

Brasil se recupera de doença da fraude

■ Ministério Público conclui que investigação na saúde faz bem ao país: em um ano, economizou-se R\$ 1,3 bilhão em internações

ISRAEL TABAK

De repente, grassou uma *epidemia de saúde* no Brasil. A expressão, contida numa pesquisa de auditores do Ministério Público Federal que investigaram a aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), reflete os surpreendentes resultados obtidos: de agosto de 1995 a julho de 1996, gastou-se R\$ 1,3 bilhão a menos em internações do que nos 12 meses anteriores.

A investigação sistemática das fraudes na saúde, feita pelo Ministério Público Federal, funcionou como um divisor de águas para o setor, concluem os auditores. Os primeiros resultados desse trabalho apareceram em julho do ano passado: só no Estado do Rio, 271 hospitais responderam a inquéritos. É justamente a partir desse período que as fraudes começaram a cair drasticamente.

Sentindo-se vigiados pela primeira vez em muitos anos, os hospitais entraram na linha. E, hoje, os auditores também não têm nenhuma dúvida de que a redução no volume das fraudes só foi alcançada, porque toda a investigação ocorreu fora do âmbito do Ministério da Saúde: "Assim como polícia não investiga polícia, médico não investiga médico", confia um dos autores do trabalho.

O estudo sobre a violenta redução dos gastos com internações foi baseado em dados oficiais do Data-Sus — sistema de processamento de dados do Ministério da Saúde — e os resultados acabam de ser enviados pelo procurador Artur de Brito Gueiros Souza ao procurador-geral da República, Geraldo Brindeiro. Na apresentação, Gueiros realça a economia de R\$ 1,3 bilhão, "que deixaram de sangrar os cofres públicos graças à nossa constante vigilância e interferência".

O procurador afirmou ontem que uma das mais importantes características da atuação do Minis-

terio Público na saúde é o seu caráter preventivo. "Nosso trabalho não pára e estamos sempre buscando novas formas de investigação e novas linhas de atuação. Os potenciais fraudadores sabem disso e se sentem tolhidos", analisa.

Enquanto um trabalho sistemático de investigação e indiciamento dos fraudadores era feito pelo Ministério Público

Federal, sobretudo no Rio e em São Paulo — onde se registraram os maiores índices de fraude —, a estrutura de auditoria do próprio Ministério da Saúde permanecia praticamente imóvel. O próprio presidente da Associação dos Auditores do ministério, José Queirós Silveira, denunciou várias vezes "o desmantelamento do sistema". Segundo ele, os auditores quase nada

tinham a fazer, simplesmente porque a burocracia do ministério não mostrava interesse por esse tipo de trabalho. Nas Secretarias Estaduais de Saúde, segundo Queirós, o desinteresse também é a tônica.

Silveira sempre reivindicou que a auditoria operasse desvinculada da burocracia do Ministério, para que pudesse trabalhar com independência,

sem a pressão de interferências políticas, fortes no setor.

A pesquisa recém-concluída pelos auditores do Ministério Público Federal tomou o mês de julho de 1995 como linha divisória para o trabalho. Foram analisados os gastos ocorridos nos 12 meses anteriores e posteriores à ação dos auditores. Os resultados são significativos: nesse período, o número de internações pelo SUS

Resultado da fiscalização

Especialidade	Internações pagas pelo SUS nos 12 meses anteriores à ação do Ministério Público	Internações pagas pelo SUS nos 12 meses posteriores à ação do Ministério Público	Diminuição das internações após ação do Ministério Público
Cirurgia	2.800.782	2.358.294	-442.488
Obstetrícia	3.400.950	3.233.097	-167.853
Clínica médica	5.381.305	4.388.120	-993.185
Crônicos	186.318	183.483	-2.835
Psiquiatria	965.702	917.689	-48.013
Fisiologia	11.705	10.086	-1.619
Pediatria	1.841.134	1.562.422	-278.712
Reabilitação	4.319	4.507	188
TOTAIS	14.592.215	12.657.698	-1.934.517

As 'curas milagrosas' desapareceram e os hospitais entraram na linha com a auditoria

diminuiu de 14.592.215 para 12.657.698. Em um ano, portanto, foram quase 2 milhões de internações a menos, representando uma redução de 13,26%.

O mais importante, no entanto, segundo os peritos, foi a redução percentual dos valores pagos, que chegou a 17,33%. Isso significa, simplesmente, que além de internar menos, as fraudes também foram reduzidas a números insignificantes. Simples dores de cabeça ou sinusites, por exemplo, deixaram de ser transformadas em AVC (derrame cerebral) para melhorar o faturamento, como antes apontara o Ministério Público. Por isso mesmo, a redução dos gastos em clínica médica — onde se enquadra esse tipo de fraude — foi a maior: 23,74%.

As chamadas *curas milagrosas* — internações muito curtas, num tempo incompatível com a gravidade da doença — praticamente sumiram, conforme demonstra a

pesquisa. Através desse ardil, pacientes tinham alta de cirurgias complexas, como as cardíacas, às vezes no mesmo dia da internação. Tudo inventado para faturar mais, sem, ao mesmo tempo, sobrecarregar, para efeito de fiscalização, os leitos ocupados.

A investigação do Ministério Público no Rio simplesmente comprovou que o Ministério da Saúde estranhamente não tinha nenhum sistema de crítica informatizado para deter esse tipo de fraude. Só depois do escândalo provocado pela divulgação do rombo causado pelas irregularidades é que o ministério resolveu agir.

Outras especialidades, além da clínica médica, mostraram reduções substanciais, sempre com o

volume de dinheiro pago a menos superando a taxa de declínio do número de internações. Em cirurgia, o número de internações caiu em 15,80% e o valor pago, em 17,13%. Em pediatria, as internações caíram em 15,80% e os valores pagos, em 17,13%. E em fisiologia, internou-se 13,83% a menos e pagou-se menos 22,33%.

O trabalho do Ministério Público no Rio — que foi coordenado pelo procurador André Barbeitas, levando 271 hospitais a responderem a inquéritos — revelou um outro tipo de fraude muito comum: a ocupação de leitos nos hospitais com um número de pacientes superior à sua capacidade: seria como se um hotel com 100 camas pudesse faturar 200 pernites. Também esse tipo de fraude foi significativamente reduzido.

A nova linha de atuação do governo federal na área da Saúde, que dá ênfase à ideia de acabar com os *ralos* no setor, já tem um ponto de partida seguro: são três estudos principais, dois realizados no Estado do Rio e um em São Paulo, pelas Procuradorias Regionais da República.

O primeiro investigou todos os tipos de fraude praticados pelos hospitais no Estado do Rio.

O segundo se constituiu numa pesquisa informatizada de dados de internação em

todo o país e descobriu que a sistemática da fraude era praticamente a mesma encontrada no Rio.

A terceira e última pesquisa, realizada em São Paulo, descobriu que as fundações da área de saúde daquele estado utilizam a sua maior flexibilidade administrativa para cometer uma série de irregularidades contra o Sistema Único de Saúde.

Valores pagos aos hospitais conveniados tiveram redução de 17,33%