

As fraudes 'milagrosas'

■ Auditoria do Data-SUS mostra como clínicas conveniadas aumentam sua margem de lucro falsificando as guias de internação

FÁBIO LAU

Uma mulher do interior do Estado do Rio teve câncer nos testículos. Portadora de mieloma múltiplo (tumor ósseo incurável), outra mulher recebeu alta 24 horas depois de internada, completamente curada. Também recebeu alta no dia seguinte à internação um homem vítima de queimaduras em todo o corpo. Os três casos, que ultrapassam as raias do absurdo, parecem até milagres da medicina. Na verdade, fazem parte do relatório elaborado pelos médicos auditores do Data-SUS, que demonstrou que as falhas nos mecanismos de controle e fiscalização do governo podem estar proporcionando prejuízos incalculáveis ao Ministério da Saúde.



Elaborado por Isaac Wajsbrot e Clacir Amorim, o estudo pedido pelo Ministério Público Federal abrange o período entre dezembro de 1993 e agosto de 1995. Com um programa de computador no qual inseriram críticas aos dados referentes a todos os estabelecimentos de saúde conveniados do Rio, os médicos detectaram que 269 clínicas apresentavam dados incompatíveis com a realidade médica. A maioria das ilegalidades foi apontada nas emissões de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). Nelas, há 209 casos de estabelecimentos médicos que indicavam um número de internações superior à sua capacidade de atendimento.

Um dos casos que mais chamou a atenção dos auditores foi o do Sanatório Itaperuna, de propriedade de Mansur José Mansur — dono da Casa de Saúde Santa Genoveva, em Santa Teresa, onde em

dois meses 88 idosos morreram por infecção. Nesta unidade, com capacidade para internar até 230 pacientes, houve registros de internação de até 245 doentes. Diante da recusa do SUS em efetuar o pagamento, Mansur José Mansur impetrou um mandado de segurança na Justiça e conseguiu receber.

Para convencer a Justiça, a direção do Sanatório apelou para razões humanitárias: "Não rejeitamos os necessitados mesmo quando há carência de leitos".

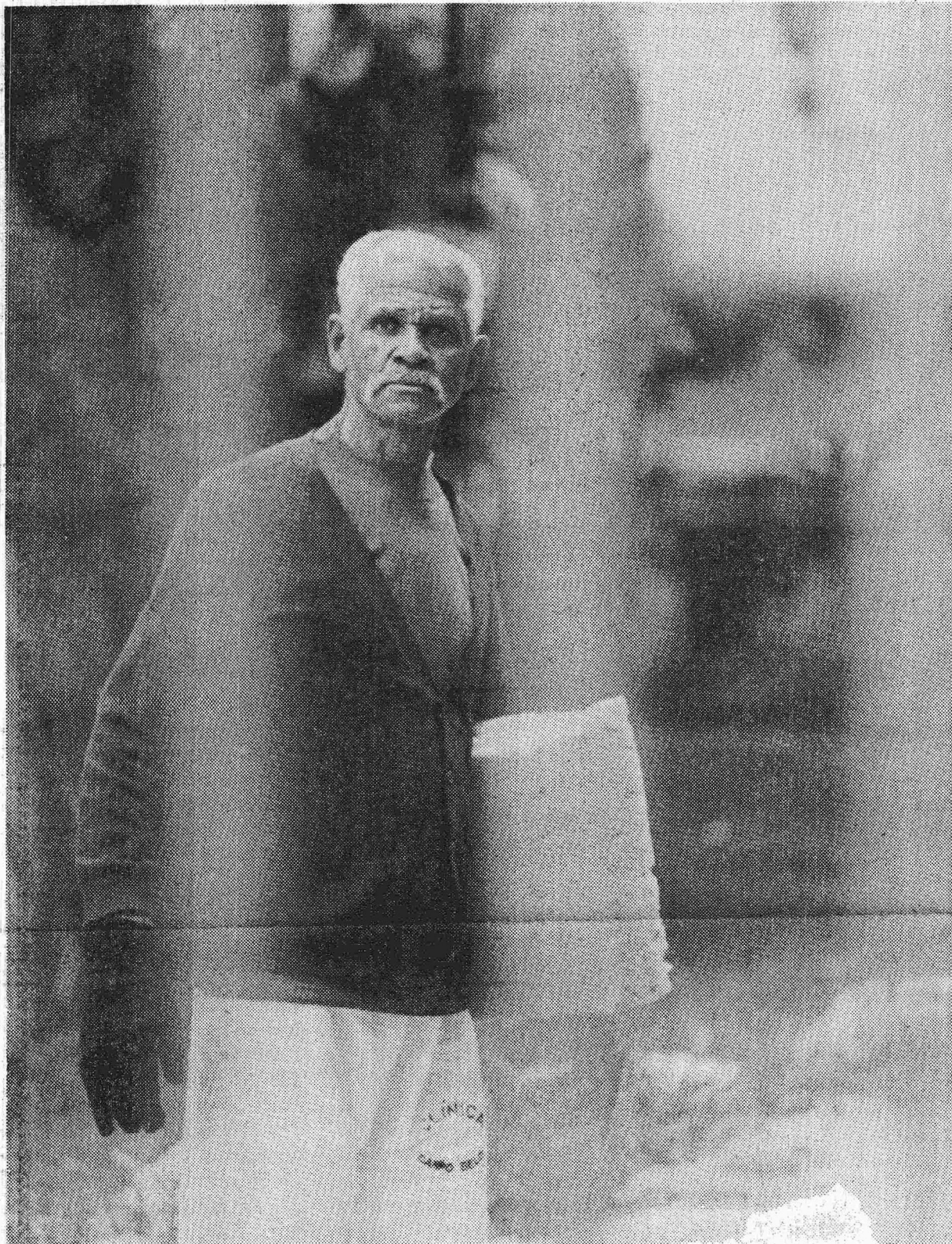
Durante o relatório, os médicos auditores afirmam que "o ressarcimento pecuniário não é o suficiente" e apelam para que a Justiça puna os donos de hospitais que lesaram o dinheiro público: "Não nos limitamos a emitir opiniões. Neste trabalho articulamos fatos, multiplicamos documentos, amontoamos algarismos, procurando sempre entronizar a verdade", revelaram. Eles enfatizam ainda que 90% das fraudes

poderiam ser evitadas caso as críticas precedessem todo o processo de pagamento efetuado pelo SUS.

Outra irregularidade bastante comum detectada pelos auditores foi o múltiplo registro de óbito de um mesmo paciente. Incurreram no erro os hospitais Antonio Pedro, de Niterói; a Casa de Saúde Santa Lúcia, de São Gonçalo, e o Sanatório Oswaldo Cruz, de Petrópolis, entre outras dezenas de unidades hospitalares.

Os procuradores de Justiça do Ministério Público Federal avaliaram que os responsáveis pelos casos de fraude contra o SUS poderão ser enquadrados em pelo menos quatro crimes previstos pelo Código Penal: falsidade ideológica, falsidade de documento particular, estelionato e formação de quadrilha — para os casos em que houver mais de três sócios num mesmo estabelecimento.

João Cerqueira



Os idosos internos da clínica Campo Belo, em Jacarepaguá, sofrem com o descaso dos donos da instituição