

Novas fraudes na Saúde desmentem Jatene

■ Casos grosseiros, como o de uma mulher que 'morreu' duas vezes, põem em xeque "sistema de crítica" anunciado pelo ministro

ISRAEL TABAK

Uma nova investigação, na Bahia e no Maranhão, descobriu que fraudes grosseiras continuam sendo praticadas em grande escala nas internações feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS) e são pagas sem discussão pelo ministério. A pesquisa, feita por auditores inconformados com o que chamam de "desmantelamento do sistema de fiscalização", põe em xeque a palavra do ministro Adib Jatene: em maio, quando as primeiras denúncias começaram a aparecer, ele garantiu que um "eficiente sistema de crítica" havia sido instalado no Datasus (centro de processamento de dados do SUS), e que as fraudes seriam coibidas.

A investigação só se preocupou com fraudes praticadas após as garantias do ministro. Os auditores pincaram apenas algumas das piores entre centenas de fraudes detectadas para mostrar como "o sistema aceita tudo". Do jeito que ele opera hoje — argumentam — a CMF (Contribuição sobre Movimentação Financeira), caso seja instituída, só aumentará o tamanho do rombo.

Em Jequié, na Bahia, no Hospital Central Roberto Santos, uma mulher morreu duas vezes em junho, uma em consequência de uma cesariana e outra por causa de uma insuficiência respiratória. As duas AIHs (autorizações para internação hospitalar) — nº1436758477 e nº 1449492594 —, como todas as demais examinadas na investigação, já foram pagas pelo ministério.

Cura milagrosa — No Maranhão, vários hospitais conseguiram, também em junho, a façanha de curar derrame cerebral com poucas horas de internação. Eis alguns exemplos de hospitais que mandaram pacientes com *alta* para casa, no mesmo dia: Hospital Municipal Djalma Marques, de São Luís, AIH 1475103707; Casa de Saúde e Maternidade de Caxias, AIH 1474897589; Hospital São Marcos, de Imperatriz, AIH 1474760045, e Hospital São José, de Barra do Corda, AIH 1475005554. Ainda no Maranhão, em Açailândia, um doente teve seu fígado costurado no Hospital Santa Bárbara, e também saiu andando, no mesmo dia (AIH 1475006610).

Uma dificuldade maior para se locomover deve ter tido o paciente de Valença, na Bahia, que teve alta no mesmo dia em que sua coxa foi amputada na Santa Casa de Misericórdia (AIH 1460484322). Em Juazeiro, também na Bahia, uma criança com a rubrica *grande queimado* (paciente com queimaduras gravíssimas e sério risco de vida) teve alta no mesmo dia da internação (AIH 1449078389). Mas o hospital ganhou como se a criança tivesse ficado internada 20 dias, o que é fixado pela tabela do ministério. E em Cruz das Almas, no mesmo estado, três prematuros ficaram *maduros* em poucas horas, e foram levados para casa. Aconteceu no Hospital Nossa Senhora de Bonsucesso (AIHs 1449523042, 1449133917 e 1449526860).

O Maranhão e a Bahia são dois dos estados onde foram registrados o maior número de irregularidades pela CPI do Congresso que investigou as fraudes contra o SUS, no ano passado. Uma das principais foi a do desvio de verbas da AIH para uso durante a campanha eleitoral. No Maranhão, por exemplo, pelo menos um terço dos deputados estaduais eleitos são donos de hospitais conveniados com o SUS.

Saco sem fundo — Que o sistema é um saco sem fundo, algumas das mais expressivas lideranças



Em maio, Jatene garantiu que Ministério da Saúde já usava programa de computador para evitar fraudes

no Senado e na Câmara parecem não ter a menor dúvida. O senador Beni Veras (PSDB-CE), que foi ministro do Planejamento no governo passado, diz que qualquer pessoa razoavelmente informada sobre o SUS "sabe que ele é totalmente furado. O ministro Jatene errou em não dar atenção ao sério problema das fraudes. Está tudo na mesma." O ex-ministro acha "bem complicada" a tarefa de aprovar o projeto da CMF, tanto no Senado quanto na Câmara.

O líder do PSDB no Senado, Sérgio Machado, também do Ceará, vai mais longe. Ele diz que só vota a favor de um projeto como o da CMF depois que for equacionado o "problema básico" do desperdício de recursos gerado pelas fraudes e pela falta de fiscalização. "Em termos reais, os gastos com assistência médica quase dobraram nos últimos quatro anos. Gastávamos o equivalente a R\$ 330 milhões mensais, e hoje estamos chegando quase a R\$ 600 milhões. E em vez de melhorar, a assistência médica só piorou. A principal hipótese é que a fraude tenha levado a maior parte do dinheiro."

Aprovar a CMF fica ainda mais difícil, segundo o líder do PSDB, quando se sabe que a assistência médica consome a maior parte do dinheiro do ministério, e que mais de 80% deste total vão para os hospitais particulares conveniados, os principais acusados pelas fraudes.

"É tudo muito estranho. Os donos de hospitais se queixam de que a remuneração é insuficiente, o que, de fato, já foi até comprovado em estudo do Banco Mundial. Mas então por que quase ninguém *larga o osso*? Com todos esses problemas, os donos de hospitais, fazendo campanhas custosas, conseguiram formar uma das bancadas mais numerosas da Câmara", argumenta Sérgio Machado.

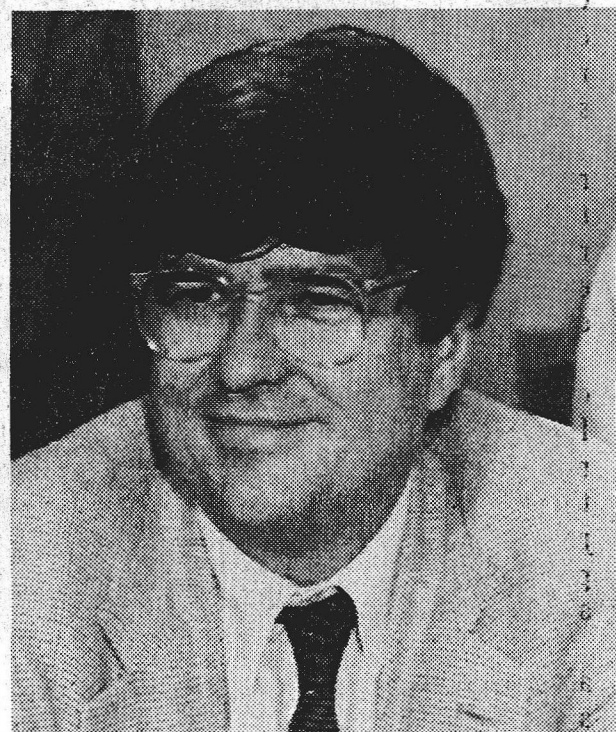
"Enganação" — Segundo ele, de novo a fraude é boa hipótese para explicar o fenômeno. É como se fosse um jogo: para compensar a baixa remuneração, o ministério acaba com a fiscalização e permite as fraudes. Elas podem então ter chegado a um nível capaz não só de compensar como até de exceder a má remuneração. "Os custos devem ser definidos, e instituído um rigoroso sistema de controle. Do jeito que está, é tudo uma enganação. Quanto mais dinheiro entrar, mais ele vai sumir."

O vice-líder do PFL na Câmara, deputado Benito Gama (BA), diz que seu partido tende a rejeitar o projeto por razões semelhantes às dos representantes do PSDB: "A CPI que investigou o SUS no ano passado constatou irregularidades seriíssimas em relação a desvios e mau uso do dinheiro público na saúde. Mas essa CPI não teve os desdobramentos necessários para se investigar mais a fundo esses escândalos, em todo o país. Não se pode aprovar uma nova contribuição sem se ter a menor garantia de que vai realmente valer a pena."

O problema fica mais delicado, segundo Benito Gama, quando se verifica que a percentagem proposta de 0,25% sobre cada operação representa em torno de um oitavo da inflação: "É muito dinheiro. É muito diferente do que cobrar 0,25% em tempos de inflação altíssima. Vai onerar muito mais o correntista ou investidor. E a pergunta vale, mais uma vez: um sistema com tantos furos merece todo esse dinheiro?", questiona Benito Gama.



Os senadores Beni Veras (E), Sérgio Machado (D) e o deputado federal Benito Gama (C) têm opinião comum: a Contribuição sobre Movimentação Financeira não vai resolver o problema da Saúde



Todos fazem tudo para que nada funcione

A fraude no Sistema Único de Saúde (SUS) é ao mesmo tempo federal, estadual e municipal. Está, na realidade, a principal característica do sistema: todas as esferas de poder fazem a sua parte, para que tudo se transforme num "mundo de faz de conta", como denuncia o presidente da Associação dos Auditores Médicos do Ministério da Saúde, José Queiroz Silveira. "Todos fazem tudo ao contrário. É assim que o sistema está montado e funciona", diz o auditor.

A CPI do SUS, em 1994, e a recente e minuciosa investigação do Ministério Público Federal sobre as fraudes do sistema no Rio chegaram à mesma conclusão: todas as esferas de poder, com poucas exceções, se esmeram em fazer sua parte na fraude. No Estado do Rio, por exemplo, o procurador da República André Barbeitas concluiu que as irregularidades transpassam siglas partidárias, correntes políticas ou os eventuais detentores do poder.

Após examinar as irregularidades na distribuição das AIHs (autorizações de internação hospitalar) que

o estado faz entre os municípios, o procurador concluiu que a mudança de governo, no estado, em nada modificou "os critérios escusos usados nesta distribuição". Alguns municípios do Norte do estado, por exemplo, devem internar, até o fim do ano, o equivalente a 50% da sua população.

A característica básica da distribuição de AIHs pela maioria dos estados — como constatou a CPI do SUS — é o favorecimento de determinados municípios ou mesmo regiões, de acordo com as conveniências políticas dos secretários de Saúde. Da mesma forma, um prefeito, que recebe as AIHs do secretário, pode privilegiar o hospital de algum amigo na hora de fazer o repasse. Se o hospital receber AIHs

além de sua capacidade, não há problema: a fraude resolve tudo. Embora haja exceções, esta é a regra na maioria dos estados. A necessidade real do atendimento médico é o último fator cogitado.

De acordo com o espírito original do SUS, caberia ao município fazer uma supervisão local, à beira do leito hospitalar, para verificar se o doente está sendo bem atendido. O estado faria uma auditoria operacional, checando se na sua área de atuação os hospitais estão agindo de acordo com as condições previstas nos convênios. Ao ministério caberia fazer uma audi-

toria analítica, antes de pagar as faturas, para verificar se os procedimentos e os dados transmitidos não colidem, evidenciando irregularidades.

O sistema de pagamento das AIHs pelo Ministério da Saúde é informatizado. Foi justamente checando e confrontando dados constantes nas autorizações que os auditores requisitados pelo Ministério Público Federal, no Rio, montaram um sistema de crítica capaz de detectar 90% de todas as irregularidades. Um

programa semelhante, no entanto, ainda não foi adotado pelo próprio ministério, conforme revelou, em depoimento na Polícia Federal, o diretor do Centro de Processamento de Dados do SUS (Datasus), Ernani Bandarra. "Para as fraudes mais frequentes, os

escalões superiores do ministério não determinaram, até agora, a adoção de críticas específicas", afirmou Bandarra, na Polícia Federal.

Ao contrário das AIHs, as consultas de ambulatório não são informatizadas e são mais difíceis de serem fiscalizadas. Por isso, elas se constituem na grande *caixa preta* das fraudes. E consomem a maior parte das verbas de assistência médica do ministério: quase R\$ 4 bilhões anuais. As internações representam cerca de R\$ 3,5 bilhões anuais, que perfazem pouco menos de R\$ 7,5 bilhões. A estimativa modesta de fraudes em

O procurador André Barbeitas concluiu: as irregularidades independem de partidos ou eventuais detentores do poder

todo o sistema é de 30% do total gasto, o que significa algo em torno de R\$ 2 bilhões por ano.

Dois aspectos espantaram os auditores requisitados pelo Ministério Público Federal para investigar as internações do SUS no Estado do Rio. Em primeiro lugar, a ousadia dos fraudadores, que inventaram nomes de doentes, promoveram mais de mil curas impossíveis pelos padrões da medicina moderna, criaram quase meio milhão de leitos fantasmas, mataram doentes duas vezes, ressuscitaram e curaram muitos outros e operaram testículos de mulheres.

O segundo aspecto foi a fragilidade de um complexo sistema de informática teoricamente montado para não deixar passar tantas aberrações. Por isso, após examinar as 824 páginas da investigação no Rio — feita à revelia do Ministério da Saúde —, o procurador da República André Barbeitas chegou à conclusão de que "o sistema foi feito para viabilizar o ilícito". Antes desta investigação, outras, realizadas em todo o país, encontraram e continuam encontrando os mesmos tipos de fraudes.

O JORNAL DO BRASIL publicou, no dia 28 de maio, uma reportagem com exemplos do que seriam casos grosseiros de fraudes em vários estados, com os nomes de hospitais e o número da AIH referente a cada caso. Foram pedidas informações à assessoria do Ministério da Saúde sobre eventuais investigações e punições. Até agora, porém, nenhum esclarecimento foi dado.