os recursos e deveria zelar pela sua correta aplicação, não tem o menor controle sobre essas fraudes. Usando dois auditores médicos e os próprios dados informatizados constantes das AIHs (Autorização para Internação Hospitalar) conseguimos descobrir, sem visitar nenhum hospital, o que o Ministério geralmente não descobre, porque não se dispõe a usar um sistema de crítica eficaz", afirma o procurador.

Sem crítica — No inquérito aberto a pedido do procurador pela Polícia Federal, o diretor do DataSus (centro de processamento de dados do Sistema Único de Saúde), Ernani Bandarra, confirmou ao delegado Mateus Casado que algumas das fraudes mais frequentes, citadas na investigação, não têm um programa de crítica no computador que poderia evitá-las. Esses programas podem ser introduzidos por ordem superior, o que ainda não ocorreu, diz Bandarra.

"Se alguém colocar o nome do ministro Jatene numa AIH", exemplifica o procurador André Barbeitas "e resolver matá-lo, ressuscitá-lo e reinterná-lo em vários hospitais, o sistema vai pagar sem discussão". O procurador sugere a total reestruturação do Sistema Nacional de Auditoria de Saúde, que deveria atuar no âmbito do Ministério Público, e não sob a tutela do Ministério da Saúde. "Isto porque o que ocorre no Estado do Rio se repete em todo o país, como já foi provado em outras investigações", afirma Barbeitas.

Uma destas investigações, a mais abrangente, foi feita no ano passado pela CPI da Câmara que investigou as fraudes do SUS. A comissão verificou que 80% dos recursos do sistema vão para hospitais particulares conveniados e representam a sua principal receita. Por isso mesmo o lobby formado por esses dirigentes é um dos mais atuantes tanto na Câmara dos Deputados quanto nas principais assembleias estaduais.

O relator da CPI do SUS, deputado Jackson Pereira (PSDB-CE), que morreu há pouco e foi líder do governo na Câmara, disse em uma de suas últimas entrevistas que a situação continuava "gravíssima" em todo o país, com as fraudes se sucedendo em razão da fiscalização deficiente.

No ofício que mandou ao procurador-geral da República, Geraldo Brindeiro, encaminhando as cópias da investigação realizada no Rio, o procurador André Barbeitas aborda outro aspecto do problema, que já havia sido diagnosticado na CPI: não interessa aos governadores e prefeitos modificar o atual sistema. Segundo Barbeitas, "todos o fraudam porque ele foi idealizado para servir de moeda política, e não para garantir a saúde da população".

Barganha política — A fiscalização não interessa aos estados porque a distribuição entre os municípios dos recursos recebidos do Ministério da Saúde "constitui importantíssimo instrumento de barganha". E pela mesma razão, continua o procurador, não interessa aos municípios, encarregados de distribuir as AIHs entre os hospitais de suas cidades. Em seu relatório, os auditores afirmam a restrição imposta pelo ministério — só um máximo de 10% da população pode ser internada — não interfere na mecânica básica da fraude. O Estado do Rio recebe efetivamente um número de AIHs referente a 10% da sua população, mas na hora da distribuição das autorizações pelos municípios, o estado não é obrigado a manter essa proporção.

Assim, a investigação descobriu que no primeiro quadrimestre de 1995 já foram internados 17,5% da população de Bom Jesus de Itabapoana, com uma previsão para o ano todo, portanto, de mais de 50%, um número absurdo. Outros municípios da região seguem pelo mesmo caminho. Mas o mais importante, para os auditores, é que o preenchimento fraudulento das AIHs (prática verificada em 40% dos 403 hospitais pesquisados) continua sem nenhuma restrição.

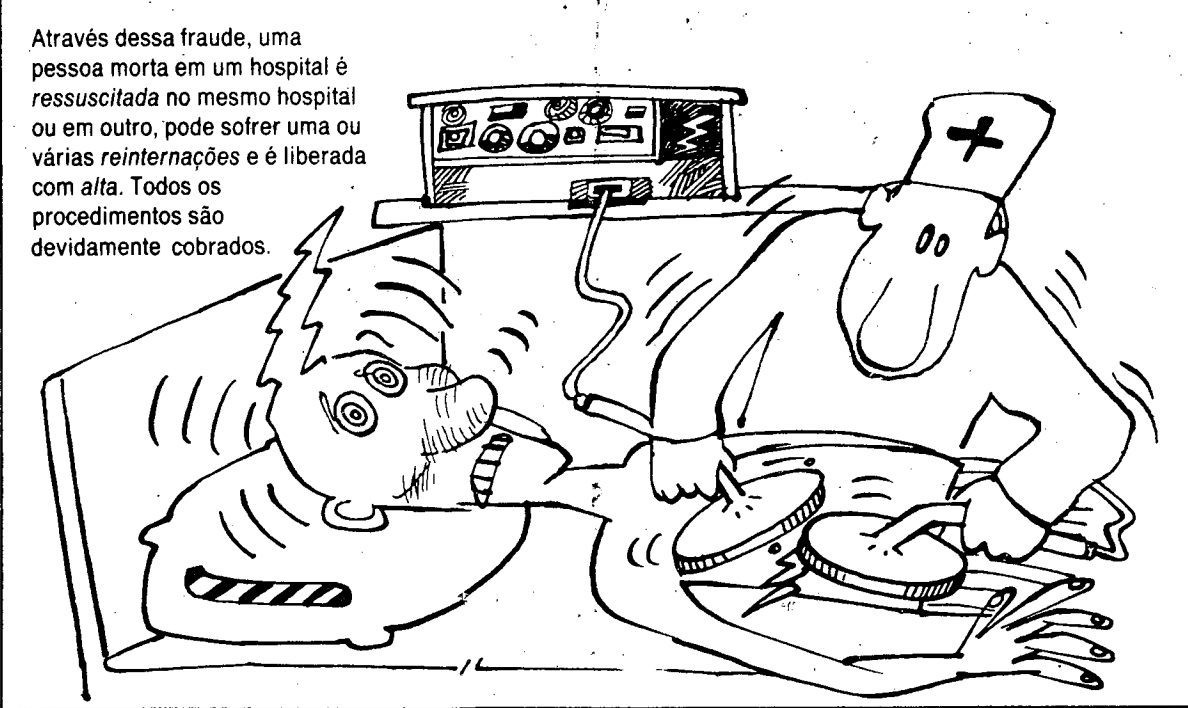
O rombo das fraudes no estado, só com as AIHs, excede os R\$ 100 milhões, segundo o procurador André Barbeitas. Mas ele acrescenta que a investigação não envolveu as consultas ambulatoriais, cujo pagamento não é informatizado e que hoje consomem mais recursos do que as AIHs.

As fraudes segundo o procurador, já estão comprovadas na investigação. O inquérito aberto na Polícia Federal é basicamente para identificar os autores e responsabilizar os diretores técnicos e todos os que manusearam as autorizações de internação. Eles podem ser enquadrados no artigo 171, parágrafo 3º do Código Penal — estelionato qualificado. André Barbeitas também pede em seu relatório o imediato descredenciamento de todos os hospitais infratores.

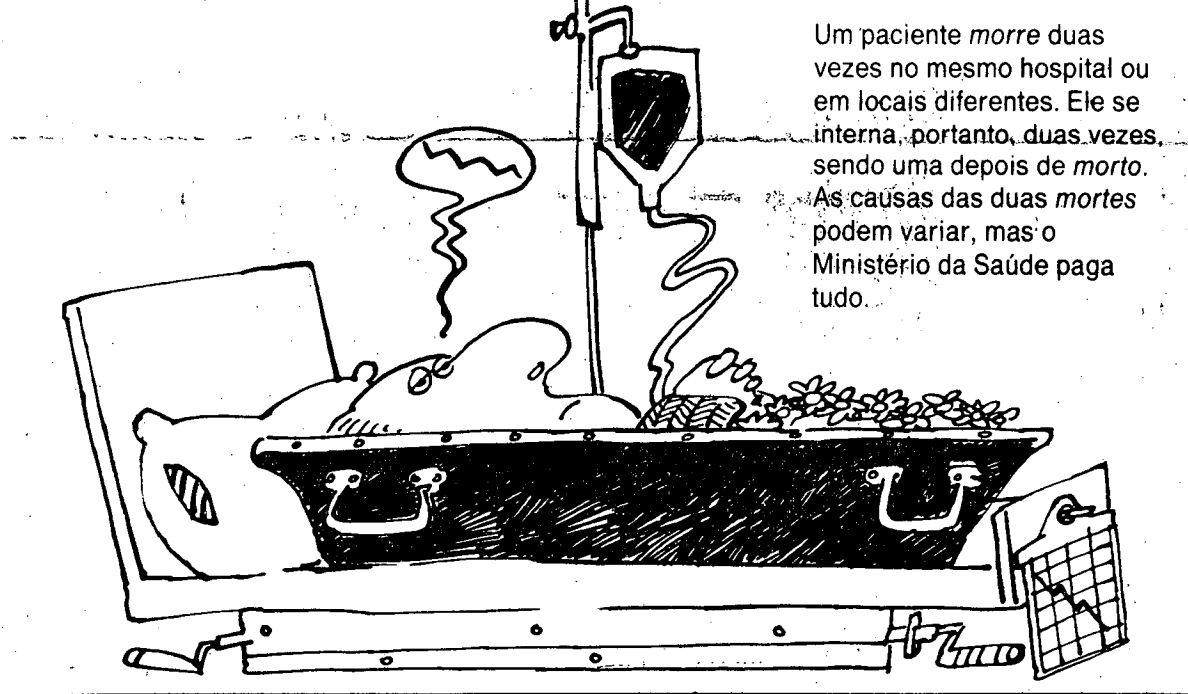
AS DIÁRIAS FANTASMAS



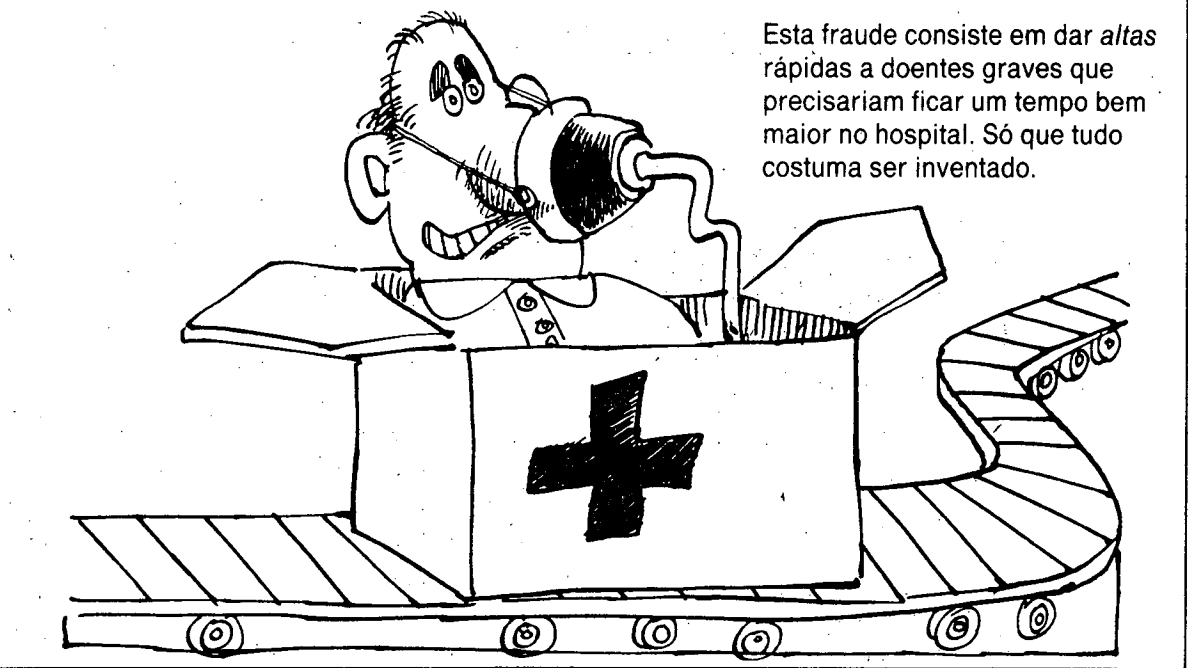
OS 'RESSUSCITADOS'



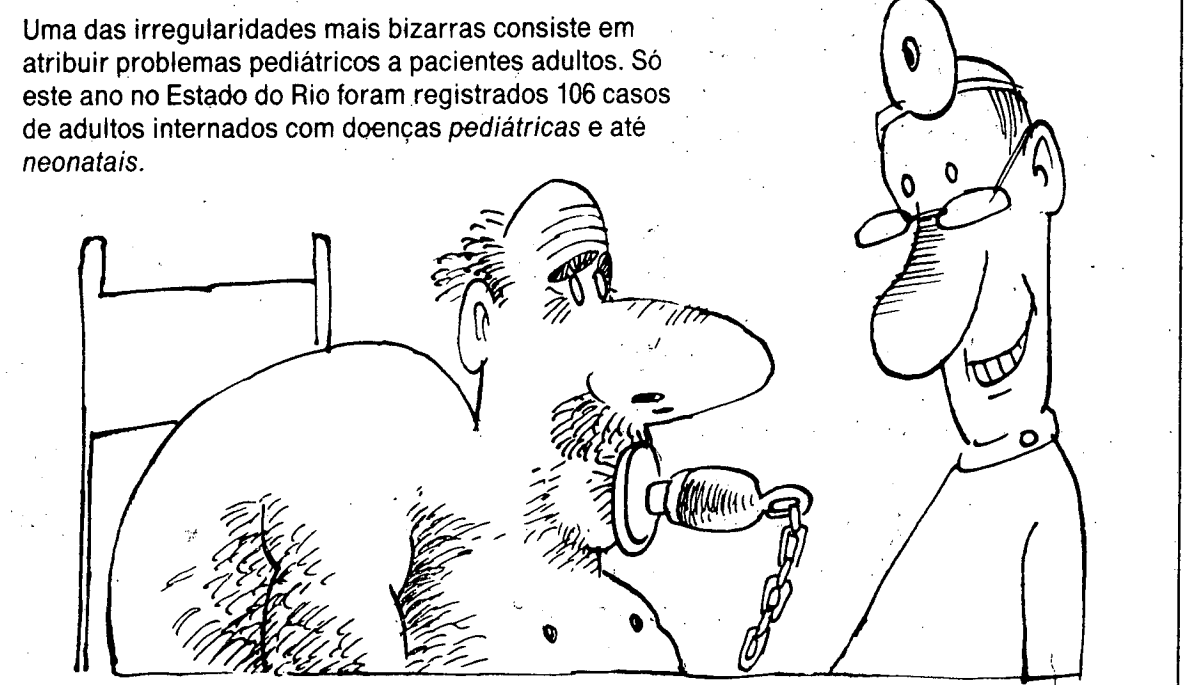
MORTES DUPLAS



CURAS MILAGROSAS



ADULTOS 'PEDIÁTRICOS'



Medicina do 'impossível' faz mágicas que rendem

Nem tudo está perdido. Pelo menos uma crítica importante foi introduzida no computador que processa as autorizações de internação hospitalar do Ministério da Saúde. Agora, ninguém poderá ter doença exclusiva do sexo oposto. E assim o contribuinte não precisará mais pagar por casos como o de duas mulheres que tiveram, respectivamente, inflamação e câncer do testículo, conforme foi constatado na investigação do Ministério Público.

Em compensação não há, por enquanto, sinais de que outras fraudes que ocorrem com maior frequência vão ser também coibidas. Como uma das mais graves e antigas: a das diárias-fantasma nos hospitais conveniados. Os auditores requisitados pelo Ministério Público fizeram um censo hospitalar, para verificar se havia, dia a dia, mais doentes do que leitos existentes, cadastrados no SUS.

No primeiro semestre de 95, a Fundação Médico Hospitalar São Silvestre, de Araruama, conseguiu ocupar três vezes e meia a sua capacidade. Em números absolutos, a campeã foi a Casa de Saúde Niterói com 22.339 diárias-fantasma. Esse hospital conseguiu dobrar o número das diárias possíveis em relação a seu total de leitos. É como se num hotel com 200 leitos fossem faturados em média 400 pernoites. Tudo pago pelo SUS.

No capítulo intitulado *Do impossível*, o relatório dos auditores entra no campo das fraudes mágicas. Foram listados 21 casos de *ressuscitados*, pacientes com morte declarada que reaparecem, vivos, para tratamento, no mesmo hospital ou em outro. Há casos em que o paciente, depois de morto chega a ser reinternado cinco vezes. Um foi ressuscitado, teve a coxa amputada e depois saiu para tratamento em ambulatório. Uma proeza da Casa de Saúde Santa Mônica, em Niterói.

Morte dupla — No mesmo capítulo são registrados 23 casos de *morte dupla*, ou seja, um mesmo paciente que conseguiu morrer duas vezes, no mesmo ou em dois hospitais. Nos casos dos ressuscitados, embora algumas clínicas particulares apareçam como fraudadoras, os hospitais oficiais parecem especialistas. É um bom exemplo de como se pode ganhar dinheiro com um paciente, mesmo depois de morto.

Uma das fraudes mais encontradas durante todo o ano de 1994 (e que continua sendo cometida, sem problemas este ano) é a do prazo de permanência incompatível com o tipo de tratamento. Só em 95 já foram registrados 1.040 casos. O objetivo é simples: inventar procedimentos muito caros, como cirurgias complicadas, por exemplo, e fazer o paciente ficar o tempo mínimo no leito. Assim, por hipótese, o ideal é que cada cama seja ocupada todo dia por um doente diferente. No fim do mês, o hospital poderia, por exemplo, faturar 30 cirurgias complexas, usando um só leito. Como se isso fosse possível.

É por isso que só este ano, em diversos hospitais, 34 pacientes tiveram derrame e foram embora no mesmo dia para casa, com alta. Só que os hospitais receberam como se os doentes tivessem ficado internados por 10 dias, a média prevista pelo SUS para estes casos.

O Hospital Universitário do Fundão (que também integra o sistema) entra no rol das altas milagrosas. Conseguiu mandar para casa no dia seguinte alguém que teve metade do cólon retirado. Já a Casa de Saúde Santa Margarida, em Volta Redonda, é um caso raro de hospital capaz de tratar uma septicemia (reprodução de bactérias na corrente sanguínea) com menos de um dia de internação.

O parto complicado de quem nasce com 40 anos

No rol de autorizações de internação hospitalar que o Ministério da Saúde deixou passar sem crítica, entre os casos mais bizarros estão os de pacientes de mais de 30 anos tratados como se fossem pediátricos ou mesmo neonatais. Foram ao todo 106 casos registrados em 1995, como o da pessoa de 35 anos que foi tratada de *icterícia neonatal*. Ou o de *prematuridade* de outra com 30 anos.

Pior ainda: uma pessoa de 40 anos sofreu um problema de falta de oxigênio quando estava nascendo, a se acreditar no que diz outra papeleta. E houve também o caso de um ancião de 75 anos internado por *marasmo* (um tipo de desnutrição infantil).

A investigação do Ministério Público Federal alinha ainda outras irregularidades como a transformação de uma internação em várias — para efeito de pagamento — e o inchaço do valor cobrado por alguns procedimentos, como alegação do uso de medicamentos especiais, muito caros.

Os auditores chamam a atenção do relatório para o alto volume de recursos que o sistema carrega para as entidades conveniadas, apesar das queixas em contrário. Exemplificam, comparando o total de arrecadação dos municípios com o valor das AIHs que recebem. Em alguns deles, como Itaboraí e Bom Jesus de Itabapoana, por exemplo, os recursos da Saúde superam o total da arrecadação própria. Muitos outros receberam mais da metade do que arrecadam.

A marca do sistema — A CPI do SUS, em 94, constatou que o desvio e a má utilização das verbas da Saúde serviram para eleger políticos. André Barbeitas afirma que as fraudes "são viscerais. Encontram-se no âmago do sistema e lhe imprimem uma marca inconfundível." Barbeitas é adepto de uma solução radical: a completa retirada de recursos federais no financiamento "deste monumental esquema que engole, mês a mês, parcela substancial do dinheiro público". A União aumentaria a participação dos estados e municípios na repartição das receitas tributárias, para compensar sua saída do sistema. Estados e municípios passariam a gerir estes recursos. Mas o procurador adverte que há um obstáculo: a Constituição prevê a participação da União no financiamento do sistema.