

Fraude no SUS altera estatísticas da saúde

■ Auditores do Ministério Público descobrem que doenças simples são “agravadas” para que hospitais conveniados lucrem mais

ISRAEL TABAK

As fraudes na rede de hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) estão afetando os dados epidemiológicos do país. A conclusão é de auditores médicos que trabalham para o Ministério Público Federal, espantados com a frequência de doenças impunemente *agravadas* para renderem mais aos hospitais.

As doenças circulatórias são as mais adulteradas, de acordo com levantamento em alguns dos 6 mil hospitais da rede do SUS, que realizam cerca de 15 milhões de internações por ano. O campeão das fraudes no país é o AVC (derrame cerebral) porque “não deixa impressões digitais”, segundo o jargão dos auditores. Eles explicam que alguns pacientes podem se recuperar do derrame sem seqüelas

que possam ser posteriormente detectadas.

A fraude foi identificada pela confrontação de dados nas próprias autorizações para internação hospitalar (AIH). São frequentes os casos, por exemplo, de pacientes com derrame que têm alta após poucas horas. No estado do Rio, os 12.291 casos de derrame registrados no primeiro semestre geraram apenas 4.265 diárias

de UTI. Pelos padrões normais, essas diárias deveriam ser pelo menos 12 mil. Ou seja: o paciente de AVC normalmente fica pelo menos um dia na UTI.

Na maioria das vezes, são pacientes não-graves que deveriam ser atendidos segundo um procedimento-padrão chamado *diagnóstico e primeiro atendimento em clínica médica*. Só que isso rende apenas R\$ 31,15 pela tabe-

la oficial. Com o *derrame*, o hospital fatura em média R\$ 207,45 por doente.

Casos não graves são transformados em insuficiência coronariana aguda, que também não deixa seqüela. Quando vai se verificar o prontuário dos doentes, descobre-se que o médico chegou ao diagnóstico sem sequer usar o eletrocardiograma.

Em 5.216 casos de insuficiência

coronariana aguda registrados no primeiro semestre no estado do Rio, só há menção de 1.754 diárias em UTI, mas 80% desses doentes passam um dia em UTI. Um número razoável seria, portanto, de 4 mil diárias. Caso frequente de fraude é também crise asmática *transformada* em doença pulmonar obstrutiva crônica (cujo tratamento, pela tabela do Ministério, custa quase 50% a mais).