

CORRUPÇÃO E SAÚDE

Corrupção e Saúde

2021

EXPEDIENTE

Transparência Internacional – Brasil

Diretor-executivo
Bruno Brandão

Centro de Conhecimento Anticorrupção
Michael Freitas Mohallem

Fundação Konrad Adenauer

Diretora
Anja Czymmeck

Coordenador de Projetos
Luiz Gustavo Carlos

FICHA TÉCNICA

Coordenação
Luiz Gustavo Carlos
Malu Peres Bittencourt
Michael Freitas Mohallem

Capa, projeto gráfico e diagramação
Claudia Mendes

Imagem da capa
topntp26 · freepik.com

Impressão
J.Sholna

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial · Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

C825 Corrupção e saúde / [coordenação Luiz Gustavo Carlos, Malu Peres Bittencourt e Michael Freitas Mohallem]. — Rio de Janeiro : Konrad Adenauer Stiftung, 2021. 244 p. ; 23 cm.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-89432-14-2

1. Saúde pública – Brasil. 2. Administração dos serviços de saúde – Corrupção. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Administração. 4. Corrupção administrativa – Brasil. 5. Política de saúde – Brasil. I. Luiz Gustavo Carlos. II. Bittencourt, Malu Peres. III. Mohallem, Michael Freitas. IV. Título.

CDD23: 362.10981

As opiniões externadas nesta publicação são de exclusiva responsabilidade de seus autores.

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO KONRAD ADENAUER
Representação no Brasil:
Rua Guilhermina Guinle, 163 · Botafogo
Rio de Janeiro · RJ · 22270-060
Tel.: 0055-21-2220-5441
Telefax: 0055-21-2220-5448
adenauer-brasil@kas.de
www.kas.de/brasil

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL
Av. Brigadeiro Luis Antônio, 2367,
sala 514 · Jd. Paulista
São Paulo · SP · 01401-900
transparenciainternacional.org.br

Impresso no Brasil

SUMÁRIO

- 5 **Apresentação**

- 11 **O QUE OS DADOS NÃO MOSTRAM: LACUNAS DE INFORMAÇÃO SOBRE A INFRAESTRUTURA E GESTÃO DE SAÚDE NO BRASIL**
Danielle Bello
Fernanda Campagnucci

- 33 **A TRANSPARÊNCIA DOS DADOS DE SAÚDE NO COMBATE À CORRUPÇÃO**
Edmar Moreira Camata
Mirian Porto do Sacramento

- 53 **SUSPEITAS DE CORRUPÇÃO ALIMENTAM DESINFORMAÇÃO E CONTRIBUEM PARA LEGADO ANTI-VACINA NA PANDEMIA**
Cristina Tardáguila
Natália Leal

- 73 **CORRUPÇÃO E SAÚDE: O DILEMA DO IMBRICAMENTO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO BRASIL**
Ligia Bahia

- 97 **PECULIARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE E A RELAÇÃO COM A INCIDÊNCIA DE CORRUPÇÃO**
Marcus Vinicius de Azevedo Braga

- 119 **EMENDAS PARLAMENTARES NA SAÚDE E OS RISCOS DE APROPRIAÇÃO POLÍTICA E CORRUPÇÃO**
Johanna Nublat
Malu Bittencourt
Michael Freitas Mohallem
- 139 **GOVERNO, CORRUPÇÃO E A COVID-19 NO BRASIL: REFLEXOS E DESAFIOS**
Samuel de Paiva Naves Mamede
- 161 **A PANDEMIA IGNORADA: COMO A CORRUPÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AMEAÇA SUA COBERTURA UNIVERSAL**
Autor: Till Bruckner
Editores: Rachel Cooper, Sarah Steingrüber e Tom Wright
Tradução: Michael Freitas Mohallem
- 197 **CORRUPÇÃO E SAÚDE: TIPOLOGIAS, CONSEQUÊNCIAS E O FALSO DILEMA NO SEU COMBATE**
Eduardo El Hage
- 211 **PRÁTICAS CORRUPTIVAS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: AS FRAUDES NA AQUISIÇÃO DE RESPIRADORES DURANTE A PANDEMIA**
Guilherme Machado Siqueira
Salo de Carvalho
Matheus Menezes de Aguiar
- 227 **A RESPONSABILIZAÇÃO POLÍTICA NA SAÚDE E O ACCOUNTABILITY VERTICAL**
Miguel Lago

APRESENTAÇÃO

A pandemia de Covid-19 transformou a vida das pessoas de muitas formas. Também impactou severamente a prestação de serviços públicos, particularmente sobre os sistemas de saúde. A elevação exponencial da demanda por serviços e a necessidade simultânea de investimentos rápidos levaram o sistema ao esgotamento e, em alguns casos, ao colapso. Aos poucos, a população passou a se acostumar com um cotidiano marcado por máscaras, distanciamento social, vacinas, passaporte vacinal e testes – mas também pelo surgimento de novas suspeitas de corrupção originadas no descontrole da gestão pública, principalmente da saúde, durante a pandemia.

A escala e rapidez com que o vírus se espalhou no mundo fez com que os Estados tivessem que adotar políticas públicas emergenciais, que, de certa forma, dada a conjuntura, abriram espaços para superfaturamento de equipamentos, desvios de produtos escassos, nepotismo em contratações emergenciais, dentre tantas outras práticas ilegais. O Brasil não foi exceção, aqui como em outros países episódios ficaram publicamente conhecidos e enfrentaram a opinião pública e os tribunais. Insumos emergenciais, como máscaras e testes e, logo depois, as vacinas, passaram por processos de compras que, por vezes, não obedeceram aos dispositivos legais até então vigentes, em razão da “corrida contra o tempo” que a evolução do quadro pandêmico propiciou. Nesses casos, a intensa participação da sociedade civil foi fundamental para destacar práticas de corrupção.

Partindo desse contexto e da necessidade de produzir reflexões que durassem por mais tempo que a pandemia – ainda que se originasse nela –, a Transparência Internacional – Brasil (TI-Brasil), com o apoio do escritório da Fundação Konrad Adenauer no Brasil (KAS Brasil), buscou, por meio

deste livro, debater o fenômeno da corrupção na saúde, diante de questões estruturais e conjunturais do cenário brasileiro. Dessa maneira, acreditamos ser possível promover o fortalecimento do Estado de Direito, a partir de uma atuação ativa, da sociedade civil e de atores públicos e privados, na disseminação de conhecimentos especializados nas áreas do combate à corrupção e promoção da integridade, especialmente no que toca ao sistema de saúde brasileiro.

Esta iniciativa é um dos frutos de um longo período de profícua parceria entre a TI-Brasil e a KAS Brasil, inquestionavelmente incrementado pelo conhecimento dos acadêmicos, ativistas, servidores públicos e jornalistas que participam da obra. Esse trabalho coletivo também teve origem nos debates promovidos no âmbito da Rede Brasileira de Estudos Práticas Anticorrupção, uma rede de especialistas engajada na produção e na aplicação do conhecimento sobre o fenômeno da corrupção no país.

O livro é composto por onze capítulos. No primeiro deles, Danielle Bello e Fernanda Campagnucci se debruçam sobre os resultados do “Índice de Transparência da Covid-19” e constataam o deserto de dados que caracteriza o sistema de saúde brasileiro, especialmente no que se refere à sua gestão e infraestrutura. Para além do apontamento das consequências do fenômeno, que perpassam a inviabilização do controle social, as autoras buscam analisar possíveis causas para as lacunas de informação identificadas, entre elas a desarticulação federativa. Feito o diagnóstico das causas e consequências para a falta de transparência na publicação dos dados de saúde, apresentam recomendações, extraídas dos aprendizados de quatro estados e duas capitais com a gestão de crise na pandemia, que podem deixar um legado positivo à Administração Pública e à sociedade.

O tema dos dados igualmente tem a atenção de Edmar Camata e Mirian Porto no segundo capítulo. Para os autores, a transparência dos dados de saúde figura-se indispensável não apenas ao fortalecimento do controle social, como observado por Bello e Campagnucci, mas também às atividades exercidas pelos órgãos de controle estatais. Tomando como paradigma o caso do Espírito Santo durante a pandemia, são apresentadas estratégias aptas à mitigação e prevenção de ações corruptivas em um dos campos mais vulneráveis a ilicitudes na saúde, o das contratações públicas. Ressaltam, ainda, como o uso da tecnologia pode ser um importante aliado ao

incremento dos esforços a favor da transparência, inclusive no que toca às contratações emergenciais, cujas lacunas propiciaram diversos casos de corrupção ao redor do país.

Para além da falta de qualidade e da insuficiência dos dados disponibilizados a respeito da saúde, bem como das consequências delas derivadas, a população passou a lidar, sobretudo após a pandemia de Covid-19, com uma onda de desinformação. Cristina Tardáguila e Natália Leal, no terceiro capítulo do livro, analisam episódios amplamente repercutidos que envolveram a propagação de fake news – incluindo as possíveis fraudes na aquisição de vacinas pelo governo brasileiro – e demonstram como os discursos desinformativos, em meio ao confronto de narrativas políticas, fomentaram o movimento anti-vacina e outras mentiras sanitárias no país, como as acerca da origem do coronavírus e dos métodos de prevenção da doença dele decorrente.

Ligia Bahia, em “Corrupção e saúde: o dilema do imbricamento entre o público e o privado no Brasil”, anuncia outros dois elementos cruciais ao exame dos fatores que oportunizam casos de corrupção na saúde: a dificuldade na categorização das práticas de corrupção em políticas públicas e a sobreposição entre os interesses público e privado na área. Quanto ao primeiro fator, a autora destaca que, no contexto brasileiro, “a saúde parece ser mais um ‘locus’ no qual incidem abusos de poder”, o que torna a corrupção em nosso país tão singular e de difícil compatibilização com os arquétipos internacionais. Adicionalmente, revela a complexa teia de instituições e atores, públicos e privados, voltada à expansão dos serviços privados de saúde, sob o falacioso discurso de desafogamento do Sistema Único de Saúde.

No quinto capítulo, intitulado “Peculiaridade da política de saúde e a relação com a incidência de corrupção”, Marcus Braga, apoiado em bases teóricas e práticas, traça a relação entre o desenho das políticas públicas de saúde e a corrupção, em detrimento da visão simplificadora que encara a corrupção como um desvio moral. Nesse sentido, evidencia que as características dessas políticas – que englobam fragilidades nos mecanismos de accountability e relações monopolísticas travadas com o setor privado – devem ser consideradas no desenvolvimento das salvaguardas necessárias à prevenção da corrupção e à promoção da integridade no setor.

Dando seguimento à investigação dos gargalos que permeiam o setor de saúde brasileiro e que servem de subterfúgio a práticas de corrupção,

Johanna Nublat, Malu Bittencourt e Michael Freitas Mohallem trazem o capítulo “Emendas parlamentares na saúde e os riscos de apropriação política e corrupção”. Ao longo do texto, os autores abordam a tendência experienciada nos últimos anos de ampliação dos poderes de senadores e deputados sobre o orçamento federal, singularmente em relação à saúde – com a edição da Emenda Constitucional n. 86/2015. Advertem, nesse contexto, para o uso ilícito e excessivamente político das emendas parlamentares, especialmente no que concerne a uma de suas espécies, as emendas de relator, as quais tornaram manifesto o distanciamento do Executivo e do Legislativo federais nos esforços à garantia da transparência e racionalização dos recursos públicos.

Igualmente atento ao tema dos gastos públicos, Samuel Mamede dá destaque à redução dos mecanismos de controle e dos crivos legais durante o ambiente pandêmico em prol de maior celeridade na liberação de recursos e na consequente aquisição de bens e realização de serviços, como a compra de equipamentos médicos e a construção de hospitais. Para o autor do oitavo capítulo do livro, tais circunstâncias, somadas à elevação dos gastos discricionários, aumentaram os riscos de corrupção e, em decorrência disso, contribuíram para minar as respostas adequadas à pandemia. Adicionalmente, Mamede retrata, entre outros pontos, o incentivo de setores sociais à compra e utilização de medicamento sem eficácia comprovada e como esse dado se relaciona ao aumento do número de auditorias de corrupção nas localidades.

Por sua vez, o capítulo “A pandemia ignorada: como a corrupção na prestação de serviços de saúde ameaça sua cobertura universal”, de autoria de Till Brucker e traduzido por Michael Freitas Mohallem, concentra-se em descrever, explicar os fatores determinantes e a prevalência das modalidades de corrupção mais frequentes no nível de prestação de serviços, como o absenteísmo, o furto e o peculato. Preocupa-se, ainda, em assentar como a corrupção põe em risco a cobertura universal de saúde, considerada a prioridade máxima da Organização Mundial da Saúde (OMS), e tem impactos sistêmicos que atravessam temas como a pobreza e o analfabetismo.

Em sentido similar, o capítulo “Corrupção e saúde: tipologias, consequências e o falso dilema no seu combate”, escrito por Eduardo El Hage, elenca a vasta gama de tipologias de corrupção na saúde reveladas pela For-

ça-Tarefa da Lava Jato no Rio de Janeiro no bojo de operações como a Fatura Exposta, a Ressonância e a SOS. O capítulo sublinha a complexidade com que as ações corruptivas ocorrem na saúde e as consequências danosas que elas trazem para a efetivação da agenda de direitos humanos e a redução da desigualdade no país. Observa o autor, ainda, a patente polarização política que passou a marcar o enfrentamento da corrupção no país, situação que colocou em xeque avanços alcançados e reformas que deveriam ser implementadas.

Guilherme Siqueira, Salo de Carvalho e Matheus Menezes, no capítulo “Práticas corruptivas no sistema de saúde pública: as fraudes na aquisição de respiradores durante a pandemia”, preocuparam-se em avaliar o tratamento jurídico dado a casos concretos de corrupção. Para isso, revisitaram feitos envolvendo a aquisição de respiradores durante a pandemia. Respaldados nas apurações, expuseram o recorrente emprego do argumento mercadológico na procura da neutralização das irregularidades, os prejuízos trazidos pela desregulamentação das relações entre Mercado e Estado, assim como a existência de diferentes níveis de eficácia preventiva das respostas jurídicas às fraudes na área da saúde.

Por fim, em “A responsabilização política na saúde e o accountability vertical”, último capítulo do livro, Miguel Lago discorre sobre a pertinência da participação da população na formulação de políticas públicas de saúde, de modo que essas correspondam aos anseios de seus reais destinatários, em prejuízo dos “determinismos tecnocráticos”. Alerta o autor, no entanto, que o alcance de um accountability vertical mais acertado exige a promoção de mudanças profundas no Sistema Único de Saúde, para além dos já conhecidos Conselhos de Saúde, que possuem papel limitado e decisões monopolizadas pelo Estado.

A TI-Brasil e a KAS Brasil agradecem aos especialistas que se dispuseram a contribuir para a obra e desejam uma boa leitura!

Bruno Brandão

Diretor Executivo

Transparência Internacional –
Brasil

Anja Czymmeck

Diretora

Fundação Konrad Adenauer
no Brasil

O QUE OS DADOS NÃO MOSTRAM: LACUNAS DE INFORMAÇÃO SOBRE A INFRAESTRUTURA E GESTÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Danielle Bello¹

Fernanda Campagnucci²

Resumo: As avaliações do Índice de Transparência da Covid-19 (ITC-19), realizadas pela Open Knowledge Brasil ao longo de 2020 e 2021, revelam lacunas de informação que prejudicam ou até inviabilizam o controle social de políticas de saúde, em todos os níveis federativos. Embora o país tenha avançado com relação a dados epidemiológicos, quando o assunto é gestão e infraestrutura de saúde, incluindo dados sobre leitos e insumos disponíveis e planejados, há um verdadeiro “deserto de dados”. Entre as causas do problema, estão a falta de articulação federativa, a dispersão de sistemas e a falta de padronização, situações que afetam também a qualidade e a integridade dos dados publicados. A mesma experiência mostra, porém, que medidas simples de governança e de engajamento social no acompanhamento dos dados podem ajudar a reverter esse quadro.

Palavras-chave: dados abertos; acesso à informação; transparência; saúde.

1 Danielle Bello é especialista em Gestão Pública (Insper) e bacharela em Políticas Públicas e em Ciências e Humanidades (UFABC). Atualmente, é coordenadora de Advocacy e Pesquisa na Open Knowledge Brasil.

2 Fernanda Campagnucci é doutoranda em Administração Pública e Governo (FGV-EAESP), especialista em Transparência, Accountability e Luta contra a Corrupção (UChile), mestre em Sociologia da Educação (FE-USP), e graduada em Comunicação Social (ECA-USP). Atualmente, é diretora-executiva da Open Knowledge Brasil e professora convidada do Insper nos cursos de Compliance e Inovação no Setor Público.

1. INTRODUÇÃO

Não foi apenas a falta de capacidade de atendimento nos equipamentos e o insuficiente investimento no sistema de saúde brasileiro que ficaram expostos durante a — ainda alarmante — pandemia de Covid-19 no Brasil. Também se tornaram evidentes problemas estruturais de gestão de informações e, por consequência, a baixa transparência sobre a infraestrutura e as condições de saúde da população no país. Como buscaremos mostrar neste artigo, porém, essa opacidade tem diferentes matizes. Enquanto a disponibilidade e a frequência de atualização de dados epidemiológicos avançaram de forma sem precedentes, impulsionada por importante atuação da sociedade civil, informações sobre a gestão de leitos hospitalares, equipamentos e insumos de saúde ainda são verdadeiros “desertos de dados” pelo país.

Entre abril de 2020 e outubro de 2021, a Open Knowledge Brasil (OKBR) avaliou regularmente a disponibilidade e a qualidade dos dados sanitários relacionados à Covid-19 nos estados e no governo federal. As capitais brasileiras também foram avaliadas, a partir de julho de 2020. O principal instrumento utilizado foi o Índice de Transparência da Covid-19 (ITC-19), metodologia criada pela própria organização e que, na forma de indicador sintético, analisa critérios relacionados a um conjunto de dados fundamentais para acompanhamento da crise sanitária

Foram três as dimensões avaliadas no ITC-19: (i) conteúdo, ou seja, os tópicos essenciais para que cientistas, jornalistas, integrantes da gestão pública ou quaisquer pessoas interessadas possam monitorar e estudar o contágio e as medidas sanitárias de enfrentamento; (ii) granularidade, isto é, o nível de detalhamento da informação, para que seja possível realizar cruzamentos de bases de dados e análises territoriais; e (iii) formato, garantindo que os dados tenham metodologia consistente, sejam compreensíveis e publicados em planilhas editáveis, segundo os padrões de dados abertos³.

3 Os padrões de dados abertos foram definidos e consolidados pela comunidade internacional nos últimos dez anos e podem ser resumidos em três características principais: (a) devem estar acessíveis, de preferência na internet, e disponíveis para download; (b) fornecidos sob condições que permitam reutilizá-los e redistribuí-los, além de combiná-los com outros conjuntos de dados — ou seja, não podem estar em formatos como PDFs ou imagens; e (c) participa-

Além do ITC-19, a OKBR também desenvolveu relatórios e painéis dinâmicos, como o “Monitor de Qualidade dos Dados do Censo Hospitalar”⁴, que trouxeram regularmente um panorama da qualidade dos dados publicados pelo Ministério da Saúde — e cujos resultados serão explorados nas demais seções deste artigo.

Dados abertos, divulgados nas condições aqui expostas, são críticos para a boa governança das políticas públicas e têm especial importância para a garantia do direito fundamental à saúde. Não à toa, o acesso aberto a dados confiáveis, informações e conhecimentos qualificados é parte dos princípios do Código Sanitário Pan-Americano e da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, que enfatizam a importância dessa prática para “a formulação ou revisão de políticas, o planejamento, a inovação, a pesquisa e a medição do progresso, barreiras ou oportunidades” na Saúde⁵.

A incapacidade de lidar com dados no setor é um fator que mina a confiança pública, além de ser, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma oportunidade perdida para salvar um número significativo de vidas e economizar bilhões de dólares em todo o mundo⁶. Por fim, a situação de opacidade da infraestrutura e dos insumos de saúde agudiza o risco de corrupção, no momento em que medidas emergenciais de contratação de bens e serviços precisam ser tomadas para enfrentar a doença⁷.

ção universal: não deve haver qualquer discriminação em relação a pessoas, grupos ou áreas de atuação para o uso dos dados. Ver: OPEN KNOWLEDGE FOUNDATION (OKF). **The Open Data Handbook**, 2016. Disponível em: <<http://opendatahandbook.org/guide/en/>>. Acesso em 10 de janeiro de 2022.

4 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR). Monitor de qualidade dos dados do Censo Hospitalar. **Transparência Covid-19 3.0**: Dados abertos podem salvar vidas, 2021. Disponível em: <<https://transparenciacovid19.ok.org.br/leitos>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

5 MARTI, Myrna et al. Estrategia para la gobernanza de datos abiertos de salud: un cambio de paradigma en los sistemas de información. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 41, e. 27, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpssp/2017.v41/e27>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

6 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems. **OECD Health Policy Studies**, Paris, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

7 Sobre a disponibilidade de dados de contratações emergenciais, medidas de estímulo econômico e de proteção social ver o trabalho desenvolvido pela Transparência Internacional

2. LACUNAS DE INFORMAÇÃO

Não é exagero afirmar que o país navegou perigosamente no escuro com relação a alguns indicadores-chave sobre a situação da pandemia. Dados de infraestrutura sempre estiveram entre os maiores gargalos dos quesitos avaliados pelo ITC-19. Ao longo de sua aplicação, foram documentados avanços e retrocessos na publicação de informações sobre insumos (testes para identificação da Covid-19 e, posteriormente, vacinas) e infraestrutura de saúde para atendimento à população (sobretudo leitos clínicos e de UTI ocupados e disponíveis, para Covid-19 e outras doenças).

“Teste, teste, teste” foi a recomendação em tom de alerta do diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, na ocasião de uma entrevista coletiva logo no início da pandemia, em 16 de março de 2020. O número de testes aplicados nos estados foi um indicador cobrado desde a primeira avaliação do ITC-19, em 3 de abril⁸: menos da metade dos entes (46%) informava esse item. Uma semana depois da divulgação do ranking, que repercutiu na imprensa regional e nacional, os estados reagiram: na segunda avaliação, em 9 de abril⁹, 75% dos entes publicavam essa informação. No entanto, àquela altura, somente um estado ainda publicava a quantidade de testes disponíveis, o que seria essencial para avaliar o planejamento e a capacidade de testagem dos sistemas de saúde. O governo federal passou a publicar a quantidade de kits de testagem distribuídos por estado em um painel, também entre a primeira e a segunda edição da avaliação. O indicador de disponibilidade de testes apresentou uma melhora significativa apenas na sétima avaliação, em 14 de maio¹⁰, quando passou a ser atendido por 11 entes.

– Brasil em seu “Ranking de Transparência no Combate à Covid-19”. Ver: TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL – BRASIL. **Ranking de Transparência no Combate à Covid-19**, 2020. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ranking>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

8 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Coronavírus: transparência em 90% dos estados brasileiros é insuficiente. **Índice de Transparência Covid-19**, n.1, abril, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_1.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

9 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Coronavírus: metade dos estados melhora em transparência. **Índice de Transparência Covid-19**, n.2, abril, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_2.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

10 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Região Sul tem pior desempenho no Índice de Transparência da Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19**, n.7, maio, 2020. Disponível em: <<https://trans>

Ao chegar às capitais, em 17 de julho¹¹, a avaliação mostrou que a opacidade era ainda mais acentuada no nível municipal. Somente 19% das cidades divulgavam a quantidade de testes disponíveis, sem detalhar o tipo (se PCR ou rápido, por exemplo), o que passou a ser exigido na segunda fase do ITC-19. A reação, neste caso, foi mais lenta: na sexta avaliação, publicada em 22 de outubro¹², apenas 38% das capitais apresentavam informações públicas sobre estoques de testes. Ao final de 2020, quando a pandemia no Brasil completava dez meses, a divulgação de dados sobre estoque de testes seguia entre os critérios menos atendidos do ITC-19 em todos os entes¹³. Contrariando os poucos avanços no escopo da infraestrutura, a retomada das avaliações do Índice, em junho do ano seguinte, mostrou que ainda havia espaço para retrocessos, já que a opacidade sobre a aplicação e disponibilidade de testes aumentou nos três níveis federativos¹⁴⁻¹⁵.

Situação semelhante foi observada em relação aos dados sobre leitos, um dos indicadores mais importantes para compreender a capacidade de atendimento dos sistemas de saúde frente à crise. A primeira avaliação do ITC-19¹⁶

parenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_7.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

11 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Apenas duas capitais atingem nível alto de transparência da Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Capitais, n.1, julho, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_2.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

12 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. 62% das capitais omitem dados sobre estoques de testes da Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Capitais, n.6, outubro, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_6_2.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

13 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Após dez meses de Covid-19 no Brasil, transparência não está consolidada. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Especial, dezembro, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_Boletim_8_2.0_errata.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

14 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. 3 a cada 4 estados não divulgam taxa de vacinação dos grupos prioritários. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, Estados, n.1, junho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESTADOS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_3.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

15 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Apenas uma capital divulga distribuição de vacinas por posto. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, Capitais, n.1, julho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_3.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

16 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Coronavírus: transparência em 90% dos estados brasileiros é insuficiente. **Índice de Transparência Covid-19**, n.1, abril, 2020. Disponível em: <<https://>

evidenciou o fato de nenhum estado, nem o governo federal, divulgar a quantidade de leitos ocupados (sobretudo UTIs) em relação àqueles disponíveis. Com avanço mais lento, o tema foi destaque da terceira avaliação, divulgada em 16 de abril de 2020, já que 78% dos entes ainda não divulgavam as taxas de ocupação¹⁷. E voltou a ser discutido algumas semanas depois, quando, em meio a uma pequena queda nos casos de Covid-19, vários governos estaduais começaram a anunciar medidas de flexibilização da quarentena e retomada econômica. A avaliação divulgada em 28 de maio mostrou que apenas cinco dos 15 estados que haviam anunciado medidas de reabertura divulgavam a ocupação de leitos, indicador basilar para essa tomada de decisão¹⁸.

Com o recrudescimento da pandemia, a demanda por dados mais detalhados sobre a ocupação de leitos aumentou. Era necessário monitorar a capacidade de atendimento dos sistemas de saúde como um todo e, para isso, conhecer a disponibilidade de leitos para atender não apenas a Covid-19, mas também outras doenças, se tornava imprescindível. Dados de oferta de leitos, além da ocupação, também se tornaram indispensáveis, sobretudo para o planejamento público. Esse detalhamento passou a ser cobrado pelo ITC-19 a partir de julho de 2020, em sua segunda fase, quando a avaliação também incluiu as capitais, revelando gargalos de informação ainda maiores. No nível municipal, apenas um quarto dos entes divulgava dados sobre a situação geral dos leitos¹⁹, enquanto no nível estadual informações completas eram divulgadas apenas por 46% dos entes²⁰.

transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_1.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

17 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. 78% dos estados ainda não divulgam taxa de ocupação de leitos. **Índice de Transparência Covid-19**, n.3, abril, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_3.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

18 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Dez estados anunciaram retomada sem divulgar situação geral dos leitos. **Índice de Transparência Covid-19**, n.9, maio, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_9.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

19 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Em ritmo lento, 58% das capitais avançam no Índice. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Capitais, n.2, julho, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_2_2.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

20 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Metade dos estados não divulga casos suspeitos de Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Estados, n.1, julho, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESTADOS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_2.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

Já em âmbito nacional, esses dados estiveram, em boa parte do tempo, inacessíveis, além de apresentarem problemas graves de qualidade. Desde abril de 2020, a Portaria nº 758/2020, do Ministério da Saúde²¹, previa o registro diário obrigatório de internações hospitalares de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 por todos os estabelecimentos de saúde do país. O chamado “Censo Hospitalar” poderia oferecer uma valiosa base de dados, na qual se apoiaria uma estratégia de gestão de leitos para todo o território brasileiro, articulada entre os entes. No entanto, após um ano de coleta, em abril de 2021, uma análise aprofundada desses dados revelou que quase 70% deles tinham ao menos algum problema de inconsistência no preenchimento, desatualização e/ou divergência em relação a outras fontes, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²². A quantidade de registros desatualizados à época — 31% dos estabelecimentos de saúde sem novos registros por duas semanas e 24% por cerca de três meses — indicava que, muito provavelmente, esses dados não vinham sendo utilizados, nem acompanhados pelo governo federal para o enfrentamento da pandemia. Após quase dois anos, o contexto não parece ter mudado: em dezembro de 2021, o Monitor de Leitos da OKBR indicava que o percentual de estabelecimentos desatualizados há pelo menos 90 dias chegava a 45%²³.

parenciacovid19.ok.org.br/files/ESTADOS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_2_0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022

21 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 758, de 09 de abril de 2020**. Define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-758-de-9-de-abril-de-2020-251970323>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

22 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Quase 70% dos dados de ocupação de leitos do país têm problemas. **Transparência Covid-19 3.0**, Especial, abril, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_OcupacaoLeitos_01.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

23 A última atualização do painel ocorreu em dezembro de 2021, devido ao apagão de dados da Saúde, desde que a Pasta e outros órgãos federais sofreram um ataque cibernético no dia 10 daquele mês. Até o fechamento deste artigo, nem a API, nem a publicação das bases de dados “Registro de Ocupação Hospitalar – Covid-19”, no repositório de dados federal OpenData-SUS, haviam sido restabelecidas. Para saber mais sobre o apagão, ver: ARAÚJO, Carla; MADEIRO, Carlos. Um mês após ataque hacker, Saúde sofre de falta de dados e de transparência. **UOL**, 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2022/01/10/ataque-ao-ministerio-da-saude-faz-um-mes-com-falta-de-dados-e-transparencia.htm>>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

Os dados do Censo Hospitalar foram divulgados somente em outubro de 2020, em versão ainda preliminar e com acesso bastante restrito para o público geral, já que foram disponibilizados através de uma API (do inglês *Application Programming Interface*), que exige conhecimentos de programação para o consumo dos dados e não apresenta o histórico dos registros. Apenas em março de 2021 é que o Ministério passou a publicar os dados em formato de planilha, contendo a série histórica — porém, sem informações sobre a oferta de leitos, o que, na prática, inviabiliza o cálculo de taxas de ocupação e a identificação da expansão de leitos ao longo do tempo²⁴.

Todo o conjunto de análise realizado no período demonstra que, apesar do tempo transcorrido e dos inegáveis avanços na abertura dos dados sanitários, os problemas de transparência não foram superados. Assim, quando a vacinação começou no país em janeiro de 2021, a divulgação de informações ocorreu de forma mais célere se comparada ao processo de abertura dos dados epidemiológicos; no entanto, novas lacunas surgiram, especialmente com relação a insumos. Acompanhar a disponibilidade de vacinas e materiais como seringas, agulhas e Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA), principal componente usado na produção de imunizantes, tornou-se ainda mais crucial em um contexto de escassez, decorrente de sucessivas falhas de aquisição por parte do governo federal²⁵.

24 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Quase 70% dos dados de ocupação de leitos do país têm problemas. **Transparência Covid-19 3.0**, Especial, abril, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_OcupacaoLeitos_01.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

25 Por exemplo, ver as reportagens: COMPRA de seringas fracassa e Saúde garante menos de 3% do que precisa. **CNN Brasil**, 29 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/compra-de-seringas-fracassa-e-saude-garante-menos-de-3-do-que-precisa/>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022; VARGAS, Mateus; FRAZÃO, Felipe; BENHKE, Emily. Índia frustra planos, Bolsonaro admite atraso e governo pede entrega ‘imediate’ da Coronavac. **O Estado de S.Paulo**, Brasília, 15 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,bolsonaro-diz-que-voe-para-buscar-vacinas-de-oxford-na-india-deve-atrasar-2-ou-3-dias,70003582841>>. Acesso em 28 de janeiro de 2022; CAMBRI-COLI, Fabiana. Com atraso nos insumos, Fiocruz adia para março entrega de vacinas de Oxford produzidas no país. **O Estado de S.Paulo**, São Paulo, 19 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-atraso-nos-insumos-fiocruz-adia-para-marco-entrega-de-vacinas-de-oxford-produzidas-no-brasil,70003586879>>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

Ainda em março, uma análise sobre a transparência da vacinação contra a Covid-19 produzida pela OKBR, em conjunto com outras seis organizações da sociedade civil, mostrou que inexisteriam informações publicadas sobre as reservas de IFA²⁶. Embora o governo federal divulgasse quantitativos de doses, seringas e agulhas distribuídas aos governos subnacionais, barreiras como a indisponibilidade de dados em formato aberto, para download, prejudicavam a realização de análises, ainda conforme o levantamento. No caso das seringas e agulhas, os dados só passaram a ser divulgados pelo governo federal em resposta ao Judiciário²⁷, porém, sem indicação de datas de envio, nem atualização. A partir deles, não era possível saber os estoques ainda disponíveis nos entes, que deveriam atender também a outras campanhas do Programa Nacional de Imunizações.

Sem avanços no âmbito federal, a divulgação por estados e capitais permaneceu bastante restrita. As primeiras rodadas da terceira fase do ITC-19, realizadas em junho e julho, já contando com indicadores relativos à imunização, revelaram que apenas quatro estados²⁸ e três capitais²⁹ divulgavam informações sobre seus estoques de seringas e agulhas. Nos dois meses seguintes, apenas mais cinco entes — quatro estados e uma capital — passaram a divulgar esse dado também. Nas capitais, também não era possível “seguir o rastro” das doses enviadas pelos estados, já que apenas uma delas divulgava informações sobre a distribuição por postos de vacinação.

26 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR) et al. **Transparência da Vacinação**: Uma análise de organizações da sociedade civil. Nota Técnica, março, 2021, 21 p. Disponível em: <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

27 SOUZA, André de. Ministério da Saúde diz não ter seringas para vacinação de Covid-19 porque compras são feitas pelos estados. O Globo, Brasília, 13 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/vacina/ministerio-da-saude-diz-nao-ter-seringas-para-vacinacao-de-covid-19-porque-compras-sao-feitas-pelos-estados-1-24837474>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

28 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. 3 a cada 4 estados não divulgam taxa de vacinação dos grupos prioritários. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, Estados, n.1, junho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESTADOS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_3.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

29 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Apenas uma capital divulga distribuição de vacinas por posto. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, Capitais, n.1, julho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_3.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

3. QUALIDADE DOS DADOS

Além da indisponibilidade, problemas relacionados à qualidade e ao detalhamento dos dados sanitários — falta de padronização, desatualização, nível de agregação, inconsistência no preenchimento, formato fechado e outras — reduzem a capacidade de reuso das informações pelas diversas pessoas e instituições interessadas. Padrões de dados abertos são imprescindíveis, ainda, para garantir a integridade e auditabilidade das bases de dados, permitindo análises mais aprofundadas e independentes.

Este não é um problema exclusivo do Brasil, embora o país apresente algumas dificuldades adicionais pela sua dimensão e ausência de articulação federativa para a condução dessa política — conforme será discutido em tópico mais adiante. Diversos gargalos nesse sentido foram apontados na mais recente edição do estudo “Open Data Barometer”³⁰, de 2018, que investigou 30 países considerados “líderes” de dados abertos, incluindo o Brasil. Ao analisar conjuntos de dados disponíveis sobre o tema “Saúde”, o estudo constatou que 100% dos principais tópicos estavam disponíveis gratuitamente, mas 80% eram legíveis por máquinas, 63% foram considerados atualizados e apenas 17% cumpriam os requisitos básicos de dados abertos.

Muitos desses parâmetros, além de serem boas práticas de publicação de dados reconhecidas internacionalmente, estão traduzidos na legislação brasileira. A Lei n. 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação³¹, fixou as principais características em relação ao formato dos dados públicos. A norma dispõe que os sítios eletrônicos de órgãos e entidades públicos devem (i) “possibilitar a gravação de relatórios em diversos formatos eletrônicos, inclusive abertos e não proprietários, tais como planilhas e texto, de modo a facilitar a análise das informações” (art. 8, §3º, II); e (ii) “possibilitar o acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estru-

30 WORLD WIDE WEB FOUNDATION World Wide Web Foundation. **Open Data Barometer – Leaders Edition**. Washington DC: World Wide Web Foundation, 2018. Disponível em: <<https://opendatabarometer.org/leadersedition/report/>>. Acesso em 10 de janeiro de 2022.

31 BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

turados e legíveis por máquina” (art. 8, §3º, III). Mais recentemente, a Lei n. 4.129/2021, ou Lei do Governo Digital³², reforçou e aprofundou esses parâmetros, que são balizas objetivas para que a sociedade possa demandar a qualidade dos dados disponíveis.

No contexto de uma pandemia, a qualidade dos dados torna-se um aspecto ainda mais sensível. Registros inconsistentes podem significar, na ponta, subnotificação de casos, ou pessoas que receberam vacinas no momento inadequado, sem estarem nos grupos prioritários (casos anedóticos que foram apontados pela imprensa como “fura-filas”). Podem, ainda, levar a planejamento inadequado, com recursos aplicados indevidamente ou, pior ainda, escassez de equipamentos onde há mais demanda e vulnerabilidades. Além disso, a disponibilidade de informação atual, detalhada e confiável, é condição para que haja o efetivo engajamento dos múltiplos atores do setor público e da sociedade civil, para a potencialização das chances de sucesso no enfrentamento à doença. Com essa perspectiva, o ITC-19 aferiu uma série de parâmetros³³ para mensurar os níveis de qualidade dos dados da Covid-19, ao longo de suas diversas fases.

Na dimensão de Conteúdo, um rol de indicadores estabelece o mínimo a ser divulgado para que as análises possam abarcar a complexidade do fenômeno e as formas como grupos populacionais estão sendo atingidos e vacinados, especificando casos, perfil demográfico e infraestrutura de saúde. Por exemplo, para averiguar a existência de subnotificação, não basta a divulgação de casos de Covid-19 positivados. É preciso conhecer as notificações completas, inclusive as suspeitas de casos leves que permaneceram sem testes, e também os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que demandaram hospitalização e cuja causa não foi investigada. Da mesma forma, não basta divulgar a quantidade de pessoas vacinadas, mas é preciso colocar o dado em perspectiva com o universo de pessoas que

32 BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021**. Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14129.htm>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

33 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Nota metodológica. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, julho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Nota_Metodologica_Transparencia_da_Covid-19_3.0.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

devem ser vacinadas em cada grupo. Ou, ainda, não é de muita serventia divulgar a quantidade de leitos ocupados, se não há informação sobre quantos leitos existem na rede, inclusive para outras doenças. A “completude” é um princípio importante dos dados abertos, e os diversos exemplos de lacunas que prejudicaram a qualidade nesse sentido foram apontados no tópico precedente.

Com relação à dimensão de Granularidade, os principais parâmetros cobrados foram a existência de bases de microdados, registros em que cada caso é cadastrado individualmente em uma linha, com as várias características detalhadas nas colunas; e informações sobre localização, com as quais é possível averiguar as condições de disseminação da doença e de imunização no território. A ausência de microdados foi o item mais crítico desse conjunto, ao longo de 2020. Ao final do ano, esse foi o critério avaliado pelo ITC-19 menos atendido entre os entes³⁴. As médias de atendimento em nível bom ou alto fecharam o ano em 46% dos estados e apenas 19% das capitais — no caso do governo federal, os microdados de casos foram abertos apenas no final de maio de 2020. Com mais de 7 milhões de casos confirmados e quase 200 mil mortes, o país ainda não tinha, ao final do primeiro ano da pandemia, dados suficientes sobre as características das vítimas em todas as localidades³⁵.

Em 2021, com a imunização da população iniciada, os governos parecem ter aprendido com o intenso processo de publicação — e, do lado da sociedade civil, cobrança e avaliação — dos dados abertos. Ainda em fevereiro, o Ministério da Saúde divulgou uma base bastante detalhada sobre a aplicação de doses pelo país. No entanto, os problemas de qualidade persistiam: em nota técnica produzida por sete organizações da sociedade civil, ressaltou-se que a base de microdados mostrava números diferentes dos exibidos no também oficial Painel de Vacinação do Ministério, além de um

34 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Após dez meses de Covid-19 no Brasil, transparência não está consolidada. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Especial, dezembro, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_Boletim_8_2.0_errata.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

35 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR) et al. **Transparência da Vacinação**: Uma análise de organizações da sociedade civil. Nota Técnica, março, 2021, 21 p. Disponível em: <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

número significativo de duplicidades, o que indica a ausência de uma política de aferição e garantia da qualidade dos dados pelo órgão. Além disso, outros problemas desse tipo afetavam 73% dos itens relacionados à vacinação avaliados pelas entidades³⁶.

Finalmente, na dimensão de Formato, foram analisados critérios que permitissem, por um lado, a compreensão do público em geral por meio de painéis de visualização e indicação da metodologia de cálculo; e, por outro, o tratamento avançado desses dados, a partir da divulgação de dados no formato aberto e não proprietário (por exemplo, a divulgação de uma planilha para download no formato CSV, que é recomendável, em vez de um arquivo PDF, já que este não poderia ser tratado por softwares estatísticos e ferramentas de programação facilmente). Ao final de 2020, os critérios de formato eram atendidos por 98% dos entes, incluindo estados e governo federal; situação menos favorável nas capitais, com 75% dos itens atendidos³⁷.

4. (DES)ARTICULAÇÃO FEDERATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, referência internacional em políticas de saúde pública, seria uma significativa vantagem para o país se tornar exemplo no combate à pandemia. Sua capilaridade, construída em três décadas de existência, também seria um fator decisivo para que o país pudesse dispor, rapidamente, de dados confiáveis para planejamento e ação. No entanto, nem mesmo essa estrutura resistiu à postura política negacionista do Planalto e do alto escalão do Ministério da Saúde, que chegou a contrariar seus próprios técnicos ao promover curas ineficazes e desinfor-

36 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR) et al. **Transparência da Vacinação**: Uma análise de organizações da sociedade civil. Nota Técnica, março, 2021, 21 p. Disponível em: <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

37 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Após dez meses de Covid-19 no Brasil, transparência não está consolidada. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Especial, dezembro, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_Boletim_8_2_0_errata.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

mação^{38,39}. Na prática, por mais que outros entes tenham se engajado em promover medidas de combate à pandemia, a falta de liderança do governo federal para uma agenda de transparência e governança de tecnologia e informação comprometeu a qualidade dos dados e acarretou a dispersão e fragmentação de dados em diversos sistemas⁴⁰.

Ainda em 2022, são frequentes as notícias sobre a discrepância de dados entre sistemas de informação municipais, estaduais e federais⁴¹. O tema foi destaque na oitava rodada de avaliação do ITC-19, com a informação de que quase metade (44%) dos estados apresentavam quantidades de casos conflitantes, seja entre suas próprias fontes, ou em relação aos dados publicados pela União⁴². Entre outros motivos, isso ocorre porque, embora haja estratégias de coleta de dados estruturados por algumas plataformas do SUS, é comum que as administrações utilizem sistemas paralelos para gerir as políticas de saúde, uma vez que os sistemas centralizados não atendem às necessidades de gestão. Além disso, ainda é muito comum, na ponta, o primeiro registro do atendimento ser feito em formulários de papel, que posteriormente são digitados em computadores, aumentando a ocorrência

38 GORTÁZAR, Naiara G. Inação e desinformação do Governo Bolsonaro agravam a pandemia no Brasil. **El País**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-16/inacao-e-desinformacao-do-governo-bolsonaro-agravam-a-pandemia-no-brasil.html>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

39 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR) et al. **Transparência da Vacinação**: Uma análise de organizações da sociedade civil. Nota Técnica, março, 2021, 21 p. Disponível em: <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

40 Para consolidar dados sobre Covid-19, por exemplo, os gestores precisam atualizar ao menos três plataformas do governo federal: o e-SUS Notifica, para casos leves; o SIVEP-Gripe, para casos graves e hospitalizações; e o GAL, para resultados de testes. Não existe integração desses sistemas e as bases de dados abertos não podem ser cruzadas, devido à ausência de identificadores únicos para os casos.

41 WATANABE, Phillippe; MARTINS, Cristiano; YUKARI, Diana. Cidade de SP registra 700 mil casos de Covid a mais do que o estado aponta para capital. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 28 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/01/cidade-de-sp-registra-700-mil-casos-de-covid-a-mais-do-que-o-estado-aponta-para-capital.shtm>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

42 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Quase metade dos estados apresenta dados conflitantes sobre a Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19**, n.8, maio, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_8.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

de erros e as dificuldades para se obter dados em tempo hábil para a tomada de decisão⁴³.

Buscando responder a esse contexto, o Ministério da Saúde instituiu, em 2020, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)⁴⁴. Trata-se de uma infraestrutura tecnológica que tem o objetivo de promover a integração das diversas fontes dos múltiplos atores que participam do provimento de serviços de saúde em um só local e, assim, garantir a interoperabilidade de dados e sistemas dos entes federados. Embora a premissa da iniciativa seja adequada, a implementação está longe de estar bem resolvida. Além da persistência de divergências, já apontadas anteriormente, a infraestrutura se mostrou vulnerável diante de um ataque cibernético em dezembro de 2021, que causou instabilidade e indisponibilidade de sistemas e dados — outro “apagão”⁴⁵ — por mais de um mês.

5. UM LEGADO PARA O SUS

No livro “Emergência dos Dados: como o Índice de Transparência da Covid-19 impulsionou a abertura de dados da pandemia no Brasil”⁴⁶, a OKBR sistematizou casos de quatro estados e duas capitais que conseguiram, ao longo da pandemia, mudar o patamar de publicação de dados e se tornar boas referências de transparência sobre os aspectos sanitários — ao menos naqueles avaliados pelo ITC-19. As equipes dos entes documentados

43 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Quase 70% dos dados de ocupação de leitos do país têm problemas. **Transparência Covid-19 3.0**, Especial, abril, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_OcupacaoLeitos_01.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

44 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020**. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

45 SALOMON, Marta. O apagão de Queiroga. Revista Piauí, 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/o-apagao-de-queiroga>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

46 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR). **Emergência dos Dados: Como o Índice de Transparência da Covid-19 impulsionou a abertura de dados da pandemia no Brasil**. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://ok.org.br/publicacoes>> Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

são unânimes ao afirmar, de distintas formas, que a organização dos processos de publicação de dados contribuiu para a própria gestão das políticas de enfrentamento, além de deixar legados que extrapolam a Covid-19, com as soluções podendo ser replicadas inclusive para outros contextos sanitários ou demais políticas públicas. As recomendações extraídas dos aprendizados com a gestão de crise na pandemia podem ser resumidas nas seguintes áreas:

- **Desenvolvimento de soluções:** as ferramentas utilizadas para transparência não precisam ser complexas, e tecnologias abertas e desenvolvidas internamente — com recursos já disponíveis e com ou sem colaboração externa — podem responder de maneira mais efetiva aos desafios da gestão de dados;
- **Governança:** o envolvimento e patrocínio da alta gestão na implementação de processos de publicação de dados é fundamental. Para isso, instâncias de coordenação entre departamentos e secretarias, que estabelecem fluxos e procedimentos bem documentados, são imprescindíveis — assim como o diálogo com os atores envolvidos na coleta de dados na ponta, para que as dificuldades práticas possam ser transformadas em melhoria dos procedimentos. A transparência desses processos e a colaboração com o ecossistema de dados também pode trazer resultados rápidos, além de fortalecer a confiança da sociedade no esforço dos governos;
- **Comunicação:** disseminar informações em redes sociais deve ser uma estratégia complementar à divulgação de dados abertos, e de forma alguma deve substituir a política de publicação de dados. É importante investir em canais centralizados nos quais as pessoas possam, rapidamente, checar informações ou fazer download dos dados mais atualizados — ou, pelo menos, oferecer formas de navegação simples e intuitivas para alternar entre as páginas de diferentes órgãos.

Todos os desafios relatados refletem, no entanto, um desafio anterior: a necessidade de políticas mais estruturantes para orientar a transparência e os dados abertos da Saúde de forma nacional e articulada. Embora os órgãos do Executivo federal estejam submetidos a uma Política de Dados Aber-

tos⁴⁷, que determina a elaboração de planos anuais de abertura de dados, o SUS como um todo se beneficiaria de um Plano Diretor de Dados de médio prazo para o setor. Este poderia definir, de forma mais abrangente, mecanismos de governança de dados e tecnologias, para um processo permanente de publicação de dados, com orientação e suporte a estados e municípios. Dessa política se desdobrariam instrumentos centrais para a melhoria da transparência, tais como inventários de dados e um repositório integrado de dados abertos que possam servir à Administração Pública e à sociedade⁴⁸.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Disponer de dados completos e confiáveis para a formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas é — ou deveria ser — um pressuposto básico em qualquer área da gestão pública. O uso de dados e de evidências, aliado a uma gestão participativa, é determinante para viabilizar escolhas mais responsivas às reais necessidades da população e para a construção de iniciativas mais efetivas. Também é o caminho para antecipar problemas e agir de forma preventiva, em vez de reativa, garantindo o uso eficiente dos recursos públicos. E, acima de tudo: no caso da Saúde, ter informações precisas resulta em ações que podem salvar vidas, algo que se torna ainda mais evidente e urgente em um contexto de crise sanitária.

Ao longo da pandemia de Covid-19, os governos que foram capazes de estruturar uma governança de políticas de saúde guiada por dados conseguiram passar por esse período de forma mais consciente, atendendo às demandas que o contexto exigia mais rapidamente. Por outro lado, a negligência na gestão de dados e políticas resultou em ações fracassadas, como vimos ocorrer consecutivamente no Brasil nesses últimos dois anos. Os inúmeros gargalos elencados ao longo deste texto colocaram em risco a saúde

47 BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016**. Institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8777.htm#>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

48 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Publicadores de dados: da gestão estratégica à abertura. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://ok.org.br/publicacoes>> Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

das pessoas e fragilizaram a gestão pública, minando sua capacidade de enfrentamento à pandemia em um momento crítico também para a ocorrência de irregularidades.

Nesse contexto, a transparência é elemento-chave não apenas por assegurar accountability e fiscalização, mas por possibilitar a colaboração para a melhoria das informações divulgadas e a construção de soluções e de conhecimento. A experiência do Índice de Transparência da Covid-19 da OKBR mostrou que, com parâmetros básicos para a padronização e a divulgação de dados, e com controle social, é possível obter avanços significativos e de forma rápida. No entanto, ter uma liderança que conduza esse processo, articulando os numerosos atores existentes no desenho federativo brasileiro, é condição necessária para que isso ocorra de maneira minimamente uniforme e abrangente em âmbito nacional; de outra forma, seguiremos nos apoiando em boas iniciativas localizadas, fragmentadas pelo território e com pouca capacidade de integração entre si.

É preciso, enfim, uma política nacional, que lide com os desafios de transparência e governança de dados e tecnologia no médio e longo prazo. Os esforços e os aprendizados construídos durante a pandemia podem deixar um importante legado para o SUS, mas a sociedade precisará continuar vigilante para que as conquistas se transformem em política de Estado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carla; MADEIRO, Carlos. Um mês após ataque hacker, Saúde sofre de falta de dados e de transparência. **UOL**, 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2022/01/10/ataque-ao-ministerio-da-saude-faz-um-mes-com-falta-de-dados-e-transparencia.htm>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020**. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 758, de 09 de abril de 2020**. Define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-758-de-9-de-abril-de-2020-251970323>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016**. Institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8777.htm#>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021**. Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14129.htm>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

CAMBRICOLI, Fabiana. Com atraso nos insumos, Fiocruz adia para março entrega de vacinas de Oxford produzidas no país. **O Estado de S.Paulo**, São Paulo, 19 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-atraso-nos-insumos-fiocruz-adia-para-marco-entrega-de-vacinas-de-oxford-produzidas-no-brasil,70003586879>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

COMPRA de seringas fracassa e Saúde garante menos de 3% do que precisa. **CNN Brasil**, 29 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/compra-de-seringas-fracassa-e-saude-garante-menos-de-3-do-que-precisa/>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

GORTÁZAR, Naiara G. Inação e desinformação do Governo Bolsonaro agravam a pandemia no Brasil. **El País**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-16/inacao-e-desinformacao-do-governo-bolsonaro-agravam-a-pandemia-no-brasil.html>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

MARTI, Myrna et al. Estrategia para la gobernanza de datos abiertos de salud: un cambio de paradigma en los sistemas de información. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 41, e. 27, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e27>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Coronavírus: transparência em 90% dos estados brasileiros é insuficiente. **Índice de Transparência Covid-19**, n.1, abril, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_1.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Coronavírus: metade dos estados melhora em transparência. **Índice de Transparência Covid-19**, n.2, abril, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_2.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. 78% dos estados ainda não divulgam taxa de ocupação de leitos. **Índice de Transparência Covid-19**, n.3, abril, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_3.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Região Sul tem pior desempenho no Índice de Transparência da Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19**, n.7, maio, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_7.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Quase metade dos estados apresenta dados conflitantes sobre a Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19**, n.8, maio, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_8.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Dez estados anunciaram retomada sem divulgar situação geral dos leitos. **Índice de Transparência Covid-19**, n.9, maio, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_9.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

____. Metade dos estados não divulga casos suspeitos de Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Estados, n.1, julho, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESTADOS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_2.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Apenas duas capitais atingem nível alto de transparência da Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Capitais, n.1, julho, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_2.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Em ritmo lento, 58% das capitais avançam no Índice. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Capitais, n.2, julho, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_2_2.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. 62% das capitais omitem dados sobre estoques de testes da Covid-19. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Capitais, n.6, outubro, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_6_2.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Após dez meses de Covid-19 no Brasil, transparência não está consolidada. **Índice de Transparência Covid-19 2.0**, Especial, dezembro, 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_Boletim_8_2.0_errata.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. **Emergência dos Dados:** Como o Índice de Transparência da Covid-19 impulsionou a abertura de dados da pandemia no Brasil. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://ok.org.br/publicacoes>> Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

____. **Publicadores de dados:** da gestão estratégica à abertura. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://ok.org.br/publicacoes>> Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

____. Monitor de qualidade dos dados do Censo Hospitalar. **Transparência Covid-19 3.0:** Dados abertos podem salvar vidas, 2021. Disponível em: <<https://transparenciacovid19.ok.org.br/leitos>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

____. Quase 70% dos dados de ocupação de leitos do país têm problemas. **Transparência Covid-19 3.0**, Especial, abril, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESPECIAL_Transparencia-Covid19_OcupacaoLeitos_01.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. 3 a cada 4 estados não divulgam taxa de vacinação dos grupos prioritários. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, Estados, n.1, junho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/ESTADOS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_3.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Apenas uma capital divulga distribuição de vacinas por posto. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, Capitais, n.1, julho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/CAPITAIS_Transparencia-Covid19_Boletim_1_3.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

____. Nota metodológica. **Índice de Transparência Covid-19 3.0**, julho, 2021. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Nota_Metodologica_Transparencia_da_Covid-19_3.0.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR) et al. **Transparência da Vacinação**: Uma análise de organizações da sociedade civil. Nota Técnica, março, 2021, 21 p. Disponível em: <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

OPEN KNOWLEDGE FOUNDATION (OKF). **The Open Data Handbook**, 2016. Disponível em: <<http://opendatahandbook.org/guide/en/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems. **OECD Health Policy Studies**, Paris, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

SALOMON, Marta. O apagão de Queiroga. **Revista Piauí**, 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/o-apagao-de-queiroga>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

SOUZA, André de. Ministério da Saúde diz não ter seringas para vacinação de Covid-19 porque compras são feitas pelos estados. **O Globo**, Brasília, 13 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/vacina/ministerio-da-saude-diz-nao-ter-seringas-para-vacinacao-de-covid-19-porque-compras-sao-feitas-pelos-estados-1-24837474>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL – BRASIL. **Ranking de Transparência no Combate à Covid-19**, 2020. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ranking>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

VARGAS, Mateus; FRAZÃO, Felipe; BENHKE, Emily. Índia frustra planos, Bolsonaro admite atraso e governo pede entrega 'imediata' da Coronavac. **O Estado de S.Paulo**, Brasília, 15 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,bolsonaro-diz-que-voo-para-buscar-vacinas-de-oxford-na-india-deve-atrasar-2-ou-3-dias,70003582841>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

WATANABE, Phillippe; MARTINS, Cristiano; YUKARI, Diana. Cidade de SP registra 700 mil casos de Covid a mais do que o estado aponta para capital. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 28 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/01/cidade-de-sp-registra-700-mil-casos-de-covid-a-mais-do-que-o-estado-aponta-para-capital.shtml>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

WORLD WIDE WEB FOUNDATION World Wide Web Foundation. **Open Data Barometer – Leaders Edition**. Washington DC: World Wide Web Foundation, 2018. Disponível em: <<https://opendatabarometer.org/leadersedition/report/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

A TRANSPARÊNCIA DOS DADOS DE SAÚDE NO COMBATE À CORRUPÇÃO

Edmar Moreira Camata¹
Mirian Porto do Sacramento²

Resumo: O objetivo do presente artigo é trazer à baila a importância da transparência nas contratações públicas como ferramenta fundamental ao árduo exercício de combate à corrupção. Para tanto, será necessário entender como atua o controle interno diante dessas contratações, como os órgãos de controle são beneficiados com a disponibilização de informações e, ainda, o papel do cidadão no exercício do controle social na luta contra a corrupção. Quanto ao último, veremos a necessidade da criação de laços de confiabilidade capazes de estimular e encorajar o denunciante, por meio de canais de fácil acesso, com tratamento objetivo da denúncia e garantia do anonimato. Será, também, apresentada a experiência do estado do Espírito Santo durante a pandemia do novo coronavírus, momento em que as estratégias de controle e transparência tiveram que ser ampliadas para atender às peculiaridades das contratações emergenciais, no intuito de minimizar, senão evitar, ações corruptivas – e maximizar o controle social. Por fim, será possível entender como a transparência representa ferramenta basilar no combate à corrupção.

Palavras-chave: transparência; pandemia; governo; Espírito Santo.

¹ Secretário de Controle e Transparência no Governo do Estado do Espírito Santo. Mestrando em Políticas Anticorrupção pela *Universidad de Salamanca*, Espanha. Especialista em Gestão Pública e Gestão Integrada de Segurança Pública.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória – FDV. Graduada em Direito e Administração. Especialista em Controle e Finanças. Ocupou o cargo de Subsecretária de Transparência do Estado do Espírito Santo.

1. INTRODUÇÃO

Para além de toda e qualquer previsão, o mundo, a partir de março de 2020, tornou-se imprevisível e desafiador, tanto para as pessoas como para empresas e poder público. Especialmente os gestores públicos, além de experienciar a árdua luta diária da sociedade pela vida, tiveram que conviver com outra batalha: a infodemia travada nas redes sociais.

Estudo realizado pelo Avaaz³ – uma rede de mobilização social global através da internet – concluiu que as informações falsas, no Brasil, além de se propagarem para muitos destinatários, ainda são levadas a sério por uma parcela maior de pessoas que em outros locais do planeta. Ao menos 94% dos brasileiros viu pelo menos uma das notícias falsas sobre o coronavírus mostradas na pesquisa e 73% desses acredita que pelo menos um desses conteúdos seja verdadeiro – ou provavelmente verdadeiro – seguido de 65% dos estadunidenses e 59% dos italianos.

Considerando que parte relevante dessas notícias falsas atinge questões centrais na luta contra a pandemia, como a importância da prevenção, a partir de medidas de isolamento, do uso de máscaras e da aplicação de vacina, e do tratamento da Covid-19, podemos entender que o papel do poder público durante a pandemia, no Brasil, torna-se ainda mais desafiador. Ainda que consiga ser eficiente no seu papel, o poder público luta contra uma parcela da sociedade convencida de que as saídas para a pandemia são diversas daquelas por ele sugeridas, com base em leituras que chegam – também de forma viral – por meio das redes sociais. É claro que estamos falando de um fenômeno global, mas, infelizmente, por razões diversas (parte delas explicada no estudo citado), esses acontecimentos são mais significativos no Brasil.

Nesse caminho, a tarefa dos gestores responsáveis, em uma pandemia, que seria a de adotar estratégias rápidas contra o vírus SARS-CoV-2, ganhou exigências adicionais: a comunicação com a sociedade, a transparência e a

3 AVAAZ. O Brasil está sofrendo uma infodemia de Covid-19. AVAAZ, 2020. Disponível em <https://secure.avaaz.org/campaign/po/brasil_infodemia_coronavirus/>. Acesso em: 25 de dezembro de 2021.

disponibilização imediata de informações oficiais confiáveis – itens que se tornaram imprescindíveis ao dia a dia da luta contra o novo coronavírus.

Enquanto em alguns países⁴, como Coreia do Sul, Taiwan e Israel, a tecnologia tem sido usada com frequência e êxito para a análise de risco de contaminação e para o georreferenciamento da população durante a pandemia, no Brasil, embora também haja emprego – menos intensivo – de tecnologia, há dificuldades para convencer a população sobre o básico: a utilização de máscaras e a necessidade de reduzir a circulação de pessoas como forma de frear o contágio. Claramente se percebe que o comportamento de parcela da sociedade é influenciado por discursos de viés político, e não científico.

Por fim, importante registrar que, para além do investimento em transparência, o controle interno precisou ser reinventado para atuação em pandemia, de forma preditiva, preventiva e concomitante, como se verá adiante.

2. CONTROLE INTERNO, COMPRAS EMERGENCIAIS E PANDEMIA

O controle interno da administração pública, por fatores diversos, figura como investimento acertado para a melhoria do ambiente de contratações públicas, e o reconhecimento de sua importância é ascendente. É um relevante remédio contra a corrupção, e fomenta a transparência. Organizado, pode prevenir desvios e, com o uso da tecnologia, ser preditivo. Seu custo é infinitamente menor que o de grandes operações de repressão ao desvio de recursos públicos e seu potencial na prevenção de irregularidades, quando devidamente estruturado, justifica o investimento.

Desde a Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção⁵, momento em que, pela primeira vez, se construiu um acordo verdadeiramente global

4 BASTOS, Elísio Augusto Velloso; RODRIGUES, Cristina Pires Teixeira de Miranda; ESTEVES, Vitória Barros. Compartilhamento de dados pessoais e a pandemia da COVID-19: iniciativas do estado brasileiro. In: PAULA, Rodrigo Francisco de (Coord.). **A experiência dos Estados no enfrentamento da pandemia da COVID-19**. Belo Horizonte: Fórum, 2021. p. 72.

5 Art. 6º. 1. Cada Estado Parte, de conformidade com os princípios fundamentais de seu ordenamento jurídico, garantirá a existência de um ou mais órgãos, segundo procede, encarregados de prevenir a corrupção com medidas tais como: a) A aplicação das políticas as quais se faz alusão no Artigo 5 da presente Convenção e, quando proceder, a supervisão e coordenação da prática dessas políticas; b) O aumento e a difusão dos conhecimentos em matéria de preven-

sobre o tema, vinculando os países e tratando a corrupção de forma ampla, sob todas as suas formas, o controle interno vem assumindo protagonismo próprio.

Artigo 6º: 1. Cada Estado Parte, de conformidade com os princípios fundamentais de seu ordenamento jurídico, garantirá a existência de um ou mais órgãos, segundo procede, encarregados de prevenir a corrupção com medidas tais como: a) A aplicação das políticas as quais se faz alusão no Artigo 5 da presente Convenção e, quando proceder, a supervisão e coordenação da prática dessas políticas; b) O aumento e a difusão dos conhecimentos em matéria de prevenção da corrupção.2. Cada Estado Parte outorgará ao órgão ou aos órgãos mencionados no parágrafo 1º do presente artigo a independência necessária, de conformidade com os princípios fundamentais de seu ordenamento jurídico, para que possam desempenhar suas funções de maneira eficaz e sem nenhuma influência indevida. Devem proporcionar-lhes os recursos materiais e o pessoal especializado que sejam necessários, assim como a capacitação que tal pessoal possa requerer para o desempenho de suas funções⁶.

Ordinariamente, o controle interno pode atuar de diversas formas nas contratações públicas, e está estruturado de maneira heterogênea nos três níveis de governo – não seguindo um padrão no Brasil –, sendo as estruturas municipais as que adotam, em regra, modelos menos maduros e, consequentemente, com maior probabilidade de falhas quando se fala na prevenção a irregularidades.

ção da corrupção. 2. Cada Estado Parte outorgará ao órgão ou aos órgãos mencionados no parágrafo 1 do presente Artigo a independência necessária, de conformidade com os princípios fundamentais de seu ordenamento jurídico, para que possam desempenhar suas funções de maneira eficaz e sem nenhuma influência indevida. Devem proporcionar-lhes os recursos materiais e o pessoal especializado que sejam necessários, assim como a capacitação que tal pessoal possa requerer para o desempenho de suas funções. 3. Cada Estado Parte comunicará ao Secretário Geral das Nações Unidas o nome e a direção da(s) autoridade(s) que possa(m) ajudar a outros Estados Partes a formular e aplicar medidas concretas de prevenção da corrupção. (UNODC. CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA A CORRUPÇÃO. UNODC, 31 de outubro de 2003. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_corruption/Publicacoes/2007_UNCAC_Port.pdf>. Acesso em: 06 de dezembro de 2021).

6 UNODC. CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA A CORRUPÇÃO. UNODC, 31 de outubro de 2003. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_corruption/Publicacoes/2007_UNCAC_Port.pdf>. Acesso em: 06 de dezembro de 2021.

Estruturalmente, para que o leitor possa entender, uma tendência é a utilização, no controle interno, do Modelo de Três Linhas⁷. Em que pese não ser o objetivo do presente artigo a análise dos modelos de controle interno – pela limitação do estudo e pela extensão do debate –, é importante apresentar essa tendência, que tende a ser utilizada pela gestão pública, por facilitar a melhoria da governança e do gerenciamento de riscos.

O modelo das Três Linhas, desenvolvido pelo Instituto Internacional de Auditores⁸, está em plena implementação no estado do Espírito Santo, com previsão legal⁹:

Art. 3º, II – Sistema de Controle Interno: conjunto de órgãos, funções e atividades, no âmbito do Poder Executivo, articulado por um órgão central e orientado para o desempenho do controle interno e o cumprimento das finalidades estabelecidas em lei, tendo como referência o modelo de Três Linhas de Defesa; (Lei Complementar n. 856/2017).

Consequência direta desse caminho apoiado no Modelo de Três Linhas é o empoderamento, cada vez maior, de unidades existentes no interior de cada órgão e secretaria, para atuarem, por exemplo, realizando avaliações prévias de instrução processual nas contratações públicas e ações de controle – que antes ou eram realizadas pela própria auditoria, ou não estavam sujeitas a controle. Importante esse registro para mostrar que a auditoria interna passa a ter, cada vez mais, a relevante função de desenhar todo esse

7 THE INSTITUTE OF INTERNATIONAL AUDITORS (IIA). **Modelo das Três Linhas do IIA 2020**. Uma atualização das Três Linhas de Defesa. Flórida. 2020. Disponível em: <<https://iibrasil.org.br/korbilload/upl/editorHTML/uploadDireto/20200758glob-th-editorHTML-00000013-20072020131817.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2022.

8 Institute of International Auditors (IIA), instituto criado em 1941 nos Estados Unidos. Promove a capacitação de profissionais na auditoria interna e conta com mais de 185.000 associados em 160 países. O IIA adotou e desenvolveu um importante modelo de organização dos recursos de gerenciamento de riscos e governança dentro de instituições.

9 ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei Complementar n. 856, de 17 de maio de 2017**. Dispõe sobre a reorganização da estrutura organizacional e competências da Secretaria de Estado de Controle e Transparência – SECONT, órgão central do sistema de controle interno do Poder Executivo, nos termos do disposto nos arts. 70 e 74 da Constituição Federal da República de 1988 e arts. 70 e 76 da Constituição do Estado do Espírito Santo de 1989, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.al.es.gov.br/legislacao/norma.aspx?id=34623>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

sistema de controle – de forma que gere resultados – e acompanhar sua efetividade, e não mais atuar individualmente em cada um dos processos. É um processo de empoderamento das instâncias de gestão, acompanhado de uma responsabilidade a ser monitorada de perto pela auditoria interna, cuja função de terceira linha passa a ser mais visível, seguindo a efetividade de todo o sistema de controle.

Essa contextualização é importante para que se entenda – o leitor e o cidadão – que, na administração pública, assim como em empresas, o controle interno não tem o objetivo de estar presente em todos os lugares, atuando concomitantemente em todos os processos de compras (o que seria humanamente impossível e institucionalmente equivocado), tampouco teria o controle interno o interesse em substituir o gestor em suas decisões. Nas compras públicas, por exemplo, a atuação do controle se dá por alçadas – em geral – e dependerá do valor da contratação, da relevância e do risco envolvido. Mais à frente explicaremos como parte do êxito obtido pelo Espírito Santo se deveu a uma rápida leitura de que, excepcionalmente durante a pandemia, e, portanto, durante as contratações emergenciais dela derivadas, o controle interno deveria atuar diuturnamente em ações de controle, de forma a evitar ao máximo qualquer mácula sobre contratações tão relevantes para o combate à pandemia.

O outro ponto de apoio dessas importantes ações de gestão da pandemia – a transparência – também é foco neste artigo, com o objetivo de discutir e apresentar o êxito do estado do Espírito Santo quanto ao tema, tendo atingido a primeira colocação nas metodologias aplicadas pela Transparência Internacional – Brasil¹⁰ e pela Open Knowledge Brasil¹¹. Sublinha-se que o Espírito Santo passou a liderar também o Ranking Escala Brasil 360^{o12}, da Controladoria Geral da União, a partir de análise baseada no cumprimen-

10 TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL – BRASIL. Ranking de Transparência no Combate à Covid-19. **TI-Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ranking/>>. Acesso em: 29 de novembro de 2021.

11 OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Índice de Transparência da Covid-19 3.0. **OK**, 2021. Disponível em: <<https://transparenciacovid19.ok.org.br/>>. Acesso em 29 de novembro de 2021.

12 CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Escala Brasil Transparente 360° (EBT). **CGU**, [2022?]. Disponível em: <<https://mbt.cgu.gov.br/publico/home>>. Acesso em: 29 de novembro de 2021.

to das exigências da Lei de Acesso à Informação¹³, sendo o único estado a liderar as três avaliações.

Embora não seja voltado à transparência de dados da pandemia, mas também envolto no contexto do favorecimento ao controle social, o índice de Transformação Digital e Integridade acaba de ser divulgado pela Transparência Internacional Brasil¹⁴, com foco na avaliação da maturidade das iniciativas digitais implementadas por governos estaduais voltadas à garantia de integridade. O estado do Espírito Santo recebeu a notícia de que é um dos estados que obteve melhores resultados.

Evidenciar como essa priorização da transparência foi importante e gerou resultados, especialmente em termos de controle social e confiança nas instituições, em um momento tão delicado como a pandemia de Covid-19, exige entender como é a atuação do controle interno e quais as peculiaridades de sua atuação, no caso do Espírito Santo, a partir de um redesenho feito rapidamente para proteger as compras públicas e facilitar o acompanhamento da sociedade e dos órgãos de controle externo – que contou com o diálogo e a articulação não apenas da área da saúde, mas também da Procuradoria-Geral do Estado, do Tribunal de Contas do Estado, do Ministério Público Estadual e dos Poderes Legislativo e Judiciário.

Primeiramente, relevante registrar que o Conselho Nacional de Controle Interno, em seu Manual do Controle Interno¹⁵, destaca a “transparência” como uma das macrofunções do controle interno, especialmente para fomento ao controle social. Sem caráter coercitivo para os entes públicos, contudo, o citado manual visa orientar estados e municípios, especialmente, na

13 BRASIL. **Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 07 de janeiro de 2022.

14 TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL. Índice de Transformação Digital e Integridade. **TI-Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/posts/indice-de-transformacao-digital-e-integridade-avalia-estados-brasileiros/>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

15 CONSELHO NACIONAL DE CONTROLE INTERNO. Manual de Controle Interno. **CONACI**, 2018. Disponível em: <<http://conaci.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Manual-do-controle-interno.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

estruturação de seus sistemas de controle interno, a partir de uma visão madura e já testada em outros entes.

De toda forma, para além das boas práticas e das referências acadêmicas, a gestão pública é guiada por decisões da alta gestão. Dúvidas não há de que em muitos governos há servidores repletos de boas ideias e projetos, mas que não se harmonizam ao que fora idealizado por prefeitos e governadores, e vice-versa.

No mundo do controle, e por consequência em suas macrofunções, como a transparência e a integridade, é imprescindível não apenas que a alta gestão engaje os colaboradores a trazerem êxito aos projetos, mas um pouco além disso: sua declaração clara de vontade e, a todo momento, seu exemplo. No mundo corporativo, é o que chamamos de *tone at the top* – na explicação de Carvalho e Alvim¹⁶ (2020, p. 221), “os níveis hierárquicos mais elevados são diretamente responsáveis por ditar o ‘clima ético’ de uma organização”.

No caso do estado do Espírito Santo, esse compromisso da alta administração (do governador) não nasceu com o início da gestão, mas a antecedeu, sendo “ética e transparência” a primeira diretriz do Programa de Governo¹⁷ do então candidato Renato Casagrande ao Palácio Anchieta. Com a sua vitória, o compromisso foi institucionalizado por meio do Planejamento Estratégico do Governo do Estado¹⁸, desdobrado em projetos e ações, conforme quadro abaixo, com o objetivo de se atingir e concretizar o valor “transparência”. Para além dos destaques já citados durante a pandemia, a retomada do estado à liderança da Escala Brasil Transparente 360º – em que ocupava a oitava posição – demonstra bem o êxito no cumprimento do compromisso assumido em plano de governo.

16 CARVALHO, André Castro; ALVIM, Tiago Cripa. Whistleblowing no ambiente corporativo – Standards internacionais para sua aplicação no Brasil. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de; CASTRO, Rodrigo Pironi Aguirre de (Coord.). **Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção**: integridade para o desenvolvimento. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2020. p. 217-244.

17 CASAGRANDE, Renato. Programa de Governo. É hora de voltar a crescer. **G1**, 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2018/11/promessas/Espirito_Santo_Casagrande.pdf>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

18 GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Planejamento Estratégico 2019-2022. **Governo ES**, 2019. Disponível em: <<https://planejamento.es.gov.br/planejamento-estrategico>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

Figura 1. Planejamento Estratégico (ES)

DESAFIO ESTRATÉGICO:	
Aprimorar os mecanismos de transparência, prevenção e combate à corrupção	
INDICADORES ESTRATÉGICOS:	
Índice de transparência	
Índice setorial de inovação em transparência	
Índice de implantação do programa de integridade estadual	
PROJETO	ENTREGAS 2019-2022
Aperfeiçoamento das ações de transparência pública	1. Obtenção do 1º lugar no ranking do índice de transparência até 2022
SENTINELA - Sistema de Prevenção de Fraudes em Licitações Públicas	1. Monitoramento de 100% dos pregões eletrônicos das licitações do SIGA
Programa de Integridade do Poder Executivo Estadual	1. Implantação do Programa de Integridade Governamental em 16 órgãos do Poder Executivo Estadual até 2022

Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo¹⁹

3. TRANSPARÊNCIA E O CONTROLE

A Lei n. 12.527/2011, Lei de Acesso à Informação, foi um marco na regulamentação do art. 5º, inciso XXXIII, da Constituição Federal, representando um importante avanço na consolidação do Estado Democrático de Direito, que se consolida por meio da exigência de que o cidadão tenha à sua disposição ferramentas de acesso à informação, capazes de permitir uma análise imediata, autêntica e eficiente das ações de governo, com o intuito de coibir atos contrários aos princípios basilares da administração pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Ao entrar em vigor,

19 GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Planejamento Estratégico 2019-2022. **Governo ES**, 2019. Disponível em: <<https://planejamento.es.gov.br/planejamento-estrategico>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

além de ampliar a participação cidadã e o fortalecimento dos instrumentos de controle da gestão pública, tratou de revogar a Lei n. 11.111/2005, que tratava a matéria de forma rasa.

Na sequência, foi necessário um processo de acultramento dos órgãos e entidades estatais para se adequarem às exigências da lei, que nada mais fez que regulamentar o que já estava assegurado na Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, a transparência pública ganhou mais notoriedade enquanto instrumento essencial no combate à corrupção, tornando-se grande aliada dos órgãos de controle, sejam eles internos ou externos, e do controle social.

3.1 TRANSPARÊNCIA PARA OS ÓRGÃOS DE CONTROLE

A ineficiência da máquina pública obstaculiza a efetivação de direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. Neste contexto, os órgãos de controle desempenham respeitável papel na proteção dos direitos fundamentais do cidadão, pois, no desempenho de suas funções, são responsáveis por fiscalizar o gasto público, aumentando a efetividade das políticas sociais e da prestação dos diversos serviços públicos de competência do Estado.

Em se tratando de controle externo, a transparência também é uma importante ferramenta facilitadora da atuação preventiva destes órgãos em relação a seus jurisdicionados, a fim de impedir que o recurso público seja malgrado. A medida em que os órgãos de controle exercem, por exemplo, a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, contar com um governo que se empenha e se mantém pautado na transparência facilita o trabalho. Em consequência disso, o órgão fiscalizado ganha agilidade em sua atuação, além de transparecer a boa-fé do gestor.

Muito embora atos de corrupção sejam frequentemente deflagrados, a percepção é a de que a população tem se envolvido mais no controle da coisa pública, creditando a atuação dos órgãos de controle. Pautando-se no avanço do volume de informações disponível nos portais de transparência, com a expectativa de que possíveis irregularidades na utilização do recurso público sejam objeto de atuação dos órgãos de controle, cobram atuação célere, aumentamos as chances de êxito na recuperação do recurso aplicado de forma fraudulenta.

Para essa atuação célere, ter a informação disponível e transparente é fundamental, podendo, inclusive, impedir que o ato ilícito se consolide.

3.2 PAPEL DO CIDADÃO NO COMBATE À CORRUPÇÃO

Com a massificação das ações de transparência entre os entes federados, o cidadão passou a ficar mais próximo e familiarizado com a gestão pública, sendo capaz de acompanhar a aplicação do recurso público pelas vias digitais.

Um caso bastante emblemático diz respeito à divulgação dos salários do funcionalismo público²⁰, oportunidade em que diversas categorias alegaram exposição, invocando o direito à intimidade e à vida privada, e que, além disso, tal divulgação poderia colocar em risco a segurança pessoal e patrimonial dos agentes municipais.

Ocorre que, na busca pela garantia da efetivação dos direitos sociais e da fiscalização do gasto público, incluindo remunerações por funções e cargos, há de se compreender que a divulgação constitui ato constitutivo de informação de interesse coletivo ou geral, capaz de identificar possíveis distorções no pagamento de eventuais servidores.

Neste sentido, cabe salientar que o § 1º, art. 8º, da LAI foi salutar ao dispor sobre o mínimo de informação a ser divulgado ativamente nos sítios oficiais dos órgãos, estabelecendo, no inciso III, que devem ser disponibilizados os registros de despesas, categoria em que se enquadra o gasto com o funcionalismo público.

Numa breve análise, o princípio da publicidade administrativa (art. 37, caput, da CF/88) significa o dever estatal, eminentemente republicano, de divulgação dos atos públicos, salvo disposições em contrário. Logo, todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, conforme a primeira parte redacional do mesmo art. 5º.

20 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Segurança n. 3902 SP**. Relator: Min. Cezar Peluso. Data de julgamento: 01 de março de 2011. Data de publicação: 10 de março de 2011.

Na outra ponta, temos a regência da primeira parte do inciso XXXIII do art. 5º da Constituição, o qual assegura que a remuneração bruta de cargos e funções é informação de interesse coletivo ou geral, que exige divulgação oficial, sem que a intimidade, vida privada e segurança pessoal se enquadrem nas exceções de que trata a parte final do dispositivo, pois não estão em jogo nem a segurança do Estado nem a segurança do conjunto da sociedade.

Assim também assevera o Ministro do STF Cezar Peluso:

Se, por um lado, há um necessário modo republicano de administrar o Estado brasileiro, de outra parte é a cidadania mesma que tem o direito de ver o seu Estado republicanamente administrado²¹.

Assim, é por meio da divulgação do gasto público que as diversas formas de controle podem ser exercidas, inclusive o controle social.

3.3 CANAIS DE DENÚNCIA

Os canais de denúncias representam ferramentas de participação e controle social, são por meio deles que o cidadão se aproxima da administração pública. No estado do Espírito Santo, a Ouvidoria Geral do Estado é responsável pelo recebimento e gestão de todas as denúncias realizadas pelo cidadão, sejam elas por meio de registro eletrônico no sistema e-Ouv, mantido pelo próprio estado, ou mesmo por ligação telefônica, resguardando a identidade do denunciante.

Conforme é possível verificar na Figura 2, o Painel de Ouvidoria do Governo do Estado do Espírito Santo registrou considerável volume de denúncias relacionadas à pandemia, no período compreendido entre 23/03/2020 e 15/01/2021, figurando como principal indicador da confiança do cidadão na apuração de eventuais irregularidades.

21 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Segurança n. 3902 SP**. Relator: Min. Cezar Peluso. Data de julgamento: 01 de março de 2011. Data de publicação: 10 de março de 2011.

Figura 2. Card “Denúncia-Assunto” (Painel de Ouvidoria)



Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo²²

A existência de um painel gerencial público, em BI, sigla de *business intelligence*, para as demandas de ouvidoria, aprimorou a possibilidade de controle social e, especialmente durante a pandemia – momento em que foi registrado aumento no volume de solicitações dos cidadãos – permitiu ao estado do Espírito Santo o incremento de sua transparência.

Na figura 02, é possível notar o volume de denúncias relativas à pandemia na barra “Coronavírus (COVID-19)”, em comparação a outros assuntos. Muito embora parte significativa delas não tenha acumulado elementos suficientes para tratamento da demanda, uma quantidade razoável permanece em investigação, enquadrando-se, inclusive, na categoria “Disque ES Sem Corrupção”.

No “Disque ES Sem Corrupção”, a denúncia possui um rito específico que assegura, por meio de uma comissão, que ela não seja sonegada. Neste enquadramento, a comissão decide qual deverá ser o tratamento dado, que vai de uma mera inspeção até mesmo a aplicação da Lei Anticorrupção Empresarial.

22 OUIDORIA-GERAL DO ESPÍRITO SANTO. Painel de Ouvidoria. **Ouvidora-geral do Espírito Santo**, 2022. Disponível em: <<https://ouvidoria.es.gov.br/painel-ouvidoria>>. Acesso em: 21 de dezembro de 2021.

Dito isto, extrai-se que, diante do volume de denúncias recebidas, o cidadão tem confiado nos serviços de ouvidoria para dismantelar possíveis atos de corrupção, o que caracteriza a importância da transparência dos atos públicos para o controle social.

4. EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO NA GESTÃO DA PANDEMIA

Com a evolução da pandemia causada pelo novo Coronavírus e sua chegada no Brasil, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 188/2020²³, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Em consequência disto, os estados passaram a adotar medidas de enfrentamento à pandemia, a partir do estabelecimento de medidas sanitárias e administrativas.

Dentre as medidas administrativas, insta salientar que foram excepcionalizadas algumas condições para as contratações públicas constantes na Lei Geral de Licitações (Lei n. 8666/93) e na Lei de Pregão (Lei n. 10.520/02), diante da necessidade de agilizar todo processo de aquisição de material médico e hospitalar, como medicamentos, respiradores, dentre outros inúmeros materiais de consumo e serviços.

Em se tratando especificamente do estado do Espírito Santo, em 27 de março de 2020, foi editada a Lei Complementar n. 946²⁴, dispondo sobretudo quanto aos procedimentos de contratação.

Na ocasião, a principal forma de aquisição de bens e serviços que passou a ser adotada foi a dispensa de licitação, que, muito embora devesse atender algumas condições para sua ocorrência, permitia a contratação de valores vultuosos num momento de pouca oferta e muita demanda, o que

23 BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 188, 03 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2021.

24 ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei Complementar n. 946, de 27 de março de 2020.** Dispõe sobre procedimentos para contratações e outras medidas para enfrentamento da calamidade de saúde pública e estado de emergência decorrentes do novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9462020.html>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

poderia majorar consideravelmente o valor de mercado praticado poucos dias antes da declaração de Emergência de Saúde Pública.

Aliado a isso, foram dispensadas também as oitivas prévias da Procuradoria Geral do Estado (PGE) e da Secretaria de Estado de Controle e Transparência (SECONT).

Ciente de que o modelo de contratação emergencial por vezes eleva o risco de irregularidades na gestão, a Secretaria de Controle e Transparência se antecipou e lançou um conjunto de diretrizes²⁵ para compras, contratações emergenciais, revisões de contratos e ações de controle durante a pandemia e, em conjunto com a Procuradoria Geral do Estado, regulamentou de imediato o envio de processos de compra emergencial para ação de controle no formato de inspeção²⁶. Com esse ato, somado à disponibilização de auditores para análise rápida das contratações emergenciais, o estado do Espírito Santo incorporou integridade ao modelo de contratação emergencial, que por vezes é mal visto, e assegurou transparência total aos processos emergenciais.

Neste momento, portanto, uma grande aliada dos controles internos e externos, e sobretudo do controle social, foi a exigência de transparência estabelecida no art. 8º da Lei Estadual n. 946/2020²⁷, segundo o qual as con-

25 Para orientar os gestores do Poder Executivo Estadual sobre as melhores práticas neste momento em que é necessária a realização de compras emergenciais devido à epidemia do novo coronavírus (Covid-19), a Secretaria de Controle e Transparência (Secont) elaborou o Guia Orientativo, a Matriz de Verificação de Risco, Modelo de Norma de Procedimento e um Checklist, além de sugerir um Fluxograma (SECRETARIA DE CONTROLE E TRANSPARÊNCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Diretrizes para compras, contratações emergenciais, revisões de contratos e ações de controle durante a pandemia. **SECONT**, 2020. Disponível em: <<https://secont.es.gov.br/diretrizes-para-contratacoes-emergenciais-covid-19>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2022).

26 ESPÍRITO SANTO (Estado). **Portaria n. 001-R, 05 de maio de 2020**. Define procedimento para análise dos processos administrativos de contratações emergenciais realizadas com fundamento na Lei Complementar Estadual nº 946/2020. Disponível em: <https://secont.es.gov.br/Media/Secont/Arquivos%20Controle%20Interno/diario_oficial_2020-05-07_pag_11.pdf>. Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

27 Art. 8º. Todas as contratações ou aquisições realizadas com fulcro nesta Lei Complementar serão imediatamente disponibilizadas em sítio oficial específico na rede mundial de computadores (internet), no que couber, além das informações previstas no § 3º do art. 8º da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o nome do contratado, o número de sua inscrição na Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de contratação ou aquisição. (ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei Complementar n. 946, de 27 de março de 2020**. Dispõe sobre procedimentos para contratações e outras medidas para enfrentamento da cala-

tratações e aquisições deveriam ser imediatamente disponibilizadas em sítio oficial específico na rede mundial de computadores, internet.

Eis que foi exatamente o caminho traçado pelo governo do Espírito Santo. A SECONT tomou a frente desta demanda: reuniu, de forma virtual – como era possível naquele momento –, diversos atores envolvidos no processo de compras, que juntos passaram a divulgar todos os contratos, termos de referência, empresas contratadas e valores das contratações, por exemplo, no *hotsite* desenvolvido para disponibilizar informações da pandemia²⁸.

Assim, foi possível franquear, a quem de interesse fosse, todas as informações contratuais, fazendo com que as medidas administrativas pudessem transcorrer em seu fluxo acelerado, mas sem perder de vista o controle do gasto público.

Os canais de ouvidoria foram amplamente divulgados e preparados para receber denúncias diversas, dentre as quais se enquadram aqueles referentes às contratações voltadas à pandemia. Importante salientar que todas as denúncias tinham como porta de entrada a SECONT, responsável por analisar o teor e adotar as providências cabíveis, fossem elas de análise da contratação ou até mesmo de investigação para possível aplicação da Lei Anticorrupção, nos casos de fortes evidências de prática delituosa.

Diante de todos os esforços empenhados para dar transparência aos atos de contratação durante a pandemia, o Espírito Santo se destacou como o único estado a figurar em 1ª lugar nas quatro rodadas do Ranking de Transparência no Combate à Covid-19, desenvolvido e avaliado pela Transparência Internacional Brasil²⁹.

Resultado disso foi um estado eficiente no combate à pandemia, com decisões pautadas em situações evidenciadas a cada semana, de forma as-

midade de saúde pública e estado de emergência decorrentes do novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9462020.html>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021).

28 GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Contratos e Execução de Despesas – Covid-19. **Governo ES**, 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.es.gov.br/contratos-e-execucao-de-despesas>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

29 TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL. Ranking de Transparência no Combate à Covid-19. **TI-Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ranking/>>. Acesso em: 29 de novembro de 2021.

sertiva, e que sobretudo não protagonizou escândalos de corrupção, comuns em outras localidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente cabe o registro, por honestidade intelectual, que o momento em que se encerra a presente contribuição acadêmica e profissional não é propriamente um momento para se estabelecerem conclusões. Nesse período, início do ano de 2022 – para melhor situar o leitor – o mundo vive a incidência de novas variantes – em especial a ômicron, e a vacinação infantil é lançada. Não nos livramos ainda, infelizmente, de todas as inverdades e discursos de uso político envolvendo as saídas científicas para esse difícil momento.

De toda forma, com quase dois anos de pandemia, uma grande experiência já pode ser avaliada. Diversos governos ao redor do mundo reinventaram suas gestões, quebraram culturas, adiantaram de forma disruptiva o uso da tecnologia – tudo em prol do combate célere ao novo coronavírus.

Especialmente no governo capixaba, é tempo possível para reconhecer que o uso da tecnologia a favor da transparência, especialmente com painéis de *business intelligence*, gerou resultados capazes de motivar a revisão dos padrões tecnológicos usados até então. Dentre os quais, a facilidade gerada durante a pandemia para o controle social, com a divulgação imediata de dados das compras emergenciais, contemplando não apenas um resumo contratual e valores, como se faria ordinariamente, mas também filtros, comparativos, possibilidade de download dos dados, dentre inúmeras outras possibilidades, que permitiram até mesmo ao controle externo – Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado – fiscalizar a boa execução dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS

AVAAZ. O Brasil está sofrendo uma infodemia de Covid-19. AVAAZ, 2020. Disponível em <https://secure.avaaz.org/campaign/po/brasil_infodemia_coronavirus/>. Acesso em: 25 de dezembro de 2021.

BASTOS, Elísio Augusto Velloso; RODRIGUES, Cristina Pires Teixeira de Miranda; ESTEVES, Vitória Barros. Compartilhamento de dados pessoais e a pandemia da COVID-19: iniciativas do estado brasileiro. In: PAULA, Rodrigo Francisco de (Coord.). **A experiência dos Estados no enfrentamento da pandemia da COVID-19**. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

BRASIL. **Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 07 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 188, 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Segurança n. 3902 SP**. Relator: Min. Cezar Peluso. Data de julgamento: 01 de março de 2011. Data de publicação: 10 de março de 2011.

CARVALHO, André Castro; ALVIM, Tiago Cripa. Whistleblowing no ambiente corporativo – Standards internacionais para sua aplicação no Brasil. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de; CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de (Coord.). **Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

CASAGRANDE, Renato. Programa de Governo. É hora de voltar a crescer. **G1**, 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2018/11/promessas/Espirito_Santo_Casagrande.pdf>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

CONSELHO NACIONAL DE CONTROLE INTERNO. Manual de Controle Interno. **CONACI**, 2018. Disponível em: <<http://conaci.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Manual-do-controle-interno.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Escala Brasil Transparente 360º (EBT). **CGU**, [2022?]. Disponível em: <<https://mbt.cgu.gov.br/publico/home>>. Acesso em: 29 de novembro de 2021.

UNODC. CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA A CORRUPÇÃO. **UNODC**, 31 de outubro de 2003. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_corruption/Publicacoes/2007_UNCAC_Port.pdf>. Acesso em: 06 de dezembro de 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei Complementar n. 856, de 17 de maio de 2017**. Dispõe sobre a reorganização da estrutura organizacional e competências da Secretaria de Estado de Controle e Transparência – SECONT, órgão central do sistema de controle interno do Poder Executivo, nos termos do disposto nos arts. 70 e 74 da Constituição Federal da República de 1988 e arts. 70 e 76 da Constituição do Estado do Espírito Santo de 1989, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.al.es.gov.br/legislacao/norma.aspx?id=34623>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei Complementar n. 946, de 27 de março de 2020**. Dispõe sobre procedimentos para contratações e outras medidas para enfrentamento da calamidade de saúde pública e estado de emergência decorrentes do novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9462020.html>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Portaria n. 001-R, 05 de maio de 2020**. Define procedimento para análise dos processos administrativos de contratações emergenciais realizadas com fundamento na Lei Complementar Estadual nº 946/2020. Disponível em: <https://secont.es.gov.br/Media/Secont/Arquivos%20Controle%20Interno/diario_oficial_2020-05-07_pag_11.pdf>. Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Contratos e Execução de Despesas – Covid-19. **Governo ES**, 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.es.gov.br/contratos-e-execucao-de-despesas>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Planejamento Estratégico 2019-2022. **Governo ES**, 2019. Disponível em: <<https://planejamento.es.gov.br/planejamento-estrategico>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

OPEN KNOWLEDGE BRASIL. Índice de Transparência da Covid-19 3.0. **OK**, 2021. Disponível em: <<https://transparenciacovid19.ok.org.br/>>. Acesso em 29 de novembro de 2021.

OUIDORIA-GERAL DO ESPÍRITO SANTO. Painel de Ouvidoria. **Ouvidora-geral do Espírito Santo**, 2022. Disponível em: <<https://ouvidoria.es.gov.br/painel-ouvidoria>>. Acesso em: 21 de dezembro de 2021.

SECRETARIA DE CONTROLE E TRANSPARÊNCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Diretrizes para compras, contratações emergenciais, revisões de contratos e ações de controle durante a pandemia. **SECONT**, 2020. Disponível em: <<https://secont.es.gov.br/diretrizes-para-contratacoes-emergenciais-covid-19>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2022.

THE INSTITUTE OF INTERNATIONAL AUDITORS (IIA). **Modelo das Três Linhas do IIA 2020**. Uma atualização das Três Linhas de Defesa. Flórida. 2020. Disponível em: <<https://iiabrasil.org.br/korbilload/upl/editorHTML/uploadDireto/20200758glob-th-editorHTML-00000013-20072020131817.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2022.

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL. Índice de Transformação Digital e Integridade. **TI -Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/posts/indice-de-transformacao-digital-e-integridade-avalia-estados-brasileiros/>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL. Ranking de Transparência no Combate à Covid-19. **TI -Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ranking/>>. Acesso em: 29 de novembro de 2021.

SUSPEITAS DE CORRUPÇÃO ALIMENTAM DESINFORMAÇÃO E CONTRIBUEM PARA LEGADO ANTI-VACINA NA PANDEMIA

Cristina Tardáguila¹
Natália Leal²

Resumo: Covaxin, Astrazeneca, Convidencia, Pfizer e Coronavac. Cinco tipos diferentes de vacinas contra a covid-19 e cinco escândalos. Tudo em menos de dois anos de pandemia e apenas em território nacional. São casos que envolveram um número ainda indeterminado de indivíduos (alguns deles poderosos) e que impactaram a saúde dos brasileiros. Durante a pandemia e possivelmente depois dela. Neste capítulo, duas jornalistas que se especializaram na luta contra a desinformação mergulham nas suspeitas de corrupção envolvendo a compra de vacinas contra a covid-19 e demonstram com clareza como a série de escândalos incendiou a produção de mentiras sanitárias. Tomando o leitor pela mão, Cristina Tardáguila e Natália Leal, fundadora e CEO da Lupa, respectivamente, relembra outros episódios marcantes relacionados a notícias falsas da pandemia e demonstram como os discursos falaciosos ajudam a diminuir a confiança nos imunizantes e a amplificar antigas rixas políticas. Neste texto, a dupla de fact-checkers também

1 Cristina Tardáguila é diretora sênior de programas do International Center for Journalists (ICFJ) e fundadora da Agência Lupa. É formada em jornalismo pela UFRJ e tem MBA em Marketing Digital pela FGV-Rio. Foi repórter/editora dos jornais O Globo, Folha de S.Paulo e da revista piauí. Entre 2019 e 2021, ocupou o cargo de diretora-adjunta da International Fact-Checking Network, coordenando o maior projeto colaborativo de checagem do mundo, a aliança #CoronaVirusFacts.

2 Natália Leal é CEO da Agência Lupa. Jornalista pela UFRGS, com MBA em Gestão Estratégica de Recursos Humanos pela FGV. Foi repórter, editora e chefe de reportagem em Zero Hora, Diário Catarinense e Poder360. Liderou a equipe que desenvolveu a plataforma. No epicentro, sobre covid-19, premiada internacionalmente sete vezes como melhor visualização de dados em jornalismo entre 2020 e 2021.

aponta como a mistura de polêmicas e falsidades tem derivado na popularização e no perigoso crescimento do movimento anti-vacina no país.

Palavras-chave: pandemia; covid-19; vacina; saúde; crime; desinformação; fake news; notícias falsas; fact-checking; checagem.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil já tinha chorado mais de 210 mil mortes por covid-19 quando André Aranha Corrêa do Lago, então embaixador do Brasil na Índia, enviou a Brasília um memorando sobre a vacina Covaxin. No texto de 18 de janeiro de 2021³, o diplomata explicou que, apesar de o imunizante ter sido produzido em território indiano, o processo para uso emergencial no próprio país era “alegradamente opaco”. O embaixador citava a empresa fabricante da vacina, a Bharat Biotech, e enfatizava que, já naquela época, a população de pelo menos três regiões da Índia apresentava clara relutância em ceder o ombro para uma agulha de injeção com Covaxin.

O governo brasileiro revisou o texto, mas decidiu seguir em frente. Em 25 de março de 2021, a administração Jair Bolsonaro assinou um contrato de R\$ 1,6 bilhão com a Precisa Medicamentos, representante da indiana Bharat Biotech no país. O Brasil estava disposto a comprar – mesmo sem o necessário aval da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – 20 milhões de doses do polêmico imunizante indiano. Não há notícias de conversas mantidas com o embaixador brasileiro em Nova Délhi sobre esse assunto.

Menos de um mês mais tarde, em fevereiro de 2021, Luiz Paulo Domingueti Pereira, que se apresentava como representante da empresa Davati Medical Supply, se encontrou com o então diretor de Logística do Ministério da Saúde, Roberto Ferreira Dias. Queria oferecer ao governo brasileiro 400 milhões de doses da vacina AstraZeneca, produzida na Europa.

3 LAGO, André A. C. Comunicado. **BrasEmb em Nova Délhi**, 2021. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/1526567/RESPOSTA_PEDIDO_tels_nup111.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

Segundo revelou o jornal Folha de S.Paulo⁴, o encontro aconteceu num restaurante de um shopping de Brasília, e Dominghetti teria ouvido de Dias que, para que a Davati conseguisse avançar nas negociações com o governo brasileiro, precisaria “acrescentar um dólar” ao preço de cada dose de vacina comprada.

“Eu falei que não tinha como, que não fazia, mesmo porque a vacina vinha lá de fora, e eles [os fabricantes] não faziam, não operavam daquela forma”, teria respondido Dominghetti, ainda segundo entrevista que concedeu à Folha. Dominghetti disse também que, ao ouvir essa negativa, Dias teria sugerido que voltassem a conversar no dia seguinte. Dessa vez, o encontro seria no edifício do próprio ministério, na capital federal. “Pensa direitinho, se você quiser vender vacina no ministério tem que ser dessa forma”, teria afirmado o secretário, segundo Dominghetti.

O caso envolvendo a vacina chinesa Convidencia veio um pouco mais tarde e, apesar de também ter indícios de negociações ilícitas, capturou menos holofotes e teve menos repercussão.

Em abril de 2021, um grupo liderado por dois empresários próximos ao presidente Jair Bolsonaro, Luciano Hang, dono da rede de lojas catarinense Havan, e Carlos Wizard, fundador da maior rede de ensino de idiomas do país (vendida à britânica Pearson em 2014 em um negócio de R\$ 2 bilhões), participaram da elaboração do pedido de autorização de uso no Brasil da vacina desenvolvida na China pela empresa Cansino.

A ideia dos empresários era convencer a Anvisa de que o país precisava e poderia comprar 60 milhões de doses desse imunizante de dose única. Para um território com dimensões continentais, como é o caso do Brasil, parecia adequado lutar por uma vacina que só precisasse ser aplicada uma vez. Então, a negociação avançou.

Em 4 de junho de 2021, o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Arnaldo Correia de Medeiros, assinou um documento registrando a intenção de compra da Convidencia e fixando o valor do contrato em mais de US\$ 1 bilhão (o equivalente a mais de R\$ 5,3 bilhões, no câmbio

4 REZENDE, Constança. EXCLUSIVO: Governo Bolsonaro pediu propina de US\$ 1 por dose, diz vendedor de vacina. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/06/exclusivo-governo-bolsonaro-pediu-propina-de-us-1-por-dose-diz-vendedor-de-vacina.shtml?origin=folha>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

da época). Cada dose do imunizante custaria US\$ 17 (R\$ 83,94), um valor US\$ 7 maior do que o da vacina da Janssen, que também produzia imunidade contra a covid-19 utilizando apenas uma dose.

A imprensa passou a questionar o que justificaria tamanha diferença de valor. Descobriu-se, então, que a representante dos fabricantes chineses no Brasil era a Belcher Farmacêutica, já citada pelo Ministério Público como participante de um esquema de superfaturamento na compra de testes de covid-19 no Distrito Federal. E mais: a sede da Belcher ficava em Maringá (PR), reduto eleitoral do ex-ministro da Saúde e então líder do governo Bolsonaro na Câmara, o deputado federal Ricardo Barros (PP-PR).

Aparentemente, a intrincada rede de influência, acompanhada de possível superfaturamento e corrupção, foi o motivo pelo qual a Convidencia nunca chegou ao Brasil.

Mas, enquanto o governo de Jair Bolsonaro parecia aberto ao uso e estimulava a compra de determinadas vacinas, como a Covaxin e a Convidencia, agia de forma absolutamente refratária à negociação e distribuição de outras.

Documentos oficiais obtidos pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigou os desmandos do governo federal na condução do enfrentamento à pandemia de covid-19 mostram que o Ministério da Saúde de Bolsonaro recusou ao menos onze⁵ ofertas formais de vacina. E que o fez lançando mão de um método pouco transparente: a pasta simplesmente ignorou as propostas vindas da americana Pfizer, primeira a lançar um imunizante contra covid-19 em todo o mundo, e do Instituto Butantan, entidade ligada ao governo do estado de São Paulo.

No início de junho de 2021, membros da CPI diziam aos quatro ventos que 53⁶ e-mails da Pfizer sobre a negociação de vacinas contra a covid-19 tinham ficado sem resposta do governo brasileiro apenas em 2020. O grupo

5 GUEDES, Octavio. CPI da Covid: Governo Bolsonaro recusou 11 vezes ofertas para compras de vacina. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/blog/octavio-guedes/post/2021/04/27/cpi-da-covid-governo-bolsonaro-recusou-11-vezes-ofertas-para-compras-de-vacina.ghtml>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

6 O GLOBO. Vice-presidente da CPI da Covid diz que governo ignorou 53 e-mails da Pfizer sobre vacina. **Jornal O Globo**, 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/vice-presidente-da-cpi-da-covid-diz-que-governo-ignorou-53-mails-da-pfizer-sobre-vacina-25047373>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

ainda repetia que, em meados daquele mesmo mês de junho, ou seja, no primeiro semestre de 2021, o total de tentativas de contato da Pfizer ignoradas pelo governo federal já havia subido para 101⁷.

Na lista de e-mails obtida pela CPI havia, por exemplo, um correio eletrônico de agosto de 2020 – mês em que a farmacêutica revelou ao mundo que havia desenvolvido o primeiro imunizante contra a covid-19. No texto, a Pfizer oferecia ao Brasil 70 milhões de doses de sua vacina e prometia entregá-las em cerca de três meses, ou seja, em dezembro de 2020. A empresa, no entanto, não obteve resposta. “Eles [do governo Bolsonaro] ignoraram pedidos quase desesperados [dos fabricantes de vacina contra covid-19]”, escreveu o senador Randolfe Rodrigues, membro da CPI da Pandemia, em seu perfil do Twitter. “O povo morreu pela omissão do governo!”.

É. Pode ser.

A primeira vacina contra covid-19 só foi aplicada no Brasil em 17 de janeiro de 2021 (no braço da enfermeira Mônica Calazans, em São Paulo). Isso é quase dois meses depois do que poderia ter acontecido se a negociação com a Pfizer tivesse prosperado e a vacina deste fabricante tivesse chegado ao território nacional em dezembro do ano anterior.

O ministério da Saúde, liderado à época pelo general Eduardo Pazuello, não concordou com essa avaliação. À imprensa e aos membros da CPI, disse que as cláusulas apresentadas pela Pfizer nessas negociações iniciais eram “leoninas”. Livravam-na de qualquer responsabilidade frente a possíveis efeitos colaterais. Mas Pazuello jamais explicou o porquê de não ter se sentado à mesa com a empresa e ter feito pressão para alterar esses artigos da proposta.

A Coronavac, produzida em território nacional pelo Instituto Butantan, engrossa a lista de vacinas embarceiradas pelo governo federal. Nesse caso, no entanto, nunca se falou de “cláusulas leoninas”. A trava foi evidentemente política.

7 SOUZA, Talita de. Lista de e-mails da Pfizer ignorados pelo governo aumenta: são 101 tentativas. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/06/4932143-lista-de-e-mails-da-pfizer-ignorados-pelo-governo-aumenta-sao-101-tentativas.html>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

Em 18 de dezembro de 2020⁸, quando o então governador de São Paulo, João Doria, anunciou que dava início à produção da Coronavac em território nacional, os louros recaíram não só sobre o Butantan mas também sobre ele mesmo. “É um momento histórico que orgulha todos nós, brasileiros. O Butantan mais uma vez sai à frente e começa a produzir uma vacina que vai salvar milhões de brasileiros”, congratulou-se o governador, roubando do presidente Bolsonaro todas as atenções.

“Para fazer a quantidade [de doses] que a urgência nos impõe, a fábrica que funcionava em escalas passará a funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Com isso, a capacidade de produção da vacina chegará a um milhão de doses por dia. Não é só São Paulo que tem pressa, é o povo brasileiro”, acrescentou Doria.

Mas a corrida presidencial de 2022 já estava em cena, e a novidade emanada de São Paulo não foi do agrado do Palácio do Planalto. Celebrar a Coronavac era dar ganho político e palanque a Doria, pré-candidato à presidência. Por isso, a reação foi brusca: o presidente Bolsonaro deu entrevistas levantando suspeitas sobre o preço da vacina do Butantan e sugerindo que a unidade fabricada na China custaria a metade da feita no Brasil.

“Pode ser que não haja nada de errado nisso tudo, mas o Butantan nunca nos deu [ao governo federal], nunca nos apresentou as planilhas de preço, toda a cadeia, o custo final da vacina”, disse o presidente. “Só diz que são US\$ 10. Então, temos agora, sim, uma questão para ser investigada. Pode não ser nada? Pode. Mas, pelo que tudo indica no momento, é algo assustador que vem acontecendo lá no Butantan”, acrescentou⁹.

Doria reagiu. “Bolsonaro tenta, com isso, desviar as atenções das denúncias contra seu próprio governo, que recebeu oferta de grupo empresarial para comprar a vacina por quase o triplo do valor”, disse o governador, em uma nota pública. E o repúdio do presidente à Coronavac não parou por aí.

8 INSTITUTO BUTANTAN. SP inicia produção brasileira de vacina do Butantan. **Instituto Butantan**, 2020. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/sp-inicia-producao-brasileira-de-vacina-do-butantan>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

9 CARVALHO, Daniel. Bolsonaro diz ter mandado investigar preço da Coronavac feita pelo Butantan. **Folha de S.Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrio-e-saude/2021/07/bolsonaro-diz-ter-mandado-investigar-preco-da-coronavac-feita-pelo-butantan.shtml>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

Entrou para a história da pandemia brasileira a forma como o então ministro da Saúde, o general Pazuello, explicou em vídeo por que a compra da Coronavac – autorizada por ele de próprio punho – teria que ser cancelada¹⁰. Sentado ao lado de Bolsonaro, o ministro disparou: “É simples assim. Um manda. O outro obedece”¹¹, em referência ao presidente e a ele, nesta ordem.

Era outro exemplo contundente de que, no Brasil da pandemia, a influência política, o interesse econômico e o horizonte eleitoral interferiram de forma negativa na gestão da crise sanitária.

Mas outras consequências desses escândalos podem ser ainda mais alarmantes, como vamos ver em seguida.

2. O MOVIMENTO ANTI-VACINA

Entre março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde confirmou a existência de uma pandemia de covid-19, e os primeiros meses de 2022, quando este capítulo foi finalizado, os brasileiros assistiram a ondas sucessivas de desinformação relacionada à doença, seus efeitos, sua origem, possíveis formas de tratamentos e toda sorte de ações desenvolvidas para combatê-la.

Primeiro vieram as publicações equivocadas afirmando que o vírus teria surgido a partir de macacos, de morcegos, ou de um vazamento proposital na China, na Rússia, nos EUA, em Israel. Depois, foi a vez das falsas curas e dos falsos métodos de prevenção: a vitamina C, o alho, a hidroxicloroquina e muito mais. Em seguida, cresceram as mentiras sobre máscaras, quaren-

10 DIAS, Carlos Henrique; RIBEIRO JR. Eduardo. ‘Já mandei cancelar’, diz Bolsonaro sobre protocolo de intenções de vacina do Instituto Butantan em parceria com farmacêutica chinesa. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2020/10/21/ja-mandei-cancelar-diz-bolsonaro-sobre-protocolo-de-intencoes-de-vacina-do-instituto-butantan-em-parceria-com-farmacautica-chinesa.ghtml>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

11 MAZUI, Guilherme. ‘É simples assim: um manda e o outro obedece’, diz Pazuello ao lado de Bolsonaro. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/22/e-simples-assim-um-manda-e-o-outro-obedece-diz-pazuello-ao-lado-de-bolsonaro.ghtml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

tena e lockdown – com conteúdos que distorciam estatísticas e comumente recorriam a estudos falaciosos.

Dali para frente, o Brasil foi engolido por mentiras envolvendo a montagem e utilização de hospitais de campanha¹². Ficou boquiaberto diante de insinuações de que caixões estavam sendo enterrados sem corpos dentro, nas mais diferentes cidades¹³. Sofreu com a dificuldade de obter dados atualizados, fidedignos e oficiais sobre os números de casos, o total de mortos e até a lotação de unidades de saúde. Por fim, vieram as notícias falsas sobre as vacinas.

Quem trabalha com verificação de fatos sabe que, em momentos de crise – seja ela de cunho político, econômico, natural ou sanitário –, a desinformação dispara. Eleição, desastre natural e atos de terrorismo são todos momentos em que o pânico se instaura e as notícias falsas proliferam. Mas, na pandemia, a sucessão de escândalos e possíveis casos de corrupção colocou a produção de falsidades em um patamar jamais visto.

Em 2018, a Agência Lupa, primeira empresa do Brasil a se dedicar integralmente à prática jornalística do fact-checking (checagem de fatos), publicou 630 verificações. Em 2019, foram 720. Em 2020 e 2021, anos de pandemia, os totais ultrapassaram 1.200 e 850, respectivamente.

E não há dúvidas de que as diversas acusações de cobrança de propina, os vários casos de pressões feitas para que o país desenvolvesse e distribuisse medicamentos sem o devido respeito às normas do Ministério da Saúde e as muitas suspeitas de sobrepreço influenciaram esta alta. Não foi apenas a falta de dados e o medo que impulsionaram as notícias falsas sobre a pandemia no Brasil. Os desmandos contribuíram fortemente.

Um mergulho no histórico de checagens publicadas sobre os fabricantes de vacina contra a covid-19 mostra, por exemplo, como o vórtice da desinformação sanitária foi gigantesco.

12 LOPES, Plínio. #Verificamos: É falso que Hospital de Campanha do Pacaembu não tem pacientes. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/09/verificamos-hospital-pacaembu-pacientes/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

13 LOPES, Plínio. #Verificamos: É falso que caixões vazios estão sendo enterrados no Amazonas. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/23/verificamos-caixoes-vazios-amazonas/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

Os fact-checkers brasileiros tiveram que esclarecer, por exemplo, que o CEO da farmacêutica Pfizer, Albert Bourla, não havia sido preso pelo FBI¹⁴, a principal unidade de investigação do Departamento de Justiça dos Estados Unidos. Que eram falsas as publicações que afirmavam que ele havia fraudado dados sobre o imunizante que sua empresa oferecia ao mundo para fazer frente à covid-19.

Também eram falsas as postagens que insistiam em acusá-lo de ter se recusado a receber a vacina¹⁵ fabricada pela própria empresa por medo de seus efeitos colaterais. Bourla recebeu a segunda dose do imunizante em 10 de março de 2021 e comemorou a imunização compartilhando o momento nas redes sociais¹⁶.

Nem a esposa do CEO da Pfizer escapou da intrincada rede de mentiras difundida para abalar a confiança dos brasileiros na vacina desenvolvida pela farmacêutica. Publicações que viralizaram em novembro de 2021 davam conta de que Myriam Bourla havia morrido após se vacinar¹⁷, mas ela está viva e, no mesmo dia em que sites anti-vacinação estampavam o boato sobre sua falsa morte, Myriam participava de um evento nos Estados Unidos.

Com o Instituto Butantan, o cenário foi semelhante. Envolvida na disputa política entre Doria e Bolsonaro, a organização teve que rebater falsidades que se alastraram pela sociedade brasileira como fogo no cerrado.

Desde junho de 2020, com o anúncio de que o Butantan passaria a fabricar a Coronovac no Brasil em parceria com os chineses¹⁸, o nome do ins-

14 SKROCH, Jéssica B. #Verificamos: É falso que CEO da Pfizer foi preso pelo FBI por fraude em dados da vacina. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/11/10/verificamos-falso-ceo-da-pfizer-presos/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

15 MACÁRIO, Carol. #Verificamos: É falso que CEO da BioNTech não tomou vacina contra a Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/12/20/verificamos-ceo-biontech-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

16 MACÁRIO, Carol. #Verificamos: É falso que CEO da Pfizer não tomou a vacina contra a Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/09/28/verificamos-ceo-pfizer-vacina-covid/>>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

17 SKROCH, Jéssica B. #Verificamos: É falso que esposa do CEO da Pfizer morreu por complicações da vacina da Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/11/16/verificamos-esposa-do-ceo-da-pfizer/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

18 RODRIGUES, Artur; BOTALLO, Ana. Doria anuncia parceria com chineses para produzir vacina contra coronavírus quando ela for aprovada. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2020/06/doria-anuncia-producao-de-vacina-contra-coronavirus-ate-junho-de-2021.shtml>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

tituto virou alvo constante em peças de desinformação que pregavam que o imunizante era fabricado com células de fetos abortados¹⁹ e que não havia sido testado em humanos²⁰. Afirmações sem qualquer lastro na realidade.

As inverdades também atingiram os funcionários do Butantan. Não raramente, a frase “Tenho um parente que trabalha no Butantan”²¹ precedia publicações e postagens feitas em redes sociais contendo informações falsas sobre o imunizante. Não passava de uma clara tentativa de usar a credibilidade do instituto para validar narrativas falaciosas e distorcidas.

Dimas Covas, diretor da entidade, também foi engolido pelas notícias falsas e teve de explicar seu sobrenome, o mesmo do então prefeito de São Paulo, Bruno Covas²² (PSDB). Dimas precisou recorrer à imprensa para atestar que não tinha qualquer grau de parentesco com Bruno e que a luta em favor da Coronavac não era uma jogada política de tucanos.

Por fim, no pico de mortes por covid-19, o Instituto Butantan viu crescer uma onda de ataques que associava o número de falecimentos à Coronavac²³. E foi curioso observar que os mesmos sites e perfis de redes sociais que haviam propagado aquela acusação feita pelo presidente Bolsonaro de que a vacina paulista era duas vezes mais cara do que a chinesa agora buscavam culpar a entidade paulista pela alta no número de mortes na pandemia. O grupo de desinformadores se consolidava.

Do ponto de vista dos fact-checkers, as mentiras envolvendo os fabricantes de imunizantes contra a covid-19 e os escândalos envolvendo a com-

19 RÔMANY, Ítalo. #Verificamos: É falso que CoronaVac seja produzida a partir de ‘células de bebês abortados’. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/07/23/verificamos-coronavac-bebes-abortados/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

20 AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que vacina da Sinovac foi testada apenas em macacos. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/06/18/verificamos-vacina-sinovac-macacos/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

21 COSTA, Samuel. #Verificamos: É falso que funcionários brasileiros do Butantan estão proibidos de acessar ala de produção da CoronaVac. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/12/14/verificamos-funcionarios-brasileiros-butantan-coronavac/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

22 COSTA, Samuel. #Verificamos: É falso que diretor do Butantan e prefeito de São Paulo são irmãos. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/12/16/verificamos-bruno-covas-dimas-covas-irmaos-butantan/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

23 MORAES, Maurício. #Verificamos: É falso que CoronaVac aumentou óbitos por Covid-19 em Serrana (SP). **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/04/06/verificamos-coronavac-aumentou-obitos-covid-19-serrana/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

pra deles no Brasil não só representaram um esforço extra de apuração e dedicação à verdade, mas também mereceram atenção pelo fruto que deixaram: o crescimento e a popularização do movimento anti-vacina.

A história brasileira mostra que o discurso anti-vacinação baseado em informações falsas não é novo. Datam do século passado movimentos populares como a Revolta da Vacina²⁴, momento em que, amparados no desconhecimento sobre os processos de fabricação da então nova tecnologia sanitária, muitos brasileiros se negaram a aceitá-la, considerando-a arriscada demais. Temia-se a morte e possíveis complicações clínicas, que jamais se comprovaram.

Mas a história do Brasil também mostra como esse momento foi superado e como o país virou referência em processos de imunização em massa. Com o lançamento do Programa Nacional de Imunização (PNI), em 1973, o Brasil eliminou doenças como o sarampo e reduziu drasticamente o número de casos de outras enfermidades, como tétano e rubéola. Em 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atestou que, entre 1974 e 2014, a mortalidade infantil caiu 90% no Brasil, principalmente por conta dos avanços relacionados ao PNI, que criou uma cadeia inédita de pesquisa, assistência e distribuição relacionada a diferentes imunizantes.

As campanhas de vacinação em massa, presentes no cotidiano brasileiro desde os anos 1980, ajudaram a amplificar a consciência sobre a necessidade da imunização. Em 1986, por exemplo, o personagem infantil Zé Gotinha caiu nas graças do povo e ajudou a pôr fim à poliomielite.

Mas veio a pandemia. Com ela, os escândalos já citados e todas as mentiras já elencadas. E o Brasil assistiu a uma alta no número de pessoas que têm dúvidas sobre a eficácia de vacinas.

Em 2020, no primeiro ano da pandemia, o país fez a sua tradicional campanha contra a pólio. Depois de registrar máximos históricos de participação nas décadas anteriores, em 2020, a iniciativa chegou a apenas 74,7% da meta, e a doença já volta a preocupar²⁵.

24 TV SENADO. A Revolta da Vacina. **Senado**, 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/tv/programas/historias-do-brasil/2017/10/a-revolta-da-vacina-historias-do-brasil>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

25 MACÁRIO, Carol. Cobertura vacinal dos brasileiros está caindo há cinco anos; doenças já erradicadas no país voltam a preocupar. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol>>.

A pólio não é a única ameaça no horizonte. Segundo Juarez Cunha, presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), há falta de confiança da população nos imunizantes. E essa falta de confiança é alimentada por notícias falsas, teorias conspiratórias e politização do tema²⁶.

No Brasil, os anti-vaxxers, como são conhecidos internacionalmente aqueles que atacam as campanhas de vacinação (não somente contrários às injeções que previnem a covid-19) – lançam mão das mais diferentes estratégias para ampliar seu discurso mentiroso. Tem sido cada vez mais comum encontrar postagens que envolvem famosos, como a cantora Joelma²⁷ e o médico Drauzio Varella²⁸, e que lhes atribuem ações inverídicas.

Na tentativa de endossar a narrativa contrária à imunização, o grupo captura qualquer evento e produz material para distorcê-lo. Um exemplo data de junho de 2021. Naquele mês, dezenas de postagens falsas afirmavam que a parada cardíaca sofrida pelo jogador de futebol Christian Erikssen durante um jogo da Eurocopa havia sido causada pelo imunizante da Pfizer, que teria sido administrado ao atleta em maio daquele ano²⁹. Mas Erikssen ainda não havia recebido qualquer dose da vacina contra covid-19 e tampouco havia contraído a doença quando colapsou em campo.

Durante a pandemia, também não foram raros os momentos em que as farmacêuticas responsáveis pelo desenvolvimento dos imunizantes tiveram de vir a público para rebater acusações de que seus produtos causavam

com.br/lupa/2021/01/21/cobertura-vacinal-esta-caindo/>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

26 MACÁRIO, Carol. Cobertura vacinal dos brasileiros está caindo há cinco anos; doenças já erradicadas no país voltam a preocupar. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/01/21/cobertura-vacinal-esta-caindo/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

27 PEREIRA, Catiane. #Verificamos: É falso que Joelma disse em entrevista que seu sangue coagulou após ter recebido vacina contra a Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/12/01/verificamos-joelma-sangue-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

28 NOMURA, Bruno. #Verificamos: Drauzio Varella não escreveu texto ensinando como socorrer crianças em caso de mal súbito. **Lupa**, 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2022/01/17/verificamos-drauzio-varella-criancas-mal-subito/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

29 AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que Eriksen tomou vacina da Pfizer antes de parada cardíaca durante jogo da Eurocopa. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/06/14/verificamos-eriksen-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

infertilidade³⁰ e provocavam o nascimento de “bebês defeituosos”³¹. Também negaram que elas contivessem proteínas tóxicas para crianças³², além de desmentirem loucuras como o implante de microchips na população, na tentativa de controlá-la a partir da tecnologia 5G³³.

No Brasil do século XXI, soma-se ao medo infundado e crescente da imunização um discurso político carregado de polarização. E isso ficou evidente na CPI da Pandemia. O tema da comissão era a saúde dos brasileiros, mas não foram poucas as ocasiões em que senadores e depoentes evocaram suspeitas e ataçaram oponentes, buscando ganho político. A rixa partidário-eleitoral esteve lá o tempo todo. E há uma série de falsidades que viralizaram nesse enredo.

Em abril de 2020, por exemplo, Doria e o então governador do Rio Grande do Sul (PSDB), Eduardo Leite, foram acusados nas redes sociais e apps de mensagem de não cumprirem as diretrizes de isolamento social determinadas à população dos dois estados. O paulista apareceu em imagens participando de uma festa no interior de São Paulo³⁴. O que parecia um paradoxo, no entanto, não passou de desinformação incensada por interesse político: a festa retratada havia ocorrido antes da pandemia.

Já a imagem usada para atacar Leite mostrava o governador se divertindo ao lado do irmão em uma atração turística da Serra gaúcha. O retrato havia sido feito em uma viagem anterior à chegada da covid-19, mas foi di-

30 NOMURA, Bruno. #Verificamos: É falso que vacinas contra Covid-19 injetam ‘toxina’ e causam infertilidade. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/06/21/verificamos-vacina-toxina-infertilidade/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

31 AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que protocolo da Pfizer indica que vacina causa nascimento de ‘bebês defeituosos’. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/05/17/verificamos-pfizer-protocolo-gravidez/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

32 NOMURA, Bruno. #Verificamos: É falso que vacinas de RNA mensageiro levam à produção de proteínas tóxicas em crianças. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/12/17/verificamos-robert-malone-vacinas-criancas/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

33 AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que vacinas contra a Covid-19 contêm microchip que permite controle externo a partir de antenas 5G. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/08/04/verificamos-vacina-5g-microchip/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

34 LOPES, Plínio. #Verificamos: É antiga foto que mostra João Doria em ‘festa’ em Araçatuba. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/20/verificamos-joao-doria-festa-aracatuba/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

vulgado como atual³⁵, incensando o discurso de que o político, então também pré-candidato à presidência pelo PSDB, não cumpria as regras impostas à população.

Outro que não escapou da desinformação foi Rui Costa (PT), governador da Bahia. Em abril de 2020, o baiano viu crescer o compartilhamento de um conteúdo falso no qual era acusado de pedir a uma secretaria de Saúde que inflasse números de pacientes com covid-19 para receber verbas do governo federal³⁶. Era mentira. O governador não fazia nenhuma solicitação desse tipo, apenas citava a razão entre a ocupação de leitos de UTI e contaminados pela doença na cidade de Porto Seguro.

Da mesma situação inverídica – de mau trato do dinheiro público – foram acusadas as secretarias de Saúde municipal e estadual do Rio de Janeiro. Dessa vez em decorrência de um áudio que circulou em aplicativos de mensagem³⁷ e buscava usar a pandemia como subterfúgio de briga política.

Coincidência ou não, as principais vítimas das notícias falsas que relacionam a política com a covid-19 aparecem no lado que se opõe ao presidente Jair Bolsonaro. E não se deve esquecer que o próprio presidente é um fator importante na disseminação de inverdades sobre o tema.

Em outubro de 2021, Bolsonaro aproveitou sua transmissão semanal ao vivo para advogar contra os imunizantes, pregando que as vacinas estariam relacionadas ao surgimento de casos de contaminação pelo HIV, vírus causador da Aids³⁸.

A afirmação se baseava em uma interpretação equivocada de um artigo do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

35 MARÉS, Chico. #Verificamos: É antiga foto de governador do RS em atração turística junto com seu irmão. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/22/verificamos-governador-do-rs-turismo-coronavirus/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

36 QUEIROZ, Gustavo. #Verificamos: É falso que Rui Costa pediu para a prefeita de Porto Seguro ‘arrumar 200 casos de Coronavírus’. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/30/verificamos-rui-costa-200-casos-coronavirus/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

37 MORAES, Maurício. #Verificamos: É falso que sistema de UPAs do Rio induz registro de casos de Covid-19. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/23/verificamos-sistema-upas-rio-covid-19/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

38 NOMURA, Bruno. #Verificamos: Estudo do CDC não relaciona transmissão do HIV à vacinação contra Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/10/28/verificamos-cdc-hiv-vacina-covid/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

(CDC), publicado por um site canadense conhecido por espalhar teorias conspiratórias.

A reação foi rápida. Sites, jornais, programas de TV e rádio desmentiram o presidente, mas a dúvida foi plantada. E difícil será exterminá-la. Para isso trabalham diariamente dezenas de checadores de fatos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um ano depois do início da imunização contra a covid-19 no país, o cenário é dramático. Os escândalos envolvendo a compra de vacinas ainda não foram totalmente investigados nem encerrados. O número de notícias falsas diárias sobre as injeções contra covid-19 cresce e se espalha por novos aplicativos de mensagem e novas redes sociais. Enquanto isso, cerca de 43 milhões de pessoas ainda não tomaram sequer a primeira dose do imunizante.

Esses números mostram que, por mais absurdas que possam parecer as teorias que advogam contra a imunização, elas encontram eco na população brasileira. E aqui vai uma hipótese: muitas das narrativas falaciosas contra as vacinas lançam mão do complexo sistema de crenças dos brasileiros e, neste ponto, mergulham na ideia de que qualquer ação tomada pelas autoridades pode ser o mais novo caso de corrupção³⁹.

No caso das vacinas contra a covid-19, a combinação entre a aversão histórica aos imunizantes e a ideia de que sua obtenção pode ter se dado de forma ilícita ou de maneira a beneficiar alguém se transformou em arma na mão dos desinformadores, fazendo crescer a quantidade de inverdades sobre o tema.

Embora as falsidades sobre as vacinas contra o novo coronavírus questionem, acima de tudo, sua efetividade, salta aos olhos a presença constante de conteúdos mentirosos que tratam de falsas decisões de políticos sobre

39 DATAFOLHA. Corrupção lidera pela primeira vez pauta de problemas do país. Instituto **DataFolha**, 2015. Disponível em: <<https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2015/11/1712972-corrupcao-lidera-pela-primeira-vez-pauta-de-problemas-do-pais.shtml>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

os imunizantes – o que alimenta a ideia de que ceder à vacinação também seria ceder a atores corruptos.

Deixar de se vacinar tornou-se, no Brasil, mais do que uma decisão asentada em medos infundados. Passou a ser um sinal de posicionamento político, influenciado por uma narrativa desinformativa que relaciona, entre outros pontos, ações de políticos no combate à pandemia com desvios de verba e condutas contraditórias. Os escândalos de corrupção envolvendo a compra de imunizantes no Brasil durante a pandemia de covid-19 podem, portanto, ter sido fator determinante na construção do discurso anti-vacina no país. E esse pode ser o pior legado da pandemia.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que Eriksen tomou vacina da Pfizer antes de parada cardíaca durante jogo da Eurocopa. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/06/14/verificamos-eriksen-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que primeira-ministra de estado na Austrália renunciou por causa de suborno da Pfizer e Astrazeneca. **Lupa**, 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2022/01/21/verificamos-primeira-ministra-pfizer/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que protocolo da Pfizer indica que vacina causa nascimento de 'bebês defeituosos'. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/05/17/verificamos-pfizer-protocolo-gravidez/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que vacina da Sinovac foi testada apenas em macacos. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/06/18/verificamos-vacina-sinovac-macacos/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

AFONSO, Nathália. #Verificamos: É falso que vacinas contra a Covid-19 contêm microchip que permite controle externo a partir de antenas 5G. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/08/04/verificamos-vacina-5g-microchip/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

AFONSO, Nathália. #Verificamos: OMS não disse que CoronaVac 'não foi testada em nenhum lugar do mundo'. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/06/18/verificamos-oms-coronavac-teste/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

CARVALHO, Daniel. Bolsonaro diz ter mandado investigar preço da Coronavac feita pelo Butantan. Folha de S.Paulo, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/07/bolsonaro-diz-ter-mandado-investigar-preco-da-coronavac-feita-pelo-butantan.shtml>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

COSTA, Samuel. #Verificamos: É falso que diretor do Butantan e prefeito de São Paulo são irmãos. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/12/16/verificamos-bruno-covas-dimas-covas-irmaos-butantan/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

COSTA, Samuel. #Verificamos: É falso que funcionários brasileiros do Butantan estão proibidos de acessar ala de produção da CoronaVac. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/12/14/verificamos-funcionarios-brasileiros-butantan-coronavac/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

COVID-19 VACCINATIONS. **Our World in Data**, 2022. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

DATAFOLHA. Corrupção lidera pela primeira vez pauta de problemas do país. Instituto **DataFolha**, 2015. Disponível em: <<https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2015/11/1712972-corrupcao-lidera-pela-primeira-vez-pauta-de-problemas-do-pais.shtml>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

DESIDERI, Leonardo. Corrupção na pandemia: um panorama do que já aconteceu no Brasil. **Gazeta do Povo**, 2021. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/republica/corrupcao-na-pandemia-um-panorama-do-que-ja-aconteceu-no-brasil/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

DIAS, Carlos Henrique; RIBEIRO JR. Eduardo. 'Já mandei cancelar', diz Bolsonaro sobre protocolo de intenções de vacina do Instituto Butantan em parceria com farmacêutica chinesa. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2020/10/21/ja-mandei-cancelar-diz-bolsonaro-sobre-protocolo-de-intencoes-de-vacina-do-instituto-butantan-em-parceria-com-farmaceutica-chinesa.ghtml>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

G1. Afastamento de Wilson Witzel: entenda. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/08/28/afastamento-de-wilson-witzel-entenda.ghtml>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

GUEDES, Octavio. CPI da Covid: Governo Bolsonaro recusou 11 vezes ofertas para compras de vacina. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/blog/octavio-guedes/post/2021/04/27/cpi-da-covid-governo-bolsonaro-recusou-11-vezes-ofertas-para-compras-de-vacina.ghtml>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

INSTITUTO BUTANTAN. SP inicia produção brasileira de vacina do Butantan. Instituto **Butantan**, 2020. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/sp-inicia-producao-brasileira-de-vacina-do-butantan>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

LAGO, André A. C. Comunicado. **BrasEmb em Nova Délhi**, 2021. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/1526567/RESPOSTA_PEDIDO_tels_nup111.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

LOPES, Plínio. #Verificamos: É antiga foto que mostra João Dória em 'festa' em Araçatuba. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/20/verificamos-joao-doria-festa-aracatuba/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

LOPES, Plínio. #Verificamos: É falso que caixões vazios estão sendo enterrados no Amazonas. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/23/verificamos-caixoes-vazios-amazonas/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

LOPES, Plínio. #Verificamos: É falso que Hospital de Campanha do Pacaembu não tem pacientes. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/09/verificamos-hospital-pacaembu-pacientes/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

MACÁRIO, Carol. Cobertura vacinal dos brasileiros está caindo há cinco anos; doenças já erradicadas no país voltam a preocupar. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/01/21/cobertura-vacinal-esta-caindo/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

MACÁRIO, Carol. #Verificamos: É falso que CEO da BioNTech não tomou vacina contra a Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/12/20/verificamos-ceo-biontech-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

MACÁRIO, Carol. #Verificamos: É falso que CEO da Pfizer não tomou a vacina contra a Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/09/28/verificamos-ceo-pfizer-vacina-covid/>>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

MACÁRIO, Carol. #Verificamos: É falso que taxa de mortalidade aumentou em Israel após aplicação da vacina da Pfizer. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/03/05/verificamos-mortalidade-aumentou-israel-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

MARÉS, Chico. #Verificamos: É antiga foto de governador do RS em atração turística junto com seu irmão. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/22/verificamos-governador-do-rs-turismo-coronavirus/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

MARÉS, Chico. #Verificamos: É falso que Israel já tem vacina pronta contra o novo coronavírus. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/03/17/verificamos-israel-vacina-coronavirus/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

MARÉS, Chico. #Verificamos: 'Vacina' que cura Covid-19 em apenas três horas não existe. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/03/23/verificamos-vacina-coronavirus-roche/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

MAZUI, Guilherme. 'É simples assim: um manda e o outro obedece', diz Pazuello ao lado de Bolsonaro. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/22/e-simples-assim-um-manda-e-o-outro-obedece-diz-pazuella-ao-lado-de-bolsonaro.ghtml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

MORAES, Maurício. #Verificamos: É falso que Anvisa registrou 26 mortes por vacinas contra Covid-19 'nas últimas 24 horas'. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/03/11/verificamos-anvisa-26-mortes-vacinas-covid-19-ultimas-24-horas/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

MORAES, Maurício. #Verificamos: É falso que CoronaVac aumentou óbitos por Covid-19 em Serrana (SP). **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/04/06/verificamos-coronavac-aumentou-obitos-covid-19-serrana/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

MORAES, Maurício. #Verificamos: É falso que Cuba fabricou uma vacina contra o novo coronavírus. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/03/13/verificamos-cuba-vacina-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

MORAES, Maurício. #Verificamos: É falso que sistema de UPAs do Rio induz registro de casos de Covid-19. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/23/verificamos-sistema-upas-rio-covid-19/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

NOMURA, Bruno. #Verificamos: Drauzio Varella não escreveu texto ensinando como socorrer crianças em caso de mal súbito. **Lupa**, 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2022/01/17/verificamos-drauzio-varella-criancas-mal-subito/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

NOMURA, Bruno. #Verificamos: É falso que vacinas de RNA mensageiro levam à produção de proteínas tóxicas em crianças. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/12/17/verificamos-robert-malone-vacinas-criancas/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

NOMURA, Bruno. #Verificamos: É falso que vacinas contra Covid-19 injetam 'toxina' e causam infertilidade. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/06/21/verificamos-vacina-toxina-infertilidade/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

NOMURA, Bruno. #Verificamos: Estudo do CDC não relaciona transmissão do HIV à vacinação contra Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/10/28/verificamos-cdc-hiv-vacina-covid/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

O GLOBO. Vice-presidente da CPI da Covid diz que governo ignorou 53 e-mails da Pfizer sobre vacina. **Jornal O Globo**, 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/vice-presidente-da-cpi-da-covid-diz-que-governo-ignorou-53-mails-da-pfizer-sobre-vacina-25047373>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

PEREIRA, Catiane. #Verificamos: É falso que Joelma disse em entrevista que seu sangue coagulou após ter recebido vacina contra a Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/12/01/verificamos-joelma-sangue-vacina/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

QUEIROZ, Gustavo. #Verificamos: É falso que Rui Costa pediu para a prefeita de Porto Seguro 'arrumar 200 casos de Coronavírus'. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/04/30/verificamos-rui-costa-200-casos-coronavirus/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

REZENDE, Constança. EXCLUSIVO: Governo Bolsonaro pediu propina de US\$ 1 por dose, diz vendedor de vacina. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/06/exclusivo-governo-bolsonaro-pediu-propina-de-us-1-por-dose-diz-vendedor-de-vacina.shtml?origin=folha>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

RODRIGUES, Artur; BOTALLO, Ana. Doria anuncia parceria com chineses para produzir vacina contra coronavírus quando ela for aprovada. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/doria-anuncia-producao-de-vacina-contra-coronavirus-ate-junho-de-2021.shtml>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

RÔMANY, Ítalo. #Verificamos: É falso que CoronaVac seja produzida a partir de 'células de bebês abortados'. **Lupa**, 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/07/23/verificamos-coronavac-bebes-abortados/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

SKROCH, Jéssica B. #Verificamos: É falso que CEO da Pfizer foi preso pelo FBI por fraude em dados da vacina. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/11/10/verificamos-falso-ceo-da-pfizer-presos/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

SKROCH, Jéssica B. #Verificamos: É falso que esposa do CEO da Pfizer morreu por complicações da vacina da Covid-19. **Lupa**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/11/16/verificamos-esposa-do-ceo-da-pfizer/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

SOUZA, Talita de. Lista de e-mails da Pfizer ignorados pelo governo aumenta: são 101 tentativas. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/06/4932143-lista-de-e-mails-da-pfizer-ignorados-pelo-governo-aumenta-sao-101-tentativas.html>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

TRALLI, César. Ministério anuncia compra de 46 milhões de doses da vacina CoronaVac e diz que imunização começa no 1º semestre de 2020. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/10/20/governo-federal-anuncia-que-vai-comprar-46-milhoes-de-doses-da-vacina-chinesa-em-parceria-com-o-butantan.ghtml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

TV SENADO. A Revolta da Vacina. **Senado**, 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/tv/programas/historias-do-brasil/2017/10/a-revolta-da-vacina-historias-do-brasil>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

CORRUPÇÃO E SAÚDE: O DILEMA DO IMBRICAMENTO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO BRASIL

Ligia Bahia¹

Resumo: A literatura científica sobre corrupção na saúde dedica-se principalmente **às relações entre profissionais de saúde e a indústria**. No Brasil, os escândalos de corrupção na saúde são frequentes e recorrentes, mas se concentram em torno de práticas que ocorrem em diversos setores. Considerando a necessidade de avançar na compreensão sobre especificidades de casos noticiados de corrupção na saúde, o capítulo contém uma breve revisão do conhecimento sobre o tema e reflexões acerca de casos selecionados de corrupção. O objetivo do texto é problematizar o imbricamento entre público e privado e dificuldades para categorizar os distintos tipos de corrupção em políticas públicas para a saúde que fortalecem o privado.

Palavras-chave: sistema de saúde; público e privado; corrupção.

1. INTRODUÇÃO

A corrupção tem sido um tema relativamente pouco explorado na literatura internacional sobre políticas e sistemas de saúde. Ao contrário do que ocorre em outras áreas do conhecimento, as quais buscam estabelecer conexões entre a corrupção e os sistemas políticos e a democracia, na saúde o tema fica confinado à descrição de casos que ocorrem em países da América do Sul, África, Ásia e Europa Oriental. São trabalhos que implicitamente atribuem a corrupção aos maus governos, à debilidade das instituições públicas

1 Médica, professora da Faculdade de Medicina e Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ.

e aos problemas de governança. Um dos trabalhos, intitulado “Corrupção no sistema de saúde: um problema na Alemanha, também”², que compara a situação do país europeu com a Índia, sugere que a corrupção no “mundo desenvolvido e em desenvolvimento” é diferente.

Nos países de baixa e média renda, prevaleceria uma corrupção aberta, enquanto, na Alemanha, ela seria sutil, especialmente em função do acesso público a medicamentos, ações e serviços de saúde, que impede cobranças de cuidados por estabelecimentos e profissionais da área. Enquanto se admitiriam, na Índia, cobranças indevidas por procedimentos, em países ricos a corrupção estaria vinculada ao uso de informações enganosas (propositalmente enviesadas), das quais derivam indicações para a realização de atividades assistenciais e aquisição de insumos mais caros. No âmbito acadêmico, prevalece, portanto, a aceitação de um gradiente do aberto ao mascarado de corrupção na saúde, que é linearmente aplicado a contextos e estruturas que diferenciam os países desenvolvidos dos demais.

Contudo, seria difícil adaptar tal categorização dicotômica para um país como o Brasil, no qual a corrupção na saúde parece ser desdobramento de um padrão geral que interliga empresas construtoras, fornecedoras de insumos e contratantes de recursos humanos com instituições dos três Poderes da República. Ou seja, a saúde parece ser mais um dos *locus* no qual incidem abusos de poder para a obtenção de recompensas privadas e, portanto, parece reiterar o que ocorre em outras áreas. Práticas corruptas específicas, detectadas em países ricos, tais como pagamentos, presentes ou oportunidades propiciadas para profissionais de saúde provenientes de fabricantes de medicamentos, entre outras, não têm destaque na cena nacional.

Tampouco constam entre os inúmeros escândalos envolvendo ilícitos na saúde no Brasil pagamentos exigidos para o acesso de pacientes a ações e serviços públicos, evidenciados em países de média e baixa renda. Mesmo a corrupção identificada em países europeus e nos EUA – decorrente de acordos para a aquisição de dispositivos médicos e equipamentos de grande porte associados ao patrocínio da educação médica, participação em conferências, reembolso de custos de pessoal ou outros complementos –

2 FISCHER, Christiane. Corruption in healthcare: a problem in Germany, too. **Indian J Med Ethics**, 2014.

não adquirem relevância no Brasil, possivelmente em função de ilícitos de maior magnitude, tanto em termos financeiros quanto políticos.

Práticas de corrupção que envolvem diretamente profissionais de saúde, seja com empresas ou pacientes, ocorrem no país, mas ficam subsumidas entre grandes acusações de desvios de recursos na área, protagonizadas por instituições governamentais sobre as quais recaem múltiplas denúncias, de diversos setores. A corrupção na saúde tem singularidades que não são superficiais, tornando-se necessário buscar abordagens que permitam entender seus aspectos gerais e particulares. Portanto, um desafio incontornável é buscar um referencial, um ponto de partida eclético que permita encontrar linhas de conexão entre os fenômenos de corrupção envolvendo a saúde, divulgados com estardalhaço pelas mídias, comissões parlamentares de inquérito, tribunais de contas e processos de investigação realizados por órgãos da Justiça e do Ministério Público, com aquelas condições que lhes sejam específicas.

Nesse sentido, ao explicitar enfoques teóricos que permitem reunir aportes de distintas áreas do conhecimento, considera-se que a corrupção é um tema central e recorrente no Brasil, revelando certa imunidade às mudanças democráticas³. Cenas repletas de fatos incriminadores envolvendo a saúde acompanharam as gestões de distintas coalizões políticas que governaram e governam o país. Adicionalmente, é relevante examinar os esforços de pesquisas internacionais baseadas em tipologias sobre a corrupção na saúde, as quais, se utilizadas criticamente, podem contribuir para a compreensão das conexões políticas entre domínios público e privado na saúde que não focam exclusivamente em relações individualizadas de funcionários públicos, especialmente profissionais de saúde, ou mesmo institucionalizadas apenas no interior das organizações setoriais, mas também permitem situar o país em perspectivas comparadas.

O capítulo se divide em seis sessões. As três primeiras buscam abordar uma revisão sobre as reflexões e práticas internacionais de enfrentamento da corrupção na saúde, descrever escândalos que envolveram a saúde no âmbito nacional e, em particular, erros e omissões nas respostas ao enfrentamento da Covid-19. A quarta dedica-se a apresentar uma seleção de es-

3 AVRITZER, Leonardo. **Corrupção**: ensaios e críticas. Editora UFMG, 2008.

cândalos que ocorreram em esferas infranacionais, e as duas últimas focam nos desafios dos desvios “lícitos”, institucionalizados, e na necessidade de qualificação das instituições públicas e da democracia.

2. TIPOLOGIAS SOBRE CORRUPÇÃO NA SAÚDE

Diferentes tipologias de corrupção na saúde recorrem a diversos ângulos de análise e, assim, contribuem para compreender a complexidade do tema e a formular alternativas adequadas para sua prevenção, mitigação ou enfrentamento. Atividades corruptas evidenciam uma mescla de elementos de atos individuais e aspectos institucionais. Portanto, as perspectivas para combater a corrupção requerem normas anticorrupção adequadas e o monitoramento e revisão (se necessária) de desenhos e fluxos institucionais. Tentativas de investigar e expor as múltiplas e entrelaçadas formas de corrupção têm sido debatidas e seus desdobramentos correspondem à busca de alternativas para enfrentar as intrincadas e associadas formas de corrupção.

Grande parte da literatura científica concentrou-se na corrupção individual, ou seja, na má conduta individual ilegal, como a fraude, o pagamento de propina e o peculato, enquanto formas de corrupção não necessariamente ilegais, mas que corroem as perspectivas de evitar desperdício de recursos para a saúde, receberam pouca atenção. A investigação de formas não ilegais de corrupção remonta a Thompson⁴, que denominou esse fenômeno de “corrupção institucional”. A corrupção institucional é uma situação em que o ambiente institucional propicia conflitos de interesse, os quais, ao estimular comportamentos que favorecem interesses privados, comprometem sistemicamente a razão de ser da instituição. O termo “institucional”, no entanto, não necessariamente visa uma organização em particular. Pode representar um sistema superordenado, como o sistema geral de saúde, ou subsistemas e instituições únicas, como o setor farmacêutico, o setor hospitalar público e hospitais singulares.

4 THOMPSON, Dennis F. Two concepts of corruption. **Edmond J. Safra Research Lab Working Papers**, v. 16, p. 1-24, 2013.

Estimativas sobre os custos da corrupção são predominantemente baseadas em ações criminosas, ou seja, ações que se enquadram na categoria de corrupção individual. No entanto, a corrupção de maior magnitude pode se beneficiar das deficiências de uma estrutura institucional. A identificação da corrupção institucional, entretanto, é particularmente desafiadora, porque não se vincula a problemas legais, mas aos objetivos institucionais, que são deturpados. Ao estimar o custo da corrupção institucional, os custos imediatos da corrupção individual (por exemplo, o custo da fraude no faturamento), além dos custos indiretos das formas legais de corrupção, devem ser computados.

Dentre as consequências da corrupção institucional, podemos citar a limitação no acesso, na abrangência e na qualidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, as vulnerabilidades do sistema de saúde quanto à corrupção individual e institucional devem ser mapeadas, objetivando-se o desenvolvimento de mecanismos e sanções eficazes e adequados para capturar a complexidade da corrupção. Considerando que a classificação das múltiplas formas e definições de corrupção contribuem para identificar e combater a corrupção na saúde, procura-se, a seguir, elencar tipologias para embasar a reflexão sobre a situação nacional.

A Transparência Internacional, uma organização guarda-chuva internacional com mais de 100 representações nacionais que atua no combate à corrupção, definiu a corrupção em termos gerais como “o abuso do poder delegado para retornos privados”. A corrupção pode ser classificada, dependendo da quantidade de recursos perdidos e do setor onde ocorre, em pequena corrupção (o abuso cotidiano do poder confiado a indivíduos), grande corrupção (distorção do funcionamento central do Estado) e corrupção política (uma manipulação de políticas, instituições e regras de procedimento na alocação de recursos e financiamento por parte das instituições)⁵.

A EHFCN (*European Healthcare Fraud and Corruption Network*), constituída em 2005 pela União Europeia, tornou-se pioneira no desenvolvimento de uma tipologia para discriminar a distinção entre erro, abuso, fraude e

5 TRANSPARENCY INTERNACIONAL. FAQ: How do you define corruption? TI, 2016. Disponível em: <http://www.transparency.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption#defineCorruption>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

corrupção, assim como transgressões e contravenções intencionais e não intencionais na área da saúde. Para apoiar a auditoria e o controle das instituições quanto à operacionalização, foi desenvolvida uma *Waste Typology Matrix*⁶⁷, que classifica os desperdícios como: (i) erro; (ii) abuso; (iii) fraude; e (iv) corrupção, a seguir definidos:

- (i) Erro – obtenção injusta de um benefício de qualquer natureza por violação involuntária de uma regra;
- (ii) Abuso – obtenção injusta de benefícios de qualquer natureza, subvertendo conscientemente uma regra ou tirando vantagem da ausência de regra;
- (iii) Fraude – obtenção de um benefício de qualquer natureza ao infringir intencionalmente uma regra;
- (iv) Corrupção – obtenção ilegal de benefício de qualquer natureza por abuso de poder com envolvimento de terceiros.

Em 2014, um relatório da UE sobre corrupção no setor da saúde⁸ agrupou as ações corruptas e fraudulentas em seis categorias principais:

- (i) Suborno na prestação de serviços médicos: vantagem financeira ou outra vantagem oferecida, dada, solicitada ou aceita em troca de privilégios ou tratamentos;
- (ii) Corrupção nas aquisições: corrupção no “processo, em todo o ciclo, de aquisição de bens, serviços e obras de fornecedores”;
- (iii) Relações de marketing impróprias: as relações de marketing impróprias abrangem todas as interações entre a indústria e os prestadores

6 EHFCN. Waste typology matrix: European Healthcare Fraud and Corruption Network. **EHFCN**, 2016. Disponível em: <<https://ehfcn-powerhouse.org/groups/4-ehfcn-waste-typology-matrix/welcome>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

7 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evaluation of the Good Governance for Medicines programme (2004–2012): brief summary of findings. **WHO**, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/1426EMP_GoodGovernanceMedicinesreport.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

8 SLOT, B. et al. **Updated study on corruption in the healthcare sector**. Final report Brussels: European Commission, 2017.

de cuidados de saúde e/ou reguladores que não estão diretamente ligados ao processo de aquisição;

- (iv) Uso indevido de posições e redes (de alto nível): troca de influência, corrupção de porta giratória, captura de estado regulatório, conflito de interesses ou favoritismo e nepotismo;
- (v) Pedidos de reembolso indevidos: cobrança indevida e reembolso de serviços desnecessários e não prestados;
- (vi) Fraude e desfalque (de medicamentos, dispositivos médicos e serviços): enganar intencionalmente alguém para obter uma vantagem injusta ou ilegal.

A corrupção institucional tornou-se um novo termo técnico para complementar a corrupção individual. Assim, a corrupção, sob uma definição mais abrangente, seria a apropriação do público pelo privado, refletindo o enfraquecimento dos fins públicos. A partir dessa definição foram propostos três elementos para distinguir a corrupção individual da institucional: o tipo de recompensa, as características da atividade e o vínculo entre ambas⁹.

A corrupção institucional ocorre quando uma instituição ou seus funcionários recebem um benefício para realizar atividades a favor de organizações externas, em condições que conotam um motivo *quid pro quo*. São desvios que têm uma linha de base clara para análise e, geralmente, são legais. Enquanto a corrupção individual está relacionada à recompensa pessoal, ou seja, a bens que são utilizáveis na prossecução de interesse próprio, a corrupção institucional, como é definida no contexto político, refere-se ao ganho político, ou seja, a bens que são utilizáveis, principalmente, no processo político. O ganho pessoal como característica da corrupção individual, portanto, excede a compensação convencional, enquanto o retorno político é um elemento-chave da corrupção institucional, sendo legítimo. Trata-se de uma compensação habitual pela realização de trabalhos rotineiros.

Nem sempre é possível fazer a distinção entre a corrupção institucional e a individual, considerando-as como “corrupção legal” e “corrupção ilegal”,

9 BROOKS, Graham; GEE, Jim; BUTTON, Mark. **European Healthcare Fraud & Corruption Network**. Financial Cost of Healthcare Fraud Report. University of Portsmouth-Centre for Counter Fraud Studies. 2014.

respectivamente. Determinados casos apresentam elementos de ambos os tipos de corrupção¹⁰. Outras tentativas para estabelecer uma definição universalmente válida de corrupção institucional tomam como critério o objetivo, a missão da instituição¹¹. Corrupção institucional é uma situação na qual as ações particulares prejudicam o propósito institucional ao estimular que as pessoas adotem objetivos particulares em detrimento dos interesses comuns da instituição. A estrutura de motivação estabelece incentivos apropriados (por exemplo, é proibido pagar tarifas diferentes aos prestadores de serviços para tratar os pacientes segurados de forma diferente). A estrutura de comunicação (por exemplo, lei, regulamento, regra ou diretriz) refere-se a como as metas e incentivos são divulgados. Daí a necessidade de correlacionar tipos de corrupção com alternativas para seu controle. Uma tipologia que busca correlacionar o entrelaçamento das múltiplas formas de corrupção apoia-se na natureza das atividades e lobbies.

2.1 CORRUPÇÃO DE AQUISIÇÃO

A aquisição geralmente envolve “contratos grandes e/ou de longo prazo”, o que a distingue de um mero processo de compra. A identificação de requisitos técnicos e especificações de qualidade, a avaliação de riscos e a gestão do processo de licitação, ordenação e contratação – elementos da aquisição – são passíveis de ilícitos. A corrupção nas aquisições pode ocorrer em todas as etapas do processo de compra e se apresenta de diversas formas. Pagamentos indevidos, conluíus com agentes públicos responsáveis pela adjudicação de contratos, favoritismo, nepotismo, clientelismo, manipulação de licitações, criação de empresas de fachada e apresentação de faturas falsas, inflacionadas ou duplicadas, são formas comuns de corrupção em processos de compras no setor de saúde. A aquisição de medicamentos é considerada particularmente problemática, porque o monitoramen-

10 SOMMERSGUTER-REICHMANN, Margit et al. Individual and institutional corruption in European and US healthcare: overview and link of various corruption typologies. **Applied Health Economics and Health Policy**, v. 16, n. 3, p. 289-302, 2018.

11 OLIVEIRA, Gustavo. Institutional Corruption as a Problem of Institutional Design: A General Framework. Edmond J. **Safra Working Papers**, n. 41, 2014.

to dos padrões de qualidade no fornecimento de medicamentos é difícil e os fornecedores podem cobrar preços diferentes pelos mesmos produtos, além de induzir a demanda por produtos, por meio de várias estratégias de marketing.

No processo de aquisição de bens e serviços, muitos casos de atividades ilegítimas já foram identificados por relatórios de tribunais de contas. Processos de contratação pública foram regulamentados nos últimos anos e comissões adicionais de medicamentos e implantes foram criadas. A corrupção na aquisição pode variar de abuso à fraude. Enquanto a fraude e a corrupção são atividades tipicamente ilegais (que podem estar ligadas à corrupção individual ou institucional), o abuso refere-se à obtenção de benefícios injustamente e deliberadamente. As duas características decisivas do abuso são o ato deliberado e a falta de uma linha de base explícita. Assim, o benefício pode ser obtido em um ambiente institucional, que é uma área cinzenta, ou seja, onde procedimentos desnecessários podem ser justificados mediante interpretações com um significado indevidamente amplo, ou por falta de regras apropriadas.

É pouco provável que o abuso assuma a forma de corrupção individual: embora o ganho possa ser pessoal, o serviço não pode necessariamente ser qualificado como imerecido, especialmente porque muitas vezes não há clareza em relação à linha de base. Além disso, um motivo *quid pro quo* geralmente não é a base para a relação entre o motivo e o procedimento. Isso é diferente com a corrupção institucional, para a qual a definição de abuso como ação que conscientemente estende uma regra, ou que tira vantagens de regras ausentes, se encaixa perfeitamente no “jogo de obediências às regras” – ou seja, subverte-se regras obrigatórias para ganho privado, sem recorrer a atos flagrantemente ilegais.

2.2 RELAÇÕES DE MARKETING IMPRÓPRIAS

Relações de marketing impróprias ocorrem frequentemente no contexto da indústria farmacêutica e de dispositivos médicos. A implementação de incentivos à prescrição de medicamentos ou ao uso de produtos específicos faz parte da estratégia de marketing dos fabricantes. Estudos de vigilância

pós-comercialização, que supostamente visam coletar informações sobre a aplicação de medicamentos e terapias aprovados ou registrados, são frequentemente usados como “ensaios de sementeira” para introduzir medicamentos no mercado. Os médicos recebem compensação financeira pela participação e, portanto, implicitamente, pela prescrição do medicamento monitorado. Para algumas terapias caras, elevadas compensações financeiras são pagas aos médicos, principalmente nas áreas de reumatologia, oftalmologia ou oncologia. Alegações, violações e condenações contra a promoção ilegal e o uso *off-label* de drogas são inúmeras¹².

Os principais procedimentos para lidar com o marketing inadequado são a divulgação e a proibição. Os principais exemplos de proibição e divulgação são o *US Physician Payments Sunshine Act* de 2010 e os Códigos de Práticas de Marketing da Federação Europeia de Associações e Indústrias Farmacêuticas. De acordo com o *Sunshine Act*, os fabricantes de medicamentos e dispositivos que participam do *Medicare* devem divulgar todas as relações financeiras que possuem com médicos e hospitais universitários em seus sites, *Open Payments*. Os requisitos de transparência das diretivas da UE que regulam a comercialização e a publicidade de medicamentos e dispositivos estão refletidos nos Códigos de Práticas de Marketing da Federação Europeia das Indústrias e Associações Farmacêuticas, com os quais as associações-membros se comprometem voluntariamente.¹³

As relações de marketing impróprias, particularmente no contexto da indústria farmacêutica, há muito são consideradas um problema de comportamento individual inadequado ou ilegal. Entretanto, tais comportamentos podem ocorrer na forma de abuso, fraude ou corrupção e, conseqüentemente, configurar corrupção individual ou institucional.

Patrocinar a educação médica continuada é outra característica das relações de marketing impróprias com potencial de corrupção. Nos EUA, a crescente influência da indústria na educação médica resultou na emissão de diretrizes para interações propensas à corrupção entre acadêmicos e in-

12 MEDICARE-MEDICAID. **Coordenation Fraud-Prevention**, 2015. Disponível em: <<https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medicaid-Integrity-Education/Downloads/off-label-marketing-factsheet.pdf>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2022.

13 SLOT, B. et al. **Updated study on corruption in the healthcare sector**. Final report Brussels: European Commission, 2017.

dústria. Grupos de pacientes também são direcionados, ou mesmo organizados pela indústria, pois constituem uma plataforma adequada para medidas de marketing e têm o potencial de exercer pressão sobre os tomadores de decisão em relação a tratamentos específicos.

2.3 USO INDEVIDO DE CARGOS E REDES (DE ALTO NÍVEL)

O uso indevido de posições e redes (de alto nível) não apenas se sobrepõe às duas últimas atividades corruptas, mas também adiciona repercussões à corrupção institucional. Os conflitos de interesse, no entanto, podem ser individuais ou institucionais, sendo estes últimos predominantes quando os interesses financeiros da instituição ou de seus altos funcionários representam um risco de influência indevida sobre o objetivo principal da instituição.

Políticos nomeiam cargos públicos e jornalistas informados ou desinformados influenciam a opinião pública sobre procedimentos que prejudicam direta e indiretamente o sistema público de saúde. Interações e redes opacas que influenciam a tomada de decisão sobre alocação de recursos, motivadas por outras razões, que não a saúde, são difíceis de capturar.

O uso indevido de cargos e redes (de alto nível) pode se manifestar em forma de abuso, ou seja, sem necessariamente recorrer a atos ilegais. Tal situação pode ocorrer em um cenário legal ou institucional que propicia atos de sabotagem dos recursos públicos que se desviam dos objetivos institucionais. Essa corrosão sistêmica está associada a um sistema de saúde estratificado e a um considerável desperdício de recursos.

O combate à corrupção individual na saúde tem estimulado a promulgação de leis como a *Anti-Kickback*, de 1972, e a *Stark*, de 1989, nos EUA. A lei *Stark* penaliza o encaminhamento de pacientes para serviços de saúde financiados por seguros públicos para médicos ou seus familiares imediatos que tenham alguma relação financeira com os serviços reembolsados, exceto em casos excepcionais. De acordo com o estatuto antipropina, a indução do encaminhamento de pacientes, ou o recebimento de valores para tanto, são considerados atos criminosos. Na Europa, as leis anticorrupção indivi-

duais entraram em vigor mais tarde. A título de exemplo, o *Bribery Act* do Reino Unido entrou em vigor em 2011.

O fato de a fraude poder estar ligada à corrupção individual, no entanto, não exclui a possibilidade de considerá-la como institucional. Sempre que houver predominância de elementos institucionais (por exemplo, ganho pessoal em combinação com serviços inadequados prestados de forma processual e contínua – constatadas lacunas no desenho institucional), seria apropriado investigar se o desenho institucional tem potencial para promover comportamentos ilegais. Dentre as brechas comumente identificadas para a corrupção institucional, podemos citar a possibilidade de médicos empregados de hospitais públicos oferecerem serviços autônomos em consultórios particulares ou atuarem como assistentes em hospitais privados, a despeito do aumento das listas de espera de pacientes do sistema público.

3. ESCÂNDALOS NA SAÚDE NO BRASIL PÓS-REDEMOCRATIZAÇÃO

São inúmeras as suspeitas, denúncias e comprovações de corrupção na saúde. Certamente, é possível sistematizar informações oficiais, mas, para fins de exposição da perenidade do problema, a seleção dos casos aqui utilizada é arbitrária e intencional, pretendendo ilustrar padrões recorrentes e reafirmar a necessidade de abertura dos enquadramentos dos enfoques tradicionais sobre o tema. Tomando como base o noticiário e as gestões presidenciais, pode-se indicar que os casos de corrupção na saúde se intensificaram no contexto de redemocratização, sugerindo atenção crescente de instituições de controle e da opinião pública.

Durante o governo Sarney, seu ex-genro e secretário particular, Jorge Murad, foi denunciado por intermediar o direcionamento de verbas voltadas à infraestrutura para o estado do Maranhão. O pedido de recursos registrado como “reservado” foi realizado pelo então Presidente ao Ministro do Planejamento, Aníbal Teixeira. Em 1988, foi criada a “CPI da Corrupção” para investigar o caso. Murad foi citado, mas, objetivamente, a CPI conseguiu provar apenas a sua interferência para a liberação de verbas ao Maranhão. Sublinha-se que houve oposição à convocação de pessoas ligadas à Presidência para depor na CPI. O depoimento de Murad, em 4 de agosto de 1988,

confirmou que Sarney atuou na liberação de verbas, ciente de que não haveria cobertura no Orçamento¹⁴. A CPI, que não gravitou em torno da saúde, foi arquivada no final do governo.

Tempos depois, em 2009, a saga dos desvios de recursos destinados à infraestrutura nos sistemas de saúde estaduais originou acusações contra a filha do ex-presidente Sarney, Roseana Sarney, governadora do Maranhão (1995 a 2002 e 2009 a 2014), e o irmão de Jorge Murad, Ricardo Murad, então secretário estadual de saúde. Diversas autoridades estaduais foram indiciadas por superfaturamento na contratação de empresas para a construção de 64 hospitais no interior do estado. Em 2018, a ex-governadora foi absolvida por unanimidade pelo Tribunal de Justiça do Maranhão¹⁵.

Collor de Mello, eleito Presidente da República em 1989, com a promessa de combater privilégios e corrupção, foi afastado do cargo em 1992 por processo de impeachment, no qual foi acusado de fazer “caixa 2” com recursos públicos desviados por meio de empresas fantasmas e empresas sediadas no exterior. Durante a curta gestão de Collor de Mello, Alcení Guerra, um dos três ministros que passaram pela pasta da saúde, se viu injustamente envolvido em escândalo, em virtude da denúncia de um jornal da grande imprensa a respeito de superfaturamento na compra de bicicletas para agentes de saúde. O caso assumiu proporções muito maiores do que os valores financeiros, em um contexto no qual a oposição conservadora exigia a troca de nomes no gabinete ministerial. A elevação da temperatura da opinião pública contribuiu para que a denominada imprensa-tribunal carimbasse em Alcení Guerra, que foi deputado constituinte e defensor do SUS, o apelido de “Ministro Mary Poppins”, embora tenha sido absolvido das acusações.

Itamar Franco e seus três ministros da saúde (Saulo Mesquita, Henrique Santillo e Adib Jatene) não foram associados a casos de corrupção divulgados pela imprensa. Os dois últimos participaram ativamente dos debates sobre saúde pública que antecederam a aprovação do SUS. Henrique Santillo,

14 FOLHA DE SÃO PAULO. Denúncia motivou CPI em 1988. **Folha de São Paulo**, 1994. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/11/20/brasil/29.html>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2022.

15 VEJA. Acusada de desvios na Saúde, Roseana é absolvida pela Justiça. **Veja**, 2017. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/acusada-de-desvios-saude-roseana-e-absolvida-pela-justica/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

que venceu as eleições para governador de Goiás em 1986, implementou uma rede de serviços de saúde e saneamento, regionalizada. Todavia, em sua gestão ministerial houve problemas administrativos na mesma área que originou a denúncia em face de Alcení Guerra.

Tampouco houve escândalos midiáticos de corrupção relacionados à saúde durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. Porém, irregularidades nos gastos da área foram constatadas pelo então presidente, que, na primeira gestão, afastou ministros como Adib Jatene e José Carlos Seixas, comprometidos com a ampliação e a estabilidade do orçamento para a saúde, e afirmou a necessidade de se “gastar bem”. Em 2001, foram divulgadas suspeitas de favorecimento no processo de seleção de empresas em processo licitatório para a implementação do Cartão SUS, enquanto José Serra estava à frente da pasta. A licitação, realizada em 2000 para a compra de terminais de atendimento (TAS), foi objeto de denúncia.

Na primeira gestão do ex-presidente Lula, em 2004, no calor dos debates e das denúncias sobre o “Mensalão”, a saúde foi alvo de dois casos de corrupção: o Escândalo dos Sanguessugas, também conhecido como Máfia das Ambulâncias, e da Operação Vampiro. Em relação ao Escândalo dos Sanguessugas, a Controladoria-Geral da União informou a existência de uma quadrilha e pediu providências ao, na época, Ministro da Saúde Humberto Costa. Em 2006, a Polícia Federal prendeu assessores parlamentares, ex-deputados, funcionários do Ministério da Saúde e colaboradores da empresa acusada de assegurar os preços superfaturados e dividir os dividendos entre os participantes do esquema.

Houve indícios de que o esquema perpassou gestões anteriores, o que sugere uma inerente porosidade do Ministério da Saúde a interesses político-partidários nas aquisições de equipamentos (no caso, ambulâncias) e no fluxo financeiro inerentes à destinação de recursos públicos de emendas parlamentares a atividades da saúde. A CPI dos Sanguessugas¹⁶ solicitou a cassação do mandato de 72 parlamentares, entre deputados e senadores de diversos partidos (PL, PTB, PP, PMDB, PFL, PSB, PT, PRB, PSDB e PSC).

16 CONGRESSO NACIONAL. Relatório dos Trabalhos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito das “Ambulâncias”. **Senado Federal**, 2006. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/comissoes/CPI/Ambulancias/CPMI_RelatorioFinal_Volumel.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

A Operação Vampiro, por sua vez, também revelada em 2004, concentrou-se na investigação da aquisição de hemoderivados (essenciais para hemofílicos). A fraude consistia na oferta de vantagens por parte de lobistas a servidores, para obtenção de contratos entre empresas farmacêuticas e o Ministério da Saúde (especificamente a Coordenadoria Geral de Recursos Logísticos). No caso, foram denunciados pela Procuradoria-Geral da República servidores públicos e o ex-tesoureiro do PT Delúbio Soares (também acusado no bojo do “Mensalão”). Em 2010, o ex-ministro Humberto Costa foi inocentado por falta de provas.

Em 2008, no segundo mandato de Lula, o Ministro José Gomes Temporão acusou a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) por casos de corrupção¹⁷. O então ministro informou ao país que havia indícios de desvios de dinheiro no órgão, dirigido por um quadro indicado pelo PMDB. A Funasa, na época, era responsável por diversas atividades de vigilância à saúde, pelo saneamento em municípios de menor porte e pela saúde indígena, sendo controlada por parlamentares que se beneficiavam com a alocação de ações em redutos eleitorais e com o recebimento de verbas ilícitas. Os indicadores elevados de mortalidade entre indígenas evidenciavam as consequências letais da corrupção e da consequente má qualidade das ações de saúde. Embora a saúde indígena tenha sido retirada das atribuições da Funasa, o coordenador manteve-se no cargo.

No governo de Dilma Rousseff, um dos seus ministros da saúde foi envolvido em denúncias da Operação Lava Jato. Alberto Youssef, doleiro que realizou delação premiada em 2014, afirmou que teria se reunido com o ex-ministro da saúde Alexandre Padilha, com os ex-deputados federais André Vargas (PT-PR) e Cândido Vaccarezza (PT-SP) e com o representante de um empreendimento de fachada incluído entre os beneficiários de repasses do orçamento da saúde. Respondendo à acusação, Padilha declarou a existência de um documento informal sobre a empresa que fora encaminhado à área técnica para avaliação. Em outro depoimento, o doleiro mencionou propinas de indústrias farmacêuticas, entre as quais a Pfizer, a parlamenta-

17 AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Debatedores: corrupção não será resolvida com novo órgão da Saúde. Câmara dos Deputados, 2008. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/123963-DEBATEDORES:-CORRUPCAO-NAO-SERA-RESOLVIDA-COM-NOVO-ORGAO-DA-SAUDE>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2022.

res. O sucessor de Padilha, Arthur Chioro, declarou a intenção de sanear os problemas denunciados pela CPI da Máfia das Órteses e Próteses, instaurada em 2015.

4. SAÚDE NO GOVERNO BOLSONARO E A CPI DA PANDEMIA: ERROS E OMISSÕES

O governo Bolsonaro é responsável pela péssima resposta brasileira à pandemia da covid-19 ao longo de mais de dois de anos, intervalo de tempo que levou o país a ocupar o primeiro lugar na taxa de óbitos acumulados por habitante. Falta de testes, oxímetros, cilindros de oxigênio, aventais, máscaras cirúrgicas, leitos de CTI e profissionais de saúde evidenciaram a forte dependência de importações de itens estratégicos pelo Brasil. Da mesma forma, incompetências administrativas trouxeram à tona desafios antigos, que se somaram à competição travada nos processos de aquisição de insumos favoráveis aos compradores privados.

Desde quando foram iniciados os primeiros esforços para conhecer o processo de transmissão da covid-19, as autoridades públicas foram alertadas sobre a necessidade de mobilizar vigorosamente políticas, programas e ações para o enfrentamento da doença. Contudo, políticas públicas permeadas por erros e omissões e seus trágicos desdobramentos sanitários, políticos e econômicos tragaram o país para o epicentro da pandemia, em função de respostas tardias e insuficientes à prevenção de casos e óbitos. A indisposição, hesitação e recusa para conter e monitorar a infecção rompeu com boas tradições de vigilância epidemiológica, medidas preventivas e preparação de cuidados aos pacientes graves desenvolvidas nacionalmente ao longo de décadas.

Decisões atravessadas pelo descaso com o controle de portos, aeroportos e fronteiras, funcionamento de atividades econômicas e apoio financeiro a indivíduos e empresas foram incorretas e ambíguas. Faltaram insumos estratégicos para a saúde, as lacunas na oferta de recursos assistenciais não foram supridas e atualmente há escassez de vacinas. Medidas de proteção populacional e individual foram substituídas por ataques à ciência e às experiências históricas. A Lei n. 13.979, de fevereiro de 2020, sobre as medi-

das para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, autorizou o governo a mobilizar recursos existentes e ampliou o orçamento público. No entanto, leitos privados e a readequação da capacidade instalada para a produção de insumos, tais como testes e máscaras de maior qualidade e menor custo, não foram devidamente mobilizados.

Estratégias de bloqueio da disseminação do vírus se tornaram indisponíveis pela conjugação de quatro ordens de fatores: (i) minimização da magnitude da pandemia e o descrédito com relação às orientações científicas; (ii) adoção de um programa oficial de “tratamento precoce” enganoso, a partir do estímulo ao uso de medicamentos ineficazes; (iii) políticas insuficientes e intermitentes de auxílio pecuniário emergencial e demora para a expansão da capacidade instalada de leitos de terapia intensiva; (iv) descontinuidades administrativas e péssima gestão financeira no Ministério da Saúde, bem como inação dos comitês de crise.

A banalização das mortes e das sequelas causadas pela doença e a difusão da ideia de que faleceriam apenas idosos ou pacientes com comorbidades, ou quem não tivessem acesso ao “tratamento precoce”, sintetizam a recusa ao enfrentamento da Covid-19. Em nome da “saúde da economia”, o governo federal se tornou cúmplice de mortes que poderiam ter sido evitadas e não logrou êxito em reverter a recessão econômica. Essa escolha política nos conduziu para uma situação na qual não tivemos políticas efetivas contra a covid-19, nem melhorias nas taxas de emprego e renda.

A CPI da pandemia, instaurada tardiamente, por decisão do Supremo Tribunal Federal, tentou obter um máximo denominador comum mediante a averiguação de possíveis culpados pelas omissões durante o período, inclusive de funcionários públicos responsáveis pela aquisição fraudulenta de vacinas¹⁸ e pela recomendação a pacientes da hidroxicloroquina e de outros medicamentos ineficazes que compunham o chamado “kit covid”.

Em meio ao emaranhado de desinformação durante a pandemia, a ausência de campanhas públicas para informar a população sobre estratégias de proteção, rarefação de testes, número insuficiente de profissionais de saúde e leitos, e até mesmo as evidências sobre os desvios de recursos por

18 TEREMETSKYI, Vladyslav et al. Corruption and strengthening anti-corruption efforts in healthcare during the pandemic of Covid-19. **Medico-Legal Journal**, v. 89, n. 1, p. 25-28, 2021.

Organizações Sociais (OS) no Rio de Janeiro, não adquiriram densidade nos debates.

5. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: AS PROTAGONISTAS NAS DENÚNCIAS DE CORRUPÇÃO NAS ESFERAS SUBNACIONAIS

Entre os muitos escândalos envolvendo contratos de secretarias de saúde e Organizações Sociais, dois estados se destacam. O primeiro deles, Mato Grosso, cujo ex-secretário de saúde e ex-deputado federal, atualmente em seu último mandato, filiado ao PP), renunciou ao cargo em 2013, depois de ter a prisão decretada pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Ele foi condenado a sete anos e dois meses, em regime semiaberto, por corrupção passiva e lavagem de dinheiro no processo do Mensalão. Quando exerceu a função de secretário estadual em 2011, contratou Organizações Sociais que teriam causado prejuízos para a saúde. A CPI das OS's, realizada pela Assembleia Legislativa de Mato Grosso, concluiu que houve falha da Secretaria Estadual de Saúde em relação ao controle do repasse de recursos e aquisição de insumos superfaturados.

O Rio de Janeiro, por seu turno, se tornou uma espécie de sede permanente da corrupção na saúde. As denúncias vieram a público especialmente em 2017, por meio da Operação Fatura Exposta, na qual estavam envolvidos o então governador Sérgio Cabral, seu secretário de saúde Sérgio Côrtes, assessores e empresários. O esquema consistia na cobrança de 5% de propina sobre contratos de compras para saúde. Os acusados foram responsabilizados por crimes de corrupção e lavagem de dinheiro praticados no Instituto de Traumatologia e Ortopedia (Into) e na Secretaria Estadual de Saúde. Em 2018, foi a vez de as acusações terem como foco as Organizações Sociais que, desde 2013, eram contratadas pelo governo estadual – uma delas foi acusada de utilizar um caixa paralelo, que servia ao pagamento de vantagens indevidas a funcionários públicos, incluindo o ex-secretário de saúde.

A prisão do ex-governador Sérgio Cabral e do ex-secretário de saúde pareciam ser o ápice das relações promíscuas entre poder público e empresários (muitos dos quais instados a se tornarem empreendedores de ocasião). No entanto, em 2020, na gestão do governador Wilson Witzel, posteriormen-

te afastado do cargo, o enredo continuou a ser encenado. O ex-secretário de saúde Edmar Santos, preso por reter dinheiro em espécie dos cofres públicos, informou à operação Placebo envolvimento do governador em fraudes na saúde. Uma das organizações sociais envolvida nas fraudes foi acusada de desviar recursos destinados aos hospitais de campanha para atendimento de casos graves de Covid-19. Dirigentes e ex-dirigentes das organizações sociais foram detidos e investigados por peculato, lavagem de dinheiro e organização criminosa.

Em São Paulo, a CPI das Organizações Sociais, em 2018¹⁹, constatou diversas irregularidades praticadas no âmbito dos contratos de gestão celebrados pela Secretaria de Saúde. O então presidente do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo listou as seguintes ocorrências: quarterização das atividades-fim, agravada por subcontratações efetuadas pelas empresas contratadas; participação de servidores públicos na composição da diretoria das OSs contratadas; e nepotismo nas contratações. Outras irregularidades demonstradas referiram-se aos salários dos dirigentes e diretores de organizações sociais, superiores ao do governador do estado, e à aquisição de insumos a custos mais elevados do que os praticados pelo governo do estado, ensejando superfaturamento do contrato.

6. USOS LEGITIMADOS DE FUNDOS PÚBLICOS PARA FINALIDADES PRIVADAS: PRIVADOS E FILANTRÓPICOS-PRIVADOS SUBSIDIADOS PELO PÚBLICO

São numerosos e caudalosos os fluxos de recursos financeiros públicos que conferem suporte a movimentações para ampliar a demanda e a oferta de redes privadas de serviços de saúde. Esta iniciativa institucional é plenamente legitimada por critérios para a ocupação de cargos públicos que reproduzem a lógica de interpretação de organizações públicas como *loci* para a obtenção de facilidades e benefícios privados. Processos insus-

19 ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. CPI – Organizações Sociais da Saúde – OS's. **AL SP**, 2008. Disponível em <<https://www.al.sp.gov.br/comissao/cpi/?idLegislatura=18&idComissao=1000000225>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2022.

tentáveis sob qualquer racionalidade do uso adequado de fundos públicos são incorporados ao cotidiano. Instituições brasileiras, desde as que arrecadam recursos e formulam leis até as que realizam controles e julgamentos de casos de corrupção, são beneficiárias do uso de recursos públicos para pagamento direto de planos de saúde privados para seus integrantes. Há aporte orçamentário permanente e crescente do governo federal e das esferas subnacionais no financiamento do acesso privado a serviços de saúde. Prevalece em diversas instituições a aceção de que os planos privados “desoneram” o SUS.

Consequentemente, organizações como o CADE (Conselho de Defesa da Concorrência), e aquelas que concedem créditos e empréstimos, como o BNDES, emitem pareceres e concedem recursos para empresas privadas, sob justificativa de “aliviar” o SUS, ou seja, reduzir parte de sua demanda. Obviamente, a parte mais bem aquinhoadada e saudável da população é beneficiada. A naturalização de uma estratificação dinamizada por parte de instituições públicas se estende ao uso, por autoridades políticas, de serviços privados de saúde. Presidentes da República, governadores, prefeitos e parlamentares que prometem resolver problemas crônicos do SUS, escolhem médicos e estabelecimentos de saúde exclusivos para ricos. A proximidade de dirigentes dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário com circuitos da elite hospitalar-médica potencializa articulações para a indicação a cargos públicos daqueles que favorecerão os interesses de quem os alçou ao poder na definição de políticas com teor privatizante.

Com exceção de tribunais de contas, as demais instituições que poderiam exercer controles sobre o setor privado desconhecem as interações promíscuas vigentes em uma miríade de contratos formais e informais. O Proadi (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), que inclui hospitais que ironicamente não permitem acesso de pacientes do SUS, salvo raras exceções, está conectado à uma bilionária renúncia fiscal previdenciária, concedida em troca de projetos avulsos dirigidos ao SUS. O capital estrangeiro em hospitais e clínicas privadas foi irrestritamente liberado em 2015, em um contexto de graves denúncias de corrupção sobre empresas do setor que teriam ocorrido durante o trâmite da *Lei* nº 13.097/15. Donos de hospitais e planos de saúde financiaram campanhas eleitorais e indicaram diretores da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS). Empréstimos subsidiados e legislações sob medida favoreceram a expansão de redes hospitalares e novos negócios no ramo da educação e da saúde, a exemplo da concessão de cursos de medicina privados explorados por hospitais. Anistias fiscais, refinanciamentos de dívidas, bem como transformação de débitos em créditos, são transacionados cotidianamente por um aparato público voltado a atender interesses privados.

7. TRANSPARÊNCIA E CONTROLE PÚBLICO: COMO PREVENIR A CORRUPÇÃO? O QUE É PÚBLICO?

A sucessão de escândalos em torno da saúde parece se intensificar ao longo do tempo, como se a democratização tivesse estimulado iniciativas corruptas – os ilícitos gravitam em torno do sistema político. Senadores, deputados, vereadores, ocupantes de cargos executivos escolhidos por coalizões políticas e dirigentes partidários seriam os vetores que conduzem práticas de abuso de poder para benefício próprio. Personagens e *scripts* se repetem. A propina obtida por meio de contratos públicos celebrados com empresas privadas abastece o enriquecimento de políticos e seu entorno. Na cena seguinte, há denúncias e atuação de órgãos de controle que apuram e sistematizam os crimes cometidos e que solicitam punições para os suspeitos ou culpados. O epílogo parece ser invariável: punições, prisões e novas suspeitas (um acusado costuma se afirmar inocente e insinuar que há ainda mais falcatruas do que aquelas desveladas por escândalos).

Perpassa na opinião pública uma sensação de inutilidade de medidas de coibição à corrupção, na medida em que os escândalos reforçam a imagem de políticos como os culpados, pivôs do jogo sujo. Rotinas das instituições de controle, frequentemente *ex-post*, reforçam a ideia de leite derramado. Os crimes são revelados depois que o estrago já foi feito. O Brasil não possui uma legislação específica para o combate à corrupção na saúde, sequer os contratos vigentes possuem cláusulas adequadas para o monitoramento de processos em curso e para a suspensão imediata dos mesmos. Portanto, o reconhecimento de que a corrupção na saúde causa males irreparáveis não tem correspondência com os meios para seu enfrentamento.

As definições e a classificação da corrupção como individual ou institucional no Brasil estão intrinsecamente entrelaçadas. As atividades anticorrupção eficazes, portanto, exigem não apenas a promulgação de leis anticorrupção, mas também o monitoramento e, quando apropriado, o questionamento das estruturas e políticas institucionais para evitar o enfraquecimento dos objetivos precípuos do SUS. Punir indivíduos por cometerem atividades corruptas está longe de atingir o foco do problema e, por vezes, dificulta o combate à corrupção. Ambientes institucionais com potencial para promover atividades corruptas, ainda que lícitas, exigem esforços significativos para reduzir ou eliminar brechas de entrada para a corrupção.

São tarefas complexas em função de grupos de interesse poderosos. Governos têm que saber o que fazer e necessitam de instrumentos e incentivos para intervir corretamente, devendo ser passíveis de punição se não o fizerem. O desafio do desenho institucional é encontrar arranjos que orientem a economia para sociedades mais igualitárias. A qualidade da intervenção do Estado depende, em grande medida, da eficácia dos mecanismos que obrigam os governos a prestar contas de seus atos perante o público²⁰. Os governos podem falhar porque não sabem o que fazer ou porque não têm incentivos para tal. Mesmo que funcionários governamentais não tenham nenhum espírito público, e muitos o tenham, estão submetidos em uma democracia não só ao império da lei, mas também aos dispositivos de responsabilidade política.

As propostas neoliberais delegam a emissão de políticas a órgãos que não são responsivos ao processo político. A democracia é um sistema que concede direitos de cidadania à maioria dos indivíduos, mas não cria automaticamente as condições sociais e econômicas necessárias para um efetivo exercício desses direitos. Na medida em que as desigualdades econômicas e sociais limitam o acesso ao sistema político, até mesmo mecanismos de responsabilidade política bem desenhados podem acabar perpetuando desigualdades. A participação ampla – uma melhor distribuição dos recursos disponíveis que capacitem ao exercício da cidadania – é necessária. Mas a participação, por si só, não é suficiente, a não ser que os participantes efeti-

²⁰ PRZEWORSKI, Adam. Institutions matter? 1. **Government and opposition**, v. 39, n. 4, p. 527-540, 2004.

vamente tenham condições de monitorar o desempenho dos órgãos supervisionados e disponham de instrumentos para recompensar ou punir (caso contrário, a participação será apenas simbólica). Portanto, é a qualidade da democracia que permite organizar instituições voltadas à realização de objetivos coletivos, que, por sua vez, necessitam de um debate permanente entre nós sobre o que é o público.

REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. CPI – Organizações Sociais da Saúde – OS's. AL SP, 2008. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/comissao/cpi/?idLegislatura=18&idComissao=1000000225>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2022.

AVRITZER, Leonardo. **Corrupção**: ensaios e críticas. Editora UFMG, 2008.

BROOKS, Graham; GEE, Jim; BUTTON, Mark. **European Healthcare Fraud & Corruption Network**. Financial Cost of Healthcare Fraud Report. University of Portsmouth-Centre for Counter Fraud Studies. 2014.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Debatedores: corrupção não será resolvida com novo órgão da Saúde. Câmara dos Deputados, 2008. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/123963-DEBATEDORES--CORRUPCAO-NAO-SERA-RESOLVIDA-COM-NOVO-ORGAO-DASAUDE>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2022.

CONGRESSO NACIONAL. Relatório dos Trabalhos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito das “Ambulâncias”. **Senado Federal**, 2006. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/comissoes/CPI/Ambulancias/CPMI_RelatorioFinal_Volumel.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

EHFCN. Waste typology matrix: European Healthcare Fraud and Corruption Network. **EHFCN**, 2016. Disponível em: <<https://ehfcn-powerhouse.org/groups/4-ehfcn-waste-typology-matrix/welcome>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

FISCHER, Christiane. Corruption in healthcare: a problem in Germany, too. **Indian J Med Ethics**, 2014.

FOLHA DE SÃO PAULO. Denúncia motivou CPI em 1988. **Folha de São Paulo**, 1994. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/11/20/brasil/29.html>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2022.

MEDICARE-MEDICAID. **Coordenation Fraud-Prevention**, 2015. Disponível em: <<https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medicaid-Integrity-Education/Downloads/off-label-marketing-factsheet.pdf>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2022.

OLIVEIRA, Gustavo. Institutional Corruption as a Problem of Institutional Design: A General Framework. Edmond J. **Safra Working Papers**, n. 41, 2014.

PRZEWORSKI, Adam. Institutions matter? 1. **Government and opposition**, v. 39, n. 4, p. 527-540, 2004.

SLOT, B. et al. **Updated study on corruption in the healthcare sector**. Final report Brussels: European Commission, 2017.

SOMMERSGUTER-REICHMANN, Margit et al. Individual and institutional corruption in European and US healthcare: overview and link of various corruption typologies. **Applied Health Economics and Health Policy**, v. 16, n. 3, p. 289-302, 2018.

TEREMETSKYI, Vladyslav et al. Corruption and strengthening anti-corruption efforts in healthcare during the pandemic of Covid-19. **Medico-Legal Journal**, v. 89, n. 1, p. 25-28, 2021.

THOMPSON, Dennis F. Two concepts of corruption. **Edmond J. Safra Research Lab Working Papers**, v. 16, p. 1-24, 2013.

TRANSPARENCY INTERNACIONAL. FAQ: How do you define corruption? **TI**, 2016. Disponível em: <http://www.transparency.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption#defineCorruption>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

VEJA. Acusada de desvios na Saúde, Roseana é absolvida pela Justiça. **Veja**, 2017. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/acusada-de-desvios-saude-roseana-e-absolvida-pela-justica/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evaluation of the Good Governance for Medicines programme (2004–2012): brief summary of findings. **WHO**, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/1426EMP_GoodGovernanceMedicinesreport.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

PECULIARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE E A RELAÇÃO COM A INCIDÊNCIA DE CORRUPÇÃO

Marcus Vinicius de Azevedo Braga¹

Resumo: O artigo procura relacionar o desenho da política de saúde aos aspectos qualitativos da incidência de corrupção nessa política, como estratégia de aprimoramento de salvaguardas anticorrupção. Conclui que variáveis afetam a mecanismos de accountability (i), autonomia (ii), volume de transações (iii), cultura (iv) e monopólio (v) se relacionam com as peculiaridades do desenho da política de saúde e com a tipologia de corrupção encontrada na mesma. Traz, por fim, uma discussão sobre a política anticorrupção na saúde que rompe a simplificação de análises sem customização ou presas apenas a aspectos morais, sistematizando uma estratégia aderente a política e as suas características.

Palavras-chave: política de saúde; corrupção em saúde; políticas anticorrupção.

1. INTRODUÇÃO

A corrupção envolvendo a saúde pública é recorrente no noticiário e causa na população uma espécie de revolta, lastreada na ojeriza natural ao desvio de recursos que reverteriam para a promoção da saúde, e, em uma visão mais incisiva, para a salvação de vidas, partindo-se da ideia de que “a

¹ Doutor em Políticas Públicas (PPED/IE/UFRJ), realiza estágio pós-doutoral no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Auditor Federal de Finanças e Controle, desempenha atualmente as funções de auditor interno do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG-UNIRIO-EBSERH). Agradeço as sugestões no processo de revisão dos colegas Daniel Espíndola e Eduardo Airoidi.

corrupção mata” – expressão presente em peças de divulgação recentes nas manifestações de rua.

Entretanto, para melhor qualificar o debate sobre a prevenção e o combate à corrupção nessa relevante política social, é preciso sair da esfera da aparência e adentrar a essência de lamentáveis casos de corrupção. Uma maneira de fazer essa compreensão mais aprofundada é relacionar as características da política de saúde com a incidência de corrupção, não a partir de uma relação de causalidade, mas assumindo-se a existência de um contexto que pode permitir brechas a serem exploradas, partindo-se da visão de que a corrupção é mais um risco ao qual a gestão pública está submetida.

Esse é o objetivo do presente artigo: relacionar as peculiaridades e os traços marcantes da política de saúde no Brasil, tomando-se a casuística de corrupção como uma fonte de compreensão desse fenômeno, permitindo a discussão das salvaguardas necessárias para a prevenção, além de contribuir, assim, para o amadurecimento da gestão pública na dimensão da *accountability*, com controles melhores, mais efetivos e menos onerosos, e para a percepção da corrupção para além de um prisma simplificador de moralidade.

Por certo, a política de saúde é complexa, multinível e transversal a outras políticas, envolvendo um arco de problemas cujas causalidades passam pelo subfinanciamento e pela abordagem de todas as formas de desvios de finalidade que afetam a sua promoção – temas que não serão contemplados no presente texto, que, apesar de minimalista, busca priorizar o diálogo com a gestão da saúde mais próxima do cidadão, também revestido de grande relevância, pela sua capilaridade e pelo seu impacto social².

Para isso, o artigo terá uma seção sobre a relação entre o desenho da política pública com a corrupção, uma segunda seção para a caracterização da categoria corrupção e saúde, e, por fim, uma seção relacionando características marcantes da política de saúde com a casuística de corrupção e as correspondentes salvaguardas correspondentes a uma nova visão.

2 Burki destaca os efeitos da corrupção em relação ao cidadão e ao processo de universalização da saúde (BURKI, Talha. Corruption is an “ignored pandemic”. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 19, n. 5, p. 471, 2019).

Um artigo singelo, com limitações de tamanho, mas que permite desenvolver uma forma diferente de se discutir a incidência de corrupção em uma política pública, mostrando que toda potencialidade traz, atrelada a si, um conjunto de fragilidades que precisam ser contempladas nas discussões de governança, em especial quando se trata de uma política tão relevante como é a saúde – situação que se tornou mais perceptível após a crise sanitária derivada do novo coronavírus, iniciada no final de 2019.

2. O PERFIL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A CORRUPÇÃO

A definição de política pública não é consensual, com visões mais pragmáticas, como em Souza³: “colocar o governo em ação”, ou mais analíticas, como em Saravia⁴:

(...) um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Cabe destaque também a visão trazida por Procopiuk⁵, que apresenta a política pública como um meio politicamente legitimado, que permite a canalização de recursos, de esforços e de comportamentos para o enfrentamento de problemas coletivos.

Essas definições indicam a mobilização de recursos e atores frente a relevantes questões da vida coletiva, balizadas por regras do jogo e norteadas por objetivos, funcionando como um verdadeiro delineador da ação gover-

3 SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 26, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?lang=pt>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

4 SARAIVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVIA, E; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas**. Brasília: Enap, 2006. p. 29.

5 PROCOPIUCK, Mario. **Políticas Públicas e Fundamentos da Administração Pública: Análise e Avaliação: governança e redes de políticas, administração judiciária**. São Paulo: Atlas, 2013.

namental, em um contexto temporal e territorial, e que proporciona concretude a ação estatal, e ao mesmo tempo, promove a sua *accountability*.

Essas ações, sujeitas a mutações por fatores ambientais e pela dinâmica da agenda política, que introduz ou torna relevantes alguns temas, ou, ainda, modifica a forma de implementação de outros, têm um perfil específico, uma lógica pautada em suas práticas, valores e visões do problema e de suas soluções.

Para a melhor compreensão desse perfil específico, a presente discussão vai tomar emprestado um conceito similar à chamada teoria do programa, de Rossi et al.⁶, que pode ser definida como o que precisa ser feito para se atingir os benefícios sociais. É o *Know-How* do programa para atingir os resultados, uma espécie de modelo lógico, um conjunto de etapas do programa e as suas entregas. Para além de uma questão de fluxos, envolve também aspectos culturais, ideológicos, pressupostos e verdades daquela política pública, inserida em um contexto.

Assim, as questões que preocupam os agentes públicos relacionadas à política educacional são diferentes daquelas relacionadas aos que labutam na saúde ou na assistência, pois as agendas, os objetivos, o ecossistema de atores e os valores são diferentes, gerando uma cultura própria, em especial nas ações estatais mais tradicionais e consolidadas no tempo. Trata-se de afirmativa que parece um tanto óbvia, mas que tem implicações na análise das políticas públicas, principalmente em relação ao fenômeno da corrupção.

A tese apresentada nesse artigo é a de que esse perfil, essa teoria do programa, condiciona, de alguma forma, a natureza da incidência do fenômeno da corrupção, dado que esse perfil compõe um cenário de fragilidades e oportunidades para a atuação de agentes corruptos, podendo-se dizer que a corrupção na saúde difere qualitativamente da corrupção na educação e na assistência, apenas para exemplificar a ideia proposta.

A sentença “corrupção é tudo igual” perde sentido com essa discussão, posto que as raízes da corrupção e os seus efeitos sobre a gestão se diferen-

6 ROSSI, Peter H.; LIPSEY, Mark W.; FREEMAN, Howard E. **Evaluation**: a systematic approach. 7. ed. California: Sage Publications, 2004.

ciam de acordo com o perfil da política pública, merecendo atuação diferenciada e priorização das ações preventivas e combativas.

Sobre o tema, Klitgaard sustenta estar o fenômeno da corrupção lastreado no monopólio do poder e na discricionariedade dos agentes⁷, enquanto Rose-Ackerman indica que o agente corrupto tem seu comportamento orientado pelo conjunto de incentivos criados pelo contexto institucional⁸. O tradicional estudo de Cressey traz, ainda, três dimensões à corrupção (pressão, oportunidade e racionalização), mesclando aspectos estruturais e psicológicos⁹.

Afinado a essas definições clássicas, visando conjugar a lógica da teoria do programa que se relaciona com a incidência da corrupção, esse fenômeno será entendido não só como um abuso de poder que quebra as relações do poder público e as suas partes, alterando finalidades para o atendimento de interesses pessoais e prejudicando interesses coletivos, mas também como um risco, dentre muitos, como o desperdício e a falta de coordenação, que podem afetar a gestão das políticas públicas.

Ao ser um risco, pautado nas definições estatuídas sobre esse conceito¹⁰, a incidência de corrupção é um evento derivado da incerteza nas relações, e tem sua relevância pautada na probabilidade de ocorrência, oriunda de características da política pública, bem como no impacto de seus efeitos na gestão, em uma visão consequencialista¹¹ - que dialoga com as políticas públicas e com o reconhecimento de que a corrupção é uma realidade, a qual, ainda que seja inextinguível, precisa ser mitigada. E a abordagem utilizada é um fator essencial.

7 KLITGAARD, Robert E. **A corrupção sob controle**. Tradução de Octávio Alves Velho. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

8 ROSE-ACKERMAN, Susan. The institutional economics of corruption. In: Graaf, G.; Maravic, P.; Wagenaar, P. **The good cause**: theoretical perspectives on corruption. EUA: Barbara Budrich Publishers, 2010. p. 47-63.

9 CRESSEY, Donald R. **Other People's Money**: A study in the social psychology of embezzlement. Glencoe, IL: The free press, 1953.

10 ISO. International Organization for Standardization. **ISO 31000:2018**, 2018. Disponível em: <<https://www.iso.org/iso-31000-risk-management.html>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

11 Para uma discussão aprofundada dos impactos da função controle na gestão, sugere-se: BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. **Vale quanto pesa**: um estudo sobre os impactos do controle na gestão. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

Para sistematizar essa visão da corrupção como um risco a ser mitigado, é possível, de modo analítico, como disposto no Quadro 1 a seguir, apontar variáveis relacionadas à incidência de corrupção em uma organização, lastreadas nas discussões clássicas de autores como: Rose-Ackerman¹²; Klitgaard¹³; Cressey¹⁴; Lambsdorff¹⁵; e Ariely¹⁶.

Quadro 1. Variáveis relativas à incidência de corrupção

Variável relativa à incidência de corrupção	Relação resumida	Por que aumenta a incidência de corrupção?
Mecanismos de <i>accountability</i>	Quanto mais eficientes os mecanismos de <i>accountability</i> , menores as chances de incidência de corrupção.	A ausência de verificadores independentes, de transparência, de controle social e de estrutura normativa, permite que os agentes atuem de forma corrupta, sem serem detectados ou sancionados. Por outro lado, mecanismos de <i>accountability</i> onerosos e burocratizantes dão margem a cobrança de facilidades para que seja reduzida a fiscalização, o que também contribui com a corrupção.
Autonomia	Quanto maior a autonomia, com atuação discricionária do agente, maiores as chances de incidência de corrupção.	A concentração de poder, e, conseqüentemente, dos processos decisórios, permite que os agentes atuem de forma corrupta sem limitações e sem serem detectados ou, ainda, sancionados.
Volume de transações	Quanto maior o volume de transações, maiores as chances de incidência de corrupção.	Quanto mais recursos, mais pessoas e transações são geridas na organização e maiores a incerteza e a complexidade, o que possibilita que os agentes atuem de forma corrupta sem serem detectados ou sancionados. Grande quantidade de recursos movimentados também aumenta os incentivos para a atuação corrupta, em razão do potencial ganho marginal a ser obtido com a ação, compensando os eventuais custos em ser detectado.

12 ROSE-ACKERMAN, Susan. The institutional economics of corruption. In: Graaf, G.; Maravic, P.; Wagenaar, P. **The good cause: theoretical perspectives on corruption**. EUA: Barbara Budrich Publishers, 2010. p. 47-63.

13 KLITGAARD, Robert E. **A corrupção sob controle**. Tradução de Octávio Alves Velho. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

14 CRESSEY, Donald R. **Other People's Money: A study in the social psychology of embezzlement**. Glencoe, IL: The free press, 1953.

15 LAMBSDORFF, Johann Graf. **The institutional economics of corruption and reform: theory, evidence and policy**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

16 ARIELY, Dan. **A Mais Pura Verdade sobre a Desonestidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Variável relativa à incidência de corrupção	Relação resumida	Por que aumenta a incidência de corrupção?
Cultura	Quanto mais permissiva a cultura da organização, maiores as chances de incidência de corrupção.	Uma cultura permissiva e pouco aderente às normas permite a legitimação de práticas nocivas, inibindo os freios do convívio social e da própria consciência do indivíduo, incentivando a adoção de práticas corruptas e mitigando ações coercitivas.
Monopólio	Quanto mais exclusiva a atuação do agente, maiores as chances de incidência de corrupção.	A relação monopolista reduz a pressão pela melhoria de performance derivada da competição, bem como dificulta a comparabilidade entre processos similares, o que possibilitaria a detecção de desvios ou o aumento excessivo de custos.

Fonte: Elaborada pelo autor.

A visão estrutural da raiz da corrupção foi utilizada também por Braga¹⁷. Destaca-se, ainda, que o Tribunal de Contas da União realizou, em 2018, mapeamento fundamentado em um pressuposto similar, registrado no Acórdão Plenário 2.604/2018-PL¹⁸, que tratava de uma auditoria operacional em instituições do Poder Executivo Federal para avaliar a exposição desses órgãos ao risco de fraude e corrupção, usando três parâmetros: poder econômico; poder de regulação; e controles preventivos e detectivos de fraude e corrupção.

Essas variáveis construídas no presente trabalho em relação a maior probabilidade de ocorrência de corrupção, pautadas na literatura sobre o tema, relacionam-se com a teoria do programa, seja nos aspectos estruturais do arranjo adotado, seja nos aspectos da cultura organizacional, indicando uma estreita ligação do desenho com as probabilidades da corrupção se materializar, pois é nesse desenho que se condiciona a estrutura de *accountability*, a natureza das relações e dos fluxos e a concentração de poder.

17 BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. Como incentivar os municípios a prevenir a corrupção? *Jota*, 2016. Disponível em: <https://jota.info/especiais/como-incentivar-os-municipios-prevenir-corrupcao-07122016#_ftn6>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

18 Curiosamente, esse trabalho do TCU indica o Ministério da Saúde como a unidade analisada de maior exposição ao risco de fraude e corrupção (BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão Plenário 2.604/2018**. Avaliação dos controles de prevenção e detecção relacionados a fraude e corrupção de órgãos e instituições do Poder Executivo Federal. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/risco-de-exposicao-a-fraude-e-corrupcao-na-administracao.htm/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022).

A partir dessa visão, é possível a customização de ações preventivas anticorrupção, em especial nos chamados programas de integridade¹⁹, bem como nos órgãos de controle, monitorando e avaliando as ações preventivas e direcionando o olhar às ações detectivas, subsidiando a abordagem que será utilizada para a discussão mais específica da corrupção em saúde.

3. ESPECIFICIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE À CORRUPÇÃO

A política de saúde é um subsegmento da política social, positivada na Seção II, do Capítulo II, do Título VIII da Constituição Federal de 1988, e tem a sua implementação envolta em aspectos interfederativos no Brasil, com alto grau de transversalidade em relação a outras políticas, com a oferta corrente entre a esfera pública e privada, e, ainda, permeada por problemas de acesso e de subfinanciamento, dentre outras características que fazem desta política um arranjo complexo e que segue uma lógica própria.

Seria possível elaborar uma categoria singular para a incidência do fenômeno da corrupção na política da saúde ou trata-se de uma soma de características da corrupção e da saúde singularmente? Existe uma corrupção específica na saúde, com um traço próprio, que nasce de determinadas condições derivadas da própria política? Ao ver a corrupção como um risco derivado de fatores comportamentais e estruturais, como proposto aqui, é possível estabelecer essa relação, e a literatura sobre o tema pode ajudar nessa construção.

A análise dos documentos de instituições internacionais relacionados à questão da corrupção na saúde, como Hussmann²⁰, *European Commission*²¹ e

19 Programas de integridade são um conjunto articulado de ações para prevenir a incidência de corrupção e que tem a sua força pela adoção de uma visão baseada em riscos, como defendido por Braga (BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. *Gestão de riscos: o coração de um programa de integridade*. **Portal Migalhas**, 2021. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/depepo/338984/gestao-de-riscos--o-coracao-de-um-programa-de-integridade>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022).

20 HUSSMANN, Karen. **Health sector corruption**. Practical recommendations for donors. 2020. Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2020:10). Disponível em: <<https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2022.

21 EUROPEAN COMMISSION. **Study on Corruption in the Healthcare Sector** (HOME/2011/ISEC/PR/04`A2). Brussels: European Commission, 2013.

PNUD²², indicam a categorização dessa corrupção, relacionando esta incidência com o desenho da política, consoante com a proposta do presente artigo.

O PNUD lista práticas corruptas associadas a determinados atores no processo de gestão da saúde. Em relação aos provedores de serviços (médicos, enfermeiros e farmacêuticos, por exemplo), indica situações de absenteísmo, desvio de insumos e equipamentos, pagamentos extras para acesso a procedimentos, e fraudes em registros para obtenção de ganhos no faturamento.

No que se refere à atuação dos reguladores governamentais, lista problemas de conflitos de interesses, de propina para aprovação de fármacos, bem como outros que envolvem um mercado robusto e específico, com produtos de alto custo e utilizados por grande parte da população, relacionados à manutenção da vida humana.

Por fim, o PNUD trata também de tipologias de corrupção relacionadas a compras de equipamentos e insumos na área de saúde, bem como à contratação de serviços acessórios, como limpeza e manutenção de equipamentos e armazenagem e distribuição de medicamentos, situações com traços administrativos similares a de outras políticas, como superfaturamento, compras fictícias e desvios, com o diferencial de, no caso da saúde, serem itens com alto grau de tecnologia e especificidade.

As tipologias de corrupção em saúde do PNUD não diferem muito daquelas apresentadas pela *European Commission*, que fala em: i) suborno para a prestação de serviços médicos; ii) corrupção nas compras; iii) conflito de interesses; iv) uso indevido de posições de alto nível; v) reivindicações indevidas de reembolso; e vi) fraude e apropriação indevida de medicamentos e dispositivos médicos.

Esses estudos citados, utilizando-se de exemplos de vários países, apontam uma corrupção específica para o setor de saúde a partir de um conjunto de tipologias derivadas das características dessa política e de suas correspondentes fragilidades. Nesse contexto, as tipologias guardam relação com o desenho da política, com a forma como se dá a provisão dos serviços, com a sua regulação, com as características do mercado e, ainda, com as categorias profissionais envolvidas.

22 PNUD. **La lucha contra la corrupción en el sector de la salud:** métodos, herramientas y buenas prácticas. Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Direccion de politicas de desarrollo. Nova York, 2011. Disponível em: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Corruption_health_spanish.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

Estudos da Hussmann enumeram fatores que fazem os sistemas de saúde particularmente suscetíveis à corrupção, (relacionando-se com aqueles apresentados no Quadro 1), conforme disposto a seguir, incluídas as tipologias da *European Commission* e do PNUD:

Quadro 2. Comparação das variáveis relacionadas à incidência de corrupção

Variável, conforme Quadro 1	Variáveis em Hussmann (2020)	Tipologias do PNUD (2011) e da European Commission (2013)
Mecanismos de <i>accountability</i> - Quanto mais eficientes os mecanismos de <i>accountability</i> , menores as chances de incidência de corrupção	-Assimetria informacional	-Suborno para procedimentos -Fraudes em registros -Absentéismo -Problemas nas compras e contratações -Desvio de material de saúde
Autonomia – Quanto maior a autonomia, com atuação discricionária do agente, maiores as chances de incidência de corrupção	-Complexidade, amplitude e fragmentação dos serviços nacionais de saúde	-Suborno para procedimentos -Absentéismo -Problemas nas compras e contratações
Volume de transações – Quanto maior o volume de transações, maiores as chances de incidência de corrupção	-Alto nível de incerteza nas transações da saúde -Grande número de atores envolvidos -Natureza globalizada da cadeia de suprimentos	-Suborno para procedimentos -Fraudes em registros -Problemas nas compras e contratações -Desvio de material de saúde -Suborno para questões regulatórias -Problemas de armazenagem de insumos e medicamentos
Cultura – Quanto mais permissiva a cultura da organização, maiores as chances de incidência de corrupção		-Suborno para procedimentos -Fraudes em registros -Desvio de material de saúde -Suborno para questões regulatórias
Monopólio – Quanto mais exclusiva a atuação do agente, maiores as chances de incidência de corrupção	-Natureza globalizada da cadeia de suprimentos	-Problemas nas compras e contratações -Suborno para questões regulatórias

Fonte: Elaborada pelo autor.

Como se vê, a matriz do Quadro 1 é bem mais abrangente que as variáveis apresentadas por Hussmann e permite relacioná-las com as tipologias apresentadas pelo PNUD e pela *European Commission*. Na próxima seção, o artigo fará a análise de cada uma dessas variáveis que se relacionam à corrupção (Quadro 1), à luz da política de saúde e de suas tipologias, propondo salvaguardas, servindo-se da realidade brasileira recente, de modo a caracterizar como se dá essa corrupção na saúde em casos concretos.

4. CARACTERÍSTICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE RELACIONADAS COM A CASUÍSTICA DA CORRUPÇÃO

Nesse ponto, cada uma das variáveis relacionadas à incidência de corrupção será analisada à luz da teoria do programa da política de saúde, objetivando-se uma compreensão maior de como se dá a sua ocorrência e das forças e fragilidades que as envolvem. A discussão servirá à proposição de salvaguardas que podem ser adaptadas, tendo como contexto o ambiente institucional brasileiro.

Essa discussão, ponto central do artigo, permite elevar a questão da corrupção na saúde a um outro nível de maturidade, ao se aprofundar nos fatores que podem favorecer a sua incidência e na sua relação com o desenho e as fragilidades da política de saúde, que condicionarão a construção de medidas protetivas ajustadas que podem, de forma principiológica, orientar estratégias de gestores e controladores.

4.1 MECANISMOS DE ACCOUNTABILITY

Múltiplas instituições no Brasil atuam na instrumentalização da *accountability* da política de saúde, algumas com entidades congêneres na esfera estadual. Ministério Público, Polícia, Defensoria Pública e órgãos de controle interno e externo encontram previsão constitucional e possuem atuação ampla, dispondo, por vezes, de estruturas especializadas para lidar com a temática da saúde. Destacam-se, também, órgãos específicos da área de saúde, como o DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS), a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Além disso, o amplo arcabouço legislativo editado recentemente, como a Lei Capiberibe (Lei Complementar nº 131/2009), a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e o Decreto nº 7.507/2011 – este último que dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios – ampliaram a transparência dos recursos públicos, o que favorece a atuação do controle social, que se organiza, inclusive, por conselhos nos diversos entes, que podem acionar os representantes eleitos no Poder Legislativo, além dos próprios órgãos de controle já citados.

Apesar dessa robusta e formal estrutura de *accountability* relacionada à política de saúde, o noticiário nacional e local é pródigo de incidentes de corrupção na rede pública, como compras superfaturadas e desvio de insumos e equipamentos, em tipologias que se relacionam, entre outras causas, à deficiência de *accountability*, quantitativa ou qualitativamente.

A atuação dessa rede de *accountability* frente à rede de gestão padece de problemas de coordenação entre os atores pelos aspectos interfederativos, de concentração alternadas a lacunas, além de um foco muito grande nos aspectos repressivos e localizados, e pouco nos aspectos preventivos e sistêmicos²³.

Esse cenário acaba dialogando pouco com a lógica aqui proposta, de identificação de fragilidades estruturais em relação à corrupção, com a construção de salvaguardas, personalizando os chamados programas de integridade, a forma de dar transparência e a maneira de fiscalizar.

No caso das contratações, por exemplo, é imprescindível o aprimoramento dos bancos de preços de insumos, medicamentos e serviços relacionados, um modelo detalhado de transparência que possibilite uma maior comparabilidade²⁴ e, ainda, a construção de catálogos padronizados. Iniciativas que já existem, com destaque para o Portal Nacional de Contratações Públicas, previsto na Nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), e os diversos bancos e cadastros relacionados à saúde pelo país. No entanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

4.2 AUTONOMIA

A autonomia permite uma atuação dos agentes públicos desvinculada de regramentos, com uma liberdade maior para construir soluções próprias. Apesar de ser enquadrada como um fator indutor de corrupção, a

23 BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. **Vale quanto pesa:** um estudo sobre os impactos do controle na gestão. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

24 BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. Transparência ativa e nudge: um diálogo possível. **Congresso em Foco**, 2021. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/blogs-e-opiniao/forum/transparencia-ativa-e-nudge-um-dialogo-possivel/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

autonomia é essencial na política de saúde, que tem características de burocratas de nível de rua (*street level bureaucracy*) na sua implementação.

Conforme Lipsky²⁵, são profissionais que atuam na ponta da implementação das políticas, com autonomia que os faz adaptar os objetivos das políticas às suas capacidades, interpretando regras e ajustando realidades, com certo grau de inovação.

No plano institucional, com o desenho de gestão interfederativa adotado – que teve por consequência o fenômeno do federalismo de inauguração²⁶ – e a diluição da responsabilidade na atuação em parceria da União, dos Estados e dos Municípios, resguardos os seus campos de autonomia, surgiram assimetrias de informação entre os diferentes entes federativos.

Essa carga de autonomia, em que pese seja necessária, gera uma alta imprevisibilidade, agravada em situações emergenciais, típicas da saúde, e de difícil enquadramento legal, pois a lei se pauta na previsibilidade. Soma-se à incerteza a complexidade e multiplicidade de decisões tomadas por diversos atores, que podem gerar desvios de finalidade não detectados; corrupção, em especial no absenteísmo crônico²⁷; cobrança por serviços gratuitos no nível *street level bureaucracy*; e direcionamento de recursos para outras finalidades, que não a saúde, em descompasso com as diretrizes da política nacional.

Entretanto, não será um incremento desenfreado de burocracia e regulamentação que resolverá essas questões, ou mesmo a revogação da autonomia dos entes, necessária tanto aos profissionais de saúde, quanto para os entes municipais implementadores das políticas de saúde. É preciso pensar em salvaguardas alinhadas com esses riscos e com a teoria do programa da política de saúde, que serão propostas com base em Hussmann e no PNUD.

25 LIPSKY, Michael. **Street Level Bureaucracy**: Dilemmas of the individual in Public services. Nova York: Russel Sage Foundation, 1980.

26 Federalismo de inauguração é a dificuldade de se estabelecer um processo de accountability multinível no federalismo brasileiro, com a capitalização mútua de ganhos políticos dos sucessos e evasão nos momentos de responsabilização, frente aos fracassos (BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. **Vale quanto pesa**: um estudo sobre os impactos do controle na gestão. Belo Horizonte: Fórum, 2021).

27 A OCDE indica grande percentual de profissionais de saúde com mais de um vínculo, o que passa pela questão do absenteísmo (OCDE. **Estudos da OCDE sobre os sistemas de saúde**: Brasil 2021. OECD Publishing. Paris, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>).

No que se refere ao absenteísmo, considerando que os profissionais de saúde culturalmente acumulam vários vínculos, a criação de mecanismos financeiros de incentivo a atendimentos, combinada com controles biométricos de presença vinculados à agenda dos profissionais e à central de regulação, é um dos mecanismos eficientes, bem como a transparência de escalas e a divulgação de canais independentes de denúncia.

Em relação à cobrança por serviços gratuitos, em especial na questão nevrálgica das filas para procedimentos cirúrgicos, políticas claras de integridade informadas aos profissionais e aos usuários, com ampla publicidade, aliadas a canais de denúncia, a consultas aleatórias a usuários e a um controle rígido de agendas e filas de atendimento, com o uso de sistemas informatizados, são salvaguardas simples que podem mitigar ocorrências.

Por fim, a discussão relativa a desvios de finalidade na gestão municipal demanda objetivos claros a serem atingidos pelos programas descentralizados, restringindo as descrições procedimentais, combinando as ações de monitoramento, de auditoria e de consulta à população e dando publicidade ao volume de atendimentos e de procedimentos das unidades – mecanismos que favorecem a emissão de alertas em caso de desvios relevantes de finalidade.

4.3 VOLUME DE TRANSAÇÕES

Tudo na saúde, em um país de mais de 200 milhões de habitantes, envolve muitas transações. São muitas pessoas, procedimentos, profissionais e, conseqüentemente, um grande volume de recursos despendidos. Há complexidade qualitativa e problemas de ordem quantitativa, pois grandes quantidades demandam mecanismos eficientes de monitoramento e de correção de desvios, que podem passar despercebidos, em que pesem causarem prejuízo aos usuários individualmente.

Estudos de Caldas et al.²⁸ indicam que o aumento de recursos disponíveis na gestão municipal da saúde se relaciona a maiores níveis de corrup-

28 CALDAS, Olavo Venturim; COSTA, Cristiano Machado; PAGLIARUSSI, Marcelo Sanches. Corrupção e composição dos gastos governamentais: evidências a partir do Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Pública**, v. 50, p. 237-264, 2016.

ção. Além disso, sinalizam que mais recursos disponíveis geralmente estão relacionados a maiores estruturas, com mais procedimentos e pessoas, o que aumenta o volume de contratações e de vínculos empregatícios, e os riscos derivados, como o absenteísmo, o superfaturamento e o desvio de insumos e equipamentos.

Considerando-se que a política de saúde padece de subfinanciamento crônico, com diversos episódios nos quais esses poucos recursos são desviados do orçamento para outras finalidades²⁹, visões simplistas de que a solução da corrupção na saúde é reduzir o seu financiamento, além de trazerem prejuízos ao combalido Sistema Único de Saúde, não afetam a raiz do problema, composta por vários fatores, como apresentado no presente artigo.

O volume de transações elevado demanda como salvaguarda central a priorização das ações fiscalizatórias, de transparência e de monitoramento. A distribuição dessas transações não é homogênea e esses recursos materiais e humanos são concentrados em determinadas estruturas. Além da concentração, é importante certo grau de padronização das informações relativas à política, e que elas sejam acessíveis e comparáveis. Dessa forma, é possível identificar estruturas que concentram recursos e que demandam atenção especial, assim como realizar o monitoramento de grandes fluxos por meio de indicadores e comparações, localizando anomalias que devem ser aprofundadas.

No contexto brasileiro, a falta de sistemas consolidados que contenham informações da política de saúde no âmbito interfederativo, associada à execução de parte do serviço de saúde por redes conveniadas e organizações sociais de saúde (OSS), dificulta a identificação de anomalias e a adoção de estratégias preventivas segmentadas para locais de maior risco. Resta, então, a atuação mediante denúncias, que além de ser onerosa e casuística, tem pouco potencial sistêmico.

Promover a transparência, a partir de dados consolidados de quem trabalha na saúde, do que é comprado e a que preço, de quem é atendido e submetido a procedimentos, respeitadas, naturalmente, as limitações da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), seria, para além das finalidades gerenciais, uma forma de inibir atos corruptos derivados de gran-

29 PINTO, Elida Graziane. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação**: uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2015.

des volumes de transações, do absenteísmo ao superfaturamento, tendo-se como base ações de *business intelligence*.

4.4 CULTURA ORGANIZACIONAL

As recentes discussões sobre integridade, derivadas da ocorrência da chamada Operação Lava Jato³⁰, trouxeram uma grande relevância para a discussão da cultura organizacional e da sua relação com a incidência da corrupção. Conseqüentemente, passou-se a priorizar a conscientização e a promoção de valores e de aspectos pedagógicos como estratégia predominante no trato da questão da probidade.

É inegável que a cultura dos atores influencia as suas condutas. Por cultura, entende-se não só a formação ética, mas também a cultura organizacional construída em cada espaço de atuação. Sob este escopo, se é aceitável em um nosocômio que não se venha trabalhar todos os dias ou que se leve insumos para outro vínculo empregatício, em um exemplo minimalista, essas atitudes não serão objeto de sanções coletivas, pela via dos grupos informais – situação que acaba legitimando-as. Esta visão foi ratificada pelos estudos de Cressey³¹ e, mais recentemente, de Ariely³², que trazem centralidade à racionalização dessas condutas corruptas.

Incentivos materializados em presentes e outras facilidades para a escolha de medicamentos e de equipamentos pelos pacientes são um traço na cultura mercadológica da saúde. O profissional de saúde, em razão da autonomia da qual dispõe, possui grande poder decisório, em especial sobre itens de grande valor nominal individualizado, como Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI).

30 Operação Lava Jato é o nome de uma investigação realizada pela Polícia Federal em conjunto com o Ministério Público, cuja deflagração da fase ostensiva foi iniciada em 17 de março de 2014, com o cumprimento de mais de uma centena de mandados de busca e apreensão, prisões temporárias, preventivas e conduções coercitivas, tendo como objetivo apurar um esquema de lavagem de dinheiro e corrupção e que atingiu, além de empreiteiras, contratos da Petrobras e de diversas outras estatais.

31 CRESSEY, Donald R. **Other People's Money: A study in the social psychology of embezzlement.** Glencoe, IL: The free press, 1953.

32 ARIELY, Dan. **A Mais Pura Verdade sobre a Desonestidade.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

A salvaguarda natural é atuar sobre a cultura, sobre a representação dos indivíduos em relação àquela organização e sobre seus valores, pactuando acordos e práticas salutaras, com a previsão e aplicação de sanções, com a materialização de códigos e com eventos de capacitação.

Ocorre que isso não é fácil, pois, além de a corrupção na saúde se apresentar como um negócio rentável, por vezes envolvendo cifras bilionárias, e, pela complexidade desta, de difícil detecção, processamento e punição, a construção de uma cultura de integridade passa, forçosamente, por um hábito de transparência.

Somente com esse braço concreto da cultura, no qual há livre circulação de informação, ações corruptivas são objeto de escrutínio e desvios são responsabilizados, é possível construir uma cultura ética que não force os atores a escolhas impossíveis e heroicas, diante de um sistema de gestão repleto de fragilidades. A corrupção na saúde é muito complexa para que a sua prevenção seja apenas uma questão de o indivíduo escolher ou não o caminho certo, em que pese isso também seja relevante.

Claro que, ao lidar com a vida, todas as decisões da área de saúde têm grande carga ética, desde a utilização de um medicamento experimental até o emprego do etarismo na priorização de recursos. No entanto, a discussão ética não pode ser travada em uma caverna, desligada do mundo prático – é necessária a criação de um ambiente que favoreça o exercício da ética por todos.

Para isso, a estratégia de construção de uma cultura ética precisa se debruçar sobre problemas reais e possíveis da organização, em um debate que rompa os tabus e considere a corrupção como algo possível e inerente à natureza humana, que precisa ser tratado, por meio da identificação dos fatores e das circunstâncias que o favorecem, fugindo do discurso genérico que prega a honestidade como ação viva no cotidiano.

4.5 MONOPÓLIO

Para entender a relação da corrupção com sistemas monopolistas, o artigo toma de empréstimo conceitos da Teoria dos Custos de Transação,

trabalhados por Braga³³, lastreado em Williamson³⁴ e Fiani³⁵. De acordo com os autores, atores que não podem potencialmente serem substituídos por concorrentes sujeitam-se a ações oportunistas (efeito refém). Nessa visão, é a exploração maliciosa das informações que um agente possui e a outra parte ignora que possibilita a obtenção de vantagens indevidas na transação.

Segundo essa concepção, esse oportunismo é uma forma de corrupção, pois tanto a manipulação *ex-ante*, da promessa impossível, quanto a atuação *ex-post*, de omissão de informações, estão inseridas em um contexto de quebra de relação e de desvirtuamento das finalidades da política de saúde em prol de interesses pessoais.

No momento em que o efeito refém se materializa, abre-se espaço para a exploração de vantagens, seja por preços excessivos, seja pelo descumprimento de regras – há uma relação de dependência e ela é explorada na construção de relações indevidas, com o concurso de outros atores, dada a dificuldade de detecção da manipulação e a falta de pressão pela concorrência.

Logo, mercados monopolistas, como são os de insumos e equipamentos de saúde e os de medicamentos, complexos e com alto grau de tecnologia, geram situações mercadológicas que facilitam a corrupção, não só por ditarem o preço dos produtos, mas por estabelecerem relações com alto grau de dependência, nas quais preços inflados ou ações fraudulentas são comuns, por falta de concorrência.

Dessa forma, não é possível dissociar subornos e compras superfaturadas de questões mercadológicas, de monopólios ou oligopólios. Dessa forma, as salvaguardas se fazem necessárias no âmbito estratégico, na atuação regulatória para a promoção da concorrência, assim como na intervenção governamental para assumir a produção de determinados insumos, garantindo a manutenção de reservas estratégicas e estoques reguladores.

33 BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. **Vale quanto pesa**: um estudo sobre os impactos do controle na gestão. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

34 WILLIAMSON, Oliver E. **Market and Hierarchies**: Analysis and Antitrust Implications. New York: The Free Press, 1975.

35 FIANI, Ronaldo. **Cooperação e conflito**: instituições e desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente, uma base empírica consolidando as ocorrências de corrupção na saúde, no Brasil do Século XXI, traria às discussões aqui levantadas mais robustez na associação das características da política de saúde e a incidência de corrupção. Entretanto, buscou-se tratar de forma ensaística essa temática, apresentando bases teóricas e práticas, como a construção de programas de integridade e a análise de programas governamentais na área de saúde.

Simplificações dessa discussão, na linha de que a saúde tem muito dinheiro e por isso tem muita corrupção, ou de que a corrupção na saúde deriva da falta de caráter de determinados grupos, pouco contribui para a construção de estratégias eficazes para enfrentar o problema que permeia essa política, que demanda mais do que discursos: ações concretas e racionais.

Características dos SUS como: i) mecanismos de *accountability* com fragilidades de coordenação e especialização; ii) autonomia de agentes e entes implementadores da política de saúde; iii) volume intenso de transações pelo seu caráter universal; iv) conflitos de valores na cultura de traço patrimonialista; e v) relações monopolísticas com os atores privados, são algumas das causas para os frequentes escândalos divulgados nos periódicos e, por isso, precisam balizar estratégias de promoção da integridade.

O artigo buscou mostrar a relação entre a política de saúde e a natureza qualitativa da corrupção e como ela pode ser útil na construção de salvaguardas, estratégicas ou minimalistas, que devem compor o planejamento e a implementação dessa política, sob pena de se verem repetidos os desmandos e a inglória luta da responsabilização.

REFERÊNCIAS

ARIELY, Dan. **A Mais Pura Verdade sobre a Desonestidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. Como incentivar os municípios a prevenir a corrupção? **Jota**, 2016. Disponível em: <https://jota.info/especiais/como-incentivar-osmunicipios-prevenir-corrupcao-07122016#_ftn6>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. Gestão de riscos: o coração de um programa de integridade. **Portal Migalhas**, 2021. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/depeso/338984/gestao-de-riscos--o-coracao-de-um-programa-de-integridade>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. Transparência ativa e nudge: um diálogo possível. **Congresso em Foco**, 2021. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/blogs-e-opinio/foru/transparencia-ativa-e-nudge-um-dialogo-possivel/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRAGA, Marcus Vinicius de Azevedo. **Vale quanto pesa**: um estudo sobre os impactos do controle na gestão. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão Plenário 2.604/2018**. Avaliação dos controles de prevenção e detecção relacionados a fraude e corrupção de órgãos e instituições do Poder Executivo Federal. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/risco-de-exposicao-a-fraude-e-corrupcao-na-administracao.htm/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BURKI, Talha. Corruption is an “ignored pandemic”. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 19, n. 5, p. 471, 2019.

CALDAS, Olavo Venturim; COSTA, Cristiano Machado; PAGLIARUSSI, Marcelo Sanches. Corrupção e composição dos gastos governamentais: evidências a partir do Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Pública**, v. 50, p. 237-264, 2016.

CRESSEY, Donald R. **Other People’s Money**: A study in the social psychology of embezzlement. Glencoe, IL: The free press, 1953.

EUROPEAN COMMISSION. **Study on Corruption in the Healthcare Sector** (HOME/2011/ISEC/PR/04`A2). Brussels: European Commission, 2013.

FIANI, Ronaldo. **Cooperação e conflito**: instituições e desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HUSSMANN, Karen. **Health sector corruption**. Practical recommendations for donors. 2020. Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2020:10). Disponível em: <<https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2022.

ISO. International Organization for Standardization. **ISO 31000:2018**, 2018. Disponível em: <<https://www.iso.org/iso-31000-risk-management.html>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

KLITGAARD, Robert E. **A corrupção sob controle**. Tradução de Octávio Alves Velho. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

LAMBSDORFF, Johann Graf. **The institutional economics of corruption and reform**: theory, evidence and policy. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

LIPSKY, Michael. **Street Level Bureaucracy**: Dilemmas of the individual in Public services. Nova York: Russel Sage Foundation, 1980.

OCDE. **Estudos da OCDE sobre os sistemas de saúde**: Brasil 2021. OECD Publishing. Paris, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>.

PINTO, Elida Graziane. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação**: uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2015.

PNUD. **La lucha contra la corrupción en el sector de la salud:** métodos, herramientas y buenas prácticas. Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Dirección de políticas de desarrollo. Nova York, 2011. Disponível em: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Corruption_health_spanish.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

PROCOPIUCK, Mario. **Políticas Públicas e Fundamentos da Administração Pública:** Análise e Avaliação: governança e redes de políticas, administração judiciária. São Paulo: Atlas, 2013.

ROSE-ACKERMAN, Susan. The institutional economics of corruption. In: Graaf, G.; Maravic, P.; Wagenaar, P. **The good cause:** theoretical perspectives on corruption. EUA: Barbara Budrich Publishers, 2010.

ROSSI, Peter H.; LIPSEY, Mark W.; FREEMAN, Howard E. **Evaluation:** a systematic approach. 7. ed. California: Sage Publications, 2004.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas.** Brasília: Enap, 2006.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?lang=pt>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

WILLIAMSON, Oliver E. **Market and Hierarchies:** Analysis and Antitrust Implications. New York: The Free Press, 1975.

EMENDAS PARLAMENTARES NA SAÚDE E OS RISCOS DE APROPRIAÇÃO POLÍTICA E CORRUPÇÃO

Johanna Nublat¹
Malu Bittencourt²
Michael Freitas Mohallem³

Resumo: As emendas parlamentares ao orçamento são um conhecido instrumento da política. São mais frequentemente lembradas por sua importância na manutenção de maiorias parlamentares do que por sua finalidade teórica de democratização. A execução das emendas parlamentares tem se mostrado vulnerável aos arranjos políticos, favorecimentos de aliados políticos locais e repetidos casos de corrupção originados na apropriação indevida de recursos públicos que deveriam ser direcionados ao financiamento de políticas e programas seguindo critérios estritamente

1 Consultora da Transparência Internacional Brasil. É formada em Jornalismo pela Universidade de Brasília e cursou o Master de Políticas Públicas e Sociais da Universidade Pompeu Fabra, em Barcelona. Foi repórter da Folha de S.Paulo e da Veja por mais de dez anos.

2 Consultora do Centro de Conhecimento Anticorrupção da Transparência Internacional – Brasil. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi assistente de pesquisa do Centro de Justiça e Sociedade da Fundação Getúlio Vargas (CJUS/FGV Direito Rio). Tem experiência com pesquisa qualitativa e quantitativa em temas como sistema de justiça, transparência e integridade.

3 Consultor sênior da Transparência Internacional – Brasil, professor nas áreas de Direitos Humanos, Processo Legislativo e Anticorrupção, advogado e consultor em Direito Público. Foi professor e coordenador do Centro de Justiça e Sociedade da FGV Direito Rio, atuou como Diretor da organização Avaaz no Brasil, assessor parlamentar da Liderança do Governo no Senado Federal e assessor jurídico no Ministério da Justiça. Integra o Comitê Científico da Global Network on Electoral Justice e o Conselho Consultivo do Observatório Social do Brasil do Rio de Janeiro.

técnicos. No caso da saúde, o uso político das EPs tem um impacto especialmente prejudicial às políticas públicas dado que, após a implementação do orçamento impositivo, cristalizado com a Emenda Constitucional (EC) n. 86/2015, uma parcela crescente dos gastos do Ministério da Saúde com o custeio do SUS passou a ser coberta pelas emendas parlamentares. A questão da fragmentação de aplicação de recursos na saúde pública ganhou nova dimensão, igualmente preocupante, agora pela absoluta falta de transparência das emendas de relator-geral do orçamento, conhecidas como “RP9”. Ampliaram-se os riscos de corrupção, de influência indevida no processo eleitoral e de descontinuidade e fragmentação de políticas públicas de saúde. A ampliação da transparência e racionalização da utilização dos recursos do orçamento da União dependem de que seja enfrentada a dificuldade matricial que hoje se concentra na apropriação – sem controle social – do orçamento da União por meio das emendas parlamentares distribuídas pelo relator-geral do orçamento.

Palavras-chave: saúde; emendas parlamentares; orçamento impositivo; Emenda Constitucional n. 86/2015; emendas de relator.

1. INTRODUÇÃO: AS EMENDAS PARLAMENTARES NA SAÚDE

Recursos provenientes de emendas parlamentares (EPs) ao orçamento federal, com frequência, ganham o noticiário, seja por revelarem o uso de verbas públicas como moeda de troca em negociações políticas entre a Presidência da República e o Congresso Nacional, seja por eventuais suspeitas de desvios envolvendo recursos destinados à compra de bens ou à realização de serviços.

A experiência mostra que o uso indevido de verbas de EPs, ainda que favoreça diferentes beneficiários, em diferentes circunstâncias, parte de arranjos previsíveis. Por um lado, surgem novos atores envolvidos, os arranjos políticos buscados se renovam, os desvios de verbas irrigam contas pessoais ou políticas, os valores envolvidos são maiores ou menores e diversificam-se as políticas públicas prejudicadas. A essência dos esquemas deflagrados por investigações policiais, porém, tem se mostrado muito semelhantes ao longo dos anos.

Em 2020, em meio à tragédia da pandemia da Covid-19, o senador Chico Rodrigues, então vice-líder do governo do Presidente Jair Bolsonaro no Senado, foi flagrado com dinheiro entre as nádegas em uma operação da Polícia Federal e da Controladoria-Geral da União que investigava fraudes em licitações que podem ter desviado até R\$ 20 milhões em verbas destinadas, por meio de emendas parlamentares, ao combate da pandemia no estado de Roraima⁴. A suspeita levantada pelas investigações é que o senador fazia parte de uma organização criminosa que também incluiria empresários e um ex-funcionário da secretaria estadual de saúde de Roraima, e que teria atuado para direcionar uma licitação para venda superfaturada de testes rápidos de Covid-19⁵.

Catorze anos antes, o chamado escândalo dos sanguessugas consistiu numa estrutura criminosa em que também atuavam em conjunto empresários, parlamentares e funcionários públicos⁶. O esquema dos sanguessugas mobilizava parlamentares para garantir a apresentação de emendas ao orçamento federal com o objetivo de liberar recursos para a aquisição de ambulâncias por parte dos municípios interessados — e previamente contactados pela empresa. A organização, então, tratava de acelerar irregularmente a liberação das verbas junto ao Ministério da Saúde e de fraudar os processos de licitação, vendendo ambulâncias superfaturadas. O caso virou alvo de uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito), que chegou a acusar o envolvimento de 69 deputados federais e de 3 senadores no esquema⁷.

4 SHALDERS, André; MAGENTA, Matheus. Pego com dinheiro nas nádegas, Chico Rodrigues está no 'top 10' de senadores com mais emendas liberadas em 2020. **BBC**, 15 de outubro de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54561361>>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

5 AGÊNCIA ESTADO. PF mira suposto vínculo de Chico Rodrigues com operador de fraudes. **R7**, 22 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/pf-mira-suposto-vinculo-de-chico-rodrigues-com-operador-de-fraudes-23082021>>. Acesso em: 12 de agosto de 2021.

6 AGÊNCIA ESTADO. Entenda o escândalo dos sanguessugas. **Estadão**, 11 de dezembro de 2006. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,entenda-o-escandalo-dos-sanguessugas,20061211p60113>>. Acesso em: 14 de agosto de 2021.

7 CORREIO BRAZILIENSE. MPF denuncia associação por envolvimento com a máfia dos sanguessugas. **Correio Braziliense**, 9 de setembro de 2010. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2010/09/09/interna_politica,212142/mpf-denuncia-associacao-por-envolvimento-com-a-mafia-dos-sanguessugas.shtml>. Acesso em: 2 de agosto de 2021.

Os repetidos casos de corrupção política se associam a uma outra maneira de abuso do poder confiado a uma autoridade para benefício particular ou político: a apropriação indevida de recursos públicos que deveriam ser direcionados ao financiamento de políticas e programas seguindo critérios estritamente técnicos, e que acabam sendo usados com finalidade política, seja para benefício político pessoal ou de aliados. Assim, por sua origem política, as emendas parlamentares com frequência entram em choque com as reais necessidades de políticas públicas de estados e municípios, para onde recursos federais são destinados.

No caso da saúde, o uso político das EPs tem um impacto especialmente prejudicial às políticas públicas dado que, após a implementação do orçamento impositivo, cristalizado com a Emenda Constitucional (EC) n. 86/2015, uma parcela crescente dos gastos do Ministério da Saúde com o custeio do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser coberta pelas emendas parlamentares, que ganharam mais importância orçamentária desde então. As consequências dessa alocação política do recurso público federal serão analisadas a seguir.

2. AS EMENDAS PARLAMENTARES, TIPOS E FUNÇÕES

A redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988 permitiram que parlamentares voltassem a participar individualmente das decisões sobre a alocação de recursos do orçamento federal a estados e municípios por meio das EPs.⁸⁻⁹ Por meio desse mecanismo, congressistas podem remanejar recursos, seja aumentando, diminuindo ou modificando a destinação de verbas para determinadas políticas ou projetos.¹⁰

8 BAIÃO, Alexandre Lima; COUTO, Claudio Gonçalves; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 27, n. 71, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>.

9 PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

10 BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria TC-018.272/2018-5. Brasília, DF: **TCU**, [2018]. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/proces>>

Cabe aos legisladores emendar o orçamento por meio da apresentação de emendas individuais (de deputados e senadores) ou coletivas (de bancadas estaduais, comissões temáticas ou as chamadas emendas do relator-geral), durante a discussão da peça orçamentária pela Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização.¹¹

A descentralização da decisão sobre a distribuição das verbas federais¹² é, assim, um instrumento legal que confere a autoridades parlamentares eleitas — em tese, providas de maior conhecimento sobre as realidades locais em comparação com autoridades de Brasília — o direito de opinar sobre a distribuição de recursos para políticas públicas. Seria uma forma de acessar os recursos “centralizados em Brasília” e “valorizar a representação” de deputados e senadores, nas palavras dos próprios.¹³ O que se questiona, na academia e nos espaços de debate público, é a adequação das funções políticas que as EPs acabam assumindo, tanto durante a construção da peça orçamentária como durante sua execução.

As EPs têm papel crucial na governabilidade do Executivo federal junto ao Congresso Nacional.¹⁴ Com o estabelecimento do orçamento impositivo, alterou-se a relação entre Congresso Nacional e Presidência da República na medida em que se reduziu o âmbito de exercício do poder e discricionariedade do Poder Executivo para negociar com as maiorias parlamentares. A

so/018.272%252F2018-5/%2520/ANO%2520desc%252C%2520NUMEROPROCESSOCOMZEROS%2520desc/0/%2520?uuid=6090e450-0ba1-11ea-a2c0-0f7e80bb71b9>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

11 PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

12 BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Metodologia para identificação das transferências federais para a atenção primária em saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. **Ipea**, n. 24, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/210607_nt_disoc_n_94.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2021.

13 AGÊNCIA SENADO. Orçamento impositivo para emenda de bancada é promulgado pelo Congresso. **Senado Notícias**, 26 de junho de 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/06/26/orcamento-impositivo-para-emenda-de-bancada-e-promulgado-pelo-congresso>>. Acesso em: 02 de agosto de 2021.

14 BAIÃO, Alexandre Lima; COUTO, Claudio Gonçalves; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 27, n. 71, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>.

mudança constitucional alterou o caráter apenas autorizativo das EPs individuais e de bancada – o que significava que sua execução, até então, dependia de autorização expressa do Palácio do Planalto. Negociações políticas posteriores à mudança legal, vastamente divulgadas pela imprensa, todavia, revelaram como o volume de recursos, as definições sobre seu uso e o poder sobre as EPs seguem determinantes para a relação entre o Planalto e o Congresso, e para a consolidação da base de apoio político do Presidente da República.¹⁵

As emendas também adquirem uma função política bastante explícita na outra ponta da equação, quando de sua liberação para uso por estados e municípios. Como cabe ao parlamentar direcionar recursos para determinados entes da federação — e, ao menos até o estabelecimento do orçamento impositivo, também cabia a ele negociar a liberação do recurso aprovado junto ao governo federal —, a emenda acaba assumindo um caráter pessoal e partidário, de benefício vinculado a boas conexões políticas. Placas em obras e notícias mencionando parlamentares responsáveis por determinada emenda são ocorrência frequente no país.

3. A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 86/2015 E SEUS IMPACTOS NO SISTEMA POLÍTICO

O funcionamento e o impacto das EPs foram alterados primeiro em 2014¹⁶, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) daquele ano e, em seguida, com a Emenda Constitucional n. 86/2015, que incluiu no texto constitucional a impositividade de recursos para as EPs individuais, caráter que, no ano seguinte, foi ampliado para as EPs de bancada. Segundo a EC n.

15 HOLANDA, Mariana; RESENDE, Thiago. Bolsonaro recua, desiste de veto a emendas definidas pelo Congresso, mas tira poderes de parlamentares. **Folha de S. Paulo**, 23 de agosto de 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/08/bolsonaro-recua-desiste-de-veto-a-emendas-definidas-pelo-congresso-mas-tira-poderes-de-parlamentares.shtml>>. Acesso em: 15 de agosto de 2021.

16 PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

86/2015, cabe ao Executivo federal liberar 1,2% da receita corrente líquida (RCL) do ano anterior para emendas de parlamentares, sendo que metade desses recursos deve ser aplicada em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), impedido seu uso para pagamento de pessoal ou encargos sociais¹⁷.

Até então, como se explica acima, as EPs individuais, assim como as demais, funcionavam apenas como uma indicação de como os parlamentares gostariam de emendar o orçamento federal, cabendo ao Palácio do Planalto aceitar ou não as sugestões — uma engenharia política que permitia ao Executivo negociar pautas de seu interesse com o Congresso Nacional. Naquele contexto, as EPs tinham baixa execução. Em 2015, segundo dados do Portal da Transparência, foram empenhados R\$ 3,4 bilhões, e pagos R\$ 24,1 milhões; em 2018, o empenho subiu para R\$ 11,3 bilhões, e o pagamento para R\$ 5,1 bilhão; e, em 2020, foram empenhados R\$ 35,3 bilhões e pagos R\$ 16,1 bilhões¹⁸.

Em meio à tensa relação da então Presidente Dilma Rousseff com o Legislativo, em 2014 e 2015, o Congresso mudou essa dinâmica, estabelecendo um piso obrigatório para os gastos do governo com as EPs — que podem, é verdade, sofrer contingenciamento na mesma proporção dos demais gastos discricionários do governo e estão sujeitas a impedimento de ordem técnica¹⁹.

Embora o peso relativo das EPs sobre o orçamento federal total ainda seja pequeno, mesmo depois da EC n. 86/2015 —, em 2020, as despesas orçamentárias totais ficaram na casa de R\$ 4,13 trilhões²⁰ —, as emendas

17 AGÊNCIA SENADO. Orçamento impositivo para emenda de bancada é promulgado pelo Congresso. **Senado Notícias**, 26 de junho de 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/06/26/orcamento-impositivo-para-emenda-de-bancada-e-promulgado-pelo-congresso>>. Acesso em: 02 de agosto de 2021.

18 CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Evolução histórica da execução das despesas para emendas parlamentares. **Portal da Transparência**, [2021?]. Disponível em: <<https://www.portaldatransparencia.gov.br/graficos/emendas/evolucao-historica-emendas/linhas?titulo=Evolu%C3%A7%C3%A3o%20hist%C3%Brica%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20das%20despesas%20para%20emendas%20parlamentares>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

19 SANTOS, Núbia Cristina Barbosa; Gasparini, Carlos Eduardo. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 31, p. 339-396, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>.

20 CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Visão geral do orçamento anual. **Portal da Transparência**, [2021?]. Disponível em: <<https://www.portaldatransparencia.gov.br/orcamento>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

abocanham parte dos escassos recursos que o Executivo tem para gastos não obrigatórios²¹. Piola e Vieira²² mostraram como, a partir de 2016, o Ministério da Saúde passou a gastar uma fatia considerável de seu orçamento com EPs, acima do determinado pelo orçamento impositivo: em 2015, as EPs representavam 1,7% da despesa total do Ministério da Saúde com ASPs; em 2018, o percentual saltou para 7,5%, o que significa que mais de R\$ 8,8 bilhões dos recursos empenhados para ações e serviços públicos de saúde foram definidos pelos parlamentares seguindo uma lógica política particular.

A transferência da decisão sobre como usar o recurso associada à crise econômica e ao congelamento de gastos do Ministério da Saúde com ASPs²³ fizeram com que os recursos transferidos pelas EPs que, tradicionalmente, eram usados para investimentos (como obras e compras de equipamentos e ambulâncias) passassem a ser majoritariamente destinados ao custeio do sistema -- caso das transferências para o incremento temporário do teto do Piso de Atenção Básica (PAB) e de Média e Alta Complexidade (MAC).

Assim que, nos últimos anos, os critérios políticos para a destinação de recursos via EPs na área da saúde ganharam ainda mais relevância. E nem sempre a lógica parlamentar segue a lógica da necessidade real do SUS para a alocação de recursos. Além disso, as EPs acabam fugindo da pactuação tripartite entre governo federal, estados e municípios, um dos pilares do SUS.

Como apontado por Santos e Gasparini²⁴, as regras de funcionamento das EPs exigem o uso efetivo das verbas alocadas, mas não o cumprimento de metas nem a demonstração dos impactos das políticas públicas por elas

21 MARTELLO, Alexandre. Espaço para gasto não obrigatório do governo em 2021 é o menor em 14 anos, indica Tesouro. **G1**, 9 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/01/09/espaco-para-gasto-nao-obrigatorio-do-governo-em-2021-e-o-menor-em-14-anos-indica-tesouro.ghtml>>. Acesso em: 02 de setembro de 2021.

22 PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

23 PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

24 SANTOS, Núbia Cristina Barbosa; Gasparini, Carlos Eduardo. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 31, p. 339-396, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>.

financiadas. Outros estudos e análises mostram como as EPs podem ir na contramão de garantir a redução das desigualdades regionais do Sistema Único de Saúde, a adequada transparência no uso dos recursos, e o acompanhamento social.

4. O ORÇAMENTO DA SAÚDE E AS EMENDAS DE RELATOR

O Sistema Único de Saúde (SUS), como indicado pelo artigo 198 da Constituição Federal de 1998, deve ser financiado com recursos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A Lei Complementar n. 141/2012, que regulamenta o mencionado dispositivo, prevê, ainda, patamares que os diferentes entes federativos devem observar quanto se trata do financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (ASPS). Dessa forma, estabelece a lei que, anualmente, os municípios devem aplicar, no mínimo, 15% da arrecadação de seus impostos na área. Por sua vez, cabe aos estados destinar 12% dos valores obtidos por meio deste tipo de tributo ao setor.

Mesmo diante do modelo de financiamento de responsabilidade compartilhada apresentado, há que se destacar que os entes subnacionais dependem sensivelmente dos recursos federais para patrocinar ASPS²⁵, considerando o desenho tributário adotado pelo texto constitucional, centralizado na União. Por este motivo, quando se fala em financiamento do SUS, o chamado “orçamento federal da Saúde” ganha especial destaque, merecendo o olhar atento de especialistas, os quais, historicamente, se debruçam sobre diversos problemas a ele atrelados, como o chamado “teto de gastos públicos” e a adoção de critérios políticos e até ilícitos para a alocação de recursos.

Quanto às políticas de restrição de gastos, chama atenção nota técnica publicada em 2021 pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS),

25 Dados coletados pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) demonstram que mais da metade dos recursos propostos no Projeto de Lei Orçamentária de 2022 à Saúde são transferidos aos entes subnacionais – 40% aos fundos municipais e 14% aos fundos estaduais (FARIA, Manuel; NOBRE, Victor; TASCA, Renato; AGUILLAR, Arthur. 2021. **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. Nota Técnica n. 23. IEPS: São Paulo).

na qual constata-se que a porcentagem de recursos destinados à Saúde no último Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) - que definiu metas e traçou as regras para execução de despesas do governo federal em 2022 - foi a menor nos últimos dez anos (3,19% do orçamento efetivo). Dado igualmente alarmante apontado pela pesquisa foi o de que, em valores absolutos, a Saúde contou com apenas R\$ 147,4 bilhões, valor inferior aos R\$ 149,9 bilhões previstos no PLOA de dez anos atrás²⁶.

As informações levantadas revelam os efeitos do novo regime fiscal imposto pelo mencionado “teto de gastos públicos”, aprovado pela Emenda Constitucional n. 95/2016. A medida, cuja vigência se estenderá até 2036, determina que as despesas federais em Saúde não podem ultrapassar o valor empenhado no exercício financeiro anterior, somado à inflação, sem que recursos de outras áreas sejam cortados²⁷, mesmo diante de crescimento econômico ou sendo imprescindível ao SUS dispor de mais recursos, em razão de questões que podem ir desde o crescimento demográfico até o desenvolvimento de planos e programas na área.

O cenário é alarmante e carrega um alerta à precarização do SUS. Embora o país esteja comparativamente bem colocado no cenário internacional quando o assunto é proporção do PIB dirigido à Saúde²⁸, o gasto per capita é tímido. De acordo com levantamento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em 2019, o Brasil gastou US\$ 1.282 por habitante em 2018, considerando recursos públicos e privados, enquanto a média dos países que compõem a OCDE foi de US\$ 4.000. Por esta razão, ocupou o 37º lugar de um ranking de 44 países²⁹. Diante das circunstâncias, torna-se difícil não só a expansão de ASPs, como também a sustentabilidade das já existentes.

26 FARIA, Manuel; NOBRE, Victor; TASCA, Renato; AGUILLAR, Arthur. 2021. **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. Nota Técnica n. 23. IEPS: São Paulo.

27 MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, v. 4, p. 259-281, 2019.

28 OECD (2021), Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021, **OECD Publishing**, Paris, <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>.

29 FERNANDES, Daniela. Os dados da OCDE que põem o Brasil entre últimos em ranking de gastos em saúde. **BBC**. 07 de novembro de 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50329522>>. Acesso em: 13 de abril de 2022.

Soma-se ao subfinanciamento da Saúde, a ineficiência no planejamento dos escassos recursos federais disponíveis. Nesse contexto, fica evidente o impacto negativo das EPs. Como visto, a aprovação da Emenda Constitucional n. 86/2015 fez com que as emendas individuais propostas por deputados federais e senadores passassem a ser aprovadas no limite de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo. E mais, previu-se que metade deste valor deveria ser destinado a ASPS. Como identificado por Vieira e Piola, um efeito direto da adoção do chamado “orçamento impositivo” foi o incremento da participação das EPs no orçamento da Saúde.³⁰

Sobre o tema, os autores citam pesquisa conduzida por Greggianin e Silva, segundo a qual a participação das emendas no orçamento do Ministério da Saúde saltou de 24,5%, no biênio 2012-2013, para 51,7%, no biênio 2014-2015. Quando o assunto é investimento, as EPs continuam sendo proeminentes. Da nota técnica já citada por este artigo, produzida pelo IEPS, extrai-se a seguinte informação: “no biênio 2020-2021, mais de 70% dos investimentos no Ministério da Saúde foram oriundos de emendas”³¹. Merece destaque, ainda, o fato de que, em 2022, 54,6% das emendas ao orçamento da União foram distribuídas à Saúde, conforme dados disponibilizados pela Controladoria-Geral da União via transparência ativa³².

Ainda que se possa justificar democraticamente a atuação parlamentar na definição do orçamento por meio de EPs, a falta de regramentos e mecanismos de controle que garantam a transparência e a *accountability* na proposição deste instrumento serve de substrato para a alocação de recursos com base em critérios políticos e, por vezes, ilícitos, sobretudo quando analisamos as emendas tecnicamente conhecidas como “RP9”. No tópico anterior, vimos que as prerrogativas do relator-geral do orçamento, original-

30 PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

31 FARIA, Manuel; NOBRE, Victor; TASCA, Renato; AGUILLAR, Arthur. 2021. **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. Nota Técnica n. 23. IEPS: São Paulo.

32 CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Distribuição por área de atuação. **Portal da Transparência**, 2022. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/emendas>>. Acesso em: 02 de maio de 2022.

mente adstritas à correção de erros ou omissões de ordem técnica ou legal, foram sendo ampliadas desde a edição da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2020, momento em que o “orçamento secreto” ganhou ainda mais espaço nos noticiários.

As principais críticas dirigidas às emendas de relator-geral guardam relação com: (i) a falta de rastreabilidade deste tipo de emenda, levando-se em conta a insuficiência de dados sobre a sua autoria, motivação e destinação, o que dificulta e até inviabiliza a ação de órgãos de controle e investigação; (ii) a quebra da isonomia entre os parlamentares, uma vez que os recursos são distribuídos de maneira não equânime e não respaldados em lei³³⁻³⁴; (iii) e a irresponsabilidade orçamentária, haja vista que as emendas RP9 assumiram cifras extraordinárias nos exercícios financeiros anteriores³⁵⁻³⁶.

Dados divulgados pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados sinalizam que R\$ 4,6 dos R\$ 9,3 bilhões em emendas de relator foram empenhados na Saúde em 2021³⁷. Veículos da imprensa têm se debruçado sobre os meandros por trás da destinação dessas cifras e evidenciam que, en-

33 “Partidos que fazem oposição ao governo Jair Bolsonaro no Congresso Nacional receberam, em 2020 e 2021, 1,8% das emendas de relator detalhadas ao Supremo Tribunal Federal (STF). O percentual é bem menor que os 50% recebidos pelas cinco siglas do chamado ‘Centrão’, bloco político que dá sustentação ao governo no parlamento” (CASTRO, Ana Paula; CLAVERY, Elisa; GARCIA, Gustavo et al. Orçamento ‘secreto’: oposição indicou 1,8% e Centrão, 50% das emendas informadas ao STF. **G1**, 14 de maio de 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/05/14/orcamento-secreto-oposicao-indicou-18percent-e-centrao-50percent-das-emendas-informadas-ao-stf.ghtml>>. Acesso em: 06 de junho de 2022).

34 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ministra Rosa Weber nega ampliação do prazo para que Congresso detalhe emendas do relator. **STF**, 18 de março de 2022. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=483654&ori=1>>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

35 SIGA BRASIL. Painel Execução de Emenda. **Senado Federal**, [2022?]. Disponível em: <<https://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrazilpainelcidadeo.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=SH14>>. Acesso em: 06 de junho de 2022.

36 MARTELLO, Alexandre; MAZUI, Guilherme. Governo diz que Orçamento não prevê recursos para o Censo e que pesquisa não ocorrerá em 2021. **G1**, 23 de abril de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/04/23/governo-diz-que-orcamento-nao-preve-recursos-para-o-censo-e-que-pesquisa-nao-ocorrera-2021.ghtml>>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

37 CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA. **Nota técnica n. 63/2021**. Emendas de relator - subsídios quanto aos aspectos orçamentários. Brasília, 08 de novembro de 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2021/nota-tecnica-63-de-2021_-emendas-de-relator_-subsidiios-aspectos-orcamentarios_-_versao-preliminar>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

tre os anos de 2019 e 2021, houve um aumento de 112% na participação das emendas parlamentares no custeio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), sendo que mais da metade deste aumento ocorreu via emendas de relator. Para os veículos, o alto percentual é fruto de uma tendência já discutida no âmbito deste artigo, a de expansão dos poderes do Congresso Nacional sobre o orçamento, inflada pelo contexto de enfrentamento da pandemia de Covid-19.³⁸

O FNS é considerado o gestor financeiro do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁹, sendo fundamental ao alcance do propósito descentralizador do sistema, já que representa uma importante fonte de recursos para que os entes subnacionais financiem ações e serviços na área. Porém, o FNS teria sido “rifado” entre as bancadas do Congresso Nacional, sob coordenação de lideranças da Câmara dos Deputados. A utilização de parâmetros não técnicos para a destinação dos recursos do fundo foi confirmada pelo próprio deputado federal e relator-geral do orçamento de 2022, Hugo Leal (PSD): “Instrumento de negociação política (FNS): por que municípios recebem mais e outros menos? Porque o líder ou o deputado está colocando mais no município que interessa para ele. Isso [critério] é político”.⁴⁰

As apurações revelam que, diante da penumbra orçamentária provocada pela utilização das emendas RP9, congressistas que compõem a base aliada do governo foram os mais beneficiados com os recursos do FNS. O município que mais recebeu verbas do FNS via emendas parlamentares foi São Gonçalo, R\$ 133 milhões (R\$ 111 milhões especificamente por emendas de relator). Localizada na região metropolitana, a cidade tem como um dos principais líderes políticos Altineu Cortês, integrante do mesmo partido do Presidente da República Jair Bolsonaro, o PL. Mesmo possuindo uma popu-

38 CAMPOREZ, Patrik; DANTAS, Dimitriuz; GONÇALVES, Eduardo et al. Dinheiro destinado ao SUS é usado para beneficiar aliados do governo no Congresso. **O Globo**, 15 de maio de 2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/dinheiro-destinado-ao-sus-usado-para-beneficiar-aliados-do-governo-no-congresso-1-25509943?versao=amp>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

39 SECRETARIA DE GOVERNO. Fundo Nacional de Saúde. **Presidência da República**, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/secretariadegoverno/pt-br/portalfederativo/guiatermino/areas-tecnicas/saude/fundo-nacional-de-saude>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

40 CAMPOREZ, Patrik; DANTAS, Dimitriuz; GONÇALVES, Eduardo et al. Dinheiro destinado ao SUS é usado para beneficiar aliados do governo no Congresso. **O Globo**, 15 de maio de 2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/dinheiro-destinado-ao-sus-usado-para-beneficiar-aliados-do-governo-no-congresso-1-25509943?versao=amp>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

lação mais de cinco vezes maior que a de São Gonçalo, a cidade do Rio de Janeiro recebeu apenas R\$ 14 milhões em emendas.⁴¹

O uso de critérios políticos reforça, entre outros problemas, a desigualdade no acesso a recursos do SUS. Quanto à questão da desigualdade, Rocha e Skalo, mencionando Arretcht, trazem importante reflexão: “Muito embora exista um conjunto de mecanismos fiscais orientados a reduzir desigualdades entre entes subnacionais no Brasil, a compensação tem sido limitada e está longe de privilegiar as unidades que concentram maiores necessidades”⁴². Neste contexto, em que o recurso público não alcança aqueles que mais precisam, o SUS acaba distanciando-se dos seus princípios basilares de universalização e equidade. Como pontuado pelos autores, tornam-se relevante e urgente para a agenda pública discussões a respeito de mecanismos de redistribuição de recursos mais efetivos.

Além da reforma constitucional, também merece destaque o impacto da Lei n.13.204/2015, que passou a permitir o direcionamento de recursos de emendas parlamentares para **“celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial”** sem tomada de preço ou processo que evite direcionamento de emendas para aliados. Segundo Élide Graziane Pinto, trata-se do “maior incentivo ao regime jurídico das emendas parlamentares, uma vez que os deputados e senadores podem escolher subjetivamente qual é o CNPJ da entidade beneficiária do repasse”, já que “a execução das emendas parlamentares é marcada por escolhas estritamente personalistas e paroquiais, bem como pela descontinuidade nos serviços públicos, haja vista a falta de critérios que priorizem as obras já em andamento e os projetos inscritos no planejamento das políticas públicas”.⁴³

41 CAMPOREZ, Patrik; DANTAS, Dimitriuz; GONÇALVES, Eduardo et al. Dinheiro destinado ao SUS é usado para beneficiar aliados do governo no Congresso. **O Globo**, 15 de maio de 2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/dinheiro-destinado-ao-sus-usado-para-beneficiar-aliados-do-governo-no-congresso-1-25509943?versao=amp>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

42 ROCHA, Rudi; SZKLO, Michel. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. **APS EM RE-VISTA**, v. 3, n. 1, p. 66-74, 2021.

43 PINTO, Élide Graziane. Emendas parlamentares: quanto menos controláveis, mais atraentes. **Conjur**, 17 de maio de 2022. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2022-mai-17/contas-vista-emendas-quao-controlaveis-atraentes>>. Acesso em: 08 de junho de 2022.

No horizonte de fragilização da transparência e da *accountability* na proposição de emendas ao orçamento da União, não só a utilização de critérios políticos para a alocação de dinheiro público ganhou terreno, como também práticas ilícitas. Um inquérito criminal conduzido pela Polícia Federal investiga supostos desvios de recursos de emendas parlamentares da Saúde recebidas pelo estado do Maranhão. Em dezembro de 2021, a revista *Crusoe* divulgou imagens, apuradas no bojo do inquérito, que mostram o deputado federal Josimar de Maranhãozinho (PL) em posse de vultuosa quantia de dinheiro em espécie, fruto, em tese, de verbas de emendas da Saúde recebidas por empresas de fachada atuantes no estado.⁴⁴⁻⁴⁵

Diante dos fatos, parlamentares, como o Senador Alessandro Vieira (Cidadania)⁴⁶, mobilizaram esforços para a apresentação de pedido de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que averigue a distribuição das emendas de relator. Entretanto, até o momento, não obtiveram o número de assinaturas suficiente. Casos de corrupção envolvendo emendas não são novos no cenário político nacional, nem mesmo a falta de resposta estatal adequada aos ilícitos.

Ainda que a criação de mecanismos e marcos legais que evitem o uso eleitoreiro e ilícito das emendas parlamentares, especialmente as de relator, deva partir daqueles que legitimamente representam os interesses da população, o Supremo Tribunal Federal vem dando importantes passos na promoção de uma maior transparência a este instrumento. Nas Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPFs) 850, 851 e 854, determinou o tribunal que o Congresso Nacional garanta a publicidade da destinação das emendas do relator referentes aos exercícios de 2020 e 2021.

44 CAPELLI, Paulo; RANGEL, Rodrigo. Escracho na base. **Crusoe**, 03 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://crusoe.uol.com.br/edicoes/188/escracho-na-base/>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

45 ROCHA, Marcelo. Deputado do PL alvo de investigação é flagrado pela PF com maços de dinheiro. **Folha de S. Paulo**, 03 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/amp/poder/2021/12/deputado-do-pl-alvo-de-investigacao-e-flagrado-pela-pf-com-macos-de-dinheiro.shtml>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

46 GAZETA DO POVO. Alessandro Vieira protocola pedido para abertura de CPI do “orçamento secreto”. **Gazeta do Povo**, 04 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://www.gazetado-povo.com.br/republica/breves/alessandro-vieira-protocola-pedido-cpi-do-orcamento-secreto/amp/>>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emendas parlamentares ao orçamento são um conhecido instrumento da política. São mais frequentemente lembradas por sua importância na manutenção de maiorias parlamentares do que por sua finalidade teórica de democratização do orçamento no modelo presidencialista que se desenvolveu no Brasil desde a redemocratização.

A execução das emendas parlamentares tem se mostrado vulnerável aos arranjos políticos, favorecimentos de aliados políticos locais e repetidos casos de corrupção originados na apropriação indevida de recursos públicos que deveriam ser direcionados ao financiamento de políticas e programas seguindo critérios estritamente técnicos. As emendas parlamentares comumente entram em choque com as reais necessidades de políticas públicas de estados e municípios, para onde recursos federais são destinados.

No caso da saúde, o uso político das EPs tem um impacto especialmente prejudicial às políticas públicas dado que, após a implementação do orçamento impositivo, cristalizado com a Emenda Constitucional (EC) n. 86/2015, uma parcela crescente dos gastos do Ministério da Saúde com o custeio do SUS passou a ser coberta pelas emendas parlamentares, que ganharam mais importância orçamentária desde então.

As EPs individuais funcionavam como uma indicação de como os parlamentares gostariam de emendar o orçamento federal, cabendo ao Poder Executivo conduzir o processo de execução, levando em conta não apenas as composições e negociações políticas no Congresso, mas também as obrigações legais e a melhor condução das políticas públicas. Como os critérios de parlamentares para elaboração de EPs bem como sua execução, não seguem a lógica da necessidade real do SUS para a alocação de recursos, os investimentos nessa área podem ir na contramão da redução das desigualdades regionais, a adequada transparência no uso dos recursos e o acompanhamento social.

Nos últimos anos, a questão da fragmentação de aplicação de recursos do orçamento da União na saúde pública ganhou nova dimensão, igualmente preocupante, agora pela absoluta falta de transparência das emendas de relator-geral do orçamento, conhecidas como "RP9". As principais críticas dirigidas às emendas de relator-geral guardam relação com: (i) a falta de

rastreabilidade deste tipo de emenda, levando-se em conta a insuficiência de dados sobre a sua autoria, motivação e destinação, o que dificulta e até inviabiliza a ação de órgãos de controle e investigação; (ii) a quebra da isonomia entre os parlamentares, uma vez que os recursos são distribuídos de maneira não equânime a não respaldados em lei; (iii) e a irresponsabilidade orçamentária, haja vista que as emendas RP9 assumiram cifras extraordinárias nos exercícios financeiros dos últimos anos.

Assim, a consolidação da impositividade das EPs, agora conjugada com a falta de transparência das emendas de relator, ampliou significativamente os riscos de corrupção, de influência indevida no processo eleitoral e de descontinuidade e fragmentação de políticas públicas de saúde. A boa analogia feita por Élide Graziane Pinto apresenta as emendas do relator-geral como saques feitos por parlamentares para aplicação quase privada de recursos públicos, conforme conveniência própria.⁴⁷ Com tantos desafios ocupando o espaço do debate público no campo da saúde durante e após a pandemia de Covid-19, não haverá transparência e racionalização da utilização dos recursos do orçamento da União enquanto não for enfrentada a dificuldade matricial que hoje se concentra na apropriação – sem controle social – do orçamento da União por meio das emendas parlamentares distribuídas pelo relator-geral do orçamento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADO. Entenda o escândalo dos sanguessugas. **Estadão**, 11 de dezembro de 2006. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,entenda-o-escandalo-dos-sanguessugas,20061211p60113>>. Acesso em: 14 de agosto de 2021.

AGÊNCIA ESTADO. PF mira suposto vínculo de Chico Rodrigues com operador de fraudes. **R7**, 22 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/pf-mira-suposto-vinculo-de-chico-rodrigues-com-operador-de-fraudes-23082021>>. Acesso em: 12 de agosto de 2021.

AGÊNCIA SENADO. Orçamento impositivo para emenda de bancada é promulgado pelo Congresso. **Senado Notícias**, 26 de junho de 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/06/26/orcamento-impositivo-para-emenda-de-bancada-e-promulgado-pelo-congresso>>. Acesso em: 02 de agosto de 2021.

47 PINTO, Élide Graziane. Emendas parlamentares: quanto menos controláveis, mais atraentes. **Conjur**, 17 de maio de 2022. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2022-mai-17/contas-vista-emendas-quao-controlaveis-atraentes>>. Acesso em: 08 de junho de 2022.

BAIÃO, Alexandre Lima; COUTO, Claudio Gonçalves; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 27, n. 71, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Metodologia para identificação das transferências federais para a atenção primária em saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. **Ipea**, n. 24, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/210607_nt_disoc_n_94.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria TC-018.272/2018-5. Brasília, DF: **TCU**, [2018]. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/processo/018.272%252F2018-5/%2520/ANO%2520desc%252C%2520NUMEROPROCESSOCOMZEROS%2520desc/0/%2520?uuid=6090e450-0ba1-11ea-a2c0-0f7e80bb71b9>>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

CAMPOREZ, Patrik; DANTAS, Dimitriuz; GONÇALVES, Eduardo et al. Dinheiro destinado ao SUS é usado para beneficiar aliados do governo no Congresso. **O Globo**, 15 de maio de 2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/dinheiro-destinado-ao-sus-usado-para-beneficiar-aliados-do-governo-no-congresso-1-25509943?versao=amp>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

CAPELLI, Paulo; RANGEL, Rodrigo. Escracho na base. **Crusoe**, 03 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://crusoe.uol.com.br/edicoes/188/escracho-na-base/>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

CASTRO, Ana Paula; CLAVERY, Elisa; GARCIA, Gustavo et al. Orçamento 'secreto': oposição indicou 1,8% e Centrão, 50% das emendas informadas ao STF. **G1**, 14 de maio de 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/05/14/orcamento-secreto-oposicao-indicou-18percent-e-centrao-50percent-das-emendas-informadas-ao-stf.ghtml>>. Acesso em: 06 de junho de 2022.

CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA. **Nota técnica n. 63/2021**. Emendas de relator - subsídios quanto aos aspectos orçamentários. Brasília, 08 de novembro de 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2021/nota-tecnica-63-de-2021_-emendas-de-relator_-subsidiios-aspectos-orcamentarios_-_versao-preliminar>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Distribuição por área de atuação. **Portal da Transparência**, 2022. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/emendas>>. Acesso em: 02 de maio de 2022.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Evolução histórica da execução das despesas para emendas parlamentares. **Portal da Transparência**, [2021?]. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/graficos/emendas/evolucao-historica-emendas/linhas?titulo=Evolu%C3%A7%C3%A3o%20hist%C3%B3rica%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20das%20despesas%20para%20emendas%20parlamentares>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Visão geral do orçamento anual. **Portal da Transparência**, [2021?]. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/orcamento>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

CORREIO BRAZILIENSE. MPF denuncia associação por envolvimento com a máfia dos sanguessugas. **Correio Brasileiro**, 09 de setembro de 2010. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2010/09/09/interna_politica,212142/mpf-denuncia-associacao-por-envolvimento-com-a-mafia-dos-sanguessugas.shtml>. Acesso em: 2 de agosto de 2021.

FARIA, Manuel; NOBRE, Victor; TASCA, Renato; AGUILLAR, Arthur. 2021. **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. Nota Técnica n. 23. IEPS: São Paulo.

FERNANDES, Daniela. Os dados da OCDE que põem o Brasil entre últimos em ranking de gastos em saúde. **BBC**, 07 de novembro de 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50329522>>. Acesso em: 13 de abril de 2022.

GAZETA DO POVO. Alessandro Vieira protocola pedido para abertura de CPI do “orçamento secreto”. **Gazeta do Povo**, 04 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/república/breves/alessandro-vieira-protocola-pedido-cpi-do-orcamento-secreto/amp/>>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

HOLANDA, Mariana; RESENDE, Thiago. Bolsonaro recua, desiste de veto a emendas definidas pelo Congresso, mas tira poderes de parlamentares. **Folha de S. Paulo**, 23 de agosto de 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/08/bolsonaro-recua-desiste-de-veto-a-emendas-definidas-pelo-congresso-mas-tira-poderes-de-parlamentares.shtml>>. Acesso em: 15 de agosto de 2021.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, v. 4, p. 259-281, 2019.

MARTELLO, Alexandro. Espaço para gasto não obrigatório do governo em 2021 é o menor em 14 anos, indica Tesouro. **G1**, 09 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/01/09/espaco-para-gasto-nao-obrigatorio-do-governo-em-2021-e-o-menor-em-14-anos-indica-tesouro.ghtml>>. Acesso em: 02 de setembro de 2021.

MARTELLO, Alexandro; MAZUI, Guilherme. Governo diz que Orçamento não prevê recursos para o Censo e que pesquisa não ocorrerá em 2021. **G1**, 23 de abril de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/04/23/governo-diz-que-orcamento-nao-preve-recursos-para-o-censo-e-que-pesquisa-nao-ocorrera-2021.ghtml>>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

OECD (2021), Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021, **OECD Publishing**, Paris, <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>.

PINTO, Élide Graziane. Emendas parlamentares: quanto menos controláveis, mais atraentes. **Conjur**, 17 de maio de 2022. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2022-mai-17/contas-vista-emendas-quao-controlaveis-atraentes>>. Acesso em: 08 de junho de 2022.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **IPEA**, v. 2497, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

ROCHA, Marcelo. Deputado do PL alvo de investigação é flagrado pela PF com maços de dinheiro. **Folha de S. Paulo**, 03 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/amp/poder/2021/12/deputado-do-pl-alvo-de-investigacao-e-flagrado-pela-pf-com-macos-de-dinheiro.shtml>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

ROCHA, Rudi; SZKLO, Michel. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 1, p. 66-74, 2021.

SANTOS, Núbia Cristina Barbosa; Gasparini, Carlos Eduardo. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 31, p. 339-396, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>.

SECRETARIA DE GOVERNO. Fundo Nacional de Saúde. **Presidência da República**, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/secretariadegoverno/pt-br/portalfederativo/guiatermino/areas-tecnicas/saude/fundo-nacional-de-saude>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

SHALDERS, André; MAGENTA, Matheus. Pego com dinheiro nas nádegas, Chico Rodrigues está no 'top 10' de senadores com mais emendas liberadas em 2020. **BBC**, 15 de outubro de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54561361>>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

SIGA BRASIL. Painel Execução de Emenda. **Senado Federal**, [2022?]. Disponível em: <<https://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QV5%40www9&anonymous=true&Sheet=SH14>>. Acesso em: 06 de junho de 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ministra Rosa Weber nega ampliação do prazo para que Congresso detalhe emendas do relator. **STF**, 18 de março de 2022. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=483654&ori=1>>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

GOVERNO, CORRUPÇÃO E A COVID-19 NO BRASIL: REFLEXOS E DESAFIOS

Samuel de Paiva Naves Mamede¹

Resumo: A crise sanitária e econômica causada pela pandemia de COVID-19 exigiu uma rápida tomada de ação por parte dos governos, de forma emergencial, na tentativa de combater o número de mortes ocasionadas pelos efeitos do vírus até então desconhecido. Com a finalidade de facilitar o fluxo dos gastos públicos que visavam auxiliar e proteger a população durante o momento de calamidade pública, os órgãos governamentais reduziram as burocracias do processo de aprovação e destinação de verbas, de modo a reduzir ao máximo o tempo entre liberação de recursos e execução dos feitos, que incluíam a construção de hospitais públicos, a compra de equipamentos médicos, a distribuição de auxílio emergencial, o apoio a pesquisas para as vacinas e até a construção de valas/cemitérios. Adicionalmente, por meio de uma análise de casos de auditoria em corrupção em municípios brasileiros, constata-se que: (i) quanto maiores os casos de corrupção, menor é o número de votantes; (ii) quanto maior o número de cidades com auditorias em corrupção, maiores são as compras do hidroxicloroquina para o combate à pandemia.

Palavras-chaves: corrupção; COVID-19; municípios; Bolsonaro; hidroxicloroquina.

¹ PhD em Finanças, Professor na Universidade Presbiteriana Mackenzie e Network Fellow no The Institute for Corruption Studies. Researcher at CAPI – The Center for the Advancement of Public Integrity (Columbia University).

1. INTRODUÇÃO: CORRUPÇÃO E COVID-19

Antes da pandemia de COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), o mundo moderno tinha diversos problemas econômicos. Entretanto, com a chegada da pandemia de COVID-19, os países foram – de alguma forma – afetados por consequências sociais, econômicas e políticas. Nessas circunstâncias, os empresários experimentam atrasos e incertezas na economia, devido às restrições causadas pelo isolamento social².

A pandemia de COVID-19 expandiu-se rapidamente em todo o mundo, criando uma crise de saúde pública sem precedentes, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento³. Em um esforço para controlar a disseminação da doença, muitos governos de diferentes regiões estabeleceram medidas rigorosas de bloqueio, restringindo a mobilidade de milhões de cidadãos e paralisando a operação de uma grande fração das empresas em múltiplos setores da economia⁴⁻⁵.

Estes “lockdowns” atingiram os países em desenvolvimento de forma particularmente significativa⁶. Uma proporção considerável da população emergente deriva seu sustento de atividades informais – a maioria das quais não pode ser executada remotamente –, para além do fato de que não tem acesso a redes de segurança como o seguro-desemprego⁷. Como forma de os governos enfrentarem a crise sanitária, por meio dos investimentos na área médica, de infraestrutura e de suprimentos, uma grande parte do orçamento foi alocada para atender às necessidades econômicas dos mais po-

2 TARMAN, B. Reflecting in the shade of pandemic. **Research in Social Sciences and Technology**, v. 5, n. 2, p. i-iv, 2020.

3 MCCABE, Ruth et al. Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic. **BMC medicine**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2020.

4 ACEMOGLU, Daron et al. **A multi-risk SIR model with optimally targeted lockdown**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2020.

5 COX, Josue; GREENWALD, Daniel L.; LUDVIGSON, Sydney C. **What explains the COVID-19 stock market?**. National Bureau of Economic Research, 2020.

6 DINCER, Oguzhan; GILLANDERS, Robert. Shelter in place? Depends on the place: Corruption and social distancing in American states. **Social Science & Medicine**, v. 269, p. 113569, 2021.

7 LOAYZA, N. Costs and trade-offs in the fight against the COVID-19 pandemic: A developing country perspective. **World Bank Research and Policy Briefs**, n. 148535, 2020.

bres e vulneráveis, bem como para ajudar a sobreviver as pequenas e médias empresas, que são mais sensíveis em períodos de inatividade econômica.

Um fato observado é que a pandemia tem gerado ampla declaração de calamidade pública em diversos níveis governamentais. Isto tem levado ao afastamento de critérios de endividamento e gastos previstos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LC n. 101/2000), à suspensão do pagamento de dívidas e contratos públicos e à dispensa de licitações. A flexibilização de comandos legais deflagra o lado perverso de relaxar mecanismos de controle contra a corrupção, fraudes, abusos e desperdícios⁸. Em linhas gerais, os processos de licitação procuram limitar a discricionariedade dos funcionários públicos e promover a concorrência entre os vendedores, a fim de evitar possíveis conluios entre burocratas e empreiteiros.

Com o objetivo de racionalizar as decisões de gastos em meio à emergência sanitária atual, os governos de diversos países, como Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, França, Alemanha, Hungria, Israel e Nova Zelândia (apenas alguns exemplos), utilizaram dispositivos emergenciais – contidos na lei – para acelerar o processo de contratação por meio direto, ou seja, sem passar pelos devidos crivos legais e de controle interno. Entretanto, há evidências generalizadas de que a diminuição dos controles aumenta os gastos discricionários e, portanto, gera mais oportunidades para a prática de atos ilícitos, conforme destacado pela Transparência Internacional em 2021⁹.

Esta situação pode estar particularmente arraigada em locais que tradicionalmente têm tido baixos níveis de capacidade de controle e altos níveis de corrupção, criando um círculo vicioso que dificulta a prestação de cuidados de emergência adequados. A corrupção traz as seguintes implicações: redução do senso de justiça na sociedade, da confiança das pessoas em suas instituições públicas e dos controles e equilíbrios que deveriam proteger a sociedade; a criação de condições para o comportamento ilegal; e a promoção do florescimento das relações de sombra. A corrupção afeta o

8 BARNETT-HOWELL, Z.; MOBARAK, A. The value of social distancing is not equally distributed. **VoxEu.org**, v. 7, 2020.

9 TRANSPARENCY INTERNATIONAL. Research. **TI**, 2021. Disponível em: <<https://www.transparency.org/en/research>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

funcionamento da administração em todos os setores e é uma grande barreira ao crescimento econômico e à boa governança¹⁰.

A corrupção no sistema de saúde reflete os pontos fracos de sua organização estrutural e administrativa. Embora não exista um conjunto de dados globais sobre corrupção na área da saúde, existem indícios que muitos países enfrentam um risco significativo de corrupção nesta área. Aproximadamente US\$ 455 bilhões, dos US\$ 7,35 trilhões gastos anualmente no setor da saúde em todo o mundo, são perdidos a cada ano por fraude e corrupção¹¹. Além disso, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD)¹² estima que 45% dos cidadãos globais acreditam que o setor da saúde é incompetente, corrupto ou extremamente corrupto.

O surto de COVID-19 é um problema de saúde pública internacional que tem demonstrado fraquezas nos sistemas de saúde de muitos países, levando à escassez aguda e grave de equipamentos essenciais, incluindo diagnósticos de equipamentos de proteção pessoal, gerenciamento clínico e a necessidade de assistência financeira.

Na medida em que a pandemia continua a se espalhar pelo mundo, com casos identificados em 216 países, a corrupção continua a minar as respostas apropriadas, privando as pessoas de cuidados essenciais quando mais necessário. Adicionalmente, a corrupção afeta a alocação de recursos, a distribuição de suprimentos médicos e as relações entre profissionais de saúde e pacientes. O índice global de segurança sanitária (GHS, na sigla em inglês), para 2019, observou que, hoje, em todos os países, as ameaças biológicas (naturais, intencionais ou acidentais) podem representar riscos à saúde global, à segurança internacional e à economia mundial.

As doenças infecciosas não reconhecem fronteiras, portanto, cada país deve ser capaz de tomar medidas para prevenir, detectar e responder rapidamente a emergências de saúde pública e ser transparente sobre suas ca-

10 ROSE-ACKERMAN, S. **Corruption: A study in political economy**. Academic press, 2013.

11 BANK, WORLD. World Bank Support for Country Access to COVID-19 Vaccines. **The World Bank**, 2021. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/en/who-we-are/news/coronavirus-covid19/world-bank-support-for-country-access-to-covid-19-vaccines>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

12 OECD. Home. **The Organization for Economic Co-operation & Development**, 2022. Disponível em: <<https://www.oecd.org/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

pacidades, se quiser assegurar aos vizinhos que pode impedir que um surto se torne uma catástrofe internacional¹³. O surto do coronavírus destacou lacunas significativas nos planos nacionais e internacionais de contenção a pandemias, além da insuficiente atenção dada à boa governança e à prevenção da corrupção.

Economias foram devastadas pela pandemia – em alguns casos, as pessoas não têm trabalho ou meios de subsistência. Todos os países envolvidos enfrentam problemas, mas diferem na forma como os combatem e na corrupção. A natureza e a extensão da corrupção mudam constantemente, a depender de onde ela ocorre, e sua prevalência difere recorrentemente, considerando o nível de desenvolvimento de cada Estado. A corrupção assume diferentes formas em diferentes países¹⁴.

As consequências da corrupção são desastrosas tanto para a economia de um país em geral quanto para seus cidadãos em particular. Se nos países ricos a corrupção afeta o financiamento dos serviços médicos, o acesso e a qualidade dos serviços, nos países pobres, pode ser uma questão de vida ou morte. Na busca de uma resposta rápida à pandemia e da introdução de estratégias para combater a doença, governos em todo o mundo não conseguiram estabelecer medidas eficazes contra a corrupção ou meios para avaliar seus riscos. Neste cenário, os sistemas foram obviamente deixados abertos a potenciais abusos – é o que se pretende demonstrar neste capítulo.

2. DESENVOLVIMENTO: EVIDÊNCIAS DE CORRUPÇÃO NA PANDEMIA NO BRASIL

Em todas as regiões do globo, populações têm sido acometidas pela influência da COVID-19, repercutindo impactos sociais, sanitários, econômicos e políticos, e o Brasil não é exceção. A fim de minimizar os efeitos danosos do vírus, medidas no âmbito jurídico foram tomadas para flexibilizar e

13 OMS. Brasil-Pontos Focais. **Organização Mundial da Saúde**, 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

14 HAMZAH, H. Civil law agreement and its implication on regulation for prevention of corruption within Covid-19 Pandemic. **Journal of Social Studies Education Research**, v. 11, n. 3, p. 156-176, 2020.

tornar mais rápida a implantação de planos de contenção e auxílio à população no momento de restrição social. Contudo, observa-se que tais medidas foram, em grande parte, insuficientes e conduzidas de forma duvidosa, de modo a viabilizar atos corruptos tanto no setor público quanto no privado.

Diante da situação calamitosa, a Lei de Licitações (Lei n. 8.666/93) e a Lei do Novo Coronavírus (Lei n. 13.979/20) autorizaram a dispensa de licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento do novo vírus, objetivando a realização de contratações de modo rápido e eficiente para combater a pandemia. No entanto, o que se observa, na prática, é que alguns agentes públicos têm se aproveitado da situação emergencial de calamidade pública e da desatenção da sociedade – atualmente mais preocupada com sua própria saúde e questões financeiras – para, através de atos fraudulentos e do uso indevido das contratações diretas, enriquecer ilícitamente e, conseqüentemente, causar grave dano ao erário e a toda população¹⁵. Conforme observado, a partir das dispensas de licitações, houve uma maior flexibilização da fiscalização do destino das verbas públicas – isto é, os recursos que foram liberados para o combate à pandemia acabaram sendo desviados por vários motivos, dentre eles fraudes, abusos e erros que levam a práticas ilícitas, antiéticas, criminais e predatórias.

Assim, pedidos de verbas que têm como pretexto o combate ao vírus – que incluem a compra de equipamentos como respiradores, antissépticos, máscaras, aventais, assim como a construção de hospitais e postos de atendimentos provisórios – foram utilizados para mascarar desvios de dinheiro e superfaturamentos, uma vez que não havia fiscalização suficiente para impedir tais atos. Nesse contexto, órgãos de investigação apuraram e desvendaram escândalos de corrupção envolvendo valores discrepantes de bens e serviços, que não eram condizentes com as ordens de compra relatadas nas notas de empenho. No Quadro 1, estão dispostas as principais operações deflagradas pela Polícia Federal em 2020 e 2021, acompanhadas dos estados e período em que tiveram início e dos valores a elas relacionados.

15 DE SOUZA, Marcella Viana et al. Implementação de indicadores aplicados à gestão de suprimentos hospitalares durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e53911125345-e53911125345, 2022.

Quadro 1. Operações relacionadas à pandemia de COVID-19 por estado brasileiro (2020 e 2021)

Estado	Período	Operação	Valor (BRL)
Acre	Julho-21	Busdoor	2.470.000
Alagoas	Junho-21	Sufocamento	250.000
Amapá	Junho-20	Virus Infectio (3ª fase)	4.900.000
Amapá	Mai-21	Tendas de Ouro	563.000
Amapá	Julho-21	Ego	65.582
Amapá	Abril-20	Virus Infectio (1ª fase)	639.000
Amapá	Mai-20	Expurgo	1.800.000
Amapá	Agosto-20	Máscara de Ferro	1.000.000
Amazonas	Novembro-20	Sangria (3ª fase)	191.000
Amazonas	Outubro-20	Maus Caminhos	11.000.000
Bahia	Dezembro-20	Anóxia	110.000
Bahia	Dezembro-20	Efeitos Adversos	1.800.000
Bahia	Agosto-21	Nefanda	571.656
Bahia	Julho-21	Carga Viral	1.000.000
Ceará	Mai-20	Dispneia	25.400.000
Ceará	Agosto-21	Cartão Vermelho II	1.200.000
Distrito Federal	Setembro-20	Falso Negativo	18.000.000
Espírito Santo	Junho-20	Parasita	4.792.440
Goiás	Dezembro-20	Tolueno	2.000.000
Maranhão	Outubro-20	Oficina Desmascarada	1.000.000
Maranhão	Outubro-20	Cobiça Fatal (2ª fase)	1.800.000
Maranhão	Julho-21	Alinhavado	2.500.000
Mato Grosso	Junho-20	Stop Loss	1.312.940
Mato Grosso do Sul	Mai-21	N/A	3.300.000
Minas Gerais	Dezembro-20	Entre Amigos	100.000.000
Minas Gerais	Novembro-20	Vácuo	414.000
Minas Gerais	Outubro-20	Gaeco	150.000.000
Pará	Setembro-20	SOS	1.000.000.000
Pará	Junho-20	Para Bellum	50.400.000
Pará	Mai-20	Profilaxia	25.000.000

Estado	Período	Operação	Valor (BRL)
Pará	Agosto-21	Reditus	150.000.000
Paraíba	Setembro-21	Select	2.900.000
Paraíba	Julho-21	Falsum Latere	396.447
Paraná	Maio-21	N/A	19.000.000
Pernambuco	Setembro-20	Desumano	58.000.000
Pernambuco	Julho-20	Apnéia (3ª fase)	10.000.000
Pernambuco	Julho-20	Bal Masqué	15.000.000
Pernambuco	Junho-20	Antídoto	81.000.000
Pernambuco	Maio-20	Apneia	9.000.000
Piauí	Setembro-20	Caligo	17.000.000
Rio de Janeiro	Dezembro-20	Kickback	50.000.000
Rio de Janeiro	Outubro-20	Apneuse	2.000.000
Rio de Janeiro	Julho-20	Scepticus (2ª fase)	7.000.000
Rio de Janeiro	Junho-20	Exam	7.000.000
Rio de Janeiro	Junho-20	Scepticus	4.700.000
Rio Grande do Norte	Julho-21	Rebotalho	1.433.340
Rio Grande do Norte	Agosto-21	Lectus	4.000.000
Rio Grande do Sul	Maio-20	Camilo	15.000.000
Rondônia	Junho-20	Ductil	21.000.000
Roraima	Outubro-20	Desvid-19	20.000.000
Roraima	Agosto-20	Virion	50.000.000
Roraima	Julho-20	Polígrafo	10.000.000
Santa Catarina	Novembro-20	Fuscus	1.700.000
Santa Catarina	Setembro-20	Pleunom	33.000.000
São Paulo	Dezembro-20	Involuto	724.000
São Paulo	Agosto-20	Protocletos	1.300.000
São Paulo	Agosto-20	Nudus	11.000.000
São Paulo	Setembro-21	NACAR 19	108.000.000
Sergipe	Julho-20	Seródio	3.200.000
Sergipe	Julho-21	Transparência	4.160.000
Tocantins	Abril-20	Goytacazes	6.000.000

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

As consequências do rombo nas contas públicas são de difícil mensuração. Porém, é certo que foram devastadoras, acometendo o número de mortes pela doença e, indiretamente, comprometendo o desenvolvimento do país, o qual, além de contar com uma dívida incontável, agora tem seus recursos aproveitados de forma ainda mais ineficiente do que nos últimos anos.

Com o intuito de investigar as possíveis relações entre fatores que promovem um ambiente favorável à corrupção e a expansão dessa prática, o estudo, a seguir, irá apurar, a partir dos escândalos apresentados, características dos estados brasileiros e seus níveis de corrupção.

3. COVID-19 E O GOVERNO FEDERAL

A pandemia de COVID-19 introduziu novos elementos de turbulência no ambiente político brasileiro. As posições do presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, em relação à pandemia, estão no centro da instabilidade atual. Bolsonaro é a epítome da negação. Já em março de 2020, em um discurso em rede nacional, ele minimizou a doença, chamando-a de gripezinha (“gripe leve”) e sugerindo que aqueles que estivessem em plena forma física estariam imunes à COVID-19. Em adição, contestou as medidas de distanciamento social, amplamente utilizadas no mundo, alegando que elas prejudicariam a economia¹⁶.

Em agosto de 2020, depois de ter contraído o vírus, Bolsonaro vetou a legislação que tornava obrigatório o uso de máscara em todo o país. Ele também declarou publicamente, no mesmo mês, que as máscaras tinham eficácia zero, o que contradizia a opinião dos especialistas em infectologia. Finalmente, Bolsonaro adotou posições anticientíficas, favorecendo o uso de tratamentos médicos controversos (tema que será discutido na próxima seção)¹⁷.

16 PODER 360. TCE-RJ aponta superfaturamento de R\$ 123 milhões na compra de respiradores. **PODER 360**, 2020. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/justica/tce-rj-aponta-superfaturamento-de-r-123-milhoes-na-compra-de-respiradores>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

17 GOVERNO FEDERAL. Discurso do Presidente da República, Jair Bolsonaro, durante Solenidade de Sanção de Medidas Provisórias de Facilitação de acesso ao Crédito – Palácio do Planalto. Disponível em: <<https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-durante-solenidade-de-sancao-de-medi>>

É surpreendente que, apesar de seu comportamento “negacionista” em relação à COVID-19, o governo estava inicialmente bem posicionado para enfrentar com sucesso a pandemia. Na época, o Ministro da Saúde de Bolsonaro, Dr. Luiz Henrique Mandetta, caracterizado por ser um político moderado, com experiência em administração de saúde pública e significativo trânsito parlamentar, promoveu uma força-tarefa que poderia ter sido uma resposta bem-sucedida à pandemia. A força-tarefa contava com briefings diários e coordenação interfederativa, estimulando a confiança da população em relação ao Estado na resposta à crise sanitária e promovendo o imediato compartilhamento de todas as ações, para efeitos de transparência pública.

Entretanto, o próprio presidente descarrilou os esforços de Mandetta. Em paralelo, compartilhava informações falsas em mídias sociais sobre a utilização de remédios contra a COVID-19 sem respaldo técnico-científico, além de quebrar regras de distanciamento social ao ir a eventos antidemocráticos sem máscara. Ele também foi uma voz de liderança no enfraquecimento do cumprimento das normas sociais, gerando um exército de seguidores contrários ao enfretamento do vírus. Seu discurso nacional, em março de 2020, teve um efeito fortemente desmoralizador sobre a população, diminuindo os níveis de distanciamento social¹⁸.

A pandemia gerou uma disputa a respeito da liderança política do presidente. As taxas de aprovação de Bolsonaro para lidar com a crise de saúde pública reduziram bruscamente, iniciando-se, nas principais capitais brasileiras, protestos políticos a favor das instituições democráticas. Durante sete semanas consecutivas, entre março e maio de 2020, Bolsonaro participou de comícios que defendiam a intervenção militar e/ou eventual golpe no sistema democrático¹⁹.

das-provisorias-de-facilitacao-de-acesso-ao-credito-palacio-do-planalto>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

18 FOLHA DE S.PAULO. Relembre o que Bolsonaro já disse sobre a pandemia de gripezinha e país de maricas. **Folha de S.Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/03/relembre-o-que-bolsonaro-ja-disse-sobre-a-pandemia-de-gripezinha-e-pais-de-maricas-a-frescura-e-mimimi.shtml>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

19 BENITES, Afonso; JIMENEZ, Carla. Bolsonaro invoca “intervenção militar” contra o STF e flerta com golpe. **El País**, 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-29/bolsonaro-invoca-intervencao-militar-contra-o-stf-e-flerta-com-golpe.html>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

Assim, os ataques de Bolsonaro a instituições majoritárias, como o Congresso Nacional, e a instituições contramajoritárias, como o Supremo Tribunal Federal, ratificaram a desconfiança de uma parcela da população em relação ao enfiamento rígido e responsável da pandemia de COVID-19. Sublinha-se que a politização da crise do coronavírus no Brasil começou com um confronto entre Bolsonaro e os governadores/prefeitos que adotaram políticas de distanciamento social. Na época, por decisão da maioria do Supremo Tribunal Federal, ficou pacificado que a responsabilidade sobre as medidas e ações de combate à pandemia ficaria a cargo dos governadores e prefeitos, ou seja, toda a possível ação do governo federal deveria ser referendada pelas autoridades estaduais e municipais²⁰.

No governo federal, os desentendimentos entre Bolsonaro e Mandetta aumentaram, até que o ministro foi demitido, dando início a uma saga de outros ministros da saúde que pudessem avaliar as ações contrárias à ciência incitadas pelo presidente.

4. COVID-19 E ASSOCIAÇÃO MÉDICOS PELA VIDA

Durante a pandemia de COVID-19, o padrão de consumo de medicamentos no Brasil chamou atenção. Estava no centro dessa questão o denominado “tratamento precoce” ou “kit COVID”: uma combinação de medicamentos sem evidências científicas conclusivas para o tratamento da COVID-19, que inclui a hidroxicloroquina ou cloroquina, associada à azitromicina, à ivermectina e à nitazoxanida, além dos suplementos de zinco e das vitaminas C e D.

A prescrição e o uso desses medicamentos para tratar ou prevenir a COVID-19 recebeu contornos de grande credibilidade, quando o “tratamento precoce” e o “kit-COVID” foram divulgados e incentivados amplamente nas mídias sociais (como o WhatsApp, o Facebook e o Instagram), por médicos,

20 VIEIRA, Anderson. Decisão do STF sobre isolamento de estados e municípios repercute no Senado. **Agência Senado**, 2020. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/decisao-do-stf-sobre-isolamento-de-estados-e-municipios-repercute-no-senado>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

associações e autoridades públicas²¹, e nas páginas oficiais das Secretarias de Saúde²², do Ministério da Saúde²³ e do Governo Federal do Brasil²⁴.

Os médicos responsáveis pela divulgação do kit-COVID são membros da Associação Médicos pela Vida, entidade responsável por um site em que o tratamento precoce da COVID-19 é defendido. Sublinha-se que alguns de seus integrantes seriam participantes do chamado “gabinete paralelo”, grupo formado por médicos e empresários que aderiram ao negacionismo defendido pelo presidente Jair Bolsonaro²⁵.

Como forma de exemplificação da divulgação nas mídias sociais, a Farmacêutica Vitamedic patrocinou a publicação, em fevereiro de 2020, de anúncios da Associação Médicos pelo Brasil em defesa do chamado “tratamento precoce”, como restou evidenciado pelas apurações conduzidas pela Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia no Senado Federal. Os gastos financeiros com as comunicações totalizam quase 717 mil reais²⁶.

Os anúncios, que defendiam o uso de cloroquina, ivermectina, zinco e vitamina D, foram veiculados nos principais jornais do país e tinham como

21 AGORA RN. Secretaria de Saúde de Natal recomenda usar ivermectina para prevenir e tratar coronavírus. **AGORA RN**, 2020. Disponível em: <<https://agorarn.com.br/geral/secretaria-de-saude-de-natal-recomenda-usar-ivermectina-para-prevenir-e-tratar-coronavirus-saiba-como>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

22 GOVERNO FEDERAL. Aplicativo auxilia médicos no diagnóstico da COVID-19. **Governo Federal**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/tratecov-aplicativo-auxilia-medicos-no-diagnostico-da-covid-19>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

23 G1. Coronavírus: vendas de medicamentos aumentam durante a pandemia, e farmacêuticos alertam sobre o risco da automedicação. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/05/04/coronavirus-vendas-de-medicamentos-aumentam-durante-a-pandemia-campanha-alerta-sobre-o-risco-da-automedicacao.ghtml>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

24 MERGULHÃO, Alfredo; CASTRO, Rodrigo. Aplicativo de Pazuello sugere tratamento precoce com cloroquina para sintomas de COVID-19. *Época*, 2021. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/brasil/aplicativo-de-pazuello-sugere-tratamento-precoce-com-cloroquina-para-sintomas-de-covid-19-1-24847108>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

25 CORREA, Marcos. ‘Gabinete paralelo’ de Bolsonaro teve presença de conselheiros do CFM. **Rede Brasil Atual**, 2021. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/06/gabinete-paralelo-de-bolsonaro-teve-presenca-de-conselheiros-do-cfm/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

26 ANDRADE, Hanrrikson; AMARAL, Luciana. Vitamedic gastou R\$ 717 mil para divulgar kit covid, diz executivo a CPI. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/08/11/medicos-pro-governo-foram-patrocina-dos-por-empresa-que-lucrou-com-kit-covid.htm>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

autor apenas o grupo Médicos pela Vida. À época, os remédios já haviam sido descartados pelas comunidades científica e médica para o tratamento precoce. O termo de responsabilidade para a veiculação dos anúncios foi assinado pelo oftalmologista Antônio Jordão. O médico já havia aparecido ao lado do presidente Jair Bolsonaro em uma reunião em setembro de 2019. Os anúncios de fevereiro foram publicados na Folha de S. Paulo e nos jornais O Globo, Estado de Minas, Zero Hora, dentre outros²⁷.

O financiamento da campanha pela farmacêutica pode configurar conflito de interesses, de acordo com o Código de Ética Médica, que veda ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, ou qualquer que seja a natureza.

A Unialfa (Centro Universitário Alves Faria), que é também de propriedade do dono da Vitamedic, investiu apoio financeiro na reestruturação do site da Associação Médicos pela Vida. Foi por meio do Centro Universitário que os médicos da Associação de Médicos pela Vida promoveram transmissões ao vivo, defendendo o kit-COVID e recomendando acabar com o distanciamento social²⁸.

O Ministério Público Federal (MPF) solicitou que a Vitamedic, que fez o anúncio defendendo o chamado “tratamento precoce” e apoiou a divulgação da Associação Médicos pela Vida, seja condenada a pagar R\$ 45 milhões por dano coletivo moral e à saúde. O MPF já havia processado a Associação Médicos pela Vida e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sob a mesma alegação, a ação contra a Associação Médicos pela Vida cobra a indenização de 10 milhões de reais pela carta intitulada “Manifesto pela Vida” e pelo informe publicitário que defendia medicamentos como hidroxicloroquina e ivermectina para “prevenir complicações e diminuir óbitos” por COVID-19²⁹.

27 LOPES, Raquel. Produtora de Kit Covid bancou anúncio de Associação para o tratamento precoce e que atua no gabinete paralelo. **Folha de S.Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/07/produtora-de-kit-covid-bancou-anuncios-de-associacao-pro-tratamento-precoce-e-que-atua-no-gabinete-paralelo.shtml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

28 CAMBRICOLI, Fabiana. Grupo que produz ivermectina dá suporte a associação de médicos pró-tratamento precoce contra covid. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2021/04/16/grupo-que-faz-ivermectina-da-suporte-a-associacao-de-medicos-pro-kit-covid.htm>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

29 MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Manifesto pela Vida: médicos do tratamento precoce Brasil. **MPF**, 2021. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/rs/atos-e-publicacoes/acp/porto-alegre/>>

É claro que entender a automedicação como problema imputado somente aos consumidores desses medicamentos é um equívoco. Existem múltiplos condicionantes e muitos outros atores envolvidos que estimulam a prática da automedicação, como a mídia e autoridades. De todo modo, o resultado no Brasil foi uma avalanche de informações, medos e incertezas, que contribuiu com uma corrida sem precedentes para os balcões das farmácias³⁰. As vendas aumentaram de forma considerável – como exemplo, a ivermectina apresentou um tremendo incremento nas vendas, passando de 22,5 milhões de reais em 2019 para 284,6 milhões de reais em 2020, com alta de 1.164%.

A hidroxyclorequina e a cloroquina também tiveram suas receitas aumentadas de 55 milhões de reais em 2019 para 91,6 milhões de reais em 2020. A azitromicina também teve suas vendas aquecidas. Segundo a base de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)³¹, esse fármaco apresentou um aumento de 30,8% nas vendas no período da pandemia, passando de pouco mais de 12 milhões de caixas vendidas em 2019 para mais de 16 milhões de caixas vendidas em 2020.

Segundo levantamento do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma)³², esses medicamentos utilizados na pandemia apresentaram uma movimentação dos caixas das empresas farmacêuticas nacionais próxima a 500 milhões de reais em 2020. Vale destacar novamente que, até o momento, os principais fármacos que compõem o “tratamento precoce” não têm nenhuma comprovação científica de eficácia ou efetividade clínica, e sua segurança é ainda duvidosa para tratar ou prevenir a COVID-19.

acp-5059442-62-2021-4-04.7100>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

30 SCARAMUZZO, Monica. Venda de remédios do kit covid movimenta R\$ 500 milhões em 2020. **Valor Investe**, 2021. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-politica/noticia/2021/02/05/venda-de-remedios-do-kit-covid-movimenta-r-500-milhoes-em-2020.ghml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

31 JUNQUEIRA, Diego. Farmacêutica é alvo de ação de R\$ 45 milhões por anúncio de tratamento precoce. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/reporter-brasil/2021/08/20/farmacautica-e-alvo-de-acao-de-r-45-mi-por-anuncio-de-tratamento-precoce.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

32 CÓCOLO, Victória; BRITO, José. Fabricante diz não haver evidências de que ivermectina funcione contra COVID-19. **Pfarma**, 2021. Disponível em: <<https://pfarma.com.br/coronavirus/6213-merck-msd-ivermectina-covid19.html>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

As pesquisas que identificam o aumento das vendas desses medicamentos revelam o potencial do consumo durante a fase mais crítica da pandemia no Brasil. Pode-se supor que pelo menos parte desse excesso de consumo tenha ocorrido por automedicação, visto que, no Brasil, 79% das pessoas com mais de 16 anos admitem tomar medicamentos sem prescrição médica³³.

Embora a automedicação cuidadosa possa ser benéfica em uma situação como uma pandemia, permitindo que os pacientes se tornem responsáveis e adquiram confiança para gerenciar a sua saúde, essa prática, quando efetuada de forma inadequada e baseada em fontes de informação pouco confiáveis, apresenta sérios riscos à saúde.

5. A RELAÇÃO ENTRE A CORRUPÇÃO NAS CIDADES, HIDROXICLOROQUINA E VOTOS EM JAIR BOLSONARO

Com base na discussão anterior, que sinaliza a relação não científica e influência do “kit-covid” para o tratamento precoce da COVID-19, oportunizou-se, nesta seção, analisar o impacto das seguintes variáveis: (i) cidades com casos de auditoria; (ii) total de votantes registrados na cidade; (iii) total de votantes na eleição de 2018; (iv) % de votantes no então candidato Jair Bolsonaro; (v) votos diretos no então candidato Jair Bolsonaro e; (vi) total de compra de hidroxicloroquina.

Em linhas gerais, o objetivo é demonstrar, mesmo que de forma empírica, a relação que existe entre as cidades com maior número de casos de auditoria de corrupção x votantes em Jair Bolsonaro x nível de vendas de hidroxicloroquina para o combate à pandemia. Assim, segue a descrição de cada uma das variáveis:

33 JOVEM PAN NEWS. Cientista-chefe da OMS: COVID-19 pode demorar 5 anos para ser controlada. **Jovem Pan**, 2020. Disponível em: <<https://jovempan.com.br/noticias/mundo/oms-controla-coronavirus.html>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

- a. **Cidades (com os respectivos estados):** número total de casos de corrupção auditados, conforme destacado por Ferraz e Finn;
- b. **Votantes:** número de votantes divulgado pelo Tribunal Regional Eleitoral para cada município;
- c. **Total de votantes na eleição de 2018:** número total e real de votantes que apresentaram o seu voto eletrônico e/ou impresso na eleição de 2018;
- d. **% de votantes em Jair Bolsonaro:** porcentagem de votos exclusivos para o candidato Jair Messias Bolsonaro;
- e. **Votos de Jair Bolsonaro:** total de votos exclusivos para o candidato Jair Messias Bolsonaro;
- f. **Total de compra de hidroxyclo-roquina:** total de vendas de hidroxyclo-roquina durante o período de março de 2020 até agosto de 2021.

Inicialmente, cumpre esclarecer a forma de seleção das cidades com mais casos de ocorrência de corrupção, conforme destaca Ferraz e Finn³⁴⁻³⁵. A Controladoria Geral da União (CGU), objetivando investigar despesas realizadas por meio de transferência dos recursos do governo federal a municípios, bem como possíveis casos de infração ou de má gestão do dinheiro público, criou o Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos, voltado à realização de auditorias nas contas públicas municipais. Desde o primeiro sorteio, realizado em junho de 2003, até o último, a CGU já fiscalizou um montante de 2,5 mil municípios, sendo que os recursos públicos federais analisados superaram o valor de 30 bilhões de reais³⁶.

O programa consiste na realização de sorteios dos municípios a serem auditados, sem nenhum tipo de viés, pelo sistema das Loterias da Caixa Econômica Federal. Vale ressaltar que este sorteio é acompanhado por repre-

34 FERRAZ, Claudio; FINAN, Frederico. Exposing corrupt politicians: the effects of Brazil's publicly released audits on electoral outcomes. **The Quarterly journal of economics**, v. 123, n. 2, p. 703-745, 2008.

35 FERRAZ, Claudio; FINAN, Frederico. Electoral accountability and corruption: Evidence from the audits of local governments. **American Economic Review**, v. 101, n. 4, p. 1274-1311, 2011.

36 CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Programa de fiscalização em entes federativos. **CGU**, 2019. Disponível em: <<https://www.basedosdados.org/dataset/programa-de-fiscalizacao-em-entes-federativos>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

sentantes da sociedade civil. Além disso, sua operacionalização é conduzida por máquinas de loteria, que garantem imparcialidade e total isenção na escolha da cidade, excluindo-se qualquer possibilidade de influência política na escolha do município.

Para os casos de auditoria, a CGU³⁷ informa que a classificação é segmentada em níveis: formal, médio e grave (fundamentados nas diferentes formas de infração/irregularidade). Por sua vez, Ferraz e Finn³⁸ definiram os casos de corrupção, evidenciados nos casos de auditoria, por meio da busca e seleção nas ocorrências das seguintes palavras-chaves: (i) fraude em aquisições; (ii) desvios de recursos; (iii) sobrefaturação (sobrepçoço/superfaturamento).

As infrações podem estar relacionadas à corrupção (desvio de verbas, superfaturamento, fraude na aquisição de bens e manipulação de processos de compra) ou até à má gestão da administração municipal. Além disto, Ferraz e Finn³⁹ informam que a penalização por má administração tem um impacto diferente das demais, além do fato de que esta irregularidade tem uma baixa influência sobre a opinião pública – muito menor do que os casos auditados e destacados como corrupção.

Para análise deste trabalho, foram selecionados 236 municípios com a maior concentração de casos de auditoria em corrupção pela CGU. De forma complementar, o Quadro 2 sumariza a quantidade de votantes e de vendas de hidroxicloroquina nos estados brasileiros relacionados a estes municípios (para efeito de visualização, foram demonstradas apenas os 20 primeiros municípios):

37 CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Programa de fiscalização em entes federativos. **CGU**, 2019. Disponível em: <<https://www.basedosdados.org/dataset/programa-de-fiscalizacao-em-entes-federativos>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

38 FERRAZ, Claudio; FINAN, Frederico. Exposing corrupt politicians: the effects of Brazil's publicly released audits on electoral outcomes. **The Quarterly journal of economics**, v. 123, n. 2, p. 703-745, 2008.

39 FERRAZ, Claudio; FINAN, Frederico. Electoral accountability and corruption: Evidence from the audits of local governments. **American Economic Review**, v. 101, n. 4, p. 1274-1311, 2011.

Quadro 2. Análise da relação de variáveis eleitorais e quantidade de vendas de hidroxicloroquina situadas nos municípios com mais casos de auditoria de corrupção

Cidade	Auditoria em corrupção	Estado	Votantes	Total de votos – 2018	% de votantes – Bolsonaro	Votos – Bolsonaro	Compra de Hidroxicloroquina
Fortaleza	9,6	CE	1.776.365	1.361.788	40,13%	546.488	5088
Belém	5,925925926	PA	990.866	805.943	43,18%	347.980	2477
Brasília	7	DF	2.084.356	1.604.517	58,37%	936.494	2139
Salvador	7,794871795	BA	1.827.436	1.355.852	47,75%	647.437	1116
Rio de Janeiro	4,173913043	RJ	4.891.885	3.312.172	58,29%	1.930.657	1047
Aracaju	9,181434599	SE	407.888	300.216	39,90%	119.781	878
João Pessoa	9,904761905	PB	517.607	409.948	49,87%	204.456	691
Natal	5,694915254	RN	557.109	414.947	44,42%	184.303	644
Teresina	4,210526316	PI	556.287	439.229	44,20%	194.132	574
Campina Grande	6,08	PB	285.487	218.429	50,61%	110.542	573
Maceió	9,142857143	AL	595.514	435.042	52,29%	227.491	573
Caxias do Sul	5,587301587	RS	322.901	255.804	61,85%	158.222	558
Campo Grande	5,894736842	MS	591.374	488.840	60,39%	295.190	452
Vitória	6,153846154	ES	247.297	201.050	53,32%	107.201	443
Duque de Caxias	6,054054054	RJ	634.781	447.067	61,40%	274.487	431
Dourados	6,4	MS	156.373	115.081	57,81%	66.529	299
Uberlândia	11	MG	465.767	356.669	53,49%	190.765	298
Porto Velho	9,739130435	RO	334.529	255.560	57,78%	147.671	272
Marabá	11,15151515	PA	162.409	116.949	49,08%	57.394	266
Ananindeua	6,755555556	PA	322.428	255.568	43,63%	111.499	244

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de regressão múltipla – que considera a variável dependente do nível de auditoria de corrupção e as demais variáveis como independentes – foi estimada a equação econométrica para identificar possíveis relações

entre as variáveis definidas. Ainda de acordo com a regressão, algumas constatações podem ser inferidas, a saber: quanto maior o número dos casos de auditoria, menor o número de votantes. Esta relação nos dá um indicativo de que as pessoas estão descrentes e/ou desmotivadas com a corrupção nas cidades com maior persistência destas ocorrências (casos de auditoria). Por sua vez, essa descrença implica em uma menor adesão nas eleições – vide o exemplo de 2018.

Uma segunda constatação que pode ser inferida, com base no modelo econométrico, é que quanto maior o índice de casos de auditoria, maior é a compra do remédio hidroxicloroquina. Uma possível explicação para esta constatação está no argumento de que as cidades com maior controle e/ou maior incidência da corrupção tendem a se posicionar contra a aplicação da Lei n. 12.486/2013 (Lei Anticorrupção), inclusive, na absorção de remédios que não possuem respaldo técnico-científico para o combate da COVID-19.

A utilização de medicamentos para o combate da COVID-19, sem a autorização da Agência Nacional de Saúde, é característica de uma sociedade que devota sua confiança irrestrita nas informações prestadas por um governante. A legitimidade do governo desempenha um papel crucial na implementação bem-sucedida das políticas de saúde pública. De acordo com Christensen e Læg Reid⁴⁰, o sucesso da Noruega em lidar com a pandemia da COVID-19 foi principalmente devido à legitimidade de seu governo em defender apenas as ações científicas como defesa ao vírus. A grande maioria dos noruegueses cumpriu as ordens de distanciamento social emitidas pelo governo porque nele confia.

Os efeitos da confiança exacerbada no governo federal brasileiro promovem: (i) o não cumprimento das ordens de permanência em casa; (ii) a não utilização de máscaras de proteção; (iii) a indicação de compra de medicamentos não autorizados para o combate da pandemia – “kit-covid”. Os indícios apresentados sinalizam, ainda, que as cidades que apresentaram mais registros de casos de auditoria em corrupção sinalizam o desrespeito ao isolamento social e a aplicação da vacina como forma de proteção. Cons-

40 CHRISTENSEN, Tom; LAEGREID, Per. Balancing governance capacity and legitimacy: how the Norwegian government handled the COVID-19 crisis as a high performer. **Public Administration Review**, v. 80, n. 5, p. 774-779, 2020.

tata-se que cidades com menos confiança por parte dos eleitores, em razão da alta ocorrência de corrupção e da descredibilidade em relação à pandemia, tendem a optar por seguir informações inverídicas ou fake news para suportar seus posicionamentos “negacionistas”.

REFERÊNCIAS

ACEMOGLU, Daron et al. **A multi-risk SIR model with optimally targeted lockdown**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2020.

AGORA RN. Secretaria de Saúde de Natal recomenda usar ivermectina para prevenir e tratar coronavírus. **AGORA RN**, 2020. Disponível em: <<https://agorarn.com.br/geral/secretaria-de-saude-de-natal-recomenda-usar-ivermectina-para-prevenir-e-tratar-coronavirus-saiba-como>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

ANDRADE, Hanrikson; AMARAL, Luciana. Vitamedic gastou R\$ 717 mil para divulgar kit covid, diz executivo a CPI. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/08/11/medicos-pro-governo-foram-patrocinados-por-empresa-que-lucrou-com-kit-covid.htm>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

BANK, WORLD. World Bank Support for Country Access to COVID-19 Vaccines. **The World Bank**, 2021. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/en/who-we-are/news/coronavirus-covid19/world-bank-support-for-country-access-to-covid-19-vaccines>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

BARNETT-HOWELL, Z.; MOBARAK, A. The value of social distancing is not equally distributed. **VoxEu.org**, v. 7, 2020.

BENITES, Afonso; JIMENEZ, Carla. Bolsonaro invoca “intervenção militar” contra o STF e flerta com golpe. **El País**, 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-29/bolsonaro-invoca-intervencao-militar-contra-o-stf-e-flerta-com-golpe.html>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

CAMBRICOLI, Fabiana. Grupo que produz ivermectina dá suporte a associação de médicos pró-tratamento precoce contra covid. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2021/04/16/grupo-que-faz-ivermectina-da-suporte-a-associacao-de-medicos-pro-kit-covid.htm>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

CHRISTENSEN, Tom; LAEGREID, Per. Balancing governance capacity and legitimacy: how the Norwegian government handled the COVID-19 crisis as a high performer. **Public Administration Review**, v. 80, n. 5, p. 774-779, 2020.

CÓCOLO, Victória; BRITO, José. Fabricante diz não haver evidências de que ivermectina funcione contra COVID-19. **Pfarma**, 2021. Disponível em: <<https://pfarma.com.br/coronavirus/6213-merc-msd-ivermectina-covid19.html>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Programa de fiscalização em entes federativos. **CGU**, 2019. Disponível em: <<https://www.basedosdados.org/dataset/programa-de-fiscalizacao-em-entes-federativos>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

CORREA, Marcos. 'Gabinete paralelo' de Bolsonaro teve presença de conselheiros do CFM. **Rede Brasil Atual**, 2021. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/06/gabinete-paralelo-de-bolsonaro-teve-presenca-de-conselheiros-do-cfm/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

COX, Josue; GREENWALD, Daniel L.; LUDVIGSON, Sydney C. **What explains the COVID-19 stock market?**. National Bureau of Economic Research, 2020.

DE SOUZA, Marcella Viana et al. Implementação de indicadores aplicados à gestão de suprimentos hospitalares durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e53911125345-e53911125345, 2022.

DINCER, Oguzhan; GILLANDERS, Robert. Shelter in place? Depends on the place: Corruption and social distancing in American states. **Social Science & Medicine**, v. 269, p. 113569, 2021.

FERRAZ, Claudio; FINAN, Frederico. Electoral accountability and corruption: Evidence from the audits of local governments. **American Economic Review**, v. 101, n. 4, p. 1274-1311, 2011.

FERRAZ, Claudio; FINAN, Frederico. Exposing corrupt politicians: the effects of Brazil's publicly released audits on electoral outcomes. **The Quarterly journal of economics**, v. 123, n. 2, p. 703-745, 2008.

FOLHA DE S.PAULO. Relembra o que Bolsonaro já disse sobre a pandemia de gripezinha e país de maricas. **Folha de S.Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/03/relembra-o-que-bolsonaro-ja-disse-sobre-a-pandemia-de-gripezinha-e-pais-de-maricas-a-frescura-e-mimimi.shtml>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

G1. Coronavírus: vendas de medicamentos aumentam durante a pandemia, e farmacêuticos alertam sobre o risco da automedicação. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/05/04/coronavirus-vendas-de-medicamentos-aumentam-durante-a-pandemia-campanha-alerta-sobre-o-risco-da-automedicacao.ghtml>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

GOVERNO FEDERAL. Aplicativo auxilia médicos no diagnóstico da COVID-19. **Governo Federal**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/tratecov-aplicativo-auxilia-medicos-no-diagnostico-da-covid-19>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

GOVERNO FEDERAL. Discurso do Presidente da República, Jair Bolsonaro, durante Solenidade de Sanção de Medidas Provisórias de Facilitação de acesso ao Crédito – Palácio do Planalto. Disponível em: <<https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-durante-solenidade-de-sancao-de-medidas-provisorias-de-facilitacao-de-acesso-ao-credito-palacio-do-planalto>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

HAMZAH, Hamzah. Civil law agreement and its implication on regulation for prevention of corruption within Covid-19 Pandemic. **Journal of Social Studies Education Research**, v. 11, n. 3, p. 156-176, 2020.

JOVEM PAN NEWS. Cientista-chefe da OMS: COVID-19 pode demorar 5 anos para ser controlada. **Jovem Pan**, 2020. Disponível em: <<https://jovempan.com.br/noticias/mundo/oms-controla-coronavirus.html>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

JUNQUEIRA, Diego. Farmacêutica é alvo de ação de R\$ 45 milhões por anúncio de tratamento precoce. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/re>

porter-brasil/2021/08/20/farmaceutica-e-alvo-de-acao-de-r-45-mi-por-anuncio-de-tratamento-precoce.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

LOAYZA, Norman. Costs and trade-offs in the fight against the COVID-19 pandemic: A developing country perspective. **World Bank Research and Policy Briefs**, n. 148535, 2020.

LOPES, Raquel. Produtora de Kit Covid bancou anúncio de Associação para o tratamento precoce e que atua no gabinete paralelo. **Folha de S.Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/07/produtora-de-kit-covid-bancou-anuncios-de-associacao-pro-tratamento-precoce-e-que-atua-no-gabinete-paralelo.shtml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

MCCABE, Ruth et al. Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic. **BMC medicine**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2020.

MERGULHÃO, Alfredo; CASTRO, Rodrigo. Aplicativo de Pazuello sugere tratamento precoce com cloroquina para sintomas de COVID-19. *Época*, 2021. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/brasil/aplicativo-de-pazuello-sugere-tratamento-precoce-com-cloroquina-para-sintomas-de-covid-19-1-24847108>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Manifesto pela Vida: médicos do tratamento precoce Brasil. **MPF**, 2021. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/rs/atos-e-publicacoes/acp/porto-alegre/acp-5059442-62-2021-4-04.7100>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

PODER 360. TCE-RJ aponta superfaturamento de R\$ 123 milhões na compra de respiradores. **PODER 360**, 2020. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/justica/tce-rj-aponta-superfaturamento-de-r-123-milhoes-na-compra-de-respiradores>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

OECD. Home. **The Organization for Economic Co-operation & Development**, 2022. Disponível em: <<https://www.oecd.org/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

OMS. Brasil-Pontos Focais. **Organização Mundial da Saúde**, 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

PODER 360. TCE-RJ aponta superfaturamento de R\$ 123 milhões na compra de respiradores. **PODER 360**, 2020. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/justica/tce-rj-aponta-superfaturamento-de-r-123-milhoes-na-compra-de-respiradores>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

ROSE-ACKERMAN, Susan. **Corruption: A study in political economy**. Academic press, 2013.

SCARAMUZZO, Monica. Venda de remédios do kit covid movimentou R\$ 500 milhões em 2020. **Valor Investe**, 2021. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-e-politica/noticia/2021/02/05/venda-de-remedios-do-kit-covid-movimentou-r-500-milhoes-em-2020.ghml>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

TARMAN, Bulent. Reflecting in the shade of pandemic. **Research in Social Sciences and Technology**, v. 5, n. 2, p. i-iv, 2020.

TRANSPARENCY INTERNATIONAL. Research. **TI**, 2021. Disponível em: <<https://www.transparency.org/en/research>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

VIEIRA, Anderson. Decisão do STF sobre isolamento de estados e municípios repercute no Senado. **Agência Senado**, 2020. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/decisao-do-stf-sobre-isolamento-de-estados-e-municipios-repercute-no-senado>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

A PANDEMIA IGNORADA: COMO A CORRUPÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AMEAÇA SUA COBERTURA UNIVERSAL¹

Autor: Till Bruckner²

Editores: Rachel Cooper³, Sarah Steingrüber⁴ e Tom Wright⁵

Tradução: Michael Freitas Mohallem⁶

1 Este capítulo corresponde a uma parte da publicação original “The ignored pandemic: how corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage”, publicada em março de 2019 pela Transparency International Health Initiative (TI-HI), disponível na sua versão integral e em inglês em <<https://ti-health.org/content/the-ignored-pandemic/>>.

2 Fundador da TranspariMED e advocacy manager na Transparência Internacional. PhD em Política pela Universidade de Bristol, Reino Unido. Tem interesse por responsabilidade, corrupção e relações de poder ocultas que estruturam a política global e nossas vidas cotidianas.

3 Líder de política global de segurança em saúde do Departamento de Saúde e Assistência Social de Londres, Reino Unido. Foi diretora do programa “Transparency International Health Initiative”. Mestre pela Universidade The Open, Reino Unido.

4 Consultora e assessora independente em saúde global. Foi gestora do programa “Transparency International Health Initiative”. Mestre em Saúde pela Charité-Universitätsmedizin, Berlim. Especialista em Ciência da Saúde pela Universidade de York, Canadá.

5 Pesquisador e advocacy manager na Transparência Internacional. Mestre em Governança e Corrupção pela Universidade de Sussex, Reino Unido. Graduado em Política e Relações Internacionais pela mesma universidade. Já trabalhou em projetos de desenvolvimento internacional com foco em saúde e governança.

6 Consultor sênior da Transparência Internacional – Brasil, professor nas áreas de Direitos Humanos, Processo Legislativo e Anticorrupção, advogado e consultor em Direito Público. Foi professor e coordenador do Centro de Justiça e Sociedade da FGV Direito Rio, atuou como Diretor da organização Avaaz no Brasil, assessor parlamentar da Liderança do Governo no Senado Federal e assessor jurídico no Ministério da Justiça. Integra o Comitê Científico da Global Network on Electoral Justice e o Conselho Consultivo do Observatório Social do Brasil do Rio de Janeiro.

1. COMO A CORRUPÇÃO AMEAÇA A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

“Pelo menos 400 milhões de pessoas não têm acesso aos serviços básicos de saúde e 40% da população mundial carece de proteção social. Pense em algumas das realidades humanas por trás desses números. Pense na jovem mãe que morre no parto por falta de acesso aos serviços de saúde. Pense na jovem criança que abandona a escola devido ao empobrecimento das despesas com a saúde”. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez da garantia da cobertura universal de saúde (CUS) sua prioridade máxima. A CUS significa que todos os indivíduos e comunidades podem ter acesso a serviços essenciais de saúde, de qualidade, sem sofrer dificuldades financeiras. A transição para a CUS exigirá o fortalecimento dos sistemas de saúde em todos os países⁸.

De acordo com a OMS, alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável relacionado à saúde através da CUS evitaria 41 milhões de mortes de crianças e aumentaria a expectativa de vida mundial em cinco anos. Para atingir a Cobertura Sanitária Universal, são necessários investimentos adicionais em saúde de até US\$ 370 bilhões por ano até 2030. A grande maioria dos países de baixa e média renda tem condições de fornecer a maior parte desses fundos, com o apoio de doadores internacionais, para cobrir a lacuna de financiamento restante de US\$ 17-35 bilhões por ano⁹.

Por outro lado, é improvável que mais dinheiro, por si só, viabilize a CUS, a menos que a corrupção no setor seja efetivamente combatida. Vários estudos mostraram que altos níveis de corrupção estão ligados a resultados fracos na área da saúde, e há fortes evidências sugerindo que a corrupção

7 WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Together on the road to universal health coverage: a call to action.** World Health Organization, 2017.

8 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Universal health coverage (UHC). **WHO**, 1 de abril de 2021. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

9 WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Together on the road to universal health coverage: a call to action.** World Health Organization, 2017.

reduz significativamente o grau de financiamento adicional para o setor, que se traduz em melhores resultados de saúde¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴.

Ao jogar luz sobre esta questão de saúde pública, muitas vezes negligenciada, este artigo se concentra na corrupção no nível da prestação de serviços, no qual os usuários interagem diretamente com o sistema de saúde e os provedores individuais. Embora os atos individuais de corrupção neste nível sejam tipicamente pequenos em escala, cumulativamente eles têm um enorme impacto e minam significativamente os esforços para expandir e melhorar o acesso a serviços de saúde vitais.

Além de causar sofrimento individual e morte, a corrupção no nível da prestação de serviços também tem impactos sistêmicos mais amplos:

- Cepas virais resistentes a drogas emergem e podem se espalhar por populações inteiras porque os pacientes não conseguem ter acesso consistente a medicamentos de qualidade devido a desvios de medicamentos e consequentes faltas de estoque.
- As crianças adoecem, não podem frequentar a escola e permanecem analfabetas porque o absenteísmo desenfreado entre o pessoal de saúde as impede de ter acesso a vacinas e tratamentos.
- O crescimento econômico desacelera porque as doenças menores não tratadas se transformam em grandes doenças ou condições crônicas, deixando as pessoas incapacitadas para trabalhar.

10 MAKUTA, Innocent; O'HARE, Bernadette. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2015.

11 MULDOON, Katherine A. et al. Health system determinants of infant, child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. **Globalization and health**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2011.

12 OLAFSDOTTIR, Anna E. et al. Health systems performance in sub-Saharan Africa: governance, outcome and equity. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2011.

13 CICCONE, Dana Karen et al. Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low-and middle-income countries. **Social science & medicine**, v. 117, p. 86-95, 2014.

14 WITVLIET, Margot I. et al. Sick regimes and sick people: a multilevel investigation of the population health consequences of perceived national corruption. **Tropical Medicine & International Health**, v. 18, n. 10, p. 1240-1247, 2013.

- A pobreza se perpetua porque as famílias são forçadas a vender bens ou se endividam para pagar subornos por serviços que deveriam ser gratuitos.
- A estabilidade política e os esforços para conter epidemias são minados porque os cidadãos que encontram corrupção em sua clínica local perdem a confiança na vontade e na capacidade do Estado de fornecer serviços básicos¹⁵⁻¹⁶.

Assim, a corrupção compromete significativamente os esforços para alcançar o Objetivo 3 de Desenvolvimento Sustentável, que é “garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”.

A corrupção afeta severamente todas as cinco dimensões de desempenho do sistema de saúde: equidade, qualidade, capacidade de resposta, eficiência e resiliência¹⁷. Mais dinheiro gasto em medicamentos só curará mais pacientes se chegar àqueles que precisam. Mais dinheiro gasto com médicos só beneficiará mais pacientes se esses médicos realmente aparecem para o trabalho. Por estas razões, a OMS identificou a boa governança como um “elemento crítico” dos esforços para alcançar a CUS¹⁸.

Entretanto, muitas das abordagens atuais de combate à corrupção no setor carecem de eficácia. As principais razões incluem uma base de provas fraca e díspar sobre corrupção, que não leva em conta realidades políticas locais e projetos de programas com falhas e um foco mal orientado, em vez da compreensão do impacto que a corrupção e as intervenções anticorrupção têm sobre os resultados na saúde.

15 MATTHEW, Stephenson. Trust in Government and Public Health: Corruption and Ebola Revisited. **The Global Anticorruption Blog**, 22 de janeiro de 2015. Disponível em: < <https://globalanticorruptionblog.com/2015/01/22/trust-in-government-and-public-health-corruption-and-ebola-revisited/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

16 DEMMING, Ashley. The Disease of Corruption: How Distrust in Corrupt Governments Impacts Emergency Health Delivery. **The Global Anticorruption Blog**, 22 de junho de 2017. Disponível em: < <https://globalanticorruptionblog.com/2017/06/22/the-disease-of-corruption-how-distrust-in-corrupt-governments-impacts-emergency-health-delivery/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

17 WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Healthy systems for universal health coverage: a joint vision for healthy lives. **Healthy systems for universal health coverage: a joint vision for healthy lives**. 2018.

18 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Universal health coverage (UHC). **WHO**, 1 de abril de 2021. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

Estes problemas podem e devem ser superados. Bilhões de dólares estão envolvidos e a vida de 41 milhões de crianças está sob atenção. Não é possível fazer negócios como de costume. O combate à corrupção deve se tornar parte integrante dos esforços para fortalecer os sistemas de saúde e alcançar a CUS.

2. TIPOS DE CORRUPÇÃO

Este capítulo concentra-se exclusivamente na corrupção no nível da prestação de serviços, no qual os pacientes interagem diretamente com o sistema de saúde e os prestadores individuais. Enquanto os casos individuais de corrupção a nível da prestação de serviços são tipicamente de pequena escala, a sua elevada frequência em muitos ambientes causa grandes danos cumulativos. Coletivamente, minam significativamente a acessibilidade econômica e a qualidade dos cuidados de saúde, com resultados muitas vezes desastrosos para pacientes individuais, para sistemas nacionais de saúde e para a saúde global.

A corrupção a níveis mais elevados é também um problema substancial, e vários dos tipos de corrupção discutidos abaixo são de fato permitidos, ampliados, ou, por vezes, gerados por dinâmicas de corrupção de nível mais elevado. Como este capítulo buscará discutir, os casos de corrupção no nível da prestação de serviços são frequentemente causados por problemas estruturais mais profundos que estão fora do alcance dos prestadores de serviços da linha de frente. Em geral, mal pagos e sobrecarregados de trabalho. No entanto, não é possível discutir todos os tipos de corrupção prevalentes nos vários níveis dos sistemas de saúde em um único texto.

Tendo isso em vista, discutem-se seis tipos de corrupção frequentemente encontrados no nível da prestação de serviços:

- Absenteísmo
- Pagamentos informais de pacientes
- Desfalque e furto
- Prestação de serviços
- Favorecimento
- Manipulação dos dados dos resultados

A seção seguinte explorará cada tipo de corrupção em profundidade, apresentando sua descrição, explorando os seus fatores determinantes, através de exemplos específicos de cada país, e oferecendo uma indicação da sua prevalência.

2.1. ABSENTEÍSMO

2.1.1. Descrição

O absenteísmo constitui corrupção quando os funcionários públicos optam por se envolverem em atividades privadas durante o seu horário de trabalho, quer em busca de interesses comerciais privados, quer para gozar de tempos livres não autorizados. O absenteísmo pode ser categorizado segundo dois eixos: voluntário ou involuntário e; planejado ou não planejado¹⁹. Pode assumir duas formas, faltando dias inteiros no trabalho, ou aproveitando horas do dia de trabalho²⁰. Na maioria dos países, os trabalhadores fantasmas – funcionários que só existem no papel – parecem representar apenas uma pequena percentagem das ausências totais²¹.

Globalmente, cerca de 7% dos trabalhadores do setor da saúde são reportados como tendo pelo menos um período de ausência por semana²². No entanto, isto inclui ausências involuntárias ou “não-culpáveis” no trabalho, por motivo de doença, por exemplo, o que não constitui corrupção²³. Nota-se que as condições de trabalho difíceis e muitas vezes estressantes dos funcionários de saúde em países de baixa renda contribuem para uma

19 BELITA, Alice; MBINDYO, Patrick; ENGLISH, Mike. Absenteeism amongst health workers—developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human resources for health**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2013.

20 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

21 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

22 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

23 DAVEY, Mandy M. et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 3, p. 312-330, 2009.

quantidade maior de ausências involuntárias do que as documentadas em contextos mais favorecidos.

2.1.2. Fatores determinantes

A doença e o estresse relacionados ao trabalho são as principais causas do absenteísmo dos trabalhadores da saúde nos países de renda alta, mas as razões do absenteísmo dos trabalhadores da saúde nos países de renda baixa e média são menos pesquisadas²⁴⁻²⁵.

Os salários baixos e instáveis dos funcionários de apoio médico são frequentemente citados como as causas mais importantes, mas nem todos os países em desenvolvimento têm taxas elevadas de absenteísmo²⁶. Por exemplo, os funcionários públicos nas regiões mais pobres da Índia se ausentam mais frequentemente do que os seus pares nas regiões mais ricas, apesar de os seus rendimentos serem relativamente mais elevados²⁷, de modo que os baixos níveis salariais por si só não explicam completamente o fenômeno.

Um fator essencial em muitos países é a falta de responsabilização dos funcionários públicos. Muitos sistemas de saúde não controlam eficazmente a presença de seus funcionários²⁸⁻²⁹ e eles enfrentam poucas ou nenhuma

24 BELITA, Alice; MBINDYO, Patrick; ENGLISH, Mike. Absenteeism amongst health workers—developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human resources for health**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2013.

25 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

26 YAMADA, Hiroyuki; SAWADA, Yasuyuki; LUO, Xubei. Why is absenteeism low among public health workers in lao PDR?. **The Journal of Development Studies**, v. 49, n. 1, p. 125-133, 2013.

27 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

28 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

29 RAHMANI, Zuhair; BREKKE, Mette. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

consequência por não comparecerem ao trabalho em muitos países³⁰⁻³¹⁻³², especialmente se forem bem relacionados politicamente³³.

Um terceiro fator-chave é a capacidade da equipe médica de utilizar as suas competências para obter rendimentos adicionais através de consultórios privados. Em alguns locais, mais de metade dos médicos têm consultórios privados nos quais muitas vezes atuam durante o horário de trabalho oficial³⁴⁻³⁵. Em termos gerais, os gestores públicos nacionais raramente se concentram na questão³⁶.

Outros fatores de absenteísmo no setor da saúde pública são a desmotivação dos funcionários devido às más condições físicas e psicológicas do trabalho³⁷⁻³⁸⁻³⁹; a falta de incentivos positivos; o esgotamento causado por falta de pessoal e a carga de trabalho excessiva⁴⁰; compromissos sociais fora do local de trabalho⁴¹; medo de ser infectado por doentes durante

30 ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.

31 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

32 ZAMBONI, Yves; LITSCHIG, Stephan. Audit risk and rent extraction: Evidence from a randomized evaluation in Brazil. **Journal of Development Economics**, v. 134, p. 133-149, 2018.

33 FRIEDMAN, Willa. Corruption and averting AIDS deaths. **World Development**, v. 110, p. 13-25, 2018.

34 ILES, Richard A. Government doctor absenteeism and its effects on consumer demand in rural north India. **Health Economics**, v. 28, n. 4, p. 475-491, 2019.

35 VIAN, Taryn. **Corruption Risk Assessment in the Health Sector in Kosovo**. United Nations Development Programme. 2014.

36 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

37 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

38 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

39 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

40 CHENE, M. Zimbabwe: Overview of corruption in the health and education sectors and in local governments. **U4 Expert Answer wwwU4no10**, p. 1-9, 2015.

41 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p.

epidemias e pandemias⁴²; longas distâncias de deslocamento para locais de trabalho rurais⁴³⁻⁴⁴; estar localizado numa área pobre⁴⁵; responsabilidades de cuidados domésticos paralelos; traços de personalidade individuais⁴⁶ e, possivelmente; recrutamento pelo setor público de indivíduos com baixos padrões éticos de trabalho⁴⁷.

Estudos têm encontrado elevadas correlações entre as taxas nacionais de absenteísmo dos setores da saúde e os da educação nos países em desenvolvimento⁴⁸, sugerindo que alguns fatores determinantes podem não ser específicos ao setor da saúde⁴⁹.

2.1.3. Prevalência

O absenteísmo é generalizado e frequente em muitos países de renda baixa e média⁵⁰⁻⁵¹, com algumas exceções⁵². Estudos têm encontrado taxas que variam entre 19% e 60%, mas que se concentram principalmente na faixa entre 35% e 40%; mais elevadas, portanto, do que as taxas tipicamente

e000455, 2017.

42 CHENE, M. Zimbabwe: Overview of corruption in the health and education sectors and in local governments. **U4 Expert Answer** www.U4.no10, p. 1-9, 2015.

43 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

44 YAMADA, Hiroyuki; SAWADA, Yasuyuki; LUO, Xubei. Why is absenteeism low among public health workers in lao PDR?. **The Journal of Development Studies**, v. 49, n. 1, p. 125-133, 2013.

45 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

46 CALLEN, Michael et al. **The political economy of public sector absence: experimental evidence from Pakistan**. National Bureau of Economic Research, 2016.

47 HANNA, Rema; MCINTYRE, Vestal. New Possibilities for Cutting Corruption in the Public Sector. **Harvard Kennedy School**, 2018.

48 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

49 FRIEDMAN, Willa. Corruption and averting AIDS deaths. **World Development**, v. 110, p. 13-25, 2018.

50 ILES, Richard A. Government doctor absenteeism and its effects on consumer demand in rural north India. **Health Economics**, v. 28, n. 4, p. 475-491, 2019.

51 ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the health sector in Anglophone West Africa: Common forms of corruption and mitigation strategies. **SOAS Consortium**, 2018.

52 YAMADA, Hiroyuki; SAWADA, Yasuyuki; LUO, Xubei. Why is absenteeism low among public health workers in lao PDR?. **The Journal of Development Studies**, v. 49, n. 1, p. 125-133, 2013.

registadas para professores em países semelhantes⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶. Mesmo quando a equipe está fisicamente presente, pode não estar ativamente trabalhando⁵⁷ e as taxas de absenteísmo de fato relevantes para a prestação de serviços podem ser ainda mais elevadas⁵⁸⁻⁵⁹.

A vasta gama de metodologias utilizadas para medir as taxas de absenteísmo dificulta comparações confiáveis entre países⁶⁰, especialmente porque as taxas de frequência podem diferir entre manhãs e tardes⁶¹ e entre diferentes dias da semana⁶². Os dados sobre absenteísmo são geralmente agregados por país, escondendo o que podem ser diferenças significativas entre regiões⁶³ rurais e urbanas⁶⁴. Pesquisas na América do Norte indicam que o surgimento de “culturas de ausência” específicas no local de trabalho pode causar variações significativas quando considerados locais individual-

53 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

54 ILES, Richard A. Government doctor absenteeism and its effects on consumer demand in rural north India. **Health Economics**, v. 28, n. 4, p. 475-491, 2019.

55 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

56 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

57 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

58 ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.

59 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

60 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

61 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

62 GOLDSTEIN, Markus et al. The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: the case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. **American Economic Journal: Applied Economics**, v. 5, n. 2, p. 58-85, 2013.

63 FUJII, Tomoki. Regional prevalence of health worker absenteeism in Tanzania. **Health Economics**, v. 28, n. 2, p. 311-316, 2019.

64 YAMADA, Hiroyuki; SAWADA, Yasuyuki; LUO, Xubei. Why is absenteeism low among public health workers in lao PDR?. **The Journal of Development Studies**, v. 49, n. 1, p. 125-133, 2013.

mente⁶⁵, e alguns estudos encontraram uma correlação entre as clínicas em situação de abandono e aquelas com menor procura de pacientes⁶⁶.

Em países de renda baixa e média, as taxas de absenteísmo tendem a ser mais elevadas entre médicos e farmacêuticos do que entre equipes menos qualificadas⁶⁷⁻⁶⁸⁻⁶⁹⁻⁷⁰, mas observa-se uma inversão do padrão em países ricos⁷¹.

Globalmente, as trabalhadoras de saúde do sexo feminino parecem estar ausentes mais frequentemente do que trabalhadores do sexo masculino⁷²⁻⁷³⁻⁷⁴, o que é digno de nota, uma vez que os homens são frequentemente considerados mais propensos a comportamentos corruptos em geral. Contudo, a diferença pode ser devida aos papéis tradicionais de gênero, que podem levar as mulheres a assumir responsabilidades domésticas

65 DAVEY, Mandy M. et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 3, p. 312-330, 2009.

66 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

67 ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.

68 CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

69 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

70 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

71 BELITA, Alice; MBINDYO, Patrick; ENGLISH, Mike. Absenteeism amongst health workers—developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human resources for health**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2013.

72 BELITA, Alice; MBINDYO, Patrick; ENGLISH, Mike. Absenteeism amongst health workers—developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human resources for health**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2013.

73 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

74 Para resultado diferente, ver: CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.

por crianças ou familiares idosos em detrimento das suas responsabilidades profissionais⁷⁵.

2.1.4. Impacto

As taxas de absenteísmo entre 34 e 50% nos países de renda baixa e média causam uma grave lacuna na cobertura dos serviços de saúde devido à ausência de pessoal⁷⁶, afetando negativamente os resultados dos serviços de saúde⁷⁷⁻⁷⁸⁻⁷⁹. A investigação qualitativa sugere que, em alguns contextos de tratamento, pode ser a principal causa de mortalidade evitável⁸⁰. Contudo, há uma escassez de estudos que quantificam o efeito do absenteísmo nos resultados de saúde⁸¹.

O absenteísmo não só limita a quantidade de serviços prestados, como também prejudica a sua qualidade. Como acima referido, o absenteísmo é especialmente generalizado entre equipas altamente qualificadas, cujas funções incluem a orientação e aconselhamento de outros profissionais de saúde⁸². Agrava a escassez geral de médicos em muitos países, particularmente

75 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

76 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

77 BOUCHARD, Maryse et al. Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. **BMC international health and human rights**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012.

78 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

79 FRIEDMAN, Willa. Corruption and averting AIDS deaths. **World Development**, v. 110, p. 13-25, 2018.

80 ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.

81 GOLDSTEIN, Markus et al. The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: the case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. **American Economic Journal: Applied Economics**, v. 5, n. 2, p. 58-85, 2013.

82 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

nas zonas rurais⁸³ e pode deixar as instalações dependentes de prestadores sem formação praticamente sem supervisão⁸⁴⁻⁸⁵. Além disso, o absentismo, de forma geral, aumenta ainda mais a carga de trabalho dos demais trabalhadores⁸⁶, perpetuando assim o ciclo de burnout, cuidados abaixo dos padrões recomendados, desmotivação e mais absentismo.

Sem a presença de médicos, os tratamentos urgentemente necessários podem ser gravemente atrasados, resultando em mortes de doentes⁸⁷. Além disso, os medicamentos podem ser prescritos com orientações insuficientes para que os doentes tenham menor probabilidade de adesão e acompanhamento⁸⁸, comprometendo a sua recuperação imediata e aumentando o risco de surgimento e propagação de estirpes resistentes à medicação.

Os custos econômicos do absentismo vão muito além do pagamento de salários públicos desperdiçados em serviços não prestados. Por exemplo, os investimentos de recursos em edifícios e equipamentos médicos são parcialmente perdidos, porque as instalações são frequentemente fechadas e, portanto, não são totalmente utilizadas⁸⁹⁻⁹⁰. O absentismo também está

83 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

84 ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.

85 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

86 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

87 ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.

88 FRIEDMAN, Willa. Corruption and averting AIDS deaths. **World Development**, v. 110, p. 13-25, 2018.

89 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

90 RAHMANI, Zuhail; BREKKE, Mette. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

ligado à manutenção precária das clínicas⁹¹, embora a relação de causalidade não seja clara.

Da perspectiva do paciente, é geralmente impossível prever quando uma instalação será encerrada devido ao absenteísmo⁹²⁻⁹³. Isto cria perdas econômicas, porque aqueles que procuram cuidados médicos podem ter de visitar clínicas várias vezes durante o horário de trabalho até receberem tratamento. Como um todo, o absenteísmo já é frequentemente caracterizado por graves restrições de capacidade⁹⁴⁻⁹⁵. A acumulação de doentes à espera de cuidados e a ocupação de camas hospitalares por mais tempo aumentam os custos dos cuidados de saúde e têm um impacto negativo nos resultados dos tratamentos médicos⁹⁶⁻⁹⁷, à medida que muitas condições de saúde pioram na ausência de intervenção no tempo adequado. Um estudo calculou que a eliminação do absenteísmo em clínicas no norte da Índia aumentaria a utilização de tratamentos públicos ambulatoriais para febres (causadas por uma variedade de doenças) de 18% para 50%⁹⁸.

91 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

92 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

93 BANERJEE, Abhijit V.; DUFLO, Esther; GLENNERSTER, Rachel. Putting a band-aid on a corpse: incentives for nurses in the Indian public health care system. **Journal of the European Economic Association**, v. 6, n. 2-3, p. 487-500, 2008.

94 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

95 KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

96 BOUCHARD, Maryse et al. Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. **BMC international health and human rights**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012.

97 TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

98 ILES, Richard A. Government doctor absenteeism and its effects on consumer demand in rural north India. **Health Economics**, v. 28, n. 4, p. 475-491, 2019.

2.2. PAGAMENTOS INFORMAIS DE PACIENTES

2.2.1. Descrição

Os pagamentos informais oferecidos por pacientes são comuns em muitos países. De acordo com uma definição, são “uma contribuição direta, que é feita em complementação a qualquer contribuição determinada pelas regras vigentes, em dinheiro ou em espécie, por doentes ou outros agindo em seu nome, a prestadores de cuidados de saúde para serviços a que os doentes têm direito”⁹⁹⁻¹⁰⁰. Esta definição inclui o fornecimento ao doente de bens que devem fazer parte do serviço, tais como refeições, roupa de cama ou medicamentos.

As práticas relacionadas são extremamente diversas, e nem sempre ilegais, corruptas ou mesmo prejudiciais¹⁰¹⁻¹⁰²⁻¹⁰³⁻¹⁰⁴⁻¹⁰⁵. Em um extremo do espectro, uma paciente pode dar flores a um médico após um tratamento bem-sucedido para lhe agradecer por seus esforços. No outro extremo, um médico pode reter cuidados médicos que salvam vidas, a menos que um paciente pague uma grande quantia adiantada. Entre estes extremos, existem infinitas “tonalidades de cinza”.

Geralmente, os pagamentos informais são mais suscetíveis de constituir corrupção se forem feitos antes do tratamento, se forem ativamente solicitados – ou extorquidos – pelo prestador e se envolverem dinheiro ou itens

99 GAAL, Peter et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 2, p. 251-293, 2006.

100 CHERECHEȘ, Răzvan M. et al. Defining informal payments in healthcare: a systematic review. **Health Policy**, v. 110, n. 2-3, p. 105-114, 2013.

101 ENSOR, Tim. Informal payments for health care in transition economies. **Social science & medicine**, v. 58, n. 2, p. 237-246, 2004.

102 STEPURKO, Tetiana; PAVLOVA, Milena; GROOT, Wim. Informal payments in health care. In: **The Handbook of Business and Corruption**. Emerald Publishing Limited, 2017. p. 305-327.

103 ALLIN, Sara; DAVAKI, Konstantina; MOSSIALOS, Elias. Paying for ‘free’ health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. In: **Global Corruption Report 2006**. London: Pluto Press, 2006. p. 63-71.

104 BALABANOVA, Dina; MCKEE, Martin. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. **Health policy**, v. 62, n. 3, p. 243-273, 2002.

105 GAAL, Peter et al. Strategies to address informal payments for health care. **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition**. Copenhagen: World Health Organization, p. 327-360, 2010.

caros¹⁰⁶. Mesmo assim, é difícil traçar linhas claras¹⁰⁷. Por exemplo, em um contexto em que os pagamentos informais são quase universais, um paciente pode oferecer um “presente” sem considerar a transação como voluntária, enquanto o médico pode acreditar firmemente que o “presente” é dado livremente¹⁰⁸⁻¹⁰⁹.

2.2.2. Fatores determinantes

Há evidências consideráveis de que os pagamentos informais são mais generalizados em países onde as instituições públicas de saúde estão subfinanciadas¹¹⁰⁻¹¹¹ e os salários e a qualidade dos cuidados¹¹² são baixos.

Outros fatores que impulsionam os pagamentos informais incluem normas e hábitos culturais; excesso ou falta de pessoal; falta de alternativas do setor privado para os doentes mais ricos que estão dispostos a pagar para furar longas filas de espera ou para obter um serviço de mais qualidade¹¹³; ausência de sanções eficazes¹¹⁴ e; a necessidade de que tra-

106 BALABANOVA, Dina; MCKEE, Martin. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. **Health policy**, v. 62, n. 3, p. 243-273, 2002.

107 GAAL, Peter. Gift, fee or bribe? Informal payments in Hungary. In: **Global Corruption Report 2006**. London: Pluto Press, 2006. p. 71-75.

108 ALLIN, Sara; DAVAKI, Konstantina; MOSSIALOS, Elias. Paying for ‘free’ health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. In: **Global Corruption Report 2006**. London: Pluto Press, 2006. p. 63-71.

109 GAAL, Peter et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 2, p. 251-293, 2006.

110 GAAL, Peter et al. Strategies to address informal payments for health care. **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition**. Copenhagen: World Health Organization, p. 327-360, 2010.

111 AKWATAGHIBE, Ngozi et al. Assessing health workers’ revenues and coping strategies in Nigeria—a mixed-methods study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2013.

112 HABIBOV, Nazim; CHEUNG, Alex. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates. **Social Science & Medicine**, v. 178, p. 28-37, 2017.

113 ALLIN, Sara; DAVAKI, Konstantina; MOSSIALOS, Elias. Paying for ‘free’ health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. In: **Global Corruption Report 2006**. London: Pluto Press, 2006. p. 63-71.

114 VIAN, Tarian. Guest Post: Connecting Health and the Fight Against Corruption. **The Global Anticorruption Blog**, 29 de dezembro de 2015. Disponível em: <<https://globalanticorruption-blog.com/2015/12/29/guest-post-connecting-health-and-the-fight-against-corruption/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

balhadores que compraram as suas posições recuperem o seu investimento inicial¹¹⁵.

A responsabilização de cima para baixo do pessoal de saúde é frequentemente fraca devido aos desafios no estabelecimento de um controle governamental eficaz sobre um grande número de funcionários geograficamente dispersos. A responsabilidade de baixo para cima também é geralmente fraca, uma vez que os pacientes não podem normalmente disciplinar os subornados expressando críticas ou escolhendo diferentes prestadores de cuidados de saúde. Além disso, as assimetrias de informação criam oportunidades de extorsão, uma vez que os pacientes normalmente não podem determinar por si próprios quais os procedimentos ou tratamentos que necessitam¹¹⁶. Finalmente, os médicos são muitas vezes guardiões dos encaminhamentos necessários para tratamentos posteriores¹¹⁷.

2.2.3. Prevalência

Muitos estudos, incluindo estudos que consideram múltiplos países¹¹⁸, procuraram quantificar a prevalência e a escala dos pagamentos informais, alguns discriminando os dados por subsetor, tipo de fornecedor, características do pagador e tipo de pagamento¹¹⁹⁻¹²⁰. No entanto, as definições utilizadas pelos estudos variam muito, tornando frequentemente impossíveis as comparações entre países. Mesmo diferentes estudos realizados no mesmo país podem reportar números amplamente divergentes¹²¹. Um estudo con-

115 Comunicação pessoal de Karen Hussmann, 03 de março de 2019.

116 SAVEDOFF, William et al. **Global Corruption Report 2006**: Corruption and Health. 2006.

117 STEPURKO, Tetiana; PAVLOVA, Milena; GROOT, Wim. Informal payments in health care. In: **The Handbook of Business and Corruption**. Emerald Publishing Limited, 2017. p. 305-327.

118 HABIBOV, Nazim; CHEUNG, Alex. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates. **Social Science & Medicine**, v. 178, p. 28-37, 2017.

119 STEPURKO, Tetiana; PAVLOVA, Milena; GROOT, Wim. Informal payments in health care. In: **The Handbook of Business and Corruption**. Emerald Publishing Limited, 2017. p. 305-327.

120 MACKAY, Tim K.; VIAN, Taryn; KOHLER, Jillian. The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 634, 2018.

121 GAAL, Peter et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 2, p. 251-293, 2006.

cluiu que os montantes pagos pelos pacientes variavam em dez vezes entre diferentes regiões do mesmo país¹²².

Uma pesquisa global abrangendo 107 países, realizada pela Transparência Internacional entre 2012 e 2013, utilizando um instrumento normalizado, concluiu que 17% de todos os beneficiários de serviços de saúde tinham “pago suborno de alguma forma” durante o ano anterior¹²³. A verdadeira prevalência do suborno pode ser ainda maior devido à relutância dos entrevistados em admitir abertamente o pagamento e porque os pagamentos informais incluem uma gama mais vasta de “contribuições”.

2.2.4. Impacto

O impacto dos pagamentos informais nos sistemas de saúde, nos resultados da prestação de saúde pública e nos pacientes depende fortemente do contexto¹²⁴. Em algumas circunstâncias, pagamentos informais são uma forma de “corrupção de sobrevivência” perpetrada por pessoas cuja remuneração formal é insuficiente para cobrir os custos básicos e despesas de subsistência e, como tal, podem ser cruciais para permitir que equipes de saúde e mesmo instalações inteiras continuem a funcionar¹²⁵⁻¹²⁶. Além disso, podem ser as fontes de financiamento mais importantes dos cuidados de saúde em alguns países, sendo que a sua remoção súbita “causaria o co-

122 GAAL, Peter et al. Strategies to address informal payments for health care. **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition**. Copenhagen: World Health Organization, p. 327-360, 2010.

123 TRANSPARENCIA INTERNACIONAL. **Global Corruption Barometer 2013**. Disponível em: <<https://www.transparencya.org/en/gcb/global/global-corruption-barometer-2013>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

124 ENSOR, Tim. Informal payments for health care in transition economies. **Social science & medicine**, v. 58, n. 2, p. 237-246, 2004.

125 CHENG, Maria. AP Investigation: Congo hospitals openly imprison patients. **AP News**, 26 de outubro de 2018. Disponível em: <<https://apnews.com/article/aa5fbc3604174c35b461128bc-c84d64c>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

126 HUTCHINSON, Eleanor; BALABANOVA, Dina; MCKEE, Martin. We need to talk about corruption in health systems. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 8, n. 4, p. 191, 2019.

lapso total do sistema”¹²⁷⁻¹²⁸. Por exemplo, pagamentos informais provavelmente permitiram que trabalhadores da saúde no Tajiquistão duplicassem ou triplicassem os seus rendimentos em um momento em que os salários médios do setor da saúde eram de apenas 5 dólares por mês¹²⁹.

No entanto, nem todos os pagamentos informais são uma forma de “corrupção de sobrevivência” e os lucros podem não ser distribuídos de forma equitativa ou de acordo com a necessidade real. Por exemplo, destaca-se o caso da Polônia, país em que alguns médicos captavam uma parte dos pagamentos informais em hospitais gerais¹³⁰, enquanto outras equipes receberiam pouco ou nenhum benefício.

Os pagamentos informais podem impedir ou prevenir que os pacientes tenham acesso aos serviços. Entretanto, as somas exigidas ou esperadas podem variar fortemente de um tipo de serviço de saúde para outro em um mesmo território nacional¹³¹, assim como a capacidade de pagamento dos indivíduos. Em um estudo se detectou que uma alta proporção de pacientes búlgaros foi capaz de arcar com pagamentos a partir de sua renda pessoal¹³², mas outros estudos documentaram um grande número de pacientes atrasando a hospitalização, vendendo ativos ou entrando em débito para cobrir custos dos pagamentos informais para acesso a serviços de saúde¹³³. Já no Congo, muitos hospitais parecem dar conta de atender a todos os pa-

127 GAAL, Peter et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 2, p. 251-293, 2006.

128 MARQUETTE, Heather et al. What we found out about bribery patterns in Uganda’s health care system. **The Conversation**, 28 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://theconversation.com/what-we-found-out-about-bribery-patterns-in-ugandas-health-care-system-112165>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

129 FALKINGHAM, Jane. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. **Social science & medicine**, v. 58, n. 2, p. 247-258, 2004.

130 GAAL, Peter et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 2, p. 251-293, 2006.

131 STEPURKO, Tetiana; PAVLOVA, Milena; GROOT, Wim. Informal payments in health care. In: **The Handbook of Business and Corruption**. Emerald Publishing Limited, 2017. p. 305-327.

132 BALABANOVA, Dina; MCKEE, Martin. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. **Health policy**, v. 62, n. 3, p. 243-273, 2002.

133 GAAL, Peter et al. Strategies to address informal payments for health care. **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition**. Copenhagen: World Health Organization, p. 327-360, 2010.

cientes, mas aqueles que não podem pagar são detidos posteriormente até que suas famílias liquidem a conta.

Enquanto os pagamentos exigidos são informais e ilegais, há médicos que defendem a prática como essencial para a recuperação dos custos de aquisições na ausência de financiamento público¹³⁴. De modo geral, os pagamentos informais representam a maior barreira ao acesso no caso de tratamento hospitalar, uma vez que as somas de dinheiro envolvidos tendem a ser muito maiores do que outras modalidades de serviços de saúde¹³⁵⁻¹³⁶.

A exclusão pode assumir formas sutis. Por exemplo, os pacientes mais pobres podem escolher – ou serem forçados – a procurar tratamento em instalações menos especializadas ou visitar instalações com equipes menos qualificadas (por exemplo, enfermeiras ao invés de médicos) onde é necessário pagamento de menor valor¹³⁷. Evidências anedóticas sugerem que, em alguns países, os pacientes de menor capacidade econômica podem se autoexcluir por vergonha de sua incapacidade de oferecer presentes a integrantes de equipe médica mal paga, mesmo quando os trabalhadores não solicitam ativamente tais contribuições¹³⁸.

Em geral, ainda que existam modelos para uma pesquisa empírica rigorosa, na maioria dos países, os formuladores de políticas falharam em direcionar estudos para determinar onde, quando e como pagamentos informais são mais lesivos do que benéficos¹³⁹, limitando sua capacidade de enfrentar o problema de forma eficaz.

134 CHENG, Maria. AP Investigation: Congo hospitals openly imprison patients. **AP News**, 26 de outubro de 2018. Disponível em: <<https://apnews.com/article/aa5fbc3604174c35b461128bc-c84d64c>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

135 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

136 STEPURKO, Tetiana; PAVLOVA, Milena; GROOT, Wim. Informal payments in health care. In: **The Handbook of Business and Corruption**. Emerald Publishing Limited, 2017. p. 305-327.

137 HABIBOV, Nazim; CHEUNG, Alex. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates. **Social Science & Medicine**, v. 178, p. 28-37, 2017.

138 Conversa de autor com especialista em serviços de saúde, Geórgia, 2004.

139 GAÁL, Peter et al. Strategies to address informal payments for health care. **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition**. Copenhagen: World Health Organization, p. 327-360, 2010.

2.3. FURTO E PECULATO

2.3.1. Descrição

O furto e o desvio de dinheiro, equipamentos e suprimentos médicos por funcionários do setor da saúde são generalizados em alguns países. Isto inclui o furto de medicamentos para revenda, a apropriação de fundos orçados e taxas de uso¹⁴⁰ e o furto de suprimentos médicos, materiais e gasolina. Em alguns casos, equipes também substituíram materiais originais por materiais inferiores¹⁴¹.

Acredita-se que o furto e a revenda de medicamentos, vacinas e suprimentos médicos com financiamento público no mercado é particularmente comum e prejudicial¹⁴². Funcionários das instalações da linha de frente podem praticar furtos tanto em colaboração como individualmente¹⁴³, às vezes em conluio com as farmácias privadas¹⁴⁴.

2.3.2. Fatores determinantes

A combinação de baixos salários, pessoal desmotivado e fraca supervisão cria oportunidades de desvio de fundos, especialmente em áreas rurais;

140 MCPAKE, Barbara et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. **Social science & medicine**, v. 49, n. 7, p. 849-865, 1999.

141 ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the Nigerian health sector has many faces. How to fix it. **The conversation**, 09 de julho de 2018. Disponível em: <<https://theconversation.com/corruption-in-the-nigerian-health-sector-has-many-faces-how-to-fix-it-99043>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

142 GACHANE, Ndung'u. Eight grilled over theft of Sh5m HIV kits from Murang'a hospital. **Nation**, 14 de julho de 2018. Disponível em: <<https://nation.africa/kenya/counties/muranga/Sh5m-HIV-kits-stolen-Muranga-hospital/1183310-4663112-fmka4d/index.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

143 ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the Nigerian health sector has many faces. How to fix it. **The conversation**, 09 de julho de 2018. Disponível em: <<https://theconversation.com/corruption-in-the-nigerian-health-sector-has-many-faces-how-to-fix-it-99043>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

144 GACHANE, Ndung'u. Eight grilled over theft of Sh5m HIV kits from Murang'a hospital. **Nation**, 14 de julho de 2018. Disponível em: <<https://nation.africa/kenya/counties/muranga/Sh5m-HIV-kits-stolen-Muranga-hospital/1183310-4663112-fmka4d/index.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

normas profissionais fracas muitas vezes agravam o problema¹⁴⁵. Entre os fatores determinantes, estão a fraca segurança física, a precária manutenção de registros, o ineficaz gerenciamento de estoques¹⁴⁶ e instalações e a falta de políticas claras¹⁴⁷.

As regras laborais do setor público que dificultam ou impossibilitam a demissão de funcionários podem minar os esforços para impedir comportamentos corruptos. Entretanto, vale destacar que o desfalque também ocorre em países ricos onde os funcionários são bem remunerados¹⁴⁸. Da mesma forma, as falhas na supervisão vertical são evidentes não apenas nos sistemas governamentais, mas também nas operações dos programas de doadores internacionais¹⁴⁹.

2.3.3. Prevalência

Em algumas regiões, o furto e desvio de medicamentos, vacinas e outros suprimentos médicos para uso privado têm sido comuns, sendo que os suprimentos desviados são, na maioria das vezes, vendidos para ganho pessoal¹⁵⁰, e os lucros às vezes são compartilhados por múltiplos indivíduos em conluio nos esquemas. Por exemplo, uma auditoria governamental no Togo revelou que aproximadamente um terço dos medicamentos antimaláricos fornecidos pelo Fundo Global, no valor de mais de US\$ 1

145 SERNEELS, Pieter; LIEVENS, Tomas. Microeconomic institutions and personnel economics for health care delivery: a formal exploration of what matters to health workers in Rwanda. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-22, 2018.

146 BATE, Roger. Partners in crime: National theft of Global Fund medicines. **Africa Fighting Malaria Briefing Paper**, 2011.

147 BOUCHARD, Maryse et al. Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. **BMC international health and human rights**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012.

148 COUFFINHAL, Agnès; FRANKOWSKI, Andrea. Wasting with intention: Fraud, abuse, corruption and other integrity violations in the health sector. **Tackling Wasteful Spending on Health**, OECD Publishing, Paris.

149 BATE, Roger. Africa's Epidemic of Disappearing Medicine. **Foreign Policy**, 11 de janeiro de 2011. Disponível em: <<https://foreignpolicy.com/2011/01/11/africas-epidemic-of-disappearing-medicine/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

150 ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the Nigerian health sector has many faces. How to fix it. **The conversation**, 09 de julho de 2018. Disponível em: <<https://theconversation.com/corruption-in-the-nigerian-health-sector-has-many-faces-how-to-fix-it-99043>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

milhão, havia sido desviado¹⁵¹. Um estudo realizado em 1999 nas unidades sanitárias ugandenses encontrou uma taxa média de desvio de medicamentos de 76%; em apenas uma das dez unidades pesquisadas, mais da metade dos medicamentos fornecidos chegaram aos pacientes que os atenderam¹⁵². Pesquisas com médicos em vários países da América Latina sugerem que o furto em pequena escala por equipes de saúde também é alto nessa região¹⁵³.

De acordo com uma estimativa, cerca de 30 milhões em cada 100 milhões de doses de antimaláricos de alta qualidade doados à África por doadores são desviados. Entretanto, acredita-se que apenas um quinto do total acometido por peculato tenha ocorrido no nível da prestação de serviços¹⁵⁴. Para os usuários finais, portanto, é impossível determinar se a falta de estoque local é devida à alta demanda, ao furto por funcionários da linha de frente ou à corrupção nos níveis mais altos da cadeia de fornecimento.

2.3.4. Impacto

O peculato pode contribuir significativamente para a escassez e falta de estoque de medicamentos e outros suprimentos médicos em alguns ambientes¹⁵⁵⁻¹⁵⁶. Um estudo baseado em pesquisas posteriores a atendimentos de pacientes na Costa Rica – um país conhecido por seus níveis relati-

151 BATE, Roger. Partners in crime: National theft of Global Fund medicines. **Africa Fighting Malaria Briefing Paper**, 2011.

152 MCPAKE, Barbara et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. **Social science & medicine**, v. 49, n. 7, p. 849-865, 1999.

153 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

154 BATE, Roger. Partners in crime: National theft of Global Fund medicines. **Africa Fighting Malaria Briefing Paper**, 2011.

155 ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the Nigerian health sector has many faces. How to fix it. **The conversation**, 09 de julho de 2018. Disponível em: <<https://theconversation.com/corruption-in-the-nigerian-health-sector-has-many-faces-how-to-fix-it-99043>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

156 MCPAKE, Barbara et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. **Social science & medicine**, v. 49, n. 7, p. 849-865, 1999.

vamente baixos de corrupção – revelou que metade dos entrevistados não tinha recebido um medicamento prescrito devido à indisponibilidade¹⁵⁷.

Uma consequência imediata é que os pacientes podem não ter acesso a medicamentos¹⁵⁸ ou equipamentos médicos¹⁵⁹, ou acabar comprando medicamentos falsificados, degradados, expirados, inferiores ou inadequados de fontes privadas¹⁶⁰, levando a incapacidade para o trabalho, incapacidade permanente ou morte. No caso de doenças não transmissíveis, tais como câncer ou diabetes, as lacunas no fornecimento e a interrupção do tratamento devido à falta de disponibilidade levam à progressão da doença e a taxas de sobrevivência mais baixas¹⁶¹. Para as doenças infecciosas, os impactos podem ser tanto sistêmicos quanto individuais, como se percebe com o exemplo do HIV.

2.4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

2.4.1. Descrição

A corrupção na prestação de serviços abrange uma ampla gama de práticas, incluindo indicações orientadas por propina, procedimentos desnecessários, sobretaxas, prestação de serviços inferiores e pedidos de reembolso de tratamento falsos. Em casos extremos, os médicos podem cobrar pacientes por casos desnecessários ou cirurgias falsas, placebos vendidos como medicamentos e exames diagnósticos não realizados.

157 LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

158 KAHERU, Hamis. Uganda: Shortage of Malaria Drugs is Largely Artificial. **All Africa**, 21 de setembro de 2010. Disponível em: <<https://allafrica.com/stories/201009210515.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

159 BOUCHARD, Maryse et al. Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. **BMC international health and human rights**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012.

160 AL JAZEERA. The killing season. **Al Jazeera**, 30 de maio de 2010. Disponível em: <<https://www.aljazeera.com/news/2010/5/30/the-killing-season>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

161 MOSTERT, Saskia et al. Effect of corruption on medical care in low-income countries. **Pediatric Blood and Cancer**, v. 58, n. 3, p. 325, 2012.

2.4.2. Prevalência

Essas formas de corrupção são observadas em todo o mundo, em países ricos e pobres e ocorrem tanto entre os prestadores de serviços privados¹⁶² quanto entre os prestadores de serviços públicos de saúde. Em alguns casos, pode haver conluio entre provedores e pacientes às custas de seguradoras públicas ou privadas. Em função da ampla gama de práticas, da divergência entre os médicos sobre quais tratamentos são necessários para pacientes e das diferenças nos patamares apropriados de preços, não há estatísticas sobre a prevalência global da corrupção na prestação de serviço.

2.4.3. Fatores determinantes

Os fatores determinantes são diversos, mas estão em grande parte ligados ao fato de que os incentivos de cada fornecedor individual muitas vezes não estão alinhados com objetivos de saúde pública. Em muitos casos, os prestadores de serviços de saúde têm incentivos econômicos¹⁶³ ou de carreira¹⁶⁴ para fazer encaminhamentos ou administrar tratamentos que não são conduzidos apenas por considerações médicas. Os fatores adicionais são o aumento da especialização, restrições de tempo para clínica geral, receio de ações judiciais por não consultar um especialista¹⁶⁵, necessidade de recuperar investimentos em equipamentos caros¹⁶⁶ e apólices de reembolso de seguro que criam incentivos perversos¹⁶⁷.

162 GORNALL, Jonathan. The truth about cash for referrals. **BMJ**, v. 350, 2015.

163 BLOOM, Gerald; HAN, Leiya; LI, Xiang. **How health workers earn a living in China**. 2000.

164 SACHAN, Dinsa. Tackling corruption in Indian medicine. **The Lancet**, v. 382, n. 9905, p. e23-e24, 2013.

165 JAUHAR, Sandeep. Referral System Turns Patients Into Commodities. **The New York Times**, 25 de maio de 2009. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2009/05/26/health/26essa.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

166 VORA, Priyanka. Patients pay a heavy price as India's doctors continue with the corrupt 'cut practice'. **Scroll.in**, 03 de julho de 2017. Disponível em: <<https://scroll.in/pulse/842492/patients-pay-a-heavy-price-as-indias-doctors-continue-with-the-corrupt-cut-practice>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

167 RAO, Ankita. Revisiting Chhattisgarh: the Indian state where a woman's uterus is a way for doctors to get rich. **Quartz India**, 08 de abril de 2015. Disponível em: <<https://qz.com/india/358452/revisiting-chhattisgarh-an-indian-state-where-a-womans-uterus-has-given-birth-to-a-horrific-medical-tragedy/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

2.4.4. Impacto

A corrupção na prestação de serviços aumenta muito o custo da prestação de cuidados de saúde, em detrimento dos pacientes, dos contribuintes e da saúde pública. Por exemplo, subornos e favorecimentos por autorreferência de médicos são duas das principais causas do aumento do custo da saúde nos EUA¹⁶⁸.

2.5. FAVORECIMENTO

2.5.1. Descrição

O favorecimento ocorre quando os prestadores de serviços de saúde prestam tratamento preferencial a pacientes com os quais têm conexões sociais, às custas dos serviços prestados a outros pacientes. O favorecimento pode ser mediado através de laços pessoais, ou mais amplamente através da associação compartilhada em grupos étnicos, religiosos ou culturais. Embora o dinheiro não mude de mãos, as expectativas implícitas ou explícitas de reciprocidade futura fazem disso uma forma de corrupção.

2.5.2. Fatores determinantes

O fenômeno é impulsionado por traços psicológicos humanos bem documentados, notadamente a tendência de favorecer os membros da família, o próprio grupo de pertencimento e as normas culturais de reciprocidade. O favorecimento ocorre quando estas tendências são deixadas sem controle por estruturas e processos formais.

2.5.3. Prevalência

O favorecimento na prestação de serviços de saúde tem sido documentado em uma variedade de contextos, incluindo Afeganistão¹⁶⁹,

168 MORRISON, Anne W. An analysis of anti-kickback and self-referral law in modern health care. **Journal of Legal Medicine**, v. 21, n. 3, p. 351-394, 2000.

169 RAHMANI, Zuhail; BREKKE, Mette. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

Bósnia¹⁷⁰ e Uganda¹⁷¹. Embora não existam dados confiáveis entre países sobre sua prevalência ou escala, a prática parece ser generalizada, especialmente em contextos em que a demanda por serviços excede a oferta disponível¹⁷². Nos hospitais afegãos, observou-se que contatos pessoais garantiram que pacientes furassem filas e foram considerados necessários para receber atendimento de alta qualidade. Médicos e enfermeiros também esbateram favores aos pacientes com os quais não tinham contato pessoal, mas que estavam conectados a outros membros do pessoal nas mesmas instalações¹⁷³.

A prática de “furar” a fila permitida pelo favorecimento também tem sido descrita como “muito comum” na Bósnia. Curiosamente, um dos principais favores que os pacientes podiam obter neste país através de conexões pessoais era não ter que fazer pagamentos informais aos prestadores de serviços de saúde¹⁷⁴. Na Uganda, em um contexto em que a demanda por cirurgias ultrapassou amplamente a oferta, pacientes bem conectados puderam garantir tratamento para si. Nesse contexto particular, os pesquisadores descobriram que os laços sociais eram mais eficazes na obtenção de uma operação do que o pagamento de um suborno¹⁷⁵.

170 NEERUP HANDLOS, Line et al. Return migrants' experience of access to care in corrupt healthcare systems: The Bosnian example. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 9, p. 924, 2016.

171 STEPHENS, Trina et al. When Surgical Resources are Severely Constrained, Who Receives Care? Determinants of Access to Orthopaedic Trauma Surgery in Uganda. **World J Surg**, v. 41, n. 6, p. 1415–1419, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3874-1>.

172 STEPHENS, Trina et al. When Surgical Resources are Severely Constrained, Who Receives Care? Determinants of Access to Orthopaedic Trauma Surgery in Uganda. **World J Surg**, v. 41, n. 6, p. 1415–1419, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3874-1>.

173 RAHMANI, Zuhai; BREKKE, Mette. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

174 NEERUP HANDLOS, Line et al. Return migrants' experience of access to care in corrupt healthcare systems: The Bosnian example. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 9, p. 924, 2016.

175 STEPHENS, Trina et al. When Surgical Resources are Severely Constrained, Who Receives Care? Determinants of Access to Orthopaedic Trauma Surgery in Uganda. **World J Surg**, v. 41, n. 6, p. 1415–1419, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3874-1>.

2.5.4. Impacto

Devido à escassez de dados, o impacto do favorecimento na prestação de cuidados de saúde não pode ser quantificado. No entanto, quando o acesso ao tratamento é um jogo de soma zero, o favorecimento cria claramente perdedores e vencedores. Nos estudos analisados acima, mulheres de baixa condição socioeconômica de áreas rurais¹⁷⁶, com poucos laços sociais¹⁷⁷, e indivíduos menos conectados¹⁷⁸ perderam. No caso de Uganda, devido aos recursos limitados, 42% dos pacientes não receberam atendimento cirúrgico¹⁷⁹. Se o favorecimento – em vez de considerações médicas – impulsiona as decisões de tratamento por equipes de saúde, é provável que resulte na alocação ineficiente e injusta de recursos públicos.

Um estudo sobre o impacto do favorecimento étnico em 18 países da África Subsaariana ilustra a importância do favorecimento para os resultados da saúde. Nele se constatou que pessoas que compartilham a mesma etnia que o líder do país experimentaram uma redução média de 0,4% na mortalidade infantil em comparação com seus concidadãos, presumivelmente devido ao favorecimento étnico¹⁸⁰. O grau em que esta constatação pode ser extrapolada para o nível micro do serviço de linha de frente não é claro.

176 RAHMANI, Zuhai; BREKKE, Mette. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

177 NEERUP HANDLOS, Line et al. Return migrants' experience of access to care in corrupt healthcare systems: The Bosnian example. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 9, p. 924, 2016.

178 STEPHENS, Trina et al. When Surgical Resources are Severely Constrained, Who Receives Care? Determinants of Access to Orthopaedic Trauma Surgery in Uganda. **World J Surg**, v. 41, n. 6, p. 1415–1419, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3874-1>.

179 STEPHENS, Trina et al. When Surgical Resources are Severely Constrained, Who Receives Care? Determinants of Access to Orthopaedic Trauma Surgery in Uganda. **World J Surg**, v. 41, n. 6, p. 1415–1419, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3874-1>.

180 FRANCK, Raphaël; RAINER, Ilia. Does the Leader's Ethnicity Matter? Ethnic Favoritism, Education, and Health in Sub-Saharan Africa. **The American Political Science Review**, v. 106, n. 2, p. 294–325, 2012.

2.6. MANIPULAÇÃO DE DADOS

2.6.1. Descrição

A manipulação de dados inclui o faturamento fraudulento de bens ou serviços não fornecidos; a criação de pacientes “fantasmas” para exigir pagamentos adicionais em sistemas nos quais provedores individuais de saúde ou instalações são compensados pelo número de pessoas tratadas¹⁸¹ e; a busca por reembolsos por tratamentos que são mais caros do que aqueles realmente entregues¹⁸²⁻¹⁸³.

2.6.2. Fatores determinantes

Os sistemas que separam o financiamento e a prestação de serviços de saúde dão origem a problemas de desalinhamento de incentivos entre fornecedores individuais e os objetivos de saúde pública. Os gestores têm a capacidade de aumentar as receitas através da manipulação de dados de desempenho que constituem a base para reembolsos¹⁸⁴, às vezes em conluio com os pacientes¹⁸⁵. Nota-se que a fraude de seguros também é generalizada nos sistemas em que os pacientes, ao invés dos gestores, cobram diretamente as seguradoras¹⁸⁶.

2.6.3. Prevalência

A manipulação de dados é generalizada em sistemas com financiamento e provisão separados¹⁸⁷. Estes são comuns em países de alta renda e nos

181 SAVEDOFF, William et al. **Global Corruption Report 2006: Corruption and Health**. 2006.

182 SAVEDOFF, William D. **Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean**. Washington eD. CDC: Inter-American Development Bank, 2007.

183 JONES, Ben; JING, Amy. Prevention not cure in tackling health-care fraud. **World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 12, p. 858, 2011.

184 SAVEDOFF, William D. **Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean**. Washington eD. CDC: Inter-American Development Bank, 2007.

185 SAVEDOFF, William et al. **Global Corruption Report 2006: Corruption and Health**. 2006.

186 JONES, Ben; JING, Amy. Prevention not cure in tackling health-care fraud. **World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 12, p. 858, 2011.

187 SAVEDOFF, William D. **Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean**. Washington eD. CDC:

países de renda média da América Latina e Ásia¹⁸⁸ e, durante a última década, também foram adotados por alguns países de baixa renda. Foi documentado em uma ampla gama de países, incluindo Estados Unidos, Colômbia, Canadá¹⁸⁹, Reino Unido¹⁹⁰, e África do Sul¹⁹¹.

2.6.4. Impacto

Nesta forma de corrupção, a vítima normalmente não é o paciente individual, mas o contribuinte, uma vez que a saúde pública garante o pagamento dos custos. O dano agregado aos orçamentos da saúde pode ser substancial. Estima-se que todas as formas de fraude tomadas juntas custarão US\$ 1,7 bilhão por ano ao sistema de saúde pública do Reino Unido¹⁹². A estimativa correspondente para a África do Sul é de aproximadamente US\$ 1 bilhão por ano¹⁹³. Em alguns contextos, a fraude por parte dos prestadores de serviços parece ser um grande obstáculo¹⁹⁴ para a implementação efetiva e funcionamento do chamado pagamento por desempenho ou esquemas de financiamento baseados no desempenho¹⁹⁵⁻¹⁹⁶.

Inter-American Development Bank, 2007.

188 SAVEDOFF, William et al. **Global Corruption Report 2006: Corruption and Health**. 2006.

189 SAVEDOFF, William D. **Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean**. Washington eD. CDC: Inter-American Development Bank, 2007.

190 HEATON, Gavin. NHS Fraud Squad: Catching the crooks stealing £1.3 billion from the system. **The Telegraph**, 04 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://www.telegraph.co.uk/men/thinking-man/nhs-fraud-squad-catching-medical-insiders-stealing-13-billion/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

191 JONES, Ben; JING, Amy. Prevention not cure in tackling health-care fraud. **World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 12, p. 858, 2011.

192 HEATON, Gavin. NHS Fraud Squad: Catching the crooks stealing £1.3 billion from the system. **The Telegraph**, 04 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://www.telegraph.co.uk/men/thinking-man/nhs-fraud-squad-catching-medical-insiders-stealing-13-billion/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

193 JONES, Ben; JING, Amy. Prevention not cure in tackling health-care fraud. **World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 12, p. 858, 2011.

194 Comunicação pessoal feita pelo Dr. Raymond Tweheyo (03 de março de 2019).

195 EIJKENAAR, Frank et al. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. **Health policy**, v. 110, n. 2-3, p. 115-130, 2013.

196 TURCOTTE-TREMBLAY, Anne-Marie et al. Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. **Health economics review**, vol. 6,1 (2016):30. DOI:10.1186/s13561-016-0103-9.

REFERÊNCIAS

- ACKERS, Louise; IOANNOU, Elena; ACKERS-JOHNSON, James. The impact of delays on maternal and neonatal outcomes in Ugandan public health facilities: the role of absenteeism. **Health policy and planning**, v. 31, n. 9, p. 1152-1161, 2016.
- AKWATAGHIBE, Ngozi et al. Assessing health workers' revenues and coping strategies in Nigeria – a mixed-methods study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2013.
- AL JAZEERA. The killing season. Al Jazeera, 30 de maio de 2010. Disponível em: <<https://www.aljazeera.com/news/2010/5/30/the-killing-season>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.
- ALLIN, Sara; DAVAKI, Konstantina; MOSSIALOS, Elias. Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. In: **Global Corruption Report 2006**. London: Pluto Press, 2006. p. 63-71.
- BALABANOVA, Dina; MCKEE, Martin. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. **Health policy**, v. 62, n. 3, p. 243-273, 2002.
- BANERJEE, Abhijit V.; DUFLO, Esther; GLENNERSTER, Rachel. Putting a band-aid on a corpse: incentives for nurses in the Indian public health care system. **Journal of the European Economic Association**, v. 6, n. 2-3, p. 487-500, 2008.
- BATE, Roger. Africa's Epidemic of Disappearing Medicine. Foreign Policy, 11 de janeiro de 2011. Disponível em: <<https://foreignpolicy.com/2011/01/11/africas-epidemic-of-disappearing-medicine/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.
- BATE, Roger. Partners in crime: National theft of Global Fund medicines. **Africa Fighting Malaria Briefing Paper**, 2011.
- BELITA, Alice; MBINDYO, Patrick; ENGLISH, Mike. Absenteeism amongst health workers—developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human resources for health**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2013.
- BLOOM, Gerald; HAN, Leiya; LI, Xiang. **How health workers earn a living in China**. 2000.
- BOUCHARD, Maryse et al. Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. **BMC international health and human rights**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012.
- CALLEN, Michael et al. **The political economy of public sector absence: experimental evidence from Pakistan**. National Bureau of Economic Research, 2016.
- CHAUDHURY, Nazmul et al. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. **Journal of Economic perspectives**, v. 20, n. 1, p. 91-116, 2006.
- CHENE, M. Zimbabwe: Overview of corruption in the health and education sectors and in local governments. **U4 Expert Answer wwwU4no10**, p. 1-9, 2015.
- CHENG, Maria. AP Investigation: Congo hospitals openly imprison patients. **AP News**, 26 de outubro de 2018. Disponível em: <<https://apnews.com/article/aa5fbc3604174c35b461128bcc84d64c>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

CHERECHEȘ, Răzvan M. et al. Defining informal payments in healthcare: a systematic review. **Health Policy**, v. 110, n. 2-3, p. 105-114, 2013.

CICCONE, Dana Karen et al. Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low-and middle-income countries. **Social science & medicine**, v. 117, p. 86-95, 2014.

COUFFINHAL, Agnès; FRANKOWSKI, Andrea. Wasting with intention: Fraud, abuse, corruption and other integrity violations in the health sector. **Tackling Wasteful Spending on Health**, OECD Publishing, Paris.

DAVEY, Mandy M. et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 3, p. 312-330, 2009.

DEMING, Ashley. The Disease of Corruption: How Distrust in Corrupt Governments Impacts Emergency Health Delivery. The Global Anticorruption Blog, 22 de junho de 2017. Disponível em: < <https://globalanticorruptionblog.com/2017/06/22/the-disease-of-corruption-how-distrust-in-corrupt-governments-impacts-emergency-health-delivery/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

EIJKENAAR, Frank et al. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. **Health policy**, v. 110, n. 2-3, p. 115-130, 2013.

ENSOR, Tim. Informal payments for health care in transition economies. **Social science & medicine**, v. 58, n. 2, p. 237-246, 2004.

FALKINGHAM, Jane. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. **Social science & medicine**, v. 58, n. 2, p. 247-258, 2004.

FRANCK, Raphaël; RAINER, Ilia. Does the Leader's Ethnicity Matter? Ethnic Favoritism, Education, and Health in Sub-Saharan Africa. **The American Political Science Review**, v. 106, n. 2, p. 294-325, 2012.

FRIEDMAN, Willa. Corruption and averting AIDS deaths. **World Development**, v. 110, p. 13-25, 2018.

FUJII, Tomoki. Regional prevalence of health worker absenteeism in Tanzania. **Health Economics**, v. 28, n. 2, p. 311-316, 2019.

GAAL, Peter et al. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 2, p. 251-293, 2006.

GAAL, Peter et al. Strategies to address informal payments for health care. **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition**.

Copenhagen: World Health Organization, p. 327-360, 2010.

GAAL, Peter. Gift, fee or bribe? Informal payments in Hungary. In: **Global Corruption Report 2006**. London: Pluto Press, 2006. p. 71-75.

GACHANE, Ndung'u. Eight grilled over theft of Sh5m HIV kits from Murang'a hospital. **Nation**, 14 de julho de 2018. Disponível em:

<<https://nation.africa/kenya/counties/muranga/Sh5m-HIV-kits-stolen-Muranga-hospital/1183310-4663112-fmka4d/index.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

GOLDSTEIN, Markus et al. The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: the case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. **American Economic Journal: Applied Economics**, v. 5, n. 2, p. 58-85, 2013.

GORNALL, Jonathan. The truth about cash for referrals. **BMJ**, v. 350, 2015.

HABIBOV, Nazim; CHEUNG, Alex. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates. **Social Science & Medicine**, v. 178, p. 28-37, 2017.

HANNA, Rema; MCINTYRE, Vestal. New Possibilities for Cutting Corruption in the Public Sector. **Harvard Kennedy School**, 2018.

HEATON, Gavin. NHS Fraud Squad: Catching the crooks stealing £1.3 billion from the system. **The Telegraph**, 04 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://www.telegraph.co.uk/men/thinking-man/nhs-fraud-squad-catching-medical-insiders-stealing-13-billion/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

HUTCHINSON, Eleanor; BALABANOVA, Dina; MCKEE, Martin. We need to talk about corruption in health systems. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 8, n. 4, p. 191, 2019.

ILES, Richard A. Government doctor absenteeism and its effects on consumer demand in rural north India. **Health Economics**, v. 28, n. 4, p. 475-491, 2019.

JAUHAR, Sandeep. Referral System Turns Patients Into Commodities. *The New York Times*, 25 de maio de 2009. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2009/05/26/health/26essa.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

JONES, Ben; JING, Amy. Prevention not cure in tackling health-care fraud. **World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 12, p. 858, 2011.

KAHERU, Hamis. Uganda: Shortage of Malaria Drugs is Largely Artificial. *All Africa*, 21 de setembro de 2010. Disponível em: <<https://allafrica.com/stories/201009210515.html>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

KISAKYE, Angela N. et al. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81, 2016.

LEWIS, Maureen. Governance and corruption in public health care systems. **Center for Global Development working paper**, n. 78, 2006.

MACKEY, Tim K.; VIAN, Taryn; KOHLER, Jillian. The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 634, 2018.

MAKUTA, Innocent; O'HARE, Bernadette. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2015.

MARQUETTE, Heather et al. What we found out about bribery patterns in Uganda's health care system. *The Conversation*, 28 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://theconversation.com/what-we-found-out-about-bribery-patterns-in-ugandas-health-care-system-112165>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

MATTHEW, Stephenson. Trust in Government and Public Health: Corruption and Ebola Revisited. The Global Anticorruption Blog, 22 de janeiro de 2015. Disponível em: < <https://globalanti-corruptionblog.com/2015/01/22/trust-in-government-and-public-health-corruption-and-ebola-revisited/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

MCPAKE, Barbara et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. **Social science & medicine**, v. 49, n. 7, p. 849-865, 1999.

MORRISON, Anne W. An analysis of anti-kickback and self-referral law in modern health care. **Journal of Legal Medicine**, v. 21, n. 3, p. 351-394, 2000.

MOSTERT, Saskia et al. Effect of corruption on medical care in low-income countries. *Pediatric Blood and Cancer*, v. 58, n. 3, p. 325, 2012.

MULDOON, Katherine A. et al. Health system determinants of infant, child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. **Globalization and health**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2011.

NEERUP HANDLOS, Line et al. Return migrants' experience of access to care in corrupt health-care systems: The Bosnian example. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 9, p. 924, 2016.

OLAFSDOTTIR, Anna E. et al. Health systems performance in sub-Saharan Africa: governance, outcome and equity. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2011.

ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the health sector in Anglophone West Africa: Common forms of corruption and mitigation strategies. **SOAS Consortium**, 2018.

ONWUJEKWE, Obinna et al. Corruption in the Nigerian health sector has many faces. How to fix it. **The conversation**, 09 de julho de 2018. Disponível em: <<https://theconversation.com/corruption-in-the-nigerian-health-sector-has-many-faces-how-to-fix-it-99043>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

RAHMANI, Zuhali; BREKKE, Mette. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

RAO, Ankita. Revisiting Chhattisgarh: the Indian state where a woman's uterus is a way for doctors to get rich. **Quartz India**, 08 de abril de 2015. Disponível em: <<https://qz.com/india/358452/revisiting-chhattisgarh-an-indian-state-where-a-womans-uterus-has-given-birth-to-a-horrific-medical-tragedy/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

SACHAN, Dinsa. Tackling corruption in Indian medicine. **The Lancet**, v. 382, n. 9905, p. e23-e24, 2013.

SAVEDOFF, William D. **Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean**. Washington eD. CDC: Inter-American Development Bank, 2007.

SAVEDOFF, William et al. **Global Corruption Report 2006: Corruption and Health**. 2006.

SERNEELS, Pieter; LIEVENS, Tomas. Microeconomic institutions and personnel economics for health care delivery: a formal exploration of what matters to health workers in Rwanda. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-22, 2018.

STEPHENS, Trina et al. When Surgical Resources are Severely Constrained, Who Receives Care? Determinants of Access to Orthopaedic Trauma Surgery in Uganda. **World J Surg**, v. 41, n. 6, p. 1415–1419, 2017.

STEPURKO, Tetiana; PAVLOVA, Milena; GROOT, Wim. Informal payments in health care. In: **The Handbook of Business and Corruption**. Emerald Publishing Limited, 2017. p. 305-327.

TRANSPARENCY INTERNACIONAL. **Global Corruption Barometer 2013**. Disponível em: <<https://www.transparency.org/en/gcb/global/global-corruption-barometer-2013>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

TURCOTTE-TREMBLAY, Anne-Marie et al. Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. **Health economics review**, vol. 6,1 (2016):30. DOI:10.1186/s13561-016-0103-9.

TWEHEYO, Raymond et al. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. **BMJ global health**, v. 2, n. 4, p. e000455, 2017.

VIAN, Tarian. Guest Post: Connecting Health and the Fight Against Corruption. The Global Anticorruption Blog, 29 de dezembro de 2015. Disponível em: <<https://globalanticorruptionblog.com/2015/12/29/guest-post-connecting-health-and-the-fight-against-corruption/>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

VIAN, Taryn. **Corruption Risk Assessment in the Health Sector in Kosovo**. United Nations Development Programme. 2014.

VORA, Priyanka. Patients pay a heavy price as India's doctors continue with the corrupt 'cut practice'. Scroll.in, 03 de julho de 2017. Disponível em: <<https://scroll.in/pulse/842492/patients-pay-a-heavy-price-as-indias-doctors-continue-with-the-corrupt-cut-practice>>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

WITVLIET, Margot I. et al. Sick regimes and sick people: a multilevel investigation of the population health consequences of perceived national corruption. **Tropical Medicine & International Health**, v. 18, n. 10, p. 1240-1247, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Healthy systems for universal health coverage: a joint vision for healthy lives. **Healthy systems for universal health coverage: a joint vision for healthy lives**. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Together on the road to universal health coverage: a call to action**. World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Universal health coverage (UHC). **WHO**, 1 de abril de 2021. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

YAMADA, Hiroyuki; SAWADA, Yasuyuki; LUO, Xubei. Why is absenteeism low among public health workers in lao PDR?. **The Journal of Development Studies**, v. 49, n. 1, p. 125-133, 2013.

ZAMBONI, Yves; LITSCHIG, Stephan. Audit risk and rent extraction: Evidence from a randomized evaluation in Brazil. **Journal of Development Economics**, v. 134, p. 133-149, 2018.

CORRUPÇÃO E SAÚDE: TIPOLOGIAS, CONSEQUÊNCIAS E O FALSO DILEMA NO SEU COMBATE

Eduardo El Hage¹

Resumo: O presente artigo analisa como o fenômeno da corrupção pode afetar negativamente a prestação de direitos fundamentais, em especial a saúde, contribuindo para o aumento da desigualdade social. A partir do exemplo das investigações promovidas pela Força-Tarefa da Lava Jato no Rio de Janeiro, são apresentadas algumas tipologias de corrupção na saúde, que ilustram a sofisticação dos esquemas utilizados para o desvio de recursos públicos na área. Por fim, o artigo demonstra como o combate à corrupção e ao desvio de recursos públicos deve ser um aliado na agenda de direitos humanos no país.

Palavras-chave: direitos humanos; corrupção; saúde; investigação; tipologias; causas e consequências.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a classificação tradicional de direitos humanos, estes dividem-se em duas gerações: a primeira representaria os direitos civis e políticos (como o direito à propriedade, liberdade e à não-discriminação), ao

¹ Procurador da República. Ex-Coordenador da Força-Tarefa da Lava Jato no Rio de Janeiro (2017-2021). Coordenador do GAECO (Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado) do Ministério Público Federal no Rio de Janeiro. Master of Studies em *International Human Rights Law* pela Universidade de Oxford (2012-2014).

passo que a segunda representaria os direitos econômicos, sociais e culturais (como, por exemplo, o direito à saúde, educação e previdência social)².

Assim, os direitos humanos de primeira geração seriam realizáveis com prestações negativas do Estado, requerendo sua mera abstenção, enquanto os de segunda seriam providos por meio de prestações positivas.

Esta divisão não é exatamente precisa. Basta imaginarmos o direito à proteção contra tortura, que é comumente citado como exemplo clássico de direito negativo. Sua efetivação requer, “nada menos”, que robustos programas positivos por parte do Estado, como treinamento de forças policiais, fiscalização e até mesmo a condenação judicial de agentes estatais que praticaram delitos, como forma de dissuasão de futuras práticas³.

Ainda que os direitos de primeira geração não sejam exatamente livres de custos, é inegável que os direitos de segunda geração pressupõem um volume de recursos muito maior a ser despendido pelo Estado para sua concretização. De fato, só no ano de 2021, o orçamento do governo federal na área da saúde foi de 189 bilhões de reais⁴.

A Constituição brasileira de 1988 foi bastante generosa na relação de direitos e garantias fundamentais, demandando uma atuação forte do Estado. Se adequadamente implementadas, as políticas públicas desenhadas pelo constituinte para concretização dos direitos fundamentais seriam capazes de oferecer saúde e educação públicas de qualidade, promovendo igualdade material de oportunidades à sociedade.

Ocorre que de nada adianta a previsão e o dispêndio de recursos bilionários em áreas consideradas prioritárias pelo constituinte e que demandam efetiva prestação pelo Estado, se o uso desses recursos não for bem direcionado e usado de forma correta.

Casos como o do Rio de Janeiro, onde os últimos três ex-governadores foram denunciados por crimes de corrupção, sendo presos ou afastados,

2 Há ainda outras classificações que chegam a elencar até seis gerações de direitos humanos, mas a mais clássica é a apontada.

3 DONNELLY, Jack. **Universal human rights in theory and practice**. 2ª edição. Nova York: Cornell University Press, 2003. p. 30.

4 Dado extraído do Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União (<<https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>>), acessado em 16 de janeiro de 2022.

são importantes para tentar compreender e explicar os caminhos que os recursos públicos percorrem entre a sua previsão na Constituição e dotação bilionária nos orçamentos anuais até a sua efetiva chegada ao destino.

Como o recurso público destinado à saúde é, na prática, desviado? Quais as consequências desses desvios e como tentar reverter esse problema?

2. O EXEMPLO DO RIO DE JANEIRO: ALGUMAS TIPOLOGIAS PARA O PAGAMENTO DE PROPINA NA ÁREA DA SAÚDE

O Rio de Janeiro é um caso emblemático de como a corrupção pode se tornar institucionalizada, perpassando governos e atingindo frequentemente a pasta da saúde, por ser aquela dotada de um dos orçamentos mais vultosos.

Investigações promovidas entre os anos de 2016 e 2021, pela Força-Tarefa constituída para apurar crimes praticados no curso dos mandatos do ex-governador Sérgio Cabral, revelaram uma série de esquemas montados na Secretaria de Estado de Saúde e no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), com percentuais de propina que variavam de 10% a 40% dos contratos firmados.

Desde desvios de recursos destinados à aquisição de próteses e equipamentos médicos para o pagamento de propinas no exterior, expostos nas Operações Fatura Exposta⁵ e Ressonância⁶, durante a gestão Cabral, até os recentes escândalos na pandemia do COVID-19, que resultaram no impeachment do ex-governador Wilson Witzel, revelados na Operação Tris in Idem⁷, as investigações demonstraram que a corrupção, independentemente da forma que assume, tem efeitos deletérios na promoção de serviços públicos de qualidade.

5 BRASIL. 7ª Vara Federal Criminal do Rio de Janeiro. **Ação penal n. 0503870-31.2017.4.02.5101 RJ**. Juiz: Marcelo Bretas.

6 BRASIL. 7ª Vara Federal Criminal do Rio de Janeiro. **Ação penal n. 0506921-16.2018.4.02.5101 RJ**. Juiz: Marcelo Bretas.

7 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Ação penal n. 976 DF**. Relator: Min. Benedito Gonçalves.

8 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Ação penal n. 977 DF**. Relator: Min. Benedito Gonçalves.

As formas para verter o dinheiro sujo da corrupção são incontáveis: pagamentos de propina feitos em espécie no Brasil ou em *offshores* no exterior, contratações fictícias ou superfaturadas de empresas via organizações sociais, dentre outras.

Na Operação Fatura Exposta, o Ministério Público Federal comprovou pagamentos de valores em espécie para membros do alto escalão do executivo estadual. Como o dinheiro vivo não deixa qualquer tipo de rastro nas quebras de sigilo bancário e fiscal, o pagamento por malas de dinheiro é uma das modalidades favoritas para sua execução.

Em outra etapa da Operação Fatura Exposta, foram comprovados pagamentos de propina feitos por empresário da área da saúde para membro do governo do Estado, por meio de transferências bancárias internacionais.

Nesse caso, três fatores tornavam as investigações mais complexas: o primeiro é que as transferências bancárias foram internacionais, dos Estados Unidos para a Suíça; o segundo fator a dificultar qualquer apuração foi o fato de que as contas bancárias não estavam em nome das pessoas envolvidas, mas sim de empresas *offshore*, cujo beneficiário final não é publicamente acessível; por fim, para dificultar ainda mais qualquer tipo de apuração, a empresa *offshore* com a conta na Suíça não tinha sequer o secretário de saúde como seu beneficiário final, mas sim sua esposa. Tal artifício é comumente praticado em razão de agentes públicos serem considerados “pessoas expostas politicamente” (PEPs), o que chama mais atenção dos bancos⁹ na hora de avaliar se aceitam ou não a transação.

Na Operação Ressonância, a fraude era ainda mais sofisticada, contando, inclusive, com a participação de empresas multinacionais da Suécia, Holanda e Alemanha¹⁰ que, após ganharem as licitações no Brasil, por meio de

9 Apesar de o acompanhamento da sociedade e da imprensa, por meio da fiscalização dos portais da transparência, ser fundamental – já tendo contribuído de maneira decisiva em incontáveis investigações nos últimos anos –, a sofisticação de alguns esquemas criminosos é tamanha que é quase impossível, apenas por fontes abertas, desvendar crimes como os descritos acima. Somente com o uso de técnicas especiais de investigação (TEI) e o auxílio da cooperação jurídica internacional esses esquemas podem ser investigados com profundidade.

10 Os casos revelados pela Operação Lava Jato demonstram que as práticas de corrupção não se encontram restritas ao Brasil. Se a demanda por propina é tida como certa em algumas esferas de governo no Brasil, a oferta dela por multinacionais é tão grande e generalizada que resultou na edição de normas internacionais para coibir a sua prática. Uma das mais famosas é

editais de licitação fraudados, depositavam o valor da propina em *offshores* nos Estados Unidos, em nome do operador do esquema, a título de suposta comissão pelas vendas milionárias realizadas a órgãos públicos brasileiros.

Já na Operação SOS¹¹, revelou-se o gigantesco esquema de corrupção envolvendo organizações sociais (OS). Como cediço, tais entidades passaram a ser contratadas pelo Estado, em meados da década de 90, para gerir hospitais e unidades de saúde, numa tentativa de promover uma prestação mais eficiente dos serviços de saúde, frente à histórica ineficiência do poder público na área.

Trata-se do que ficou convencionado denominar “terceiro setor”. Isto é, o serviço é prestado por entidades privadas, que contam com uma qualificação especial concedida pelo Estado.

O modelo é baseado em contratos de gestão, que preveem metas de desempenho e, em tese, permitem uma maior eficiência e agilidade na contratação de pessoal, material e insumos médicos, ao dispensar processos licitatórios para as contratações.

Na prática, comprovou-se que o gestor público, ao contratar as organizações sociais, exigia um percentual de propina sobre os recursos públicos repassados às entidades sem fins lucrativos. Os representantes da OS, então, ao contratarem as empresas prestadoras de serviço para a realização das atividades fim nas unidades de saúde, exigiam dos empresários a devolução de um percentual em dinheiro em espécie para pagamento do agente estatal.

Estas tipologias foram reveladas à sociedade por meio de operações policiais deflagradas entre 2017 e 2018, com ampla repercussão na imprensa.

Apesar disso, e mesmo tendo sido eleito com um discurso anticorrupção em outubro de 2018, o ex-governador Wilson Witzel sofreu processo de impeachment, após ter sido afastado pelo Superior Tribunal de Justiça, no bojo da Operação Tris in Idem, que investigava fraudes justamente na pasta da saúde, durante o período da pandemia do COVID-19.

o FCPA (*Foreign Corrupt Practices Act*), que tinha como objetivo evitar que o pagamento de propina pudesse afetar a livre concorrência em contratos internacionais.

11 BRASIL. 7ª Vara Federal Criminal do Rio de Janeiro. **Ação penal nº 0507310-98.2018.4.02.5101 RJ**. Juiz: Marcelo Bretas.

As apurações do caso contaram com a celebração de acordo de colaboração premiada pelo secretário de saúde do então governador, com a Procuradoria-Geral da República, no qual descreveu com detalhes o esquema que foi montado na sua pasta por uma complexa organização criminosa, composta por núcleos bem desenhados, que dividiam tarefas para o desvio de recursos públicos.

Além da confissão de possuir milhões de reais em espécie no Brasil, o ex-secretário descreveu também como armazenava valores em espécie em um cofre em Portugal.

Em desdobramento da Operação Tris in Idem, a Operação Kickback revelou o pagamento de propina por meio de contratos milionários celebrados entre organizações sociais e escritórios de advocacia. Como o saque de valores na boca do caixa pelas organizações sociais poderia chamar atenção dos órgãos de controle, contratos fictícios de advocacia eram usados para transferir valores milionários para os operadores ligados ao ex-governador.

As tipologias são muitas. As formas de comunicação entre membros de organizações criminosas também. Podemos citar como exemplo: a troca de mensagens criptografadas que se autodestroem, por meio de aplicativos; a conversação por meio de rascunhos de contas de e-mail criadas exclusivamente para este fim; e o uso de pen drives protegidos por senha, pelos quais circulavam editais de licitação e especificações de produtos, previamente ajustadas.

Exemplo de engenhosidade a serviço do crime foi episódio relatado por uma colaboradora que trabalhava para o esquema, ajudando a fraudar as licitações na área da saúde. Como os órgãos de controle hoje são capazes de detectar até mesmo os endereços IPs das máquinas que transmitem as propostas em pregões eletrônicos, podendo saber se um mesmo equipamento foi utilizado para dar lances por diferentes licitantes – em óbvio sinal de conluio –, a organização criminosa arranhou uma saída para ajustar preços e vencedores sem deixar rastros.

Os empresários participantes do cartel, vindos de diferentes partes do país, reuniram-se em uma grande sala, alugada em famoso prédio comercial no Rio de Janeiro, onde, cada um com seu notebook e um modem móvel, do tipo USB, fizeram os lances de modo ajustado. Dessa forma, cada uma das propostas teria um IP diferente, aparentando vir de licitantes diferentes, a

despeito de estarem todos reunidos e em conluio para alcançar o mesmo resultado fraudulento nos procedimentos licitatórios.

Se, por um lado, a criatividade de empresários e agentes públicos em encontrar formas para pagar propina não nos surpreende mais, por outro, é preciso confessar que a recalcitrância obstinada do esquema em se recompor sempre que desmontado é um retrato assustador do estágio atual das coisas.

Como na alusão à figura de Hidra¹² – dragão com oito cabeças de serpente, que se regeneram após serem cortadas –, a corrupção endêmica e institucionalizada no Rio de Janeiro nos faz questionar se estamos a trilhar o correto caminho no seu combate.

De fato, se nem mesmo a enxurrada de operações promovidas nos últimos anos, a maioria delas acompanhada da decretação de prisões preventivas, com ampla cobertura da imprensa, foi capaz de desincentivar a atuação de novos agentes públicos eleitos, o que mais poderia? E se, de fato, o esquema é tão custoso para ser investigado e punido, por que insistir na tarefa inglória de perseguir as fraudes na área da saúde? Quem é afetado por tais desvios?

3. OS EFEITOS DA CORRUPÇÃO

Como vimos, a criatividade na hora de negociar e pagar propinas é ampla, podendo assumir as mais diversas formas e veículos, com diferentes níveis de sofisticação e profundidade.

Os efeitos da corrupção na saúde, no entanto, têm destino certo e preciso, retirando das pessoas mais vulneráveis o acesso a serviços de qualidade, contribuindo de maneira decisiva para o aumento da desigualdade social.

Como bem observou FISMAN¹³:

12 CHAYES, Sarah. **On Corruption in America**: and what is at stake. 1ª edição. Nova York: Alfred A. Knopf, 2020. p. 285.

13 FISMAN, Ray; GOLDEN, Miriam A. **Corruption**: What Everyone Needs to Know. 1ª edição. Nova York: Oxford University Press, 2017. p 63.

“A corrupção pode (e acontece) em todos os lugares. Mas isso acontece com mais frequência em países pobres, em parte porque a pobreza torna a corrupção mais provável e em parte porque a corrupção piora a pobreza. É uma relação de mão dupla complicada” (tradução livre).

Se a classe média consegue se dar ao luxo de custear planos de saúde, educação privada e ter meio de transporte próprio, passando ao largo da desgraça da má prestação dos serviços públicos de saúde e educação, a população mais vulnerável depende exclusivamente dos direitos sociais de caráter prestacional oferecidos pelo Estado para sobreviver e ter condições mínimas de vida digna.

Para a classe média, a corrupção pode ser algo moralmente revoltante, que lhe traz contratempos quando tem que lidar com a burocracia estatal (como renovar uma carteira de motorista, transferir a propriedade de um imóvel, abrir um novo negócio, etc.), mas que, essencialmente, não lhe afeta no dia-a-dia de maneira significativa¹⁴.

Para a população mais pobre, que é sufocada pela alta carga tributária embutida em tributos indiretos, que consome mais que um quarto de sua renda¹⁵, a não prestação eficiente de serviços de saúde tem efeito perverso e cruel, pois afeta diretamente sua condição e expectativa de vida, contribuindo para o aumento da desigualdade social no país.

Não à toa, a relação direta e inversamente proporcional entre o índice de percepção da corrupção e o IDH já foi notada por famosos teóricos do tema. De acordo com uma das mais prestigiadas autoras no estudo das causas e efeitos da corrupção, Susan Rose-Ackerman¹⁶:

14 Exceto, é claro, em situações excepcionais, quando gestores fazem escolhas absurdas, como na condução da crise sanitária gerada pela pandemia do COVID-19.

15 ALMEIDA, Cássia. Impostos desiguais: peso de tributos em produtos e serviços é maior no orçamento dos mais pobres. **O Globo**, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/impostos-desiguais-peso-de-tributos-em-produtos-servicos-maior-no-orcamento-dos-mais-pobres-1-24661762>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

16 ROSE-ACKERMAN, Susan; PALIFKA, Bonnie. **Corruption and Government: Causes, Consequences, and Reform**. 2ª Edição. Nova York: Cambridge University Press, 2016. p. 29.

“A Figura 1.9 ilustra a relação simples entre o índice da ONU de Desenvolvimento Humano – um índice que leva em conta a educação e a saúde bem como a renda nacional bruta (RNB) per capita – e os níveis percebidos de corrupção em 2012 medidos pela Transparência Internacional. Essa correlação é um dos relacionamentos mais robustos que surgiram da pesquisa sobre corrupção (Johnston 2005; Akçay 2006; Reiter e Steensma 2010; Askari, Rehman, e Arfaa 2012). Países com níveis mais altos de corrupção têm níveis mais baixos de desenvolvimento humano. Da mesma forma, como regra, os países mais ricos e aqueles com altas taxas de crescimento têm menos corrupção relatada e melhor funcionamento governos (Kaufmann 2003)” (tradução livre).

A comprovar os reiterados casos de corrupção estampados nas páginas policiais, o Brasil encontra-se na 96ª posição (de um total de 180) do último Índice de Percepção da Corrupção divulgado pela Transparência Internacional em 2021¹⁷ e em 9º lugar no Índice de Gini, que serve à mensuração da desigualdade social dos países mais desiguais do mundo.

Esta relação pode ser explicada pelo fato de a corrupção drenar grande parte dos recursos que seriam utilizados para o custeio das políticas públicas destinadas à saúde.

De fato, como a efetivação dos direitos sociais demanda um alto custo de implementação, o desvio de recursos que à ela seriam destinados acarreta a prestação ineficiente do serviço público ou, nas piores hipóteses, a negativa completa de sua oferta, sob o argumento da teoria da reserva do possível.

Pela citada Teoria, como os recursos são finitos e o orçamento possui limitações de ordem material, não caberia ao Poder Judiciário impor a realização de direitos que não estivessem previstos na lei orçamentária¹⁸, pois,

17 TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL. Índice de Percepção da Corrupção 2021. **TI -Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ipc/>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

18 A seu turno, a teoria do mínimo existencial propugna que o Estado deve garantir aos cidadãos condições mínimas de existência.

agindo assim, estaria usurpando, sem deter legitimidade democrática, a função do legislativo¹⁹.

Como resultado dessa equação, temos a redução de recursos públicos disponíveis pela sua apropriação privada, por empresários e agentes públicos corruptos, sem que sequer o Poder Judiciário possa ser acionado para suprir omissões do administrador na concretização dos direitos fundamentais.

Esse raciocínio nos leva a concluir que o efetivo combate à corrupção e ao desvio de recursos públicos é peça-chave para auxiliar na promoção de uma agenda de direitos humanos e de redução da desigualdade no país.

4. DO ATUAL ESTÁGIO DO COMBATE À CORRUPÇÃO NO BRASIL

O combate à corrupção no Brasil teve um avanço significativo nos últimos anos, servindo de exemplo para toda a América Latina, onde uma série de iniciativas foram replicadas a partir de provas compartilhadas com vários países da região.

A mudança pode ser explicada por diversos fatores. Dentre eles, podemos citar a nova regulamentação do instituto da colaboração premiada, trazida pela Lei n. 12.850/13, que permitiu a sua larga utilização no curso de investigações complexas. Também se verificou o aperfeiçoamento de antigos institutos, como a cooperação jurídica internacional, que passou a ser mais célere e efetiva. Cabe mencionar, ainda, o uso de novas tecnologias por parte dos órgãos de investigação, especialmente daquelas que permitem a extração e análise de evidências digitais. Esse novo cenário permitiu que os órgãos de controle passassem a contar com um arsenal muito maior de ferramentas para investigar e punir este tipo de crime.

Recentemente, no entanto, o combate à corrupção passou a ser objeto de franca polarização na discussão política do país. Setores da esquerda passaram a considerá-lo como um instrumento a serviço da criminalização da política, apontando a redução da desigualdade social como principal pau-

19 SARMENTO, Daniel. **Por um Constitucionalismo Inclusivo**: História Constitucional Brasileira, Teoria da Constituição e Direitos Fundamentais. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010. p. 202.

ta a ser implementada. Por sua vez, a direita elegeu o combate à corrupção como a panaceia para livrar o país de todos os seus males existentes. A desastrosa ida do ex-juiz federal Sérgio Moro para o Governo Bolsonaro, após condenar o seu principal adversário nas pesquisas eleitorais, ajudou a reforçar a primeira tese, trazendo um grande prejuízo para o amadurecimento institucional do tema.

De fato, os reais avanços que poderiam sedimentar uma grande operação de sucesso contra a corrupção acabaram por ser anulados, e, em alguns casos, até revertidos, por uma série de medidas que tentaram se contrapor à indevida politização do caso. Com isso, pautas importantes como a possibilidade de prisão em segunda instância²⁰ foram totalmente abandonadas, dando lugar à uma renovada sensação de impunidade a qual já estão tão acostumados os brasileiros.

Certo é que os dois temas – combate à corrupção e redução da desigualdade social – estão intrinsecamente interligados. Não haverá combate à desigualdade social sem que haja efetivo combate à corrupção no país. De fato, como fornecer saúde de qualidade para aqueles que necessitam de atendimento médico, se o secretário de saúde recebe milhões de dólares em sua conta *offshore* na Suíça? Que transporte público será disponibilizado à população se os órgãos de fiscalização recebem uma mesada dos empresários de transporte?

Tentar implantar políticas públicas para reduzir os níveis de miséria no país sem que haja um efetivo controle das verbas públicas empregadas é jogar pelo ralo o dinheiro da pesada carga tributária imposta à sociedade brasileira.

Se, por um lado, o combate à corrupção não pode ser feito de maneira partidária e politizada, menoscar sua importância, sob o pretexto de privilegiar a redução da desigualdade social, nos parece ser uma visão míope, que ignora as duas faces de uma mesma questão.

20 A nós nos parece que o melhor tratamento para a matéria seria a aprovação da chamada PEC Peluso. A proposta faz com que os processos tenham duas instâncias, abreviando o trânsito em julgado dos processos. De acordo com o projeto, STJ e o STF passariam a não mais apreciar recursos, mas sim verdadeiras ações de cunho rescisório. Tal arranjo permitiria uma prestação judicial mais célere e efetiva, sem retirar das cortes superiores o poder de corrigir eventuais injustiças.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 definiu uma extensa lista de direitos e garantias fundamentais que deveriam ser conferidos pelo Estado aos cidadãos, seja por meio de prestações negativas (direitos civis e políticos) ou positivas (direitos econômicos, sociais e culturais).

Dentre a extensa lista de direitos garantidos na Constituição de 1988, a saúde talvez seja um dos principais a serem providos pelo Estado, por ser condição para o exercício de todos os demais.

Não sem razão, portanto, o constituinte outorgou-lhe parcela significativa do orçamento, impondo, inclusive, piso mínimo para sua aplicação, de modo a garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ocorre que, como consequência do trágico histórico patrimonialista que persegue o país, sem a devida fiscalização, o gigantesco orçamento da saúde nas três esferas (municipal, estadual e federal) acabou por se tornar um prato cheio para empresários e agentes públicos corruptos desviarem recursos milionários.

Associada a um histórico de impunidade, a corrupção tem contribuído de maneira decisiva para uma prestação ineficiente e precária dos serviços de saúde para a população. Tal precariedade acabou gerando ampliação dos gastos com planos de saúde privados e médicos particulares, pela parcela da população que pode arcar com esses custos, relegando o Sistema Único de Saúde à população de baixa renda.

Nos últimos anos, a partir da polarização política do país, que teve como uma das pautas principais o combate à corrupção, o debate parece ter perdido o eixo, havendo uma associação indevida do combate à corrupção a supostas violações a direitos fundamentais.

Esta é uma vinculação indevida. A efetiva implementação de uma agenda de direitos humanos no país deve estar acompanhada de um enérgico esforço da sociedade no combate à corrupção, de modo a preservar os recursos públicos destinados à promoção dos direitos fundamentais, principalmente os de segunda geração.

Malversação de recursos públicos na prestação de direitos econômicos e sociais, notadamente a saúde, impõe um alto custo às classes menos fa-

vorecidas, que dependem exclusivamente dos serviços que são oferecidos pelo Estado.

Enquanto o país não tiver clara essa dimensão, buscando atacar a questão de maneira míope, estaremos fadados a permanecer no topo da lista dos países mais desiguais do mundo, com níveis alarmantes de pobreza e baixo desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 7ª Vara Federal Criminal do Rio de Janeiro. **Ação penal n. 0503870-31.2017.4.02.5101 RJ**. Juiz: Marcelo Bretas.

BRASIL. 7ª Vara Federal Criminal do Rio de Janeiro. **Ação penal n. 0506921-16.2018.4.02.5101 RJ**. Juiz: Marcelo Bretas.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Ação penal n. 976 DF**. Relator: Min. Benedito Gonçalves.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Ação penal n. 977 DF**. Relator: Min. Benedito Gonçalves.

BRASIL. 7ª Vara Federal Criminal do Rio de Janeiro. **Ação penal nº 0507310-98.2018.4.02.5101 RJ**. Juiz: Marcelo Bretas.

CHAYES, Sarah. **On Corruption in America**: and what is at stake. 1ª edição. Nova York: Alfred A. Knopf, 2020.

DONNELLY, Jack. **Universal human rights in theory and practice**. 2ª edição. Nova York: Cornell University Press, 2003.

FISMAN, Ray; GOLDEN, Miriam A. **Corruption: What Everyone Needs to Know**. 1ª edição. Nova York: Oxford University Press, 2017.

ALMEIDA, Cássia. Impostos desiguais: peso de tributos em produtos e serviços é maior no orçamento dos mais pobres. **O Globo**, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/impostos-desiguais-peso-de-tributos-em-produtos-servicos-maior-no-orcamento-dos-mais-pobres-1-24661762>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

ROSE-ACKERMAN, Susan; PALIFKA, Bonnie. **Corruption and Government**: Causes, Consequences, and Reform. 2ª Edição. Nova York: Cambridge University Press, 2016.

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL BRASIL. Índice de Percepção da Corrupção 2021. **TI-Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://transparenciainternacional.org.br/ipc/>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

SARMENTO, Daniel. **Por um Constitucionalismo Inclusivo**: História Constitucional Brasileira, Teoria da Constituição e Direitos Fundamentais. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

PRÁTICAS CORRUPATIVAS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: AS FRAUDES NA AQUISIÇÃO DE RESPIRADORES DURANTE A PANDEMIA

Guilherme Machado Siqueira¹

Salo de Carvalho²

Matheus Menezes de Aguiar³

Resumo: O texto analisa as acusações de práticas corruptivas que envolvem a aquisição de respiradores durante a pandemia, estabelecendo-se como problema a forma (“como”) da resposta jurídica. Entre os exemplos privilegiados, a denúncia ocorrida no Amazonas é tomada como uma amostra de possíveis trocas corruptas entre Estado e Mercado. Assim, o texto propõe (a) analisar as práticas corruptivas como categorias jurídicas, em especial jurídico-penais, e sociológicas (criminológicas); (b) identificar as formas de atribuição de responsabilidade no Direito; e (c) verificar as respostas oferecidas pelas agências do sistema penal. As hipóteses que orientam o estudo são: (primeira) a da existência de uma simbiose entre Mercado e Administração Pública nas trocas corruptas que causa importantes danos sociais; (segunda) a da ineficácia preventiva das respostas penais decorrente de uma perspectiva eminentemente repressiva; e (terceira) a de que o cenário da pandemia facilitou as práticas corruptivas na área da saúde pública. As conclusões pre-

1 Pesquisador do Observatório da Corrupção na Saúde. Doutorando em Direito (Unilasalle). E-mail: guilherme.201910306@unilasalle.edu.br.

2 Coordenador do Observatório da Corrupção na Saúde (Unilasalle). Professor adjunto de direito penal e criminologia da Faculdade Nacional de Direito (UFRJ) e do programa de pós-graduação em Direito da Unilasalle/RS. Doutor em direito (UFPR). E-mail: salo.carvalho@unilasalle.edu.br.

3 Pesquisador do Observatório da Corrupção na Saúde. Mestrando em Direito (Unilasalle). E-mail: matheus.202112210@unilasalle.edu.br.

liminares são relativas à permanência e à renovação, no cenário pandêmico, de práticas de corrupção na história recente, mesmo após inúmeros processos criminais, ações civis públicas e processos de impeachment, o que coloca em questão a eficácia dos mecanismos jurídicos na prevenção de danos na área da saúde no Brasil.

Palavras-chave: corrupção; crime dos poderosos; saúde pública; criminologia crítica.

1. INTRODUÇÃO

O presente texto, apresentado ao *1º Encontro Anual da Rede Brasileira de Estudos e Práticas Anticorrupção*, é constituído de resultados parciais de pesquisa em desenvolvimento no “Observatório da Corrupção na Saúde” (Unilasalle-RS). O projeto procura analisar a resposta punitiva aos casos de práticas corruptivas no sistema de saúde do Brasil, fundando-se em uma matriz teórica que entrelaça o garantismo jurídico e a nova crítica criminológica. Em geral, os estudos do “Observatório” são ancorados na observação empírica de megaprocessos envolvendo crimes contra a Administração Pública praticados na área da saúde, no Brasil, nas duas últimas décadas.

As práticas corruptivas que envolvem a aquisição de respiradores durante a pandemia merecem, especificamente, uma reflexão inicial para que se compreendam os fatos e a forma (“como”) da resposta jurídica. Os casos de irregularidades no Amazonas, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, entre outros, podem ser observados como exemplos privilegiados de um padrão de lesão à coisa pública que é possibilitado, sobretudo, pela flexibilização dos procedimentos de compra direta de equipamentos para tratamento de pessoas com a Covid-19.

Neste sentido, as acusações de práticas corruptivas no Amazonas são tomadas como amostras da relação entre Estado e Mercado. Os danos provocados por fraudes na saúde pública são acentuados e atingem dimensão coletiva no atual momento de pandemia. Isso justifica a necessidade de avaliar o papel do direito (penal) e dos atores do processo (penal). Assim, a partir das matrizes teóricas referidas, a exploração crítica dos crimes dos poderosos objetiva (a) analisar as práticas corruptivas como categorias jurí-

dico-penais e criminológicas; (b) identificar as formas de atribuição de responsabilidade jurídica; e (c) verificar as respostas oferecidas pelas agências do sistema penal.

Coloca-se como variável ao problema a questão de como condutas danosas à sociedade, praticadas pelos detentores dos poderes político e econômico, se mantêm e se agudizam no período pandêmico. As hipóteses que orientam o estudo são: (*primeira*) a da existência de uma simbiose entre Mercado e Administração Pública nas trocas corruptas que causa importantes danos sociais; (*segunda*) a da ineficácia preventiva das respostas penais decorrente de uma perspectiva eminentemente repressiva; e (*terceira*) a de que o cenário da pandemia facilitou as práticas corruptivas na área da saúde pública.

O presente trabalho é constituído de análise bibliográfica e pesquisa empírico-documental. Como parte dos estudos desenvolvidos no “Observatório da Corrupção na Saúde”, pretende sofisticar a compreensão teórica dos casos analisados a partir da investigação empírica e dos referenciais teóricos críticos em criminologia e no direito penal.

Uma questão move a investigação: o contexto de pandemia facilitou as práticas corruptivas na área da saúde? Podem ser observados, especificamente nos casos de aquisição de respiradores, indícios de repetição de condutas ilícitas de desvio de recursos. Neste sentido, é interessante analisar como os danos causados à Administração Pública – imputações de *dispensa indevida de licitação* (art. 337-E do CP; art. 89 da Lei 8.666/93 – revogado); *fraude em licitação* (art. 337-L do CP; art. 96, inc. I, da Lei 8.666/93 – revogado); e *sobrepreço* (art. 337-L do CP; art. 96, inc. I, da Lei 8.666/93 – revogado) – são justificados pelas partes envolvidas (agentes econômicos, administrativos e políticos), notadamente ao invocar o cenário emergencial e as regras de mercado no momento – no caso, o ‘excesso de demanda’ por ventiladores pulmonares.

Assim, observando-se o histórico nacional de normalização das trocas corruptas e a tendência do sistema jurídico a se concentrar na punição, e não em ações preventivas, este trabalho ensaia modos de compreensão dos procedimentos de fraudes e de mapeamento dos danos e suas mensurações. O desafio, portanto, está na necessidade de que sejam estabelecidas formas reais e eficazes de prevenção, mormente diante da permanência e renovação de práticas irregulares na área da saúde.

2. A RELAÇÃO ENTRE ESTADO E MERCADO NA COMERCIALIZAÇÃO DE RESPIRADORES

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a existência de pandemia deflagrada pelo Coronavírus. Ainda que o reconhecimento da situação pandêmica fosse, naquele momento, formal e a propagação do vírus não fosse uma realidade internacional, a Organização postulou aos países a implementação de políticas públicas agressivas de contenção e combate ao vírus⁴.

Entretanto, a chamada de consciência pela OMS não foi suficiente para impedir a propagação do vírus e, em consequência, os danos inestimáveis de vidas perdidas que se registravam conforme o crescimento exponencial do contágio. O mistério de um vírus novo e os imprecisos procedimentos médicos fizeram dos ambientes hospitalares, em todo mundo, cenário caótico durante o primeiro ano de pandemia⁵.

A *síndrome do desconforto respiratório agudo* (SDRA) é um dos principais sintomas dos pacientes portadores da Covid-19. A falta de ar decorrente da SDRA é uma resposta inflamatória dos pulmões à infecção viral. Isso ocorre porque um tipo de membrana é criado no organismo, impedindo o fluxo de oxigênio, ocasionando, conseqüentemente, a insuficiência respiratória. O tratamento mais adequado ao quadro de enfermidade é o uso de ventiladores pulmonares (respiradores) que impulsionam ar ao organismo enfermo, fornecendo 100% de oxigênio.

Criada a necessidade, surge a oportunidade mercadológica.

Segundo dados da LogComex, empresa de dados e inteligência em comércio exterior, a importação de respiradores no Brasil, entre maio de 2020

4 OHLWEILER, Leonel Pires. Administração Pública e Emergência Sanitária: diálogos socio-jurídicos. In: Diógenes V. Hassan Ribeiro; Daniel Achutti. (Org.). **A Crise Sanitária Vista Pelo Direito** – Observações desde o PPG/UNILASALLE Sobre a COVID-19. 1ª ed. Canoas-RS: Unilasalle, 2020. p. 59.

5 COSTA, Flávio. AM compra respiradores ‘inadequados’ em loja de vinho e paga 316% mais caro. **UOL**, São Paulo, 20 de abril de 2020. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/20/amazonas-compra-de-adega-respiradores-inadequados-com-sobrepreco-de-316.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

e abril de 2021, movimentou US\$ 330 milhões⁶. Em maio de 2020, primeiro semestre da pandemia, os vultosos valores despendidos na gestão da saúde pública brasileira já despertavam a atenção de órgãos fiscalizadores. Segundo auditoria da Controladoria Geral da União (CGU), as compras efetuadas por estados e municípios apontaram um preço médio de R\$ 87 mil por cada respirador mecânico adquirido. Ademais, notou-se uma importante variação de valores dos produtos: de R\$ 28 mil a R\$ 367 mil por respirador⁷.

A compra de respiradores estimulou uma competição entre as gestões estaduais, gerando efeitos muito além da oscilação de preços. Como reflexo, vislumbraram-se diversas irregularidades nas aquisições, inclusive relatos de duvidosa qualidade dos produtos adquiridos para o sistema de saúde pública. Segundo reportagem da CNN⁸, o valor unitário dos respiradores – equipamentos todos importados – apresentou diferença de até quatro vezes entre estados da federação. A matéria diz que, mesmo se a heterogeneidade dos valores decorresse de diversos fatores – p. ex., marca, garantia de manutenção (aditivo contratual) e bateria para funcionamento em caso de queda –, a falta de transparência dificultaria a comparação.

Do levantamento de informações sobre os valores despendidos por 15 estados, foi possível verificar que Minas Gerais pagou o menor valor por unidade (R\$ 48,7 mil), adquirindo 1.047 equipamentos pelo montante de R\$ 51 milhões. De outro lado, Roraima gastou R\$ 6,4 milhões para comprar 30 equipamentos, em um custo unitário de R\$ 215,4 mil. No último caso, tendo em vista o elevado valor despendido do erário, o Ministério Público de Contas colocou a Secretaria Estadual de Saúde no alvo de investigação, levando

6 TOLEDO, Luiz Fernando. Preço de respirador comprado por estados varia até 4 vezes e enfrenta apurações. **CNN**, São Paulo, edição virtual, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/preco-de-respirador-comprado-por-estados-varia-ate-4-vezes-e-enfrenta-apuracoes/>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

7 VILELA, Rafael. Preço médio pago por respiradores foi de R\$ 87 mil, diz CGU. **Agência Brasil**, Edição virtual, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-05/preco-medio-pago-por-respiradores-foi-de-r-87-mil-diz-cgu>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

8 TOLEDO, Luiz Fernando. Preço de respirador comprado por estados varia até 4 vezes e enfrenta apurações. **CNN**, São Paulo, edição virtual, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/preco-de-respirador-comprado-por-estados-varia-ate-4-vezes-e-enfrenta-apuracoes/>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

o Secretário de Estado da Saúde à exoneração o Secretário de Estado da Saúde (CNN, 2020).

A discrepância de valores no momento da aquisição pela Administração Pública pode decorrer de regras “naturais” do Mercado (condutas lícitas) ou de irregularidades (condutas ilícitas). No caso de Roraima, a empresa contratada para fornecer 30 respiradores pelo valor unitário de R\$ 215,4 mil teria apontado que a fraude na aquisição dos equipamentos havia sido promovida por agentes públicos – informações prestadas na Ação Civil Pública de Improbidade Administrativa, processo nº 0811901-85.2020.8.23.0010, 1º Vara da Fazenda Pública da Comarca de Boa Vista⁹. Segundo a fornecedora, o governo de Roraima teria encomendado 50 respiradores com pagamento antecipado e, posteriormente, teria tentado diminuir o número para 30 unidades¹⁰.

Além de Roraima, foram abertas investigações em relação à aquisição de respiradores pelos estados do Ceará, Mato Grosso, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Amazonas. Neste sentido, alguns dados levantados pela CNN:

Tabela 1. Preço dos respiradores por localidade

Estado	Quantidade	Preço unidade	Preço total (aproximado)
Alagoas	50	R\$ 210 mil	R\$ 10,5 milhões
Bahia	300	R\$ 162,4 mil	R\$ 48,7 milhões
Ceará	700	US\$ 23 mil	US\$ 16,1 milhões – cerca de R\$ 82,2 milhões
Mato Grosso do Sul	11	R\$ 135 mil	R\$ 1,5 milhões
	25 (portáteis)	R\$ 55.735,00	R\$ 1,4 milhões
Mato Grosso	120 (China)	R\$ 61,6 mil	R\$ 7,4 milhões
	50 (Brasil)	R\$ 44 mil	R\$ 2,2 milhões
Pará	400	R\$ 126 mil	R\$ 50,4 milhões

9 Por meio de acordo judicial, homologado no Processo nº 0811901-85.2020.8.23.0010, a empresa se responsabilizou em devolver o valor antecipado pelos agentes públicos para a aquisição de respiradores em duas parcelas de R\$ 3,2 milhões.

10 OLIVEIRA, Suzanne. Empresa diz que governo de RR tentou fraudar compra de respiradores. **G1**, Boa Vista, edição virtual, 15 de junho de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/06/15/empresa-diz-que-governo-de-rr-tentou-fraudar-compra-de-respiradores.ghtml>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

Estado	Quantidade	Preço unidade	Preço total (aproximado)
Paraíba	30	R\$ 164 mil	R\$ 5 milhões
Rio de Janeiro	1 mil	R\$ 183,5 mil	R\$ 183,5 milhões

Fonte: CNN¹¹

Em matéria do G1, Margareth Portela, pesquisadora da Fiocruz e da Escola Nacional de Saúde Pública, afirma que a falta de coordenação do governo federal nas transações econômicas de gestão da pandemia foi um fator de desequilíbrio de contratos e irregularidades. Segundo Portela, se o governo federal tivesse traçado um planejamento junto aos governadores, os resultados seriam distintos. Além de faltar articulação política, a pesquisadora explicou que o Brasil ficou sem poder de barganha frente ao mercado internacional, pois a demanda impôs a regra de 'quem dá mais leva': "A lei da procura e da demanda continua existindo. As diferenças de preço vêm disso também, não é só corrupção"¹².

O cenário emergencial da pandemia, além de ter gerado uma corrida pela compra dos equipamentos, oportunizou a aquisição através da dispensa de licitação. O grande problema, no entanto, não foi a compra sem licitação, justificada pela situação de emergência, mas o prevalecimento do lucro sobre a proteção da vida e da saúde. No dia 06 de maio de 2020, foi assinada a Medida Provisória 961 (MP 961/20), que autorizou o pagamento antecipado nas licitações e nos contratos, adequando os limites de dispensa de licitação e ampliando o uso do Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC) durante o estado de calamidade.

Com a dispensa de licitação decretada, houve uma inversão nas fases de execução da despesa pública. Embora a ordem *empenho-liquidação-paga-*

11 TOLEDO, Luiz Fernando. Preço de respirador comprado por estados varia até 4 vezes e enfrenta apurações. **CNN**, São Paulo, edição virtual, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/preco-de-respirador-comprado-por-estados-varia-ate-4-vezes-e-enfrenta-apuracoes/>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

12 CAESAR, Gabriela; Reis, Thiago; Velasco, Clara. Estados compram 7 mil respiradores, mas menos da metade é entregue; valor de cada equipamento varia de R\$ 40 mil a R\$ 226 mil no país. **G1**, 26 de junho de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/26/estados-compram-7-mil-respiradores-mas-menos-da-metade-e-entregue-valor-de-cada-equipamento-varia-de-r-40-mil-a-r-226-mil-no-pais.ghtml>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

mento esteja presente em outras normas administrativas, com a MP procurou-se desburocratizar os procedimentos de compra de produtos essenciais para o tratamento de pessoas infectadas. Ao se inverter o procedimento, foi possibilitado o pagamento antecipado, ou seja, antes da liquidação. A desburocratização, porém, revelou riscos como a expansão da oportunidade lucrativa na contratação em prejuízo ao erário¹³.

Embora a MP exija a demonstração de que a antecipação de pagamento seja indispensável para a contratação, não houve exigência de garantias suficientes que resguardassem a Administração Pública dos riscos do inadimplimento pelo setor privado. Ademais, a alta demanda pela compra de respiradores gerou a escassez de produtos, situação que, naturalmente, segundo as regras de oferta e procura, elevou o preço (o vendedor/fornecedor não apenas de venda para quem paga mais, mas para quem paga melhor). Diante da disputa de mercado, restou ao ente público antecipar o pagamento em razão do constrangimento exercido pelo âmbito privado, sem que fossem constituídas garantias em favor da Administração Pública.

Segundo Portela¹⁴, a desburocratização na aquisição de equipamentos, em razão da crise emergencial, oportunizou inúmeros desvios, em oposição à hipótese de que a nova medida legal poderia fortalecer o sistema público de saúde por meio da aquisição eficaz de insumos. Mesmo em uma situação grave como a da pandemia, a obtenção de lucro a qualquer preço parece ter imperado e a flexibilização para compra direta consolidou ambiente ideal. Assim, os interesses coletivos foram simplesmente esquecidos em nome da oportunidade de mercado. Por esta razão, a relação entre Estado e Mercado nesta área merece a devida atenção, de forma a mapear as situações de risco, estabelecer meios preventivos e respostas sancionatórias adequadas.

13 BENTO, Wesley. Medida Provisória 961: os riscos e as vantagens da nova norma anticrise. **CONJUR**, 17 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-mai-17/wesley-bento-mp-961-riscos-vantagens>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

14 CAESAR, Gabriela; Reis, Thiago; Velasco, Clara. Estados compram 7 mil respiradores, mas menos da metade é entregue; valor de cada equipamento varia de R\$ 40 mil a R\$ 226 mil no país. **G1**, 26 de junho de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/26/estados-compram-7-mil-respiradores-mas-menos-da-metade-e-entregue-valor-de-cada-equipamento-varia-de-r-40-mil-a-r-226-mil-no-pais.ghtml>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

3. A DENÚNCIA DE FRAUDE NA AQUISIÇÃO DE RESPIRADORES

3.1 HIPÓTESE ACUSATÓRIA

A aquisição de respiradores no Amazonas, em abril de 2020, despertou a atenção dos órgãos fiscalizadores por dois motivos: (a) o preço na negociação e (b) o agente comercial (transação realizada por uma loja de vinhos). Dado interessante destacado na mídia é o de que a loja de vinhos seria um ponto de encontros de políticos e empresários do cenário de negócios amazonenses, o que constituiria, de acordo com matérias jornalísticas, um ambiente propício para contatos entre agentes de Mercado e de Estado, bem como para acordos mercantis¹⁵.

A denúncia apresentada pelo Ministério Público Federal (MPF) – recebida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) em 20 de setembro de 2021 – narra que o governador do Amazonas teria exercido o comando de uma organização criminosa com o objetivo de fraudar a compra de ventiladores pulmonares (respiradores), realizando a aquisição superfaturada dos equipamentos por meio de dispensa indevida de licitação¹⁶.

Narra a acusação que o esquema teria principiado quando o governador indicou um empresário de sua confiança para a Secretaria de Estado da Saúde. Esse agente econômico, mesmo não tendo experiência na área, teria ficado incumbido da coordenação do processo de compra de equipamentos respiratórios para o tratamento da Covid-19. Assim, segundo o órgão acusador, o empresário teria atuado no processo licitatório com o intuito deliberado de direcionar as contratações para fornecedores previamente escolhidos.

O MPF aponta, no texto de imputações criminais, que a fraude para a aquisição dos ventiladores pulmonares teria sido possibilitada por três figuras: a real fornecedora; a empresa de fachada, utilizada para superfatu-

15 COSTA, Flávio. AM compra respiradores ‘inadequados’ em loja de vinho e paga 316% mais caro. **UOL**, São Paulo, 20 de abril de 2020. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/20/amazonas-compra-de-adeqa-respiradores-inadequados-com-sobrepreco-de-316.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

16 STJ, Corte Especial, **Ação Penal nº 993** – DF (2020/0092882-6), Rel. Min. Francisco Falcão.

rar o produto (loja de vinhos); e o agente político (governador), responsável pela coordenação. Nesse esquema, o MPF apresenta uma triangulação que, sob as ordens do Chefe do Executivo, teria descartado a real fornecedora do processo licitatório, mesmo tendo a melhor proposta. Assim, a acusação aponta que a loja de vinhos somente teria entrado no esquema em razão do acordo entre os agentes econômicos que direcionaram a contratação à intermediária.

O superfaturamento estaria indicado pelos preços negociados. A denúncia diz que a real fornecedora teria comprado os ventiladores pulmonares pelo montante de R\$ 1.092.000,00 (um milhão e noventa e dois reais). No ato seguinte, haveria negociado com a loja de vinhos o valor de R\$ 2.480.000,00 (dois milhões e quatrocentos e oitenta reais) e esta, por sua vez, teria vendido ao Governo do Amazonas por R\$ 2.976.000,00 (dois milhões, novecentos e setenta e seis reais). A triangulação indicaria superfaturamento de cerca de R\$ 496.000,00 (quatrocentos e noventa e seis mil reais). Ademais, também haveria indícios de sobrepreço, materializado pelo aumento arbitrário dos valores dos produtos em descompasso àqueles praticados à época, representando um prejuízo total aos cofres públicos da ordem de R\$ 2.198.000,88 (dois milhões, cento e noventa e oito mil reais com oitenta e oito centavos)¹⁷.

Assim, conforme a hipótese acusatória, com a finalidade de auferir ganhos ilícitos por meio de práticas corruptivas (ilegítimas), o esquema teria se concretizado para ganhos privados a partir de recursos públicos. Embora praticada por meios lícitos – a aquisição direta (por meio de dispensa de licitação) de insumos necessários na pandemia é uma hipótese autorizada no cenário de calamidade pública –, os órgãos fiscalizadores e o MPF entenderam que houve *dispensa indevida da licitação sem observância dos requisitos legais* (art. 337-E, CP; art. 89 da Lei 8.666/93 revogado) e *direcionamento da compra/fraude em licitação* (art. 337-L, CP; art. 96, inciso I, da Lei 8.666/93 revogado) para fins de *sobrepreço e superfaturamento* (art. 337-L, CP; art. 96, I, Lei 8.666/1993 revogado). Entendeu, portanto, que a real necessidade do produto teria sido usada como justificativa para obtenção de lucro ilícito¹⁸.

17 STJ, Corte Especial, **Ação Penal nº 993** – DF (2020/0092882-6), Rel. Min. Francisco Falcão.

18 STJ, Corte Especial, **Ação Penal nº 993** – DF (2020/0092882-6), Rel. Min. Francisco Falcão.

3.2 ARGUMENTO DE JUSTIFICAÇÃO

Duas questões merecem ser observadas. A primeira é a de que a lógica da oferta e da demanda invariavelmente justifica a elevação de preços, isto é, o valor do produto é reflexo da busca de ponto de equilíbrio derivado da sua escassez ou abundância no Mercado. A segunda é a de que, diante da procura excessiva pelo insumo em épocas de crise, há possibilidade de flexibilização, por vias legais (legítimas), dos procedimentos de compra, como o pagamento antecipado e a dispensa de licitação.

Neste sentido, interessante analisar o discurso do governador do Amazonas, em pronunciamento na mídia sobre o caso:

“(...) não existe preços superfaturados (...) esta daqui (VINERIA ADEGA) é uma importadora e ela não só trabalha com vinhos mas ela trabalha sobretudo com importação ... e no CNAE dela, que é o descritivo dos produtos que ela pode comprar, ela também trabalha com equipamentos médicos (...) eu posso mostrar para você também a cotação de preços que a gente fez na época de valores que chegavam a trezentos (...) é o seguinte: é uma decisão que a gente tem que tomar, ou você compra esse equipamento desse preço ou você não vai ter o equipamento (...) você não compra um respirador por menos de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) ... e EU desafio alguém me vender mais barato que isso daqui... EU desafio!!! (...) EU tive mais propostas, essa foi a mais barata (a da VINERIA), esse foi o mais barato que EU consegui encontrar! E EU duvido se alguém consegue encontrar mais barato que isso! (...) Todos os equipamentos são adequados (...) O CNAE da empresa que permite (“importar”) (...) é uma empresa que já faz isso há muito tempo! **Ou tu compra estes equipamentos ou não tem outra conversa!**¹⁹

O agente político reafirma a lógica do Mercado: a compra de respiradores por preço acima da média de mercado decorreu porque, à época, não havia equipamentos disponíveis com preços inferiores. Trata-se de ar-

¹⁹ Trecho de entrevista concedida pelo governador do Amazonas ao programa Conexão Repórter, no dia 27 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yhWcEBNSk4>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2021.

gumento que segue a compreensão racional de operacionalização do Mercado e da necessidade emergencial de compra pela Administração Pública.

Apesar dos indícios apontados pelo MPF de que seria difícil validar as compras dos equipamentos como legítimas, é imprescindível colocar sob o holofote da observação crítica a disparidade de preços naquele período e os distintos momentos em que a Administração Pública de um estado requisita o insumo em comparação a outro. Questões de fundo importantes devem colocar sob suspensão a conhecida tese de Adam Smith da “mão invisível do mercado”²⁰: como a disparidade de preços, em uma situação de urgência, pode ser sustentada de forma racional? Como a lógica do mercado pode justificar atos aparentemente irregulares de agentes públicos? Como o Estado deve regular esses casos de forma a garantir acesso à saúde e evitar práticas competitivas ilegais?

Denúncias de irregularidade não foram exclusividade no estado do Amazonas, visto terem ocorrido acusações de aquisição de respiradores com preços acima da média de mercado em outras localidades. A justificativa econômica da variação de preços conforme as leis da oferta e da procura foi utilizada, por exemplo, na cidade de Natal. No Rio Grande do Norte, o Secretário Adjunto da Saúde explicou, em coletiva de imprensa, que a compra com dispensa de licitação ocorreu dentro das normas legais, uma vez que o período de pandemia permite a aquisição emergencial²¹. O argumento da negociação direta de produtos com preços acima da média de mercado, nesse caso, repete o argumento econômico: excesso de demanda e necessidade emergencial de produto essencial.

4. DISCUSSÃO

Tomada como exemplo privilegiado, a acusação de fraude na aquisição de respiradores pelo governo do Amazonas impõe algumas reflexões. Den-

20 SMITH, Adam. **A riqueza das nações**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p. 438.

21 LIMA, Joana. Em coletiva, secretário de saúde esclarece aquisição de respiradores. **Prefeitura de Natal**, 01 de julho de 2021. Disponível em: <<https://natal.rn.gov.br/news/post/34942>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

tre elas o fato de que medidas legislativas ou executivas desburocratizantes, que flexibilizam e desregulam regras de limitação do Mercado, podem gerar ambientes de fraudes, mormente em um campo de negócios que facilmente se adapta às novas circunstâncias. Ampliariam, portanto, riscos e facilitariam os "*crimes of the powerful*"²².

A fraude à licitação e o superfaturamento de preços, mascarados como uma compra direta dentro da hipótese legal de calamidade pública (pandemia), indicam como a lógica das ilicitudes pode ser incorporada nas transações entre Estado e Mercado. Assim, é fundamental o mapeamento das etapas de transação, dos critérios de compra, das garantias oferecidas e, sobretudo, das justificativas apresentadas pelos agentes políticos e econômicos para a realização do negócio. Tudo, porque, como foi possível perceber, determinadas circunstâncias criam um ambiente favorável à normalização de práticas corruptivas, isto é, modalidades de fraudes que se inserem na estrutura oficial de negociações entre o público e o privado.

Neste sentido, Vincenzo Ruggiero explica que "o *informal* tende a ser absorvido pelo *formal* na medida em que práticas ocultas, procedimentos paralelos e formas de condutas ilícitas são cada vez mais exigidas para que se possa prosperar na economia oficial"²³. Logo, a normalização de práticas corruptivas pode se transformar em oportunidades econômicas, traçando linhas tênues entre condutas legais e ilegais. Ademais, a aceitação de justificativas normalizadoras para negociações ilegítimas pode instaurar um processo de mudança organizacional nas atividades oficiais e nas condutas criminosas²⁴.

O dado é relevante porque tais práticas acabam sendo justificadas pelas *regras de mercado* apesar da alta danosidade social. Dano gerado porque para financiar as trocas corruptas são despendidos altos valores do erário e o produto destinado à população não necessariamente é entregue ou é de qualidade. A naturalização dessas práticas espúrias compromete toda a

22 BARAK, Gregg. The Crimes of the Powerful and the Globalization of Crime. **Revista Brasileira de Direito**, v. 11, n. 2, 2015.

23 RUGGIERO, Vincenzo. **Crimes e Mercados**: ensaio de anticriminologia. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 69.

24 RUGGIERO, Vincenzo. **Crimes e Mercados**: ensaio de anticriminologia. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 69-70.

estrutura institucional e, quando os arranjos político-econômicos de competências administrativas se tornam rotina, o dano coletivo passa a ser permanente. Por outro lado, na esfera privada, os custos dessa comercialização podem passar a ser percebidos pelos agentes empresariais como inerentes à própria atividade econômica e eventuais efeitos perversos (punição) como danos colaterais.

Além disso, é importante sublinhar que arranjos corruptos entre agentes econômicos/empresariais e agentes políticos infringem a própria lógica do livre mercado. Na triangulação denunciada no Amazonas – na qual o MPF aponta direcionamento da escolha de uma empresa por um agente econômico de confiança do governador –, a violação aos princípios básicos da legalidade, da transparência e da competição justa se mostra latente, contrariando o que oficialmente o setor empresarial defende (liberdade de oportunidades). Há, nestes casos, uma traição da própria ideologia liberal em nome das condições ilegais que colocam os fraudadores em posição privilegiada no mercado oficial.

A sacralização do Mercado e a decorrente justificativa apresentada por agentes políticos e administrativos devem ser observadas com atenção. A dispensa de licitação, autorizada com o intuito de desburocratizar/flexibilizar a compra de insumos necessários para o enfrentamento da Covid-19, pode ter facilitado não o rápido acesso da população aos equipamentos médicos, mas muitos procedimentos irregulares com consequências danosas à coletividade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fraudes denunciadas pelos órgãos de controle e que envolveram a aquisição de respiradores durante a pandemia mereceram uma profunda reflexão e colocaram em evidência os procedimentos negociais e a resposta jurídico-penal. Dentre os exemplos privilegiados, a acusação realizada no Amazonas foi tomada como uma hipótese de prática corruptiva decorrente da relação espúria entre Estado e Mercado, facilitada pelo momento de crise. Os danos à saúde pública apontados pelo MPF, se confirmada a acusação, foram acentuados e atingiram dimensão coletiva. Isso justifica

a necessidade de avaliar o papel do direito penal e dos atores do processo penal no enfrentamento das práticas corruptivas. Assim, a exploração crítica das fraudes praticadas durante a pandemia é realizada para verificar as formas de atribuição de responsabilidade jurídica e a eficácia dessas respostas oferecidas pelas agências do sistema penal.

Além disso, a análise dos discursos apresentados até o momento possibilita compreender como o argumento mercadológico (lógica operacional da economia) procura neutralizar, no ambiente público ou no campo jurídico, as irregularidades. Neste sentido, duas hipóteses seguem em observação: (a) como a desregulamentação das relações entre Mercado e Estado pode causar substanciais danos ao corpo social, especialmente nos atuais tempos pandêmicos; e (b) como as respostas jurídicas oferecidas às fraudes contra a Administração Pública na área da saúde podem apresentar distintos níveis de eficácia do ponto de vista preventivo.

REFERÊNCIAS

BARAK, Gregg. The Crimes of the Powerful and the Globalization of Crime. **Revista Brasileira de Direito**, v. 11, n. 2, 2015.

BENTO, Wesley. Medida Provisória 961: os riscos e as vantagens da nova norma anticrise. **CONJUR**, 17 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-mai-17/wesley-bento-mp-961-riscos-vantagens>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

CAESAR, Gabriela; Reis, Thiago; Velasco, Clara. Estados compram 7 mil respiradores, mas menos da metade é entregue; valor de cada equipamento varia de R\$ 40 mil a R\$ 226 mil no país. **G1**, 26 de junho de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/26/estados-compram-7-mil-respiradores-mas-menos-da-metade-e-entregue-valor-de-cada-equipamento-varia-de-r-40-mil-a-r-226-mil-no-pais.ghtml>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

COSTA, Flávio. AM compra respiradores ‘inadequados’ em loja de vinho e paga 316% mais caro. **UOL**, São Paulo, 20 de abril de 2020. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/20/amazonas-compra-de-adeqa-respiradores-inadequados-com-so-brepreco-de-316.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

LIMA, Joana. Em coletiva, secretário de saúde esclarece aquisição de respiradores. **Prefeitura de Natal**, 01 de julho de 2021. Disponível em: <<https://natal.rn.gov.br/news/post/34942>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

OHLWEILER, Leonel Pires. Administração Pública e Emergência Sanitária: diálogos sociojurídicos. In: Diógenes V. Hassan Ribeiro; Daniel Achutti. (Org.). **A Crise Sanitária Vista Pelo Direito** – Observações desde o PPG/UNILASALLE Sobre a COVID-19. 1ª ed. Canoas-RS: Unilasalle, 2020. p. 59.

OLIVEIRA, Suzanne. Empresa diz que governo de RR tentou fraudar compra de respiradores. **G1**, Boa Vista, edição virtual, 15 de junho de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/06/15/empresa-diz-que-governo-de-rr-tentou-fraudar-compra-de-respiradores.ghhtml>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

RUGGIERO, Vicenzo. **Crimes e Mercados**: ensaio de antirriminologia. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 69.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p. 438.

STJ, Corte Especial, **Ação Penal nº 993 – DF** (2020/0092882-6), Rel. Min. Francisco Falcão.

TOLEDO, Luiz Fernando. Preço de respirador comprado por estados varia até 4 vezes e enfrenta apurações. **CNN**, São Paulo, edição virtual, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/preco-de-respirador-comprado-por-estados-varia-ate-4-vezes-e-enfrenta-apuracoes/>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

VILELA, Rafael. Preço médio pago por respiradores foi de R\$ 87 mil, diz CGU. **Agência Brasil**, Edição virtual, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-05/preco-medio-pago-por-respiradores-foi-de-r-87-mil-diz-cgu>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

A RESPONSABILIZAÇÃO POLÍTICA NA SAÚDE E O ACCOUNTABILITY VERTICAL

Miguel Lago¹

Resumo: O accountability vertical – controle das instituições governamentais pela sociedade civil – é um dispositivo fundamental da democracia representativa e liberal. O capítulo tratará do accountability vertical na área da saúde, com especial ênfase na função do voto como mecanismo de responsabilização dos governantes.

Palavras-chave: responsabilização; accountability vertical; prestação de contas; transparência; voto; participação.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 que assombra o mundo inteiro desde o início do ano 2020 colocou as políticas de saúde no centro do debate público. No Brasil, vemos uma preponderância de epidemiologistas, médicos e outros profissionais de saúde, nas páginas de opinião dos jornais, nos programas televisivos, e nas *timelines* das plataformas de redes sociais. Os profissionais de saúde se comunicam hoje com um número muito maior de pessoas do que em 2019. A inserção desses novos agentes no debate público é bem-vinda,

¹ Miguel Lago é diretor-executivo do Instituto de Estudos Políticos para Políticas de Saúde (IEPS), um *think e do tank* dedicado ao estudo do sistema de saúde brasileiro. Os estudos do IEPS já foram publicados em prestigiosos periódicos acadêmicos como The Lancet, The Lancet Global Health e Health Economics e veiculados em meios como a The Economist, The New York Times, The Guardian e The Wall Street Journal. Miguel é também cientista político e leciona na School of International and Public Affairs da Universidade de Columbia (Nova York) e na École d'Affaires Publiques de Sciences Po (Paris), além de ser affiliate scholar do Brazil Lab da Universidade de Princeton.

mas ela não significa que o interesse da população pelo tema da saúde seja uma novidade. A saúde tem sido, desde antes da pandemia, de maneira consistente, a principal preocupação da população segundo pesquisas de opinião.

Essa prioridade pela saúde (prévia à Covid-19) é no mínimo curiosa, dado que o Brasil é o país que mais mata e no qual mais se morre em decorrência da violência endêmica², e dado que o país atravessa desde 2014 uma profunda crise econômica. Em 2019, o desemprego chegou ao elevadíssimo número de 11,9%³. Em termos de crescimento econômico, o país fechou a década de 2011-2020 com o pior desempenho registrado desde que a série histórica começou a ser contada em 1901, com uma média de 0,26% ao ano⁴. Era de se esperar que segurança e emprego fossem as prioridades reveladas na pesquisa e não é o caso.

Na região latino-americana, o Brasil é uma exceção. De acordo com o Latinobarómetro⁵ de 2018 – pesquisa anual realizada anualmente em 18 países da região –, os latino-americanos apontaram como principais problemas em seus países o desemprego e a delinquência. A única exceção é o Brasil, onde a maior preocupação é a saúde, mencionada por 1 em cada 5 brasileiros como o maior problema nacional. A pesquisa também mostra que os brasileiros estão insatisfeitos com a qualidade dos serviços de saúde: apenas 16% da população se diz satisfeita com a qualidade dos hospitais.

A persistência da má avaliação dos serviços de saúde não encontra fundamentação nos dados concretos do sistema. Nos últimos 30 anos, o Brasil

2 O Atlas da Violência de 2019, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), afirma que o Brasil registrou, pela primeira vez na sua história, 65.602 homicídios no ano de 2017 (IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2019**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022).

3 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD (Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio) em 2020**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

4 Ibid.

5 Trata-se de um estudo de opinião pública que aplica anualmente cerca de 20.000 entrevistas em 18 países da América Latina, representando mais de 600 milhões de habitantes. O estudo é feito pela organização sem fins lucrativos Corporación Latinobarómetro, sediada em no Chile (CORPORACIÓN LATINOBARÓMETRO. **Latinobarómetro 2018**. Santiago (Chile). Disponível em: <<https://www.latinobarometro.org/lat.jsp>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022).

tem avançado na implementação e consolidação de um sistema universal de saúde. O país é o único no mundo com mais de 100 milhões de habitantes a ter um sistema desse tipo⁶. Os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) são extraordinários, tanto em termos de aumento de cobertura, como nos resultados de saúde da população. Desde o início dos anos 1990, observam-se no país, objetivamente, avanços significativos: a expectativa de vida subiu de 65 anos em 1990 para 75 anos em 2015; a mortalidade infantil, até 1 ano, diminuiu de 53,4 para 14 por mil nascidos; a cobertura de vacinação de pólio subiu de 58% para 98%; de 1998 a 2013, mais de 95% dos brasileiros que buscaram o SUS conseguiram ser atendidos⁷.

O Brasil convive com três tipos de percepção, de diferentes naturezas. A primeira, a de que a despeito dos inegáveis avanços na saúde, ela segue sendo mal avaliada pela população. A segunda, a de que a despeito das altíssimas taxas de homicídio e desemprego, a saúde segue sendo prioritária. A terceira, circunscrita à classe política brasileira, a de que a saúde não gera votos. Esse parece ser um consenso consolidado na classe política tradicional brasileira, de que saúde só traz dor de cabeça para o executivo, nunca dividendo políticos em termos de votos. A escolha da população destoa, portanto, também da feita pelos políticos. O paradoxo é claro. Em que pese ser a maior preocupação da população, políticos não seriam premiados, nem punidos pelas suas políticas de saúde. Verificar se esse paradoxo procede é fundamental para compreendermos a efetividade do controle social sobre as políticas de saúde.

Não pode haver democracia de qualidade sem mecanismos institucionais de responsabilização. A responsabilidade pode ser exercida entre instituições – quando uma instituição controla a outra: accountability horizontal. Mas cabe também aos cidadãos e aos agentes externos ao Estado (imprensa e sociedade civil, por exemplo) o controle das ações dos governos, por meio do que se denomina accountability vertical. As eleições são um dos dispositivos desse tipo de accountability, pois permitem a participação direta do elei-

6 A maioria dos países com sistemas universais de saúde são europeus e nenhum deles tem mais de 100 milhões de habitantes. Cabe ressaltar que países como China, Índia e Estados Unidos têm sistemas de saúde públicos, mas não garantem o acesso à integralidade da sua população.

7 CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

tor nas decisões do aparelho estatal. Em princípio, as eleições são uma forma de os cidadãos recompensarem ou punirem a responsabilidade do governo.

Com o objetivo de avaliar a “responsabilização política” e o grau de controle social exercido nas políticas de saúde no Brasil, esse capítulo se dividirá em três partes. A primeira será dedicada a analisar as particularidades e especificidades da percepção do eleitor sobre a saúde e em particular sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Em um segundo momento, será feita uma revisão de literatura em economia política e em ciência política em torno do accountability vertical, com particular aplicação para o mecanismo do voto na área da saúde. A terceira parte abordará os outros mecanismos existentes para o controle social, além do voto.

2. A PERCEPÇÃO DO ELEITOR SOBRE A SAÚDE E O SUS

Desde a Constituição de 1988 e com a criação do SUS, regulamentado pela Lei 8.080/90, o Brasil optou por um modelo de saúde universal, gratuito e integrado para sua população, nativa ou estrangeira, ampliando os direitos – que antes eram oferecidos apenas para os trabalhadores através do sistema de previdência social – à toda a população⁸. O SUS segue o desenho tripartite. Suas competências são distribuídas entre governo federal, estados e municípios: “A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT)”⁹. Sua governança depende do Ministério da Saúde, mas existem dois atores institucionais extremamente importantes nesse processo: o CONASS e o CONASEMS. O CONASS é o Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos governos estaduais e o CONASEMS é o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde.

8 Uma reflexão extremamente interessante sobre a história e o desenvolvimento do SUS pode ser encontrada em Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2012).

9 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 27 de janeiro de 2022.

A governança foi desenhada dentro do modelo do federalismo cooperativo¹⁰, que na prática não se exerce sempre. Embora, em tese, as responsabilidades sejam bem definidas – a atenção primária devendo ficar à cargo dos municípios e o setor hospitalar a cargo dos estados –, na prática, o que se vê muitas vezes é um federalismo competitivo¹¹ – municípios que gerem os seus próprios hospitais e uma atenção básica totalmente desconectada dos hospitais estaduais. Em adição, governos estaduais e governos municipais competem por recursos, em particular, recursos humanos.

Os desafios de gestão do SUS são em parte consequência desta distribuição pouco clara das diferentes competências entre os entes federativos. A subsequente fragmentação de serviços torna o sistema pouco claro para os pacientes. Se o desempenho hospitalar de um determinado distrito vai mal, de quem é a responsabilidade? Pode ser do prefeito, do governador, ou até mesmo do presidente da República – no caso dos poucos, porém vigentes, hospitais federais.

Adicionalmente, problemas que se manifestam em um determinado serviço de saúde podem encontrar sua causa na má provisão de outro serviço. Por exemplo, não necessariamente a fila em um hospital estadual é consequência de má gestão desta estrutura. Ela pode ser resultado da baixa resolutividade da atenção primária, que compete à prefeitura. Por não tratar problemas simples na atenção básica, esses pacientes buscam tratamento num hospital, aumentando desnecessariamente a sua demanda, e, por conseguinte, gerando filas. A imputação de responsabilidade neste caso pode se dar de maneira incorreta. A fragmentação de responsabilidade é um incentivo ao *blame shifting*¹² entre os diferentes entes competentes.

10 O federalismo cooperativo é um conceito do direito constitucional que prevê que entre os três entes federativos (União, Estado e Município) devem existir ações de cooperação na execução e implementação das políticas públicas. O parágrafo único do artigo 23 da Constituição Federal de 1988 deixa claro que a índole do Federalismo brasileiro é de ordem cooperativa.

11 O federalismo competitivo é também um conceito oriundo do direito constitucional que refere-se à existência e conveniência de competição entre governos e jurisdições em um sistema político federal. A competição entre governos pode ser definida como rivalidade pela qual cada governo tenta obter algum benefício ou recurso escasso.

12 *Blame shifting* (em português: “transferência de culpa”) é um conceito usado na ciência política para se referir ao jogo de empurra-empurra entre políticos pela responsabilidade diante de uma crise. A responsabilidade pela má execução de uma política pública seria do prefeito, do

Para além dos problemas de ordem institucional e federativa, que embaçam a questão da responsabilidade sobre a prestação de serviços, existem problemas de sensores da percepção por parte dos pacientes. Se de um lado, abundam pesquisas populacionais na saúde, as pesquisas de opinião apresentam problemas metodológicos, de tal modo que não permitem que se identifique como realmente a população avalia o sistema de saúde.

As pesquisas de opinião, como o nome indica, versam sobre a opinião de segmentos da população sobre um determinado assunto. A opinião é de natureza subjetiva – crenças ou julgamentos – e comunica uma preferência pessoal. No Brasil, tais pesquisas se concentram sobretudo nos períodos eleitorais – sendo valorizadas pela imprensa e pelo público de maneira geral. As pesquisas de opinião são uma importante dimensão para o desenho, planejamento e aperfeiçoamento de políticas públicas.¹³

Ora, são escassas as pesquisas de opinião que versam sobre políticas públicas, e ainda mais escassas as que abordam a saúde. Pesquisas de opinião sobre saúde tem como fio condutor a avaliação do sistema de saúde. Nesse sentido, a saúde no Brasil e, em particular, o Sistema Único de Saúde (SUS) já foram alvo de algum nível de exploração pública através de pesquisas de opinião.

Uma pesquisa Datafolha, em parceria com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Paulista, em 2019, mostrou que 92% da população avalia a Saúde no Brasil (independentemente da natureza jurídica da prestação) como péssima/ruim e regular, sendo 60% de avaliação de ruim/péssima. Quando se fala especificamente do SUS, 87% classificam como ruim/péssimo e regular, sendo 54% de ruim/péssimo. 26% da amostra deu nota zero à Saúde no Brasil, enquanto uma proporção de 19% deu nota zero ao SUS. Em outra pesquisa, conduzida pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e pelo Ibope, 56% dos entrevistados consideraram o sistema público de saúde brasileiro como péssimo e 38% consideraram como péssimos os serviços públicos de saúde prestados em sua cidade de residência.

governador ou do presidente? Quando diferentes níveis de governo compartilham competências similares, o incentivo ao *blame shifting* é gigante.

13 O conceito de *policy cycle* (ciclo de política pública) é amplamente divulgado na literatura de políticas públicas, mas aqui se faz referência à conceituação *Smart Policy Design Implementation* da *Harvard Kennedy School of Government*, que estabelece seis etapas do ciclo de uma política: identificação, diagnóstico, desenho, implementação, teste e refinamento.

Na pesquisa Datafolha – na qual a amostra foi estratificada –, houve maior carga crítica advinda de não usuários do SUS. De todas as avaliações ruins/péssimas para a Saúde de modo geral, 78% vieram de população não-usuária do sistema público de saúde. Chama a atenção também que, na avaliação específica do SUS, 68% das avaliações de ruim/péssimo vieram de não usuários. Isso pode ser fruto de um viés de disponibilidade de informação: antes da pandemia, era raro que notícias de cunho positivo sobre o sistema de saúde tivessem o mesmo espaço na mídia do que as experiências negativas. Para a avaliação de serviços que nunca foram utilizados pelos participantes da pesquisa, presume-se que o conteúdo vinculado pelos principais meios de comunicação seja o principal pilar para o julgamento.

Em contrapartida, dos 92% da população que buscaram algum serviço público de saúde, 89% conseguiram ter acesso. Dentre quem utilizou o SUS, uma porcentagem de 26% avaliou a qualidade do atendimento que recebeu como ruim ou péssima. Logo, 74% fizeram avaliação regular ou boa/excelente, sendo 30% boa ou excelente.

Cabe reiterar que parcela significativa das pesquisas feitas até agora abordam superficialmente os motivos de insatisfação e perdem clivagens importantes de suas amostras. Um exemplo notório é a constante avaliação crítica do SUS feita por indivíduos que não se reconhecem como usuários do sistema público. Existem, portanto, importantes vieses, que não são tomados em conta pelas metodologias empregadas. Adicionalmente, a segmentação sócio-demográfica da amostra também pode ocasionar perdas na mensuração da percepção de equidade no sistema e a falta de estratificação também.

Existem diversos agentes com interesse direto no setor – entidades profissionais e empresariais – que encomendam pesquisas com metodologias diferentes. Pesquisas da Associação Paulista de Medicina realizadas pelo Datafolha, em 2012 e 2018¹⁴, evidenciam proporções elevadas de queixas de clientes e médicos contra as operadoras. Resultados quase opostos têm sido obtidos por diversas pesquisas da Fenasaúde – organização representante dos planos de saúde e encarregada das relações públicas do setor –

14 ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. APM/Datafolha: Profissionais de Medicina também enfrentam problemas no SUS. **APM**, 2018. Disponível em: <<https://www.associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/apmdatafolha-profissionais-de-medicina-tambem-enfrentam-problemas-no-sus>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

também com o Datafolha, cujos resultados registram que mais de 80% dos entrevistados consideram seus planos de saúde ótimos ou bons.

As pesquisas de opinião sobre saúde são contraditórias. As pesquisas de avaliação que incluem perguntas destinadas a captar insatisfação ou satisfação encontram informações opostas. Essa descontinuidade de agentes, metodologias e tempo, torna impossível a composição de uma série histórica sobre a percepção da saúde pela população. Enquanto este for o caso será extremamente difícil monitorar a real percepção da população sobre os sistemas de saúde.

Seja por problemas de ordem institucional no desenho tripartite pouco funcional, seja por problemas de ordem metodológica das pesquisas de opinião, a percepção da população sobre o sistema de saúde e a responsabilização dos tomadores de decisão responsáveis se torna mais complexa. Imputar responsabilidade a governantes na saúde é mais complexo do que fazê-lo em outras políticas públicas. Levando em conta esta configuração específica das políticas de saúde, caberá perguntar se o desempenho de políticas de saúde afeta o comportamento eleitoral?

3. DESEMPENHO DE POLÍTICAS DE SAÚDE E COMPORTAMENTO ELEITORAL: O QUE DIZ A PANDEMIA?

Cientistas políticos, antropólogos, sociólogos e até economistas se interessaram em estudar os efeitos do voto como um instrumento de responsabilização e controle do poder político. Na literatura anglo-saxã de economia política, cunhou-se o termo *VP function*¹⁵ (*vote and popularity function*) para identificar o fenômeno. A questão norteadora pergunta como a economia se relaciona com o apoio do governo, medido por votos (na “função voto”) ou por popularidade (na “função popularidade”). Na medida em que existe tal vínculo, passou a ser chamado de “voto econômico”, em que classi-

15 Para mais informação sobre a *VP function*, foram feitas duas revisões sistemáticas de literatura que resumem bem o tema. A primeira, publicada por Nannestad e Paldam em 1994, observava que a “*VP-function explains the support for the government as a function of economic and political outcomes*”. A segunda é uma atualização da mesma, publicada por Lewis-Beck e Stegmaier em 2013.

camente o eleitor recompensa o governo por bom desempenho econômico e o pune por mau desempenho.

As avaliações estatísticas realizadas pelos pesquisadores estabelecem uma relação causal entre a situação econômica do país e as decisões dos eleitores. Isso é demonstrado em revisões de literatura sobre países desenvolvidos¹⁶, mas também sobre países em desenvolvimento como os da América Latina, da Europa Oriental, da África e da Ásia.

Um levantamento das evidências sobre o tema descarta a ideia amplamente difundida de que os eleitores votam com o “próprio bolso”. As motivações essencialmente egotrópicas – quando eleitores votam em benefício direto de sua situação econômica individual – são menos importantes do que as motivações sociotrópicas – em benefício do bem-estar de uma comunidade. Essa motivação é mais retrospectiva do que prospectiva, conforme detalhado em diversos estudos em países europeus¹⁷ e na América Latina¹⁸.

O voto econômico é assimétrico. Em seus estudos sobre popularidade presidencial e opinião pública nos Estados Unidos, Mueller identificou uma assimetria no impacto da economia, com uma penalidade para os tempos ruins, mas nenhuma recompensa para os tempos bons. Essa ideia, de que a negatividade impacta mais do que a positividade, encontrou algum apoio em estudos posteriores de opinião pública. Se os eleitores tendem a ser avessos ao risco, eles prestarão mais atenção às más notícias. Na medida em que más notícias, como uma economia em declínio, tornam a própria questão econômica mais saliente, podem pesar mais na votação¹⁹.

A dimensão retrospectiva do voto é uma característica importante levantada pela literatura e estabelece o princípio de que a reeleição dos incumbentes (ou de seus sucessores) depende das avaliações dos eleitores de seus

16 LEWIS-BECK, Michael S.; PALDAM, Martin. Economic voting: an introduction. **Electoral studies**, v. 19, n. 2-3, p. 113-121, 2000.

17 DUCH, Raymond M.; STEVENSON, Randy. The global economy, competency, and the economic vote. **The Journal of Politics**, v. 72, n. 1, p. 105-123, 2010.

18 LEWIS-BECK, Michael S.; RATTI, María Celeste. Economic voting in Latin America: A general model. **Electoral Studies**, p. 112-128, 2013.

19 BÉLANGER, Éric; MEGUID, Bonnie M. Issue salience, issue ownership, and issue-based vote choice. **Electoral Studies**, v. 27, n. 3, p. 477-491, 2008.

mandatos²⁰. O voto retrospectivo está estreitamente relacionado à avaliação do desempenho governamental. Por conseguinte, quais critérios de desempenho são mais importantes para essas avaliações? A maioria dos estudos empíricos até o momento se concentraram na consideração dos resultados econômicos, mas existem cada vez mais estudos que demonstram a importância dos indicadores de desempenho não econômicos. Esses indicadores incluem resultados de políticas sociais, como saúde e educação, por exemplo.

Especificamente olhando para o contexto brasileiro, estudos corroboraram as evidências internacionais encontradas. Dias e Ferraz²¹ encontraram uma relação positiva entre a qualidade de governo na educação e os votos para o incumbente. Bueno, Nunes e Júnior (2018) encontraram efeitos negativos do programa “Minha Casa, Minha Vida” no desempenho eleitoral do incumbente municipal²².

Se por um lado os estudos empíricos sobre voto econômico são numerosos, os estudos sobre votos retrospectivos e políticas de saúde são escassos no Brasil e no resto do mundo. No Brasil, Mobarak, Rajkumar e Cropper mostram que a relação entre a prestação de serviços e desempenho eleitoral é mais pronunciada quando se trata de estrutura (clínica, consultório, etc.) do que pessoal (número de profissionais de saúde)²³. Braga, por sua vez, fornece evidências de que os investimentos na Estratégia Saúde da Família (ESF) afetaram o apoio eleitoral do prefeito em todos os municípios. A autora mostra que um aumento de 50% nas transferências da ESF corresponde a um incremento de 9 pontos percentuais na parcela de votos do incumbente²⁴.

20 HEALY, Andrew; MALHOTRA, Neil. Retrospective voting reconsidered. **Annual Review of Political Science**, v. 16, p. 285-306, 2013.

21 DIAS, Marina; FERRAZ, Claudio. Voting for quality? The impact of school performance information on electoral outcomes. **Bread Working Paper**, n. 567, 2019.

22 BUENO, Natália Salgado; NUNES, Felipe; ZUCCO JÚNIOR, César. **Do governments make dreams come true?** An analysis of the minha casa minha vida housing program. Working Progress. 2018.

23 MOBARAK, Ahmed Mushfiq; RAJKUMAR, Andrew Sunil; CROPPER, Maureen. The political economy of health services provision in Brazil. **Economic development and cultural change**, Chicago, v. 59, n. 4, p. 723-751, 2011.

24 BRAGA, Lia Lorena Kale Ribeiro. **Electoral Impacts of Improving Primary Health Care**. Orientador: Claudio Ferraz. 2020. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Economia, Departamento de Economia, PUC-RJ, Rio de Janeiro, 2020.

Essa evidência é corroborada no caso do Rio de Janeiro. Uma dissertação de mestrado apoiada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) avaliou o impacto da expansão das clínicas de saúde da família na reeleição do prefeito Eduardo Paes em 2012²⁵. Marcela Camargo, a autora da dissertação, descobriu que um aumento de um desvio padrão na cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) está associado a um aumento de 0,6 pontos percentuais na parcela de votos do prefeito. Isso representa um aumento de quase 2% na parcela de votos do prefeito.

No período de 2009 a 2012, a Prefeitura do Rio de Janeiro aumentou a cobertura de 3% para 37%. Para expandir rapidamente a cobertura, o governo melhorou a infraestrutura das unidades de saúde e aumentou o número de equipes baseado nessas instalações. O movimento mais importante, porém, veio com a construção de novas unidades de saúde, denominadas Clínicas de Saúde da Família (CF). O prefeito Eduardo Paes (PMDB) foi reeleito com 64,6% dos votos válidos, ainda no primeiro turno. A autora estima ainda que, se tivesse passado de uma cobertura nula de PSF a 100% de cobertura, o prefeito teria recebido 1,8 pontos percentuais a mais em sua votação, o que representaria 6% dos votos do prefeito. Outra descoberta importante é a da proximidade entre os equipamentos de saúde e os locais de votação. Quanto mais próximos, maior a influência. Essa avaliação estatística, assim como a de Braga, sugere que investir em aumento de acesso à saúde pode sim render dividendos eleitorais.

Ainda que tenhamos poucos estudos, já é possível dizer que a máxima que circula entre políticos tradicionais, o suposto consenso repetido à exaustão por membros de diversos executivos estaduais e municipais, de que “saúde não dá voto”, não encontra sustentação nas análises quantitativas mais aprofundadas. A saúde pode sim render dividendos eleitorais.

25 CAMARGO, Marcela dos Santos. **Electoral impacts of primary healthcare expansion: evidence from Rio de Janeiro**. Orientador: Rudi Rocha. 2021. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas, FGV EAESP, São Paulo, 2021.

4. PARA ALÉM DO VOTO: O ACCOUNTABILITY VERTICAL DO SUS

A democracia liberal se baseia no princípio de equilíbrio de poderes. Para evitar a tirania, é necessário que o Poder Executivo seja fiscalizado e devidamente controlado pelo Legislativo e pelo Judiciário, naquilo que se entende desde Montesquieu como um regime de separação entre os três Poderes. Desta separação e do conseqüente equilíbrio provém aquilo que Madison apelidou de *checks and balances*, segundo o qual cada Poder limita os excessos do outro. Esse controle institucional entre Poderes é a base da democracia liberal.

Nos últimos trinta anos, intensificou-se a agenda de pesquisa em “accountability”²⁶ nos meios acadêmicos das ciências sociais. O cientista político argentino Guillermo O’Donnell é um dos autores mais citados e o é responsável por um ponto de não retorno na literatura sobre a questão, a da distinção e conceituação de distintas formas de accountability. Sua classificação, de ordem espacial, distingue o accountability horizontal e vertical²⁷.

O accountability horizontal é exercido via dispositivos institucionalizados de controle e fiscalização mútua, na forma de freios e contrapesos entre agências governamentais. Esses mecanismos permitem o monitoramento e a fiscalização do poder público pelo próprio poder público. Os órgãos de controle, presentes em cada um dos três Poderes, tais como a Controladoria Geral da União, o Ministério Público ou o Tribunal de Contas, têm por função fiscalizar a ação de outras instituições na condução do interesse público.

O accountability vertical, segundo O’Donnell, remete ao tipo de fiscalização exercida pela sociedade civil, seja diretamente pelos próprios cidadãos, seja indiretamente através de organizações que os representem e que sejam independentes do poder público. A literatura sobre accountability vertical remonta séculos, bem antes da criação do próprio conceito. O controle exercido pela mídia sobre o poder político é objeto de estudos das mais

26 Accountability vem do inglês, da ideia *holding accountable*, que em português seria “rendição de contas” ou “responsabilização”.

27 O’DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua nova: revista de cultura e política**, São Paulo, n. 44, p. 15-36, 1998.

diversas disciplinas. No século XVIII, o filósofo conservador Edmund Burke já se interessava pelo tema e se referia à imprensa como o “quarto poder” – em complementação aos três Poderes existentes, o Executivo, Legislativo e Judiciário – previstos por Montesquieu.

O accountability vertical garante aos cidadãos formas de controle ascendente sobre governantes e burocratas. Segundo O'Donnell, o processo eleitoral é “presumivelmente a principal faceta da accountability vertical”, mas ele também inclui mecanismos de participação direta (como plebiscitos e consultas) e ações de organizações do terceiro setor e da imprensa cuja finalidade seja a de expor desvios de função cometidos por agentes do Estado.

Enquanto o accountability horizontal acontece dentro do Estado, o vertical se dá fora do Estado. Para que o horizontal possa funcionar com maior eficácia, é fundamental complementá-lo com o accountability vertical, isto é, com o controle das instituições pelos constituintes. Do bom funcionamento destes dois tipos de accountability depende o bom funcionamento de uma democracia liberal.

Se o voto já indica que existe responsabilização dos dirigentes políticos por parte da população no que tange a execução de políticas de saúde (como já assinalado na Parte 2 deste capítulo), cabe aqui falar de outros mecanismos disponíveis para o exercício de rendição de contas.

A sociedade civil exerceu um papel preponderante na construção do nosso sistema de saúde. A saúde não mercantilizada no Brasil encontra suas origens em organizações filantrópicas, em geral, de cunho religioso. As “Santas Casas” são os equipamentos mais antigos acessíveis às populações que não tinham condições de pagar consultas médicas. Do Império até a redemocratização, a parcela mais pobre do país só tinha acesso a serviços de saúde através destes equipamentos. Nos anos 1980, foi um movimento da sociedade civil, fundamental para a transição à democracia, que atuou na construção de um sistema de saúde gratuito e universal. O Movimento de Reforma Sanitária foi um dos principais responsáveis pela criação do direito constitucional à saúde pública, universal e gratuita, que culminou na criação do SUS, cujas bases foram estabelecidas na Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a participação de quase cinco mil pessoas. A participação social é, portanto, constitutiva do SUS.

No âmbito do SUS, ocorrem conferências e conselhos nos três níveis da Federação. Os Conselhos de Saúde foram instituídos por lei no final dos anos 1980, em pleno processo de transição entre a Ditadura Militar e a Nova República. Eles foram criados com o intuito de envolver a cidadania no ciclo das políticas de saúde – aumentar sua capacidade de decisão – e são considerados experimentos pioneiros que inspiraram outras iniciativas de Democracia Participativa no Brasil e na América Latina²⁸. Hoje, existem no Brasil mais de 5.500 conselhos registrados, que deveriam se reunir uma vez ao mês.

Os conselhos existem em todos os níveis de governo (municipal, estadual e nacional) e são compostos por cinquenta por cento dos representantes dos usuários, vinte e cinco por cento dos representantes dos profissionais de saúde e os outros vinte e cinco por cento por representantes dos gestores, autoridades e representantes dos fornecedores. Os Conselhos exercem um importante papel na definição de estratégias para as ações de saúde no nível de governo e têm como missão analisar, deliberar e aprovar (ou rejeitar) dois documentos oficiais basilares na gestão de saúde. O primeiro é o “Plano de Saúde” (por exemplo, a nível da cidade, trata-se do “Plano Municipal de Saúde”), um documento anual, que estabelece as metas para o planejamento da gestão de saúde. O segundo é o “Relatório Anual de Gestão” (RAG), que descreve como os recursos foram empenhados na execução de determinadas atividades.

Os Conselhos desempenham um papel extremamente importante e contribuem para uma prestação de contas ativa da gestão. Mas seu papel é limitado. O Conselho Nacional de Saúde já rejeitou o RAG em mais de uma ocasião e, em termos de efeitos práticos, o Ministério da Saúde não foi devidamente responsabilizado. O fato é que a deliberação dos Conselhos, por mais importante que seja, não tem a palavra final. Seu poder de decisão não é vinculante nas políticas públicas. Se de um lado ele contribui para uma maior porosidade da sociedade civil nas políticas de saúde, a decisão segue monopolizada pelo Estado.

28 LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St Aubyn de. Associativism, participacion, civic culture and health councils in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

5. CHEGOU A HORA DE IMPLEMENTAR NOVAS POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO

A participação da população em políticas de saúde não é apenas desejável de um ponto de vista ético ou ideológico. A participação da população é necessária para que se possa formular melhores políticas de saúde, que respondam mais aos anseios da população do que aos determinismos tecnocráticos.

A abordagem *top-down* está incrustada nas ações de saúde, desde a sua formulação até a sua implementação. Desde os estudos populacionais até a relação médico-paciente no SUS, a tradição tende a ser sempre hierárquica. Existem evidências que sugerem um engajamento maior em tratamentos de doenças crônicas por parte dos pacientes quando a relação se dá com um profissional de enfermagem (ao invés do médico). As diferenças de origem social entre médicos e pacientes, assim como a comunicação dos médicos com os pacientes são objetos estudados pelas ciências sociais e pela saúde coletiva. A recomendação geral é a de que se dê cada vez menos proeminência ao médico, de que se privilegie a formação de equipes de saúde e de que se implique cada vez mais o paciente nos tratamentos.

O conceito de PPI (*Patient and Public Involvement*) significa trabalhar ativamente em parceria com pacientes e membros do público para planejar, gerenciar, projetar e realizar políticas de saúde. Isso se aplica não só na hora de realizar pesquisas, na hora de realizar os tratamentos, mas também na gestão dos equipamentos de saúde e da governança de um sistema de saúde. A lógica do PPI é a de que a política de saúde está sendo realizada 'com' ou 'por' membros do público em vez de 'para', 'sobre' ou 'para' eles. Relatórios dos órgãos multilaterais – como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) – enfatizam cada vez mais a importância de implementar medidas de PPI nos sistemas de saúde. Um dos mais prestigiosos periódicos de medicina, o *The Lancet*, lançou uma comissão sobre o tema de qualidade de serviços de saúde (*High Quality*). No relatório mais recente da *Global Health Commission on High Quality*²⁹, de 2018, as recomendações reforçam os

29 “Embora os resultados de saúde tenham melhorado em países de baixa e média renda (LMICs) nas últimas décadas, uma nova realidade está à mão. A mudança nas necessidades de

desfechos positivos para a saúde da população quando se coloca o paciente no centro dos tratamentos.

Em suma, para que o accountability vertical possa ser exercido plenamente, é fundamental que se vá muito além do voto e dos Conselhos de Saúde. É necessário que o SUS passe por mudanças profundas nos seus dispositivos de participação, outorgando de fato poder de decisão para os cidadãos e reconhecendo o paciente como copartícipe na formulação dos tratamentos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. APM/Datafolha: Profissionais de Medicina também enfrentam problemas no SUS. **APM**, 2018. Disponível em: <<https://www.associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/apmdatafolha-profissionais-de-medicina-tambem-enfrentam-problemas-no-sus>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

BÉLANGER, Éric; MEGUID, Bonnie M. Issue salience, issue ownership, and issue-based vote choice. **Electoral Studies**, v. 27, n. 3, p. 477-491, 2008.

BRAGA, Lia Lorena Kale Ribeiro. **Electoral Impacts of Improving Primary Health Care**. Orientador: Claudio Ferraz. 2020. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Economia, Departamento de Economia, PUC-RJ, Rio de Janeiro, 2020.

saúde, o crescimento das expectativas do público e as novas metas ambiciosas de saúde estão elevando a barreira para que os sistemas de saúde produzam melhores resultados de saúde e maior valor social. Mas manter a trajetória atual não será suficiente para atender a essas demandas. O que é necessário são sistemas de saúde de alta qualidade que otimizem os cuidados de saúde em cada contexto dado, fornecendo consistentemente cuidados que melhorem ou mantenham a saúde, sendo valorizados e tendo a confiança de todas as pessoas e respondendo às mudanças nas necessidades da população. A qualidade não deve ser a competência da elite ou uma aspiração para algum futuro distante; deve ser o DNA de todos os sistemas de saúde. Além disso, o direito humano à saúde não tem sentido sem cuidados de boa qualidade, porque os sistemas de saúde não podem melhorar a saúde sem eles. Propomos que os sistemas de saúde sejam julgados principalmente por seus impactos, incluindo melhor saúde e sua distribuição equitativa; na confiança das pessoas em seu sistema de saúde; e em seu benefício econômico e processos de atendimento, consistindo em atendimento competente e experiência positiva do usuário. As bases de sistemas de saúde de alta qualidade incluem a população e suas necessidades e expectativas de saúde, governança do setor de saúde e parcerias entre setores, plataformas para prestação de cuidados, número e habilidades da força de trabalho e ferramentas e recursos, de medicamentos a dados. Além de bases sólidas, os sistemas de saúde precisam desenvolver a capacidade de medir e usar dados para aprender. Os sistemas de saúde de alta qualidade devem ser informados por quatro valores: são para as pessoas e são equitativos, resilientes e eficientes.” (KRUK, Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet global health**, v. 6, n. 11, E1196-E1252, 2018, tradução nossa).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 27 de janeiro de 2022.

BUENO, Natália Salgado; NUNES, Felipe; ZUCCO JÚNIOR, César. **Do governments make dreams come true? An analysis of the minha casa minha vida housing program**. Working Progress. 2018.

CAMARGO, Marcela dos Santos. **Electoral impacts of primary healthcare expansion: evidence from Rio de Janeiro**. Orientador: Rudi Rocha. 2021. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas, FGV EAESP, São Paulo, 2021.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CORPORACIÓN LATINOBARÓMETRO. **Latinobarómetro 2018**. Santiago (Chile). Disponível em: <<https://www.latinobarometro.org/lat.jsp>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

DIAS, Marina; FERRAZ, Claudio. Voting for quality? The impact of school performance information on electoral outcomes. **Bread Working Paper**, n. 567, 2019.

DUCH, Raymond M.; STEVENSON, Randy. The global economy, competency, and the economic vote. **The Journal of Politics**, v. 72, n. 1, p. 105-123, 2010.

HEALY, Andrew; MALHOTRA, Neil. Retrospective voting reconsidered. **Annual Review of Political Science**, v. 16, p. 285-306, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD (Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio) em 2020**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e->>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2019**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2022.

KRUK, Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet global health**, v. 6, n. 11, E1196-E1252, 2018.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St Aubyn de. Associativism, participacion, civic culture and health councils in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LEWIS-BECK, Michael S.; PALDAM, Martin. Economic voting: an introduction. **Electoral studies**, v. 19, n. 2-3, p. 113-121, 2000.

LEWIS-BECK, Michael S.; RATTO, María Celeste. Economic voting in Latin America: A general model. **Electoral Studies**, p. 112-128, 2013.

MOBARAK, Ahmed Mushfiq; RAJKUMAR, Andrew Sunil; CROPPER, Maureen. The political economy of health services provision in Brazil. **Economic development and cultural change**, Chicago, v. 59, n. 4, p. 723-751, 2011.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua nova: revista de cultura e política**, São Paulo, n. 44, p. 15-36, 1998.

Este livro foi composto
por Cláudia Mendes em Open Sans c.10/15 e
impresso pela J.Sholna em papel Offset LD 90 g/m²
para a Fundação Konrad Adenauer