

PRÁTICAS ANTIÉTICAS PERCEBIDAS NO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL

Clique no QR Code e
conheça nossa plataforma
*ITES – Inteligência e
Transparência da Ética
na Saúde*



INSTITUTO ÉTICA SAÚDE
GRUPO DE PESQUISA CONTRATAÇÕES PÚBLICAS - PUC-SP
(Linha de pesquisa: Direito e Corrupção)

PRÁTICAS ANTIÉTICAS PERCEBIDAS NO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL



ROCHA, Silvio Luis Ferreira da; VENTURINI, Filipe (organizadores). Práticas Antiéticas Percebidas no Setor da Saúde no Brasil – Instituto Ética Saúde - IES | Grupo de pesquisa Contratações Públicas - linha de pesquisa Direito e Corrupção - PUC-SP – relatório de estudo [livro eletrônico] – São Paulo-SP: Núcleo Técnico de Ética e Integridade IES, 2026.

Informações complementares:

Líder do Grupo de pesquisa: Silvio Luís Ferreira da Rocha

Pesquisador responsável: Filipe Venturini Signorelli

Equipe de pesquisa: Davi Uemoto; Julio Zanelli; Marcela Marchioro; Sérgio Rocha

Contribuições técnicas: Lucas Rosa Dohmen; Marlon Franco

Responsável executivo: Sérgio Rocha (Presidente do Conselho de Administração IES)

ISBN 978-65-975664-0-2

1. Ética; 2. Educação; 3. Práticas antiéticas; 4. Corrupção; 5. Saúde; 6. Pesquisa empírica e doutrinária; 7. Coleta de dados; 8. Instituto Ética Saúde; 9. Grupo de pesquisa Contratações Públicas - linha de pesquisa Direito e Corrupção, vinculado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e certificado pelo CNPq

Coordenação da Pesquisa

- Instituto Ética Saúde
- Grupo de pesquisa Contratações Públicas, dentro da linha de pesquisa Direito e Corrupção, vinculado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e certificado pelo CNPq

Responsáveis Acadêmicos

- Prof. Dr. Silvio Luís Ferreira da Rocha – Líder do Grupo de Pesquisa
- Prof. Me. Filipe Venturini Signorelli – Pesquisador responsável

Equipe de Pesquisa

- Davi Uemoto – Relações Institucionais e Governamentais no Instituto Ética Saúde e Diretor executivo da ABRAIDI
- Filipe Venturini Signorelli – Pesquisador
- Júlio Cesar Zanelli – Assessor de ética e integridade no Instituto Ética Saúde
- Marcela Marchioro – Secretária-executiva do Instituto Ética Saúde

Contribuições técnicas

- Lucas Rosa Dohmen – Especialista em Direito Médico e da Saúde
- Marlon Franco – Especialista em *Compliance*

Responsável Executivo

- Sérgio Rocha – Presidente do Conselho de Administração do Instituto Ética Saúde

RESUMO

O presente estudo possui o objetivo geral de analisar as práticas antiéticas no setor da saúde no Brasil, a partir de uma pesquisa bibliográfica exploratória, bem como da análise de dados estratificados de ferramentas direcionadas, tendo ainda embasamento em atuação empírica dos responsáveis institucionais e da equipe de pesquisa. Construir o pensamento crítico dos profissionais atuantes no setor da saúde e do cidadão em geral, por meio da amostra de práticas antiéticas (corrupção – pública e privada –, fraudes, simulações, desvios de finalidade etc.), constitui peça fundamental, para que a educação, por meio do conhecimento, possa ser multiplicada e sirva de baliza para o empoderamento social, permitindo que todos possam agir no sentido de denunciar e/ou coibir tais práticas. O conhecimento revela-se como ponto nodal para o desenvolvimento de ações assertivas no enfrentamento da corrupção, de modo a coibir o desvio de recursos que deveriam ser investidos, qualitativa e quantitativamente, na melhoria da saúde pública e privada, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e o prolongamento da vida dos pacientes. Educar como solução, tratando a causa das práticas antiéticas em sua origem, é elemento essencial para a promoção da verdadeira ética e integridade nas relações econômico-financeiras do setor da saúde brasileiro.

Palavras-chaves: Ética; Práticas antiéticas; Corrupção; Educação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CGU	Controladoria Geral da União
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ENAP	Escola nacional de Administração Pública
ENCCLA	Estratégia Nacional de Combate à Corrupção e Lavagem de Dinheiro
IES	Instituto Ética Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PNPC	Programa Nacional de Prevenção à Corrupção
TCU	Tribunal de Contas da União
UNODC	Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	METODOLOGIA	8
3.	PRINCIPAIS PRÁTICAS ANTIÉTICAS NO SETOR DA SAÚDE	10
4	COFIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS ANTIÉTICAS.....	27
4.1	Estrutura de codificação proposta	27
4.2	Taxonomia (categorias) e prefixos de código	28
4.3	Matriz de codificação (Prática → Código → Categoria)	29
4.4	Codebook (dicionário de códigos)	33
4.5	Utilização da codificação como ferramenta de <i>compliance</i>	38
4.6	Tabela comparativa	38
4.7	Quadro-resumo por categoria: top riscos percebidos	41
4.8	Análise Sistêmica das Práticas Antiéticas Percebidas no Setor da Saúde: implicações para governança e políticas públicas	42
4.9	Integração entre a codificação, as Instruções Normativas do IES e a planilha analítica 44	
4.10	Da análise à gestão: fechamento do sistema texto – codificação – planilha	45
4.11	Implicações institucionais da integração normativa	45
4.12	Fechamento metodológico	46
5	PRÁTICAS ANTIÉTICAS	46
8	Práticas antiéticas em saúde	63
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
10	REFERÊNCIAS	71

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido no intuito de disseminar conteúdo sobre a corrupção e demais práticas antiéticas no setor da saúde do Brasil, bem como promover a educação para que os cidadãos e profissionais do setor possam adquirir o conhecimento necessário para combaterem tais práticas. Há muito a sociedade sofre com as consequências da corrupção, seja ela pública ou privada, e quando esta é observada no setor da saúde, os impactos são sentidos na vida dos cidadãos. Como muito se aduz, a corrupção limita o acesso ao tratamento digno e seus desfechos, tanto no aspecto quantitativo como qualitativo.

A base deste estudo se pauta nas ações, práticas de rotina, dados coletados e projetos que abarcam o escopo de atuação do Instituto Ética Saúde¹, instituição que hoje possui atuação em nível internacional na promoção da sustentabilidade do setor da saúde, na busca por relações econômico-financeiras honestas e com máxima transparência, tendo como objetivo a garantia de melhores resultados para os pacientes. E, para maior assertividade acadêmica em suas ações, por meio de um acordo de cooperação técnica, desenvolve suas pesquisas sobre corrupção pública e privada por meio de uma rede de grupos de pesquisa, como no caso deste estudo, que será de forma reiterada desenvolvido com o Grupo de pesquisa Contratações Públicas, dentro da linha de pesquisa Direito e Corrupção, vinculado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e certificado pelo CNPq.

Assim sendo, por meio de uma pesquisa teórica bibliográfica, bem como a partir da análise de dados coletados por ferramentas extremamente seguras, em especial, o canal de denúncias do Instituto Ética Saúde (canal on-line e via telefone) e as ações da rotina institucional que permitem assertividade, segurança e confiabilidade para à coleta de dados e conteúdo para o desenvolvimento de estudos, tais como: contatos pessoais, telefônicos, e-mail

¹ O Instituto Ética Saúde é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, criada em 2015 e que tem a missão de difundir e consolidar a cultura da ética e transparência na saúde, para garantir a sustentabilidade do setor e a segurança do paciente. Uma instituição totalmente independente, pois não representa os interesses de qualquer empresa, grupo ou segmento, e sim o anseio de todos os players da cadeia de valor da saúde, que repudiam e combatem as práticas antiéticas e oportunistas, a fim de gerar ambientes de concorrência justos e transparentes. Nossa iniciativa pioneira de autorregulação e controle social no setor se tornou um marco no cenário brasileiro e serve como referência internacional. O IES, seus associados, o Conselho Consultivo e outros parceiros, em colaboração com o governo federal e estadual, agências reguladoras, órgãos de controle e cidadãos em geral, trabalham juntos na busca por soluções que permitam alcançar nossos objetivos. Dessa forma, somos um importante indutor de iniciativas de integridade e transparência para mudanças e transformação da saúde, por meio da autorregulação, gerando valor genuíno tanto para os empreendedores quanto para os pacientes. Disponível em: <https://www.etिकासaude.org.br/sobre-ies#institucional>. Acesso em: 18 abr. 2025.

e intranet com profissionais atuantes no setor (associados); análise de informações contidas em mecanismos de prestação de contas; atividades afetas aos grupos de trabalhos (*compliance officers*, autorregulação, jurídico, hospitais e outros não específicos do IES, mas, com atuação direta e estratificação embasada); questionário de autoavaliação do associado; diálogo direto com pacientes e beneficiários de planos de saúde; atividades com Conselho Consultivo, Conselho de Ética, Órgãos públicos e demais parceiros.

Desde modo, o estudo apontará as “Principais Práticas Antiéticas (corrupção – pública e privada –, fraudes, simulações, desvios de finalidade etc.) percebidas no setor da saúde”, com análise referente ao período de julho de 2015 a dezembro de 2025.

A análise permitiu evidenciar as ações práticas de profissionais em detrimento do bem estar da população brasileira, no âmbito público e privado, e assim, a partir deste mapeamento, nos será permitido trabalhar com foco no combate a tais práticas antiéticas, e buscar um processo de autorregulação privada que mitigue estas nocivas condutas, bem como revisar, inovar e/ou complementar as normas oficiais que regem o setor, trabalho este que se desenvolve de modo concomitante em outra frente junto ao Instituto Ética Saúde.

Com base na temática proposta, formulamos o seguinte questionamento, buscando demonstrar possíveis respostas que orientem condutas capazes de beneficiar o setor da saúde em suas relações econômico-financeiras e a nação brasileira de modo intergeracional: *Quais são as principais práticas antiéticas que se observam o setor da saúde no Brasil e como elas se operacionalizam?*

Deste modo, queremos dar amplo conhecimento à população, em especial aos profissionais atuantes na área da saúde, para que compreendam como a corrupção (pública e privada) e demais práticas antiéticas são operacionalizadas, apresentando seus conceitos e consequências. Ou seja, pretende-se demonstrar que, na ausência dessas práticas, os recursos poderiam ser direcionados à ampliação do acesso e à melhoria dos desfechos de tratamentos dignos para o cidadão.

2. METODOLOGIA

A metodologia empregada nesta pesquisa consiste em estudo transversal, que analisou os fatores relacionados à identificação, à notificação e o reconhecimento de casos de práticas antiéticas (corrupção – pública e privada –, fraudes, simulações, desvios de finalidade etc.) no setor da saúde, realizado pelo Instituto Ética Saúde, entre os anos de 2015 e 2025.

O presente estudo utilizou o método dedutivo e empírico. Com base no primeiro, utilizou-se uma abordagem lógica que partiu dos princípios gerais abordados pela temática a fim de chegar as conclusões específicas. O segundo método utilizou uma abordagem observatória na coleta de dados concretos dentro das ações e atividades do Instituto Ética Saúde para analisar, entender e concluir os fenômenos das práticas antiéticas. Assim, identificou-se padrões e tendências, sendo estratificado os casos de práticas antiéticas, seus modos de operação nos setores público e privado e os segmentos relacionados com cada prática dentro do setor da saúde.

O Instituto possui ações diversas que congregam sua operabilidade, sendo a coleta de dados aferida pelo corpo executivo. Dentre aqueles que congregam suas atividades e utilizados como base de coleta, encontrou-se empresas associadas do setor privado, nos principais segmentos da saúde no Brasil; um Conselho Consultivo que abarca os mais importantes segmentos do setor da saúde; acordos de cooperação técnica com agências reguladoras e órgãos de controle e fiscalização – Controladoria-Geral da União (CGU), Tribunal de Contas da União (TCU), Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); um canal de denúncias com 781 denúncias e 1379 denunciados – todas apuradas pelo setor de *compliance* e Conselho de Ética, no período de junho de 2015 a junho de 2025; Relatórios dos Grupos de Trabalho, que mapearam riscos no setor e discutiram casos concretos (*compliance officers*, autorregulação, jurídico, hospitais e outros não específicos do IES, mas, com atuação direta e estratificação embasada, que, atualmente, foram agrupados em um único grupo de trabalho denominado de Regulação no Setor da Saúde); Mapeamento de investigações e processos judiciais e raspagem midiática por meio do Radar da Ética, tendo até o momento analisado 68 casos concretos; Relatos informais em ações promovidas e/ou com participação do direta IES por profissionais (públicos e privados), empresários, representantes das instituições parceiras e membros dos conselhos, bem como pacientes e executivos do instituto, contabilizando 436 ações por meio de reuniões, eventos e discussões temáticas. Além disso, foi utilizado como

base de dados o questionário de autoavaliação dos associados que apontam o grau de maturidade das empresas e o processo evolutivo da autorregulação privada no enfrentamento as práticas antiéticas no setor.

Para pesquisa bibliográfica, foram analisadas, por meio de plataformas de bancos de dados oficiais e acadêmicas, com rigoroso controle do estudo e das informações, pautadas em reconhecidas entidades do terceiro setor e órgãos governamentais, o levantamento de leis, normas regulamentadoras e manuais internos das entidades no âmbito do enfrentamento a corrupção no Brasil, bem como entidades internacionais de notório reconhecimento, filtrados principalmente pelos termos corrupção em saúde, fraudes, transparência, legislação, regulação, integridade, ética, sistema de saúde.

Neste contexto, identificou-se a necessidade de codificação das práticas antiéticas, cuja estrutura foi concebida para permitir simultaneamente padronização analítica e sensibilidade às especificidades dos relatos apontados. Para isso, definiu-se um modelo de organização baseado em unidades de análise e níveis hierárquicos de codificação.

No procedimento de codificação, aponta-se que as respostas abertas coletadas neste estudo foram submetidas a um processo de codificação qualitativa de natureza mista, combinando abordagens dedutivas e indutivas. Inicialmente, foi definida uma taxonomia dedutiva composta por macro temas associados a riscos de integridade e governança no setor da saúde, tais como conflitos de interesse e indução comercial, faturamento e aspectos tributários, saúde suplementar, poder público, regulação sanitária, ética profissional, proteção de dados e inteligência artificial, bem como modelos de gestão por Organizações Sociais de Saúde.

Na sequência, realizou-se uma leitura analítica aprofundada do material empírico, a partir da qual os códigos foram refinados de modo indutivo, buscando refletir com maior precisão os mecanismos específicos descritos nos relatos. Exemplos desses refinamentos incluem categorias como “propina disfarçada de desconto”, “contrato de fachada”, “combinação de preços”, “reuso fraudulento de materiais de uso único” e “cancelamento abusivo de planos”.

A unidade de codificação adotada foi cada prática individualmente identificada, considerando-se seu modo de ocorrência como unidade de contexto. Esse procedimento permitiu que cada relato fosse tratado como uma instância analítica autônoma, passível de classificação, agregação e comparação.

Os códigos foram consolidados em um dicionário analítico (*codebook*), que reúne definições, critérios de inclusão e exclusão e indicadores típicos, assegurando replicabilidade e consistência interpretativa. Esse sistema permitiu, posteriormente, a quantificação das ocorrências por código, categoria e atores envolvidos, viabilizando análises para fins acadêmicos, institucionais, de formulação de políticas públicas e de gestão de *compliance*.

Os desfechos analisados concluem na enumeração inicial de 49 práticas antiéticas, coletadas ao longo de 10 (dez) anos de atividades do Instituto Ética Saúde, abrangendo ações em todo território nacional, bem como ações internacionais com instituições parceiras não governamentais. O estudo está em sua segunda edição, e se propõe a perenidade, pois observou-se a necessidade do mapeamento constante pela hiperfragmentação do setor da saúde e a mutabilidade dos mecanismos empregados pelos profissionais e entes públicos e privados que praticam os atos antiéticos.

O estudo faz parte de ações articuladas do Núcleo Técnico de Ética e Integridade do Instituto Ética Saúde, voltadas à produção acadêmica de pesquisas e trabalhos técnicos, com o objetivo de aprofundar a identificação de elementos presentes na prática do setor da saúde, observando a conduta dos setores público e privado. Busca-se, assim, materializar a ética por meio da proposição de autorregulação privada, da regulação e legislação estatal, bem como da implementação de programas de *compliance*, certificações e outros mecanismos cabíveis, visando à consolidação da integridade no setor público e privado no Brasil.

3. PRINCIPAIS PRÁTICAS ANTIÉTICAS NO SETOR DA SAÚDE

O presente estudo possui como base atividades realizadas no período de julho de 2015 a dezembro de 2025, tendo como fonte de informação os dados obtidos pelo Instituto Ética Saúde, em especial, por meio do canal de denúncias².

Todavia, apesar de eventuais informalidades, o trabalho realizado pelo Instituto abrange relações em todo o território nacional. Dessa forma, a percepção direta da corrupção (pública e privada), a captação e o registro de relatos de profissionais do setor da saúde que lidam com tais mazelas em seu cotidiano foram considerados, bem como as parcerias e os acordos de cooperação técnica com instituições de finalidade semelhante, voltados à obtenção de relatos sobre desconformidades e ilícitos no setor da saúde no Brasil. Assim, todas as práticas evidenciadas neste estudo foram obtidas de forma estratégica pelo IES, com vistas à

² INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. Disponível em: <https://www.eticasaude.org.br>. Acesso em: 18 abr. 2025.

disseminação das condutas identificadas no setor da saúde, em seus diversos segmentos e na sociedade em geral.

O objetivo principal do estudo é a disseminação do conhecimento sobre as principais práticas antiéticas, tais como corrupção (pública e privada), fraudes, simulações e desvios de finalidade, entre outras, com maior recorrência e número de ocorrências, para que sejam amplamente conhecidas pelo público interessado em geral, no âmbito das relações econômico-financeiras do setor da saúde, bem como pela sociedade como um todo. O estudo tem, como finalidade primária, a sensibilização e a educação, de modo a fomentar denúncias e a difusão de informações junto aos atores capazes de atuar preventiva e coercitivamente no combate a tais práticas nocivas à sustentabilidade do setor.

Nesse sentido, desenvolvemos um modelo de captação de informações para a elaboração de conclusões, tanto formais quanto informais: 1) Canais de Denúncias (781 denúncias – 1379 denunciados – período: junho de 2015 a junho de 2025); 2) contatos pessoais, telefônicos, e-mail e intranet (associados) com profissionais atuantes no setor, entidades parceiras e pacientes; 3) análise de informações contidas em mecanismos de prestação de contas; 4) Grupos de trabalhos (*compliance officers*, autorregulação, jurídico, hospitais e outros não específicos do IES, mas, com atuação direta e estratificação embasada); 5) Questionário de autoavaliação do associado; 6) Diálogo direto com pacientes.

Assim sendo, o estudo realizado pelo Instituto Ética Saúde, denominado “Práticas Antiéticas Percebidas no Setor da Saúde no Brasil”, aponta que as potenciais problemáticas no setor da saúde, relacionadas a desconformidades éticas e ilícitos no mercado, decorrem de condutas que se afastam do caminho ético necessário à sustentabilidade real e efetiva de todos os segmentos do setor da saúde.

Nesse sentido, as percepções apontadas pelos meios metodológicos de coleta de informações utilizados pelo Instituto Ética Saúde indicam que tais circunstâncias são reiteradas como práticas ainda entendidas, em potencial, como usuais por profissionais, empresas e até mesmo por instituições sem fins lucrativos que atuam na área da saúde.

O resultado do estudo evidenciou a necessidade de expor e conferir máxima visibilidade à existência contínua dessas práticas, direcionando a informação aos profissionais atuantes no setor, a terceiros interessados (profissionais que atuam indiretamente na área da saúde) e aos pacientes.

Nesse dedilhar, este estudo objetiva fomentar a necessidade de promoção do conhecimento sobre tais práticas, seja por meio do Instituto e/ou de órgãos estatais reguladores,

visando à maior imputação e apuração de responsabilidades, bem como à identificação dos infratores

Desse modo, também se objetiva viabilizar o estabelecimento de tratativas e estratégias de prevenção e divulgação dessas práticas, ainda que, para algumas delas, tenha sido observada significativa redução, em razão dos trabalhos já realizados e em curso pelo Instituto Ética Saúde e seus parceiros, como o Conselho Consultivo e as instituições com as quais foram firmados Acordos de Cooperação Técnica.

O combate às práticas antiéticas, tais como corrupção (pública e privada), fraudes, simulações e desvios de finalidade, entre outras, deve ser permanente em nosso propósito, pois somente assim poderemos vislumbrar a sustentabilidade tão almejada para o setor da saúde. Ao final, sabe-se que o paciente é o maior beneficiado.

No que tange ao resultado do estudo, esclarece-se que a não identificação de alguma prática existente no setor, ainda não “percebida” neste trabalho, não eleva nem diminui a prejudicialidade de quaisquer das práticas apontadas, buscando apenas demonstrar sua frequência e o impacto da instabilidade nas relações econômico-financeiras geradas.

Da mesma forma, registramos que o estudo aqui apresentado foi estruturado de modo que seus resultados sejam expostos anualmente, e que o monitoramento das práticas, quanto às suas reiteraões, impactos, reduções e/ou eliminação, seja continuamente avaliado, bem como que a identificação das ocorrências aconteça de forma isonômica em todos os segmentos do setor da saúde.

No estudo, apontamos como cada prática antiética se operacionaliza, de modo que possa ser assimilada por profissionais e usuários do Sistema de Saúde do Brasil, promovendo, assim, uma abordagem didática e assertiva na identificação de atos antiéticos.

É importante destacar que as más práticas identificadas pelas ferramentas de comunicação disponibilizadas pelo Instituto Ética Saúde vão além das descritas neste estudo. A complexidade do cenário atual exige uma análise abrangente das tendências e desafios enfrentados pelo setor da saúde, a fim de promover uma compreensão mais completa. Essa avaliação ampla é essencial para a implementação eficaz de medidas de prevenção e controle

Quadro conclusivo para identificação e descritivo das práticas antiéticas

	Prática Antiéticas na Saúde do Brasil	Modo de ocorrência
	Bloco 01	<i>Comum a todas as empresas do setor da saúde (Hospitais, clínicas, laboratórios, indústria, fornecimento, logística, operadoras de planos de saúde, infraestrutura, Organizações Sociais de Saúde, Administração Pública direta e indireta etc.)</i>
1.	MATURIDADE INADEQUADA PROGRAMA DE INTEGRIDADE	Empresas com programas de <i>compliance</i> com políticas e procedimentos insuficientes para garantia da integridade no setor saúde, gerando prejuízo/risco efetivo para toda cadeia. Onde é percebida: Fabricantes de material médico e medicamentos; Fornecedores e importadores de material médico e medicamentos; Operadoras e gestoras de planos de saúde; hospitais, clínicas e laboratórios. Poder Público.
	Bloco 02	<i>Profissionais da saúde, indústria, hospitais e fornecimento</i>
2.	PEDÁGIOS / TAXAS EM PORTAIS DE COMPRAS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	Intermediadoras, fontes pagadoras, gestoras e executoras de serviços de saúde e/ou prestadores diretos de serviços de saúde, terceirizam seus processos de compras através de portais que cobram mensalidades, ou taxas de comissão sobre vendas, para que os fornecedores consigam cadastrar e vender seus produtos. Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; Operadoras e gestoras de planos de saúde.
3.	COERÇÃO EM COBRANÇAS INDEVIDAS (COBRANÇA EM DUPLICIDADE)	Empresas fornecedoras ou profissionais da saúde procuram as famílias dos pacientes com o argumento de que o SUS remunera inadequadamente os honorários ou os valores dos produtos, e que se faz necessária uma complementação extraoficial dos valores, por parte dos familiares, para a realização dos procedimentos. Onde é percebida: Profissionais da saúde; de material médico e importadores.
4.	PAGAMENTOS DE PROPINAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DISFARÇADOS DE DESCONTOS FINANCEIROS	Instituições prestadoras dos serviços de saúde propõem aos fornecedores que concedam um desconto financeiro maior, objetivando repassar uma parte do valor aos médicos executores das

		<p>cirurgias, em forma de honorários médicos, disfarçando, assim, o comissionamento médico.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais; clínicas e laboratórios.</p>
5.	<p>RETENÇÃO DESLEAL DE FATURAMENTO POR PARTE DE HOSPITAIS OU PLANOS DE SAÚDE</p>	<p>Após a realização do procedimento cirúrgico, as intermediadoras, fontes pagadoras, gestoras e executoras de serviços de saúde e/ou prestadores diretos de serviços de saúde, postergam a autorização de faturamento dos produtos utilizados. Isso traz enorme risco às empresas fornecedoras de material, em caso de fiscalização tributária, pois os produtos já não constam de seus estoques, mas a nota fiscal de vendas não pôde ser emitida, o que pode ser interpretado como sonegação fiscal.</p> <p>Onde é percebida: Operadoras de planos de saúde; hospitais, clínicas e laboratórios.</p>
6.	<p>PROFISSIONAIS MÉDICOS PRATICANDO ATOS MERCANTILISTAS VEDADOS PELOS ÓRGÃOS REGULADORES</p>	<p>Intermediadoras, gestoras e executoras de serviços de saúde procuram cirurgiões, oferecendo pacotes financeiros para procedimentos cirúrgicos. Elas sugerem um valor a ser pago e incitam o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico a negociar valores com as partes, hospitais, fornecedores, anestesistas etc., de modo que o saldo residual fique com o cirurgião. Há casos em que os profissionais responsáveis pelo procedimento cirúrgico compram os materiais e emitem notas de venda aos hospitais, mesmo sem ter habilitação sanitária para isso, e mesmo contra a resolução do CFM, que veda o ato mercantilista aos profissionais médicos.</p> <p>Onde é percebida: Operadoras e gestoras de planos de saúde e profissionais da saúde.</p>
7.	<p>EMPRESAS SEM CNAE DO SETOR SAÚDE COMERCIALIZANDO DISPOSITIVOS MÉDICOS – COVID (FLEXIBILIZAÇÕES DA PANDEMIA PELO GOVERNO)</p>	<p>Portarias federais liberaram a comercialização de produtos médicos, especificamente produtos de atendimento aos casos graves de COVID-19, e assim, por oportunismo, empresas que não possuem habilitações de atividades na área da saúde, nem estrutura de assistência técnica e/ou treinamento e/ou atendimento pós-vendas.</p> <p>Onde é percebida: Fabricantes de material médico; fornecedores de material médico e importadores; hospitais, clínicas e laboratórios; Administração Pública</p>
8.	<p>PAGAMENTO INADEQUADO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS, COM INCENTIVO À REESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS DE USO ÚNICO</p>	<p>Intermediadoras, fontes pagadoras, gestoras e executoras de serviços de saúde pagam valores fracionados pelos produtos, incentivando a reesterilização dos itens, como forma de amenizar os custos.</p>

		<p>Onde é percebida: Operadoras e gestoras de planos de saúde; hospitais; clínicas e laboratórios.</p>
9.	<p>DOAÇÃO OU COMODATO INDEVIDO DE EQUIPAMENTOS NÃO CORRELATOS AOS PRODUTOS COMERCIALIZADOS PELAS EMPRESAS</p>	<p>A prática pode acontecer por solicitação de prestadores de serviços médico-hospitalares, ou por oferta de empresas que comercializam materiais médicos. Consiste na doação ou comodato de equipamentos que não têm relação direta com os produtos comercializados pela empresa fornecedora. Por exemplo: empresa fornece produtos de ortopedia, mas disponibiliza um equipamento de anestesia, em troca de preferência para a realização de procedimentos cirúrgicos.</p> <p>Onde é percebida: Fabricantes de material médico; fornecedores de material médico e importadores; hospitais, clínicas e laboratórios.</p>
10.	<p>FRAUDES EM COBRANÇAS DE MATERIAL UTILIZADO – TROCA DE MATERIAL EFETIVAMENTE COMERCIALIZADO</p>	<p>Empresas fornecedoras de material, em acordo com o profissional da saúde, realizam cotações de produtos importados, que tem preços mais elevados, mas fornecem produtos nacionais, que têm custos menores para aquisição. A grande margem de lucro, nesses casos, é dividida com o profissional responsável pela cirurgia.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; profissionais da saúde; fornecedores de material médico e importadores.</p>
11.	<p>CONTRATOS FRAUDULENTOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE</p>	<p>Utilizando-se da premissa legítima de fabricantes que contratam profissionais para pesquisa e desenvolvimento de produtos, empresas fornecedoras de material e medicamentos pactuam contratos com profissionais da saúde para divulgação e treinamento de seus produtos ou medicamentos, para dissimular a prática de pagamentos de comissões por uso de material.</p> <p>Onde é percebida: Profissionais da saúde; fornecedores e importadores de material médico e medicamentos; fabricantes.</p>
12.	<p>DESCONTOS FINANCEIROS SISTEMÁTICOS - RETENÇÃO DE VALORES INDEVIDOS POR VENDA DE PRODUTOS</p>	<p>Prestadores de serviços médico-hospitalares cobram um pedágio das empresas fornecedoras de materiais médicos, retendo um percentual das notas fiscais emitidas por elas, alegando tratar-se de taxa de administração por conta de prestação de serviços de conferência, guarda, esterilização e uso de mão-de-obra para manipulação dos produtos entregues para as cirurgias. As fontes pagadoras, por sua vez, pagam, também, além do valor integral da fatura, uma taxa de comercialização percentual acordada</p>

		<p>previamente, por conta daqueles serviços alegados pelos prestadores. Tal procedimento pode favorecer a sonegação de impostos, “caixa 2”, por parte de prestadores de serviços médico-hospitalares mal-intencionados, já que o total recebido das operadoras de saúde não é entregue aos fornecedores de material médico. Interessados em lucros maiores – já que o “pedágio” é cobrado percentualmente sobre os valores dos produtos – os prestadores de serviços médico-hospitalares podem não priorizar preços menores, o que inflaciona a cadeia de fornecimento de materiais médicos, prejudicando assim concorrência leal.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; Operadoras e gestoras de planos de saúde.</p>
13.	FRAUDES EM REGISTROS DE MATERIAIS – PRODUTOS SEM REGISTRO ANVISA	<p>Empresas trazem ilegalmente produtos do exterior, sem registro junto à vigilância sanitária brasileira, para uso em cirurgias de demonstração.</p> <p>Onde é percebida: Fornecedores e importadores de material médico e medicamentos; fabricante de material médico e medicamentos.</p>
14.	FALSIFICAÇÃO DE PRODUTOS CIRÚRGICOS	<p>Empresas de fabricação nacional copiam modelos de produtos importados e os comercializam indevidamente e sem registro ANVISA. Os casos mais comuns são de parafusos em aço, que costumam não ter etiquetas de rastreabilidade, e são inseridos nas caixas de instrumentais, junto com instrumentais.</p> <p>Onde é percebida: Fornecedores e importadores de material médico; fabricantes de material médico</p>
15.	COMERCIALIZAÇÃO FRAUDULENTA DE PRODUTOS DE USO ÚNICO REESTERILIZADOS	<p>Produtos descartáveis, de uso único, fabricados, esterilizados e embalados por fábricas habilitadas e competentes, são reesterilizados em pequenas empresas de esterilização e reaproveitados para uso em outras cirurgias. A prática, em algumas ocasiões, pode ter conviência: a) da fonte pagadora, que estimula o ato quando alega pagar somente um percentual do valor de mercado; b) dos prestadores de serviços médico-hospitalares, que aceitam receber os produtos reesterilizados; c) dos profissionais da saúde, que tem o percentual de comissão aumentado, já que o custo de reesterilização é menor que o do produto novo.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; Operadoras e gestoras de planos de saúde; profissionais da saúde; fornecedores e importadores de material médico.</p>

16.	PAGAMENTO DE PROPINAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE VINCULADOS À INDICAÇÃO DE PRODUTOS	<p>Valores pagos ao profissional da saúde em troca de uso de produtos. Pode acontecer com médicos, enfermeiros e afins. a) No caso dos médicos, paga-se um percentual atrelado ao valor de nota fiscal de venda dos produtos. O pagamento pode ser antecipado ou após o recebimento da fatura. Risco de realização desnecessária de procedimento cirúrgico ou superindicação de produtos, que é o uso indevido da quantidade de itens necessários para o procedimento. Os percentuais são variáveis conforme a especialidade médica. b) No caso dos profissionais de enfermagem e afins, paga-se comissão por informação de casos de emergência que adentram o hospital, ou por prioridade no processo de esterilização de materiais, em detrimento dos concorrentes.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; profissionais da saúde; fornecedores e importadores de material médico e medicamentos; fabricante de material médico e medicamentos; Administração Pública.</p>
17.	PAGAMENTO DE DESPESAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM EVENTOS DE TERCEIROS	<p>Pagamento de despesas de transportes, hospedagem e alimentação de profissionais da saúde (e em muitos casos, de familiares destes), em eventos realizados por terceiros, em troca de utilização de produtos comercializados. O fato acontece por ofertas de empresas de material médico ou por solicitação do profissional.</p> <p>Onde é percebida: Profissionais da saúde; Fornecedores e importadores de material médico e medicamentos e fabricantes de material médico e medicamentos.</p>
18.	PATROCÍNIO INDEVIDO DE EVENTOS DE TERCEIROS	<p>Empresas solicitam aporte financeiro para realização de eventos em lugares inapropriados para realização de eventos de aprimoramento científico. Há, também solicitação de pagamento direto de despesas de palestrantes e afins no evento, como passagens, hospedagens e alimentação.</p> <p>Onde é percebida: Fornecedores e importadores de material médico e medicamentos e fabricantes de material médico e medicamentos.</p>
19.	PRESENTES E BRINDES SEM CUNHO CIENTÍFICO EM TROCA DE INDICAÇÃO DE PRODUTOS	<p>Presentes oferecidos aos profissionais da saúde e prestadores de serviços médico-hospitalares como forma de ganhar preferência na utilização de produtos. A oferta pode acontecer a médicos, para incitar a prescrição de produtos, a enfermeiros, para priorizar esterilização ou disponibilidade prioritária de produtos e medicamentos, gerentes de compra ou</p>

		<p>compradores, para conceder informações privilegiadas sobre cotações de concorrentes.</p> <p>Onde é percebida: Profissionais da saúde; Fornecedores e importadores de material médico e medicamentos e fabricantes de material médico e medicamentos.</p>
20.	FRAUDES EM CONCESSÃO DE LEITOS SUS – COVID	<p>Prestadores de serviços médico-hospitalares fizeram acordos com a esfera pública para locação de leitos para recepção de pacientes com COVID 19. No entanto, os leitos foram utilizados para outros fins, ou seja, pacientes com outros tipos de patologia.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios.</p>
21.	SOLICITAÇÃO DE APORTE FINANCEIRO POR HOSPITAIS AOS FORNECEDORES – COVID	<p>Prestadores de serviços médico-hospitalares cobrando de fornecedores um aporte financeiro de alto valor, em meio à pandemia, ameaçando bloquear as empresas que não “colaborassem”.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; fornecedores e importadores de material médico e medicamentos.</p>
22.	FRAUDES EM CARTEIRA DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE	<p>Empresas fornecedoras de material médico, através de seus representantes comerciais, ou de profissionais médicos, identificam pacientes com baixa renda, sem possibilidade de acesso aos convênios privados, e se apresentam como entidades filantrópicas dispostas a pagar as mensalidades de planos de saúde. Após o prazo de carência e o procedimento cirúrgico efetuado, as empresas interrompem os pagamentos e os pacientes voltam a depender exclusivamente do sistema público, gerando prejuízo efetivo para a boa-administração do serviço público de saúde e a perpetuação da expectativa da qualidade da segurança do paciente afetado.</p> <p>Onde é percebida: Profissionais da saúde; fornecedores e importadores de material médico.</p>
23.	INFORMALIDADE NAS REMESSAS DE COMODATO E CONSIGNAÇÃO DE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS	<p>A prática ocorre entre fornecedores de material médico, fabricantes, serviços de saúde e operadoras de saúde. Materiais são enviados às cirurgias, ou emprestados a hospitais e/ou operadoras de saúde, com documentos informais, conhecidos como <i>checklists</i>, sem emissão de notas fiscais de remessa, em desobediência aos padrões definidos pela legislação. Essa informalidade, além de riscos de sonegação fiscal, traz prejuízos para a rastreabilidade, e conseqüentemente para a saúde dos pacientes, além de riscos financeiros para as partes, em caso de extravios ou avarias nos produtos.</p>

		<p>Onde é percebida: Hospitais, clínicas e laboratórios; Operadoras e gestoras de planos de saúde; fornecedores de material médico e fabricantes de material médico.</p>
24.	<p>COMERCIALIZAÇÃO IRREGULAR DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS</p>	<p>A revenda ilegal de medicamentos sujeitos à retenção de receita é uma prática que compromete a segurança dos pacientes e viola regulamentações sanitárias. Algumas farmácias, tanto de grandes redes quanto de pequeno porte, realizam a venda desses medicamentos sem a devida prescrição, burlando normas da Anvisa e explorando estoques irregulares, como sobras de antibióticos e fármacos controlados. Além disso, há registros de desvios de produtos do programa Farmácia Popular, prejudicando o acesso de pacientes que dependem desses medicamentos de forma gratuita ou subsidiada. Essa prática não apenas representa um risco à saúde pública, mas também pode resultar em sanções administrativas e criminais para os responsáveis.</p> <p>Onde é percebida: Farmácias e Drogarias; Distribuidoras de Medicamentos; Fiscalizações da Vigilância Sanitária; Unidades do Programa Farmácia Popular; Clínicas e Consultórios Médicos.</p>
25.	<p>VAZAMENTO DE INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA MANIPULAÇÃO DE PRODUTOS</p>	<p>Uso indevido de dados pessoais de médicos para direcionar prescrições de medicamentos, comprometendo a ética e a confidencialidade. Empresas do segmento da saúde têm utilizado essas informações para influenciar decisões médicas, violando a LGPD e gerando sanções legais.</p> <p>Onde é percebida: Laboratórios Farmacêuticos; Representantes Comerciais; Clínicas e Hospitais; Departamentos de Marketing e Vendas; Fornecedores de Tecnologia de Saúde.</p>
26.	<p>CONDICIONAMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICAS ATRAVÉS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL</p>	<p>Algoritmos de IA pré-programados para direcionar prescrições médicas favorecem tratamentos específicos, comprometendo a autonomia dos médicos. Essa prática antiética utiliza sistemas de suporte à decisão para beneficiar interesses comerciais, colocando o bem-estar do paciente em risco.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais e Redes de Saúde; Sistemas de Suporte à Decisão Médica; clínicas que utilizam IA em Diagnósticos; Fornecedores de Tecnologia de Saúde.</p>
27.	<p>POSTURAS ANTIÉTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE COM PACIENTES</p>	<p>Casos de má conduta ética, como abusos cometidos por profissionais da saúde, comprometem a confiança no sistema médico e</p>

		<p>colocam em risco a segurança dos pacientes. Desde atitudes de desrespeito à integridade física, como abuso sexual, até negligência intencional em tratamentos, essas práticas violam os princípios éticos que regem a profissão.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais Públicos e Privados; Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); Clínicas de Atendimento; Ambulatórios; Instituições de Longa Permanência; Redes de Saúde Gerenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
	Bloco 03	<i>Operadoras de Planos de Saúde</i>
28.	RESCISÃO CONTRATUAL IMOTIVADA EM PLANOS DE SAÚDE	<p>Rescisão unilateral de plano de saúde sem justificativa, infringindo direitos do consumidor, especialmente durante tratamentos críticos. A Lei nº 9.656/98 exige aviso prévio de 60 dias, garantindo ao beneficiário tempo para buscar alternativas e manter o tratamento, protegendo seus direitos.</p> <p>Onde é percebida: Operadoras de Planos de Saúde; Departamentos de Recursos Humanos de empresas; Associações e sindicatos que contratam planos coletivos.</p>
29.	IMPUTAÇÃO FRAUDULENTA E LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ	<p>Atribuir fraude ao beneficiário sem provas, visando negar cobertura, caracteriza litigância de má-fé. Essa prática gera danos e viola o direito à defesa. A ANS exige que as operadoras fundamentem suas decisões, apresentando evidências concretas de qualquer alegação de fraude.</p> <p>Onde é percebida: Pacientes e seus familiares; Clínicas e consultórios médicos; Prestadores de serviços de saúde.</p>
30.	REDUÇÃO ARBITRÁRIA DE REEMBOLSOS	<p>A diminuição injustificada de reembolsos, por meio de glosas e critérios subjetivos, fere a boa-fé objetiva. Essa prática gera insegurança e prejudica o acesso a serviços essenciais, violando a Lei nº 9.656/98, que garante cobertura conforme o contrato.</p> <p>Onde é percebida: Empresas de seguros de saúde; Pacientes que utilizam reembolso; Escritórios de advocacia especializados em saúde.</p>
31.	EXIGÊNCIA EXCESSIVA DE DOCUMENTAÇÃO	<p>Imposição de documentos não previstos em contrato, dificultando acesso aos serviços de saúde, caracteriza prática abusiva. Isso gera custos adicionais e burocracia desnecessária. A</p>

		<p>ANS determina que operadoras informem os documentos necessários no momento da contratação.</p> <p>Onde é percebida: Seguradoras de saúde; Pacientes que contratam planos com reembolso; Clínicas e hospitais que atendem via reembolso.</p>
32.	REAJUSTE TARIFÁRIO ABUSIVO	<p>Aumento excessivo das mensalidades sem justificativas claras fere a equidade contratual. Operadoras alegam custos crescentes, mas frequentemente não oferecem transparência nos cálculos. A ANS regula reajustes, mas a fiscalização falha permite abusos, comprometendo o acesso à saúde.</p> <p>Onde é percebida: Operadoras de Planos de Saúde; Departamentos de Recursos Humanos; Sindicatos e associações de trabalhadores.</p>
33.	LIMITAÇÃO INDEVIDA DE TERAPIAS	<p>Restrições arbitrárias às sessões de terapia, ignoram necessidades médicas e prejudicam a recuperação. A Lei nº 9.656/98 garante cobertura para tratamentos necessários, e limitações indevidas podem resultar em ações judiciais, comprometendo a saúde do beneficiário.</p> <p>Onde é percebida: Pacientes com doenças crônicas; Clínicas especializadas em tratamentos contínuos; Planos de saúde e seguradoras.</p>
34.	NEGAÇÃO DE REEMBOLSO APÓS ANÁLISE DE JUNTA MÉDICA	<p>Negar reembolso de procedimentos já realizados com base em pareceres de juntas médicas, muitas vezes vinculadas à operadora, caracteriza abuso. A ANS tenta regulamentar essas análises, mas as negativas ainda são comuns, prejudicando o acesso ao tratamento.</p> <p>Onde é percebida: Empresas de seguros de saúde; Clínicas e hospitais especializados; Pacientes em tratamento prolongado.</p>
35.	NEGATIVA DE TRATAMENTO/CIRURGIA POR JUNTA MÉDICA UNICAMENTE PARA REDUZIR DESPESAS	<p>Negar tratamentos essenciais por critérios financeiros prejudica a saúde do beneficiário. A negativa fere a autonomia do paciente e pode resultar em agravamento da condição clínica, aumentando os custos com saúde e interferindo na relação médico-paciente.</p> <p>Onde é percebida: Pacientes em tratamento ou com demandas cirúrgicas; Clínicas e hospitais; Operadoras e seguradoras de saúde.</p>
36.	IMPEDIMENTO INDEVIDO DA INCLUSÃO DE DEPENDENTES	<p>Negar a inclusão de dependentes no plano de saúde, em desacordo com a legislação vigente, é uma prática abusiva. A Lei nº 9.656/98 garante o direito à cobertura para dependentes, e a recusa indevida de inclusão pode resultar em danos</p>

		<p>financeiros para os beneficiários, além de ações judiciais contra a operadora.</p> <p>Onde é percebida: Famílias de beneficiários; Operadoras de Planos de Saúde; Departamentos de Recursos Humanos que gerenciam benefícios familiares.</p>
37.	<p>EMISSÃO INDEVIDA DE ATESTADOS MÉDICOS PARA JUSTIFICAR AFASTAMENTOS</p>	<p>Profissionais de saúde que emitem atestados médicos falsos ou exagerados para justificar ausências de pacientes, muitas vezes em colaboração com estes, prejudicam empregadores e operadoras de saúde. Essa prática abusiva resulta em aumento de custos operacionais e maior burocracia para validação de documentos.</p> <p>Onde é percebida: Empresas e departamentos de Recursos Humanos; Operadoras de Planos de Saúde; Clínicas e Consultórios Médicos.</p>
38.	<p>EMISSÃO DE DOCUMENTOS PARA FRAUDES EM REEMBOLSOS DE PLANOS DE SAÚDE</p>	<p>Apresentação de notas fiscais e recibos falsificados para obtenção de reembolsos indevidos é uma prática abusiva que gera prejuízos ao sistema de saúde suplementar. Auditorias mais rigorosas têm sido realizadas pelas operadoras para identificar e prevenir essas fraudes.</p> <p>Onde é percebida: Operadoras de Planos de Saúde; Clínicas Médicas; Pacientes que utilizam reembolsos frequentes; Departamentos de Auditoria e Compliance.</p>
	<p>Bloco 04</p>	<p><i>Contratações públicas diretas (administração direta e indireta) + Organizações Sociais de Saúde (OSS)</i></p>
39.	<p>FRAUDES EM LICITAÇÕES PÚBLICAS – DIRECIONAMENTO EM DESCRITIVOS DE PRODUTOS EM EDITAIS DE COMPRAS</p>	<p>Promessa de comissionamento para o profissional da saúde que descreve tecnicamente os produtos e medicamentos a serem adquiridos, de modo a priorizar características exclusivas dos produtos e medicamentos comercializados pela empresa pagadora da comissão. Outros profissionais podem ser aliciados também, como os pregoeiros ou os engenheiros clínicos das instituições compradoras.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde.</p>
40.	<p>FRAUDES EM LICITAÇÕES PÚBLICAS – <u>COMBINAÇÃO DE PREÇOS</u></p>	<p>Empresas participantes dos pregões, sejam eletrônicos ou presenciais, se reúnem para escolher os ganhadores referentes aos itens do</p>

		<p>Edital de Licitação. Os valores mínimos são decididos e as empresas acordam entre si os itens que cada uma será a vencedora.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde.</p>
41.	DESVIO DE RECURSOS PÚBLICOS NA SAÚDE	<p>Práticas de corrupção envolvendo agentes públicos e empresas da saúde comprometem diretamente a eficiência dos serviços prestados à população. O desvio de recursos públicos é uma prática que ocorre quando um agente público, em razão de sua função, utiliza, apropria-se ou direciona recursos financeiros que pertencem ao Estado para fins pessoais ou em benefício de terceiros em regra, os recursos são alocados para determinada finalidade, sendo o pagamento feito a empresas privadas, e depois, parte desses recursos são repassados aos agentes públicos, normalmente, em espécie. O favorecimento em contratações, o superfaturamento de compras e o direcionamento de verbas públicas para interesses particulares configuram condutas ilegais que enfraquecem o sistema, prejudicam a alocação de recursos e limitam o acesso da população a serviços essenciais. Esses atos violam os princípios da administração pública e colocam em risco a integridade das políticas de saúde.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde</p>
42.	FRAUDES EM LICITAÇÕES E CONTRATOS PÚBLICOS DE SAÚDE – SIMULAÇÃO DE CONCORRÊNCIA	<p>Fraudes em processos licitatórios e contratos administrativos na área da saúde, como simulação de concorrência, manipulação de editais e favorecimento indevido de empresas, prejudicam a competitividade e a transparência nas contratações públicas. Essas irregularidades impactam diretamente a qualidade dos produtos e serviços adquiridos, encarecem os custos do sistema e limitam o uso eficiente dos recursos públicos destinados à saúde.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde</p>
43.	NEPOTISMO E FAVORECIMENTO DE INDICADOS POLÍTICOS NA	Organizações Sociais de Saúde (OSS), embora contratadas para administrar serviços públicos

	<p>CONTRATAÇÃO DE PESSOAL EM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)</p>	<p>com eficiência, têm sido alvo de denúncias por práticas ilícitas, dentre elas a prática do nepotismo, em que, ao invés de seguir os critérios de excelência na contratação de funcionários, utilizam-se da prerrogativa para contratação de parentes, e até mesmo, troca de favores políticos, deixando o critério da seletividade por competência profissional e a isonomia no modelo de contratação sem observação.</p> <p>A ausência de fiscalização adequada e a gestão opaca favorecem irregularidades que comprometem a qualidade do atendimento, violam princípios da legalidade e impessoalidade e colocam em risco a continuidade dos serviços prestados à população.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais e Unidades de Saúde sob gestão de OSS; Contratos de Gestão com Entes Públicos.</p>
44.	<p>USO DE TERCEIROS (Sócios de fachada”) EM CONTRATAÇÕES PÚBLICAS NA SAÚDE</p>	<p>Empresas criadas ou controladas por terceiros – conhecidos como “laranjas” – têm sido utilizadas para participar de licitações públicas no setor da saúde com o objetivo de mascarar vínculos diretos com agentes públicos ou outras empresas previamente beneficiadas. Essa prática favorece esquemas de corrupção, impede a livre concorrência e compromete a transparência nos processos de contratação com o poder público.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde; Licitações Públicas; Processos de Habilitação e Cadastro de Fornecedores e prestadores de serviço.</p>
45.	<p>CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS SEM LICITAÇÃO OU SEM CRITÉRIOS TÉCNICOS</p>	<p>A dispensa indevida de licitação ou a contratação direta sem justificativa técnica adequada têm se tornado um dos focos de irregularidade na gestão pública da saúde. Essas contratações, muitas vezes realizadas sob argumentos emergenciais frágeis ou com base em pareceres genéricos, favorecem determinadas empresas e inviabilizam a competitividade. Essa conduta desrespeita os princípios da legalidade, impessoalidade e eficiência da administração pública.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde; Contratos Emergenciais; Processos Administrativos de Contratação Direta.</p>

46.	TERCEIRIZAÇÃO IRREGULAR DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS POR OSS	<p>Observados especialmente em Organizações Sociais de Saúde, ao assumirem a gestão de unidades públicas, têm adotado modelos de terceirização sem critérios legais e com vínculos trabalhistas precários. A ausência de processos seletivos transparentes, o favorecimento de empresas parceiras e a contratação de profissionais sem qualificação técnica compatível comprometem a qualidade do serviço público prestado à população.</p> <p>Onde é percebida: Unidades de Saúde sob Gestão de OSS; Contratos de Terceirização; Escalas de Recursos Humanos.</p>
47.	DESVIOS DE FINALIDADE NA APLICAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS	<p>Recursos financeiros destinados à compra de insumos, medicamentos ou contratação de serviços na saúde pública têm sido aplicados em finalidades alheias ao objeto dos contratos ou convênios, muitas vezes sem prestação de contas adequada. Essa prática enfraquece a eficiência do gasto público, contribui para a escassez de materiais e configura ato ilícito grave na gestão orçamentária.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Processos Licitatórios; Organizações Sociais de Saúde.</p>
48.	CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS SEM CAPACIDADE TÉCNICA PARA FORNECIMENTO À SAÚDE	<p>A celebração de contratos com empresas que não possuem estrutura operacional, qualificação técnica ou autorização legal para atuar no setor da saúde compromete diretamente a eficiência do serviço público. Em muitos casos, empresas de fachada, sem funcionários ou histórico no fornecimento de insumos médicos e prestação de serviços, são contratadas mediante dispensa irregular de licitação, especialmente em contextos emergenciais. Essa prática não só viola a legislação vigente como expõe a população a riscos sanitários graves e ao desperdício de recursos públicos.</p> <p>Onde é percebida: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde; Contratos Públicos de Fornecimento e prestação de serviços; Organizações Sociais de Saúde.</p>
49.	INTERMEDIÇÃO IRREGULAR DE MÃO DE OBRA POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE	<p>Organizações Sociais de Saúde (OSS) contratadas para gerir hospitais e unidades públicas frequentemente atuam como meras intermediárias de mão de obra, repassando recursos públicos sem executar diretamente os serviços contratados. Essa prática, além de configurar possível desvio de finalidade</p>

		<p>contratual, favorece a precarização das relações de trabalho e dificulta a responsabilização em casos de má gestão. Em muitos casos, os contratos são firmados sem critérios claros de desempenho, permitindo desvios e uso indevido de verbas públicas.</p> <p>Onde é percebida: Hospitais e UPAs sob gestão de OSS; Contratos de gestão com entes públicos; Processos seletivos internos e RH terceirizado; Relatórios de auditoria e controle social.</p>
--	--	---

A observância dessas práticas antiéticas, canalizadas por meio de ferramentas com participação direta do cidadão e instrumentalizadas pela sociedade civil organizada, demonstra que o combate à corrupção e a outras práticas nocivas ao sistema de saúde no Brasil, de forma articulada, se concretiza por meio de ações integradas entre os setores público e privado. São esses mecanismos de controle social que podem constituir instrumentos eficazes para a mitigação das práticas de corrupção na gestão pública e privada.

Assim, ao tratar do controle social para conter a corrupção na administração pública, estabelece-se uma correlação direta e indissociável com os entes privados. Afinal, quando a pauta é corrupção, há necessariamente o envolvimento de ambas as esferas, uma vez que não há aquisição de bens ou prestação de serviços ao Poder Público sem a participação da iniciativa privada, independentemente do regime contratual estabelecido.

Neste sentido, trazemos à baila fragmento de estudo desenvolvido:

O controle social de iniciativa da sociedade civil refere-se ao envolvimento ativo dos cidadãos e organizações da sociedade na fiscalização e monitoramento das políticas públicas, programas e ações da Administração Pública. É uma forma de participação da sociedade na gestão pública, com o objetivo de garantir transparência, responsabilidade e efetividade das ações governamentais. No que tange à sociedade civil nos processos de controle social, muitos mecanismos são observados, em particular, com o crescimento dos mandamentos constitucionais que permeiam a materialização da cidadania. Assim, o Estado, por si, desenvolveu institutos que, se adequadamente utilizados, podem servir de base para que o cidadão esteja perto das tomadas de decisões, influenciando para que a gestão pública possa ser conduzida com maior proximidade da necessidade social³.

E continua:

³ SIGNORELLI, Filipe Venturini. Democracia Participativa e a Efetividade do Controle Social da Administração Pública no Estado Democrático de Direito. Orientador: Silvio Luis Ferreira da Rocha. 2023. f. 164. Dissertação (Mestrado em Direito Administrativo) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, 2023. p. 122.

A participação da sociedade no controle social da gestão pública não mais é uma condição facultativa, e sim, um sentimento de dever a ser atribuído a todo cidadão, especialmente, aqueles que possuem conhecimento técnico para tal, de acordo com seu campo profissional vivenciado. Obviamente, que os atos administrativos decisórios são atrelados aqueles que possuem função representativa, porém, por meio de uma organização sistematizada, devido a sua vinculação ao interesse público, deveriam passar pelo crivo do “povo”, o que não significa a falência da democracia representativa, mas sim, sua evolução no caráter de democracia participativa. Os benefícios são encontrados nas mais diversas etapas, pois, quando possível tal participação ampla de atores que possam contribuir para a boa gestão pública, com regras bem definidas, os riscos são mitigados, seja para a observação da necessidade daquele procedimento e/ou contratação, até mesmo, na observação da eficiente execução da entrega. Tem-se menor risco de corrupção, inexecuibilidade, má execução, desvio de finalidade e tantos outros apontamentos que poderiam prejudicar o interesse público⁴.

O Instituto Ética Saúde, nesta segunda publicação dos estudos sobre práticas antiéticas, em parceria com o Grupo de Pesquisa Contratações Públicas, com o fito de ampliar e maximizar o conhecimento, desenvolve o presente estudo como ponto de partida para que os entes da sociedade civil, individualmente ou organizados, possam atuar como multiplicadores do conhecimento sobre a operacionalização das práticas antiéticas, gerando conteúdo educacional para que todos conheçam tais práticas e compreendam como são executadas pelos agentes envolvidos na corrupção.

Com o conhecimento adquirido, poderão, assim, denunciar e/ou impedir a disseminação desses atos que provocaram, e ainda provocam, a desvirtuação na aplicação dos recursos destinados à saúde.

4 COFIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS ANTIÉTICAS

4.1 Estrutura de codificação proposta

A estrutura de codificação foi concebida para permitir simultaneamente padronização analítica e sensibilidade às especificidades dos relatos coletados. Para isso, definiu-se um modelo de organização baseado em unidades de análise e níveis hierárquicos de codificação.

Unidade de análise

A unidade básica de codificação adotada foi cada prática individualmente descrita, entendida como um evento, conduta ou mecanismo específico percebido como antiético ou problemático. Cada item da lista corresponde, portanto, a uma unidade analítica autônoma.

⁴ Ibidem.

Além disso, sempre que disponível, considerou-se como unidade de contexto o modo de ocorrência da prática e o ambiente em que ela é percebida. Essa informação contextual não substitui a codificação, mas a enriquece, permitindo análises mais sofisticadas sobre padrões de funcionamento e recorrência.

Níveis de codificação (três camadas)

A codificação foi estruturada em três camadas analíticas:

1. **Categoria:** corresponde ao eixo principal de risco ao qual a prática está associada, como, por exemplo, Poder Público (PP), Saúde Suplementar (SS) ou Conflitos de Interesse (CI).
2. **Código:** representa a tipificação específica da prática dentro da categoria. Exemplos incluem PP-02, SS-05 ou CI-04, que distinguem mecanismos distintos dentro de um mesmo macrotema.
3. **Nota analítica:** camada complementar que pode ser utilizada para registrar observações sobre mecanismos, atores envolvidos ou implicações específicas, permitindo análises mais ricas e contextualizadas.

Essa estrutura em camadas assegura que o sistema seja simultaneamente sintético e flexível, possibilitando tanto a agregação estatística quanto a interpretação qualitativa.

4.2 Taxonomia (categorias) e prefixos de código

A taxonomia adotada neste estudo organiza as práticas em macrotemas, cada um representando um tipo central de risco ou vulnerabilidade no sistema de saúde. Esses macrotemas foram identificados por prefixos de duas letras, utilizados como parte integrante dos códigos.

Os prefixos e seus respectivos significados são:

- **CM** – Compras e mercado (intermediação, portais, barreiras artificiais de acesso)
- **DC** – Coerção ou abuso contra consumidores e pacientes (como cobranças indevidas)
- **CI** – Conflitos de interesse, indução comercial e benefícios indevidos
- **FT** – Faturamento, retenções e distorções financeiras ou tributárias

- **EP** – Ética profissional clínica (condutas de profissionais de saúde)
- **RG** – Regulatório e sanitário (ANVISA, medicamentos controlados, habilitação)
- **SA** – Segurança assistencial e uso de materiais (reuso, reesterilização, descarte)
- **IN** – Programa de Integridade e *Compliance* (maturidade institucional insuficiente)
- **FA** – Fraudes administrativas e documentais (inclusive reembolsos)
- **SS** – Saúde suplementar (planos, reembolsos, terapias, reajustes)
- **PD** – Dados e Inteligência Artificial (LGPD, manipulação por algoritmos)
- **PP** – Poder Público (licitações, contratos, corrupção)
- **OS** – Organizações Sociais de Saúde (OSS) e modelos de gestão

Essa taxonomia constitui a espinha dorsal do sistema de codificação, permitindo que cada prática seja associada a um campo temático específico e, ao mesmo tempo, comparável com outras práticas da mesma categoria.

4.3 Matriz de codificação (Prática → Código → Categoria)

A matriz de codificação constitui o núcleo operacional do sistema metodológico adotado neste estudo. É nessa etapa que o processo de codificação se consolida de forma concreta: cada prática descrita é transformada em uma unidade analítica estruturada, composta por um código e uma categoria temática.

Esse procedimento garante que relatos qualitativos, muitas vezes heterogêneos e dispersos, passem a integrar uma base de dados organizada, passível de análise comparativa, quantificação e posterior integração com instrumentos de gestão de riscos e *compliance*.

Cada linha da matriz corresponde a uma prática específica, identificada por um código único e vinculada a uma categoria macro temática. Essa estrutura permite, simultaneamente, a leitura individual de cada ocorrência e a agregação por padrões sistêmicos.

A seguir, apresenta-se a matriz completa, preservando integralmente o conteúdo original:

Matriz de Codificação

Bloco 01

1. Maturidade inadequada do programa de integridade → **IN-01** (Governança/*Compliance* insuficiente)

Bloco 02

2. Pedágios/taxas em portais de compras → **CM-01** (Compras/Intermediação)
3. Coerção em cobranças indevidas/duplicidade → **DC-01** (Coerção ao paciente/família)
4. Propina disfarçada de desconto para repasse a médicos → **CI-01** (Suborno disfarçado)
5. Retenção desleal de faturamento (postergar autorização) → **FT-01** (Retenção de faturamento)
6. Atos mercantilistas por médicos (pacotes/saldo residual/compra e revenda) → **EP-01** (Mercantilismo médico)
7. Empresa sem CNAE/estrutura vendendo dispositivos (COVID) → **RG-01** (Habilitação irregular)
8. Pagamento fracionado incentivando reesterilização de uso único → **SA-01** (Incentivo econômico ao reuso)
9. Doação/comodato indevido de equipamentos não correlatos → **CI-02** (Vantagem indevida)
10. Troca do material cotado (importado) por nacional (margem dividida) → **FA-01** (Fraude por substituição)
11. Contratos “P&D/treinamento” para dissimular comissão → **CI-03** (Contrato de fachada)
12. Descontos financeiros sistemáticos – desconto obrigatório não comerciais - “Pedágio” /retenção percentual em NF (caixa 2/sonegação) → **FT-02** (Retenção indevida e risco fiscal)
13. Uso/importação de produto sem registro ANVISA → **RG-02** (Produto sem registro)
14. Falsificação/cópia de produto cirúrgico sem registro → **RG-03** (Falsificação/contrafação)

15. Comercialização de produtos reesterilizados (uso único) → **SA-02** (Reuso fraudulento)
16. Propina por indicação/uso (médicos/enfermagem) → **CI-04** (Comissão por prescrição/indicação)
17. Pagamento de despesas em eventos de terceiros (hospitalidade) → **CI-05** (Hospitalidade indevida)
18. Patrocínio indevido de eventos de terceiros → **CI-06** (Patrocínio indevido)
19. Presentes/brindes sem cunho científico em troca de indicação → **CI-07** (Brindes indevidos)
20. Fraudes em concessão de leitos SUS (COVID) → **PP-03** (Desvio de finalidade assistencial)
21. Solicitação de aporte financeiro por hospitais a fornecedores (COVID) → **CI-08** (Coerção econômica B2B)
22. Fraudes em carteira de beneficiários (pagar mensalidade e cortar após cirurgia) → **FA-02** (Fraude com vulneráveis/benefício)
23. Remessas comodato/consignação sem NF (“checklists”) → **FT-03** (Informalidade fiscal e rastreabilidade)
24. Comercialização irregular de medicamentos controlados (sem receita/desvios) → **RG-04** (Dispensação irregular)
25. Vazamento/uso indevido de dados de médicos para manipulação → **PD-01** (LGPD/uso indevido de dados)
26. Condicionamento das práticas médicas via IA (direcionamento) → **PD-02** (Indução algorítmica)
27. Posturas antiéticas com pacientes (abuso, negligência) → **EP-03** (Violação ética assistencial)

Bloco 03

28. Rescisão contratual imotivada (planos) → **SS-01** (Cancelamento abusivo)
29. Imputação fraudulenta e litigância de má-fé → **SS-02** (Litigância abusiva/negação)

30. Redução arbitrária de reembolsos (glosas subjetivas) → **SS-03** (Glosa abusiva)
31. Exigência excessiva de documentação → **SS-04** (Burocratização abusiva)
32. Reajuste tarifário abusivo → **SS-05** (Reajuste abusivo)
33. Limitação indevida de terapias → **SS-06** (Restrição assistencial indevida)
34. Negação de reembolso após junta médica → **SS-07** (Junta médica conflitada)
35. Negativa de tratamento/cirurgia por junta para reduzir despesas → **SS-08** (Negativa por racionalidade financeira)
36. Impedimento indevido de inclusão de dependentes → **SS-09** (Exclusão abusiva de dependentes)
37. Emissão indevida de atestados para afastamentos → **EP-02** (Atestado irregular)
38. Documentos para fraudes em reembolsos (NF/recibos falsos) → **FA-03** (Fraude documental)

Bloco 04

39. Direcionamento em descritivos de editais (comissão) → **PP-01** (Edital dirigido)
40. Combinação de preços em pregões → **PP-02** (Cartel/combinação)
41. Desvio de recursos públicos na saúde → **PP-04** (Corrupção pública)
42. Fraudes em licitações e contratos públicos de saúde (geral) → **PP-05** (Fraude licitatória ampla – ex. simulação de concorrência, manipulação de editais e favorecimento indevido de empresas)
43. Nepotismo e favorecimento de indicados políticos na contratação de pessoal por OSS → **OS-01** (Irregularidades em OSS)
44. Uso de terceiros (“Sócios de fachada”) em contratações públicas → **PP-06** (Ocultação de vínculo/beneficiário final)
45. Contratação sem licitação ou sem critérios técnicos → **PP-07** (Contratação direta irregular)

- 46. Terceirização irregular de serviços e profissionais por OSS → **OS-02** (Terceirização irregular OSS)
- 47. Desvios de finalidade na aplicação de recursos públicos → **PP-08** (Desvio de finalidade orçamentária)
- 48. Contratação de empresa sem capacidade técnica/habilitação → **PP-09** (Fornecedor inidôneo/incapaz)
- 49. Intermediação irregular de mão de obra por OSS → **OS-03** (OSS como intermediária de RH)

Essa matriz permite que cada prática seja tratada não apenas como um relato isolado, mas como uma instância de um tipo específico de risco. Ao ser integrada à planilha, cada uma dessas linhas passa a funcionar como um objeto analítico e gerencial, permitindo o cálculo de frequências, a atribuição de scores, a construção de *rankings* e a visualização por meio de *heatmaps*.

4.4 *Codebook* (dicionário de códigos)

O sistema de codificação foi consolidado em um *codebook*, entendido como um dicionário analítico que define, de maneira precisa, o significado de cada código, seus critérios de inclusão e exclusão, bem como os indicadores típicos de ocorrência. Esse instrumento é fundamental para assegurar a consistência interpretativa, a replicabilidade do método e a comparabilidade entre análises realizadas por diferentes pesquisadores ou equipes.

Cada código foi estruturado a partir de três componentes mínimos:

- (i) uma definição conceitual, que delimita o fenômeno observado;
- (ii) critérios de inclusão e exclusão, que estabelecem fronteiras analíticas claras;
- (iii) indicadores típicos, que auxiliam na identificação empírica das práticas.

A seguir, apresenta-se o *codebook* completo, preservando integralmente as definições originais.

CM — Compras e mercado

CM-01 (Pedágio/Taxa de portal de compras)

Refere-se à cobrança de mensalidade, comissão ou taxa para acesso a processos de compra, independentemente da efetiva prestação de serviços técnicos correlatos. Inclui

situações em que fornecedores precisam pagar para cadastrar-se ou ofertar produtos por meio de plataformas. Exclui casos em que a taxa é formal, contratual, transparente e vinculada a um escopo técnico claramente definido.

DC — Coerção ao paciente e à família

DC-01 (Cobrança indevida, duplicidade ou coerção)

Caracteriza-se pela pressão exercida sobre pacientes ou familiares para complementar valores de forma extraoficial, frequentemente por meio de narrativas como “o SUS paga pouco” ou “é necessário pagar por fora”. Inclui práticas de intimidação econômica ou emocional. Exclui casos de coparticipação formalmente prevista em contrato.

CI — Conflitos de interesse e indução comercial

CI-01 (Propina disfarçada de desconto)

Situações em que um “desconto” é concedido ao fornecedor, com repasse indireto ao médico ou profissional de saúde.

CI-02 (Doação ou comodato não correlato)

Fornecimento de equipamentos ou bens sem relação direta com o produto negociado, com a finalidade de obter preferência comercial.

CI-03 (Contrato de fachada – P&D ou treinamento)

Utilização de contratos formais para mascarar o pagamento de comissão por uso, prescrição ou priorização de produtos.

CI-04 (Comissão por indicação ou uso)

Pagamentos vinculados à prescrição, uso, indicação de casos ou priorização de esterilização, inclusive quando disfarçados em notas fiscais.

CI-05 (Hospitalidade indevida)

Custeio de despesas de viagem, hospedagem ou alimentação em eventos de terceiros, com expectativa de contrapartida comercial.

CI-06 (Patrocínio indevido)

Patrocínios sem aderência científica ou critérios técnicos claros, frequentemente acompanhados de pagamento de despesas como forma de indução.

CI-07 (Brindes e presentes indevidos)

Distribuição de itens sem finalidade científica, em troca de indicação, informação privilegiada ou preferência comercial.

CI-08 (Coerção econômica B2B)

Exigência de aportes financeiros ou pagamentos para evitar bloqueios comerciais, configurando lógica de extorsão entre empresas.

FT — Faturamento e tributário

FT-01 (Retenção desleal de faturamento)

Postergar autorizações ou emissão de notas fiscais após o uso do produto, criando assimetria de poder e risco fiscal.

FT-02 (Pedágio em nota fiscal ou retenção percentual)

Retenção de percentual da nota sob o pretexto de taxa administrativa, com potencial de caixa dois ou sonegação.

FT-03 (Comodato ou consignação sem nota fiscal)

Remessas documentadas apenas por *checklists* ou instrumentos informais, comprometendo rastreabilidade e conformidade.

EP — Ética profissional

EP-01 (Mercantilismo médico)

Atuação do médico como comerciante ou intermediador, com compra e revenda de insumos, pacotes com ganho próprio ou retenção de saldo residual.

EP-02 (Atestado irregular)

Emissão de atestados falsos, exagerados ou indevidos para afastamentos injustificados.

EP-03 (Violação ética assistencial)

Condutas que envolvem abuso, negligência intencional ou violação grave da integridade do paciente.

RG — Regulatório e sanitário

RG-01 (Habilitação irregular, CNAE ou estrutura inadequada)

Comercialização de dispositivos por empresas sem habilitação técnica ou estrutura compatível, notadamente em contextos emergenciais.

RG-02 (Produto sem registro ANVISA)

Importação ou uso de produtos não registrados para demonstração ou procedimentos.

RG-03 (Falsificação ou contrafação)

Cópia e comercialização indevida de produtos cirúrgicos, sem registro e sem rastreabilidade.

RG-04 (Medicamentos controlados – dispensação irregular)

Venda sem receita, descumprimento de normas sanitárias ou desvios, inclusive em programas públicos.

SA — Segurança assistencial**SA-01 (Incentivo econômico ao reuso)**

Pagamentos fracionados que induzem a reesterilização de materiais de uso único para redução de custos.

SA-02 (Reuso fraudulento de uso único)

Reesterilização, reaproveitamento e comercialização de materiais descartáveis.

IN — Integridade e *compliance***IN-01 (Programa de integridade insuficiente)**

Situações em que políticas, procedimentos e controles são inadequados para prevenir riscos relevantes na cadeia da saúde.

FA — Fraudes administrativas e documentais**FA-01 (Substituição fraudulenta de material)**

Cotação ou registro de item mais caro com entrega de outro mais barato, com divisão de margem.

FA-02 (Fraude com beneficiários vulneráveis)

Pagamento de mensalidades como “filantropia”, seguido de interrupção após carência ou procedimento.

FA-03 (Fraude documental em reembolso)

Utilização de notas ou recibos falsos para obtenção de reembolsos indevidos.

SS — Saúde suplementar**SS-01 (Cancelamento abusivo)**

Rescisão unilateral e injustificada, especialmente durante tratamentos críticos.

SS-02 (Imputação fraudulenta e litigância abusiva)

Acusações infundadas de fraude para negar cobertura.

SS-03 (Glosa abusiva)

Redução de reembolso com base em critérios subjetivos ou injustificados.

SS-04 (Burocratização abusiva)

Exigência de documentação excessiva como forma de obstrução.

SS-05 (Reajuste abusivo)

Aumentos sem transparência ou justificativa adequada.

SS-06 (Restrição indevida de terapias)

Limitação arbitrária de sessões ou continuidade de tratamentos.

SS-07 (Junta médica conflitada – reembolso)

Negativas baseadas em juntas sem independência.

SS-08 (Negativa por racionalidade financeira)

Recusa de tratamentos essenciais para redução de despesas.

SS-09 (Exclusão abusiva de dependentes)

Negativa de inclusão em desacordo com regras aplicáveis.

PD — Dados e Inteligência Artificial

PD-01 (LGPD e uso indevido de dados de médicos)

Vazamento ou compartilhamento de dados para induzir prescrição ou decisões clínicas.

PD-02 (Indução algorítmica)

Sistemas de IA direcionando condutas em favor de interesses comerciais, reduzindo autonomia clínica.

PP — Poder público

PP-01 (Edital dirigido)

Descritivos técnicos moldados para favorecer fornecedores específicos.

PP-02 (Cartel ou combinação)

Acordos entre concorrentes para definir vencedores e preços mínimos.

PP-03 (Desvio de finalidade assistencial – leitos)

Uso de leitos contratados para COVID em outras finalidades.

PP-04 (Corrupção pública)

Favorecimento, superfaturamento e desvio de recursos com participação de agentes públicos.

PP-05 (Fraude licitatória ampla)

Manipulação de editais e simulação de concorrência.

PP-06 (Uso de laranjas)

Emprego de terceiros para ocultar vínculos e burlar transparência.

PP-07 (Contratação direta irregular)

Dispensa ou inexigibilidade sem justificativa técnica robusta.

PP-08 (Desvio de finalidade orçamentária)

Aplicação de recursos em objeto diverso do contratado.

PP-09 (Fornecedor incapaz ou inidôneo)

Contratação de empresas sem estrutura ou autorização legal.

PP-10 (Competição simulada)

Propostas combinadas e concorrência de fachada.

OS — Organizações Sociais de Saúde (OSS)

OS-01 (Irregularidades em OSS)

Desvio, nepotismo, fraudes e superfaturamento em modelos de gestão por OSS.

OS-02 (Terceirização irregular por OSS)

Contratações sem critérios legais e transparência, com precarização de vínculos.

OS-03 (Intermediação irregular de RH)

Atuação como intermediária de mão de obra sem execução direta.

4.5 Utilização da codificação como ferramenta de *compliance*

O sistema de codificação desenvolvido neste estudo não se limita a uma função descritiva ou exploratória. Ao ser integrado a uma base estruturada de dados, ele passa a operar como uma ferramenta prática de gestão de riscos e de apoio a programas de integridade

Cada prática codificada transforma-se em uma unidade operacional, passível de avaliação segundo critérios de severidade, probabilidade e impacto. Essa estrutura possibilita a construção de indicadores, a priorização automática de riscos e a visualização de padrões por meio de *rankings* e mapas de calor (*heatmaps*).

Na prática, esse modelo permite que organizações do setor da saúde utilizem a matriz de codificação como um instrumento contínuo de diagnóstico, monitoramento e planejamento. Ao associar cada tipo de prática a controles recomendados, como políticas internas, treinamentos, cláusulas contratuais, auditorias, canais de denúncia e processos de *due diligence*, o sistema passa a atuar como um mecanismo de antecipação de riscos, e não apenas de reação a eventos já ocorridos.

Essa abordagem contribui para a transição de modelos tradicionais de *compliance*, frequentemente baseados apenas em requisitos normativos, para modelos orientados por risco, capazes de refletir com maior fidelidade os problemas efetivamente percebidos no funcionamento cotidiano do setor.

4.6 Tabela comparativa

A tabela a seguir sintetiza o processo de codificação, apresentando a correspondência entre cada prática, seu respectivo código e a categoria temática associada. Essa estrutura permite visualizar, de forma integrada, o vínculo entre os relatos qualitativos e o sistema analítico adotado.

ID	Descrição da Prática	Código	Categoria
1	Maturidade inadequada do programa de integridade	IN-01	Governança/ <i>Compliance</i> insuficiente
2	Pedágios/taxas em portais de compras	CM-01	Compras/Intermediação
3	Cobrança indevida/duplicidade	DC-01	Coerção ao paciente/família
4	Propina disfarçada de desconto	CI-01	Conflito de interesses
5	Retenção desleal de faturamento	FT-01	Faturamento/Tributário
6	Atos mercantilistas por médicos	EP-01	Ética profissional
7	Empresa sem CNAE vendendo dispositivos	RG-01	Regulatório/Sanitário
8	Pagamento fracionado incentivando reuso	SA-01	Segurança assistencial
9	Doação/comodato indevido	CI-02	Conflito de interesses
10	Troca fraudulenta de material	FA-01	Fraudes administrativas
11	Contratos de fachada	CI-03	Conflito de interesses
12	Pedágio em NF	FT-02	Faturamento/Tributário
13	Produto sem registro ANVISA	RG-02	Regulatório/Sanitário
14	Falsificação de produto	RG-03	Regulatório/Sanitário
15	Reuso fraudulento de uso único	SA-02	Segurança assistencial
16	Comissão por indicação (Propina)	CI-04	Conflito de interesses
17	Edital dirigido	PP-01	Poder Público
18	Combinação de preços	PP-02	Poder Público
17	Hospitalidade indevida	CI-05	Conflito de interesses
18	Patrocínio indevido	CI-06	Conflito de interesses
19	Brindes indevidos	CI-07	Conflito de interesses
20	Fraudes em leitos SUS	PP-03	Poder Público
21	Coerção financeira B2B	CI-08	Conflito de interesses
22	Fraude em carteira de beneficiários	FA-02	Fraudes administrativas

ID	Descrição da Prática	Código	Categoria
23	Comodato informal sem NF	FT-03	Faturamento/Tributário
24	Venda irregular de medicamentos	RG-04	Regulatório/Sanitário
25	Uso indevido de dados médicos	PD-01	Dados/IA
26	Indução algorítmica	PD-02	Dados/IA
27	Abuso/negligência assistencial	EP-03	Ética profissional
28	Cancelamento abusivo	SS-01	Saúde suplementar
29	Litigância de má-fé	SS-02	Saúde suplementar
30	Glosa abusiva	SS-03	Saúde suplementar
31	Exigência excessiva de documentos	SS-04	Saúde suplementar
32	Reajuste abusivo	SS-05	Saúde suplementar
33	Restrição indevida de terapias	SS-06	Saúde suplementar
34	Junta médica conflitada	SS-07	Saúde suplementar
35	Negativa por custo	SS-08	Saúde suplementar
36	Exclusão abusiva de dependentes	SS-09	Saúde suplementar
37	Atestado irregular	EP-02	Ética profissional
38	Fraude documental em reembolso	FA-03	Fraudes administrativas
39	Edital dirigido	PP-01	Poder Público
40	Cartel – combinação de preços em pregão	PP-02	Poder Público
41	Desvio de recursos públicos (Corrupção pública)	PP-04	Poder Público
42	Fraudes em contratos públicos	PP-05	Poder Público
43	Nepotismo e favorecimento de indicados políticos na contratação de pessoal por OSS	OS-01	OSS
44	Uso de terceiros (“Sócios de fachada”)	PP-06	Poder Público
45	Contratação direta irregular	PP-07	Poder Público
46	Terceirização irregular por OSS	OS-02	OSS

ID	Descrição da Prática	Código	Categoria
47	Desvio de finalidade orçamentária	PP-08	Poder Público
48	Fornecedor incapaz	PP-09	Poder Público
49	Intermediação irregular de RH por OSS		

4.7 Quadro-resumo por categoria: top riscos percebidos

A partir da aplicação do sistema de codificação, foi possível calcular a frequência de ocorrência das práticas por categoria temática. Esse procedimento resultou em um quadro-resumo que permite visualizar, de forma sintética, os principais núcleos de risco percebidos no setor da saúde.

Esse tipo de agregação não apenas organiza o material empírico, mas também oferece uma leitura estratégica do sistema, indicando onde se concentram os maiores volumes de problemas relatados e, por consequência, onde tendem a existir maiores vulnerabilidades estruturais.

O ranking por categoria é apresentado a seguir:

Ranking	Categoria	Frequência
1	Poder Público	9
2	Saúde Suplementar	9
3	Conflito de Interesses	8
4	Regulatório / Sanitário	4
5	Faturamento / Tributário	3
6	Ética Profissional	3
7	Fraudes Administrativas	3
8	OSS (Organizações Sociais)	3
9	Segurança Assistencial	2
10	Dados / IA	2

Esse quadro não deve ser interpretado como uma medida de gravidade isolada, mas como um indicador de concentração de percepções. Em outras palavras, ele revela os campos

nos quais os atores do setor identificam, com maior recorrência, a presença de práticas problemáticas, sinalizando áreas prioritárias para aprofundamento analítico e intervenção.

4.8 Análise Sistêmica das Práticas Antiéticas Percebidas no Setor da Saúde: implicações para governança e políticas públicas

A presente análise teve como objetivo sistematizar práticas antiéticas percebidas no setor da saúde por meio de um processo de codificação qualitativa mista, que permitiu transformar relatos descritivos em categorias analíticas estruturadas. Essa abordagem possibilitou a identificação de padrões recorrentes, a construção de indicadores e a avaliação dos riscos sistêmicos associados às práticas mapeadas.

Ao converter percepções individuais em uma base organizada de dados, o estudo torna possível a leitura do fenômeno em escala sistêmica, deslocando o foco de eventos isolados para estruturas recorrentes de funcionamento.

Metodologia

As práticas foram organizadas em categorias temáticas e codificadas segundo critérios relacionados à integridade, governança, regulação sanitária, ética profissional, concorrência e proteção ao consumidor. A partir desse enquadramento, tornou-se possível quantificar a incidência por categoria e estruturar um *ranking* de concentração de riscos.

Esse procedimento permitiu que os relatos qualitativos fossem transformados em indicadores analíticos, sem perda de complexidade interpretativa. O método, ao mesmo tempo em que preserva a riqueza dos dados qualitativos, possibilita leituras comparativas e priorizações estratégicas.

Resultados

Os resultados indicam uma concentração significativa de riscos em três núcleos principais: **Poder Público**, **Saúde Suplementar** e **Conflitos de Interesse**. Juntas, essas categorias representam mais da metade das ocorrências mapeadas, o que sugere a existência de vulnerabilidades estruturais nesses campos.

Essa concentração não deve ser interpretada apenas como um acúmulo de desvios individuais, mas como um sinal de que determinados arranjos institucionais, modelos de

contratação, estruturas de incentivos e mecanismos de controle podem estar favorecendo a recorrência de determinadas práticas.

Discussão

A elevada incidência de práticas associadas ao Poder Público revela fragilidades nos mecanismos de contratação, fiscalização e controle, especialmente em contextos de alta complexidade técnica e emergencialidade. Esses ambientes tendem a ampliar assimetrias de informação e a reduzir a capacidade de supervisão efetiva, criando espaços de oportunismo.

No campo da saúde suplementar, observa-se um padrão de práticas que desloca riscos e custos para o beneficiário, frequentemente por meio de negativas, glosas, burocratização excessiva e cancelamentos abusivos. Esse conjunto de práticas contribui para a insegurança assistencial, a judicialização e a deterioração da confiança no sistema.

Já os conflitos de interesse comprometem a autonomia clínica e a racionalidade técnica das decisões. Ao introduzir incentivos econômicos indevidos nos processos de prescrição, indicação ou escolha de tecnologias, essas práticas impactam diretamente a segurança do paciente e a eficiência do sistema de saúde.

Implicações para políticas públicas

Os achados indicam que intervenções pontuais são insuficientes para enfrentar problemas de natureza sistêmica. O enfrentamento dessas vulnerabilidades exige abordagens estruturais, que articulem regulação, fiscalização, autorregulação e mecanismos internos de integridade.

Entre as direções estratégicas sugeridas, destacam-se:

- Reformas nos modelos de contratação pública e privada, com maior transparência e rastreabilidade;
- Adoção de princípios de transparência algorítmica e governança de dados;
- Fortalecimento da governança clínica e da autonomia profissional;
- Implementação de mecanismos robustos de *compliance* setorial;
- Estruturação de sistemas de monitoramento contínuo baseados em risco.

Conclusão

Os resultados demonstram que as práticas antiéticas percebidas no setor da saúde apresentam natureza predominantemente sistêmica, refletindo falhas de governança, incentivos mal calibrados e lacunas regulatórias.

A superação desses desafios exige a integração entre regulação estatal, fiscalização, autorregulação privada e mecanismos de integridade organizacional. Nesse sentido, o sistema de codificação aqui apresentado não se limita a uma função analítica, mas se configura como um instrumento de diagnóstico, priorização e planejamento de políticas e ações de *compliance*.

4.9 Integração entre a codificação, as Instruções Normativas do IES e a planilha analítica

Um diferencial central deste estudo reside na integração entre o sistema de codificação qualitativa e o arcabouço normativo interno do Instituto Ética Saúde (IES), materializado por meio de suas Instruções Normativas (INs). Essa integração transforma a codificação de um instrumento exclusivamente analítico em uma ferramenta de governança, *compliance* e autorregulação setorial.

Cada código atribuído às práticas não representa apenas um tipo de conduta percebida como antiética, mas também um campo potencial de incidência normativa. Em outras palavras, o sistema de codificação não se limita a classificar padrões empíricos; ele os conecta diretamente às normas internas que regulam, previnem e disciplinam esses comportamentos.

Essa lógica foi operacionalizada por meio de planilha analítica que foi desenvolvida no âmbito deste estudo. Para cada prática codificada, foram associados: a categoria temática, o código correspondente, o conjunto de atores envolvidos, os mecanismos de ocorrência, a classificação de risco (severidade e probabilidade) e, adicionalmente, as Instruções Normativas do IES aplicáveis.

Dessa forma, a leitura da base de dados passa a ser simultaneamente analítica e normativa. A planilha permite identificar, em um único instrumento:

- o tipo de prática percebida;
- o padrão de funcionamento associado;
- o campo de risco a que pertence;
- e o conjunto de normas internas que incidem sobre aquele tipo de conduta.

Essa integração cria um sistema de dupla entrada: por um lado, orientado à análise empírica dos padrões de risco. Por outro, orientado à governança normativa e à gestão de integridade. Ao cruzar códigos e Instruções Normativas, torna-se possível identificar não apenas onde estão os principais riscos percebidos, mas também quais áreas normativas demandam maior reforço, revisão, capacitação ou monitoramento.

4.10 Da análise à gestão: fechamento do sistema texto – codificação – planilha

A construção desse sistema integrado, composto pelo texto metodológico, pela matriz de codificação, pelo *codebook* e pela planilha analítica, permite que o estudo opere em múltiplos níveis simultaneamente.

No plano analítico, o sistema possibilita a leitura estruturada de padrões, a identificação de núcleos de vulnerabilidade e a construção de indicadores. No plano normativo, ele permite mapear a incidência das práticas sobre o conjunto de regras internas, revelando lacunas, sobreposições e áreas críticas.

No plano gerencial, a planilha transforma cada prática codificada em um objeto operacional de gestão de riscos. A partir das métricas de severidade, probabilidade e *score*, torna-se possível construir *rankings*, mapas de calor e filtros dinâmicos, que orientam a priorização de ações de prevenção, auditoria, capacitação e revisão de controles.

Esse encadeamento, do relato qualitativo à matriz de codificação, do código à categoria, da categoria ao *score*, do *score* à priorização e da priorização à norma interna, constitui o núcleo metodológico do presente estudo. Ele permite que dados descritivos sejam convertidos em instrumentos efetivos de decisão.

4.11 Implicações institucionais da integração normativa

Ao articular o sistema de codificação às Instruções Normativas do IES, o estudo estabelece uma ponte direta entre diagnóstico e governança. Essa ponte é fundamental para evitar que levantamentos de práticas antiéticas se limitem à função de denúncia ou registro histórico.

O modelo adotado permite que o mapeamento de práticas seja utilizado para:

- Revisar e aperfeiçoar normas internas;
- Priorizar temas para capacitação e treinamento;
- Definir focos de auditoria e monitoramento;

- Aprimorar mecanismos de prevenção;
- Apoiar a formulação de políticas setoriais.

Além disso, a vinculação entre códigos e normas internas favorece a construção de um sistema de autorregulação privada baseado em evidências empíricas, e não apenas em princípios abstratos. Isso fortalece a legitimidade institucional das normas e amplia sua capacidade de resposta a problemas concretos.

4.12 Fechamento metodológico

O sistema apresentado neste estudo, composto por taxonomia, matriz de codificação, *codebook*, análise de frequência, *rankings*, mapas de calor e integração normativa, constitui uma arquitetura metodológica voltada à compreensão e à gestão dos riscos éticos no setor da saúde.

Ao integrar análise qualitativa, quantificação, governança normativa e instrumentos operacionais de *compliance*, o modelo supera abordagens fragmentadas e oferece uma leitura sistêmica das vulnerabilidades do setor.

Mais do que um inventário de práticas, trata-se de um sistema de interpretação e ação. Ele permite não apenas identificar problemas, mas também orientar respostas institucionais, normativas e regulatórias, contribuindo para o fortalecimento da integridade, da transparência e da confiança no sistema de saúde.

5 PRÁTICAS ANTIÉTICAS

Dentre as práticas antiéticas, destacam-se aquelas que podem ser enquadradas como corrupção. Nessa perspectiva, também se direciona atenção ao que a doutrina denomina corrupção privada, ainda não tipificada como crime no Brasil. Todavia, mesmo na ausência dessa tipificação, com base no estudo ora apresentado, verifica-se que tal prática ocorre de forma substancial há muito tempo nas relações econômico-financeiras do setor da saúde.

Neste sentido, a título de esclarecimento, explicamos o *conceito de relações econômico-financeiras*, considerando para tal toda e qualquer relação que possa desencadear em tratativas de cunho mercadológico, não se limitando às relações meramente comerciais, e alcançando

todas as relações que possam fazer parte, ainda que não conclusivas, dentro das transações entre os atores do setor da saúde com o fim de obter benefício negocial lícito.

Todavia, a *relação econômico-financeira deixará de ser lícita* quando o benefício comprometer, direta ou indiretamente, a total lisura dos negócios, provocando onerações desnecessárias na cadeia de valor em detrimento do fluxo operacional ético, transparente e honesto em benefício desmedido (financeiro, econômico, patrimonial, reputacional e afins) a determinado agente ou grupo de agentes em relação desvantajosa aos demais envolvidos na cadeia de negócios, que, no caso da saúde, refletirá necessariamente em relação aos demais envolvidos no fluxo mercadológico gerando limitações de acesso ao paciente.

Assim, após entender o conceito de relação econômico-financeira, válido é entender o conceito de corrupção, que, nos moldes ensinados pelo professor Robert Klitgaard,

a corrupção é o uso indevido das esferas oficiais para a obtenção de resultados não oficiais, para vantagens pessoais ou benefício de uma empresa ou partido político. Ela pode ocorrer dentro de organizações públicas ou privadas, pode dizer respeito a atitudes omissas ou outras que pedem uma comissão, pode ser interna a uma organização ou envolver seus clientes. De maneira análoga a outros problemas sociais tais como a poluição ou uma epidemia, a corrupção admite gradações. Ela se encontra presente em quase todas as partes e seu alcance e dano social vai diferir de caso para caso⁵.

No conceito mais clássico, a corrupção envolveria necessariamente um agente público, como até então observamos no Brasil. Assim, aduz o conceito de Zaffaroni:

Por corrupção deve-se entender a relação que se estabelece entre uma pessoa com poder decisório estatal e uma outra pessoa que opera fora deste poder. O objetivo desta relação é uma troca de vantagens, onde ambas obtêm incremento patrimonial, em função de um ato (ou omissão) da primeira pessoa em benefício da segunda⁶.

Ainda nessa seara, observa-se que o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) entende a corrupção como um fenômeno social, político e econômico complexo, enraizado em todo o planeta, sendo um obstáculo ao efetivo desenvolvimento dos Estados Democráticos de Direito, bem como um fator que compromete o desenvolvimento econômico e social.

Tal fato torna-se um importante inibidor do processo de captação de investimentos e da expansão de empresas privadas que, em última análise, não estão dispostas a arcar com esse

⁵ KLITGAARD, Robert. Estratégias a nível nacional e internacional para reducir la corrupción. Pena y Estado. Revista Latino-americana de Política Criminal, v. 1, n. 1, 1995. p. 252.

⁶ ZAFFARONI, Eugenio Raul. La corrupcion: su perspectiva latino-americana. In: OLIVEIRA, E. (org.), Criminologia crítica. Belém: Edições CEJUP, 1990. p. 371.

“custo” ilícito e/ou acabam tendo suas operações oneradas, o que desestimula a entrada de grandes companhias no país.⁷

O conceito de corrupção é amplo, incluindo as práticas de suborno e de propina, a fraude, a apropriação indébita ou qualquer outro desvio de recursos por parte de um funcionário público. Além disso, pode envolver casos de nepotismo, extorsão, tráfico de influência, utilização de informação privilegiada para fins pessoais e a compra e venda de sentenças judiciais, entre diversas outras práticas⁸.

Assim, ao adentrarmos no sentido mais comum de corrupção, aduz-se que esta envolveria o conluio entre agentes públicos, no exercício de suas funções, e agentes privados, com o fito de estabelecer uma relação contratual com aparência lícita, mas com finalidade real de enriquecimento ilícito. Nessa perspectiva, as relações contratuais funcionariam como uma “cortina de fumaça” para transações realizadas à margem da lei, por meio do repasse de recursos do agente privado ao agente público.

Em termos simples, ter-se-ia, de um lado, o agente detentor do poder decisório, com competência para gerir e direcionar o erário (agente público), e, de outro, o agente com poder econômico (agente privado), que atua como “cliente” do Estado, dissimulando relações lícitas com o objetivo de viabilizar o repasse indevido de parte dos recursos recebidos. Nesse contexto, observa-se, na concepção clássica, que a corrupção necessariamente permeia os âmbitos público e privado, resultando na usurpação do interesse público.

Devemos, portanto, ter clareza e assertividade para definir, de modo coerente, o que é corrupção, bem como compreender seu alcance por meio de critérios objetivos. Como mencionado, destacam-se conceitos tradicionais que pressupõem a necessária presença do agente público. Todavia, tais conceitos passam a ser ampliados a partir do momento em que se observa o comportamento de entes exclusivamente privados em práticas análogas.

A propina, o suborno, o desvio de recursos, as fraudes, as simulações em práticas comerciais, o tráfico de influência e práticas afins são observados na gênese das relações mercadológicas entre entes exclusivamente privados. Tal fato gera, além do enriquecimento ilícito dos agentes envolvidos, a oneração de produtos e serviços no mercado e, no caso da saúde, o aumento excessivo dos custos para os pacientes na rede privada, o que constitui fator

⁷ UNODC – Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/corruptcao/index.html>. Acesso em: 10 jul. 2025.

⁸ Ibidem.

decisivo para a possibilidade de acesso e para a qualidade e integralidade dos desfechos dos tratamentos médico-hospitalares, tanto sob aspectos qualitativos quanto quantitativos.

Devemos compreender que o conceito de corrupção vai muito além daquele que envolve, exclusivamente, o agente público. Pelo contrário, a corrupção pode estar em grau ainda mais elevado na atuação dos entes privados, uma vez que, como já mencionado anteriormente, para que a corrupção se concretize no uso de recursos públicos, a participação do ente privado é necessária na oferta de produtos e serviços ao setor público.

Quando falamos em corrupção privada, o ciclo corruptivo que ocorre nas tratativas econômico-financeiras entre atores exclusivamente privados, sem a intervenção de agente público, demonstra que as práticas de corrupção envolvem o ente privado em sua integralidade. Ou seja, tanto nas relações público-privadas quanto nas privadas-privadas, a presença do agente econômico privado é sempre necessária. Daí decorre a necessidade de se promover a adequada tipificação da conduta de corrupção, de modo que seu alcance punitivo contemple também as práticas verificadas exclusivamente entre entes privados.

A corrupção é, sem dúvida, um fator determinante na análise de uma economia, seja ela observada na esfera público-privada ou privada-privada, pois seus reflexos na cadeia de valor são inquestionáveis. Os valores “perdidos”, em detrimento do coletivo, geram impactos substanciais no cenário econômico de um país. O UNODC, em relatório sobre corrupção e desenvolvimento, aponta o quão impactantes têm sido as práticas corruptas no cenário internacional.

A corrupção é o maior obstáculo ao desenvolvimento econômico e social no mundo. A cada ano, US\$1 trilhão são gastos em subornos, enquanto que cerca de US\$2,6 trilhões são desviados pela corrupção – uma soma equivalente a mais de 5% do PIB mundial. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento estima que nos países em desenvolvimento a quantia de fundos desviados de seus destinos pela corrupção é 10 vezes superior ao destinado a assistência oficial para o desenvolvimento. Mas a corrupção não se limita apenas a roubar fundos das áreas em que eles são mais necessários; ela também leva a um governo fraco que pode, por sua vez, estimular redes de crime organizado e promover crimes como o tráfico de pessoas e de armas, o contrabando de migrantes, além da falsificação e do comércio de espécies ameaçadas de extinção. (...) Desta forma, a corrupção afeta cada um de nós e pode acarretar em: Menos prosperidade: (...) Menos respeito por direitos: (...) Menos serviços: (...) Menos empregos: (...)⁹.

⁹ UNODC – Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas. Corrupção e Desenvolvimento. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_corruption/Campanha-2013/CORRUPCAO_E_DESENVOLVIMENTO.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.

Identificar as nuances da corrupção, suas práticas e o modo como se opera torna-se de suma importância para o empoderamento e o fortalecimento da sociedade em sua identificação, bem como para o aprimoramento da atuação dos órgãos de controle e fiscalização, permitindo-lhes agir com maior assertividade. Esse é o principal objetivo do presente estudo, que se fundamenta em bases sólidas voltadas ao mapeamento e à identificação das principais práticas antiéticas, incluindo a corrupção pública e privada e outras correlatas.

A erradicação da corrupção se tornou essencial para atingir metas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pela ONU. A luta contra esse crime é uma das principais prioridades das agências de desenvolvimento, assim como de um número cada vez maior de países¹⁰.

Trazer lucidez ao conceito de corrupção é fator determinante para que possamos caminhar em direção ao combate efetivo dessas práticas. Compreender seu passo a passo, as condutas a ela inerentes, os segmentos envolvidos em sua ocorrência e lançar luz sobre suas especificidades práticas, de modo a detalhar ao máximo suas possíveis manifestações, é essencial para esse propósito.

Assim, por meio do conhecimento, poderemos descortinar condutas que, muitas vezes, passam a fazer parte da rotina no mercado (público e privado), mas cujas consequências, dentro de uma cadeia de valor, são tão danosas quanto aquelas que frequentemente ganham os holofotes da mídia.

A corrupção deve ser medida em todas as suas facetas. A soma de condutas reiteradas e os prejuízos segmentados, que muitas vezes passam despercebidos pela legislação e pelas investigações, devem fazer parte dessa ampliação do conhecimento, para que, assim, os comportamentos relacionados a tais práticas possam ser identificados, conferindo maior efetividade às ações de enfrentamento.

Descortinar a ideia de que as práticas de corrupção se limitam às condutas de agentes públicos e compreender que tais práticas estão enraizadas nas mais distintas formas de se fazer negócio é essencial, uma vez que geram prejuízos efetivos a toda a sociedade.

Diante da danosidade social dessa criminalidade, que se constitui como ameaça às instituições democráticas, aos princípios da administração pública e ao desenvolvimento econômico, sua criminalização é medida de política criminal adotada em quase todo o globo. Em suas raízes, está ligada a comportamentos perpetrados por agentes públicos que, objetivando o recebimento de vantagens pessoais e indevidas, praticam atos desviados de suas funções. Embora tradicionalmente ligada a uma função pública, o entendimento acerca do que são consideradas práticas corruptas, hoje, ultrapassa esse limite. Em face das alterações

¹⁰ Ibidem.

na economia global, condutas corruptas perpetradas no setor privado passaram a receber tratamento jurídico-penal, tal qual o fenômeno público¹¹.

No estudo em tela, buscamos identificar as principais práticas antiéticas observadas no setor da saúde no Brasil, chamando atenção para a subespécie corrupção, por ser a mais recorrente nas tipificações por nós apresentadas e pela certeza de que a danosidade de suas consequências é irrefutável.

Nesse sentido, em pesquisa desenvolvida no ano de 2021 pelo Banco Mundial, em parceria com a Controladoria-Geral da União (CGU), o Ministério da Economia e a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), foram investigadas questões relacionadas à ética e à corrupção no serviço público federal, com amostragem de 22.130 servidores públicos federais, abrangendo todas as unidades federativas e ministérios.¹²

Tal estudo revela-se de suma importância para a abordagem do presente trabalho, pois apresenta a perspectiva daqueles que lidam diretamente com a administração pública em seu âmbito interno, aspecto estruturalmente relevante.

Assim, para fins de melhor compreensão didática, tabulamos os resultados das respostas fornecidas pelos servidores públicos:¹³

- Observação de prática antiética em seu tempo de serviço no setor público.

58,7% (sim)	33,4% (não)
-------------	-------------

- Acreditam que seus colegas praticam atos antiéticos.

34,5%	12,8%	0,3%	37,9%
(poucos praticam)	(muitos praticam)	(todos praticam)	(nenhum praticam)

- Relatam alto nível de insegurança ao denunciar atos de corrupção.

¹¹ CERQUEIRA, Consuello Alcon. O delito de corrupção privada no Brasil a partir da experiência internacional. [s.d.]. Disponível em: <https://www.cpjm.uerj.br/wp-content/uploads/2020/04/O-delito-de-corrupcao-privada-no-Brasil-a-partir-da-experiencia-internacional.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2025.

¹² BANCO MUNDIAL. Ética e Corrupção no Serviço Público Federal: A Perspectiva dos Servidores. 2021. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/129401636585714972/pdf/%C3%89tica-e-Corrupt%C3%A7%C3%A3o-no-Servi%C3%A7o-P%C3%ABlico-Federal-A-Perspectiva-dos-Servidores.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2025. p. 03.

¹³ Ibidem.

51,7% (não se sentem seguros)

- Insegurança em denunciar atos de corrupção pode ser atenuada por capacitação em programas de integridade.

68% (foram treinados em programas de integridade e se sentem seguros em denunciar)
--

- Conhecem programas de integridade e consideram como importante estratégia no combate a corrupção.

54,5% (conhece o programa de integridade de sua organização)	69,8% (consideram como uma medida que contribui para prevenir a corrupção)
--	--

- Recebem treinamento sobre programas de integridade.

31,3% (relatam terem sido treinados no programa de integridade de sua organização)	36% (afirmam que seus dirigentes fomentam o programa de integridade)
--	--

- Indicam que normas e regulamentos de sua organização são transparentes e rigorosamente cumpridos.

61,6% (normas e regulamentos são devidamente transparentes)	35,8% (normas e regulamentos são parcialmente transparentes)	30,8% (normas e regulamentos discordam que são total ou parcialmente transparentes)
---	--	---

68,7% (normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos)	41,6% (normas e regulamentos são parcialmente cumpridos)	24,4% (normas e regulamentos discordam que são total ou parcialmente cumpridos)
---	--	---

- Consideram o sistema de promoção e ascensão transparente ou meritocrático (expressam preocupação com influência política e amizade)

35,1% (consideram transparente)
23,1% (consideram meritocrático)

- Afirmam que práticas antiéticas aumentaram durante a crise da COVID 19.

55,9% (permaneceram igual ou aumentaram as práticas antiéticas como interferência política nas decisões da sua organização.
50,6% (aumento de conflito de interesse entre os serviços públicos e privado.
22,4% (aumentaram as decisões sobre contratações e compras públicas feitas com pouca transparência e sem prestação de contas.
22,2% (aumento de atividades de lobby entre setores públicos e privado.

A análise dos dados do estudo do Banco Mundial mostra-se especialmente relevante para a compreensão da perspectiva do servidor que atua internamente na administração pública. Nesse sentido, alguns aspectos do estudo chamam a atenção, como a conclusão de que um dos maiores desafios enfrentados pelos servidores públicos é a falta de proteção e o receio de conflitos com outros servidores ao realizarem denúncias

Segundo os respondentes, os maiores desafios enfrentados pelos servidores ao denunciar é a falta de proteção ao denunciante e receio de conflito com outros servidores. Quando perguntados sobre as principais dificuldades enfrentadas por agentes públicos para denunciar casos (figura 10), a maior parte indica que não há proteção para quem denuncia (59,7%) ou que servidores preferem evitar conflito (59%). Tais preocupações podem indicar que servidores temem repercussões negativas da denúncia. Outra parcela indica que casos de corrupção são difíceis de provar (46,3%). Mais de um terço dos respondentes relatam que não conhecem o procedimento para denunciar (34,4%), que o processo de denúncia é longo e complexo (35,9%), ou preferem relatar a seu chefe ou colegas de trabalho (12%). 7,1% dos participantes da pesquisa preferiram não responder à questão¹⁴.

Desta feita, os diagnósticos acabam sendo os mesmos quando se observa o temor dos denunciante tanto na iniciativa privada quanto na pública. O medo de represálias por parte de empresários e empregados do setor privado é uma constante observada quando da formalização de denúncias, ainda que os mecanismos assegurem o anonimato.

¹⁴ Ibidem. p. 13

No caso do Instituto Ética Saúde, por se tratar de um canal externo e com direcionamento específico para o setor, a problemática pode ser atenuada, contudo, também se observa o elevado número de denúncias anônimas e a oscilação no recebimento de registros, a depender da gravidade do fato. Todavia, tais conclusões nos obrigam, em momento oportuno, a aprofundar o estudo sobre os mecanismos mais seguros para o fortalecimento do cidadão na prática de denúncias.

Na mesma esteira, é de suma importância o afinilamento observado quanto às causas do cometimento de práticas antiéticas por servidores públicos, que, em comparação com as observações gerais analisadas no setor privado, apresentam notável semelhança.

Fato este que, em nosso entendimento, possui raízes na formação dos profissionais e poderia ser mitigado por meio do fomento à inclusão da ética e da integridade na formação profissional, particularmente nos cursos superiores, de modo transversal. O impacto seria intergeracional, devendo produzir resultados capazes de modificar o comportamento dos agentes envolvidos e reduzir o sentimento de impunidade observado no estudo.

A maior parte dos servidores públicos acredita que a medida mais eficiente para reduzir a corrupção é reduzir a impunidade. A maioria dos respondentes indica como as medidas mais eficazes para reduzir a corrupção a redução da impunidade (48,3%) e tornar as penas para os crimes de corrupção mais severas (47,2%). Aprimorar o papel de agências anticorrupção é indicado por 30,8% dos respondentes. Em menor proporção, servidores indicam que reforçar o monitoramento das políticas públicas pela sociedade civil (24,3%) ou aumentar a remuneração dos servidores públicos (21,9%) seriam medidas eficazes também.

A corrupção é atribuída principalmente à impunidade. Quando questionados sobre as principais razões para agentes públicos se envolverem em corrupção, 56,6% dos servidores indicam a impunidade, 51,2% a ganância, e 27,7%, abuso ou pressão de autoridades como os principais motivos (figura 13). Com menor frequência, citam salários baixos (15,5%), a burocracia excessiva (13,8%) e pressão de lobby (5,2%).

Outro diagnóstico cujos reflexos se estendem até os dias atuais, em especial pelo número de investigações e processos judiciais cíveis e criminais dele decorrentes, refere-se aos impactos da pandemia da Covid-19 sobre práticas antiéticas. Destaca-se, nesse contexto, a percepção de “falta de transparência em contratações e compras de interesse entre o setor público e privado”, bem como o resultado de que “a maior parte dos servidores indica que as práticas antiéticas aumentaram durante a pandemia”, achado relevante a ser considerado, ainda que a taxa de não resposta (39% a 50%) tenha sido elevada para todas as perguntas.

Por inferência, é possível considerar que a ausência de respostas possa estar relacionada às condições de confinamento impostas pela pandemia, que reduziram significativamente o convívio entre os servidores e, conseqüentemente, a percepção da ocorrência dessas práticas.

Ainda assim, dentro do conjunto amostral coletado, os resultados devem ser analisados com a devida responsabilidade, considerando seu potencial impacto.

A maior parte dos servidores que responderam às perguntas afirma que práticas antiéticas aumentaram durante a crise da Covid-19, porém um número elevado de participantes preferiu não responder. Quando questionados sobre a evolução de diferentes práticas desde o início da crise da Covid-19 em março de 2020, a maior parte dos respondentes afirma que permaneceram iguais ou aumentaram práticas como interferência política nas decisões da sua organização (55,9%) ou o aumento de conflitos de interesse entre os serviços público e privado (50,6%). Servidores afirmam que aumentaram decisões sobre contratação e compras feitas com pouca transparência e sem prestação de contas (22,4%), além de um aumento de atividades de lobby entre os setores público e privado (22,2%).

(...)

A taxa de não resposta a questões sobre o impacto da Covid sobre práticas antiéticas varia entre 39 e 50% dos servidores. Dos servidores que responderam, uma parcela expressiva indica que houve um aumento em práticas como interferência política nas decisões de sua organização (26,3%) e decisões sobre contratação e compras feitas com pouca transparência ou prestação de contas (22,4%). Iniciativas encabeçadas pela CGU como o monitoramento de aplicação de recursos federais repassados a municípios e estados e a criação de um painel gerencial de “Contratações relacionadas à Covid” são medidas importantes para fortalecer a transparência e integridade em um contexto de crise. É necessário seguir fortalecendo esses mecanismos, assim como um maior uso de data analytics em todos os âmbitos, independentemente da crise da COVID-19, para identificar possíveis atos de corrupção¹⁵.

O estudo acima mencionado nos traz a perspectiva de que o conhecimento sobre as práticas de corrupção (antiéticas) se torna cada vez mais necessário para que a população, incluindo servidores públicos, empregados do setor privado e a sociedade civil organizada, possa ser empoderada e atue como agente de controle e de denúncia.

Prevenir e combater a corrupção exige uma abordagem abrangente que só é possível em um clima de transparência, prestação de contas e participação de todos os atores da sociedade. Os governos, o setor privado, a mídia, as organizações da sociedade civil e a população devem se associar para restringir esse crime. Eis alguns exemplos da forma com que esses atores podem fazer diferença¹⁶.

O modo de agir dos atores envolvidos é ponto nodal para que os ajustes necessários nas relações econômico-financeiras sejam moldados às práticas éticas, transparentes e honestas, pois bem sabemos que os tentáculos da corrupção estão nos meandros da saúde pública e privada, incluindo a saúde suplementar.

¹⁵ Ibidem. p. 27-30.

¹⁶ UNODC – Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas. Corrupção e Desenvolvimento. [s.d.]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_corruption/Campanha-2013/CORRUPCAO_E_DESENVOLVIMENTO.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.

Muitas são as formas pelas quais a corrupção pode se manifestar, e nem sempre elas se dão por meio de pagamentos em dinheiro. Por vezes, o tráfico de influência, as pressões hierárquicas exercidas por aqueles que detêm poder decisório e econômico, bem como o desvio de finalidade de produtos e serviços contratados, constituem mecanismos que afetam diretamente a cadeia de valor, corrompendo as boas práticas.

Analisar a corrupção de forma sistêmica, seus impactos no seio social, se faz necessário. Todas as perdas causadas por este ato malfazejo acabam gerando prejuízos ao bem-comum.

O empenho de todos no combate a tais práticas perpassa todos os atores econômicos, uma vez que combater o bom combate implica oferecer ferramentas, dentre elas, o amplo acesso ao conhecimento, para que ações efetivas possam fomentar a construção do pensamento crítico em todo cidadão disposto a abraçar esse propósito.

Trata-se de transformar o cenário ainda nocivo em que vivemos em um ambiente pautado por boas práticas, ampliando o acesso de todos às melhores condições de vida que um ser humano pode experimentar.

O acesso ao conhecimento deve ser amplo, porém, aqueles que são responsáveis pelo controle e fiscalização, em especial, os detentores do Poder de polícia do Estado, devem estar atentos nos trabalhos de contenção e repressão as práticas antiéticas, corruptas. Neste sentido, válido é apontar que a Controladoria Geral da União (CGU), sendo um importante Órgão de Estado, tem avançado em suas investigações e nos resultados dos trabalhos de combate à corrupção ao longo dos últimos anos.

No ano de 2024, a CGU, em conjunto com outros órgãos de defesa do Estado, especialmente a Polícia Federal, realizou 47 operações especiais de combate e enfrentamento à corrupção, apurando, por meio dessas ações, um prejuízo estimado em R\$ 392 milhões em danos ao erário.

Sabe-se que se trata de um número baixo quando pensamos no histórico de corrupção no País, porém, demonstra um avanço significativo neste trabalho que deve perpassar governos e ideologias político-partidárias.

Como exemplo dessas iniciativas, destaca-se que, desde o ano de 2017, já foram celebrados 32 acordos de leniência, resultado que evidencia a eficácia desse instrumento na responsabilização de empresas e no fortalecimento da integridade pública e privada, com o apoio deste órgão de Estado, tendo possibilitado a recuperação de aproximadamente R\$ 10 bilhões.

Controladoria-Geral da União (CGU) alcançou um marco histórico no enfrentamento à corrupção no Brasil: mais de R\$ 10 bilhões foram efetivamente recuperados aos cofres públicos por meio de acordos de leniência firmados com empresas envolvidas em práticas ilícitas. A cifra representa um avanço significativo na consolidação do instrumento como uma ferramenta estratégica não apenas para a responsabilização de pessoas jurídicas, mas também para a promoção de um ambiente de negócios mais íntegro, transparente e comprometido com a legalidade. (...) Desde 2017, a CGU e AGU já assinaram, 32 acordos com empresas investigadas por prática de atos lesivos previstos na Lei Anticorrupção (nº 12.846/2013), na Lei de Improbidade Administrativa (nº 8.429/1992) e na Lei de Licitações (nº 8.666/1993). Os mais de R\$ 10 bilhões efetivamente devolvidos à União constituem prova concreta da efetividade do acordo de leniência como mecanismo de recuperação de ativos e valorização da integridade corporativa.

Além do impacto financeiro, os acordos têm gerado mudanças estruturantes no setor privado. As empresas signatárias assumem compromissos formais de implementar e aprimorar programas robustos de integridade, mecanismos de controle interno e práticas de conformidade, promovendo uma verdadeira mudança na cultura organizacional. Outro ganho relevante é o incentivo à colaboração empresarial com o Estado, por meio do compartilhamento de informações e provas que contribuem para investigações em curso e para a responsabilização de outros envolvidos em esquemas ilícitos¹⁷.

Instrumentos deste órgão de Estado (CGU), como o Pacto Brasil pela Integridade, o Selo Pró-Ética, a Rede de Promoção da Integridade Privada e seus sucessivos Planos de Integridade, constituem ferramentas de suma importância no combate à corrupção, pois promovem o engajamento da sociedade, em especial ao fomentar, junto às empresas, a consolidação de boas práticas.

Esse movimento reflete não apenas na relação com a administração pública, mas também nas relações econômico-financeiras entre entes privados. Ou seja, tratam-se de instrumentos de excelência na prevenção, no controle e na fiscalização da corrupção, tanto pública quanto privada.

Criada em 2003, a CGU é um órgão relativamente novo na Administração Pública federal e vem prestando um serviço essencial à sociedade brasileira no aprimoramento da gestão pública, no combate à corrupção e no fomento à transparência, à integridade e à participação social. Todo o corpo funcional do Órgão deve se orgulhar ao saber que, com apenas 18 anos de existência, as atividades e ferramentas desenvolvidas pela Controladoria servem de referência não apenas a instituições do Poder Executivo federal como também a outros poderes e entes federados. Embora a CGU seja reconhecida por ter boa governança e uma equipe técnica de qualidade, com padrões elevados de conduta, os constantes desafios enfrentados no campo da integridade faz com que tenhamos que aprender a lidar com fatores de risco, que possam comprometer a credibilidade e a imparcialidade do Órgão e o cumprimento de nossas

¹⁷ BRASIL. Controladoria Geral da União. CGU ultrapassa marca de R\$ 10 bilhões recuperados por meio de acordos de leniência. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2025/05/cgu-ultrapassa-marca-de-r-10-bilhoes-recuperados-por-meio-de-acordos-de-leniencia>. Acesso em: 08 jul. 2025.

responsabilidades. Temos mecanismos para salvaguardar a integridade institucional e devemos aprimorá-los continuamente¹⁸.

Nesta mesma esteira de combate à corrupção, importante também tem sido o trabalho do Tribunal de Contas da União (TCU), que, em colaboração com outros órgãos públicos e com a sociedade civil organizada, tem atuado de modo incisivo.

Dentre as iniciativas do TCU, o que se alinha grandemente com os propósitos deste estudo, encontramos o Programa Nacional de Prevenção à Corrupção (PNPC), que se configura como uma “iniciativa conjunta do TCU e das Redes de Controle da Gestão Pública do Brasil, representadas por suas Secretarias Executivas, com o apoio da Estratégia Nacional de Combate à Corrupção e Lavagem de Dinheiro (ENCCLA)”¹⁹. O programa tem sido bem articulado na atuação para verificar o nível de exposição das instituições públicas brasileiras a riscos de fraude e corrupção. Tendo como objetivo:

fomentar a implementação de um conjunto de práticas de integridade pelas organizações públicas brasileiras, das três esferas e dos três Poderes, com vistas à redução dos níveis de exposição a fraude e corrupção. O PNPC disponibiliza uma plataforma de autosserviço (Sistema e-Prevenção), a ser continuamente utilizada pelos gestores, a partir do “marco zero” das avaliações realizadas em 2021, onde constam os resultados consolidados dos níveis de suscetibilidade à fraude e corrupção das organizações públicas participantes.

No Sistema e-Prevenção, o gestor responde a um questionário, recebe um diagnóstico detalhado sobre o nível de exposição à fraude e corrupção da organização e conta com uma funcionalidade que lhe permite elaborar um plano de ação, chamado Roteiro de atuação, para execução e gerenciamento da implementação das práticas de integridade na sua organização²⁰.

Tal iniciativa se mostra um catalisador de práticas corruptas, cujo escopo se perfaz numa ação integrada de prevenção entre todos os envolvidos.

Trata-se de uma respeitável iniciativa, com papel fundamental, pois, o caráter preventivo é indutor do conhecimento, expondo ao público-alvo, que são os gestores e servidores de órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal, bem como as unidades de controle interno e integridade pública, os mecanismos que podem ser utilizados para prevenir, bem como para identificar práticas de corrupção nos locais que atuam diretamente²¹.

¹⁸ BRASIL. Controladoria Geral da União – CGU. Programa de Integridade da CGU. 2ª edição. 2021. Disponível em: https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/65918/5/Plano_de_Integridade_CGU.pdf. Acesso em: 08 jul. 2025.

¹⁹ BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. Disponível em: <https://pnpc.tcu.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2025.

²⁰ Ibidem.

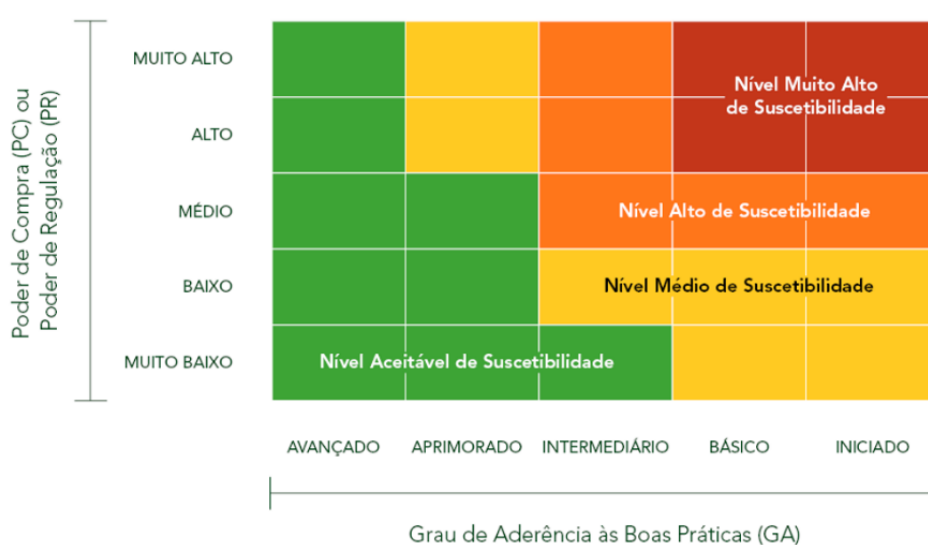
²¹ BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. Plano Nacional de Prevenção à Corrupção. Estratégia de Integridade Pública. [s.d.]. Disponível em: <https://pnpc.tcu.gov.br/wp-content/uploads/sites/8/2024/05/PNPC-Programa-Nacional-de-Prevencao-a-Corruptao-Entendendo-o-programa-Corrigido.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2025.

Ponto de sinergia com o objeto central deste estudo perene, que é a identificação das principais práticas antiéticas percebidas no setor da saúde no Brasil, cuja promoção do conhecimento tem como objetivo prevenir e identificar tais práticas na condução dos negócios (públicos e privados).

O PNPC é operacionalizado por meio do sistema e-Prevenção, tendo como objetivo basais:²²

1. Aperfeiçoar as estruturas de prevenção e combate à corrupção nos três poderes e nas três esferas;
2. Melhorar a prevenção continuamente pela adoção de boas práticas e revisão dos sistemas de integridade;
3. Preencher um vácuo (ação preventiva anticorrupção) ainda existente nas instituições brasileiras;
4. União dos gestores, controles internos e externo dos três poderes e nas três esferas para a efetiva e progressiva implantação de boas práticas de controles e parcerias;
5. Esforço coordenado por intermédio das Redes de Controle;
6. Auxílio dos recursos de tecnologia da informação disponíveis;
7. Produzir diagnósticos individuais e conjuntos.

Importante salientar que os eixos de atuação, correlacionados ao questionário do PNPC, são: i) prevenção; ii) detecção; iii) investigação; iv) correção; v) monitoramento. “Após concluir todas as questões, a organização recebe, por meio do sistema, a informação sobre qual nível de suscetibilidade a fraude e corrupção se encontra. Há quatro níveis de suscetibilidade: muito alto, alto, médio e aceitável, conforme figura abaixo:”²³



²² Ibidem.

²³ Ibidem.

As ações orquestradas pelo TCU demonstram a importância do papel do Tribunal no combate à corrupção, tendo, além do mencionado PNPC, outras frentes, a exemplo da publicação do Referencial de Combate à Fraude e Corrupção, lançado no ano de 2018, que é diretivo para aplicação a órgãos e entidades da administração pública.

Assim, é preciso reconhecer a fraude e a corrupção como grandes obstáculos ao progresso social do país. Nesse sentido, torna-se necessário um salto de qualidade na governança e gestão pública, por meio da redução dos níveis de fraude e corrupção a patamares similares aos de países desenvolvidos. Este referencial visa justamente contribuir para o alcance desse objetivo. (...)

No Brasil, o combate à fraude e corrupção se dá pela atuação de diversos órgãos, cada um em sua esfera e escopo de atuação. O Tribunal de Contas da União (TCU) integra essa rede como um ator importante, uma vez que sempre atuou para combater a fraude e a corrupção via controle externo. Além do papel fiscalizador e sancionador, o TCU reconhece que é importante contribuir com os gestores, dando orientações e assim prevenindo desvios. Por esse motivo, o Tribunal elaborou este referencial.

Seu propósito é compilar o conhecimento prático que vem sendo aplicado por organizações públicas e privadas, dentro e fora do Brasil, no combate à fraude e corrupção, e disseminá-lo aos gestores públicos de todas as esferas de governo. A experiência mostra que não há medida única, ou desassociada da governança e da gestão, que seja capaz de resolver esse problema por conta própria. O combate à fraude e corrupção se faz no dia a dia, em diversas frentes e por todos os membros da organização²⁴.

O Referencial do TCU se mostra um grande indutor do conhecimento, o que agrega valor as ações orquestradas do Órgão e outros que com ele se correlacionam.

Neste sentido, como complemento substancial no processo de articulação sistêmica na prevenção e controle da corrupção no âmbito do PNPC, apontamos a Rede de Controle da Gestão Pública, em que as Entidades e Órgão signatários (respondentes do questionário completo) atuarão de modo a fortalecer o programa de prevenção por meio do controle social de modo integrado.

A Rede de Controle é um centro decisório interorganizacional, que visa aprimorar a efetividade da função de controle do Estado sobre a gestão pública. A Rede tem como principal objetivo o desenvolvimento de ações direcionadas à fiscalização da gestão pública, ao diagnóstico e combate à corrupção, ao incentivo e fortalecimento do

²⁴ BRASIL. Tribunal de Contas da União - TCU. Referencial de combate a fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública. Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Coordenação-Geral de Controle Externo dos Serviços Essenciais ao Estado e das Regiões Sul e Centro-Oeste (Coestado), Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo (Semec), 2ª Edição, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/A0/E0/EA/C7/21A1F6107AD96FE6F18818A8/Referencial_combate_fraude_corrupcao_2_edicao.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

controle social, ao compartilhamento de informações e documentos, ao intercâmbio de experiências e à capacitação dos seus quadros²⁵.

Válido mencionar que as ações também são operacionalizadas de forma conjunta entre os Órgãos de Estado, como aponta a Instrução Normativa TCU nº 94, de 21 de fevereiro de 2024, que disciplina a atuação do Tribunal face ao Acordo de Cooperação Técnica celebrado com a Controladoria-Geral da União, Advocacia-Geral da União e o Ministério da Justiça e Segurança Pública, voltado ao combate à corrupção no Brasil.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – TCU Nº 95, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2024

Disciplina a atuação do Tribunal de Contas da União decorrente do Acordo de Cooperação Técnica (ACT) celebrado, em 6 de agosto de 2020, com a Controladoria-Geral da União (CGU), a Advocacia-Geral da União (AGU) e o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), sob a coordenação do Presidente do Supremo Tribunal Federal, voltado ao combate à corrupção no Brasil, especialmente em relação aos acordos de leniência previstos na Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, nos termos da Ordem de Serviço TCU nº 2, de 8 de março de 2021²⁶.

No campo do combate à corrupção, na seara pública e privada, válido também é trazeremos à baila os trabalhos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que possui uma atuação de excelência.

Dentre suas ações, as diretrizes para Empresas Multinacionais sobre Conduta Empresarial Responsável, observa-se recomendações estabelecidas pelos governos e empresas no sentido de chamar atenção para operação responsável, estabelecendo padrões não vinculantes para conduta empresarial dentro dos padrões de honestidade e responsabilidade, aduzindo questões importantes, que abarcam questões de direitos humanos, meio ambiente, trabalhistas, tributário, e possuindo tópicos diretivos para corrupção. Sendo elas utilizadas como exigências para as empresas:²⁷ (tradução nossa)

1. Realizar a devida diligência para corrupção como parte de seus esforços de prevenção e detecção da corrupção;
2. Evitar se envolver em corrupção, seja diretamente ou por meio de terceiros;

²⁵ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Rede de controle da Gestão Pública. [s.d.]. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/verifique-adesao-pnpc/>. Acesso em: 09 jul. 2025.

²⁶ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, Brasil. Instrução Normativa nº 95, de 21 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://btcu.apps.tcu.gov.br/api/obterDocumentoPdf/75452615>. Acesso em: 09 jul. 2025.

²⁷ OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). The OECD Guidelines and anti-corruption. [s.d.]. Disponível em: <https://www.oecdwatch.org/oecd-neps/the-oecd-guidelines-for-mnes/what-is-in-the-oecd-guidelines/the-oecd-guidelines-and-anti-corruption/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

3. Estabelecer um envolvimento significativo da sociedade civil e de outras partes interessadas para o aprimoramento da concepção e implementação de políticas de combate à corrupção;
4. Criar uma cultura de prevenção à corrupção e integridade, como por meio do apoio explícito e visível de diretores e da administração sênior da empresa;
5. Ensinar aos funcionários sobre políticas de combate à corrupção;
6. Divulgar casos de corrupção, bem como as medidas adotadas em resposta a tais casos.

As diretrizes da OCDE são mecanismos importantes de apoio a sociedade civil, com o fito de sustentar a devida diligência, permitindo a observação na abordagem de potenciais impactos adversos em sentido amplo, bem como aqueles causados por suborno e corrupção²⁸.

A corrupção é um alvo em movimento que exige constante adaptação, à medida que mudanças globais, como a corrida por recursos naturais, avanços tecnológicos e crises, criam novas oportunidades para a corrupção. Nesse contexto, governos e empresas precisam gerenciar riscos de forma consistente e intensificar o combate para coibir práticas corruptas²⁹. (tradução nossa)

A corrupção é um tema que instiga grandes discussões e está presente em todo o mundo. Trata-se de uma pauta que deve transcender as meras expectativas de combate, devendo ser enfrentada na rotina dos profissionais. Seus impactos são nocivos, e a teia que se forma para tentar eliminar tais práticas e suas consequências é ponto nodal para a garantia de que a dignidade da pessoa humana seja respeitada.

O presente estudo, fruto de uma pesquisa empírica e teórica, possui convergência com as ações dos órgãos e entidades mencionados acima, fato que se consubstancia no esclarecimento necessário para que a população, profissionais do setor da saúde, servidores públicos e demais envolvidos e/ou interessados possam adquirir o conhecimento necessário acerca do detalhamento do *modus operandi* das condutas e dos segmentos envolvidos.

Enxerga-se, assim, uma contribuição importante no processo de enfrentamento e combate às práticas antiéticas, dentre elas a corrupção.

²⁸ Ibidem.

²⁹ OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Anti-corruption and integrity. [s.d.]. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/topics/anti-corruption-and-integrity.html>. Acesso em: 10 jul. 2025.

6 Práticas antiéticas em saúde

As práticas antiéticas, em especial a corrupção, são observadas há muito tempo por toda a sociedade, chamando atenção por suas consequências notórias, dentre as quais se destacam o cerceamento do acesso e o comprometimento dos desfechos completos de tratamentos de saúde dignos, que, em muitos casos, podem resultar em morte.

“A corrupção resulta em perdas enormes no setor da saúde pública, onde os recursos são limitados. Nos países desenvolvidos, por exemplo, se estima que a fraude e o abuso nos serviços de saúde custem entre US\$12 e US\$23 bilhões por ano a cada governo”³⁰.

A falta de acesso e a ausência de desfechos adequados devem ser observadas em sentido amplo, abrangendo situações como a demora ou dificuldade na marcação de consultas e exames, a escassez de leitos hospitalares, a falta de medicamentos e a superlotação em hospitais públicos e privados, especialmente naqueles que atendem populações em situação de vulnerabilidade social.

Tais ocorrências refletem impactos tanto qualitativos quanto quantitativos no acesso aos tratamentos de saúde. Isso porque não apenas a ausência de uma consulta ou de um leito para internação deve ser considerada um impacto, muitas vezes, a consulta ou a internação até ocorrem, porém em condições inadequadas.

A falta de condições clínicas, cirúrgicas e estruturais pode comprometer a efetividade do tratamento digno, em razão da limitação de produtos para a saúde, da indisponibilidade de procedimentos, da escassez de profissionais qualificados e de deficiências na infraestrutura física, fatores frequentemente agravados pelo desvio de recursos destinados ao setor.

Nesse contexto, compreender o funcionamento dessas práticas é essencial para preveni-las e combatê-las. As práticas antiéticas, públicas e privadas, não devem ser toleradas. A saúde é ponto sensível, como muito aqui á aduzido.

O crescente número de notícias, investigações e processos judiciais relacionados a tais práticas no setor da saúde evidencia a urgência de intensificar os esforços de contenção. Como já mencionado, a corrupção é uma prática antiética que demanda atenção especial, uma vez que exerce o maior impacto nocivo sobre a estabilidade e a eficiência das relações econômico-financeiras entre os atores do setor da saúde

A corrupção tem enormes efeitos na eficiência do setor da saúde, em particular na disponibilidade e utilização de recursos escassos. Globalmente, estima-se que 7% dos gastos com saúde, que somam mais de US\$ 500 bilhões por ano, sejam perdidos

³⁰ UNODC – Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas. Op. Cit.

devido à corrupção e à fraude. (...) Isso é muito mais do que seria necessário para alcançar a cobertura universal de saúde. (...) A corrupção no setor da saúde pode fazer a diferença entre viver e morrer, especialmente para pessoas pobres em países em desenvolvimento. Um estudo de 2011, que analisou dados de 178 países, estimou que a morte de aproximadamente 140.000 crianças por ano poderia ser indiretamente atribuída à corrupção. A mortalidade infantil correlacionou-se mais fortemente com os níveis nacionais de corrupção do que com a alfabetização, o acesso à água limpa ou mesmo as taxas de vacinação. Em outro estudo, descobriu-se que a resistência antimicrobiana estava ligada tanto aos níveis nacionais de corrupção quanto ao uso de antibióticos. E a redução das mortes por AIDS tem sido significativamente mais lenta em países com níveis mais altos de corrupção. A corrupção no setor da saúde tem consequências graves para o acesso, a qualidade, a equidade, a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde – as cinco dimensões do desempenho do sistema de saúde³¹. (tradução nossa)

A problemática da corrupção se enraíza de modo sistêmico dentro do setor da saúde. As organizações criminosas que articulam o modo de operar podem ser encontradas nos mais diversos segmentos. Assim, necessário se faz identificar o fluxo operacional da corrupção e o envolvimento de cada ator no processo.

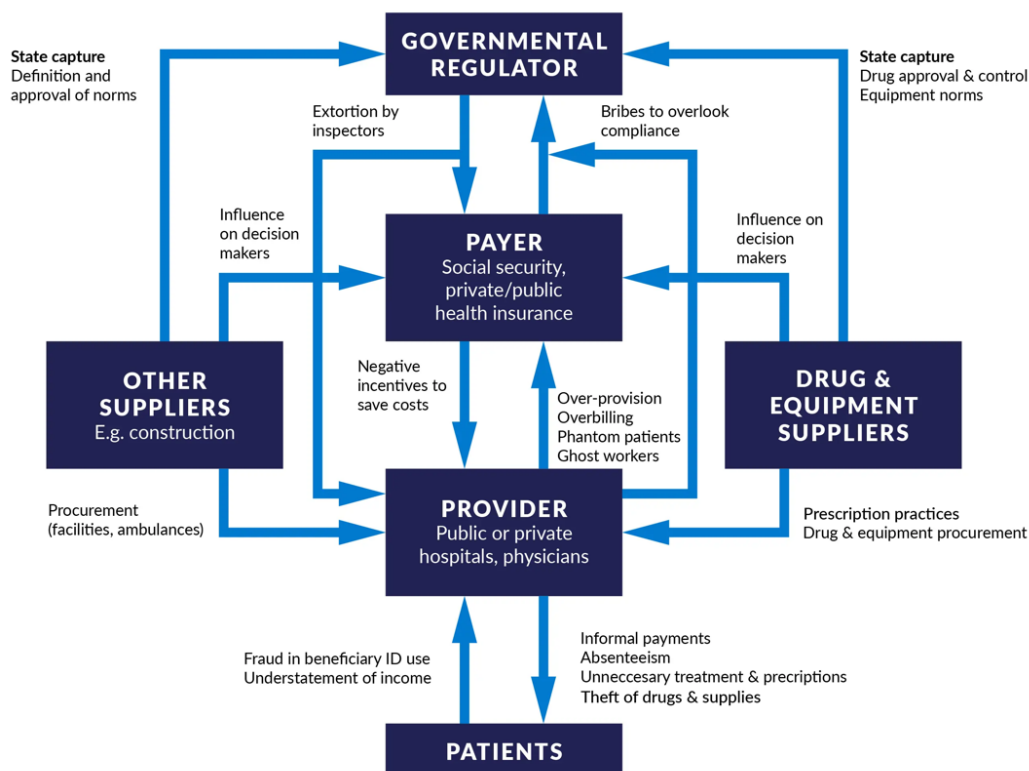
Muitas vezes, dentro de um único fluxo na cadeia de valor, podem existir múltiplos pontos articulados que viabilizam a prática da corrupção. Isso ocorre porque o setor da saúde é hiperfragmentado e complexo, o que permite que tais práticas sejam realizadas de forma independente, em diferentes etapas do processo. Esse cenário torna-se ainda mais prejudicial, pois eleva substancialmente os custos dos tratamentos médico-hospitalares, restringindo o acesso da população e favorecendo o enriquecimento individual.

Os riscos típicos das práticas de corrupção decorrem das relações estabelecidas entre os principais atores do setor da saúde. Observa-se, na maioria das pesquisas disponíveis sobre estratégias de combate e enfrentamento, que a concentração desses riscos tende a se afunilar no nível da prestação de serviços, ou seja, nas interações entre provedores e usuários. Tais práticas também se manifestam na cadeia de suprimentos de produtos farmacêuticos e de dispositivos médicos, ampliando o alcance e a complexidade dos riscos associados à corrupção no setor.

É ululante a existência de riscos de captura política, regulatória e institucional, bem como de interações corruptas entre pagadores e provedores, situação que se agrava pelo fato de tais fenômenos serem ainda pouco estudados e investigados, embora exerçam grande impacto sobre o desempenho geral do sistema de saúde. Abaixo observa-se importante figura ilustrativa retirada do estudo da professora Karen Husmann.³²

³¹ HUSSMANN, Karen. Health sector corruption. Practical recommendation for donors. 2020. Disponível em: <https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2025. p. 1-3.

³² Ibidem. p. 09.



A figura apresenta um “fluxo” exemplificativo de como a operação corrupta pode ser orquestrada, perpassando todos os atores envolvidos nas relações econômico-financeiras e, ao final, impactando diretamente aqueles que detêm o poder de pagamento. No caso em análise, utiliza-se como referência o modelo de seguros de saúde do sistema norte-americano, contudo, a lógica apresentada pode ser replicada, com as devidas adaptações, no contexto do sistema de saúde brasileiro, tanto no âmbito público quanto no privado.

Todavia, como já mencionado, o arquétipo da corrupção pode ser identificado em toda a cadeia de valor em que haja relações econômico-financeiras, sendo ainda mais agravado nos contextos em que o volume financeiro envolvido é maior.

A corrupção costumava ser enquadrada principalmente como má conduta ou comportamento criminoso por parte de indivíduos. No entanto, em países com corrupção sistêmica e profundamente enraizada, práticas corruptas podem ser usadas por diferentes grupos de atores legais e, às vezes, ilegais, para objetivos ilícitos. Por exemplo, a compra e venda de cargos na administração hospitalar pode fazer parte de um sistema partidário clientelista. Prestadores de serviços de saúde podem ser empresas falsas criadas para lavagem de dinheiro e outros fins ilícitos; cartéis de médicos ou outros profissionais de saúde podem se apropriar de tratamentos específicos de alto custo para extrair rendas dos sistemas de saúde; insumos hospitalares e outros equipamentos podem ser roubados por pequenos cartéis locais; e empresas farmacêuticas podem se apropriar de grupos de pacientes ou organizações de pacientes para fins ilícitos. Ao elaborar estratégias de mitigação, é importante compreender a dinâmica e os incentivos para o comportamento individual e de grupo, a fim de identificar potenciais aliados e oponentes da mudança. As diferenças sociais, políticas e culturais no que se considera comportamento aceitável ou inaceitável

exigem uma compreensão específica do contexto. Certos tipos de conduta constituem universalmente comportamento criminoso ou contravenção administrativa, como subornos ou esquemas de propina em licitações, compra e venda de cargos ou superfaturamento intencional. Mas os limites são frequentemente tênues. No nível da prestação de serviços, pagamentos informais que são vistos como presentes e favores socialmente aceitáveis em um contexto podem ser considerados suborno inaceitável em outro³³.

As práticas antiéticas assumem formas multifacetadas, razão pela qual se compreende a necessidade de um estudo perene no processo de enfrentamento, a fim de que sejam amplamente divulgadas e se tornem cada vez mais identificáveis na rotina dos profissionais que atuam, direta ou indiretamente, no setor da saúde. Não se pode olvidar que o enfrentamento das práticas de corrupção conflita com uma ampla gama de interesses, tanto no âmbito do setor público quanto no privado.

O cenário ideal consiste na construção de uma rede de ações envolvendo os atores interessados no combate a tais práticas, de modo que, de forma articulada, todos os pontos identificados ao longo da cadeia de valor possam ser enfrentados, com integração entre as estratégias para maior assertividade dos trabalhos. Como já mencionado, o setor da saúde apresenta elevada fragmentação. Todavia, de forma direta ou indireta, todos os atores que compõem esse fluxo acabam se conectando, ao final, a fonte pagadora principal: no setor público, o ente federativo responsável e, no setor privado, a operadora de planos de saúde ou o próprio paciente, no caso de tratamento integralmente particular

Destaca-se, ainda, a percepção de que, em qualquer dos casos, sempre haverá a participação de atores privados. Daí a necessidade de um olhar mais atento sobre esse eixo das transações, ampliando os mecanismos de transparência para que possam ser monitorados em tempo real em todas as operações.

Nesse sentido, o relevante papel da autorregulação privada mostra-se um mecanismo eficiente na contenção de práticas antiéticas na esfera privada, conforme evidenciado pelo *Relatório de Maturidade em Integridade Corporativa dos Associados do Instituto Ética Saúde*, que analisa os resultados dos questionários de autoavaliação dos signatários no período de 2017 a 2025. Os resultados são expressivos ao demonstrar a evolução dos sistemas de integridade das empresas privadas, pautados nas Instruções Normativas do Instituto (autorregulação

³³ Ibidem. p. 10-11.

privada) e no Marco de Consenso para Colaboração Ética Multissetorial na Área da Saúde, consolidando-se como uma ferramenta relevante para a promoção de boas práticas.³⁴

Tal busca por práticas éticas efetivas e transparência extrema parece objeto de delírio, porém, é muito mais lúcida do que podemos imaginar, em potencial, pela realidade enfrentada no setor. Neste sentido, complementa Albuquerque e Souza:

Outro fator que explica a complexidade dos sistemas de saúde e a sua susceptibilidade à corrupção é a multiplicidade de atores (Mackey, 2016). Embora o Estado seja o responsável por regular as relações no âmbito sanitário, os sistemas de saúde, em razão da intrincada rede de prestações e de serviços envolvidos, os de saúde abarcam profissionais de saúde, prestadores públicos e privados, gestores, empresários, cientistas e outros. Assim, múltiplos atores atuam em conjunto para que os pacientes e usuários dos sistemas de saúde sejam providos por meio de bens e serviços (Wagner, 2017). O Estado, em seu papel de provedor direto ou regulador, tem o dever de assegurar que todo esse maquinário funcione de modo que haja a prestação final de saúde aos pacientes e usuários. Para ilustrar, uma pessoa adoece e precisa de atendimento médico, para tanto, se dirige a um hospital particular – provedor privado do serviço de saúde – faz uso de seu plano de saúde – o operador do plano é o intermediário entre o paciente, o hospital e o regulador final que é o Estado – e é atendido por um médico, profissional liberal que é parte do sistema com o provedor. O médico lhe prescreve medicamento que é adquirido em uma farmácia, após serem produzidos pela indústria farmacêutica e regulados por meio da ANVISA, que também regula as farmácias. Caso o mesmo paciente tivesse se direcionado a um hospital público, a infraestrutura, os recursos humanos e materiais teriam sido objeto de licitações e contratos celebrados pelo Estado. Assim, **constata-se que os sistemas de saúde abarcam um a série de relações jurídicas e de poder, ou seja, há múltiplas microrelações que são suscetíveis à corrupção**³⁵. (grifos nossos).

Neste cenário de fragilidade, fator determinante do nosso estudo, os caminhos para o controle e fiscalização, em potencial, no eixo do controle social, devem mensurar como todos poderão agir de forma coordenada. Analisar, discutir e propor as soluções para estas ações orquestradas é substancialmente importante para o êxito do propósito.

Prevenir e combater a corrupção exige uma abordagem abrangente que só é possível em um clima de transparência, prestação de contas e participação de todos os atores da sociedade. Os governos, o setor privado, a mídia, as organizações da sociedade civil e a população devem se associar para restringir esse crime. Eis alguns exemplos da forma com que esses atores podem fazer diferença³⁶.

³⁴ INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. Relatório de Maturidade em Integridade Corporativa – Análise dos Resultados do Questionário Anual de Autoavaliação dos Associados do Instituto Ética Saúde – período: 2017 a 2024. 2025. Disponível em: < <https://www.eticasaude.org.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2025.

³⁵ ALBUQUERQUE, Aline. SOUZA, Camila Nascimento. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. Revista Brasileira Bioética, v. 13 (e6), p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7935/6512>. Acesso em: 11 jul. 2025. p. 4-5.

³⁶ UNODC – Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas. Op. Cit.

Tratar a prevenção das práticas antiéticas de maneira coordenada, de modo que os atores do mercado, em conjunto com os entes estatais e a sociedade civil organizada, possam agir de forma articulada, permite maior assertividade nas condutas.

Os governos, em âmbito internacional, participam de convenções com o objetivo de estabelecer tratativas e desenvolver instrumentos para o enfrentamento dessas práticas. Exemplos como a Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional e a Convenção da OCDE para o Combate da Corrupção de Oficiais Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais são fundamentais para mensurar e coibir a atuação de grupos em nível transnacional. Ademais, o foco nas ações internas de cada país, com o objetivo de estruturar legislações e promover ações institucionais coesas, é igualmente relevante e demonstra a adoção de medidas concretas.³⁷

Nessa toada, as empresas que se unem nesse propósito, a exemplo daquelas que compõem e criaram o Instituto Ética Saúde, demonstram relevante força ao adotar uma postura de tolerância zero em relação à corrupção, colocando em prática políticas de excelência em toda a cadeia de valor. Como mencionado anteriormente, um instrumento que tem se mostrado altamente eficaz é a autorregulação privada, atuando como indutora de boas práticas e promovendo amplamente a transparência das ações.

Deste modo, o meio empresarial da saúde se move para “encorajar uma concorrência justa ao trabalhar em conjunto e apoiar os países a desenvolver e reforçar infraestruturas públicas de luta contra a corrupção”³⁸. Neste campo, destacamos o envolvimento da sociedade civil organizada e do cidadão individualmente, no sentido de serem promotores das práticas de prevenção e controle, com o fito de multiplicarem o conhecimento e as ações que possam ser efetivas, obtendo assim a máxima eficácia do controle social.

“A medida em que a população se cansa de governantes corruptos, ela exige mais responsabilidade e prestação de contas por parte deles”³⁹. O engajamento da sociedade, coletiva ou individualmente, é ponto nodal para que as ações sejam efetivamente assertivas. “É também essencial agir, denunciando casos de corrupção às autoridades, ensinando às crianças que a corrupção é inaceitável e se recusando a oferecer ou receber suborno”. Aqui, destaca-se também a importante participação da mídia, que confere o devido destaque à divulgação do

³⁷ Ibidem.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Ibidem.

conhecimento sobre práticas antiéticas, especialmente a corrupção, bem como às ações de combate e enfrentamento.⁴⁰

A informação no sentido de educar é a base da transformação, pois a partir do momento em que as condutas nocivas à honestidade, e no mesmo teor, o remédio contra esta “doença social” passam a ser de conhecimento comum, o plano da eficácia combativa se eleva a patamares de realidade.

As condutas éticas constituem a base para que a reconstrução de relações dignas se materialize e para que a busca por uma sociedade justa, ética e honesta possa se perpetuar.

Enfatizamos que este é o objetivo maior do nosso estudo, pois acreditamos que evidenciar as *principais práticas antiéticas observadas na saúde no Brasil*, mapeadas por mecanismos confiáveis, tais como o canal de denúncias do IES, processos e investigações oficiais, bem como a análise de pautas discutidas em grupos de trabalho e pesquisa, será um estímulo à participação de todos em nosso propósito.

Nesse sentido, a ferramenta do conhecimento se materializa em ações voltadas à promoção da ética na rotina de trabalho dos profissionais do setor da saúde e correlatos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o exposto, acredita-se que, por meio de um estudo contínuo que mapeie as principais práticas antiéticas, tais como corrupção (pública e privada), fraudes, simulações e desvios de finalidade, entre outras, observadas no setor da saúde no Brasil, será possível ampliar a divulgação de como tais condutas são operacionalizadas.

Com isso, busca-se educar aqueles que atuam na promoção do acesso digno, igualitário e justo para toda a população brasileira, de modo que, ao adquirirem tal conhecimento, possam atuar como verdadeiros fiscais e controladores do bem comum, denunciando quando necessário e/ou contribuindo para a prevenção e o enfrentamento dessas práticas em suas rotinas.

O volume de recursos que são desviados, inquestionavelmente, prejudica em potencial a saúde da população brasileira, tanto no âmbito público como privado. Precisamos dar um basta nestas práticas nocivas que se arrastam há décadas em nosso País.

⁴⁰ Ibidem.

Desta feita, com a publicização dessas práticas, poderemos atuar de forma conjunta no sentido de construir soluções que mitiguem, com maior assertividade, os riscos da corrupção na saúde. Nesse caminho, acreditamos que, por meio da educação, trataremos a causa do problema e, conseqüentemente, seus impactos em benefício da população brasileira serão percebidos de forma intergeracional, refletindo-se, sem dúvida, na melhoria das condições de vida no país.

Devemos atuar de modo individual, em nossas ações cotidianas, para que assim, a coletividade possa sentir o verdadeiro bem-estar, afinal, a coletividade é nada mais nada menos que a soma dos individuais (cidadãos), e atuando desta forma, atuaremos em benefício próprio e coletivo ao mesmo tempo.

Avocar a responsabilidade pelo cuidado com a atuação dos entes públicos e privados, de modo que cada cidadão assuma parte do controle sobre ações que possam macular a transparência e a justiça das atividades praticadas dentro da cadeia de valor da saúde, como aduzido no estudo, deve ser observado desde o momento da produção na indústria até a alta do paciente.

Neste contexto, sabe-se que o conhecimento por meio da educação é ponto nevrálgico para que a construção Ética do cidadão seja alcançada, em todas as suas facetas, em especial, quando quer-se difundir em potencial certeza o caráter de cooperação, colaboração e dialogicidade para (re)construção justa da sociedade e busca por real isonomia, o que se propõe na aplicação do conteúdo da ética e integridade dentro das relações de trabalho.

Todos devem sentir-se parte, pertencentes ao ambiente que vivem e com quem convivem, pertencentes ao seu estado-nação. E, a educação é a mola propulsora para tal acontecimento. Neste teor, lembramos o Professor José Murilo de Carvalho que sabiamente aduz ao tema:

Nos países em que a cidadania se desenvolveu com mais rapidez [...] a educação popular foi introduzida. Foi ela que permitiu às pessoas tomarem conhecimento de seus direitos e se organizarem para lutar por eles. A ausência de uma população educada tem sido sempre um dos principais obstáculos à construção da cidadania civil e política⁴¹.

A educação sobre como as práticas antiéticas são operacionalizadas, bem como sobre as ferramentas necessárias para seu controle e fiscalização, com foco em sua atuação honesta e transparente na prática, cria um arcabouço que posiciona a ética como eixo central para a

⁴¹ CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. p. 11.

mitigação da corrupção e para a (re)construção de ações de integridade sobre bases sólidas, fundamentando-se no desenvolvimento do pensamento crítico dos profissionais atuantes no setor da saúde e de toda a sociedade.

As balizas Éticas do viver coletivo e sentir individual transmutam as reais necessidades daqueles que vivenciam a concretização do interesse público.

A Ética deve emergir de forma transversal em todas as gerações presentes e futuras, capazes de fazer valer o que a Constituição Federal de 1988 consagra, ou seja, que a República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito, tendo como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político, consagrando de forma inequívoca que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.

É nesse tom de pertencimento aos anseios da confiança, honestidade, transparência e lealdade às boas práticas que, a partir do conhecimento de como se operam as práticas corruptas no setor da saúde, avançaremos conjuntamente, cada qual em seu campo de atuação, observando se o fluxo das operações diárias em suas relações econômico-financeiras é compatível com a Ética.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. SOUZA, Camila Nascimento. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. **Revista Brasileira Bioética**, v. 13 (e6), p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7935/6512>. Acesso em: 11 jul. 2025.

BANCO MUNDIAL. **Ética e Corrupção no Serviço Público Federal: A Perspectiva dos Servidores**. 2021. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/129401636585714972/pdf/%C3%89tica-e-Corrupt%C3%A7%C3%A3o-no-Servi%C3%A7o-P%C3%BAblico-Federal-A-Perspectiva-dos-Servidores.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2025.

BAYNES, Kenneth. Democracy and teh Rechtsstaat: Habermas's Faktizitat und Geltung. In: WHITE, Stephen K. (ed.). **The Cambridge Companion to Habermas**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BRASIL. Controladoria Geral da União – CGU. **Avaliação e Promoção da Integridade Privada**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/integridade-privada/avaliacao-e-promocao-da-integridade-privada>. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Controladoria Geral da União – CGU. **Programa de Integridade da CGU**. 2ª edição. 2021. Disponível em: https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/65918/5/Plano_de_Integridade_CGU.pdf . Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **CGU ultrapassa marca de R\$ 10 bilhões recuperados por meio de acordos de leniência**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2025/05/cgu-ultrapassa-marca-de-r-10-bilhoes-recuperados-por-meio-de-acordos-de-leniencia>. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. **Tribunal de Contas da União – TCU**. Disponível em: <https://pnpc.tcu.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. **Plano Nacional de Prevenção à Corrupção. Estratégia de Integridade Pública**. [s.d.]. Disponível em: <https://pnpc.tcu.gov.br/wp-content/uploads/sites/8/2024/05/PNPC-Programa-Nacional-de-Prevencao-a-Corruptao-Entendendo-o-programa-Corrigido.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União - TCU. **Referencial de combate à fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública**. Tribunal de Contas da União – Brasília: TCU, Coordenação-Geral de Controle Externo dos Serviços Essenciais ao Estado e das Regiões Sul e Centro-Oeste (Coestado), Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo (Semec), 2ª Edição, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/A0/E0/EA/C7/21A1F6107AD96FE6F18818A8/Referencial_combate_fraude_corruptao_2_edicao.pdf . Acesso em: 09 jul. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Rede de controle da Gestão Pública**. [s.d.]. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/verifique-adesao-pnpc/>. Acesso em: 09 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Brasil perde R\$ 100 bilhões por ano em razão da corrupção**. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/noticias-cddf/6736-brasil-perde-r-100-bilhoes-por-ano-em-razao-da-corruptao>. Acesso em: 17 abr. 2025.

BENHABIB, Sheyla. The Democratic Moment and the Problem of Difference. In: ____ (ed.). **Democracy and Difference – Contesting the Boundaries of the Political**. Princeton: Princeton Press, 1996.

BIDERMAN, Ciro. FILHO, George Avelino. **A Corrupção Prejudica a Saúde dos Brasileiros**. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/publicacoes/gvp/corruptao-prejudica-saude-dos-brasileiros>. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRAGA, Pedro. **Ética, direito e administração pública**. 2 ed. Brasília: Senado Federal; 2007.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CERQUEIRA, Consuello Alcon. **O delito de corrupção privada no Brasil a partir da experiência internacional**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.cpjm.uerj.br/wp->

content/uploads/2020/04/O-delito-de-corrupcao-privada-no-Brasil-a-partir-da-experiencia-internacional.pdf . Acesso em: 01 jul. 2025.

FRITZEN, Adriano et al. O controle social à luz da gestão social: a análise do COMUDE de São Valério do Sul/RS. **Revista Estudo & Debate**, v. 24, n. 2, 2017.

GARDELLA, Mercè Darnaculleta. Derecho administrativo y autorregulación: la autorregulación regulada. Girona: Universitat de Girona, 2003.

GENTIL, Kátia Eliane Barbosa. **A pandemia do covid-19 e os fatores propiciadores da disseminação da corrupção nas aquisições destinadas ao combate do sars-cov-2.** Disponível em: <https://repositorio.cgu.gov.br/handle/1/69617>. Acesso em: 18 abr. 2025.

HUSSMANN, Karen. **Health sector corruption. Practical recommendation for donors.** 2020. Disponível em: <https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. **Relatório de Maturidade em Integridade Corporativa – Análise dos Resultados do Questionário Anual de Autoavaliação dos Associados do Instituto Ética Saúde – período: 2017 a 2024.** 2025. Disponível em: <https://www.eticasaude.org.br/assets/pdf/Relat%C3%B3rio%20de%20Maturidade%20em%20Integridade%20Corporativa%20%E2%80%93%20An%C3%A1lise%20dos%20Resultados%20do%20Question%C3%A1rio%20Anual%20de%20Autoavalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Associados%20do%20Instituto%20%C3%89tica%20Sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20per%C3%ADodo%202017%20a%202024..pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

JUCÁ, Julianne. BRONZE, Giovanna. Quase R\$ 2 bilhões: relembre operações da PF contra desvios na pandemia. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/quase-r-2-bilhoes-relembre-operacoes-da-pf-contra-desvios-na-pandemia/>. Acesso em: 09 abr. 2025.

KLITGAARD, Robert. Estratégias a nível nacional e internacional para reducir la corrupción. Pena y Estado. **Revista Latino-americana de Política Criminal**, v. 1, n. 1, 1995.

LEE, Gwanhoo; KWAK, Young Hoon. An open government maturity model for social media-based public engagement. Government information quarterly. **Informação Governamental Trimestralmente**, v. 29, Edição 4, 2012. X. Acesso em: 18 jul. 2023.

MACÁRIO, Lincoln. Popov, Daniela. **Doze entidades criam grupo de combate à corrupção no Brasil.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/408733-doze-entidades-criam-grupo-de-combate-a-corrupcao-no-brasil/>. Acesso em: 17 abr. 2025.

OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). **Anti-corruption and integrity.** [s.d.]. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/topics/anti-corruption-and-integrity.html>. Acesso em: 10 jul. 2025.

OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). **The OECD Guidelines and anti-corruption**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.oecdwatch.org/oecd-neps/the-oecd-guidelines-for-mnes/what-is-in-the-oecd-guidelines/the-oecd-guidelines-and-anti-corruption/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SIGNORELLI, Filipe Venturini. **Democracia Participativa e a Efetividade do Controle Social da Administração Pública no Estado Democrático de Direito**. Orientador: Silvio Luis Ferreira da Rocha. 2023. f. 164. Dissertação (Mestrado em Direito Administrativo) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, 2023.

SILVA, Moacir Marques da. **Controle Externo das Contas Públicas**. São Paulo: Atlas; 2014.

SIMÕES, PATRICK DE PITTA (coord.). **Proteção de denunciante e canais de denúncias (Whistleblowing)**. Lisboa: Ed. Almedia, 2023.

SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, Brasil. **Instrução Normativa no 95, de 21 de fevereiro de 2024**. Disponível em: <https://btcu.apps.tcu.gov.br/api/obterDocumentoPdf/75452615>. Acesso em: 09 jul. 2025.

UNODC – Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas. **Corrupção e Desenvolvimento**. [s.d.]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_corruption/Campanha-2013/CORRUPCAO_E_DESENVOLVIMENTO.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.

UNODC – **Escritório das Nações Unidas para Crimes e Drogas**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/corruptcao/index.html>. Acesso em: 10 jul. 2025.

VIECELI, LEONARDO. Gasto com saúde equivale a 9,7% do PIB no Brasil; envelhecimento pressiona despesa. Disponível em: < Gasto com saúde equivale a 9,7% do PIB no Brasil >; envelhecimento pressiona despesa> acesso em: 18 de abril de 2025.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. La corrupcion: su perspectiva latino- americana. In: OLIVEIRA, E. (org.), **Criminologia crítica**. Belém: Edições CEJUP, 1990.



ISBN 978-65-975664-0-2