

Ministério Público Federal
Procuradoria da República no Estado do Rio de Janeiro

Auditoria Médica Analítica

S I H / S U S / R J

Relatório Geral

1995

A P R E S E N T A Ç Ã O

Os rumos tomados pela Assistência Médico-Hospitalar oficial prestada ao contribuinte em nosso País vêm, nos últimos anos, demonstrando um sentido crescente do mercantilismo, de par com um descenso na qualidade dos serviços prestados.

O Poder Público dedica a maior parte do seu tempo administrando a consecução de numerário para o setor. Este, quando havido, não recebe a devida atenção no que tange ao seu aquinhoamento e muito menos ao retorno que proporciona. Poderíamos mesmo considerar que tais fatos são, já, de domínio público, não só pela divulgação na mídia como por trabalhos específicos produzidos por órgãos de cúpula em nosso País.

O Tribunal de Contas da União (TCU), em sua decisão 137/93 de 20/04/93, determinou inspeções extraordinárias que, realizadas no extinto INAMPS, abrangeram o Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação dessa atividade encontra-se no relatório TC-005.650/93-0, apreciado na sessão de 14/12/1993.

Em 07/06/94 o Congresso Nacional resolveu instituir, por ato da Presidência da Câmara dos Deputados uma " Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a apurar as inúmeras irregularidades do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS/SUS".

O conteúdo dos referidos documentos é grave. As propostas e recomendações neles apresentadas, se postas em prática, seriam de grande valia. Entretanto, apesar dos relatórios volumosos e da gravidade dos respectivos conteúdos nada mudou, no que concerne a pertinência na aplicação dos recursos destinados a assistência médica no Brasil.

Considerando os recursos em números absolutos gasta-se muito (cerca de 3,5 bilhões de reais estimados para as internações no Brasil em 1995).

Relativamente gasta-se pouco, cerca de 25 reais por habitante ano. Porém, gravemente, gasta-se mal.

Os mecanismos de controle e avaliação são tênues, cada vez mais fragilizados, dando ao observador acurado a nítida impressão de um acordo entre o pescoço e a guilhotina. Aquele representando o erário e esta os setores que recebem o domínio e a posse desses recursos. Se impressão for devemos desfazê-la mas se, ao revés, tal acordo for verdadeiro cumpre triturá-lo. São deploráveis os traços característicos dessa atividade, representados pela esterilidade e pela inércia com que se exercitam os ditos mecanismos.

Evidentemente, a dificuldade da prova caberá a nós, Ministério Público e auditores. É sobre nós que pesam as dificuldades em obtê-las, elencá-las e, sobretudo, fazê-las produtivas - geradoras de punição. Não nos deve bastar o ressarcimento pecuniário. É irresignável apenas os autores, bem como, habilitar o SIH para que tais fatos sejam expurgados antes de gerarem prejuízos. Alexandre, o Grande, já enunciava: "Não se prendem ladrões de cavalos simplesmente porque roubam cavalos, mas, sim, para que não mais se roubem cavalos".

Neste trabalho, que só se torna viável pelo estímulo que nos concede o Ministério Público Federal, com referência especial ao Dr. André Terrigno Barbeitas, ocupamo-nos exclusivamente com fatos, sempre materializados em provas documentais. Não nos preocupam as pessoas; bem que as nossas tenham sido constantemente alvo de agressões insólitas, injustas e descomunais. Em nossa carreira, perante as nossas consciências, nada nos honra mais do que essas investidas furiosas. Suas origens, aliadas às suas intenções, são para nós a dignificação de tudo que produzimos. São, também, a certeza de que ao colidirmos com vastos e poderosos interesses particulares, estamos defendendo o interesse geral. Na realidade, o nosso mister é promover a exumação da verdade. Não obedecemos a qualquer tipo de pressão. Cedermos, seria prevaricar aos nossos deveres. Com certeza, o nosso honroso paradeiro no Ministério Público Federal é consequência da nossa conduta.

Sob nossa ótica, o problema da assistência médico-hospitalar oficial é de gerência. As leis, regras e normas são mais do que suficientes para uma gestão eficaz. Entretanto, o administrador em qualquer patamar hierárquico - Federal, Estadual ou Municipal - quando aplica o estipulado, não deve e não pode reservar-se o direito de obedecê-las em certos pontos e derrogá-las em outros. Ao seu arbítrio pessoal não cabe alterar os desígnios expressos dos legisladores. Tal conduta, mais comum do que o imaginado, gera sempre uma quebra da harmonia que se traduz em grandes males emergentes para o coletivo, com benefícios subterrâneos para o particular. Ao mutilar as regras, o reformador oficialmente não credenciado, frequentemente em conluio com minorias indesejáveis, faz com que se tornem ambos beneficiários enquanto, a pospelo, a sociedade paga o débito na conta. Na administração da Saúde Pública, os interesses do povo devem ser o "A" e o "Z", o princípio e o fim. Nenhuma autoridade, seja qual for, deve co-participar, com ele, nessa supremacia. Se assim não ocorre, não há organização financeira, e conseqüentemente saúde, que resista a essa carcoma.

Não nos limitamos a emitir opiniões. Neste trabalho articulamos fatos, multiplicamos documentos, amontoamos algarismos, procurando sempre entronizar a verdade.

No corpo deste relatório estão consignados fatos que só se tornaram possíveis pela ausência de um controle mínimo nas despesas com internações hospitalares. São episódios, infelizmente numerosos, que estarrecem qualquer observador, mesmo não versado. Constituem indícios inegáveis de que seus perpetradores estão imbuídos da certeza da impunidade, aliada à desídia com a coisa pública. São indicativos sérios de que além de terem sido rompidas diversas cláusulas contratuais, foram silenciados os protestos das consciências e anesthesiado o olfato moral.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República no Estado do Rio de Janeiro

Relatório de Auditoria Médica Analítica

S I H / S U S / R J

No cotidiano da Auditoria Médica que cumprimos por determinação explicitada no ofício PR/RJ/GAB/AB/014/93, reside o motor deste trabalho. Vínhamos até então, no âmbito do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), laborando por unidades. Procurávamos, assim, identificar elementos que, de forma isolada e particular, recheavam o SIH de ilícitos altamente nocivos ao erário.

Observávamos no singular sem, em momento algum, traçarmos um quadro do conjunto. Evidentemente, é do couro que sai a correia e, portanto, se aquele for devidamente inspecionado qualquer exemplar desta apresentará textura de boa qualidade.

Os mecanismos de auditoria médica, controle e avaliação de custos e qualidade da assistência nosocomial prestada ao brasileiro podem, se bem aplicados, coibir os excessos na quantidade e as carências na qualidade.

O SIH já devidamente informatizado enseja, mediante um modesto incremento em sua despesa, que através de uma auditoria contínua se promovam economia significativa de custos - com certeza - e vidas, provavelmente. Oferece, ainda, ao observador atento, a possibilidade de identificar internações impertinentes, desnecessárias e até inexistentes. Ademais, se considerarmos a plêiade de auditores médicos insertos nos quadros funcionais do Ministério da Saúde, bastaria que um número relativamente modesto desses profissionais fossem efetivamente designados para a sua área específica de trabalho. Estaria, assim, completo o arsenal de resguardo do SIH.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é, intrinsecamente, um documento que tanto pode ser libelar como defensivo. Traz em seu bojo itens que, criteriosamente analisados e combinados entre si, podem produzir, como veremos adiante, instrumentos de controle, de avaliação, de defesa e de acusação. São indiscutivelmente provas materiais de tudo que o hospital beneficiário cobrou e recebeu, como também, ao revés, de tudo que o hospital cobrou, recebeu e não fez.

A qualificação de certo ou errado, com o uso do SIH, torna-se relativamente fácil. O Sistema deveria ser competente para se defender de alguns absurdos tais como: parto em homem, orquite em mulher, etc. No momento, sob nossa ótica, o SIH tem armada em seu cerne uma rede cujas malhas são muito amplas, esgarçadas mesmo. Cumpre a nós, bem como a todos os profissionais que militam no campo da auditoria médica oficial angustiá-las, a ponto tal que os erros por ventura passantes causem ao erário perdas desprezíveis. É preciso, todavia, ter sempre em mente que a cada ação corresponderá uma reação igual e de sentido contrário. Para cada nova restrição, ocorrerão sempre tentativas para tornar essa rede ineficaz.

Acreditamos que a introdução de críticas mais abrangentes no SIH, poderia efetivamente trucidar até 90% das fraudes atualmente cometidas. Longe de nós a presunção de esgotá-las pois que seus autores, ao contrário, infelizmente, do que ocorre de forma significativa no serviço público, mantêm a sua criatividade em constante processo de evolução. É certo, também, que a adoção de tais medidas depende de determinação política, uma vez que as condições técnicas para tal existem e são de boa qualidade. O SIH é competente, porém, a sua operacionalização deixa muito a desejar.

Por que não se introduzem no Sistema críticas que eletronicamente descartem disparates, como por exemplo uma alta de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea com menos de 24 horas de internação? Por que o Sistema permite que o indivíduo depois de falecido em uma AIH, seja reinternado em outra? Por que o Sistema aceita e remunera passivamente casos de teratologia explícita? A este respeito, as AIH 1262872700 e 1372997329 se constituem em exemplos típicos da carência de controle existente no SIH. Foram internações pagas para "orquite e epididimite" a primeira e "câncer de testículo", a outra. Em comum e surpreendentemente, os dois indivíduos são declarados como sendo do sexo feminino. A quem beneficia essa rede dilacerada?

É claro que o Departamento de Informática da Fundação Nacional de Saúde (DATASUS) é o executor das críticas, eventualmente apostas ao sistema. É cristalino que as determinações devem ter suas nascentes no Ministério da Saúde, mais precisamente no, mandatário por lei, Sistema Nacional de Auditoria Médica.

Em nossa opinião, um casamento entre a auditoria e o DATASUS, se bem feito, poderia gerar frutos que, com certeza, tornariam a alguns menos ricos e melhorariam as condições da assistência médico-hospitalar para todos.

Seria ideal e benéfico que os gestores da assistência médico-hospitalar operassem tecnicamente uma política de Saúde, e de forma alguma se deixassem gerenciar por políticos na Saúde.

Para uma população que segundo o IBGE, em 1994, alcançou 13.182.298 habitantes, o Estado do Rio de Janeiro possuía cadastrados no SIH 403 hospitais considerados em atividade. Parte desses estabelecimentos, garimpados em função de discrepâncias ocorridas em determinados indicadores médicos e nosocomiais, apresentam distorções importantes. Evidenciam um padrão de comportamento que pela sua frequência demonstra, mais do que a certeza da impunidade, uma escola de condutas seguida por um número cada vez maior de adeptos.

Em nossa prática rotineira, sentimos necessidade de adentrar não só no perfil nosológico do Estado do Rio de Janeiro mas, também, nos métodos operacionais da maioria dos hospitais ligados ao SIH e no "modus operandi" da, felizmente ainda, minoria desses prestadores de serviços, essa sim, deletéria e alvo principal do nosso trabalho.

Trataremos agora, de um universo composto por 1.106.714 internações pagas pelo SIH no período de dezembro de 1993 a novembro de 1994. São doze meses imediatamente consecutivos que formam, em seu conjunto, um ano corrido.

DA DISTRIBUIÇÃO ([Anexo I](#))

O Ministério da Saúde preconiza e trabalha com uma expectativa de que 10% da população seja internada anualmente. Claro é que, por não ser a Medicina uma ciência exata, mas, sim, uma arte, não se espera que coadune com a exatidão dos números. Entretanto, não se deve afastar por demais do seu "em torno". Admitir que na ausência de epidemias ou tormentas da natureza, grande parte da população de um município ou de uma região recorra a serviços hospitalares, seria o mesmo que acreditar ver, em nosso País, o sol à meia noite.

Considerando o confronto entre a população do Estado do Rio de Janeiro e o número de internações pagas no período de um ano, deduz-se que em 1994 foram internados 8,395% dos seus habitantes. Aparentemente ter-se-ia cumprido a expectativa do Ministério da Saúde quanto à assistência médico-hospitalar no Estado.

Os critérios distributivos das AIH foram obedecidos, com certeza, da esfera federal para a estadual. Lamentavelmente, no Estado do Rio de Janeiro o aquinhoamento dos municípios não ocorre da forma preceitual. Produziram-se, assim, aberrações que permitiram ao município de

Bom Jesus do Itabapoana internar 18.693 pacientes, de uma população de 30.356 habitantes (61,579%). Este é apenas um dos exemplos que poderão ser encontrados no Anexo I, que acompanha este relatório. Por dever de ofício, esclareça-se que pesquisas exaustivas realizadas na imprensa escrita, no período enunciado, não encontraram nenhum fato excepcional que justificasse as extrapolações nos percentuais das respectivas populações internadas, arroladas no referido anexo.

Como se vê, é fato que a morbidade em nosso estado desobedece a bússola da natureza, mas certamente segue orientações outras. Indubitável é que a distribuição dos "talonários de faturas " (AIH) não ocorreu, não ocorre, não ocorreu e não ocorre às verdadeiras necessidades dos municípios.

O conteúdo do [Anexo I](#) estuda pormenorizadamente, em obediência estrita aos dados cadastrais do SIH, os quantitativos máximos de internações possíveis, as internações pagas, os percentuais de uso da capacidade de internação, bem como os percentuais da população internada e as taxas de ocupação geradas. Tudo isso, por unidade hospitalar, por município e no Estado do Rio de Janeiro, considerando ainda as hipóteses de avaliação por leitos existentes (LE) ou contratados (LC). Mostra, igualmente, os dados cadastrais **oficialmente gravados no SIH**. Estes, de par com os parâmetros ditados pela portaria MPAS/INAMPS-3046 de 20 de julho de 1982, constituem os alicerces para a confecção do referido anexo.

Uma análise deste anexo nos leva a concluir que a distribuição das AIH pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro, administrada pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, não obedece aos critérios do Ministério da Saúde e muito menos às necessidades das populações municipais componentes da clientela alvo. Conduz-nos ainda a crer que os princípios seguidos, se ligaram muito mais às capacidades instaladas e ao jogo de forças políticas. Dissecar mais esses indícios seria descer à assertivas exclusivamente materiais, pecuniárias. Seria vislumbrar a existência de uma traficância de AIH em branco.

Fato é que a maioria dos hospitais, sempre que o município foi bem contemplado, conseguiu vender a sua capacidade instalada e não raro alocá-la em até oito vezes o possível.

Para evitar contraditórios, esclarecemos que só foram considerados em nossa análise os percentuais originados de leitos existentes, **oficialmente cadastrados** no SIH. A este respeito cabe um reparo, importante sob nossa ótica, aos desempenhos do DATASUS e do Ministério da Saúde. Aquele, como órgão efector e este, como normatizador dos dados cadastrais. Em ambos, existem equipes cuja atribuição maior é manter

os referidos dados em tempo real. Esses grupos de trabalho evidentemente têm custos, que seriam irrisórios se as respectivas funções fossem devidamente desempenhadas. A obrigatoriedade da precisão cadastral deve constituir-se em pedra angular do SIH. Se assim for, poder-se-á eletronicamente, mediante a introdução de críticas concernentes à taxa de ocupação e à produtividade preconizada oficialmente, impedir que extrapolações monumentais sejam indevidamente remuneradas. Deveria haver uma fidelidade obrigatória no cadastro do SIH, com sanções de peso a qualquer dos elementos envolvidos na sua desatualização - Ministério da Saúde, DATASUS e o prestador de serviços. Atualmente, um diz que mandou, outro que não recebeu e o terceiro que não viu as alterações, inclusões ou exclusões de dados cadastrais. Assim, são mantidos no SIH hospitais com duplicidade de CGC, em virtude de fusões ou incorporações com ou por órgãos oficiais. Encontram-se, outrossim, cadastradas empresas hospitalares que para não serem alvo de acertos de contas decorrentes de fraudes ou adiantamentos, deixam de produzir e portanto nulificam o seu faturamento.

Apenas para exemplificar, citaremos três casos de muitos que ocorreram exatamente pelo fato do SIH não filtrar o trivial:

1) PAM Psiquiátrico Centro CGC 42498717002280 (fls 19)

Uso da capacidade de internação = 800,00%

Taxa de ocupação = 57,32%

2) Fundação Méd.Hospitalar S.Silvestre CGC 30597223000149 (fls 1)

Uso da capacidade de internação = 690,49%

Taxa de ocupação = 453,26%

3) Casa de Saúde República da Croácia CGC 33726779000186 (fls 16)

Uso da capacidade de internação = 376,47%

Taxa de ocupação = 137,42%

Como o Sistema paga tais aberrações? Nesses casos, como em tantos outros, foram desprezados os parâmetros oficiais (Port.3046) e também desobedecido um princípio físico - conteúdo maior que o continente. Assim, pode-se afirmar que, ou os pacientes passaram às pressas pelo hospital ou sequer foram internados. Outra visão dos fatos desenharia o uso dos leitos em especialidades diferentes daquela em que foram cadastrados.

As críticas eletrônicas, se introduzidas em quantidade suficiente no SIH, não poderiam impedir de forma definitiva que tais fatos ocorressem, mas certamente inibiriam sua remuneração. Os custos dessa omissão são muito elevados. O curioso é que o Ministério da Saúde, no caso o provedor, parece ignorar essas possibilidades. Ao contrário, alguns prestadores de serviços, sejam eles privados, filantrópicos, universitários e até oficiais, pelo visto, sabem o valor dessas ausências e as aproveitam muito bem.

Os dados imediatamente retro podem fornecer a um observador apressado a imagem de uma produção febril, de par com uma produtividade alentada. Entretanto, o Anexo I demonstra com precisão o comportamento real, no Estado do Rio de Janeiro, nos municípios e nos hospitais, individualmente. Assim sendo, para um conjunto de 13.182.298 habitantes foram efetuadas 1.106.714 internações, equivalentes a 8,395% da população. Aparentemente foram obedecidos os parâmetros apregoados pelo Ministério da Saúde. Lado outro, é possível tirar do aludido documento conclusões diferentes, abaixo enumeradas:

	Internações		Uso capacidade	Internações
Natureza do Hospital	Máximo possível	Pagas	máxima	no Estado(RJ)
Próprio	122.815	31.769	25,87%	2,87%
Contratado	750.652	539.974	71,93%	48,79%
Federal	55.311	11.527	20,84%	1,04%
Estadual	202.624	62.510	30,85%	5,65%
Municipal	262.079	37.651	52,52%	12,44%
Filantrópico	296.468	223.235	75,30%	20,17%
Universitário	13.247	13.908	104,99%	1,26%
Universit.c/ Fideps	199.827	86.140	43,11%	7,78%

Salta aos olhos que as entidades contratadas e filantrópicas, conseguiram os maiores índices de produtividade com respectivamente 71,93% e 75,30% de uso das suas capacidades máximas de internação. Significativos são, também, os baixos percentuais deste indicador apresentados pelos hospitais próprios (antigo INAMPS) e federais, respectivamente 25,87% e 20,84%. Entre estes extremos encontramos os hospitais municipais, universitários e estaduais.

Quando nos fixamos na contribuição percentual de cada grupo de hospitais analisados, verificamos que 68,96% das internações realizadas no Estado ocorreram em estabelecimentos contratados e filantrópicos. Lado oposto, os hospitais próprios e federais, juntos, responderam por somente estarecedores 3,91% dos doentes internados.

A que atribuir tais desníveis? Estariam por ventura os leitos hospitalares governamentais desativados? Não teriam sido emitidas AIH para todos os atendimentos realizados? Em nosso juízo, há uma imbricação de fatores cujo catalisador é o serviço público onde se paga pouco e, dos seus agentes, cobra-se nada. Emitir AIH é trabalho; atender ao paciente é trabalho; ativar ou reativar leitos é trabalho. Ao incremento das internações não corresponde aumento de ganhos para o servidor. Não há, ao contrário do setor privado, nenhum incentivo pecuniário à produtividade. Explica-se, dessa forma, a desativação de leitos. Uma gerência competente

removeria os profissionais ociosos para locais onde pudessem produzir. Assim, porém, não ocorre: desativam-se leitos mas mantêm-se os profissionais, principalmente médicos, com lotação e ociosidade garantidas e, dessarte, não mais mal remunerados, uma vez que em troca de nada qualquer paga é muito. Exemplo típico de influências deletérias foi, em nosso Estado, o concurso específico realizado para selecionar médicos a fim de prover o Hospital da Posse, no município de Nova Iguaçu. Poucos aprovados exerceram suas atividades no local especificamente previsto pois, tudo indica, os "padrinhos" da maioria consideraram-no um longínquo município. Daí, terem sido encaminhados para hospitais das zonas central e sul da cidade do Rio de Janeiro, que já se encontravam relativamente bem servidos de pessoal. Mais uma vez, a falha é gerencial e, tudo indica, por influências atavicamente políticas. Não por motivos outros, na área de saúde, no Brasil, a lotação de pessoal sofre incremento cada vez mais acentuado nas atividades meio, tornando repletos os gabinetes. Não pregamos, ao contrário do que possa parecer, para o serviço público a remuneração por ato médico. Essa tentativa de triste memória, resultou, no passado, em procedimentos médico-cirúrgicos de indicação discutível e até desnecessários, que colocaram em risco muitas vidas.

Enunciamo-nos, com certeza, por uma remuneração digna aos servidores da área de saúde, em troca da qual sejam apurados única e exclusivamente trabalho e dignidade. Segundo o apóstolo São Paulo: "Aquele que não quer trabalhar que não coma".

Se remetermos nossa atenção ao Anexo I constataremos que, não raro, hospitais internaram 20%, 30%, 40% ou mais da população do município, no ano. Essas distorções mais importantes, sempre que não se refiram a hospital único no município, tornam-se agravadas quando se associam com taxas de ocupação superiores a 100%.

Ressalte-se que é intrigante o fato de que determinados hospitais em certos municípios tenham, ambos, hospitais e municípios, acessado às AIH. É indubitável que essas ocorrências resultam de uma sucessão de erros da qual está excluída a esfera federal, mas são partícipes os elos estadual e municipal. A Secretaria Estadual de Saúde se envolve quando, desrespeitando critérios estabelecidos, concede ao município um quantitativo de AIH superior aos 10% do seu número de habitantes, por ano. Por sua vez, o município erra quando atribui ao hospital um número de AIH superior à sua capacidade de produção, respeitados que devem ser os parâmetros oficiais, de par com indicadores hospitalares clássicos.

O Ministério da Saúde por outro lado erra, e o faz de forma grave, quando despreza o seu arsenal de informática e simplesmente se satisfaz em acertar na distribuição percentual das AIH. Com as armas de que

dispõe, fácil seria, embora trabalhoso, plotar no País, no Estado, no Município e até no hospital, mensalmente e **antes** de cada pagamento, os aludidos desvios.

Mais uma vez ficam expostas as falhas gerenciais do SIH. Suas causas são mais difíceis de determinar. Cremos serem essas uma mistura de culpa e dolo. Aquela, por incompetência ou omissão e esta, pela hodiernamente chamada "ocupação de espaços políticos".

Em nosso julgamento, não basta que o Ministério da Saúde conte e distribua as AIH para os estados, em obediência aos critérios vigentes. É preciso e indispensável que sejam praticados os mecanismos de controle e avaliação nos caminhos que levam as AIH dos estados para os municípios e destes para os hospitais. Da mesma forma que se aumenta um ponto quando se relata um conto, em cada uma dessas etapas são possíveis múltiplos descaminhos, sempre lesivos ao interesse comum. Devemos envidar esforços para que a sabedoria do legislador ao criar o Sistema Nacional de Auditoria Médica não seja distorcida e muito menos anulada. Quem paga não pode e não deve auditar suas próprias contas. Quem proporciona ganhos a outrem também não pode e não deve auditar suas próprias condutas. Em nosso juízo, o Sistema Nacional de Auditoria Médica deveria ter o seu lugar fora dos ambientes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em assim procedendo, estar-se-ia emoldurando a Auditoria Médica com a independência necessária ao seu bom desempenho. O contrário, equivale a ajustar o último prego no esquife onde já repousa a Auditoria Médica em nosso meio.

DA POPULAÇÃO HOSPITALAR ([Anexo II](#) e III)

O [Anexo II](#) representa um censo hospitalar diário. Retrata, dia a dia, todos os dias nos quais o conteúdo foi maior que o continente. Mostra, de fato e matematicamente, as datas nas quais o hospital hospedou mais pacientes do que o número total de leitos oficialmente cadastrados no SIH. Estão devidamente elencados por hospital, todos os dias em que houve extrapolação de pacientes, bem como o quantitativo de dias do período com excesso de internos. Expõe, outrossim, o total de doentes sem leito, no lapso referido.

Complementando o [Anexo II](#), apresentamos o Anexo III que contém, por hospital, a relação das AIH que correspondem aos pacientes internados nos dias das impertinências, listadas no [Anexo II](#).

Comentar exemplos pinçados seria por demais enfadonho. Julgamos mais proveitoso remeter o analista ao conteúdo deste anexo. Poderá, assim, verificar que em determinados estabelecimentos, na maior parte do período analisado, houve um superpovoamento de enfermos

que em momento algum foi questionado. O Ministério da Saúde, conforme apuração do DATASUS, através do SIH que registrou as AIH cobradas, simplesmente pagou. Tudo se passou como se em um hotel de 200 leitos fossem faturados 300 ou mais pernoites.

Aplausos para as entidades nosocomiais que otimizaram os seus resultados e apupos ao setor público, patrono dessa incoerência. Pêssimas, mais uma vez, ao contribuinte.

DAS INCOERÊNCIAS (Anexos [IV](#), [V](#) e [VI](#))

Até então comentamos a distribuição das AIH no Estado do Rio de Janeiro. Agora, vamos nos ater à análise de conteúdo especificado nos Anexos [IV](#), [V](#) e [VI](#) que demonstram e, mais do que isso, comprovam internações pagas com permanência hospitalar de respectivamente zero, um e dois dias. Essas internações se referem a procedimentos médicos absolutamente incompatíveis com o tempo de hospitalização assinalado nas respectivas AIH. Na produção dos referidos anexos tivemos o cuidado de identificar o palco das ocorrências - o hospital, os números das respectivas AIH e as condições de alta dos pacientes. Dessas, foram selecionadas somente as seguintes condições: curado, melhorado, inalterado e para tratamento ambulatorial. Propositamente foram excluídas deste estudo as saídas motivadas por qualquer outra condição. Adotamos essa conduta para que os casos estudados não tivessem o seu quantitativo acrescido, e portanto distorcido, por fatores tais como: óbito, transferência, indisciplina, evasão, etc. Fica claro que todas as internações referidas nestes anexos teriam sido devidamente concluídas, no que tange aos cuidados médico-hospitalares inerentes a cada um desses procedimentos.

Como é possível que com menos de 24 horas de internação tenham tido alta, nas condições já enunciadas, pacientes diagnosticados como:

Grande queimado
Colectomia parcial
Artrodese da coluna por via anterior
Kwashiorkor (pediatria)
Marasmo (pediatria)
Cirurgia coronariana com extracorpórea
Prematuridade
Tratamento cirúrgico de hematoma sub-dural
Septicemias (pediatria e clínica médica)
Mieloma múltiplo ...

e muitos outros que seria enfadonho enumerar e difícil, senão impossível, acreditar. Todos esses acometimentos são geralmente de evolução tormentosa e

permanência nosocomial longa, portanto de custo elevado. O mieloma múltiplo, doença até hoje incurável e de grande malignidade, apresenta, nos documentos citados, casos de "alta curado" com menos de 24 horas de permanência. É um absurdo!!!

O rol das enfermidades acima enunciadas será encontrado, também, nos Anexos [V](#) e [VI](#), com respectivamente um e dois dias de internação.

Fato é que esses absurdos podem ser detectados. Podem ser glosados. Não devem existir, entretanto o SIH pagou e, pior, continua pagando por eles, com as mesmas características na apresentação das contas.

DO IMPOSSÍVEL (Anexos [VII](#), [VIII](#) e [IX](#))

Se os fatos até agora relatados surpreendem, os feitos que doravante iremos comentar são de ocorrência impossível.

Nas crenças religiosas são descritas a imortalidade, a vida eterna, a ressurreição, etc... Entre nós humanos, e portanto mortais, a ocorrência destes fenômenos é peremptoriamente impossível. O SIH, entretanto, os aceita, registra e paga, como acontece por exemplo com a multiplicidade de óbitos para um mesmo indivíduo.

O conteúdo do Anexo [VII](#) atesta, por si só, a total orfandade a que chegou o controle do SIH. É um libelo. Expõe um conteúdo descabido, inusitado e absolutamente incompatível com a realidade - a morte repetida para um mesmo indivíduo. Sem dúvida, como pode ser visto, as variáveis são inúmeras: local, diagnóstico, causa, data e necrópsia. Analisando-as afloram combinações surrealistas das quais, a título de ilustração, selecionamos algumas:

F.R.B.M.S., AIH 1083655463 e 1263086616, recém-nato prematuro, óbito nas duas AIH sendo que na primeira sem necrópsia e na segunda com necrópsia, ambas na mesma data. Episódio assinalado no Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF), CGC 28523215/0003-78, Niterói.

F.D.V.G.D.C., AIH 1083844784 e 1083848799, recém-nato prematuro, óbito sem necrópsia nas duas AIH, com as mesmas datas. Apresenta nos dois documentos exatamente os mesmos dados, tal qual um trabalho reprográfico. As cobranças beneficiaram o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, CGC 29468055/0006-17 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

F.C.R., AIH 1066864029 e 1263141352, óbito sem necrópsia nas duas AIH, ambas declarando a morte na mesma data. Na primeira conta hospitalar a cirurgia relatada foi reconstrução do lóbulo da orelha, enquanto a outra se refere à toracotomia com drenagem fechada. A ilação entre estas duas cirurgias é muito difícil. Afinal, são áreas anatômica e fisiologicamente distintas - orelha e tórax. O cenário foi a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, CGC 28683712/0001-71. Na segunda AIH mencionada, a especificação das condições do óbito vão de encontro às datas da internação e da morte. É impossível a ocorrência de "óbito s/necrópsia após 48 horas de internação" em paciente cuja entrada se deu em 01/02/94 e a saída em 02/02/94. Em resumo, o SIH aceitou pagar por dois absurdos: duplicidade de óbito para o mesmo doente na mesma data e 24 horas valendo "mais de 48".

L.D.C., AIH 1084205419 e 1084217563, óbito sem necrópsia nas duas AIH. Na primeira foi anotado o diagnóstico de tumores malignos do aparelho respiratório, tendo o óbito ocorrido em 11/08/94 na ASVP - Casa Providência Hospital Alzira Vargas, CGC 33570052/0029-53, em Petrópolis. Nessa mesma data a paciente foi internada no Sanatório Oswaldo Cruz Ltda, CGC 31141856/0001-00, também em Petrópolis, com o diagnóstico de tumores malignos do pulmão. Óbito registrado três dias depois, em 14/08/94. Não bastasse o insólito da internação segunda, na mesma data do seu "primeiro óbito", é digno de nota o fato de um diagnóstico estar contido no outro, pois sabidamente o pulmão é o principal componente do aparelho respiratório.

M.D.L.F., AIH 1262965077 e 1083655023. Na primeira AIH, emitida pela Casa de Saúde Santa Lúcia SA, CGC 31684384/0001-32, em São Gonçalo, o óbito se deu em 04/03/94, não havendo necrópsia. Na mesma data nova internação, desta feita no Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF), CGC 28523215/0003-78, em Niterói. Óbito registrado três dias depois, em 07/03/94, tendo sido efetuada necrópsia. Nas duas internações o diagnóstico foi o mesmo - Acidente Vascular Cerebral.

Na identificação das ocorrências, o número das respectivas AIH está publicado na sua íntegra, enquanto para o nome dos mortos são usadas somente iniciais. Destarte, enquadra-se o relatório nos parâmetros da Ética Médica.

Força é salientar que todos os casos da mesma natureza abrangidos ou não pelo Anexo [VII](#) geraram uma dupla cobrança e, com muito mais gravidade, uma duplicidade de pagamentos.

O Anexo [VIII](#) trata de incongruências aceitas pelo SIH no que se refere ao chamado caráter da internação. Esse, qualifica a necessidade

da assistência nosocomial em dois grandes grupos: eletivo e urgência/emergência. Aquele, alcança as internações para as quais é possível prever a data: amigdalectomia, estapedectomia, nefrolitotripsia, etc. Esta, como traduz a sua denominação, inclui eventos que subitamente criam a necessidade do ambiente hospitalar: atropelamento, aborto, afogamento, etc.

Como se vê, esta simples identificação, se bem explorada sob o ponto de vista da informática, poderia transformar-se em um fator de crítica impedindo assim cobranças indevidas e pagamentos absurdos. O não aproveitamento deste dado permite que sejam remunerados procedimentos que de maneira alguma podem ser classificados de eletivos.

Excluídas as tentativas de suicídio e homicídio, seria possível marcar data para a ocorrência de um grande queimado? Seria possível prever um acidente por picada de animal peçonhento? Seria possível prever um acidente por arma de fogo ?

A resposta aos quesitos enunciados é não, evidentemente. Para o SIH, porém, a resposta é sim, vez que além de aceitar estas hipóteses promove sem "pestanejar" a sua **indevida** remuneração. Este é o assunto de que trata o Anexo [VIII](#) identificando, ademais, o número da AIH, as iniciais do nome do paciente, as respectivas datas de entrada e saída, o código e o nome do procedimento realizado, tudo devidamente arrolado por empresa beneficiada e cópia fiel do material entregue por ocasião da cobrança.

O Anexo [IX](#) demonstra a mais bizarra de todas as distorções já evidenciadas neste relatório. Alude às reinternações de um mesmo paciente com óbito previamente declarado, em um mesmo hospital ou em hospitais diferentes. Os diagnósticos na maioria das vezes se modificam, embora possam, também, permanecer imutáveis.

À guisa de ilustração, destacamos alguns exemplos que consideramos significativos:

C.M.D., AIH 1084014206, 1355946780 e 1372577019. A primeira AIH foi paga ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (UNIRIO), CGC 34023077/0001-07, no Rio de Janeiro, com o diagnóstico de "tireoidite". Entrada em 21/06/94 e óbito em 16/07/94. Nessa mesma data foi registrada a internação da paciente no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (FUNDÃO), CGC 42429480/0002-31, no Rio de Janeiro, sob o rótulo diagnóstico de "redução cirúrgica de fratura transtrocanteriana". Alta em 11/08/94 para tratamento ambulatorial. Cinco dias depois, em 16/08/94 a doente é readmitida no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, sob o diagnóstico de "disfunção tireoidiana", recebendo alta melhorada em 01/09/94.

Trata-se, portanto, de uma paciente que num período de 67 dias apresentou três internações, duas das quais no mesmo hospital, tendo a segunda se dado na mesma data do óbito declarado na primeira AIH. Questionamos então:

- teria a doente realmente falecido na primeira internação?
- como justificar o reaparecimento da mesma paciente, no mesmo dia do seu óbito, ocorrido em um hospital universitário, em outro hospital da mesma natureza?

Com todo o respeito que nos merecem as referidas entidades de ensino médico, não acreditamos em ressurreição no mundo material em que vivemos e muito menos, por enquanto, em transporte por desintegração molecular.

E.F.M.D.C., AIH 1379925734 e 1392300987. A primeira AIH corresponde à internação na Carlos R. da Silva Casa de Saúde Santa Mônica, CGC 30106538/0001-46, em Niterói. Entrada em 07/10/94 com o diagnóstico de "atendimento de paciente fora de possibilidade terapêutica". O óbito foi assinalado 24 dias depois, em 31/10/94, codificado no documento de cobrança hospitalar como "óbito com necrópsia antes de 48 horas para estado não agônico". Em 08/11/94, oito dias após a declaração do óbito, nova internação no mesmo nosocômio, dessa feita com o diagnóstico de "amputação da coxa". Alta para tratamento ambulatorial em 10/11/94.

Neste caso podem ser evidenciadas duas importantes irregularidades:

- o hospital reinternou uma paciente declarada como morta na primeira AIH.
- ao codificar o óbito fê-lo erroneamente, pois que a doente estava internada há 24 dias e não por um período inferior a 48 horas. Pergunta-se:
 - se de fato ocorreu a necrópsia declarada na primeira fatura e ainda, de acordo com o registro, essa se deu com menos de 48 horas de internação, por que o SIH não rejeitou esse pagamento, pela incongruência construída com um tempo de internação de 24 *dias*?
 - como foi possível que os computadores tivessem permitido o pagamento de uma amputação da coxa de um morto? Será que o SIH pagou por um detalhe da necrópsia anterior, uma nova AIH?

De tudo que este exemplo demonstra, a mais importante ilação é o surgimento de uma total falta de crítica, sob o ponto de vista da informática. Critérios múltiplos podem ser usados para descartar

simples homônimos: data de nascimento, sexo, residência, município, etc. Assim o fizemos.

E.P.M., AIH 1373002829, 1373002830, 1373002818, 1373002840, 1373002807 e 1380127331. As seis internações ocorreram na Fundação Ary Frauzino, CGC 40226946/0001-95, no Rio de Janeiro, num interregno que vai de 03/07 a 28/10/94. Os diagnósticos são absolutamente coerentes entre si. A primeira AIH refere admissão em 03/07/94, com necrópsia em 08/07/94. No conjunto das AIH, destacando-se o dígito verificador, ressalta o caráter serial das mesmas.

Na realidade, os fatos se desenrolam em "flashback" visto que a saga desse paciente começa com a sua morte. Após o seu alegado passamento é produzida uma série de idas e vindas ao hospital, onde se interna por cinco vezes. Neste caso específico lamentem-se as ocorrências em dobro: pelo inusitado e por tratar-se de uma entidade oficial de assistência médica.

J.R.D.S., AIH 1373193547 e 1373193536. As duas internações ocorreram no Hospital Estadual Pedro II, CGC 42498717/0005-89, no Rio de Janeiro. A primeira em 12/09/94, com o diagnóstico de "crise asmática". Óbito registrado em 14/09/94. No dia seguinte o hospital emitiu outra AIH em nome do mesmo doente, com o diagnóstico de "entero-infecção em lactente". Alta melhorado em 23/09/94.

Chamamos atenção para os números das AIH que, separando-se o último dígito (controle), mostram-se sequenciais.

R.R., AIH 1392179789 e 1380320040. A primeira AIH corresponde à internação no Hospital de Clínicas Infantil Ltda, CGC 30749410/0002-81, em Nova Iguaçu. Admissão em 21/11/94 com o diagnóstico de "pneumopatias agudas" e óbito consignado em 30/11/94. A segunda fatura foi emitida em 28/11/94 pelo SEMIU Serviço Médico Infantil Leopoldinense Ltda, CGC 34165969/0001-34, no Rio de Janeiro, com o diagnóstico de "marasmo" (pediatria). Alta melhorado em 30/11/94.

Trata-se, pois, de uma criança que num período de nove dias sofreu duas internações em hospitais diferentes, no mesmo município, estando o período da segunda internação contido na primeira. Mais grave ainda, os motivos de suas saídas nas duas AIH: a primeira por óbito e a derradeira, melhorado.

Lamentavelmente, na maioria dos casos dos pacientes "redivivos" estão envolvidos estabelecimentos públicos e ou de ensino médico.

Acresça-se a esta associação o Ministério da Saúde pela sua leniência na gestão do SIH. O conjunto, ao ser apreciado, debuxa uma imagem de um indivíduo que de forma rápida, constante e à sorrelfa, no escuro, tira do bolso esquerdo e coloca no direito. Se pelo menos os valores em circulação - de bolso a bolso - permanecessem imutáveis, nada se perderia. Porém, a cada viagem interbolsos é cobrado um "pedágio" que recai sempre no bolso do contribuinte.

DA POLITOMIA

Um capítulo em separado, deveras representativo da má fé com que operam algumas empresas médicas ligadas ao SIH, diz respeito à prática da politomia das internações. Tal comportamento se traduz em diversas modalidades operacionais: sequencial, imbricada e terapêutica.

Por **sequencial** entenda-se a ocorrência de múltiplas internações para um mesmo paciente, no mesmo hospital, registradas de forma que a data da internação em uma das AIH seja imediatamente seguinte à data da alta em outra.

Como exemplos específicos citamos:

E.F., internada pela AIH 1392561710 em 23/11/94, recebeu alta para tratamento ambulatorial em 30/11/94. Foi cobrada e paga uma "colectomia parcial" (33706069). Em 01/12/94 nova internação foi efetivada com a emissão da AIH 1404979268, para uma "laparotomia exploradora" (33016119). A alta ocorreu em 06/12/94, com o mesmo destino da anterior.

Pela cronologia dos fatos, a segunda cirurgia se não resultante de uma complicação da primeira, perde a pertinência uma vez que não se chega à uma colectomia sem praticar uma laparotomia. Lado outro, se tivesse havido uma complicação no decorrer da internação primeira, também não se justificaria a cobrança de uma nova internação, pois todos os atos e fatos médicos se enquadrariam, por norma, em um único documento. A segunda AIH, emitida em dia imediatamente seguinte ao da alta da primeira, qualquer que seja o ângulo da questão, foi indevidamente cobrada e injustamente paga. Os autores desses feitos foram respectivamente a Fundação Ary Frauzino, CGC 40226946/0001-95, no município do Rio de Janeiro, que cobrou e o Ministério da Saúde que, sem controlar, pagou.

D.D.S., internada pelas AIH 1372968608 e 1372968619, com o procedimento realizado de "outras doenças do sangue e

órgãos hematopoiéticos" (79500102). A primeira entrada ocorreu em 15/08/94, com a saída em 22/09/94. A segunda internação cobriu o período de 23/09/94 a 28/09/94. As altas foram respectivamente "administrativa" e "melhorado".

Que motivação teria fracionado no tempo a mesma enfermidade? O que justificaria uma alta, escritural em 22/09 e uma reinternação em 23/09/94? Para estes quesitos a resposta é una: dobrar o faturamento. A montagem documental deixa em relevo a certeza de que as contas apresentadas não sofrerão qualquer tipo de auditoria. Tal assertiva decorre de uma observação muito simples: sabemos que a entidade universitária em tela consome cerca de 1500 AIH/mês e, portanto, considerando o interregno das duas internações, não é plausível que os documentos de registro (AIH) sejam imediatamente sequenciais. A responsabilidade cabe ao Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF), CGC 28523215/0003-78, em Niterói, com a mesma parceria do exemplo anterior.

A internação *imbricada* é fruto de uma superposição temporal em que os períodos considerados estão contidos um no outro, parcial ou totalmente. Considera-se este rótulo aplicável somente para as AIH pagas na mesma especialidade. Mais uma vez os exemplos são reveladores da total falta de zelo no controle dos dispêndios do erário:

I.T.P., internada no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), CGC 33540014/0017-14, no Rio de Janeiro, pelas AIH 1308820293 e 1308820194. Na primeira, as datas assinaladas foram 30/09/94 e 02/10/94, respectivamente para entrada e saída. Na outra, 01/10/94 e 02/10/94. Na internação de setembro o diagnóstico (procedimento realizado) foi de "tumores malignos do cólon" (85500160) e na de outubro, de "tumores malignos do reto" (85500178).

No que toca aos procedimentos cobrados, os segmentos intestinais comprometidos pelos tumores, respeitada a mão de direção fisiológica, se continuam. No que diz respeito às datas, o período da internação inicial é conteúdo da derradeira. Por direito, toda essa passagem pelo hospital deveria resultar em uma só cobrança.

A.B., internada para cirurgia intestinal no Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), CGC 28523215/0003-78, em Niterói, pela AIH 1006680037, aparece em mais quatro internações:

AIH	Procedimento realizado	Entrada	Saída
1006680037	Enterotomia (33012067)	03/04/93	08/04/93
1006680048	Ressutura parede abdom.(33022119)	08/04/93	11/04/93

1006680059	Enteroanastomose (33008060)	11/04/93	15/04/93
1006680796	Laparotomia exploradora (33016119)	15/04/93	19/04/93
1006680060	Laparotomia exploradora (33016119)	19/04/93	12/05/93

Admitindo que o calvário dessa paciente esteja contido na sequência acima, podemos afirmar que tanto a cirurgia inicial como as demais, todas resultantes, deveriam ter sido cobradas em uma única AIH, no caso a primeira. São, na realidade, episódios consequentes ou complicantes. Além da ruptura normativa do SIH, os feitos elencados violentam, também, os conceitos temporais. A doente, repetidamente, marca presença dupla em AIH diferentes, na mesma data.

A hospitalização **terapêutica** plural para o mesmo enfermo é, sempre que efetivada pelo diagnóstico principal (procedimento realizado), além de onerosa, elemento extremamente nocivo ao perfil nosológico da Nação. Sua multiplicidade, assim criada, contribui para falsear as estatísticas de morbidade em nosso País.

Apesar dos exemplos possíveis serem numericamente significativos, elegemos o caso abaixo:

D.R.A., internada na Fundação Ary Frauzino, CGC 40226946/0001-95, no Rio de Janeiro, pelas AIH 1392561698 e 1404979213. Em 26/10/94 entrada da primeira AIH, tendo sido o procedimento realizado "tumores pediátricos c/uso de antibioticoterapia e ou antifúngicos" (79700705). A alta, para tratamento ambulatorial, se deu em 09/11/94. No dia imediatamente posterior (10/11/94), ocorreu a segunda internação com o diagnóstico (procedimento realizado) de "tumores c/administração de drogas intra-tecal" (79700829). Essa nova alta ocorreu em 05/12/94, também para tratamento ambulatorial.

É evidente, até pelos rótulos diagnósticos, que essa menor foi internada para quimioterapia. Ora, por que duas AIH para duas administrações terapêuticas que, se cobradas em um único documento seriam, ambas, remuneradas? Simplesmente porque o prestador de serviços queria duplicar o faturamento, no que se refere aos demais itens normalmente remunerados na AIH.

É deveras contristador e lamentavelmente grave que, como visto, entidades hospitalares oficiais e universitárias tenham participação tão relevante nos feitos enunciados. É, mais do que isto, preocupante o poder multiplicador que as escolas médicas podem exercer. Corremos o risco de formar verdadeiras legiões de profissionais cuja competência para o fim proposto pode ser discutível, mas para a perpetração de desvios e até ilícitos, em momento algum causarão polêmica!

DOS CASOS ESPECIAIS

A *cirurgia múltipla* e o *politraumatizado* são rótulos diagnósticos que infelizmente se prestam muito bem às manobras de alguns prestadores de serviços. Zerados na tabela de procedimentos do SIH/SUS funcionam como um invólucro que pode abrigar no máximo cinco procedimentos (diagnósticos). Estes, sim, responsáveis diretos pelos indicadores hospitalares, pela nominação da nosologia e, sobretudo, pelos custos envolvidos. Os dois procedimentos em foco, é força ressaltar, estão situados no rol dos códigos cirúrgicos. Como não é possível a previsão de quantas cirurgias serão necessárias e tampouco quais consequências decorrerão dessas intervenções, a tabela de procedimentos não estipula tempo de permanência e valores a serem pagos (zerados).

Por ocasião do aferimento de uma AIH que se apresente com um desses códigos no procedimento realizado (cirurgia múltipla = 31000002; politraumatizado = 39000001) o computador dirige sua leitura para o campo médico auditor, captando os códigos aí registrados, esses sim, com previsão de tempo de permanência e valores constantes da tabela de procedimentos do SIH. Vê-se, pois, que para dissecar o custo e a pertinência de uma AIH dessas categorias, não basta auditar o código do procedimento realizado. É indispensável revolver suas entranhas, que retratarão os procedimentos médicos verdadeiramente envolvidos e, por consequência, o cabimento ou não do tempo de internação, bem como dos valores pleiteados. Ora, quando se analisa um grupo de AIH de cirurgia múltipla ou de politraumatizado obtém-se, com facilidade, a média de permanência, o valor médio pago pela internação, etc. Se, entretanto, não praticarmos a invasão do rótulo conheceremos apenas o tempo de permanência e o valor auferido pelo conjunto ou individualmente. Ignoraremos, porém, em troca do que estão sendo cobrados ou foram pagos esses valores. Daí a necessidade indispensável que o SIH considere, para fins de custo e de estatística em geral, não apenas o politraumatizado ou a cirurgia múltipla mas, sobretudo, os acontecimentos anotados no campo "médico auditor" (procedimentos autorizados).

Os exemplos passíveis de citação, se contam em números abastados. Para não praticarmos repetições maçantes, citaremos apenas duas ocorrências para cada um dos procedimentos citados:

N.D.S.S., atendimento registrado no Hospital Municipal Jesus, CGC 29468055/0008-89, no município do Rio de Janeiro; AIH 1045807500, constando no procedimento realizado o código de "cirurgia múltipla" (31000002). Na realidade, os procedimentos autorizados, cobrados no campo "médico auditor", foram "laparotomia exploradora" (33016119) e "apendicectomia" (33005060). Tudo foi reivindicado pelo

nosocômio como se trilhar o caminho para chegar ao objetivo fossem duas ações independentes. No entanto, não é possível a realização da segunda cirurgia sem a invasão abdominal, por menor que seja a incisão. O SIH pagou o **trilhar** bem como o **chegar**.

M.D.G.G., atendimento registrado no Hospital Universitário Antonio Pedro - Universidade Federal Fluminense, CGC 28523215/0003-78, em Niterói; AIH 1055763896, constando no procedimento realizado o código de "cirurgia múltipla" (31000002). Na realidade, os procedimentos autorizados, cobrados no campo "médico auditor", foram "hepatorrafia" (33012083), "drenagem de abscesso sub-frênico" (33002118) e "colorrafia por via abdominal" (33034060). As três cirurgias alegadas são em uma área comum - cavidade abdominal. Por direito, a remuneração pleiteada só deveria ter ocorrido por uma delas, a mais cara. O SIH, embora de forma decrescente, pagou integralmente pelo primeiro e 75% pelos outros dois procedimentos cobrados.

D.A.D.S., atendimento registrado na Associação Congregação Santa Catarina Hospital Santa Teresa, CGC 60922168/0004-29, no município de Petrópolis; AIH 1056531278, constando no procedimento realizado o código de "politraumatizado" (39000001). Na realidade, os procedimentos autorizados, cobrados no campo "médico auditor", foram "tratamento conservador do traumatismo crânio-encefálico" (40001008), "traumatismo crânio-encefálico" (91300061) e "tomografia computadorizada I (crânio e coluna)" (97013013). De início é estranho que tenham sido cobradas duas patologias, e portanto dois atendimentos, referentes ao binômio crânio-encéfalo. O primeiro, listado em Neurocirurgia e o segundo em tratamento clínico. A assistência médica conservadora está, de fato, contida nos dois títulos. Entretanto, nos registros do campo "médico auditor" foram cobrados e, pior, pagos dois tratamentos para o mesmo continente e seu respectivo conteúdo.

A.A.J., atendimento registrado no SMS Nova Friburgo Hospital Santo Antonio, CGC 28606630/0001-23, em Nova Friburgo; AIH 1056345400, constando no procedimento realizado o código "politraumatizado" (39000001). Na realidade, os procedimentos autorizados, cobrados no campo "médico auditor", foram "craniotomia para tratamento cirúrgico de abscesso cerebral" (40009017), "tratamento conservador do traumatismo crânio-encefálico" (40001008) e "angiografia cerebral unilateral" (97001007). A justificativa para a cobrança dos dois primeiros itens, em conjunto, é impossível. Quanto a ordem em que os dois episódios mórbidos teriam ocorrido, a lógica só admite uma sequência: o primeiro como consequência do segundo. Admitir o contrário seria imaginar que depois de operado, o paciente caiu do leito ou foi agredido. O justo e correto teria sido cobrar e pagar pelo primeiro item, que em sua rotina assistencial contém os insumos do segundo. O terceiro item da cobrança é pertinente.

Ainda no âmbito dos procedimentos especiais, que como tal sempre geram valores, deve ser contemplada a possibilidade da ocorrência de desvios. Esses procedimentos autorizados são anotados no campo "médico auditor" e representam **insumos terapêuticos**, tais quais: fatores de coagulação sanguínea, imunoglobulinas, albumina humana, plasma humano, sangue e medicamentos especiais em geral.

Nesses casos não existe nenhum tipo de crítica e o SIH paga, por exemplo, até 495 frascos de fibrinogênio humano em uma única AIH. Paga, também, até 495 concentrados de plaquetas ou 495 aplicações de crioprecipitado anti-hemofílico em um único documento. Enfim, não existe nenhum tipo de análise que permita confirmar a veracidade do alegado e cobrado. Mais: não há, por parte do órgão pagador uma política de apuração que estude a viabilidade da existência de condições para produzir os materiais pagos.

Para consubstanciar o enunciado, escolhemos duas AIH pagas ao Hospital da Casa do Hemofílico do RJ, CGC 29995925/0002-82:

AIH 1084539984, cujo diagnóstico foi codificado como 79500064 (outras púrpuras ou afecções hemorrágicas). Nesse documento foram cobrados fatores de coagulação, o que elevou o total da fatura para R\$58.649,88 (cinquenta e oito mil, seiscentos e quarenta e nove reais e oitenta e oito centavos). Normalmente, o ressarcimento previsto, nesse caso, pela tabela do SIH seria de R\$86,43 (oitenta e seis reais e quarenta e três centavos). A alegação de uso de medicamentos especiais foi a responsável pelo incremento verificado.

AIH 1325465933, cujo diagnóstico foi codificado como 91500141 (complicação de procedimentos cirúrgicos ou médicos). Nessa internação teriam sido requeridos fatores sanguíneos, o que ascendeu o valor pago à cifra de R\$58.633,79 (cinquenta e oito mil, seiscentos e trinta e três reais e setenta e nove centavos). Na remuneração prevista pela tabela do SIH o valor seria de R\$70,34 (setenta reais e trinta e quatro centavos). A alegação do uso de terapias especiais foi a responsável pela elevação dos custos.

Casos como estes se repetem no SIH sem que haja qualquer questionamento, seja por parte do computador, do auditor ou de um supervisor. Teria havido indicação para um quantitativo tão elevado de fatores de coagulação? Haveria matéria prima suficiente para a sua produção? Admitindo o sim para os dois quesitos; teria realmente sido efetivada a terapêutica nas quantidades cobradas e pagas?

Pelo exposto, depreende-se que o SIH está mais para um simples pagador do que zelador. Há indícios marcantes de que os feitos alegados devem ser pagos, de preferência sem questionamentos.

Mais uma vez, fica patente que os piores auditores são aqueles subordinados às entidades que gastam, que cobram ou que pagam. Uma auditoria séria, eficiente e eficaz só pode ser praticada fora do âmbito dos que gastam, dos que cobram e dos que pagam. Melhor dizendo, as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde aliadas ao Ministério da Saúde, bem como os prestadores de serviços, não podem, e mais do que isso, não devem lidar com a auditoria médica oficial, a não ser pela leitura de relatórios que, pelo visto, agradará a poucos.

Sempre que o exercício da Auditoria Médica não se processar em ambiente de absoluta independência, persistirão, solidamente embasadas, dúvidas quanto a validade dos seus resultados.

Por derradeiro, incluímos uma nova observação que, obedecendo à máxima de que os extremos se tocam, também contempla a distribuição de AIH ([ANEXO X](#)). Traduz com absoluta fidelidade a amaroze operacional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, nesse sentido. Não se evidencia qualquer controle na manutenção da proporcionalidade preconizada para as internações nos municípios. Saliente-se que os administradores atuais -1995- integram uma corrente política diferente da gestão anterior. Entretanto, pelo que se pode comprovar e projetar, os erros do passado contaminam integralmente as ações do presente. Assim sendo, alguns municípios já internaram no primeiro quadrimestre de 1995 um percentual da sua respectiva população, superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde para todo ano:

MUNICÍPIO	% POP. INTERNADA
Bom Jesus do Itabapoana	17,492
Laje do Muriaé	12,845
Natividade	12,175
Itaperuna	11,637
Vassouras	11,426
Carmo	11,226
Santo Antonio de Pádua	11,134
Rio Bonito	11,020

Face o exposto, conclui-se que na distribuição das AIH reinam interesses muito fortes. Acima mesmo, até, da autoridade que deve integrar a formação e o exercício dos gestores de saúde. É, pois, urgente dar cobro a essa situação.

DOS VALORES (ANEXOS [XI](#) e [XII](#))

Este é, inegavelmente, um capítulo delicado. É, também, matéria que toca de perto o mais sensível segmento anatômico de alguns empresários da Saúde, bem como da sociedade hodierna em geral - o bolso.

Pelo que nos foi dado demonstrar até aqui, há um desperdício de recursos financeiros no âmbito do SIH, para o qual contribuem elementos das áreas federal, estadual e municipal. Dessarte não basta, sendo até pouco justificável no momento, criarem-se novas fontes de recursos. *É indispensável, primeiro, zelar pelas que já existem*. Cumpre trazer o sentido do "funil" para a normalidade. Para tal, o escoadouro deve ser angustiado por uma auditoria médica eficiente que se associe à uma eficácia indiscutível.

Alguns fatos demonstram, com clareza ofuscante, que a partilha dos recursos do SIH é, para grande parte dos municípios, um item significativo, quando seus valores são relacionados com as respectivas receitas efetivamente arrecadadas.

Em 03 de abril de 1995, através o ofício PR/RJ/GAB/AB/Nº 118/95, o Ministério Público Federal solicitou ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro que informasse, por município, a receita efetivamente arrecadada no ano de 1994. Esse pleito foi atendido, dando origem ao processo TCT/RJ/Nº 103501-5/95, que esclareceu em parte o solicitado. Foram fornecidas as receitas efetivamente arrecadadas em 1994, por 31 municípios do Estado. As demais prefeituras não tinham, até então, apresentado as respectivas prestações de contas.

De posse desses elementos, em combinação com dados financeiros do SIH, também referentes a 1994, construímos a tabela que se segue:

MUNICÍPIO		ARREC. EFET. 94	
PAGO AIH 94	AIH/ARREC		(R\$)
(R\$)		(%)	
Barra do Pirai	6.342.529,52	1.959.483,36	30,89
Barra Mansa	22.414.511,75	3.456.592,25	15,42
Bom Jardim	2.922.098,99	405.945,10	13,89
B J do Itabapoana	3.150.337,00	3.912.453,30	124,19
Campos	38.907.781,95	13.947.610,35	35,85
Casemiro de Abreu	6.835.187,48	488.638,04	7,15
Conceição de Macabu	2.486.556,32	435.505,90	17,51

Eng.Paulo de Frontin	1.786.921,65	995.103,93	55,69
Itaboraí	6.682.843,56	8.550.653,75	127,95
Itaguaí	11.052.183,33	1.262.160,72	11,42
Itaperuna	6.870.077,65	8.425.985,06	122,65
Laje do Muriaé	1.431.921,27	508.421,18	35,51
Macaé	25.939.127,60	2.244.783,59	8,65
Magé	10.079.396,27	2.692.288,66	26,71
Mangaratiba	4.049.035,78	413.649,84	10,22
Maricá	4.693.108,00	379.873,45	8,09
Miguel Pereira	3.032.134,31	928.847,54	30,63
Nilópolis	10.753.187,76	3.368.523,93	31,33
Niterói	59.614.370,68	17.570.144,80	29,47
Paracambi	3.917.893,25	13.374.968,85	341,38
Petrópolis	45.815.877,45	15.704.446,86	34,28
Piraí	5.136.315,79	457.682,01	8,91
Rio Claro	2.736.712,32	299.938,87	10,96
Santo Antonio de Pádua	3.723.304,15	2.459.116,24	66,05
São João de Meriti	14.260.453,79	7.332.964,64	51,42
S.J.Vale do Rio Preto	2.411.430,17	234.019,23	9,70
Silva Jardim	4.166.016,47	42.547,78	1,02
Teresópolis	11.667.494,64	5.154.276,38	44,18
Três Rios	6.511.179,43	2.002.487,13	30,75
Valença	5.806.756,97	2.112.314,13	36,38
Vassouras	2.870.821,28	2.092.414,69	72,89
	-----	-----	-----
TOTAIS	338.067.566,58	123.213.841,56	36,45

Como se vê, considerados os totais, somente com internações hospitalares, o erário federal despendeu o equivalente a 36,45% do total das receitas efetivamente arrecadadas em 1994, pelos 31 municípios listados. Unitariamente, alguns municípios consumiram mais do que uma e até duas vezes a sua arrecadação efetiva.

Sob nossa ótica, é nesses valores absolutos e relativos que reside a motivação que levava o SIH a, estranhamente, marcar as AIH apenas por estados, permitindo a livre circulação desses documentos do âmbito estadual para os municipais e até entre esses. Distribuir recursos de tal magnitude, absoluta ou relativa, deve estar sendo encarado pelos governos estaduais e municipais como "exercício de poder político". Afinal, abençoar municípios e hospitais com "demanda" sempre se traduz em dividendos.

Hoje em dia, não encontramos barreira alguma que detenha a livre circulação das AIH. As séries numéricas transitam livremente, podendo ser cobradas em qualquer âmbito: estadual ou municipal. Assim sendo, uma AIH inicialmente distribuída pelo Ministério da Saúde para o estado do Acre, se devidamente preenchida por um nosocômio situado em um município de Santa Catarina, será remunerada, pelo SIH, em benefício deste. Note-se que o pagamento terá como destinatário um estabelecimento situado fora do estado para o qual, inicialmente, a AIH havia sido atribuída.

Para demonstrar a importância do conteúdo da tabela supra, geramos o [Anexo XI](#). Esclarecemos, por especialidade efetivamente exercida e por hospital, os valores e internações pagos. Permitimo-nos,

todavia, acrescentar algumas ilações decorrentes dos números enunciados: total pago, custos médios de internação, leito-ano e paciente-dia. Referimo-nos também ao quantitativo de leitos existentes cadastrados e ao somatório dos pacientes-dia gerados; tudo no ano de 1994. Convém, outrossim, ressaltar que o [Anexo XI](#) se apresenta ordenado, de forma decrescente, por totais de valores pagos aos hospitais. Nele, não foram incluídos nosocômios que, embora cadastrados no SIH, nada cobraram no período estudado. Ao final, poderão ser encontrados os totais gerais - respeitados os mesmos itens - ocorridos no Estado do Rio de Janeiro.

Produzimos, igualmente, outro relatório - [Anexo XII](#) - que arrola, destarte, os mesmos dados, por município. Incluímos, desta feita, municípios que, por serem de emancipação recente, não se encontram cadastrados como sede dos hospitais, no SIH. Se bem que suas populações tenham sido enumeradas de per si, nos respectivos cálculos foram anexadas aos municípios de origem. Pretendemos, assim, deixar elaborado um programa, que futuramente possa acompanhar a nova divisão geopolítica, no que tange ao SIH no Estado do Rio de Janeiro. Claro é que o cadastro do SIH deve estar sempre atualizado, em consonância com as dinâmicas intrínseca e extrínseca dos elementos que o compõe.

A simples observação da proporcionalidade apresentada entre os valores despendidos por hospital e município retrata, tal qual a distribuição de rendas em nosso País, a existência de cidadãos, nosocômios e municípios que se situam em diversas categorias. Sabemos que os custos variam com o porte do atendimento. O incrível, porém, é não se ofertar a todos os munícipes, neste estado, oportunidades senão iguais, pelo menos assemelhadas. A distribuição dos recursos, que em última análise são representados pelas AIH, precisa urgentemente ser conduzida por elementos competentes. É irrisignável que sejam incólumes à influências outras, que não a nosologia do público alvo. Não estamos, de maneira alguma, generalizando os administradores da Saúde. Sem dúvida, no meio desse joio existe trigo que precisa urgentemente ser apartado.

Tentamos, para melhor ilustrar este trabalho, conseguir informações sobre a distribuição das Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA), no Estado do Rio de Janeiro. Não conseguimos. Mas, estatisticamente, no Brasil, sabe-se que o Ministério da Saúde gasta com as "UCA" pouco mais do que os dispêndios com o SIH. Se olharmos para a equação que tipifica o numerário concernente à soma "AIH + UCA", teremos uma visão significativa da magnitude do poder que essas verbas representam.

É preciso montar guarda para barrar o desleixo no zelo que deve nortear essa distribuição. Afinal, estão em jogo valores, muitas

vezes, superiores às arrecadações efetivas dos respectivos municípios. É mister preservar a salubridade desses Sistemas (SIH e SIA).

Por tudo que vimos, trata-se de uma importante alocação de recursos. Esse aquinhoamento não pode ficar exclusiva e simplesmente à mercê do "poder". Deve, isso sim, ser submetido, sem tergiversações, à demanda real. Atualmente, assim não ocorre.

É visível que para chegarmos ao conteúdo deste relatório fizemos uma longa viagem através de provas e documentos, todos aqui publicados. Deparamo-nos com paisagens tristes, que afrontam a lógica, o bom senso e a justiça.

É vital romper esse círculo vicioso. Se assim não ocorrer, certamente, até os atuais escombros da assistência médico-hospitalar oficial perecerão.

Eis o relatório.

À consideração superior.

Rio de Janeiro, 26 de julho de 1995.

Os signatários desse relatório podem ser contatados pelo e-mail: mpf@datasus.gov.br

[Valoração dos ANEXOS, em ordem de hospital](#) (PDF)

[Relação dos hospitais e respectivos anexos em que estão listados](#) (PDF)

[Relação dos Hospitais envolvidos, por ordem decendente de Valor](#) (html)