

# INDICADORES DA PERCEPÇÃO DA CORRUPÇÃO NO SETOR DA SAÚDE

# INDICADORES DA PERCEPÇÃO DA CORRUPÇÃO NO SETOR DA SAÚDE

PATROCINADORES DA PESQUISA:

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS**

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**INDICADORES DE PERCEPÇÃO DE CORRUPÇÃO NO  
SETOR DA SAÚDE 2026**

**Instituto Ética Saúde**

**FGVethics**

Patrocinadores

**ABIIS ABIMED ABRAIDI ADVAMED CBDL IBROSS INTERFARMA**

## Sumário

1. Sumário Executivo
2. Introdução
3. Objetivo
4. Metodologia Quantitativa
  - 3.1 Análise Questionário
  - 3.2 Análise Estatística e Visualização de Dados
  - 3.3 Construção dos Resultados Quantitativos e Análise de Consistência Interna
  - 3.4 Perfil dos Respondentes
    - 3.4.1 Principal Área Principal de Atuação – Segmentos Representados
    - 3.4.2 Gênero
    - 3.4.3 Idade
    - 3.4.4 Região
    - 3.4.5 Organização
    - 3.4.6. Resumo do Perfil da Amostra
    - 3.4.7 Interpretações Cruzadas
      - 3.4.7.1 Gênero vs. Área Principal de Atuação
      - 3.4.7.2 Região vs. Principal Área de Atuação
      - 3.4.7.3 Região vs. Setor
      - 3.4.7.4 Região vs. Idade
      - 3.4.7.5 Idade vs. Setor
5. Percepção Quantitativa de Corrupção
  - 4.1 Avaliação do Nível de Percepção da Corrupção do Setor de Saúde
  - 4.2 Corrupção no Setor Público
  - 4.3 Corrupção no Setor Privado
  - 4.4 Corrupção vs. Região
  - 4.5 Corrupção vs. Idade
    - 4.5.1 Distribuição da Percepção de Corrupção no Setor Público por Idade
    - 4.5.2 Distribuição da Percepção de Corrupção no Setor Privado por Idade
  - 4.6 Corrupção vs. Área Principal de Atuação
    - 4.6.1 Percepção de Corrupção no Setor Público por Área Principal de Atuação
    - 4.6.2 Percepção de Corrupção no Setor Privado por Área Principal de Atuação
  - 4.7 Vivências de Corrupção pelos Respondentes
    - 4.7.1 Relatos de Corrupção
    - 4.7.2 Testemunhos de Corrupção

- 4.7.3 Vivências de Corrupção na Prescrição Medicamentos
- 4.7.4 Vivências de Corrupção nos Procedimentos Diagnósticos
- 5.7.5 Vivências de Corrupção na Relação Médico-Paciente
- 4.7.6 Vivências de Corrupção e Favoritismo
- 6. Tabelas Cruzadas sob a Óptica Quantitativa
  - 5.1 Percepção de Corrupção vs. Relatos Corrupção
  - 5.2 Percepção de Corrupção vs. Vivência de Corrupção
  - 5.3 Percepção de Corrupção vs. Prescrição Medicamentos
  - 5.4 Percepção de Corrupção vs. Procedimentos Diagnósticos
  - 5.5 Percepção de Corrupção vs. Corrupção Médico-Paciente
  - 5.6 Percepção de Corrupção vs. Favoritismo
  - 5.7 Síntese das Relações entre Percepção, Testemunhos e Vivências de Corrupção
- 7. Vulnerabilidades e Processos de Risco
  - 6.1 Vulnerabilidades na Aquisição de Equipamentos e Serviços em Hospitais Públicos e Privados
  - 6.2 Vulnerabilidades e Licitações Públicas
  - 6.3 Vulnerabilidade e Principal Área de Atuação
  - 6.4 Vulnerabilidades e Organização
  - 6.5 Considerações sobre Vulnerabilidades e Processos de Risco
- 8. Construção de Indicadores de Maturidade e Risco
  - 7.1 Cálculo de Scores
    - 7.1.1 Confiança na Efetividade da Justiça no Combate à Corrupção na Saúde
  - 7.2 Mapas de Calor
    - 7.2.1 Percepção de Corrupção Segundo Tipo de Organização
    - 7.2.2. Comparação entre Setores e Categorias de Respondentes
  - 7.3 Coeficiente de Cronbach
    - 7.3.1 Dimensão Analítica Exposição à Corrupção
    - 7.3.2 Dimensão Analítica de Conscientização e Segurança para a Denúncia de Corrupção
    - 7.3.3 Dimensão Analítica de Confiança na Justiça
- 9. Comparações Regionais e por Setor
  - 8.1 Médias dos Scores por Região e Tipo de Organização
    - 8.1.1 Região
      - 8.1.1.1 Região vs. Percepção Corrupção
      - 8.1.1.2 Região vs. Política Anticorrupção Eficaz
      - 8.1.1.3 Região vs. Transparência e Accountability
  - 8.2 Discussão Integrada dos Resultados
- 10. Medidas de Mitigação
  - 9.1 Ranking por Região
  - 9.2 Ranking por Organização
  - 9.3 Análise Comparativa das Medidas de Mitigação da Corrupção

11. Análise Qualitativa
  - 10.1. Metodologia da Fase Qualitativa
  - 10.2. Percepções Estruturais sobre Corrupção no Setor da Saúde
  - 10.3 Setores Mais Vulneráveis à Corrupção
    - 10.3.1 Prescrição Médica e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
  - 10.4 Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Relações Público-Privadas
  - 10.5 Cultura Organizacional e Naturalização da Corrupção
  - 10.6 Fragilidades de Governança e Compliance
  - 10.7 Denúncias, Medo e Retaliação
  - 10.8 Impactos da Corrupção sobre Pacientes e Qualidade Assistencial
  - 10.9 Transparência, Tecnologia e Inteligência Artificial
  - 10.10 Perspectivas Futuras e Recomendações dos Respondentes
  - 10.1 Síntese da Etapa Qualitativa
12. Integração dos Achados Quantitativos e Qualitativos
13. Sugestões para Pesquisa Futuras
14. Conclusão
  - 13.1 Potenciais Indicadores de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde
15. Referências

## 1. Sumário Executivo

O relatório “Indicadores de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde 2026”, desenvolvido pelo FGVethics em parceria com o Instituto Ética Saúde (IES), teve como objetivo construir e analisar indicadores relacionados à percepção da corrupção no setor da saúde brasileiro, considerando experiências, vulnerabilidades institucionais, mecanismos de integridade e medidas de mitigação percebidas pelos respondentes. O estudo combinou metodologias quantitativas e qualitativas, buscando compreender não apenas a percepção abstrata da corrupção, mas também experiências concretas relacionadas a práticas consideradas irregulares no ambiente da saúde.

A pesquisa foi estruturada a partir de questionário com 41 perguntas aplicado por meio da plataforma SurveyMonkey, alcançando mais de mil acessos ao instrumento de coleta. A amostra contemplou profissionais do setor público e privado, representantes da indústria farmacêutica, médicos, enfermeiros, distribuidores, auditores, usuários do sistema de saúde e participantes sem vínculo profissional direto com o setor. A maior parte dos respondentes pertence à região Sudeste e atua em instituições privadas da área da saúde.

Os resultados revelam percepção amplamente disseminada de corrupção no setor da saúde brasileiro. Na avaliação geral sobre corrupção no setor, 66,8% dos respondentes classificaram o nível de corrupção como “alto”, enquanto 21,5% classificaram como “moderado”. A percepção de corrupção mostrou-se elevada tanto no setor público quanto no privado. Nas instituições públicas de saúde, 92,5% dos participantes afirmaram perceber corrupção. Já no setor privado, o percentual atingiu 88,4%, demonstrando que os respondentes compreendem a corrupção como problema estrutural presente em diferentes segmentos da saúde.

A análise regional indicou percepção consistente de corrupção elevada em todas as regiões brasileiras. Embora existam pequenas diferenças entre os percentuais regionais, predominou em todas as localidades a classificação da corrupção como “alta” ou “moderada”, reforçando a compreensão de que a corrupção constitui problema estrutural do setor da saúde no Brasil.

Além da percepção geral, o estudo investigou experiências concretas relacionadas à corrupção, incluindo relatos de favoritismo, influência indevida na prescrição médica, procedimentos diagnósticos desnecessários e irregularidades na relação médico-paciente. Os resultados demonstraram forte correspondência entre percepção elevada de corrupção e exposição concreta a situações consideradas irregulares, fortalecendo a robustez analítica da pesquisa ao integrar percepção e experiência prática.

A pesquisa também identificou vulnerabilidades institucionais relevantes nos processos de aquisição de equipamentos e serviços hospitalares, licitações públicas, relações entre organizações públicas e privadas e mecanismos de controle interno. Os relatos qualitativos evidenciaram preocupações recorrentes com conflitos de interesse, baixa transparência, fragilidade de mecanismos de fiscalização, naturalização de práticas antiéticas e receio de retaliação em denúncias relacionadas à corrupção.

Outro eixo importante do estudo consistiu na construção de indicadores de maturidade institucional, exposição à corrupção, conscientização sobre mecanismos de denúncia e confiança na efetividade da justiça. As análises estatísticas incluíram construção de scores, tabelas cruzadas, testes de ANOVA, teste de Tukey, mapas de calor e coeficiente de Cronbach para avaliação de consistência interna dos indicadores.

No campo das medidas de mitigação, houve forte convergência entre os respondentes quanto às prioridades para redução da corrupção no setor da saúde. As medidas mais apontadas foram “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” e “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”, tanto na análise regional quanto na análise por tipo de organização. O resultado demonstra consenso sobre a importância do fortalecimento da governança, accountability e mecanismos permanentes de fiscalização institucional.

O estudo também permitiu desenvolver proposta de diferentes indicadores aplicáveis ao monitoramento da integridade no setor da saúde, incluindo:

- Indicador de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde;
- Indicador de Exposição à Corrupção;
- Indicador de Vulnerabilidade Institucional;
- Indicador de Confiança Institucional e Efetividade da Justiça;
- Indicador de Maturidade em Integridade e Compliance;
- Indicador de Segurança para Denúncia e Proteção ao Denunciante.

Esses indicadores apresentam potencial de aplicação prática em programas de compliance, auditorias, certificações institucionais, avaliações regulatórias, métricas ESG e políticas públicas voltadas à integridade no setor da saúde.

Do ponto de vista acadêmico e institucional, o relatório contribui para o fortalecimento do debate sobre corrupção, governança, transparência e integridade na saúde, dialogando diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas,

especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), o ODS 10 (Redução das Desigualdades) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes).

Por fim, o estudo conclui que a corrupção no setor da saúde é percebida pelos respondentes como fenômeno estrutural, associado a fragilidades de governança, baixa transparência e deficiência de mecanismos de controle e accountability. Os resultados reforçam a necessidade de fortalecimento institucional, investimento contínuo em programas de integridade e desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção da corrupção, transparência e melhoria da governança no sistema de saúde brasileiro.

## 2. Introdução

Os Indicadores de Percepção de Corrupção no Setor da Saúde, 2026 são fruto da parceria entre o FGVethics e o Instituto Ética Saúde (IES). O objetivo aqui é identificar e mapear os riscos de corrupção no setor da saúde no Brasil, avaliando a percepção da corrupção nesse contexto. Nesse sentido, busca ser uma ferramenta para avaliar a efetividade das ações implementadas por entidades do setor da saúde, tanto públicas quanto privadas. Seu propósito é contribuir para a melhoria do ambiente de integridade na saúde, através da avaliação das vulnerabilidades identificadas por diferentes stakeholders pelas pesquisas quantitativas e qualitativas, que podem revelar áreas críticas que demandam melhorias em integridade e transparência. Esse tipo de análise pode favorecer o uso mais eficiente dos recursos públicos e privados e garantir a prestação de serviços de saúde de forma mais justa e equitativa. Os resultados aqui obtidos também podem subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes e voltadas para a integridade, aprimorando o ambiente regulatório e operacional do setor da saúde.

A corrupção no setor da saúde representa um dos desafios mais complexos para a efetividade das políticas públicas, a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde e a preservação da confiança da sociedade nas instituições. Seus impactos ultrapassam perdas econômicas e administrativas, afetando diretamente a qualidade dos serviços prestados, o acesso da população a tratamentos e medicamentos e, em situações extremas, a própria proteção da vida humana. Em um setor caracterizado por grande complexidade regulatória, alta circulação de recursos financeiros, assimetria de informações e múltiplas relações entre agentes públicos e privados, os riscos de práticas ilícitas e desvios éticos tornam-se particularmente relevantes.

A literatura nacional e internacional demonstra que a corrupção no setor da saúde pode assumir diferentes formas, incluindo fraudes em licitações, favorecimento em contratações, conflitos de interesse, pagamentos indevidos, prescrição influenciada por incentivos financeiros, realização de procedimentos desnecessários e práticas de clientelismo e favoritismo. Estudos também indicam que a percepção da corrupção pela sociedade afeta diretamente a legitimidade institucional, a confiança no sistema de justiça e a adesão da população a políticas públicas e mecanismos de controle (UNODC, 2020).

No contexto brasileiro, pesquisas sobre governança, integridade e corrupção apontam que práticas corruptas tendem a se fortalecer em ambientes marcados por fragilidade institucional, baixa

transparência, assimetria de informações e deficiência de mecanismos efetivos de accountability. A corrupção, nesse sentido, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de episódios isolados, mas como fenômeno estrutural capaz de afetar instituições públicas e privadas, influenciando padrões de governança, confiança social e legitimidade institucional (COSTA, 2024).

No setor da saúde, essas vulnerabilidades tornam-se ainda mais sensíveis em razão da dependência da população em relação ao adequado funcionamento das instituições públicas e privadas. Fragilidades de governança, baixa transparência e insuficiência de controles internos e externos podem ampliar riscos de corrupção e comprometer a eficiência da gestão dos recursos destinados à saúde (AVELINO; BARBERIA; BIDERMAN, 2013). Além disso, iniciativas voltadas à integridade e à educação anticorrupção vêm sendo apontadas como instrumentos importantes para o fortalecimento de culturas organizacionais mais éticas e transparentes no setor da saúde (MARZIONNA; BETIOL; COSTA, 2022).

A discussão sobre corrupção e integridade na saúde também se conecta diretamente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, especialmente ao ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), ao ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes) e ao ODS 10 (Redução das Desigualdades). A corrupção compromete a capacidade do Estado e das instituições privadas de garantir acesso equitativo, eficiente e de qualidade aos serviços de saúde, afetando de forma mais intensa populações vulneráveis e ampliando desigualdades sociais e regionais. Além disso, fragilidades em mecanismos de governança, transparência e accountability reduzem a confiança institucional e dificultam a construção de sistemas de saúde resilientes e sustentáveis. Nesse contexto, o fortalecimento de políticas de integridade, compliance, transparência e accountability no setor da saúde contribui não apenas para a mitigação de riscos de corrupção, mas também para o avanço das metas globais relacionadas ao desenvolvimento sustentável. Estudos recentes destacam, inclusive, que o combate à corrupção constitui elemento transversal para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente no que se refere ao fortalecimento institucional, à redução das desigualdades e à promoção de políticas públicas mais eficazes e inclusivas (COSTA; BETIOL; TEIXEIRA, 2019).

A corrupção na saúde ganhou ainda maior relevância após a pandemia de COVID-19, que evidenciou como situações de emergência e flexibilização regulatória podem ampliar oportunidades para práticas ilícitas, especialmente em processos de contratação pública, aquisição de insumos e gestão de recursos emergenciais. Em contextos de crise, a ausência de mecanismos eficientes de

transparência, fiscalização e controle institucional tende a aumentar riscos de corrupção e reduzir a confiança pública nas instituições responsáveis pela gestão dos recursos da saúde (COSTA, 2022).

A percepção da corrupção também está relacionada a fatores institucionais e culturais mais amplos. Estudos clássicos sobre desenvolvimento político e corrupção indicam que fragilidades institucionais, desigualdades estruturais e baixa confiança social tendem a ampliar a percepção de corrupção e reduzir a credibilidade das instituições públicas (NYE, 1967). Mais recentemente, pesquisas demonstram que padrões de capital social e confiança institucional influenciam diretamente os níveis de percepção de corrupção e os riscos associados à governança pública (WACHS et al., 2018).

Este estudo parte da premissa de que a percepção da corrupção pela sociedade constitui importante indicador das fragilidades percebidas no funcionamento do sistema de saúde. Mais do que mensurar a ocorrência objetiva de práticas corruptas, o estudo procura compreender como diferentes grupos percebem o problema, quais áreas consideram mais vulneráveis e quais medidas entendem como prioritárias para mitigação de riscos.

Entretanto, estudos baseados exclusivamente em percepção frequentemente recebem críticas metodológicas porque sofrem influência de fatores externos, como exposição midiática, polarização política, confiança institucional, experiências pessoais e contexto sociocultural. Além disso, a própria compreensão do que constitui “corrupção” pode variar entre os indivíduos, especialmente em situações envolvendo conflitos de interesse, favorecimento informal ou práticas naturalizadas em determinados contextos organizacionais. Dessa forma, pesquisas de percepção não representam medidas objetivas ou definitivas da incidência real de corrupção, mas funcionam como instrumentos relevantes para compreender níveis de confiança institucional, percepção de risco e vulnerabilidades percebidas em determinados setores.

Com o objetivo de enfrentar parte dessas limitações, este estudo incorpora não apenas perguntas relacionadas à percepção geral sobre corrupção, mas também questões voltadas às vivências diretas e indiretas dos respondentes com práticas consideradas corruptas no setor da saúde. A análise de experiências concretas, como testemunho de condutas irregulares, suspeitas envolvendo prescrição de medicamentos, realização de procedimentos diagnósticos desnecessários, favoritismo e práticas indevidas na relação médico-paciente, permite avaliar em que medida as percepções declaradas encontram correspondência em situações efetivamente observadas ou vivenciadas pelos respondentes da pesquisa.

A incorporação dessa dimensão empírica fortalece a análise do estudo porque permite cruzar percepção e experiência concreta. Dessa forma, o estudo consegue verificar se indivíduos que percebem níveis mais elevados de corrupção também relatam maior exposição a práticas consideradas irregulares. Essa abordagem reduz parte das limitações tradicionalmente associadas a pesquisas baseadas exclusivamente em percepção e aproxima os resultados das experiências cotidianas observadas no ambiente institucional e profissional do setor da saúde.

Além disso, o estudo também incorpora dimensão qualitativa baseada em relatos, comentários e narrativas dos respondentes da pesquisa, o que amplia a compreensão sobre como diferentes atores interpretam experiências relacionadas à corrupção, vulnerabilidades institucionais e mecanismos de integridade no setor da saúde. A utilização combinada de abordagens quantitativas e qualitativas possibilita não apenas a construção de indicadores de corrupção no setor da saúde, mas também uma compreensão mais ampla das percepções, experiências concretas e dinâmicas institucionais associadas ao fenômeno analisado.

Para tanto, o estudo adota abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, combinando questionário estruturado, análises estatísticas, construção de indicadores de corrupção no setor da saúde e interpretação qualitativa das percepções, experiências e narrativas relatadas pelos respondentes. A pesquisa contempla variáveis relacionadas ao perfil dos participantes, percepção da corrupção em instituições públicas e privadas, experiências diretas ou indiretas com práticas consideradas corruptas, percepção sobre vulnerabilidades institucionais e avaliação de medidas de mitigação. Além da análise quantitativa dos dados e da construção de indicadores de consistência interna, o estudo também interpreta qualitativamente padrões de percepção, diferenças regionais e setoriais, bem como os significados atribuídos pelos respondentes às experiências relatadas, o que amplia a compreensão das dinâmicas de corrupção percebidas no setor da saúde.

Dessa forma, ao combinar análise de percepção, experiências concretas relacionadas à corrupção, indicadores estatísticos e elementos qualitativos extraídos dos relatos dos participantes, este estudo oferece uma compreensão mais ampla das dinâmicas de integridade no setor da saúde brasileiro. Ao integrar abordagens quantitativas e qualitativas, a pesquisa contribui para o debate acadêmico e institucional sobre corrupção, governança e transparência, oferecendo subsídios para o fortalecimento de políticas públicas, mecanismos de controle e estratégias de prevenção compatíveis com os desafios contemporâneos da gestão da saúde.

Os resultados apresentados, contudo, devem ser interpretados considerando as características da amostra analisada, especialmente o predomínio de respondentes da região Sudeste e vinculados ao setor privado da saúde. O estudo também considerou categorias de respondentes que não possuem vínculo profissional direto com o setor da saúde, incluindo pacientes, usuários dos serviços de saúde e indivíduos que declararam não atuar no setor. Além disso, a categoria “setor privado” abrange não apenas empresas privadas tradicionais, mas também organizações do Terceiro Setor, como organizações sociais de saúde (OSS), entidades filantrópicas, fundações e organizações não governamentais (ONGs) que atuam na prestação de serviços de saúde. Essa abrangência é relevante porque parte significativa da prestação de serviços de saúde no Brasil ocorre por meio de arranjos híbridos entre setor público, setor privado e entidades do Terceiro Setor. Ainda assim, os dados oferecem evidências relevantes sobre como diferentes atores percebem os riscos de corrupção e os desafios relacionados à governança, à transparência e à integridade institucional no setor da saúde.

O presente estudo está estruturado em diferentes etapas complementares. Inicialmente, apresenta os objetivos e os procedimentos metodológicos quantitativos adotados, incluindo a construção do questionário, as técnicas de análise estatística, os critérios de visualização dos dados e os métodos utilizados para elaboração dos indicadores de percepção e consistência interna. Em seguida, analisa o resultado da amostra quantitativa do perfil dos respondentes, considerando variáveis como ocupação, gênero, idade, região e tipo de organização, além de interpretações cruzadas entre essas dimensões. Posteriormente, o estudo apresenta e analisa os principais indicadores de corrupção no setor da saúde, contemplando percepção da corrupção, experiências concretas relacionadas a práticas consideradas corruptas, vulnerabilidades institucionais e processos de risco identificados pelos respondentes. Na sequência, desenvolve indicadores de maturidade, confiança institucional e exposição à corrupção, acompanhados de análises estatísticas, mapas de calor e comparações regionais e setoriais. Por fim, o estudo discute medidas de mitigação, sintetiza os principais achados da pesquisa e apresenta sugestões para futuras investigações sobre corrupção, governança e integridade no setor da saúde.

### **3. Objetivo**

O objetivo deste estudo é construir e analisar indicadores de percepção da corrupção no setor da saúde, considerando a visão dos respondentes sobre práticas consideradas corruptas,

vulnerabilidades institucionais, mecanismos de integridade, confiança institucional e medidas de mitigação relacionadas ao setor. Especificamente, o estudo busca:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos respondentes;
- Identificar indicadores relacionados à percepção da corrupção em instituições públicas e privadas do setor da saúde;
- Analisar diferenças de percepção entre regiões, tipos de organização e perfis profissionais;
- Examinar a relação entre percepção da corrupção e experiências concretas relatadas pelos respondentes da pesquisa;
- Identificar vulnerabilidades e processos considerados mais suscetíveis à práticas corruptas;
- Desenvolver indicadores de percepção, exposição à corrupção, confiança institucional e conscientização sobre mecanismos de denúncia;
- Avaliar medidas de mitigação e estratégias de integridade consideradas prioritárias pelos respondentes;
- Contribuir para o debate sobre governança, transparência, integridade e prevenção da corrupção no setor da saúde.

#### **4. Metodologia Quantitativa**

A avaliação das vulnerabilidades do setor da saúde requer uma abordagem abrangente, que combine métodos quantitativos (questionários) e qualitativos (entrevistas estruturadas) para capturar a percepção de corrupção de diferentes perspectivas. Assim, para alcançar os objetivos de avaliar e analisar a percepção da corrupção no setor da saúde no Brasil, utilizaremos uma abordagem metodológica combinada que integra tanto métodos quantitativos quanto qualitativos. Essa metodologia híbrida permitirá uma compreensão abrangente e detalhada dos indicadores de corrupção e suas implicações no setor. Integrantes da academia, médicos, enfermeiros, profissionais do setor público e privado de saúde, hospitais, indústria farmacêutica, distribuidores e representantes possuem conhecimentos e experiências valiosas que podem ajudar a identificar e mitigar os riscos de corrupção.

A metodologia quantitativa busca avaliar as vulnerabilidades específicas do setor da saúde em matéria de corrupção através da percepção dos stakeholders da linha de frente. A população-alvo é composto por Médicos, pacientes, planos de saúde, enfermeiros, fabricantes, distribuidores, profissionais de compliance, usuários/pacientes, e outros stakeholders relevantes, tanto do setor

público quanto privado. O conteúdo do questionário traz perguntas sobre percepções de práticas corruptas, experiências pessoais com corrupção, e opiniões sobre a transparência e integridade das empresas de saúde.

A divulgação do questionário ocorreu por diferentes canais digitais e presenciais, com o objetivo de ampliar o alcance da pesquisa e incentivar a participação de profissionais, usuários e demais atores relacionados ao setor da saúde. A pesquisa utilizou redes sociais, especialmente LinkedIn, envio de convites por e-mail por meio das redes institucionais do FGVethics e do Instituto Ética Saúde (IES), divulgação em eventos realizados pelo FGVethics, além da circulação de informações entre alunos dos cursos de Administração de Empresas e Administração Pública da FGV EAESP.

Para ampliar a participação na pesquisa, a equipe distribuiu materiais informativos com QR Code para acesso ao questionário aos alunos da FGV EAESP e aos respondentes da feira Hospitalar 2025, realizada na cidade de São Paulo em maio de 2025. Além disso, a equipe realizou lembretes periódicos por e-mail ao longo do período de coleta de dados, com o objetivo de incentivar o engajamento dos convidados e ampliar a taxa de resposta do questionário. O questionário tinha caráter confidencial e anônimo, buscando proporcionar maior segurança aos respondentes e estimular respostas mais livres e espontâneas sobre temas sensíveis relacionados à corrupção no setor da saúde. A combinação desses canais buscou ampliar a diversidade regional e setorial da amostra, embora os resultados reflitam predominantemente a participação de respondentes vinculados à região Sudeste e ao setor privado da saúde. A interpretação dos resultados da amostra incluiu tanto profissionais vinculados ao setor da saúde quanto pacientes, usuários dos serviços e respondentes sem atuação direta na área. Além disso, a categoria “setor privado” inclui organizações privadas e entidades do Terceiro Setor que atuam na área da saúde

As respostas foram coletadas anônima e confidencialmente por meio da plataforma SurveyMonkey.

### **3.1 Análise Questionário**

O estudo utilizou um questionário com 41 perguntas para medir a percepção de corrupção no setor de saúde (Anexo 1). O número total de pessoas que acessaram a pesquisa na plataforma Survey Monkey foi de 1005 pessoas. A Pergunta 2 – P2 (qual a ocupação no setor da saúde), Pergunta 3 – P3 (qual o gênero), Pergunta 4 – P4 (qual a idade), Pergunta 5 – P5 (região do Brasil em que vive atualmente) e Pergunta 6 – P6 (organização do setor da saúde em que trabalha) são voltadas a

caracterizar a amostra dos respondentes. Essas perguntas investigaram, respectivamente, a ocupação do respondente no setor de saúde, o gênero, a idade, a região do país em que reside e o setor em que trabalha. O restante do instrumento foi composto por itens ligados à percepção de práticas de corrupção, transparência, mecanismos de denúncia e integridade.

Na elaboração deste estudo, o número de respondentes variou entre as perguntas (por exemplo, 914 respostas para ocupação, 889 para idade e 878 para tipo de organização) porque alguns respondentes abandonaram a pesquisa ou pularam algumas questões específicas. Em vez de excluir totalmente os questionários incompletos, utilizou todas as respostas disponíveis em cada análise. Essa abordagem, conhecida como deleção por pares ou análise por questão, preserva mais informação ao descartar um caso apenas quando o dado necessário para a análise em questão está ausente. Assim, cada indicador é calculado com o número máximo de observações válidas, mesmo que as amostras variem entre as variáveis.

As referências metodológicas destacam que a deleção por pares (*pairwise deletion*) pode ser útil quando há grande proporção de valores faltantes ou amostras pequenas, pois permite preservar um número maior de observações em cada análise, ainda que produza tamanhos amostrais distintos entre variáveis. Essa estratégia reduz a perda de informação e contribui para a manutenção do poder estatístico (Little & Rubin, 2019; Tabachnick & Fidell, 2019).

### **3.2 Análise Estatística e Visualização de Dados**

A análise exploratória e inferencial quantitativa foi feita em duas etapas:

1. Construção de tabelas de contingência e gráficos descritivos – foram elaboradas tabelas de contingência para analisar a relação entre duas variáveis categóricas, como região e percepção de corrupção. Uma tabela de contingência exibe a frequência de observações para cada combinação das categorias em linhas e colunas. Além disso, foram gerados gráficos de barras simples, empilhados e agrupados no Power BI e Python para visualizar as distribuições relativas e visualizar as comparações entre as alternativas das respostas. Esses gráficos permitem perceber diferenças na proporção de respostas entre categorias de variáveis sociodemográficas (por exemplo, comparar a proporção de respostas “sim” ou “não” sobre percepção de corrupção entre regiões). A interpretação dessas tabelas e gráficos permitiu identificar tendências preliminares.

2. Testes de independência e correlação – para avaliar se duas variáveis categóricas estavam associadas, aplicou-se o teste qui-quadrado de independência. O teste qui-quadrado é um teste de hipótese utilizado na análise de tabelas de contingência para examinar se duas variáveis categóricas são independentes; em termos simples, ele verifica se há diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas. Quando apropriado, foi calculada a estatística de qui-quadrado usando a biblioteca SciPy em Python e adotado um nível de significância de 5 % ( $\alpha = 0,05$ ). Para variáveis numéricas (por exemplo, idade em anos), foram utilizados coeficientes de correlação (como Pearson ou Spearman) e diagramas de dispersão para avaliar relações lineares ou monotônicas. Em todas as análises a base de dados foi tratada previamente em Python com as bibliotecas pandas e numpy para agregar, filtrar e recodificar dados.
3. Análise de Variância (ANOVA) – Para avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de percepção de corrupção entre diferentes regiões, aplicou-se a análise de variância (ANOVA). A ANOVA é um teste de hipótese utilizado para comparar médias de três ou mais grupos, verificando se pelo menos uma média difere das demais, considerando a variabilidade dos dados dentro de cada grupo. Neste estudo, as respostas categóricas de percepção (Baixa, Moderada, Alta) foram previamente convertidas em scores numéricos (1 a 5), permitindo a aplicação da ANOVA. O teste foi realizado em Python utilizando a função `f_oneway` da biblioteca `scipy.stats`, adotando-se um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Toda a base de dados foi tratada previamente com as bibliotecas pandas e numpy para limpeza, agregação e recodificação dos dados.
4. Teste de comparações múltiplas de médias – Tukey HSD – Para avaliar diferenças significativas entre as médias de percepção de corrupção entre diferentes regiões, aplicou-se o teste de Tukey HSD (*Honestly Significant Difference*). Este teste é utilizado após uma ANOVA para comparar todas as combinações possíveis de grupos e identificar quais pares apresentam diferenças estatisticamente significativas entre suas médias. Em termos simples, o teste verifica se a diferença média observada entre dois grupos é maior do que seria esperada ao acaso, considerando a variabilidade dos dados. Na análise, as respostas categóricas de percepção (Baixa, Moderada, Alta) foram previamente mapeadas para scores numéricos (1 a 3) para viabilizar a análise quantitativa. O teste de Tukey foi aplicado utilizando a função `pairwise_tukeyhsd` da biblioteca `statsmodels` em Python, adotando-se um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

### **3.3 Construção dos Resultados Quantitativos e Análise de Consistência Interna**

Algumas perguntas do questionário tiveram como objetivo mensurar dimensões latentes da percepção de corrupção, como grau de transparência, facilidade de denúncia e qualidade dos serviços. Para consolidar essas dimensões, foram selecionados subconjuntos de perguntas que, teoricamente, mediriam um mesmo construto. Cada resposta foi codificada numericamente da seguinte forma: “Sim” = 1, “Não” = 2 e “Não sei dizer” = 0. Em seguida, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach para cada conjunto de itens, com o objetivo de avaliar a consistência interna dos indicadores.

O alfa de Cronbach constitui uma medida de consistência interna que indica em que medida um conjunto de itens avalia um mesmo construto latente. O coeficiente varia de 0 a 1, sendo que valores mais elevados indicam maior confiabilidade. Em pesquisas aplicadas, valores iguais ou superiores a 0,7 costumam ser considerados aceitáveis para indicar consistência interna adequada, enquanto valores superiores a 0,8 sugerem boa confiabilidade do instrumento. Essas referências decorrem de recomendações metodológicas amplamente utilizadas na literatura, que apontam 0,7 como critério mínimo de aceitabilidade e 0,8 como parâmetro desejável em pesquisas aplicadas (Cronbach, 1951; Hair et al., 2019; Nunnally & Bernstein, 1994).

O processo de construção dos resultados ocorreu de forma iterativa. Inicialmente, calculou-se o alfa de Cronbach para cada conjunto de perguntas, com o objetivo de avaliar a consistência interna dos indicadores utilizados na pesquisa. Em seguida, itens com baixa correlação em relação ao conjunto total e que contribuíam para a redução do coeficiente foram excluídos ou substituídos, buscando aprimorar a confiabilidade das escalas analisadas. O objetivo metodológico consistiu em alcançar indicadores com alfa de Cronbach igual ou superior a 0,7, valor amplamente aceito na literatura como parâmetro de consistência interna satisfatória. As análises estatísticas foram realizadas em Python, com utilização da biblioteca Pingouin.

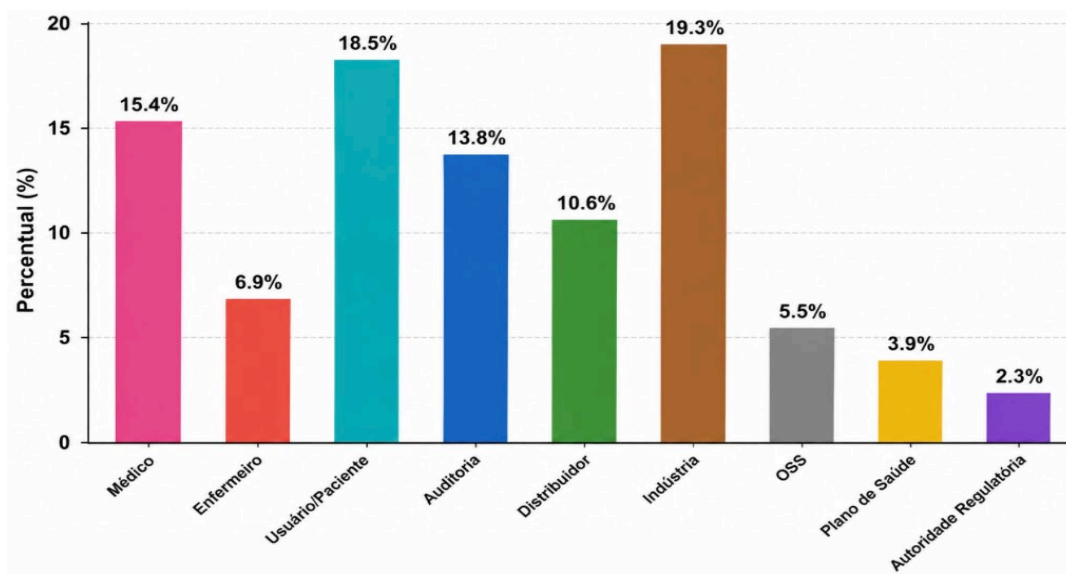
### **3.4 Perfil dos Respondentes**

A análise exploratória teve como objetivo identificar o perfil dos respondentes da pesquisa, considerando variáveis demográficas e profissionais relevantes, como gênero, faixa etária, região de residência, área principal de atuação no setor da saúde e tipo de organização de vínculo institucional. Essa etapa permitiu compreender melhor a composição da amostra e contextualizar os resultados relacionados à percepção sobre corrupção no setor da saúde. Para essa finalidade, foram calculadas frequências relativas (%) das respostas referentes às seguintes perguntas do questionário: área principal de atuação no setor da saúde (Pergunta 2 – P2), gênero (Pergunta 3 – P3), faixa etária

(Pergunta 4 – P4), região do Brasil (Pergunta 5 – P5) e tipo de organização de atuação em instituições públicas ou privadas, incluindo entidades filantrópicas e OSS (Pergunta 6 – P6).

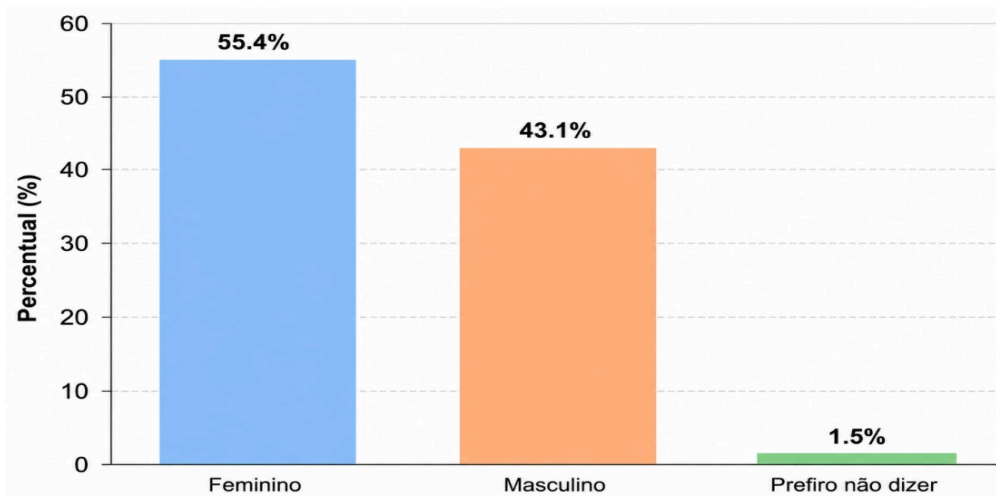
### 3.4.1 Principal Área Principal de Atuação – Segmentos Representados

Essa categoria contou com um total de 914 respondentes. Desse total, 19,32% dos respondentes são profissionais da indústria farmacêutica, 18,54% são usuários finais ou pacientes, 13,84% são médicos e 6,92% atuam em auditoria. Isso indica que a amostra inclui diferentes perfis relacionados ao setor de saúde, permitindo captar percepções variadas sobre a corrupção, tanto do ponto de vista de profissionais que atuam diretamente no sistema quanto de usuários que experienciam seus efeitos.



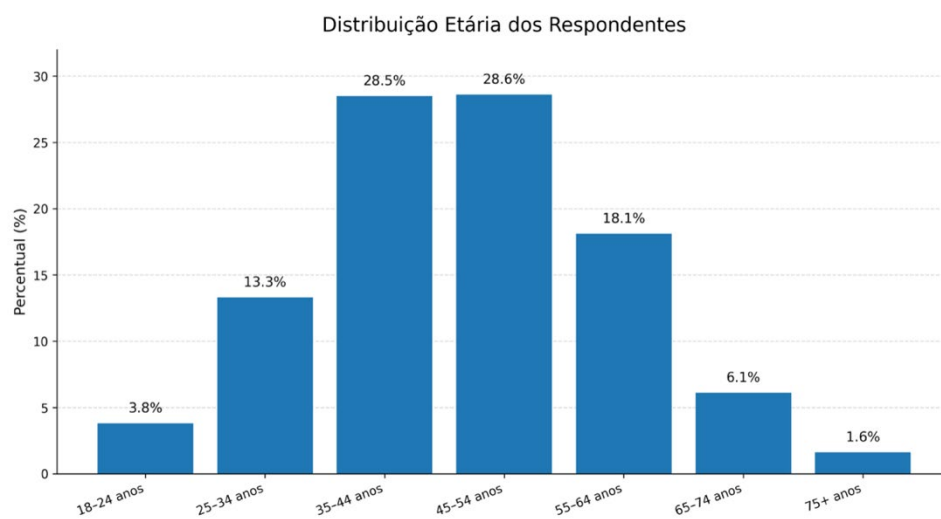
### 3.4.2 Gênero

Essa categoria contou com um total de 886 respondentes. Desses, 55,4% (491 pessoas) pertencem ao gênero feminino, enquanto 43,1% (382 pessoas) pertencem ao gênero masculino, indicando predominância feminina na amostra, com diferença de 12,3 pontos percentuais. Esse resultado pode refletir tanto uma maior participação feminina no setor da saúde quanto uma maior disposição das mulheres em responder ao questionário.



### 3.4.3 Idade

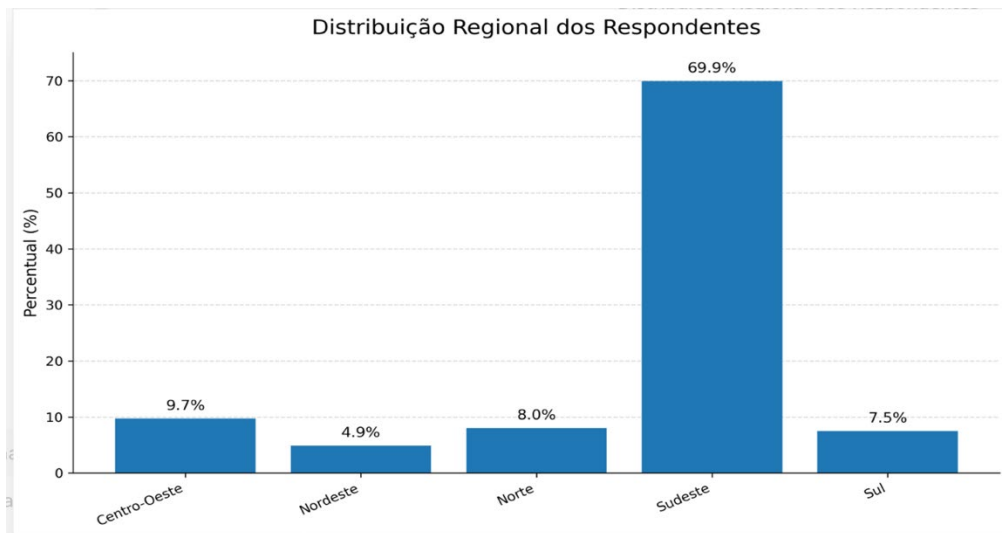
O total de respondentes foi 889 pessoas, sendo que 28,5% (257 pessoas) dos respondentes estão na faixa etária de 45 a 54 anos e 28,48% (256 pessoas) entre 35 e 44 anos, o que evidencia a predominância de pessoas em idade economicamente ativa e inseridas no mercado de trabalho.



### 3.4.4 Região

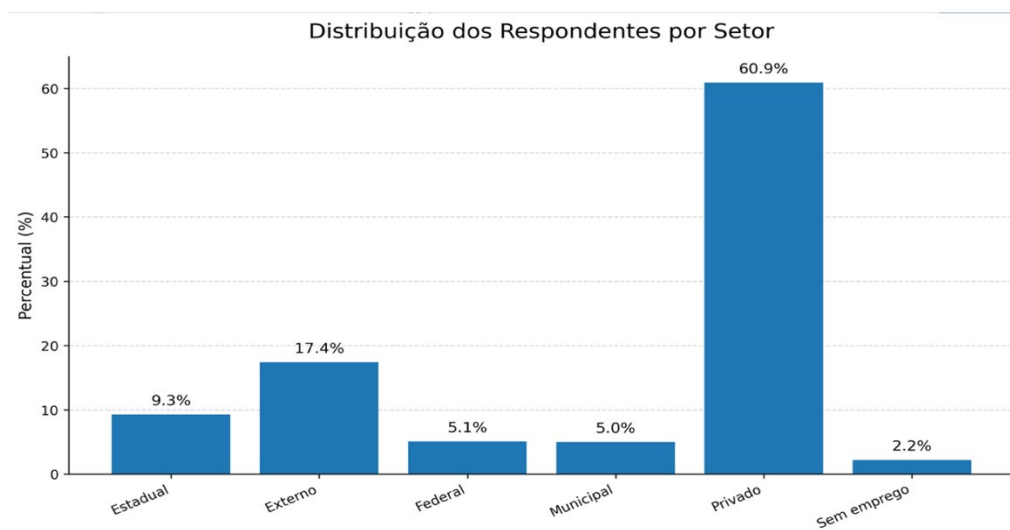
O total de respondentes é de 890, sendo que 69,89% dos respondentes (622 respostas) estão na região Sudeste, seguidos por 9% dos respondentes (86 respostas) na região Centro-Oeste. A região sudeste do Brasil possui a maior parte da população do país e é o maior centro de saúde, refletindo na maior quantidade de respondentes do país. Por outro lado, quando a análise considera a proporção populacional de cada região, o Nordeste e o Sul apresentaram menor adesão à pesquisa, enquanto o

Centro-Oeste e o Norte registraram participação proporcionalmente mais elevada entre os respondentes. Esse resultado pode refletir diferenças na capilaridade das redes de contato utilizadas para divulgação do questionário, além de distintos níveis de engajamento regional com a pesquisa.



### 3.4.5 Organização

Das 878 respostas, o percentual correspondente a 60,93% (535 pessoas), atua em instituições privadas da área da saúde. Outros 17,43% (153 pessoas) não pertencem ao setor da saúde, identificados na pesquisa pela categoria “Externo”. Entre os respondentes vinculados à administração pública, 9,34% (82 pessoas) atuam em instituições estaduais, 5,13% (45 pessoas) em instituições federais e 5,01% (44 pessoas) em instituições municipais. Essa distribuição evidencia que a maior parte da amostra está concentrada no setor privado, o que pode influenciar a percepção sobre a corrupção na saúde, destacando a importância de considerar a origem profissional dos respondentes ao interpretar os resultados. Além disso, a presença de respondentes de diferentes níveis de gestão e do público em geral contribui para uma visão mais ampla das práticas e percepções sobre o setor.



A distribuição da amostra evidencia predominância de respondentes vinculados ao setor privado, que inclui também entidades filantrópicas e OSS, e à região Sudeste, aspecto que deve ser considerado na interpretação dos resultados. Ao mesmo tempo, essa composição reflete parcialmente características estruturais da população brasileira, marcada por elevada concentração populacional na região Sudeste e forte participação da iniciativa privada nas relações de trabalho e na prestação de serviços de saúde. Além disso, a presença de respondentes com diferentes níveis de gestão, perfis profissionais e experiências relacionadas ao sistema de saúde contribuiu para ampliar a diversidade de percepções contempladas pela pesquisa. No questionário analisado, quase 70% dos respondentes residem na região Sudeste. Como consequência, os resultados da pesquisa refletem de forma mais intensa a realidade dessa região, especialmente dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.

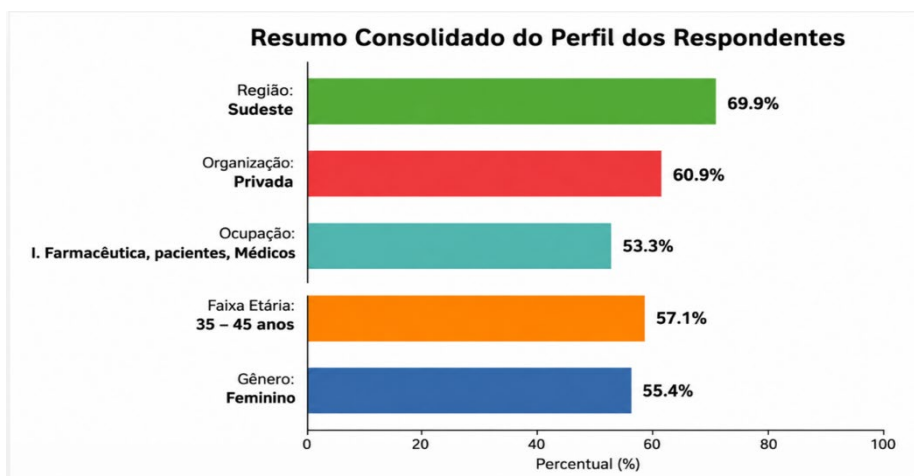
Essa predominância regional é relevante porque o Sudeste concentra grande parte da infraestrutura hospitalar, das instituições de saúde e dos profissionais do setor no país, apresentando características que nem sempre correspondem à realidade das demais regiões brasileiras. O principal impacto dessa concentração é que os resultados da pesquisa tendem a refletir mais intensamente a percepção dos respondentes da região Sudeste do que a realidade nacional como um todo. Como quase 70% da amostra está concentrada nessa região, temas, experiências e padrões típicos do Sudeste podem aparecer com maior peso nos resultados gerais. Portanto, a percepção sobre corrupção, integridade e funcionamento do sistema de saúde pode diferir da realidade observada em regiões com menor infraestrutura e menor presença institucional. Isso não invalida os resultados obtidos, mas indica uma limitação do estudo relacionada à representatividade regional da amostra, que deve ser considerada na interpretação dos resultados e na generalização das conclusões para todo o território nacional.

A predominância de respondentes vinculados ao setor privado (inclusive entidades filantrópicas e OSS) constitui característica relevante da amostra, uma vez que 73.8% dos respondentes declararam atuar nesse segmento. Esses dados também refletem a forte participação de organizações privadas e entidades do Terceiro Setor na prestação de serviços de saúde no Brasil, especialmente em atividades hospitalares, ambulatoriais, diagnósticas e de apoio à gestão pública da saúde. O setor público representou 26,2% da amostra. A pesquisa também incluiu pacientes, usuários dos serviços de saúde e respondentes sem vínculo profissional direto com o setor, razão pela qual a interpretação dos resultados não deve considerar apenas a lógica das relações de trabalho. Além disso, a pesquisa contemplou respondentes com diferentes perfis profissionais, níveis de gestão e experiências relacionadas ao sistema de saúde, o que contribuiu para ampliar a diversidade de percepções analisadas no estudo.

A distribuição da amostra reflete, em certa medida, características estruturais do sistema de saúde brasileiro, marcado pela forte participação da iniciativa privada e da saúde suplementar na oferta de serviços hospitalares, diagnósticos e de alta complexidade. Além disso, a região Sudeste concentra parcela expressiva da infraestrutura hospitalar, dos serviços especializados e dos profissionais da área da saúde no país, aspecto que contribui para a predominância de respondentes vinculados a essa região na pesquisa.

#### 3.4.6. Resumo do Perfil da Amostra

O perfil médio dos respondentes corresponde a mulheres residentes na região Sudeste, com idade entre 35 e 45 anos, atuando em instituição privada e vinculada à indústria farmacêutica

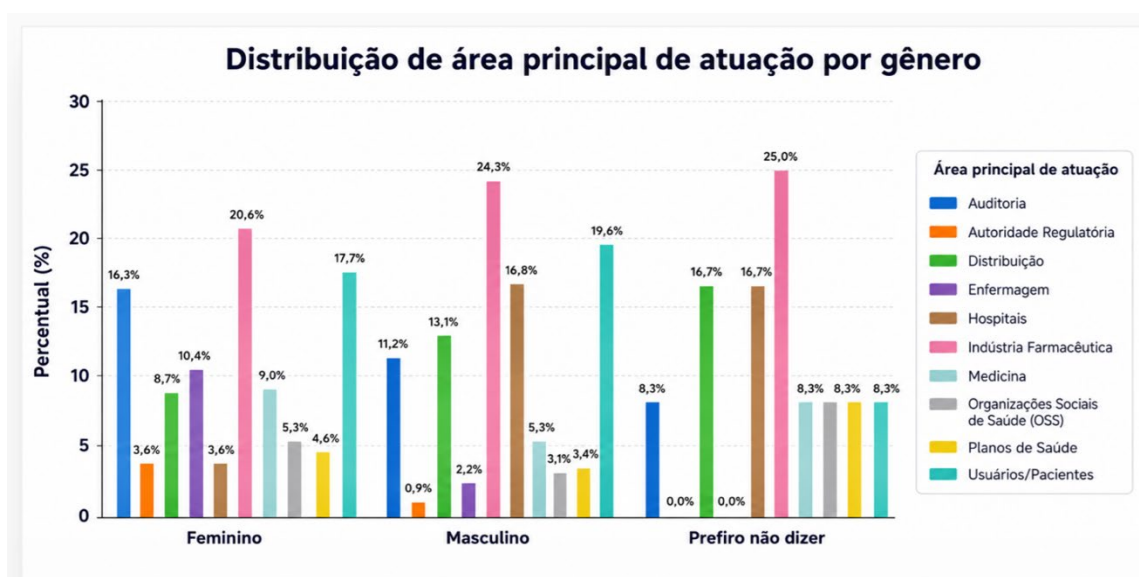


### 3.4.7 Interpretações Cruzadas

Para compreender melhor o perfil dos respondentes, cruzamos as respostas relacionadas ao tema. Nas imagens, abaixo, cruzamos as variáveis, Gênero (Pergunta 3 – P3), Faixa etária (Pergunta 4 – P4), Região do Brasil (Pergunta 5 – P5) com o Tipo de organização (Pergunta 6 – P6) e com o Área Principal de Atuação no setor da saúde (P2).

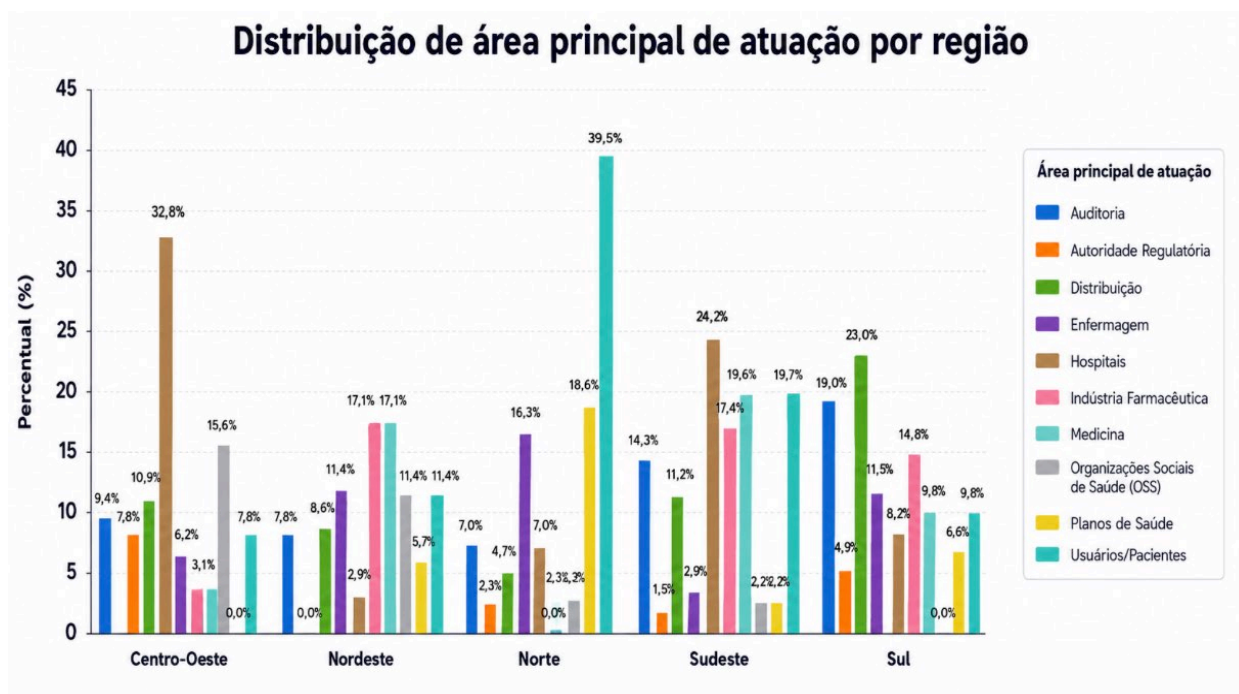
#### 3.4.7.1 Gênero vs. Área Principal de Atuação

Considerando a distribuição da ocupação por gênero, a maioria dos homens que responderam são médicos (24,3%) ou usuários do sistema de saúde (19,6%). Enquanto as mulheres que responderam são da indústria farmacêutica (20,6%) ou usuárias do sistema de saúde (17,7%).



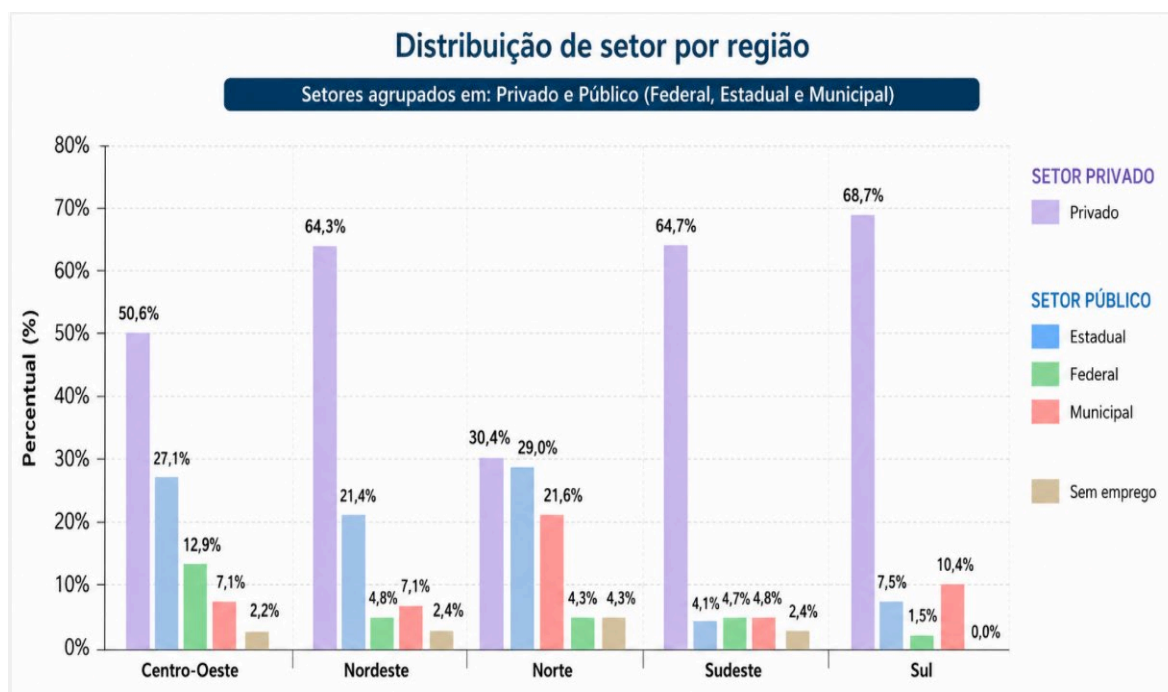
#### 3.4.7.2 Região vs. Principal Área de Atuação

Considerando as regiões, a maioria dos respondentes do Centro-Oeste eram vinculados à OSS (32,8%) e são enfermeiros (15,6%). No Nordeste, eram médicos (22,9%) ao lado de enfermeiros e vinculados à OSS (com 17,1% cada categoria). Na região Norte, predominou a participação de usuários e profissionais vinculados a planos de saúde, que corresponderam a quase 60% dos respondentes. Na região Sudeste, a indústria farmacêutica (24,2%) e os médicos (17,4%) representaram os grupos mais numerosos. Já na região Sul, distribuidores (23%) e auditores (19,7%) concentraram as maiores participações.



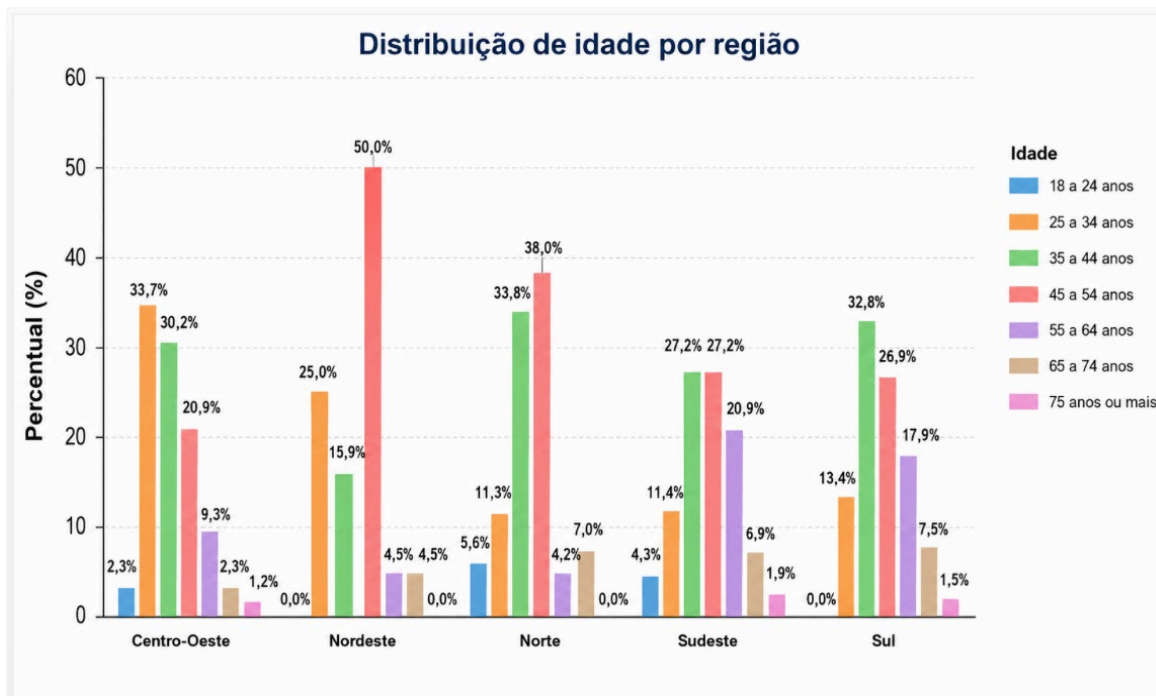
#### 3.4.7.3 Região vs. Setor

A Figura abaixo demonstra a distribuição dos respondentes por região e setor de atuação. Em todas as regiões analisadas, houve predominância de respondentes vinculados ao setor privado, com destaque para a Região Sul, na qual o percentual atingiu 68,7%, seguida do Sudeste (64,7%) e Nordeste (64,3%). No setor público, a participação variou entre as esferas federal, estadual e municipal. A esfera estadual apresentou maior representatividade no Centro-Oeste (27,1%) e no Norte (29,0%), enquanto a esfera municipal registrou maior percentual na Região Norte (21,6%). A participação do setor federal permaneceu relativamente baixa em todas as regiões, variando entre 1,5% e 12,9%. O grupo “sem emprego” apresentou percentuais reduzidos em praticamente todas as regiões, chegando a 0% na Região Sul. Os resultados indicam forte presença de respondentes do setor privado na amostra, acompanhada de participação heterogênea dos diferentes níveis do setor público entre as regiões brasileiras.



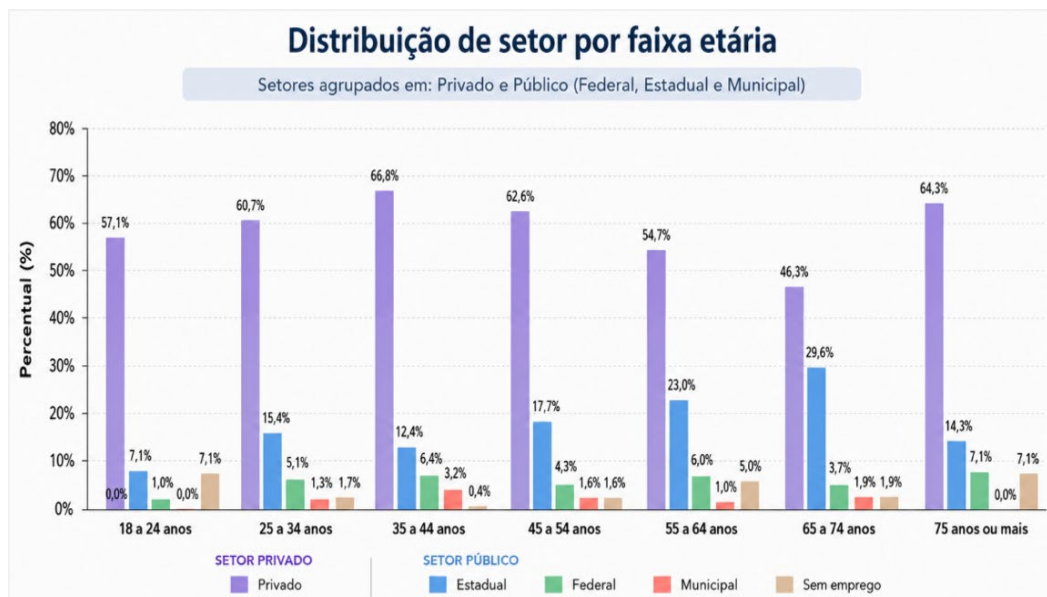
#### 3.4.7.4 Região vs. Idade

A Figura abaixo apresenta a distribuição etária dos respondentes por região do Brasil. Em todas as regiões, houve predominância de respondentes nas faixas entre 35 e 54 anos, embora com diferenças relevantes entre os grupos regionais. No Nordeste, a faixa de 45 a 54 anos concentrou metade dos respondentes (50,0%), configurando o maior percentual observado na figura. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, também houve destaque para as faixas entre 35 e 44 anos e entre 45 e 54 anos, enquanto no Sul e Sudeste a distribuição mostrou maior equilíbrio entre os grupos de 35 a 44 anos, 45 a 54 anos e 55 a 64 anos. As faixas etárias mais jovens, de 18 a 24 anos, apresentaram baixa participação em todas as regiões, assim como os respondentes com 75 anos ou mais. Os resultados indicam predominância de respondentes em idade economicamente ativa e com perfil profissional mais consolidado na composição da amostra.



### 3.4.7.5 Idade vs. Setor

A Figura apresenta a distribuição dos respondentes por faixa etária e setor de atuação. Em todas as faixas etárias, predominou a participação de respondentes vinculados ao setor privado, com percentuais superiores a 50% na maior parte dos grupos, alcançando 66,8% entre pessoas de 35 a 44 anos. A participação do setor público variou entre as esferas estadual, federal e municipal. A esfera estadual apresentou maior representatividade entre os respondentes com 65 a 74 anos (29,6%) e entre aqueles de 55 a 64 anos (23,0%). Já as esferas federal e municipal mantiveram percentuais relativamente reduzidos em praticamente todas as faixas etárias. O grupo “sem emprego” registrou participação baixa em todas as categorias analisadas. Os resultados indicam forte predominância de respondentes do setor privado independentemente da idade, acompanhada de participação mais heterogênea do setor público entre os diferentes grupos etários.



## 5. Percepção Quantitativa de Corrupção

A percepção dos respondentes sobre a presença e o grau de corrupção percebido no setor da saúde é a seguir analisado. As perguntas nesse item buscaram captar opiniões individuais sobre a magnitude do problema e sua ocorrência em diferentes tipos de instituições.

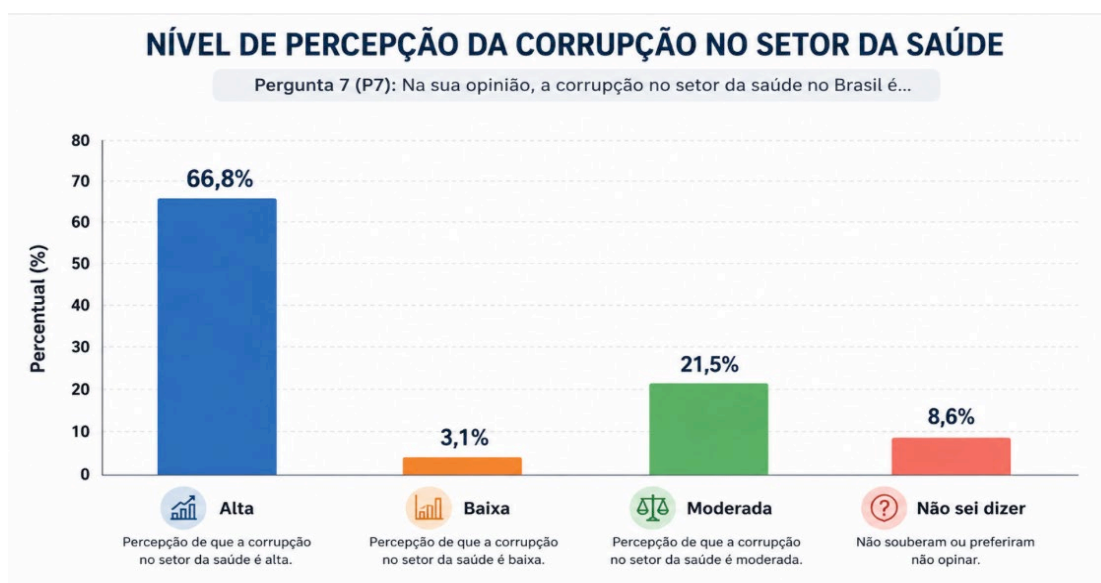
A Pergunta 7 – P7 (Na sua opinião, a corrupção no setor da saúde no Brasil é) tem caráter geral e tem por objetivo avaliar a percepção global dos respondentes quanto à intensidade da corrupção no setor, permitindo observar a forma como o tema é percebido pela população de maneira ampla e não necessariamente associada a um segmento específico. A Pergunta 8 – P8 e a Pergunta 9 – P9 aprofundam essa análise ao distinguir a percepção entre organizações públicas e privadas. A Pergunta 8 – P8 (Você acha que tem corrupção nas instituições públicas de saúde como hospitais, clínicas, SUS?) busca verificar a percepção dos respondentes sobre a corrupção no sistema público de saúde. Já a questão Pergunta 9 – P9 (Você acha que tem corrupção nas instituições privadas da saúde como hospitais, clínicas, laboratórios, OSS, indústria farmacêutica e de produtos para saúde, operadoras de saúde etc.?) tem por objetivo captar a visão dos respondentes sobre o mesmo fenômeno no âmbito privado.

Em conjunto, essas três perguntas possibilitam uma leitura comparativa entre as percepções de corrupção em diferentes esferas do setor da saúde pública e privada e fornecem subsídios para compreender como o tema é percebido pela sociedade em seus diversos segmentos. Esse bloco, portanto, tem caráter exploratório e descritivo, servindo como base para análises posteriores sobre

tendências, diferenças de percepção entre grupos de respondentes e fatores que podem influenciar essa percepção.

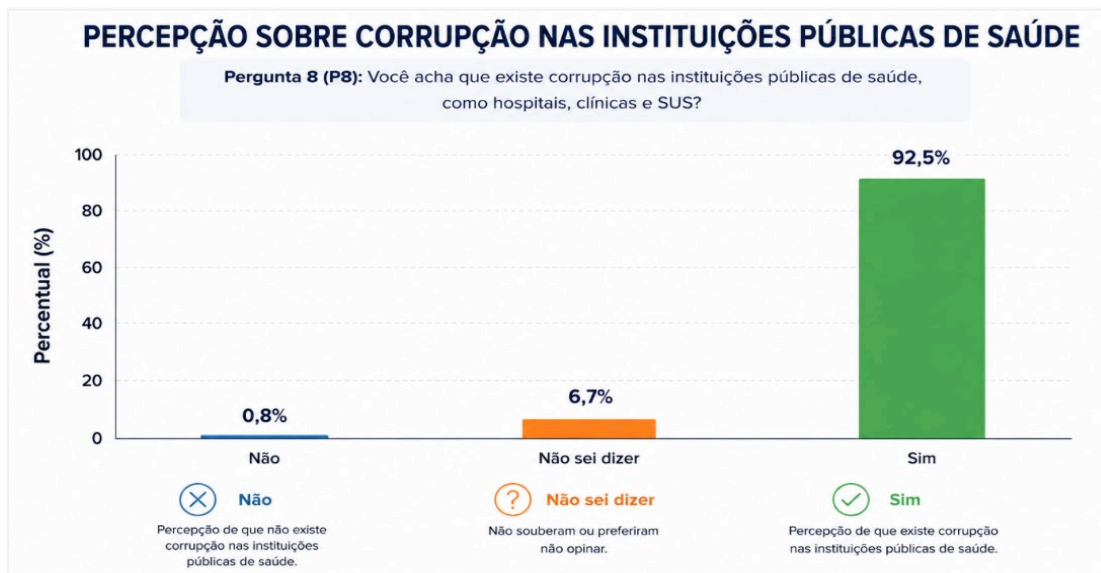
#### 4.1 Avaliação do Nível de Percepção da Corrupção do Setor de Saúde

Na avaliação sobre a corrupção no setor da saúde no Brasil (Pergunta 7 – P7), tivemos 871 respostas. Como se pode observar no gráfico abaixo, a grande maioria dos respondentes percebe a corrupção no setor de saúde como sendo alta 66,8% (582 respostas) ou moderada 21,5% (187 respostas). Isso indica que os respondentes tendem a perceber que o setor de saúde apresenta um grau elevado de corrupção.



#### 4.2 Corrupção no Setor Público

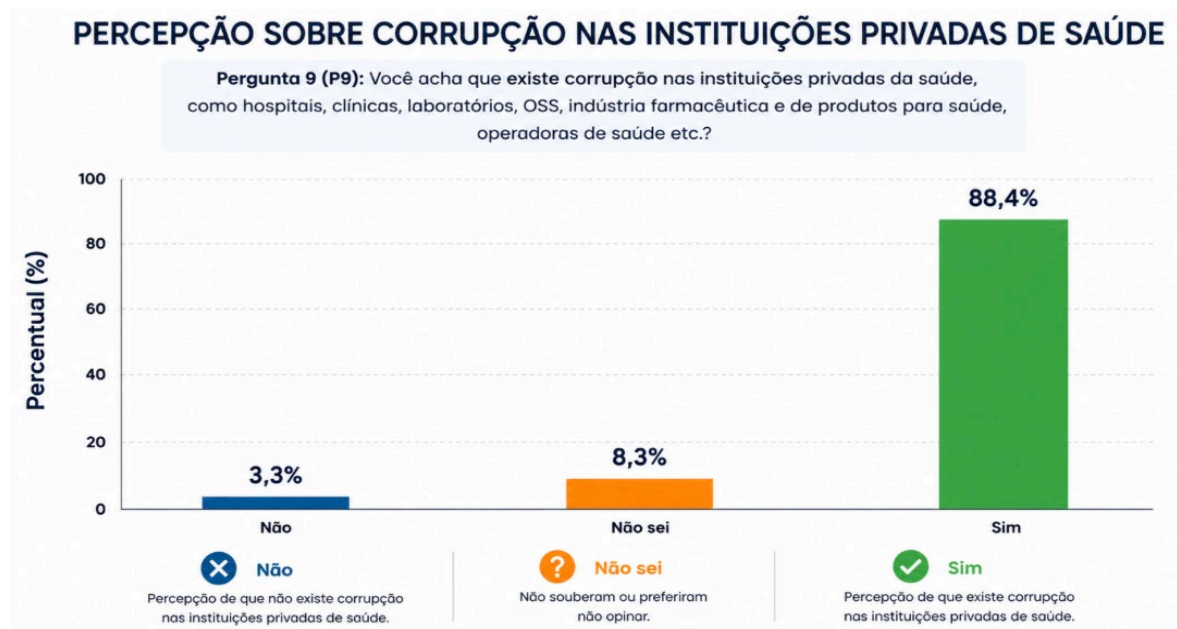
A Pergunta 8 – P8 (Você acha que tem corrupção nas instituições públicas de saúde como hospitais, clínicas, SUS?) representada na Figura abaixo traz a percepção de 861 respondentes sobre a existência de corrupção nas instituições públicas de saúde, incluindo hospitais, clínicas e o SUS. Os resultados indicam percepção amplamente majoritária de que há corrupção nesse segmento, posição compartilhada por 92,5% dos participantes. Apenas 0,8% afirmaram não perceber corrupção nas instituições públicas de saúde, enquanto 6,7% responderam “não sei dizer”. Os dados revelam elevado grau de desconfiança em relação à integridade do sistema público de saúde e sugerem que a percepção da corrupção constitui elemento fortemente presente na visão dos respondentes sobre o funcionamento dessas instituições.



### 4.3 Corrupção no Setor Privado

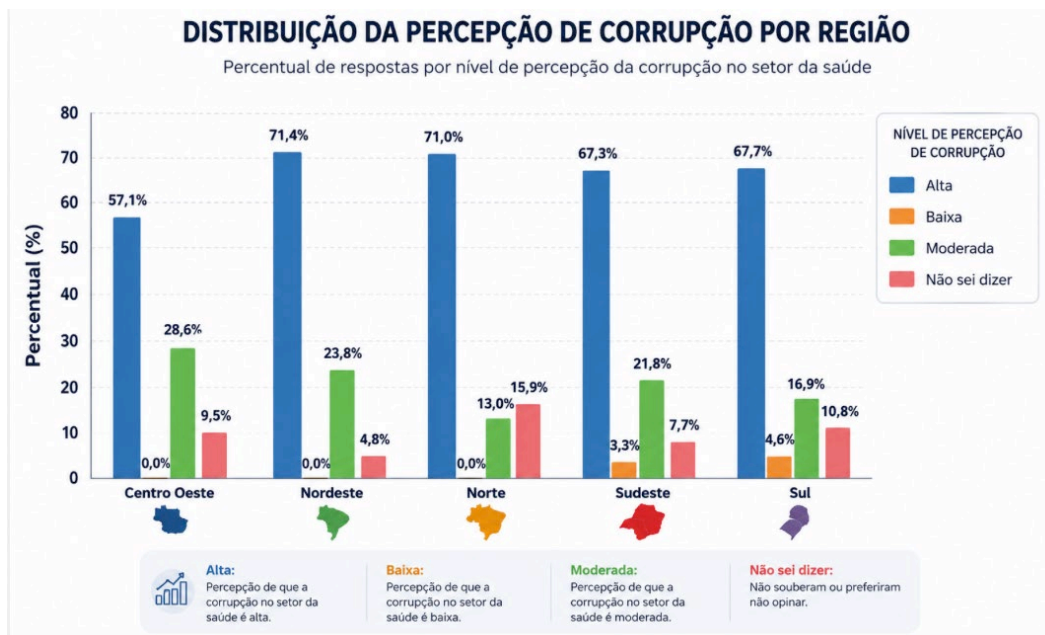
A Pergunta 9 – P9 trata da percepção dos respondentes quanto à corrupção no setor privado. Obtivemos 854 respostas para esta pergunta. A Figura apresenta a percepção dos respondentes sobre a existência de corrupção nas instituições privadas de saúde, incluindo hospitais, clínicas, laboratórios, OSS, indústria farmacêutica e de produtos para saúde, bem como operadoras de saúde. Os resultados demonstram que a ampla maioria dos respondentes (88,4%) considera que existe corrupção nesse segmento. Apenas 3,3% afirmaram não perceber corrupção nas instituições privadas de saúde, enquanto 8,3% responderam “não sei”. Os dados revelam percepção fortemente negativa quanto à integridade do setor privado da saúde, indicando que a corrupção é percebida pelos respondentes como um fenômeno presente tanto em organizações públicas quanto privadas do setor.

Em comparação com a percepção de corrupção sobre as instituições públicas de saúde, os resultados indicam que a corrupção foi percebida como ligeiramente mais intensa no setor público, que registrou 92,5% de respostas afirmativas, frente a 88,4% no setor privado. Ainda assim, os percentuais elevados em ambos os casos demonstram que a percepção da corrupção no setor da saúde é amplamente disseminada entre os respondentes, independentemente da natureza pública ou privada das instituições analisadas.



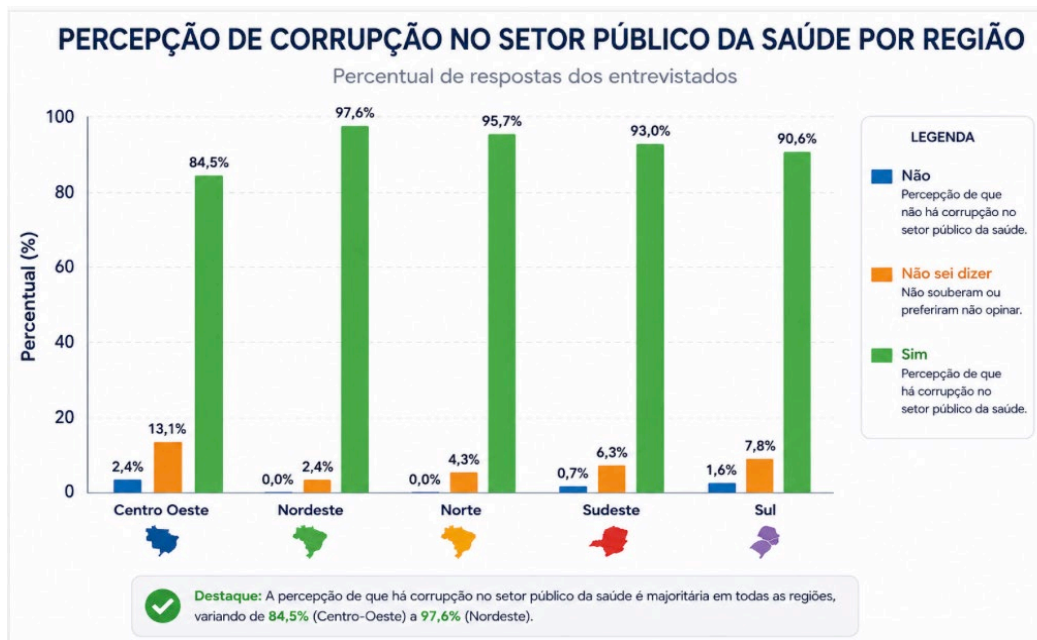
#### 4.4 Corrupção vs. Região

Para avaliar a percepção dos respondentes por região, cruzamos as respostas relacionadas às perguntas P7, P8 e P9 com as 5 regiões do país abrangidas por essa pesquisa. A Pergunta 7 P7 investigou a percepção sobre o nível de corrupção no setor da saúde, classificando-a como baixa, moderada ou alta. Já a Pergunta 8 – P8 (Você acha que tem corrupção nas instituições públicas de saúde como hospitais, clínicas, SUS?) e a Pergunta 9 – P9 (Você acha que a corrupção afeta a qualidade dos serviços de saúde oferecidos?) buscaram identificar se os respondentes acreditam existir corrupção, respectivamente, em instituições públicas de saúde, como hospitais, clínicas e o SUS, e em instituições privadas de saúde, como hospitais, clínicas, OSS e indústria farmacêutica. As opções de resposta para as perguntas P8 e P9 foram “sim”, “não” e “não sei”. A figura abaixo indica a percepção de corrupção no geral, ou seja, tanto no setor público quanto privado.

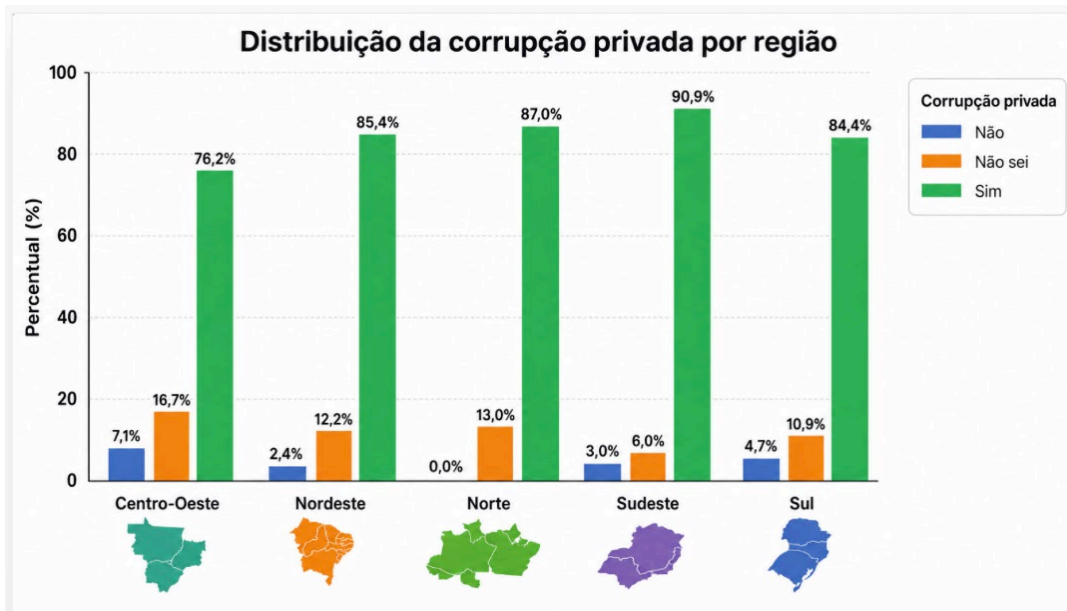


Com base na distribuição regional apresentada, a corrupção no setor da saúde é predominantemente percebida como “alta” ou “moderada” em todas as regiões do país. Em todas as áreas geográficas, a opção “alta” concentra a maior parte das respostas, indicando percepção consistente de gravidade do problema entre os respondentes (sempre acima de 57%). O Centro-Oeste apresentou o menor percentual da categoria “alta” (57,1%) e o maior percentual da categoria “moderada” (28,6%). Isso sugere percepção relativamente menos intensa da corrupção quando comparada às demais regiões. A categoria “baixa” registrou percentuais residuais ou inexistentes em praticamente todas as regiões, reforçando a percepção de que a corrupção é vista como um problema estrutural no setor. Observa-se, contudo, variação regional no grau de assertividade das respostas. A Região Norte apresentou o maior percentual de respostas “não sei dizer” (15,9%), superando inclusive a categoria “moderada” (13,0%). Esse resultado pode indicar maior incerteza dos respondentes em relação ao tema ou menor uniformidade na percepção sobre a corrupção no setor da saúde, refletindo diferenças regionais de contexto, experiência institucional ou acesso à informação. Nas demais regiões, predominou de forma mais expressiva a percepção de que a corrupção no setor da saúde é “alta”, especialmente no Nordeste (71,4%) e no Norte (71,0%). Além da análise regional, o estudo também examinou a percepção da corrupção separadamente nos setores público e privado da saúde.

Também analisamos a percepção de corrupção para os setores público e privado.



A Figura acima apresenta a percepção dos respondentes sobre a existência de corrupção no setor público da saúde segundo as diferentes regiões do Brasil. Em todas as regiões, predominou de forma expressiva a percepção de que existe corrupção nas instituições públicas de saúde, com percentuais superiores a 84%. O Nordeste registrou o maior percentual de respostas afirmativas (97,6%), seguido pelas regiões Norte (95,7%), Sudeste (93,0%) e Sul (90,6%). O Centro-Oeste apresentou o menor percentual de respostas “sim” (84,5%), embora ainda bastante elevado. As respostas negativas foram residuais em todas as regiões, variando entre 0% e 2,4%, enquanto a categoria “não sei dizer” apresentou percentuais relativamente baixos, com maior incidência no Centro-Oeste (13,1%). Os resultados demonstram elevada convergência regional na percepção de que há corrupção no setor público da saúde, sugerindo que esse fenômeno é percebido como problema disseminado nacionalmente, independentemente das especificidades regionais.



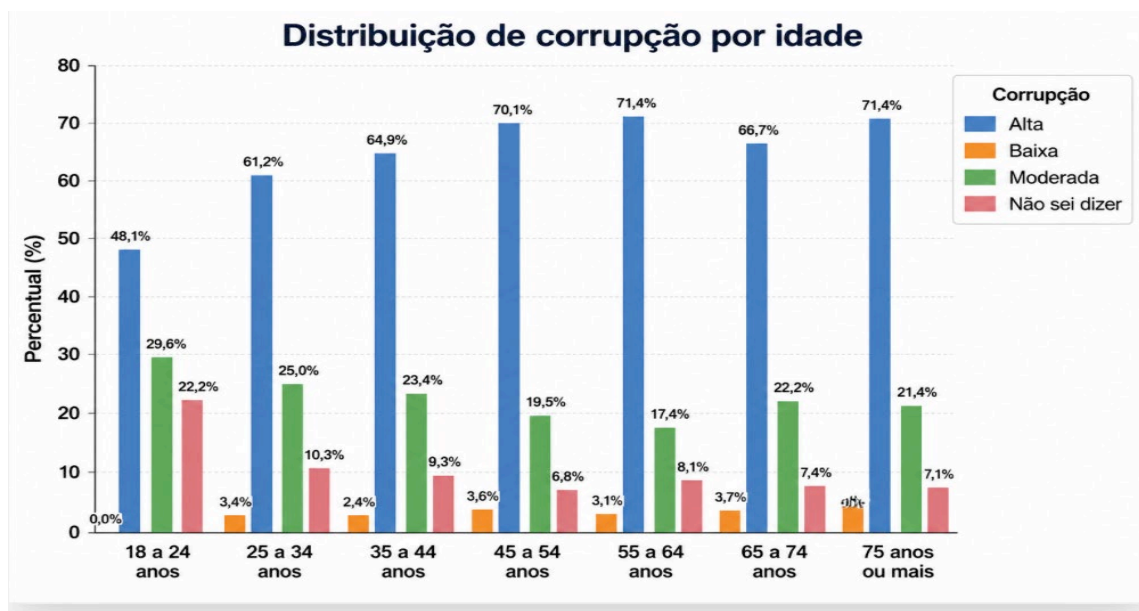
A figura evidencia elevada percepção de corrupção no setor privado em todas as regiões do país, já que a resposta “Sim” supera 75% em todos os casos. O Sudeste apresentou o maior percentual de percepção de corrupção privada (90,9%), seguido do Norte (87,0%) e do Nordeste (85,4%). Esses resultados sugerem que os respondentes dessas regiões identificam de forma mais intensa práticas percebidas como antiéticas ou irregulares no ambiente empresarial e nas relações entre agentes privados e o setor da saúde. O Centro-Oeste registrou o menor percentual de respostas afirmativas (76,2%), mas também apresentou o maior índice de respostas “Não sei” (16,7%), indicando maior incerteza ou menor clareza na percepção do fenômeno.

Outro aspecto relevante é que os percentuais de respostas “Não” permaneceram muito baixos em todas as regiões, variando entre 0,0% no Norte e 7,1% no Centro-Oeste. Isso demonstra relativa convergência nacional quanto à percepção da existência de corrupção no setor privado. A combinação entre altos índices de respostas afirmativas e baixos percentuais de negação reforça a percepção de que corrupção no setor da saúde não é vista pelos respondentes como um problema restrito ao setor público, mas como um fenômeno estrutural que também envolve empresas, fornecedores, prestadores de serviços e relações privadas no ecossistema da saúde.

Embora a percepção de corrupção tenha sido elevada tanto no setor público quanto no privado, os respondentes da região Centro-Oeste demonstraram tendência a considerar o setor privado relativamente menos corrupto, com diferença de cerca de 8 pontos percentuais em relação ao setor público.

## 4.5 Corrupção vs. Idade

Analisamos como a idade dos correspondentes podem interferir na percepção da corrupção.



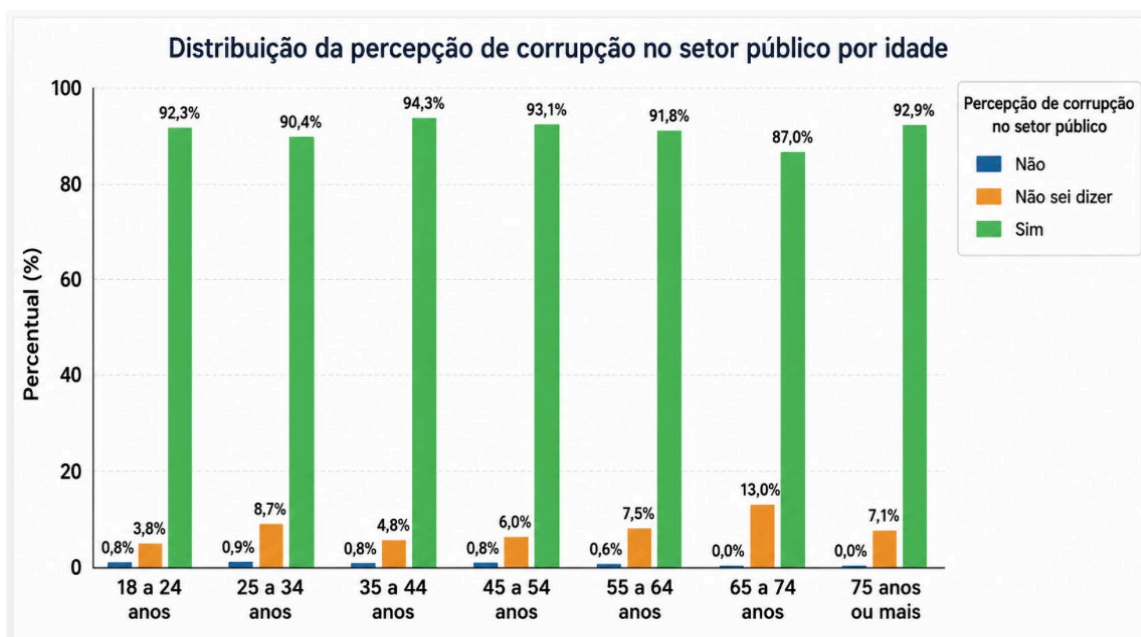
A figura demonstra que a percepção de corrupção elevada aumenta conforme a faixa etária avança, especialmente a partir dos 45 anos. Entre os respondentes de 18 a 24 anos, 48,1% classificaram a corrupção como “alta”, percentual significativamente inferior ao observado nas demais faixas etárias. Já entre os respondentes de 55 a 64 anos e de 75 anos ou mais, esse índice alcançou 71,4%, representando os maiores percentuais da amostra. O resultado sugere que respondentes mais velhos tendem a perceber a corrupção de forma mais intensa, possivelmente em razão de maior experiência profissional, maior exposição histórica a escândalos de corrupção ou visão mais crítica sobre as instituições e relações do setor da saúde.

Outro aspecto relevante é a redução progressiva das respostas “não sei dizer” conforme aumenta a idade dos respondentes. Enquanto a faixa de 18 a 24 anos registrou 22,2% de indecisão, os percentuais caíram para patamares entre 6% e 10% nas faixas etárias superiores. Isso indica que os respondentes mais jovens apresentam maior incerteza ou menor familiaridade com o tema, ao passo que os grupos mais velhos demonstram opiniões mais consolidadas. Além disso, as respostas que classificaram a corrupção como “baixa” permaneceram residuais em todas as faixas etárias, reforçando a percepção predominante de que a corrupção constitui um problema relevante no setor analisado.

No geral, a percepção predominante entre os respondentes é de que a corrupção no setor da saúde é elevada. Entretanto, os respondentes mais jovens (18 a 24 anos) apresentaram maior nível de indecisão, expresso pelo percentual mais elevado de respostas ‘não sei dizer’, além de menor percepção de corrupção alta em comparação às demais faixas etárias.

#### 4.5.1 Distribuição da Percepção de Corrupção no Setor Público por Idade

A figura abaixo apresenta a distribuição da percepção de corrupção no setor público da saúde segundo diferentes faixas etárias, permitindo identificar o grau de concordância dos respondentes quanto à existência de corrupção nesse segmento.



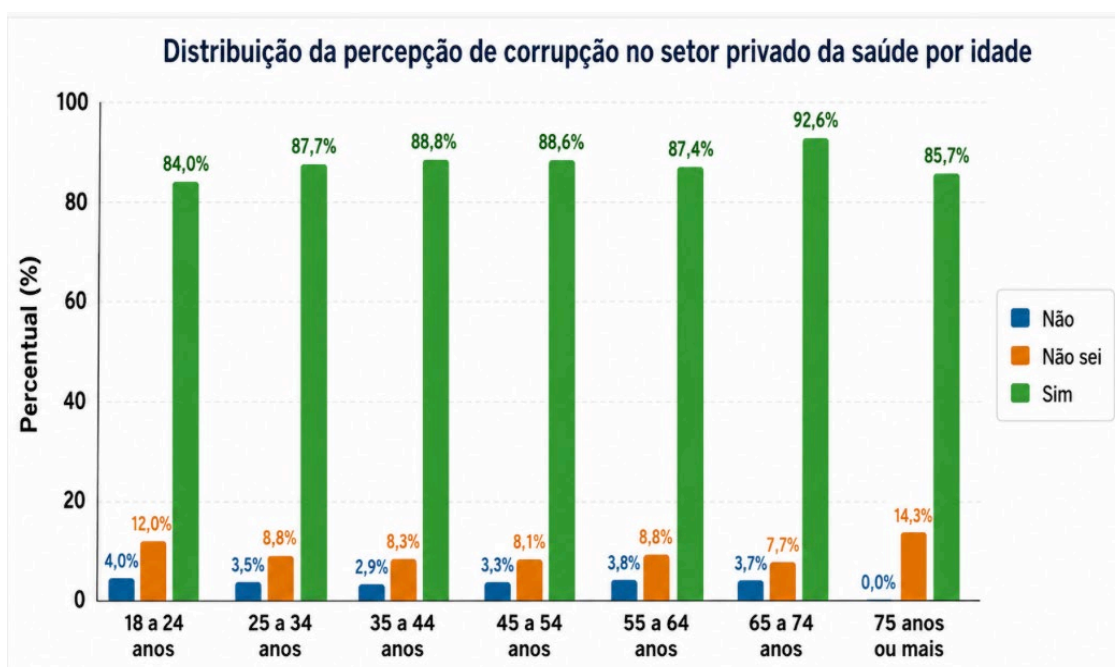
A figura demonstra forte convergência entre todas as faixas etárias quanto à percepção de corrupção no setor público da saúde. Em todos os grupos analisados, mais de 87% dos respondentes responderam “Sim” à existência de corrupção, com percentuais que alcançam 94,3% entre os respondentes de 35 a 44 anos. Os resultados revelam percepção amplamente disseminada de que a corrupção constitui um problema estrutural no setor público da saúde, independentemente da idade dos respondentes.

Outro aspecto relevante é que as respostas “Não” permaneceram praticamente inexistentes em todas as faixas etárias, variando entre 0% e 0,9%. Além disso, embora a opção “Não sei dizer” tenha apresentado percentuais ligeiramente mais elevados entre os respondentes de 65 a 74 anos (13,0%), os índices de indecisão permaneceram relativamente baixos no conjunto da amostra. O

resultado evidencia elevado grau de consenso social sobre a percepção de corrupção no setor público da saúde, com pouca variação geracional quando comparado a outros indicadores analisados na pesquisa.

#### 4.5.2 Distribuição da Percepção de Corrupção no Setor Privado por Idade

A figura abaixo ilustra como diferentes faixas etárias percebem a existência de corrupção no setor privado da saúde, evidenciando se há ou não possíveis variações geracionais na avaliação do problema.



A figura acima demonstra que a percepção de corrupção no setor privado da saúde também é elevada em todas as faixas etárias analisadas, com percentuais de respostas afirmativas (“Sim”) superiores a 84% em todos os grupos. O maior índice foi registrado entre os respondentes de 65 a 74 anos (92,6%), enquanto os menores percentuais apareceram entre os respondentes de 18 a 24 anos (84,0%) e de 75 anos ou mais (85,7%). Os resultados indicam relativa convergência entre as diferentes gerações quanto à percepção da existência de corrupção no setor privado da saúde.

Outro aspecto relevante é que os percentuais de respostas “Não” permaneceram baixos em todas as faixas etárias, variando entre 0% e 4%, o que reforça a predominância da percepção de corrupção no setor privado. Além disso, as respostas “Não sei” apresentaram percentuais mais elevados entre os mais jovens e os mais idosos, sugerindo maior incerteza ou menor clareza sobre o funcionamento das relações privadas no setor da saúde entre os extremos etários da amostra.

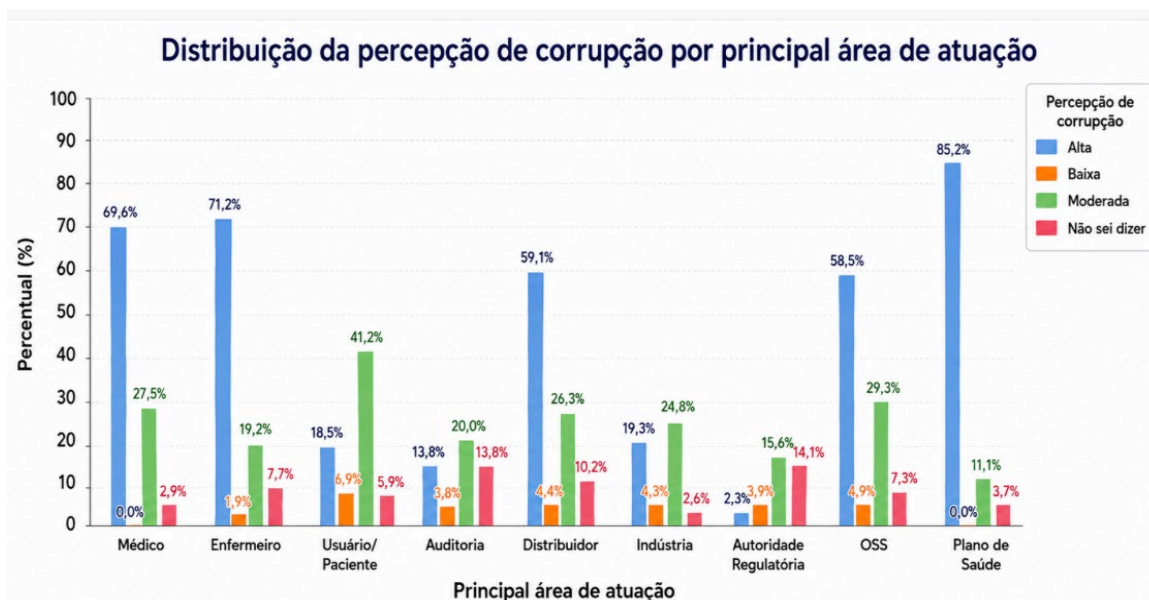
A comparação entre os resultados dos setores público e privado revela que a percepção de corrupção é elevada em ambos os segmentos da saúde, independentemente da faixa etária dos respondentes. Contudo, os percentuais de respostas afirmativas (“Sim”) foram sistematicamente mais altos no setor público, alcançando níveis superiores a 90% na maior parte das faixas etárias. No setor privado, embora a percepção de corrupção também seja predominante, os percentuais apresentaram maior variação e ligeiramente inferiores aos observados no setor público. Além disso, o setor privado registrou índices mais elevados de respostas “não sei”, especialmente entre os mais jovens (18 a 24 anos) e os mais idosos (75 anos ou mais), indicando maior incerteza ou menor consenso sobre a existência de corrupção nesse segmento. Já no setor público, as respostas “não” foram praticamente inexistentes em todas as faixas etárias, evidenciando percepção mais homogênea e consolidada da corrupção como problema estrutural.

#### 4.6 Corrupção vs. Área Principal de Atuação

Para avaliar como os setores de ocupação percebem a corrupção fizemos o cruzamento das perguntas P7, P8 e P9 com a área principal de atuação dos respondentes.

##### 4.6.1 Percepção de Corrupção no Setor Público por Área Principal de Atuação

A seguir, examinamos como a percepção de corrupção no setor público da saúde varia conforme a principal área de atuação dos respondentes. A análise permite identificar se há diferenças relevantes entre categorias profissionais quanto à intensidade da percepção do problema.

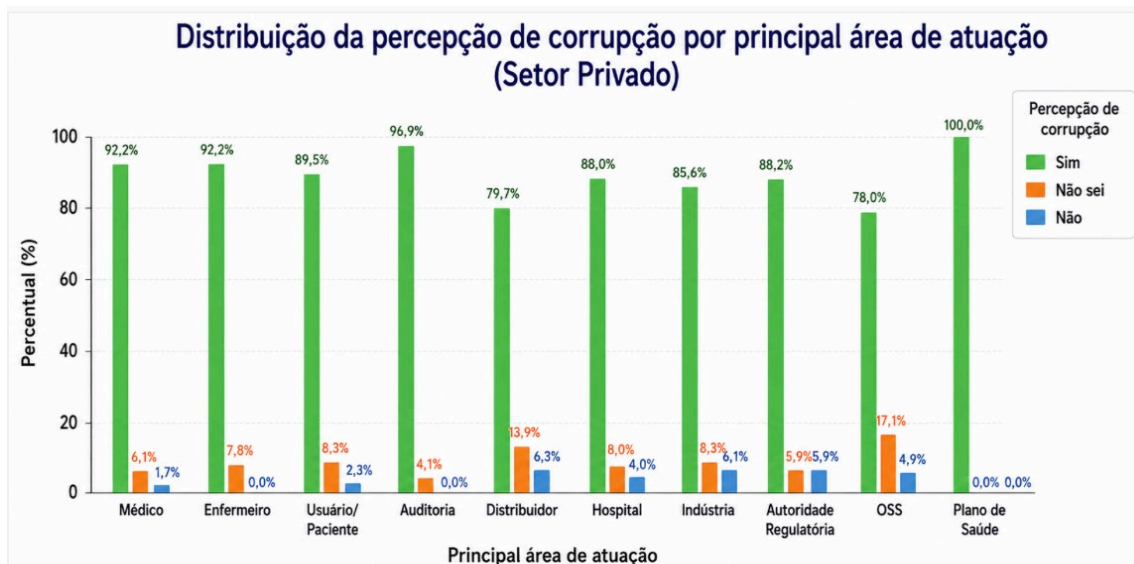


A figura acima demonstra que a percepção de corrupção elevada predomina entre praticamente todas as categorias profissionais analisadas. Os maiores percentuais de percepção de corrupção “alta” foram registrados entre profissionais vinculados a planos de saúde (85,2%), hospitais (72,0%) e enfermagem (71,2%), indicando visão mais crítica desses grupos em relação ao fenômeno. Auditores (69,6%), médicos (68,4%) e distribuidores (62,5%) também apresentaram percentuais expressivos de percepção elevada de corrupção. Em contraste, os respondentes ligados a autoridades regulatórias apresentaram o menor percentual de respostas classificando a corrupção como “alta” (47,1%) e o maior índice de respostas “moderada” (41,2%), sugerindo percepção relativamente menos severa quando comparada às demais categorias profissionais.

Além disso, as respostas “baixa” permaneceram residuais em praticamente todas as categorias analisadas, reforçando a predominância da percepção de corrupção elevada no setor da saúde. Os maiores índices de indecisão (“não sei dizer”) foram observados entre usuários/pacientes (14,1%) e distribuidores (13,8%), o que pode indicar menor acesso a informações institucionais ou experiências mais heterogêneas em relação ao tema.

#### 4.6.2 Percepção de Corrupção no Setor Privado por Área Principal de Atuação

Na sequência, analisamos de que maneira a principal área de atuação dos respondentes influencia a percepção de corrupção no setor privado da saúde. Os resultados permitem observar se há diferenças entre categorias profissionais quanto ao grau de criticidade atribuído ao problema.



A figura acima demonstra que a percepção de corrupção no setor privado da saúde é elevada em todas as categorias profissionais analisadas, com percentuais de respostas afirmativas (“Sim”) superiores a 78% em todos os grupos. O maior percentual foi registrado entre profissionais vinculados a planos de saúde, em que 100% dos respondentes reconheceram a existência de corrupção no setor privado. A unanimidade das respostas sugere elevado grau de consenso interno dessa categoria sobre a existência do problema, diferenciando-a das demais áreas analisadas. Ao mesmo tempo, esse dado também pode refletir maior familiaridade desses profissionais com práticas consideradas sensíveis ou vulneráveis a conflitos de interesse dentro da dinâmica do setor privado da saúde. Contudo, a interpretação deve considerar o tamanho da amostra da categoria, já que percentuais absolutos podem ser influenciados pelo número de respondentes em determinados grupos profissionais. Auditoria (96,9%), médicos (92,2%), enfermagem (92,2%) e usuários/pacientes (89,5%) também apresentaram índices bastante elevados, indicando percepção amplamente disseminada do problema entre diferentes áreas de atuação.

Por outro lado, respondentes ligados às OSS (78,0%) e distribuidores (79,7%) apresentaram percentuais relativamente menores de percepção de corrupção elevada, além de maiores índices de respostas “não sei”, especialmente entre profissionais de OSS (17,1%) e distribuidores (13,9%). Esse resultado pode sugerir maior heterogeneidade de experiências ou diferentes níveis de exposição às práticas e relações institucionais do setor privado da saúde. Além disso, as respostas “não” permaneceram residuais em praticamente todas as categorias profissionais, reforçando o elevado grau de consenso entre os respondentes quanto à percepção da existência de corrupção nesse segmento.

Ao comparar as percepções sobre os setores público e privado, os resultados indicam que os respondentes não estabelecem diferenças substanciais entre eles quanto à existência de corrupção. Em ambas as esferas, predominou a percepção de níveis elevados de corrupção, o que sugere que o fenômeno é compreendido como um problema estrutural do setor da saúde, e não como característica restrita à administração pública ou à iniciativa privada. Os dados revelam, portanto, percepção ampliada da corrupção como prática transversal, capaz de afetar diferentes atores, relações contratuais e cadeias de prestação de serviços no ecossistema da saúde.

Esse resultado merece atenção porque parcela significativa do debate público brasileiro costuma concentrar a corrupção em instituições públicas e, especialmente, no SUS. A pesquisa, contudo, demonstra que os respondentes também identificam riscos e práticas corruptas no setor privado, incluindo hospitais, indústria farmacêutica, distribuidores, organizações sociais de saúde (OSS) e operadoras de planos de saúde. O achado sugere que a percepção social sobre corrupção na

saúde ultrapassa a dicotomia tradicional entre “público ineficiente” e “privado eficiente”, indicando reconhecimento de vulnerabilidades institucionais presentes em ambos os ambientes.

Além disso, os resultados reforçam que a corrupção no setor da saúde não é percebida apenas como desvio financeiro isolado, mas como fenômeno associado a conflitos de interesse, assimetrias de informação, relações econômicas complexas e fragilidades de governança. Em um setor caracterizado por elevada dependência técnica, forte regulação estatal, grande volume de recursos financeiros e múltiplas interações entre agentes públicos e privados, as fronteiras entre interesses econômicos e decisões assistenciais tornam-se particularmente sensíveis.

Vale destacar, ainda, que todos os respondentes vinculados ao setor de planos de saúde afirmaram existir corrupção no setor privado. Embora o número de respondentes dessa categoria deva ser interpretado dentro dos limites da amostra, o resultado chama atenção por revelar percepção unânime entre indivíduos diretamente relacionados ao setor suplementar de saúde. Esse achado pode indicar maior familiaridade desses profissionais com práticas consideradas sensíveis, como conflitos de interesse, pressões comerciais, assimetrias contratuais, incentivos econômicos distorcidos e relações complexas entre operadoras, prestadores de serviços, fornecedores e demais agentes do mercado.

Por fim, os resultados também sugerem que a percepção de corrupção na saúde está relacionada à experiência prática e ao grau de proximidade institucional dos respondentes com os processos decisórios e operacionais do setor. Categorias profissionais mais expostas às dinâmicas regulatórias, contratuais e financeiras tenderam a apresentar percepções mais críticas, o que pode indicar maior visibilidade sobre vulnerabilidades estruturais e mecanismos informais presentes tanto no setor público quanto no privado.

#### **4.7 Vivências de Corrupção pelos Respondentes**

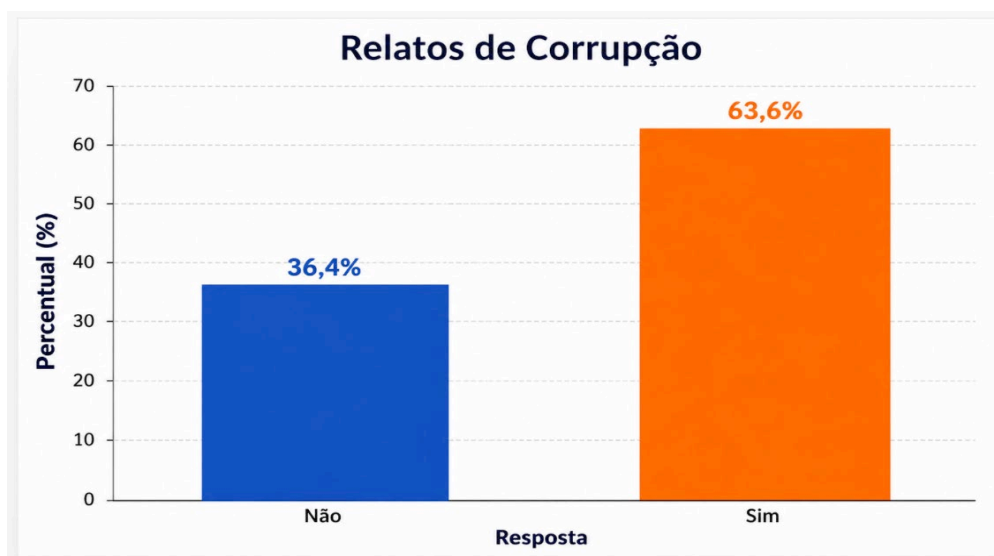
Além das perguntas voltadas à percepção geral sobre a corrupção, o questionário também incluiu um conjunto de questões destinado a identificar vivências diretas ou indiretas dos respondentes com práticas corruptas no setor da saúde. Essas perguntas permitem levantar não apenas a opinião sobre o tema, mas também o grau de exposição e proximidade dos respondentes em relação a comportamentos considerados irregulares no ambiente de trabalho e nas interações cotidianas com o sistema de saúde.

A Pergunta 23 – P23 até a Pergunta 28 – P28 exploram diferentes dimensões desse contato com situações de corrupção, abrangendo desde relatos de terceiros até experiências pessoais. A P23 (já ouviu relatos de condutas corruptas no ambiente de trabalho) e a P24 (já testemunhou condutas corruptas no ambiente de trabalho) tratam de episódios vivenciados no ambiente profissional, diferenciando entre o ato de ter ouvido relatos e o de testemunhar condutas corruptas. As Perguntas P25 e P26 investigam práticas associadas a processos clínicos e assistenciais, como prescrição de medicamentos e produtos de saúde mediante incentivos financeiros, e realização de exames ou procedimentos diagnósticos sem justificativa técnica, situações que representam riscos tanto éticos quanto econômicos. A Pergunta P27 aborda possíveis condutas corruptas na relação médico-paciente, incluindo cobrança indevida, propina para atendimento preferencial e favorecimento em exames ou tratamentos. Por fim, a Pergunta P28 examina manifestações de nepotismo, favoritismo e clientelismo em processos de contratação ou promoção de profissionais do setor público da saúde.

Em conjunto, essas perguntas buscam fornecer uma visão mais concreta sobre as formas de manifestação da corrupção percebida na prática, permitindo identificar áreas críticas, padrões de comportamento e possíveis diferenças de exposição entre grupos de respondentes e tipos de instituição.

#### 4.7.1 Relatos de Corrupção

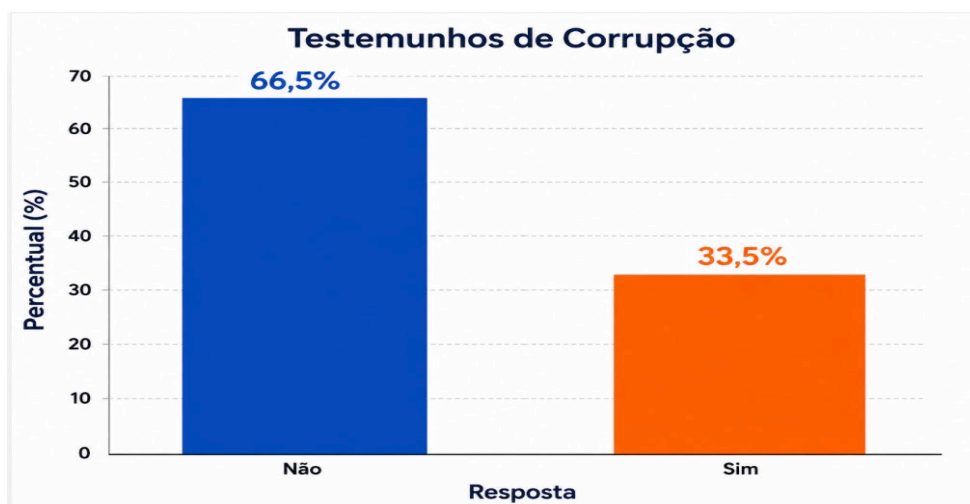
Além da percepção geral sobre os níveis de corrupção no setor da saúde, os respondentes também compartilharam relatos e experiências que ajudam a compreender como essas práticas se manifestam concretamente no cotidiano das organizações públicas e privadas.



A figura demonstra que a maioria dos respondentes afirmou já ter conhecimento, testemunhado ou tido contato com relatos de corrupção no setor da saúde. Ao todo, 63,6% responderam “Sim”, enquanto 36,4% indicaram “Não”. Os resultados sugerem que relatos envolvendo práticas corruptas fazem parte da percepção e da experiência de uma parcela significativa dos respondentes da pesquisa, indicando que o tema não é percebido apenas de forma abstrata ou distante da realidade cotidiana. O elevado percentual de respostas positivas reforça a ideia de que a corrupção na saúde é compreendida como um problema recorrente e amplamente disseminado, tanto no setor público quanto no privado. Além disso, o fato de mais de metade da amostra afirmar ter contato com relatos de corrupção pode indicar elevada circulação de informações, experiências indiretas ou testemunhos relacionados a irregularidades no ambiente da saúde. Esse cenário tende a contribuir para o fortalecimento da percepção social de vulnerabilidade do setor a práticas antiéticas e ilícitas, afetando a confiança nas instituições, nos profissionais e nos mecanismos de controle existentes.

#### 4.7.2 Testemunhos de Corrupção

Os depoimentos apresentados a seguir oferecem uma dimensão mais concreta e qualitativa sobre percepção de práticas corruptas no setor da saúde, permitindo identificar situações e experiências relatadas pelos próprios respondentes da pesquisa.

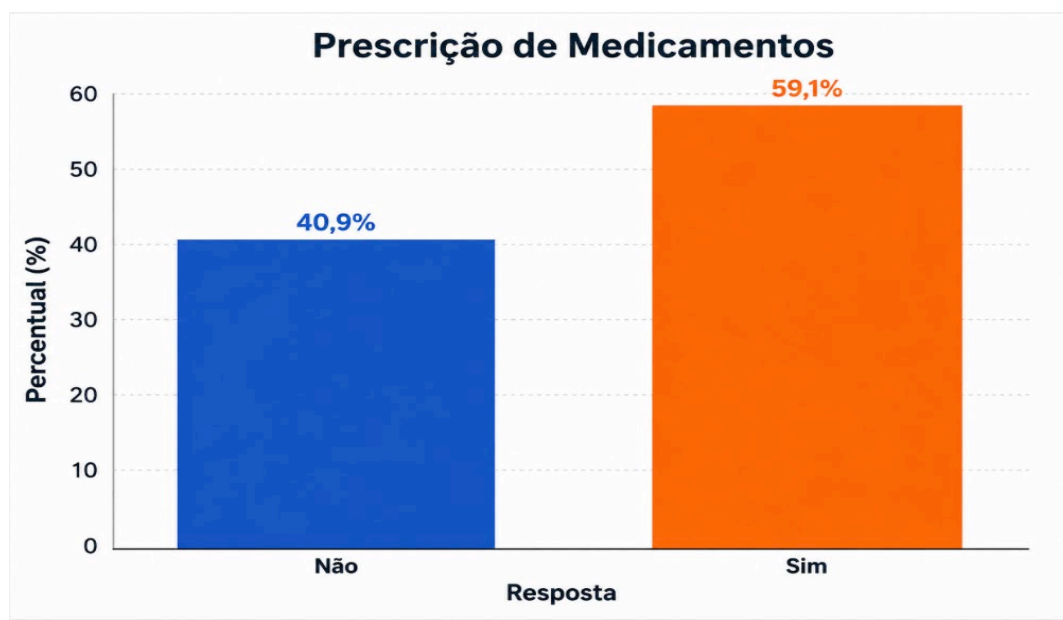


A figura demonstra que a maioria dos respondentes afirmou não ter testemunhado diretamente situações de corrupção no setor da saúde. Ao todo, 66,5% responderam “Não”, enquanto 33,5% indicaram “Sim”. Os resultados sugerem que, embora a percepção de existência de corrupção no setor seja elevada, nem todos os respondentes tiveram contato direto com episódios concretos ou

experiências pessoais envolvendo práticas corruptas. Ainda assim, o fato de aproximadamente um terço da amostra declarar ter testemunhado situações de corrupção representa um percentual expressivo e relevante. Esse dado indica que práticas irregulares não são percebidas apenas de forma abstrata ou mediada por notícias e discursos públicos, mas também aparecem em experiências efetivamente observadas pelos respondentes. A diferença entre percepção geral e testemunho direto pode refletir a natureza muitas vezes indireta, difusa ou pouco visível da corrupção na área da saúde, especialmente em práticas relacionadas a contratos, compras, favorecimentos ou conflitos de interesse que nem sempre são facilmente identificados pelos usuários e profissionais do setor.

#### 4.7.3 Vivências de Corrupção na Prescrição Medicamentos

As questões analisadas nesta seção abordam práticas relacionadas a processos clínicos e assistenciais que podem comprometer a integridade na área da saúde, especialmente em situações envolvendo incentivos financeiros para prescrição de medicamentos, produtos de saúde, exames e procedimentos sem adequada justificativa técnica. Esses comportamentos suscitam preocupações não apenas do ponto de vista ético, mas também em relação à qualidade do atendimento, à segurança do paciente e ao uso eficiente de recursos públicos e privados.



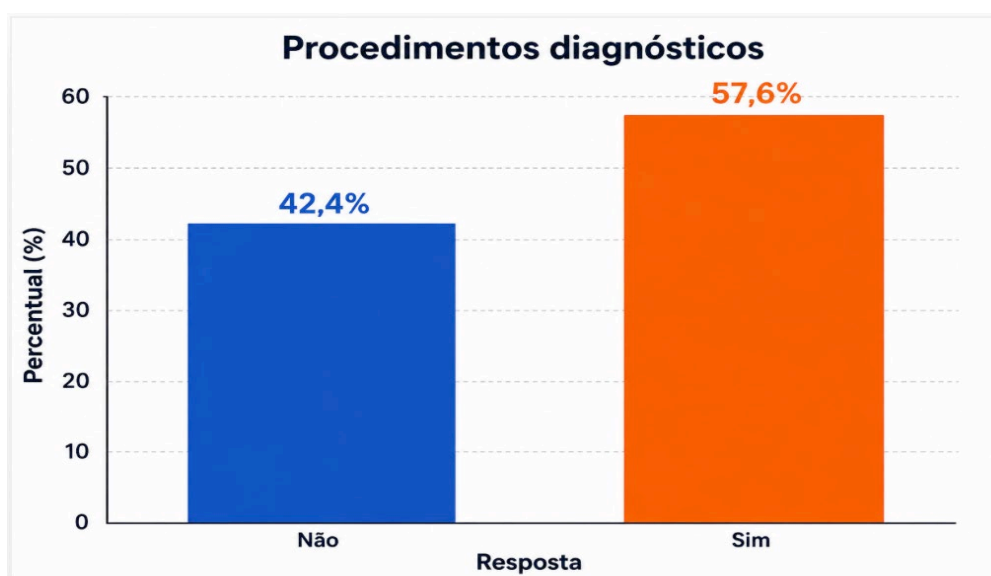
A figura demonstra que 59,1% dos respondentes afirmaram já ter presenciado casos de corrupção envolvendo prescrição de medicamentos e produtos de saúde, enquanto 40,9% responderam negativamente.

Os resultados indicam que práticas associadas a incentivos financeiros para prescrição médica são percebidas como situações concretas e relativamente frequentes por parcela significativa da amostra. Esse dado sugere que conflitos de interesse envolvendo profissionais da saúde, indústria farmacêutica, fornecedores e instituições de saúde fazem parte da experiência ou do conhecimento direto de muitos respondentes da pesquisa.

A elevada proporção de respostas positivas também revela preocupação com possíveis impactos éticos e assistenciais dessas práticas. A influência de interesses econômicos sobre prescrições pode comprometer a autonomia técnica das decisões médicas, estimular o uso inadequado de medicamentos e aumentar custos para pacientes e sistemas de saúde. Além disso, os resultados reforçam a percepção de que a corrupção na área da saúde não se restringe a contratos administrativos ou compras públicas, podendo também manifestar-se em atividades diretamente relacionadas ao cuidado clínico e ao atendimento de pacientes.

#### 4.7.4 Vivências de Corrupção nos Procedimentos Diagnósticos

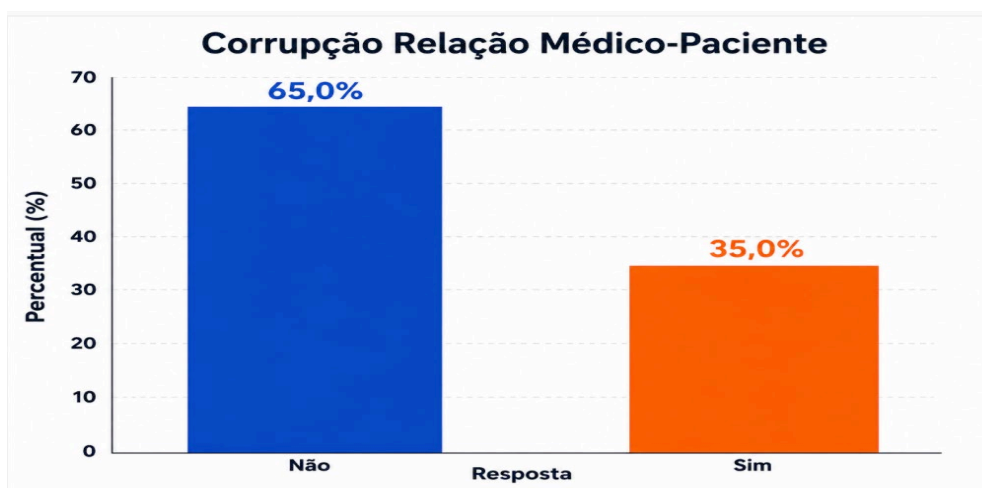
Esta seção examina a vivência dos respondentes sobre a realização de exames e procedimentos diagnósticos sem necessidade clínica comprovada, prática frequentemente associada a incentivos econômicos, conflitos de interesse e distorções nos modelos de remuneração da área da saúde (P26 presenciou ou suspeitou de casos de corrupção relacionados a procedimentos de diagnósticos e similares). Além dos impactos financeiros, esse tipo de conduta pode gerar riscos à segurança do paciente, desperdício de recursos e comprometimento da qualidade assistencial.



A figura demonstra que 57,6% dos respondentes afirmaram já ter presenciado casos de corrupção envolvendo a realização de exames ou procedimentos diagnósticos sem justificativa técnica adequada, enquanto 42,4% responderam negativamente. Os resultados indicam que práticas associadas à solicitação desnecessária de exames e procedimentos são percebidas por parcela significativa da amostra como situações concretas no setor da saúde. Esse dado sugere preocupação com possíveis incentivos econômicos, conflitos de interesse e distorções nos modelos de remuneração médica e hospitalar, capazes de influenciar decisões clínicas. A elevada proporção de respostas positivas também evidencia percepção de riscos relevantes para a eficiência do sistema de saúde e para a qualidade da assistência prestada. A realização de procedimentos sem necessidade clínica pode gerar desperdício de recursos públicos e privados, aumento de custos para pacientes e instituições, além de expor pacientes a intervenções desnecessárias e potenciais riscos à saúde. Os resultados reforçam, ainda, a percepção de que práticas associadas à corrupção podem ocorrer em atividades diretamente relacionadas ao atendimento assistencial e à tomada de decisão médica cotidiana.

#### 5.7.5 Vivências de Corrupção na Relação Médico-Paciente

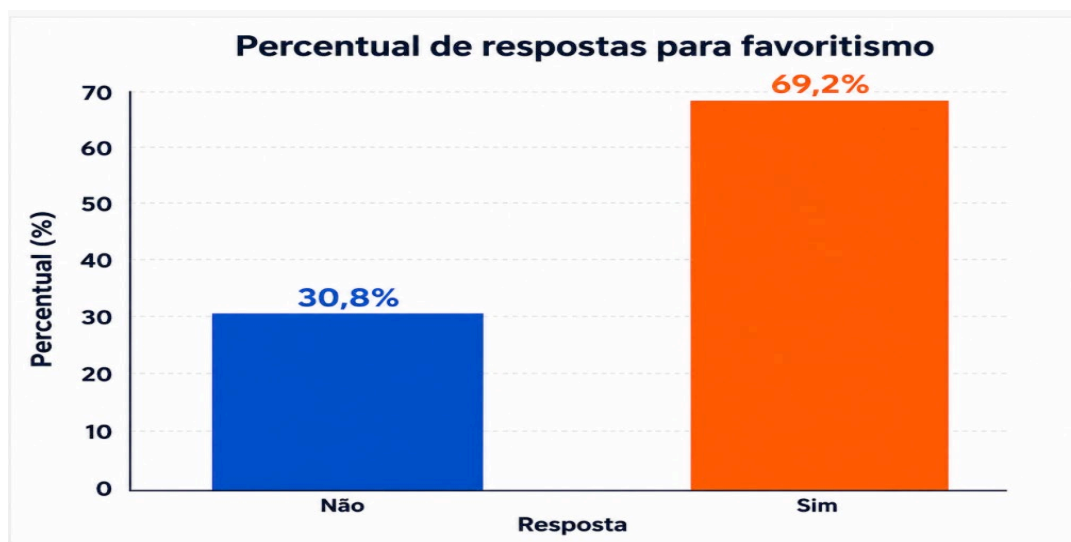
Esta seção aborda percepções relacionadas à vivência de práticas corruptas que podem surgir diretamente na relação entre médico-paciente, incluindo favorecimentos indevidos, pagamentos informais e outras condutas que comprometem princípios éticos fundamentais da atividade médica (P27 tem conhecimento ou foi vítima de práticas corruptas na relação entre médico-paciente). Os relatos e percepções apresentados permitem compreender como a corrupção também pode se manifestar nas interações individuais do cuidado em saúde, afetando a confiança, a equidade no acesso e a qualidade da assistência prestada.



A figura demonstra que 35% dos respondentes afirmaram já ter presenciado casos de corrupção na relação entre médicos e pacientes, enquanto 65% responderam negativamente. Embora a maioria da amostra indique não ter tido contato direto com esse tipo de prática, o percentual de respostas positivas permanece significativo e revela que situações dessa natureza fazem parte da realidade percebida por parcela relevante dos respondentes da pesquisa. Os resultados sugerem preocupação com condutas que podem comprometer princípios éticos centrais da atividade médica, especialmente a confiança, a imparcialidade e a equidade no atendimento. Entre as práticas potencialmente associadas a esse contexto estão favorecimentos indevidos, cobranças informais, facilitação de acesso privilegiado a procedimentos ou tratamentos e outras situações em que interesses pessoais ou financeiros possam interferir na relação médico-paciente. Além das implicações éticas, a percepção de corrupção nessa relação tende a afetar diretamente a credibilidade dos profissionais de saúde e das instituições do setor. Quando os pacientes percebem a possibilidade de tratamentos diferenciados ou vantagens indevidas, há risco de enfraquecimento da confiança no sistema de saúde e na integridade das decisões clínicas.

#### 4.7.6 Vivências de Corrupção e Favoritismo

Esta seção analisa percepções relacionadas a práticas de favoritismo no setor da saúde, incluindo tratamento privilegiado, indicações baseadas em relações pessoais e concessão de benefícios indevidos. Essas condutas podem comprometer critérios de imparcialidade, transparência e equidade, além de enfraquecer a confiança nas instituições e nos processos de tomada de decisão.



A figura demonstra que 69,2% dos respondentes afirmaram já ter presenciado práticas de favoritismo no setor da saúde, enquanto 30,8% responderam negativamente. Os resultados revelam que o favoritismo é percebido por parcela significativa da amostra como uma prática recorrente e concreta no cotidiano do setor da saúde. O elevado percentual de respostas positivas sugere preocupação com situações envolvendo tratamento privilegiado, facilitação de acesso, indicações baseadas em relações pessoais ou concessão de benefícios indevidos, em detrimento de critérios técnicos, transparentes e isonômicos. Esse tipo de prática pode ocorrer tanto em ambientes públicos quanto privados, afetando processos de contratação, atendimento, realização de procedimentos e acesso a recursos e serviços de saúde. Além das implicações éticas, a percepção disseminada de favoritismo tende a comprometer a confiança nas instituições e na imparcialidade das decisões no setor da saúde. Quando privilégios pessoais ou relacionais passam a influenciar o acesso a serviços e oportunidades, há risco de enfraquecimento da equidade, aumento da percepção de injustiça e redução da credibilidade dos mecanismos de gestão e controle.

## **6. Tabelas Cruzadas sob a Óptica Quantitativa**

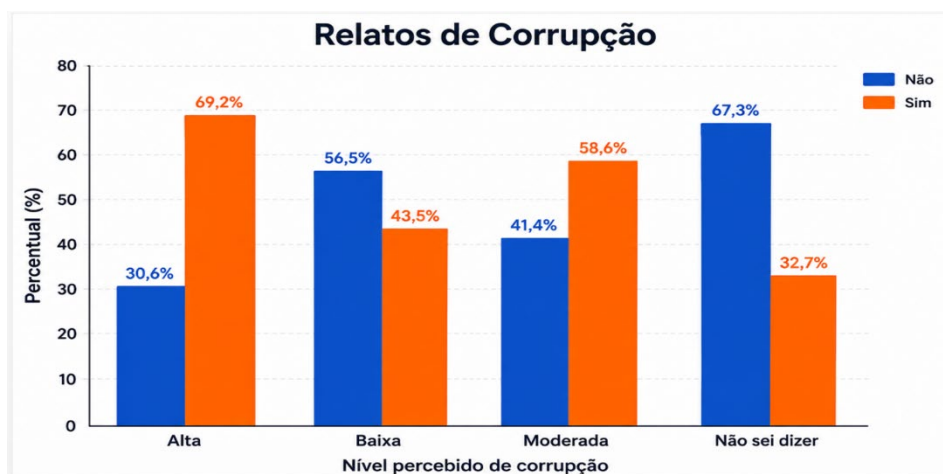
Com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciam a percepção de corrupção no setor da saúde, esta etapa da análise buscou relacionar as percepções declaradas (P7) com as vivências e experiências relatadas pelos respondentes em situações concretas de corrupção (Perguntas P23 a P28). A construção das tabelas cruzadas permite observar associações entre percepção e experiência prática, possibilitando identificar se a avaliação de corrupção como “alta”, “moderada” ou “baixa” está associada à exposição direta ou indireta a condutas corruptas no cotidiano profissional ou nas interações com o sistema de saúde.

Assim, foram cruzadas as respostas da pergunta P7 (Na sua opinião, a corrupção no setor da saúde no Brasil é) com as perguntas P23, P24, P25, P26, P27 e P28, que abordam diferentes dimensões de vivência, desde ouvir relatos e testemunhar condutas até presenciar práticas específicas em prescrições, diagnósticos, relações médico-paciente e processos de gestão pública.

Essa abordagem pode oferecer uma análise comparativa e exploratória, permitindo avaliar a coerência entre percepção e experiência e identificar padrões que possam indicar como o contato com situações concretas de corrupção influencia a percepção geral dos respondentes sobre o tema.

## 5.1 Percepção de Corrupção vs. Relatos Corrupção

Esta seção compara a percepção geral dos respondentes sobre a existência de corrupção no setor da saúde com os relatos concretos de experiências pelos respondentes da pesquisa. A análise permite verificar em que medida a percepção abstrata do fenômeno encontra correspondência em vivências práticas e episódios efetivamente identificados no cotidiano das organizações de saúde.

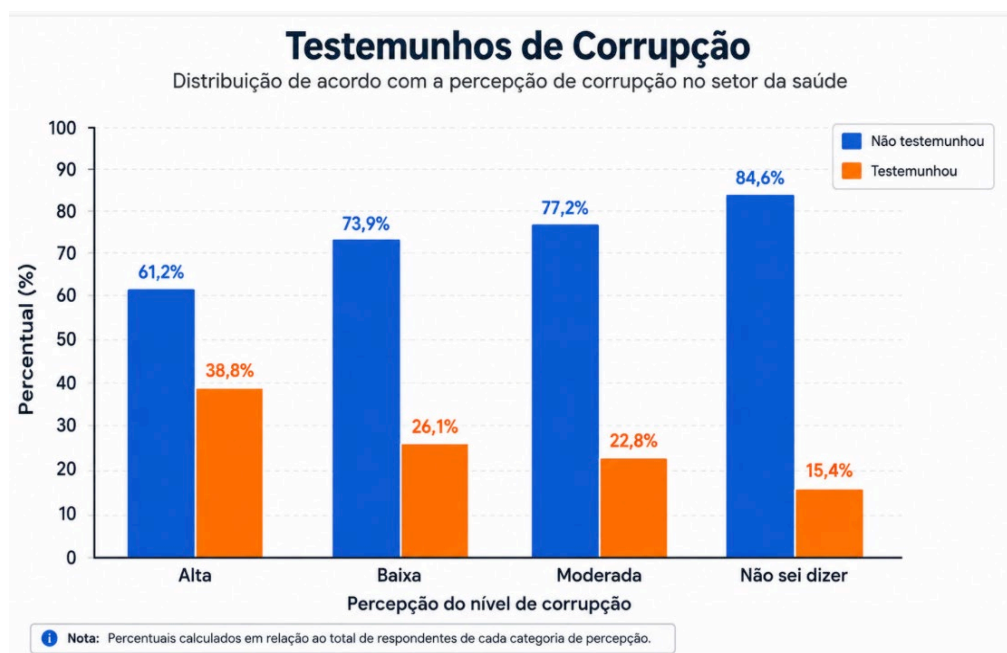


A figura acima relaciona a percepção geral sobre o nível de corrupção no setor da saúde com a existência de relatos de corrupção entre os respondentes. As barras azuis representam os respondentes que responderam “Não” para relatos de corrupção, enquanto as barras laranja representam aqueles que responderam “Sim”.

Os resultados mostram uma associação clara entre maior percepção de corrupção e maior número de relatos. Entre os respondentes que afirmaram existir “alta” corrupção no setor, 69,2% também relataram casos de corrupção, enquanto apenas 30,6% disseram não possuir relatos. Já entre aqueles que percebem a corrupção como “moderada”, 58,6% afirmaram ter relatos de corrupção. Em sentido oposto, entre os respondentes que classificaram a corrupção como “baixa”, predominam aqueles que não possuem relatos de corrupção (56,5%). O mesmo ocorre entre os respondentes que responderam “não sei dizer”, grupo no qual 67,3% afirmaram não possuir relatos. Os dados sugerem que experiências concretas, testemunhos ou contato com relatos de corrupção influenciam diretamente a percepção sobre a gravidade do problema no setor da saúde. Quanto maior o contato dos respondentes com situações envolvendo corrupção, maior tende a ser a percepção de que o fenômeno ocorre de forma intensa. Por outro lado, a ausência de relatos aparece associada a percepções menos severas ou mais incertas sobre a existência de corrupção.

## 5.2 Percepção de Corrupção vs. Vivência de Corrupção

Examinamos a seguir relação entre a percepção dos respondentes sobre a existência de corrupção no setor da saúde e suas experiências diretas ou indiretas com situações envolvendo práticas corruptas. A comparação permite avaliar se a percepção do problema decorre apenas de uma compreensão geral do contexto institucional ou também de vivências concretas observadas pelos respondentes da pesquisa.

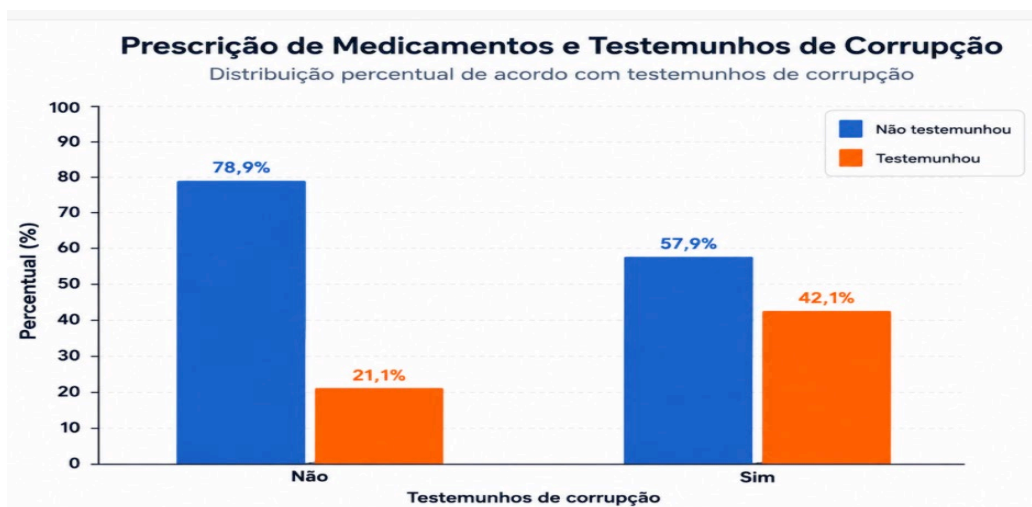


A figura apresenta a relação entre a percepção geral sobre o nível de corrupção no setor da saúde e o fato de os respondentes terem ou não testemunhado diretamente situações de corrupção. As barras azuis representam os respondentes que responderam “Não” para testemunhos de corrupção, enquanto as barras laranja representam aqueles que responderam “Sim”. Os resultados mostram que, mesmo entre os respondentes que percebem níveis elevados de corrupção no setor, a maioria afirma não ter testemunhado diretamente situações concretas. Entre aqueles que classificaram a corrupção como “alta”, 61,2% responderam que não testemunharam casos de corrupção, enquanto 38,8% afirmaram já ter testemunhado. Esse percentual é o mais elevado de testemunhos diretos entre todas as categorias de percepção. Nas categorias “baixa” e “moderada”, a proporção de respondentes que afirmam não ter testemunhado corrupção é ainda maior, alcançando 73,9% e 77,2%, respectivamente. Já entre os respondentes que responderam “não sei dizer”, 84,6% afirmaram não possuir testemunhos de corrupção, enquanto apenas 15,4% relataram ter testemunhado situações dessa natureza.

Os dados sugerem que a percepção de corrupção no setor da saúde não depende exclusivamente de experiências diretas. Muitos respondentes consideram existir corrupção elevada mesmo sem terem testemunhado pessoalmente episódios concretos, o que pode refletir influência de notícias, relatos indiretos, percepção institucional, experiências de terceiros ou desconfiança generalizada em relação ao setor. Ao mesmo tempo, o gráfico indica que os testemunhos diretos tendem a ser mais frequentes entre aqueles que percebem níveis mais altos de corrupção, reforçando a relação entre experiência concreta e agravamento da percepção do problema.

### 5.3 Percepção de Corrupção vs. Prescrição Medicamentos

A seguir, a análise compara a percepção geral de corrupção no setor da saúde com as percepções relacionadas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde mediante incentivos financeiros. A comparação permite identificar possíveis conexões entre a visão ampla do fenômeno e práticas específicas associadas ao cotidiano clínico e assistencial.



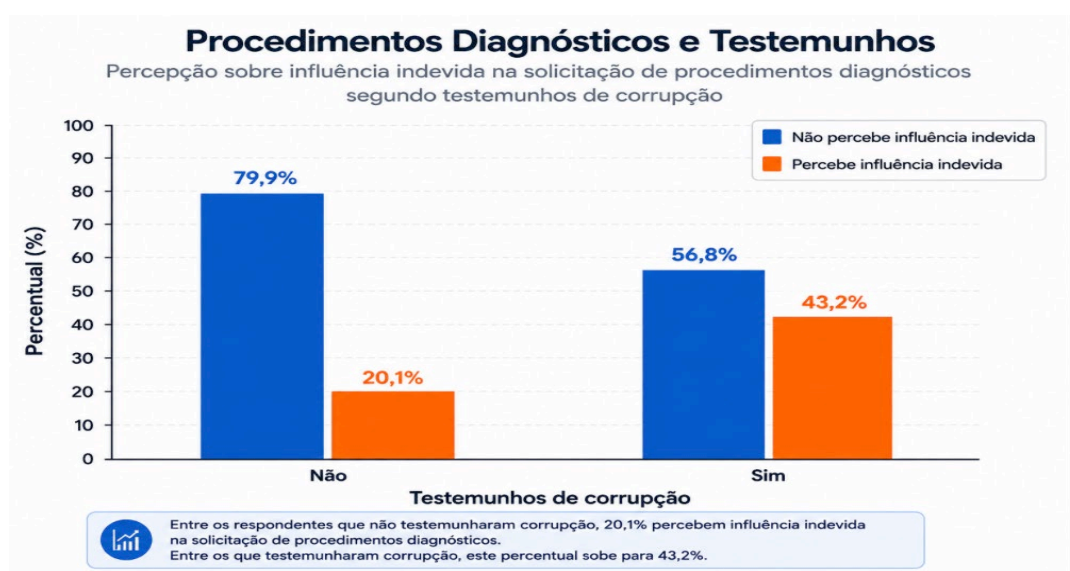
A figura apresenta a relação entre testemunhos de corrupção e prescrição de medicamentos influenciada por fatores indevidos. As barras azuis representam os respondentes que afirmaram não ter testemunhado corrupção, enquanto as barras laranja representam aqueles que afirmaram ter testemunhado situações de corrupção no setor da saúde. Os resultados demonstram uma associação relevante entre testemunhos de corrupção e percepção de práticas inadequadas relacionadas à prescrição de medicamentos. Entre os respondentes que não testemunharam corrupção, 78,9% responderam negativamente para práticas de prescrição influenciadas por fatores indevidos, enquanto 21,1% responderam positivamente. Em contraste, entre aqueles que afirmaram ter testemunhado corrupção, o percentual de respostas positivas sobe para 42,1%, praticamente o dobro. Esse resultado sugere que experiências concretas ou contato direto com situações de corrupção tendem a aumentar

a percepção sobre a existência de conflitos de interesse e incentivos indevidos na prescrição médica. Os dados indicam que indivíduos expostos a práticas corruptas no setor da saúde demonstram maior sensibilidade para identificar comportamentos potencialmente antiéticos relacionados à influência econômica sobre decisões clínicas.

A figura também reforça a compreensão de que a corrupção na saúde pode manifestar-se de maneira difusa e interligada. A percepção de irregularidades em um contexto mais amplo parece associada à percepção de práticas específicas envolvendo prescrição de medicamentos, indicando possível relação entre cultura organizacional permissiva, fragilidade de controles internos e naturalização de conflitos de interesse no ambiente assistencial.

#### 5.4 Percepção de Corrupção vs. Procedimentos Diagnósticos

Esta análise compara a percepção geral de corrupção no setor da saúde com os testemunhos relacionadas à realização de exames e procedimentos diagnósticos sem justificativa técnica adequada. O objetivo é verificar em que medida práticas associadas a incentivos econômicos, desperdício de recursos e conflitos de interesse são compreendidas pelos respondentes como manifestações de corrupção no ambiente da saúde.



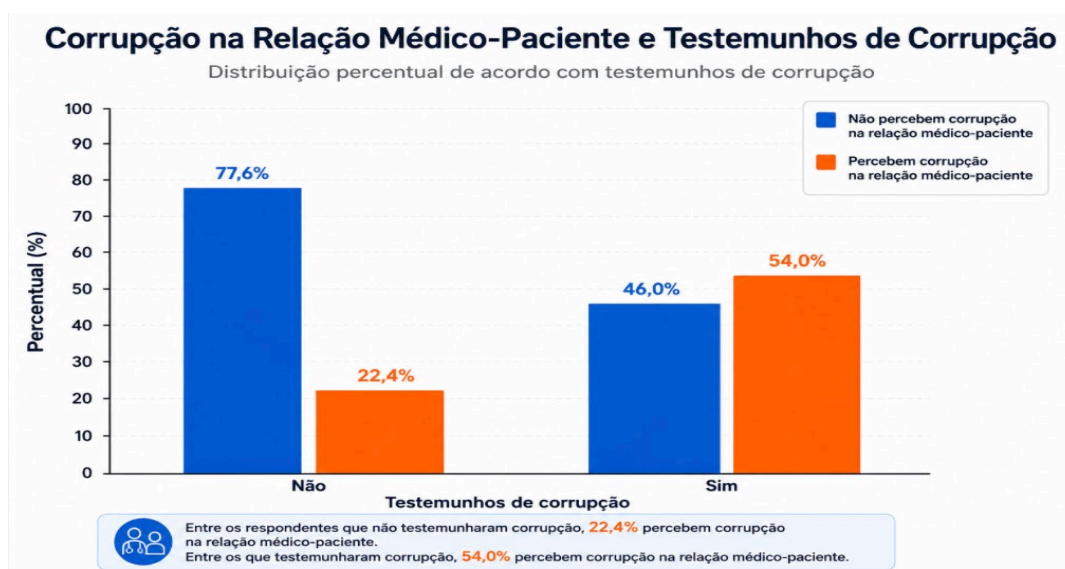
A figura apresenta a relação entre testemunhos de corrupção e percepções sobre a realização de procedimentos diagnósticos influenciados por fatores indevidos. As barras azuis representam os respondentes que não percebem influência inadequada na solicitação de exames e procedimentos, enquanto as barras laranja representam aqueles que percebem esse tipo de prática. Os resultados demonstram uma associação relevante entre testemunhos de corrupção e percepção de irregularidades

envolvendo procedimentos diagnósticos. Entre os respondentes que afirmaram não ter testemunhado corrupção, apenas 20,1% percebem influência indevida na solicitação de exames e procedimentos diagnósticos. Já entre aqueles que afirmaram ter testemunhado corrupção, esse percentual sobe para 43,2%, mais do que o dobro. Os dados sugerem que experiências concretas ou contato direto com situações de corrupção aumentam significativamente a percepção de práticas potencialmente antiéticas relacionadas à realização de exames e procedimentos sem justificativa técnica adequada. Esse resultado pode indicar maior sensibilidade dos respondentes expostos a contextos de corrupção para identificar conflitos de interesse, incentivos econômicos e possíveis distorções nas decisões clínicas.

A figura também reforça a percepção de que práticas corruptas no setor da saúde tendem a surgir de forma interligada. Respondentes que testemunham corrupção em sentido amplo também parecem perceber com maior frequência possíveis irregularidades em atividades assistenciais específicas, como a solicitação de exames e procedimentos diagnósticos, sugerindo relação entre ambiente institucional, fragilidade de controles e naturalização de práticas inadequadas.

### 5.5 Percepção de Corrupção vs. Corrupção Médico-Paciente

A seguir a análise relaciona a percepção geral de corrupção no setor da saúde com as percepções sobre práticas corruptas envolvendo diretamente a relação entre médicos e pacientes. A comparação permite compreender se condutas como favorecimentos indevidos, pagamentos informais e outros desvios éticos no atendimento são percebidos como parte do fenômeno mais amplo da corrupção na área da saúde.

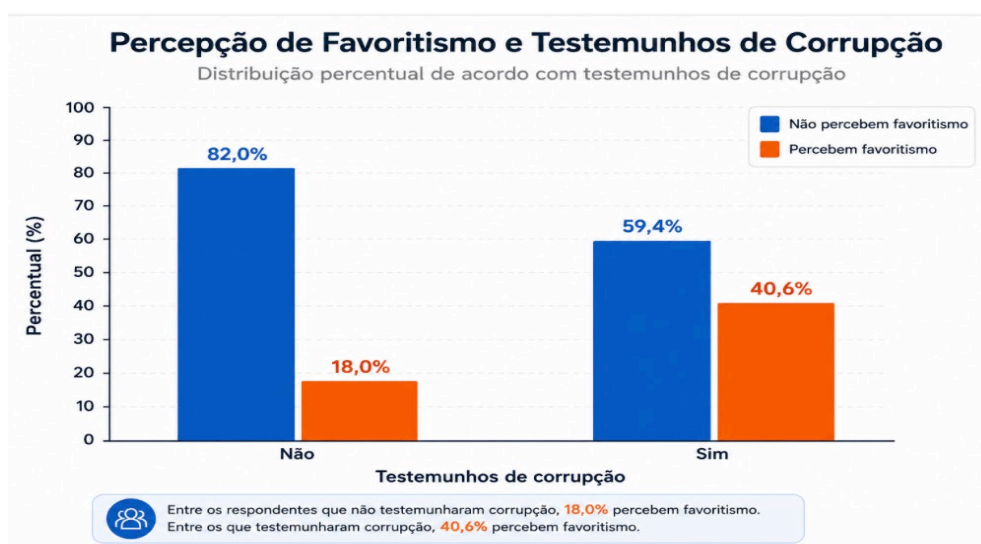


A figura demonstra que a percepção de corrupção na relação médico-paciente é significativamente mais elevada entre os respondentes que afirmaram ter testemunhado corrupção no setor da saúde. Entre aqueles que não testemunharam situações de corrupção, apenas 22,4% percebem práticas corruptas na relação médico-paciente. Já entre os respondentes que afirmaram ter testemunhado corrupção, esse percentual aumenta para 54%. Os resultados indicam que a experiência direta ou o contato concreto com práticas corruptas tende a ampliar a percepção sobre irregularidades em relações assistenciais mais próximas do cotidiano clínico. O dado sugere que respondentes expostos a ambientes percebidos como mais vulneráveis à corrupção também identificam com maior frequência condutas inadequadas envolvendo favorecimentos, privilégios ou interferências indevidas na relação entre médicos e pacientes.

Além disso, a diferença entre os grupos reforça a ideia de que a percepção de corrupção no setor da saúde não ocorre de maneira isolada. O contato com práticas corruptas em níveis institucionais mais amplos parece influenciar a forma como os respondentes avaliam comportamentos éticos em interações diretas de cuidado e atendimento médico.

## 5.6 Percepção de Corrupção vs. Favoritismo

Esta análise estabelece uma relação entre a percepção geral de corrupção no setor da saúde e as percepções sobre práticas de favoritismo em ambientes públicos e privados. O objetivo é compreender em que medida condutas como privilégios indevidos, favorecimento pessoal e tratamentos diferenciados são percebidas pelos respondentes como manifestações associadas à corrupção no setor da saúde.



A figura apresenta a relação entre testemunhos de corrupção e percepção de favoritismo no setor da saúde. As barras azuis representam os respondentes que não percebem favoritismo, enquanto as barras laranja representam aqueles que percebem esse tipo de prática. Os resultados mostram uma associação clara entre testemunhos de corrupção e percepção de favoritismo. Entre os respondentes que afirmaram não ter testemunhado corrupção, apenas 18% percebem favoritismo no setor da saúde. Já entre aqueles que afirmaram ter testemunhado corrupção, esse percentual sobe para 40,6%, mais do que o dobro.

Os dados sugerem que experiências concretas ou contato direto com situações de corrupção aumentam significativamente a percepção sobre práticas de favorecimento indevido em ambientes de saúde. Respondentes expostos a contextos percebidos como mais vulneráveis à corrupção parecem identificar com maior frequência situações envolvendo privilégios, tratamento diferenciado, influência de relações pessoais e flexibilização de critérios técnicos ou institucionais.

A figura também indica que o favoritismo pode funcionar como uma manifestação cotidiana e menos visível da corrupção. Diferentemente de grandes esquemas financeiros ou ilícitos complexos, práticas de favorecimento tendem a ocorrer em interações rotineiras, como acesso a serviços, realização de procedimentos, indicações internas ou priorização de determinados pacientes e fornecedores. Esse aspecto ajuda a explicar por que respondentes que testemunham corrupção em sentido mais amplo também relatam maior percepção de favoritismo no funcionamento das instituições de saúde.

Além disso, a diferença expressiva entre os grupos reforça a ideia de que a percepção de corrupção no setor da saúde não decorre apenas de notícias ou opiniões abstratas, mas também de experiências práticas vivenciadas pelos respondentes da pesquisa.

### **5.7 Síntese das Relações entre Percepção, Testemunhos e Vivências de Corrupção**

A análise conjunta das tabelas cruzadas indica que a percepção de corrupção no setor da saúde está fortemente associada a experiências concretas, testemunhos e identificação de práticas consideradas eticamente inadequadas pelos respondentes. As respostas afirmativas (“sim”) para ter presenciado situações envolvendo corrupção concentram-se especialmente em temas relacionados a relatos de corrupção, prescrição de medicamentos, procedimentos diagnósticos, relação médico-paciente e favoritismo. Esses resultados sugerem que os respondentes reconhecem as irregularidades principalmente em práticas cotidianas e diretamente ligadas ao funcionamento assistencial e às relações interpessoais no setor da saúde. As figuras também demonstram que respondentes que

afirmam ter testemunhado corrupção tendem a identificar com maior frequência outras práticas potencialmente associadas a desvios éticos, como favorecimentos indevidos, influência econômica sobre prescrições médicas e realização de procedimentos sem justificativa técnica adequada. No caso do favoritismo, por exemplo, 40,6% dos respondentes que testemunharam corrupção também afirmam perceber práticas de favorecimento, percentual significativamente superior ao observado entre aqueles que não testemunharam corrupção (18%). Padrão semelhante aparece nas análises sobre prescrição de medicamentos, procedimentos diagnósticos e corrupção na relação médico-paciente.

Outro aspecto relevante é a aparente contradição entre a baixa proporção de respondentes que afirmam ter testemunhado diretamente corrupção em sentido amplo e o elevado percentual daqueles que relatam ter presenciado práticas específicas potencialmente associadas a comportamentos corruptos. Embora 66,5% dos respondentes afirmem não ter testemunhado corrupção diretamente, parcela significativa relata experiências envolvendo favorecimentos, incentivos indevidos, conflitos de interesse e outras situações eticamente problemáticas. Os resultados também podem refletir um fenômeno frequente em pesquisas sobre corrupção: a tendência de os respondentes relatarem com maior facilidade práticas atribuídas a terceiros, colegas ou ao ambiente institucional do que experiências pessoais diretas. Em temas sensíveis, como corrupção na área da saúde, muitos respondentes podem sentir maior desconforto em admitir contato direto com situações potencialmente ilícitas ou antiéticas, especialmente em contextos profissionais. Isso pode contribuir para a diferença entre o baixo percentual de respondentes que afirmam ter testemunhado corrupção em sentido amplo e o elevado número daqueles que relatam episódios específicos envolvendo prescrições indevidas, procedimentos desnecessários, favoritismo e conflitos de interesse.

Esse cenário sugere que muitos respondentes associam o conceito de “corrupção” principalmente a práticas mais explícitas, institucionalizadas ou criminalmente tipificadas, como desvios financeiros, fraudes ou grandes esquemas ilícitos. Em contrapartida, práticas mais difusas e naturalizadas no cotidiano organizacional, como favorecimento pessoal, influência econômica sobre decisões clínicas ou facilitação indevida de acesso, nem sempre parecem ser reconhecidas como corrupção em sentido estrito, apesar de envolverem violações éticas relevantes. Os resultados indicam, portanto, que a corrupção no setor da saúde é percebida não apenas como um fenômeno institucional amplo, mas também como um conjunto de práticas disseminadas no cotidiano assistencial e organizacional. A presença recorrente de conflitos de interesse, favorecimentos e interferências indevidas nas decisões clínicas e administrativas contribui para fortalecer uma

percepção generalizada de vulnerabilidade ética no setor, ainda que muitos desses comportamentos permaneçam parcialmente normalizados ou subestimados pelos próprios participantes.

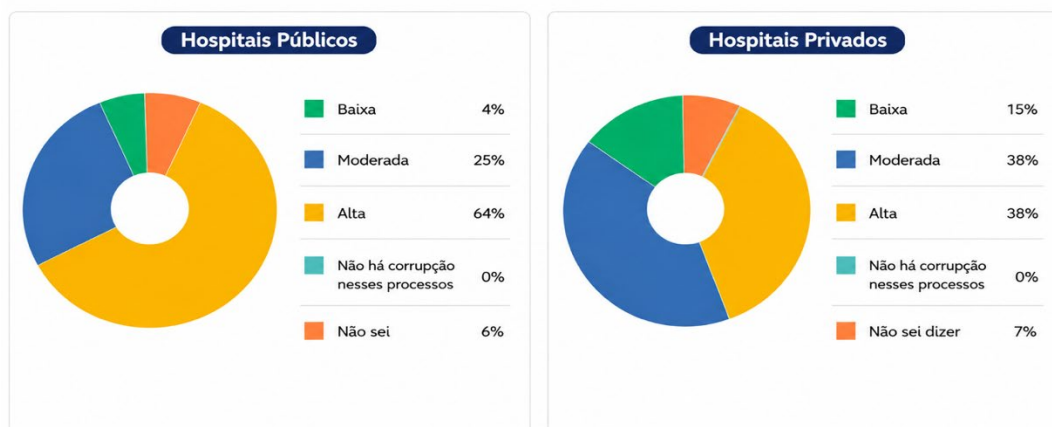
## **7. Vulnerabilidades e Processos de Risco**

Examinamos as áreas e processos do setor de saúde considerados mais suscetíveis às práticas corruptas, segundo a percepção dos respondentes. Esse eixo da pesquisa busca compreender onde os respondentes identificam maiores fragilidades institucionais, procedimentais ou relacionais, capazes de favorecer comportamentos irregulares e comprometer a integridade das organizações públicas e privadas do setor. Em conjunto, esses subitens buscam mapear os pontos do sistema de saúde percebidos como mais vulneráveis a irregularidades, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, controle e mitigação de riscos de corrupção adaptadas às realidades específicas de cada segmento do setor.

### **6.1 Vulnerabilidades na Aquisição de Equipamentos e Serviços em Hospitais Públicos e Privados**

Este item investiga a possibilidade de ocorrência de práticas corruptas na aquisição de equipamentos e serviços em hospitais públicos e privados, referentes às perguntas P19 (possibilidade de ocorrer corrupção nos processos de contratação e aquisição de equipamentos e serviços em hospitais públicos) e P20 (possibilidade de ocorrer corrupção nos processos de contratação e aquisição de equipamentos e serviços em hospitais privados). A análise compara as percepções dos respondentes sobre o risco de corrupção em ambos os setores, permitindo identificar diferenças na vulnerabilidade percebida. Dessa forma, é possível compreender quais ambientes são considerados mais suscetíveis a irregularidades, oferecendo subsídios para políticas de prevenção e mitigação da corrupção na gestão hospitalar.

## Aquisição de Equipamentos e Serviços em Hospitais Públicos e Privados



Há uma diferença expressiva na percepção dos respondentes quanto à percepção de práticas corruptas na aquisição de equipamentos e serviços em hospitais públicos e privados. No setor público, 64,13% dos respondentes atribuíram alto risco de corrupção, enquanto 25,42% classificaram essa possibilidade como moderada. No setor privado, por sua vez, houve maior concentração nas categorias intermediárias: 38,48% dos respondentes indicaram possibilidade moderada e 38,35% apontaram possibilidade alta.

Os resultados revelam que a aquisição de equipamentos e serviços hospitalares é percebida como uma área particularmente sensível a riscos de integridade, sobretudo no setor público. Esse achado pode estar relacionado ao elevado volume de recursos envolvidos, à complexidade técnica dos contratos, à recorrência de processos licitatórios e à histórica exposição midiática de escândalos envolvendo compras públicas na área da saúde. Também contribuem para essa percepção fatores como assimetria de informação entre gestores e fornecedores, dificuldades de fiscalização e fragilidades em mecanismos de controle e transparência.

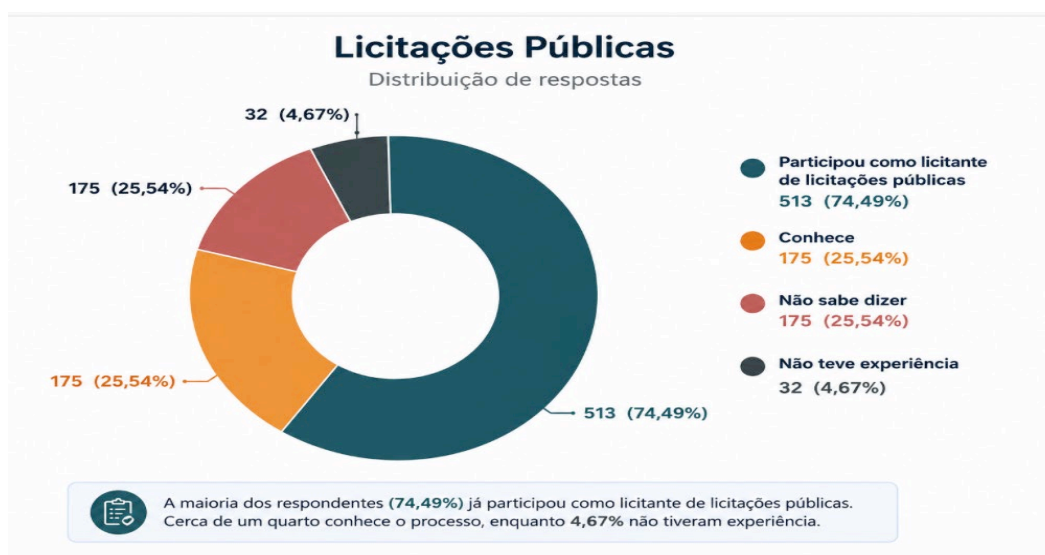
Embora o setor privado apresente percepção relativamente menos grave, os dados demonstram que a desconfiança permanece elevada. O fato de quase 40% dos respondentes identificarem alta possibilidade de corrupção em hospitais privados indica que o problema não é percebido como exclusivo da administração pública. A pesquisa sugere que práticas como favorecimento de fornecedores, conflitos de interesse, sobrepreço, direcionamento comercial e influência indevida da indústria de equipamentos e serviços médicos também são percebidas como riscos relevantes no ambiente privado.

A diferença entre os dois setores parece decorrer menos da ideia de ausência de corrupção no setor privado e mais da percepção de que o setor público reúne condições estruturais que ampliam

oportunidades para irregularidades, especialmente em razão da burocracia, da fragmentação dos processos de contratação, da pressão política e da gestão de recursos públicos em larga escala. Ainda assim, os resultados indicam que os respondentes compreendem a corrupção na saúde como um fenômeno sistêmico, que atravessa tanto instituições públicas quanto privadas, ainda que em intensidades distintas.

## 6.2 Vulnerabilidades e Licitações Públicas

Avaliamos, aqui, o risco de práticas corruptas nas licitações públicas.

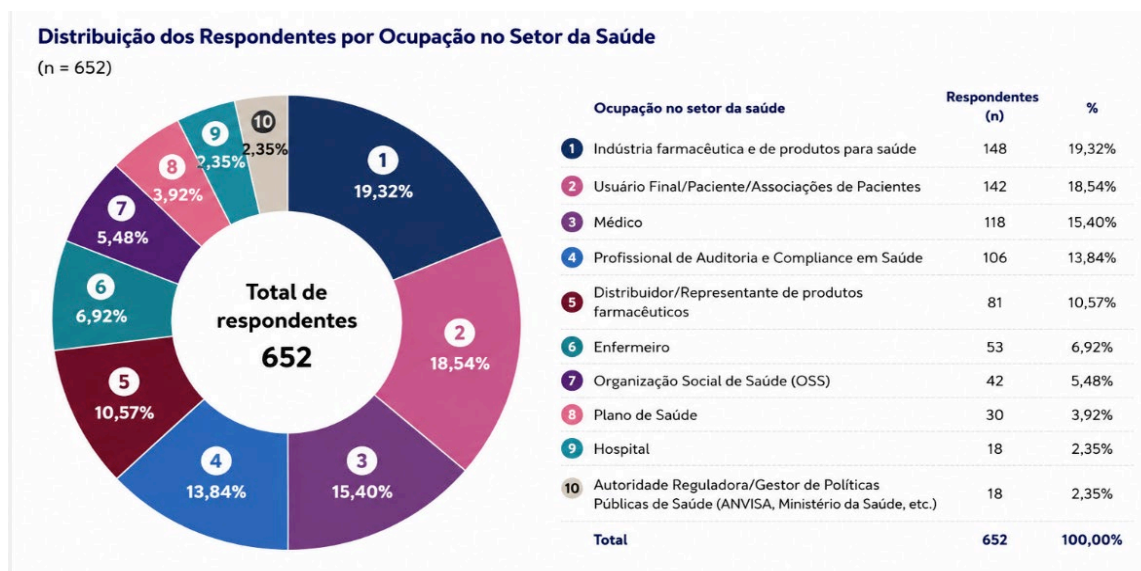


Com relação às licitações públicas, 68,49% dos respondentes percebem uma alta possibilidade de ocorrência de corrupção, enquanto 23,36% acreditam que a possibilidade seja moderada e apenas 0,53% consideram que não há corrupção nesse processo. Esses resultados indicam que os respondentes demonstram baixa confiança nas licitações públicas, refletindo uma percepção generalizada de vulnerabilidade e risco de práticas corruptas nesse contexto.

Os resultados reforçam a percepção de que as licitações públicas representam um dos processos mais vulneráveis à corrupção no setor da saúde. Esse entendimento pode estar relacionado à elevada complexidade técnica dos contratos, à presença de múltiplos fornecedores, ao alto volume de recursos movimentados e à recorrência de denúncias envolvendo direcionamento de editais, sobrepreço, fraudes competitivas e favorecimento indevido em processos licitatórios. A baixa proporção de respondentes que afirmam inexistir corrupção nesse contexto evidencia elevado grau de desconfiança em relação à integridade das contratações públicas na área da saúde.

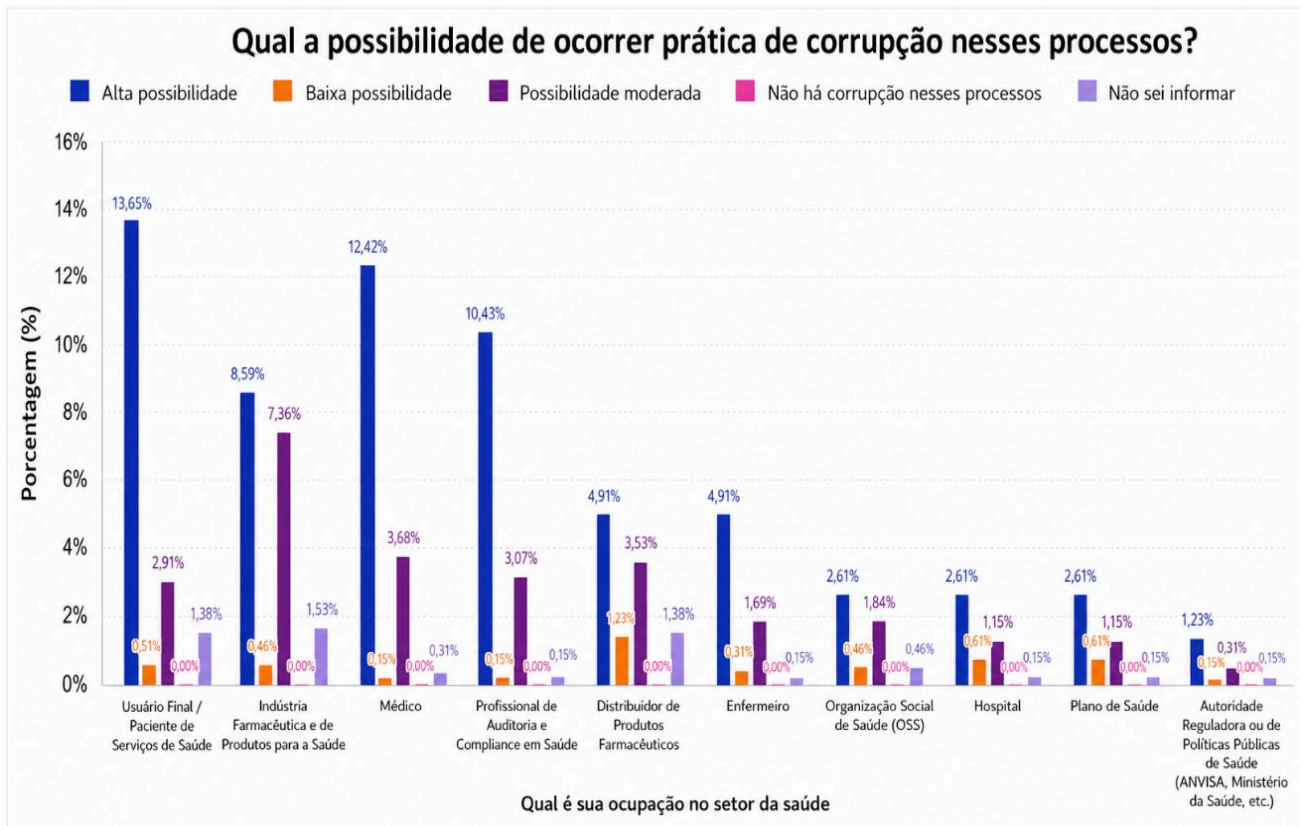
### 6.3 Vulnerabilidade e Principal Área de Atuação

Analisaremos a ocupação dos respondentes e sua percepção sobre a possibilidade de percepção de práticas corruptas.



A composição da amostra revela participação diversificada de diferentes segmentos do setor da saúde, permitindo captar percepções provenientes de múltiplos atores envolvidos no sistema. A maior representatividade concentra-se na indústria farmacêutica e de produtos para saúde (19,32%), seguida por usuários finais, pacientes e associações de pacientes (18,54%) e médicos (15,40%). Também há participação relevante de profissionais de auditoria e compliance em saúde (13,84%) e de distribuidores ou representantes de produtos farmacêuticos (10,57%), grupos diretamente relacionados a processos regulatórios, comerciais e de controle interno. Enfermeiros, organizações sociais de saúde (OSS), hospitais, operadoras de planos de saúde e autoridades reguladoras completam a amostra. Essa distribuição contribui para uma análise mais abrangente da percepção de corrupção no setor da saúde, ao incorporar visões provenientes tanto da assistência direta ao paciente quanto das áreas de gestão, fiscalização, regulação e fornecimento de produtos e serviços.

Após a apresentação da composição da amostra, a próxima figura analisa como os diferentes grupos ocupacionais percebem o risco de práticas de corrupção nos processos do setor da saúde.

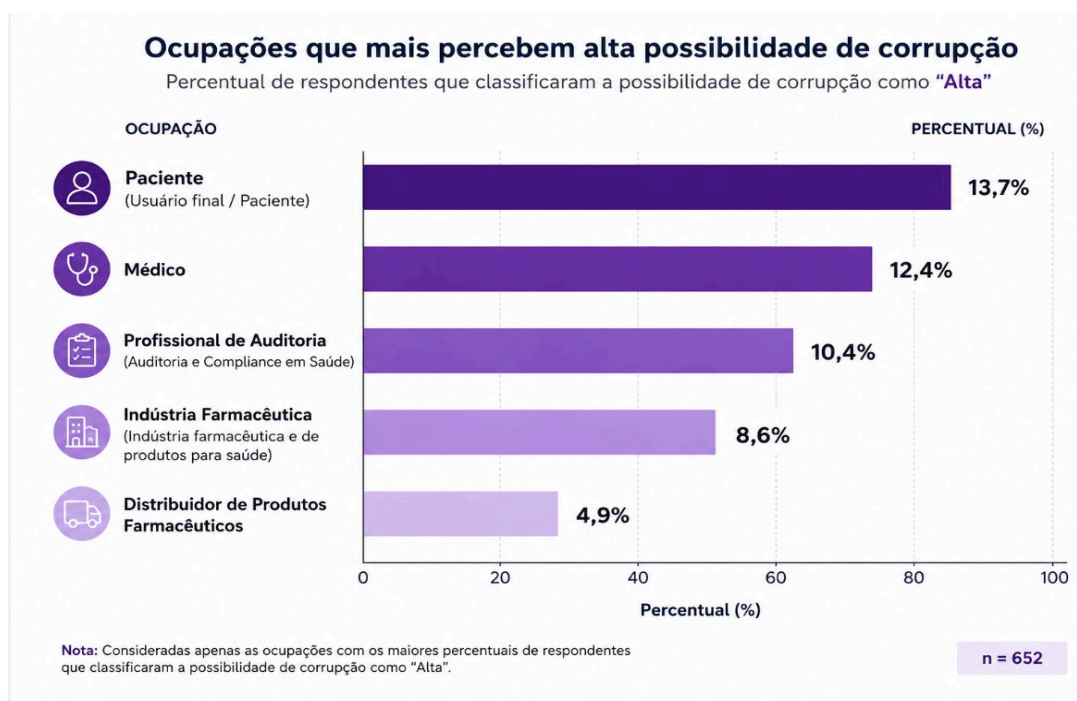


A figura acima demonstra como a percepção sobre o risco de práticas de corrupção varia de acordo com a ocupação dos respondentes no setor da saúde. Em praticamente todos os grupos analisados, predominou a avaliação de “alta possibilidade” de corrupção, indicando percepção disseminada de vulnerabilidades éticas e riscos de irregularidades no setor. Os maiores percentuais de respostas associadas à alta possibilidade de corrupção aparecem entre usuários finais e pacientes (13,65%), médicos (12,42%) e profissionais de auditoria e compliance em saúde (10,43%). O resultado chama atenção porque reúne tanto indivíduos diretamente impactados pelos serviços de saúde quanto profissionais com atuação técnica em fiscalização, controle e integridade, o que pode indicar maior exposição ou sensibilidade a práticas consideradas irregulares. A indústria farmacêutica e de produtos para saúde também apresenta percepção elevada de risco, embora com percentual mais distribuído entre as categorias “alta” e “moderada”. Esse padrão sugere que os respondentes vinculados ao setor reconhecem a existência de riscos relevantes, mas também percebem diferenças de intensidade conforme o tipo de processo analisado.

Outro aspecto relevante é o baixo percentual de respostas indicando inexistência de corrupção nos processos avaliados. Em quase todas as ocupações, essa categoria aparece de forma residual, reforçando a percepção generalizada de que a corrupção constitui um problema estrutural do setor da saúde, independentemente da área de atuação profissional.

Por fim, a figura demonstra que respondentes de todas as ocupações consideram existir alta possibilidade de práticas corruptas na contratação e aquisição de equipamentos e serviços hospitalares. Entre os grupos analisados, usuários finais, pacientes e associações de pacientes apresentam o maior percentual de respostas associadas à alta possibilidade de corrupção, seguidos por médicos e profissionais de auditoria e compliance em saúde. O gráfico de distribuição da amostra também mostra que esses grupos estão entre os perfis mais representativos da pesquisa, indicando que parcela significativa dos respondentes pertence justamente às ocupações que identificam maior risco de corrupção nos processos analisados. Esse resultado reforça a relevância do achado, pois as ocupações com maior participação na amostra também são aquelas que demonstram maior percepção de vulnerabilidades éticas e riscos de irregularidades no setor.

Para facilitar a visualização dos grupos que mais associam os processos analisados à alta possibilidade de corrupção, a figura a seguir apresenta apenas as ocupações com maiores percentuais nessa categoria.

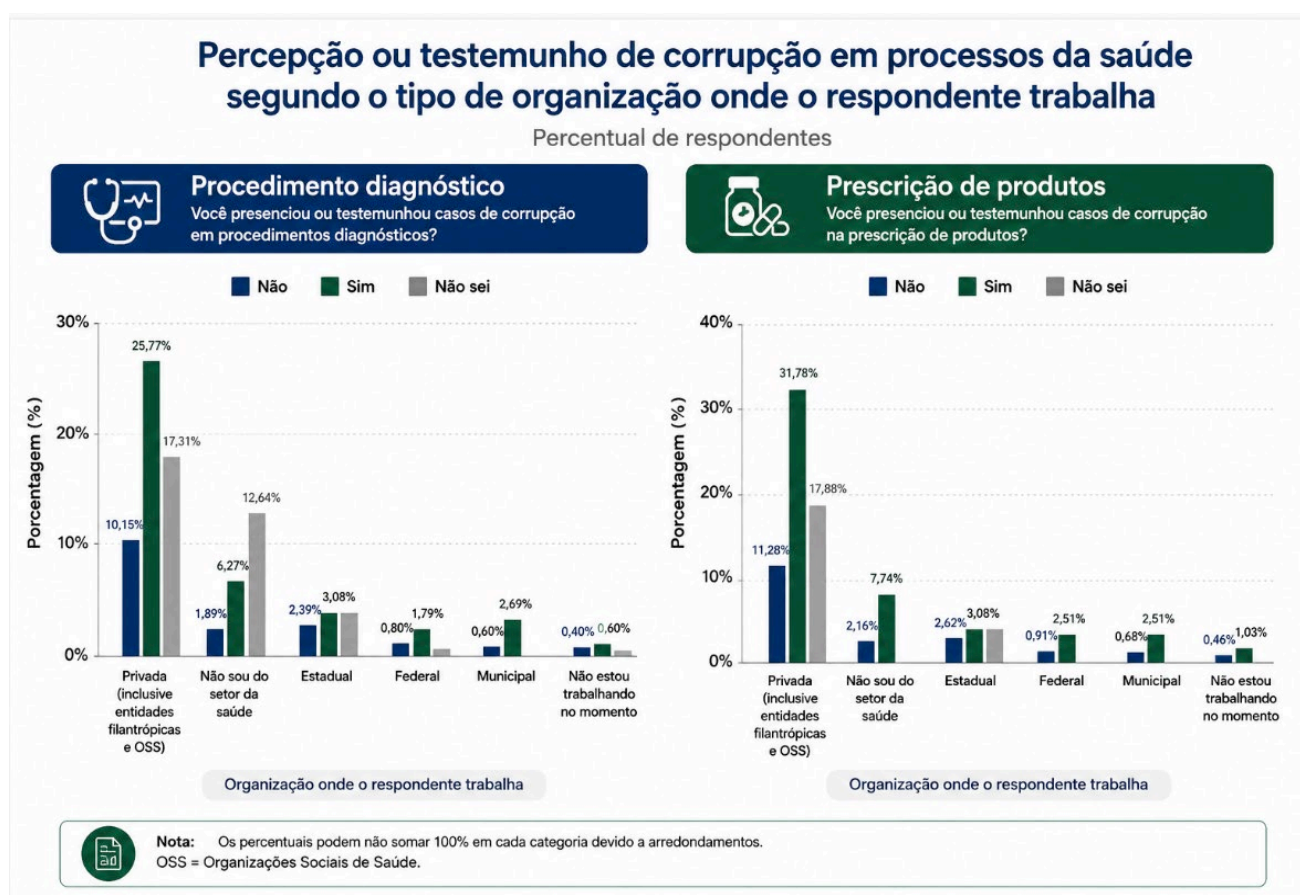


A figura acima sintetiza os grupos ocupacionais que mais associam os processos analisados à alta possibilidade de práticas de corrupção no setor da saúde. Usuários finais, pacientes e associações de pacientes apresentam o maior percentual de respostas nessa categoria (13,7%), seguidos por médicos (12,4%) e profissionais de auditoria e compliance em saúde (10,4%). O resultado é relevante porque reúne percepções provenientes tanto de indivíduos diretamente impactados pelos serviços de saúde quanto de profissionais que atuam em funções técnicas de controle, fiscalização e integridade.

A indústria farmacêutica e de produtos para saúde também aparece entre os grupos com percepção elevada de risco (8,6%), o que sugere reconhecimento interno de vulnerabilidades em processos relacionados à contratação, aquisição e relacionamento institucional. De forma geral, a figura reforça a percepção disseminada de que os processos do setor da saúde apresentam exposição significativa a riscos de corrupção, independentemente da posição ocupacional dos respondentes.

## 6.4 Vulnerabilidades e Organização

Analisaremos o setor específico da saúde em que os respondentes atuam e sua percepção sobre a possibilidade de práticas corruptas.



A análise dos dados indica percepção significativa de práticas corruptas tanto em procedimentos diagnósticos quanto na prescrição de produtos médicos, especialmente entre respondentes vinculados a instituições privadas, incluindo entidades filantrópicas e organizações sociais de saúde (OSS). Nos procedimentos diagnósticos, os percentuais de respostas afirmativas (“sim”) superam os de respostas negativas (“não”) na maior parte das categorias analisadas, sugerindo que muitos profissionais já testemunharam situações consideradas irregulares nesse tipo de processo. O destaque mais expressivo ocorre no setor privado, no qual 25,77% dos respondentes afirmam já ter

presenciado casos de corrupção, percentual substancialmente superior ao daqueles que afirmam não ter presenciado tais práticas. Esse resultado pode refletir a percepção de vulnerabilidades associadas à contratação de exames, encaminhamentos, utilização de fornecedores específicos e incentivos econômicos relacionados a serviços diagnósticos.

Na prescrição de produtos médicos, a percepção de corrupção é ainda mais intensa. Novamente, o setor privado apresenta os maiores percentuais de respostas afirmativas, alcançando 31,78%, enquanto os percentuais observados nos níveis federal, estadual e municipal permanecem significativamente inferiores. O resultado sugere que os respondentes identificam maior exposição a conflitos de interesse, influência comercial e práticas inadequadas envolvendo prescrições médicas em ambientes privados e híbridos de prestação de serviços de saúde. Outro aspecto relevante é que, mesmo nos setores em que os percentuais são menores, as respostas afirmativas permanecem presentes em todas as esferas analisadas, indicando que a percepção de vulnerabilidade não se restringe a um único modelo institucional. Os dados reforçam, portanto, a compreensão de que riscos de corrupção no setor da saúde alcançam diferentes tipos de organizações e processos, abrangendo tanto a prestação pública quanto privada de serviços.

## **6.5 Considerações sobre Vulnerabilidades e Processos de Risco**

Os resultados apresentados demonstram percepção ampla e disseminada de vulnerabilidades à corrupção no setor da saúde, abrangendo diferentes processos, áreas de atuação e tipos de organização. As maiores percepções de risco estão em processos relacionados à aquisição de equipamentos e serviços hospitalares, licitações públicas, procedimentos diagnósticos e prescrição de produtos médicos. Em praticamente todos os cenários analisados, predominam respostas associadas à alta possibilidade de ocorrência de práticas corruptas, indicando baixa confiança na integridade desses processos.

Os dados também revelam que a percepção de vulnerabilidade não se restringe ao setor público. Embora licitações e contratações públicas sejam apontadas como especialmente suscetíveis à corrupção, os resultados mostram que hospitais privados, entidades filantrópicas e organizações sociais de saúde também são percebidos como ambientes expostos a conflitos de interesse, favorecimento indevido e influência comercial inadequada. Esse achado reforça a compreensão da corrupção na saúde como fenômeno sistêmico, que atravessa diferentes modelos institucionais e formas de prestação de serviços.

Outro aspecto relevante é a convergência das percepções entre diferentes grupos ocupacionais. Pacientes, médicos e profissionais de auditoria e compliance aparecem entre os segmentos que mais identificam elevada exposição a riscos de corrupção, sugerindo que tanto a experiência direta dos usuários quanto a atuação técnica em controle e fiscalização contribuem para o reconhecimento dessas vulnerabilidades. Em conjunto, os resultados evidenciam a necessidade de fortalecimento de mecanismos de governança, transparência, controle interno e gestão de riscos adaptados às especificidades do setor da saúde.

## **8. Construção de Indicadores de Maturidade e Risco**

Esta seção apresenta a construção dos principais indicadores utilizados no estudo para análise da percepção da corrupção no setor da saúde. A elaboração desses indicadores buscou transformar percepções, experiências relatadas e avaliações dos respondentes em métricas analíticas capazes de identificar padrões relacionados à confiança institucional, exposição a práticas consideradas corruptas, percepção de vulnerabilidades e maturidade dos mecanismos de integridade. Para tanto, o estudo combinou análises estatísticas, cruzamento de variáveis e medidas de consistência interna, permitindo maior robustez metodológica na interpretação dos resultados. Os indicadores desenvolvidos não pretendem medir objetivamente a incidência real de corrupção, mas fornecer instrumentos analíticos para compreender como diferentes grupos percebem riscos, fragilidades institucionais e efetividade dos mecanismos de controle no setor da saúde.

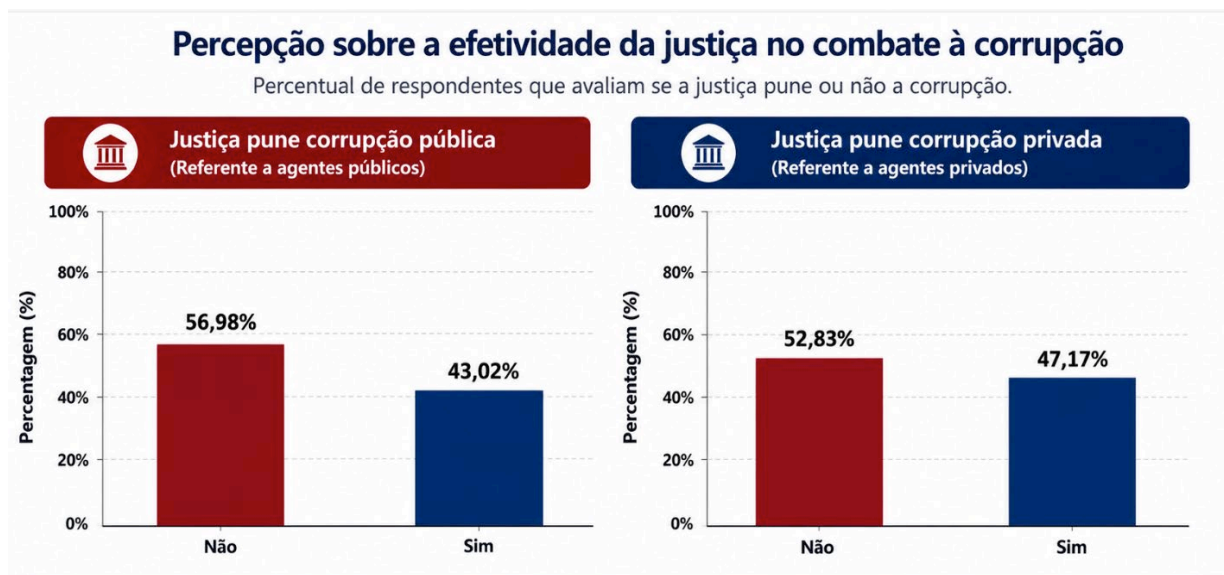
### **7.1 Cálculo de Scores**

Nesta etapa, construiremos alguns scores padronizados para obter a percepção, impacto da qualidade, transparência, confiança no sistema de justiça e mecanismos de proteção.

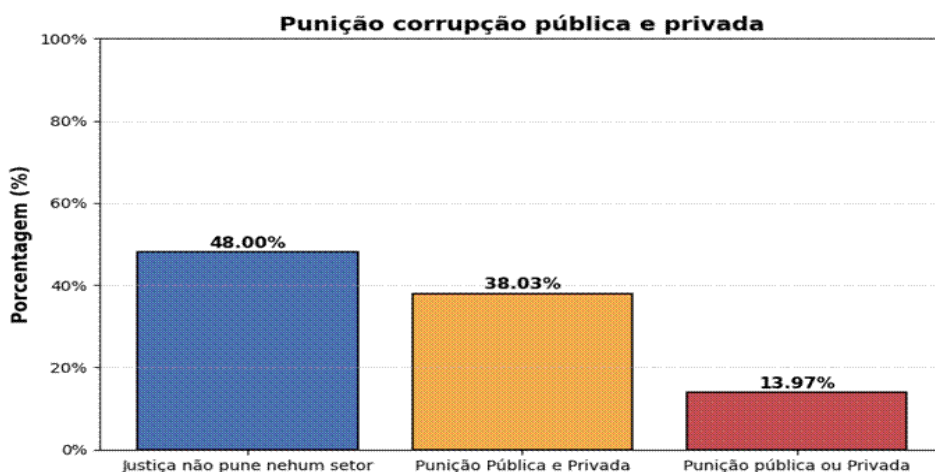
#### *7.1.1 Confiança na Efetividade da Justiça no Combate à Corrupção na Saúde*

A efetividade do sistema de justiça constitui elemento central no enfrentamento da corrupção no setor da saúde, especialmente em contextos que envolvem recursos públicos elevados, contratação de serviços essenciais e impactos diretos sobre direitos fundamentais da população. As Perguntas P16 (o sistema de justiça é capaz de punir casos de corrupção pública na saúde?) e P17 (o sistema de justiça é capaz de punir casos de corrupção do setor privado na saúde) tratam desse tema. A percepção social acerca da capacidade de investigação, responsabilização e punição de práticas corruptas influencia não apenas a confiança nas instituições, mas também a credibilidade dos mecanismos de controle, fiscalização e integridade. Nesse contexto, analisamos, a seguir, como os respondentes

avaliam a atuação da justiça no combate à corrupção, considerando tanto práticas associadas ao setor público quanto ao setor privado da saúde. O objetivo é compreender se predomina a percepção de efetividade ou de impunidade, bem como identificar possíveis diferenças entre os dois contextos analisados.



Os resultados revelam percepção predominante de que a justiça não pune adequadamente práticas de corrupção, tanto no setor público quanto no privado. Na corrupção pública, 56,98% dos respondentes afirmam que não há punição efetiva, enquanto 43,02% entendem que a justiça pune esse tipo de prática. Na corrupção privada, os percentuais permanecem próximos, com 52,83% considerando que não há punição adequada e 47,17% avaliando que a justiça pune atos corruptos. A diferença relativamente pequena entre os dois cenários indica que os respondentes percebem fragilidades institucionais mais amplas na capacidade de responsabilização de ilícitos econômicos e administrativos, sem restringir o problema exclusivamente ao setor público. Ainda assim, a percepção ligeiramente mais negativa em relação à corrupção pública pode refletir a maior exposição midiática de escândalos envolvendo recursos estatais, bem como debates recorrentes sobre impunidade, morosidade processual e seletividade na aplicação das sanções.



Ao analisar as respostas da amostra sobre a percepção da justiça como um todo, o estudo identificou que 48% dos respondentes acreditam que a justiça não pune a corrupção nem no setor público nem no privado. Por outro lado, 38,03% acreditam que a justiça pune em ambos os setores. Além disso, 13,97% acreditam que a justiça pune apenas um dos setores, resultado que indica possível percepção de atuação desigual entre os setores público e privado. Esses dados mostram que parcela significativa da população não confia plenamente no sistema de justiça para punir práticas relacionadas à corrupção, refletindo percepção crítica sobre sua efetividade.

A desconfiança da população em relação ao sistema de justiça produz impactos relevantes no combate à corrupção. Quando os indivíduos percebem baixa efetividade das instituições responsáveis pela investigação, julgamento e punição de práticas ilícitas, a confiança institucional diminui e a legitimidade dos mecanismos de controle enfraquece. Esse cenário desestimula denúncias, reduz a cooperação da sociedade com órgãos de fiscalização e amplia a percepção de impunidade, especialmente em casos envolvendo agentes públicos, grandes organizações ou estruturas econômicas relevantes.

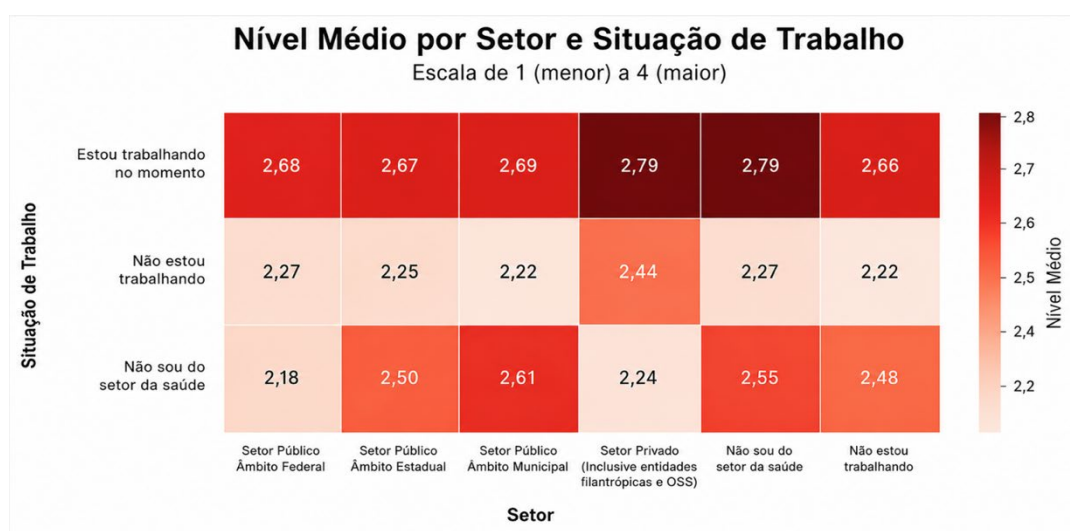
Além disso, a percepção de seletividade, lentidão processual ou baixa efetividade das punições contribui para a naturalização de determinadas práticas consideradas antiéticas ou ilícitas. No setor da saúde, essa dinâmica ganha relevância ainda maior em razão da sensibilidade dos serviços prestados e da dependência da população em relação ao adequado funcionamento das instituições públicas e privadas. Assim, os resultados indicam que o fortalecimento da confiança institucional e da credibilidade do sistema de justiça constitui elemento importante para o aprimoramento das estratégias de integridade, transparência e combate à corrupção no setor da saúde.

## 7.2 Mapas de Calor

Os mapas de calor apresentados nesta seção permitem visualizar padrões de percepção da corrupção no setor da saúde a partir do cruzamento entre diferentes variáveis analisadas na pesquisa. Essa ferramenta gráfica facilita a identificação de concentrações mais elevadas ou reduzidas dos indicadores construídos ao longo do estudo, permitindo comparar diferenças entre regiões, tipos de organização, perfis profissionais e demais categorias analisadas. A utilização de mapas de calor contribui para interpretação mais intuitiva dos dados e auxilia na identificação de padrões, vulnerabilidades e tendências relacionadas à percepção da corrupção, à confiança institucional e à exposição a riscos no setor da saúde.

### 7.2.1 Percepção de Corrupção Segundo Tipo de Organização

O mapa de calor a seguir apresenta as médias dos indicadores de percepção da corrupção segundo diferentes categorias de respondentes e setores de atuação. A análise permite identificar variações relevantes entre indivíduos vinculados ao setor público, setor privado (inclusive entidades filantrópicas e OSS), bem como diferenças relacionadas ao perfil institucional dos respondentes da pesquisa.



A figura evidencia diferenças relevantes na percepção média de corrupção conforme o vínculo institucional dos respondentes e sua situação de trabalho. Em linhas gerais, os maiores níveis médios aparecem entre aqueles que estão trabalhando no momento, independentemente do setor de atuação. Esse resultado sugere que a experiência cotidiana e o contato direto com práticas organizacionais tendem a ampliar a percepção sobre riscos, irregularidades e possíveis práticas corruptas no setor da saúde. O maior valor da figura aparece no setor privado, inclusive entidades filantrópicas e OSS,

entre os respondentes que estão trabalhando atualmente (2,79). Esse resultado chama atenção porque contraria parcialmente a percepção difundida no debate público brasileiro de que corrupção estaria predominantemente associada ao setor público. Os dados indicam que os profissionais identificam riscos relevantes também no ambiente privado da saúde, especialmente em estruturas que envolvem terceirizações, organizações sociais, contratos de gestão, fornecedores e relações com prestadores de serviços.

Entre os respondentes vinculados ao setor público, os níveis permanecem relativamente elevados e próximos entre si nos âmbitos federal (2,68), estadual (2,67) e municipal (2,69). A pequena variação entre as esferas federativas sugere que a percepção de corrupção não constitui um problema localizado em apenas um nível da administração pública, mas um fenômeno disseminado estruturalmente ao longo do sistema de saúde.

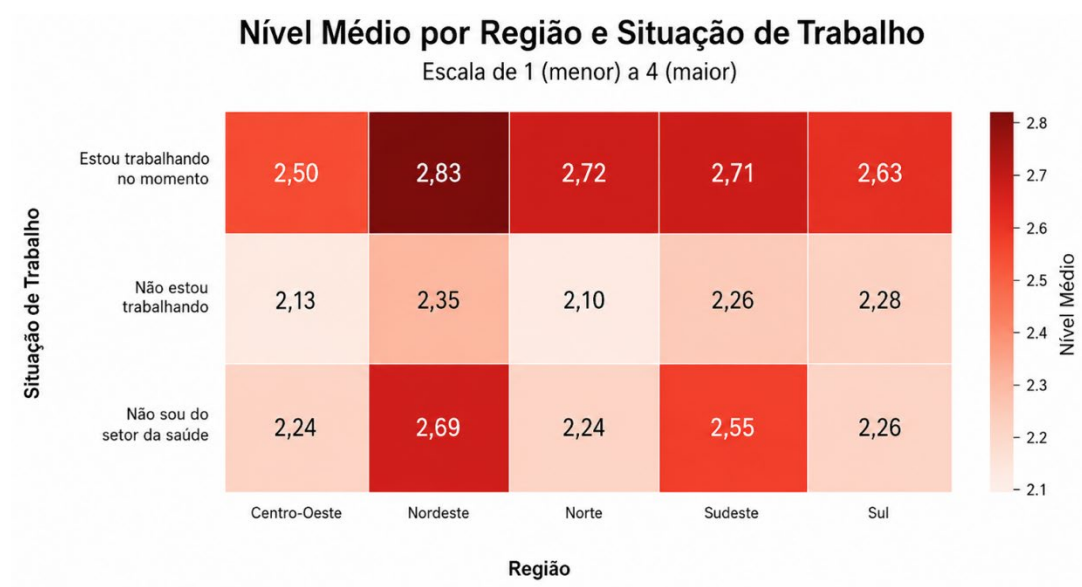
Outro aspecto relevante envolve os respondentes que afirmaram não estar trabalhando, grupo que apresentou médias significativamente menores em praticamente todos os setores. Esse resultado pode indicar menor exposição direta às dinâmicas organizacionais, aos processos de contratação, às relações institucionais e às vulnerabilidades operacionais que normalmente permitem identificar práticas irregulares. Em outras palavras, quanto maior a inserção prática no funcionamento do sistema de saúde, maior tende a ser a percepção sobre a existência de corrupção.

A figura também revela um dado interessante em relação aos respondentes que afirmaram não pertencer ao setor da saúde. Mesmo sem atuação direta na área, esse grupo apresenta médias relativamente elevadas, sobretudo entre aqueles que estão trabalhando (2,79). Esse resultado pode refletir a forte presença do tema corrupção na saúde no debate público, na mídia e no imaginário social brasileiro, fazendo com que mesmo indivíduos externos ao setor associem a saúde a riscos elevados de irregularidades.

Do ponto de vista crítico, os resultados sugerem que a percepção de corrupção não decorre apenas de experiências individuais isoladas, mas também da consolidação de uma cultura de desconfiança institucional em relação ao funcionamento do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado. Ao mesmo tempo, os dados não permitem concluir objetivamente que um setor seja mais corrupto que outro, pois a pesquisa mede percepção dos respondentes, e não ocorrência comprovada de ilícitos. Ainda assim, a concentração de médias elevadas em praticamente todos os grupos reforça a ideia de que a corrupção constitui um problema percebido como sistêmico e transversal no setor da saúde.

### 7.2.2. Comparação entre Setores e Categorias de Respondentes

A comparação entre os diferentes grupos analisados evidencia que a percepção da corrupção varia de acordo com o vínculo institucional, o setor de atuação e a experiência dos respondentes no ambiente organizacional. Essas diferenças sugerem que fatores relacionados à exposição cotidiana a processos administrativos, mecanismos de controle, estruturas de governança e experiências concretas com práticas consideradas irregulares influenciam diretamente os indicadores de percepção da corrupção.



A figura demonstra diferenças regionais relevantes na percepção média de corrupção conforme a situação de trabalho dos respondentes. Em todas as regiões, os maiores níveis médios aparecem entre aqueles que afirmaram estar trabalhando no momento, o que sugere que a vivência cotidiana nas organizações de saúde aumenta a exposição a práticas, processos e relações institucionais percebidas como vulneráveis à corrupção.

Nordeste apresenta os maiores índices da figura, tanto entre os respondentes que estão trabalhando atualmente (2,83) quanto entre aqueles que afirmaram não pertencer ao setor da saúde (2,69). Esse resultado pode indicar uma percepção particularmente elevada de corrupção na saúde na região, possivelmente influenciada por fatores históricos, institucionais e socioeconômicos, incluindo desigualdades estruturais, fragilidades de fiscalização, dificuldades de acesso a serviços públicos e recorrência de denúncias relacionadas à gestão da saúde. Ao mesmo tempo, é importante interpretar esse dado com cautela, já que percepção de corrupção não corresponde necessariamente à comprovação objetiva de maior incidência de ilícitos.

O Sudeste também apresenta índices elevados, especialmente entre os respondentes que estão trabalhando (2,71) e entre os que não pertencem ao setor da saúde (2,55). Como o Sudeste concentra grande parte da infraestrutura hospitalar, dos contratos públicos e privados em saúde, além de maior cobertura midiática sobre escândalos envolvendo hospitais, operadoras e organizações sociais, a população pode apresentar maior sensibilidade ao tema e maior familiaridade com denúncias relacionadas à corrupção no setor.

Já o Norte apresenta um resultado interessante. Apesar de registrar média elevada entre os respondentes que estão trabalhando (2,72), os valores caem significativamente entre os que não estão trabalhando (2,10) e entre os que não pertencem ao setor da saúde (2,24). Esse contraste pode indicar que a percepção de corrupção na região depende mais da experiência direta dos profissionais inseridos no sistema de saúde do que de uma percepção social disseminada entre a população em geral.

O Centro-Oeste e o Sul registram níveis relativamente menores quando comparados ao Nordeste e ao Sudeste, embora os índices permaneçam acima de 2 em todos os grupos analisados. Isso demonstra que a percepção de corrupção continua presente de maneira consistente em todas as regiões do país, ainda que com intensidades distintas.

Outro aspecto importante envolve os respondentes que afirmaram não estar trabalhando. Em todas as regiões, esse grupo apresenta os menores níveis médios da figura. Esse padrão reforça a hipótese de que a experiência profissional cotidiana aumenta a percepção sobre riscos de corrupção, conflitos de interesse, favorecimentos e fragilidades nos mecanismos de controle da saúde.

Em suma, os resultados sugerem que a percepção de corrupção na saúde possui forte componente estrutural e nacional, mas também sofre influência de fatores regionais relacionados à desigualdade, exposição midiática, capacidade institucional e experiência concreta dos profissionais no funcionamento do sistema. Além disso, a figura revela que a percepção de corrupção não permanece restrita apenas aos profissionais da saúde, alcançando também indivíduos externos ao setor, o que evidencia um grau elevado de desconfiança social em relação à gestão da saúde no Brasil.

### **7.3 Coeficiente de Cronbach**

O coeficiente alfa de Cronbach é uma medida estatística utilizada para avaliar a consistência interna de um teste ou escala, variando de 0 a 1. Em termos metodológicos, a consistência interna indica o grau em que os itens de um questionário estão relacionados entre si e medem um mesmo constructo teórico. Dessa forma, quanto maior a correlação entre os itens, maior tende a ser o valor

do alfa de Cronbach. Valores próximos de 1 indicam elevada consistência interna, sugerindo que os itens apresentam alta covariância e avaliam dimensões semelhantes do fenômeno estudado. A literatura especializada considera, em muitos contextos, valores entre 0,65 e 0,8 como satisfatórios para pesquisas exploratórias e aplicadas (Cronbach; Hair et. al.; Sekaran & Bougie). Por outro lado, valores superiores a 0,9 podem indicar redundância excessiva entre os itens, enquanto coeficientes inferiores a 0,5 geralmente apontam baixa confiabilidade da escala.

A tabela abaixo apresenta os resultados do teste de confiabilidade interna dos indicadores utilizados na pesquisa, por meio do Alfa de Cronbach. Esse coeficiente permite avaliar o grau de consistência das perguntas agrupadas em cada dimensão analítica, indicando se os itens medem de forma coerente o mesmo construto teórico. A dimensão analítica “Exposição à corrupção”, composto pelas perguntas P23 a P28, avalia a percepção e a vivência dos respondentes em relação a situações potencialmente relacionadas a práticas corruptas no setor da saúde. Já dimensão “Conscientização e denúncia”, formado pelas perguntas P29 a P34 (conhecimento de políticas para combate à corrupção no setor público e privado, mecanismos de denúncia na organização e for a dela, riscos para os denunciantes de casos de corrupção e sensação de segurança para fazer uma denúncia), analisa aspectos ligados ao conhecimento dos mecanismos de denúncia, à disposição para reportar irregularidades e à percepção sobre proteção institucional. Por sua vez, a dimensão “Confiança no sistema de justiça”, composto pelas perguntas P12 (eficácia das políticas anticorrupção na saúde), P16 (credibilidade do sistema de justiça para punir casos de corrupção) e P17 (capacidade do sistema de justiça para punir casos de corrupção), examina o nível de confiança dos respondentes em relação à atuação das instituições responsáveis pela investigação, fiscalização e punição de casos de corrupção. Os valores do Alfa de Cronbach variam entre 0,707 e 0,728, todos classificados como aceitáveis na literatura estatística, demonstrando nível satisfatório de confiabilidade interna dos indicadores utilizados na pesquisa.

### **Análise de confiabilidade interna dos indicadores utilizados na pesquisa**

<b>Dimensão Analítica</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Interpretação</b>
Exposição à corrupção	P23 – P28	0,707	Aceitável
Conscientização e denúncia	P29 – P34	0,728	Aceitável
Confiança no sistema de justiça	P12, P16, P17	0,713	Aceitável

### *7.3.1 Dimensão Analítica Exposição à Corrupção*

Para avaliar a consistência interna das questões relacionadas à exposição direta ou indireta a práticas corruptas no setor da saúde (P23 a P28), foi necessário transformar as respostas qualitativas em valores numéricos coerentes para calcular o  $\alpha$ , pois o coeficiente se baseia em variâncias e covariâncias. Em seguida, para avaliar a consistência interna das questões relacionadas à exposição direta a práticas corruptas no setor de saúde (P23 a P28), foi calculado o alfa de Cronbach. O resultado obtido ( $\alpha = 0,707$ ) situa-se na faixa considerada “aceitável” de acordo com as recomendações metodológicas. Esse valor sugere que, embora cada pergunta capture aspectos distintos do fenômeno, todas se relacionam suficientemente entre si para serem consideradas parte de um mesmo constructo subjacente, ou seja, a experiência direta ou indireta com situações de corrupção.

O cálculo do alfa de Cronbach neste estudo teve como objetivo verificar a consistência interna dos conjuntos de questões utilizados para compor indicadores relacionados à exposição à corrupção, confiança institucional e conscientização sobre mecanismos de denúncia no setor da saúde. Para isso, as respostas qualitativas do questionário foram convertidas em escalas numéricas ordinais, respeitando a direção lógica das respostas, de forma que valores mais elevados representassem maior intensidade da percepção analisada. Após a verificação da consistência interna, os conjuntos de questões que apresentaram resultados satisfatórios foram agregados em indicadores compostos, calculados por meio da média aritmética das respostas associadas às perguntas selecionadas. Esses indicadores posteriormente serviram de base para as análises estatísticas descritivas e inferenciais realizadas no estudo. Embora o alfa de Cronbach permita avaliar a consistência interna dos itens, o coeficiente não constitui, isoladamente, evidência de validade do constructo analisado.

### *7.3.2 Dimensão Analítica de Conscientização e Segurança para a Denúncia de Corrupção*

Também testamos a combinação entre as perguntas de P29 a P34 para calcular o coeficiente de Cronbach. Fizemos o mapeamento das respostas e calculamos o valor do alpha de Cronbach para diferentes combinações entre as questões. De todas as combinações possíveis, conseguimos obter o maior valor para as perguntas de P29 (conhecimento sobre políticas e procedimentos para combater corrupção nas organizações públicas da saúde), P30 (conhecimento sobre políticas e procedimentos para combater corrupção nas organizações privadas da saúde), P31 (mecanismos disponíveis na sua organização para denunciar corrupção na saúde), P32 (mecanismos disponíveis fora de sua organização para denunciar corrupção na saúde), P33 (riscos para os que denunciam corrupção na

saúde) e P34 (segurança para denunciar casos de corrupção na saúde) com  $\alpha = 0.728$ . O resultado indica consistência interna satisfatória entre os itens, permitindo a construção de um indicador composto relacionado à conscientização sobre corrupção e à percepção de proteção para realização de denúncias.

### *7.3.3 Dimensão Analítica de Confiança na Justiça*

A dimensão analítica “Confiança no sistema de justiça” reúne as perguntas P12, P16 e P17 e busca avaliar a percepção dos respondentes sobre a capacidade das instituições responsáveis pela investigação, fiscalização e punição de atos de corrupção no setor da saúde. Essa dimensão abrange aspectos relacionados à credibilidade do Poder Judiciário, do Ministério Público, dos órgãos de controle e dos mecanismos institucionais de responsabilização. O Alfa de Cronbach de 0,713 indica nível aceitável de consistência interna entre as perguntas utilizadas, demonstrando que os respondentes apresentaram respostas relativamente coerentes entre si ao avaliar a atuação dessas instituições. Em termos metodológicos, esse resultado fortalece a confiabilidade da pesquisa, pois reduz a possibilidade de respostas aleatórias ou desconectadas e indica que as perguntas conseguem medir de forma consistente um mesmo fenômeno: a confiança institucional no sistema de justiça. Além disso, o resultado sugere que a percepção dos respondentes sobre o combate à corrupção tende a apresentar certo padrão estruturado, já que níveis mais altos ou mais baixos de confiança costumam aparecer de maneira semelhante entre os diferentes itens avaliados.

## **9. Comparações Regionais e por Setor**

O objetivo desta seção consiste em identificar possíveis diferenças regionais e institucionais nas percepções dos respondentes sobre corrupção, eficácia das políticas anticorrupção, transparência e accountability no setor da saúde. Para isso, o estudo compara os scores médios obtidos em cada indicador composto construído a partir das respostas do questionário. Para isso, foram utilizados indicadores compostos construídos a partir das respostas do questionário, posteriormente comparados por meio de testes estatísticos inferenciais, especialmente ANOVA e testes post-hoc de Tukey HSD. A análise estatística utiliza principalmente a ANOVA técnica que permite verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de diferentes grupos. Quando a ANOVA identificou diferenças significativas ou tendências próximas ao nível de significância estatística, o estudo aplicou adicionalmente o teste post-hoc Tukey HSD, apropriado para comparações múltiplas entre pares de grupos. As respostas relacionadas às percepções dos respondentes foram codificadas numericamente, permitindo a construção dos scores utilizados nas análises comparativas. Scores mais

elevados indicam maior intensidade da percepção analisada em cada dimensão estudada. A tabela abaixo apresenta os critérios de codificação utilizados para transformar as respostas qualitativas em valores numéricos empregados nas análises estatísticas. Cada categoria de resposta recebeu uma codificação numérica específica, permitindo transformar percepções qualitativas em variáveis comparáveis e mensuráveis. Na dimensão “Percepção de Corrupção”, os níveis baixa, moderada e alta receberam valores de 1 a 3, respectivamente, indicando aumento progressivo da percepção de corrupção. Já na dimensão “Eficácia das Políticas”, a resposta “Sim” recebeu valor 1 e “Não” valor 2, possibilitando distinguir a percepção dos respondentes sobre a efetividade das medidas adotadas. Na dimensão “Transparência”, a escala varia de “Alta” até “Não há transparência”, com valores de 1 a 4, refletindo diferentes graus de percepção sobre abertura institucional e acesso à informação. Essa estrutura de codificação possui relevância metodológica porque permite realizar análises estatísticas, cruzamentos de variáveis e cálculos de médias e correlações, contribuindo para maior rigor analítico na interpretação dos resultados da pesquisa.

Percepção de Corrupção	Valor	Eficácia das Políticas	Valor	Transparência	Valor
 Baixa	1	 Sim	1	 Alta	1
 Moderada	2			 Moderada	2
 Alta	3	 Não	2	 Baixa	3
				 Não há transparência	4

**Tabelas de Percepção de Corrupção, Eficácia das Políticas e Transparência**

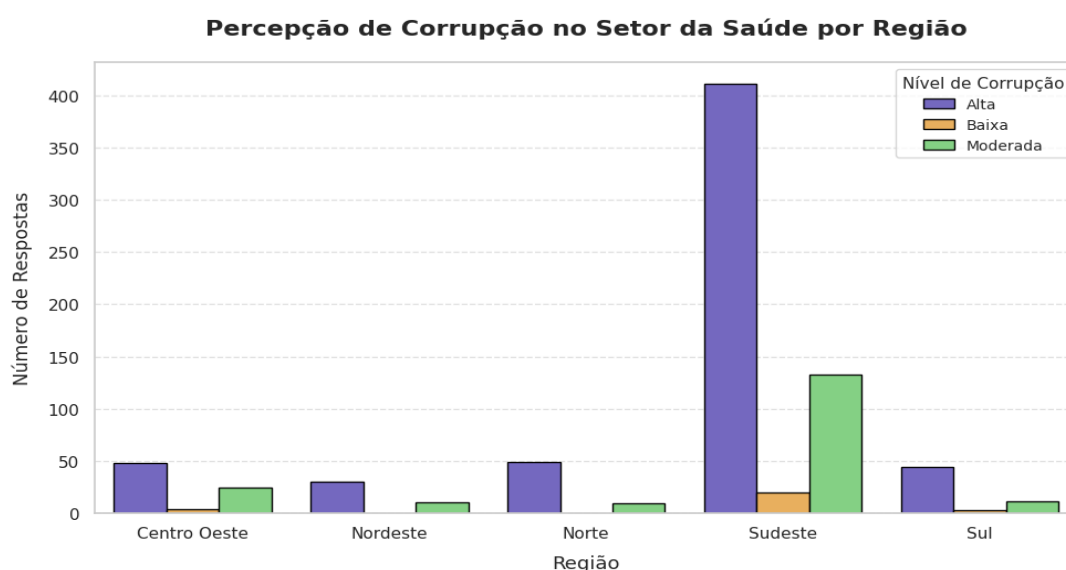
### 8.1 Médias dos Scores por Região e Tipo de Organização

Neste item, o estudo analisa possíveis diferenças regionais e institucionais nas percepções dos respondentes sobre corrupção, eficácia das políticas anticorrupção, transparência e accountability no setor da saúde. Para isso, a análise utiliza indicadores compostos construídos a partir das respostas do questionário, posteriormente comparados por meio de testes estatísticos inferenciais, especialmente ANOVA e testes post-hoc de Tukey HSD. As respostas relacionadas às percepções dos respondentes foram codificadas numericamente, permitindo a construção dos scores utilizados

nas análises comparativas. Scores mais elevados indicam maior intensidade da percepção analisada em cada dimensão estudada

### 8.1.1 Região

A Figura abaixo apresenta a distribuição das percepções dos respondentes sobre corrupção no setor da saúde por região brasileira. Em todas as regiões, predomina a percepção de corrupção elevada, especialmente no Sudeste, que concentra também o maior número de respondentes da amostra. As categorias ‘Baixa’ e ‘Moderada’ aparecem em proporções significativamente inferiores quando comparadas à categoria ‘Alta’, sugerindo percepção amplamente negativa sobre corrupção no setor da saúde.



O Sudeste concentra o maior número absoluto de respostas em todas as categorias, especialmente na percepção de corrupção alta, com 412 respostas. Esse resultado provavelmente reflete tanto o maior tamanho populacional da região quanto sua maior concentração de hospitais, operadoras de saúde, organizações sociais, contratos públicos e privados e cobertura midiática sobre escândalos envolvendo corrupção na saúde. Além disso, a elevada quantidade de respostas moderadas no Sudeste (134) demonstra que parte dos respondentes reconhece a existência do problema, ainda que com percepção menos intensa.

As demais regiões apresentam quantitativos menores, mas mantêm o mesmo padrão geral: a percepção de corrupção alta supera significativamente as categorias moderada e baixa. No Centro-Oeste, por exemplo, a percepção alta alcança 48 respostas, enquanto a percepção baixa aparece em

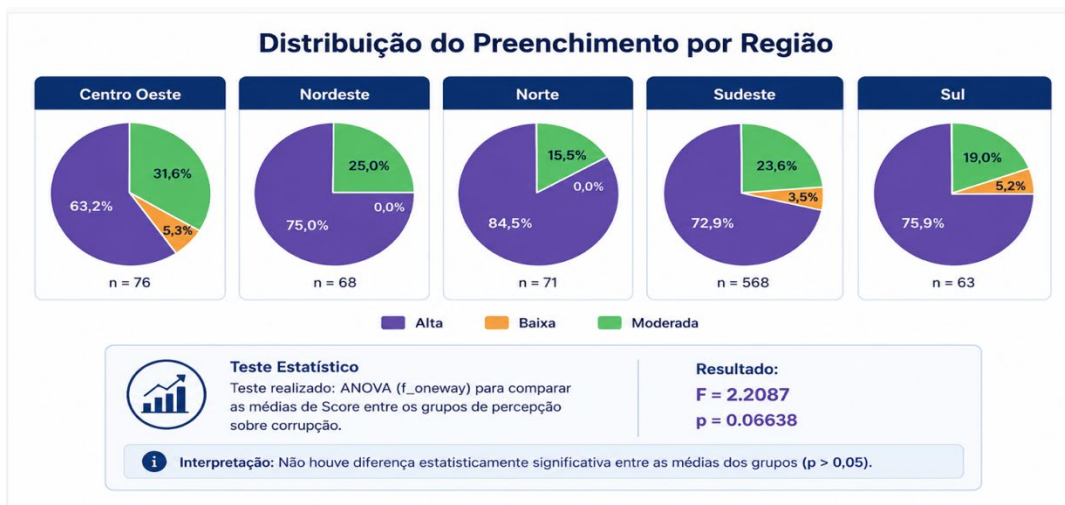
apenas 7. Situação semelhante ocorre no Norte, onde 49 respondentes classificaram a corrupção como alta, contra apenas 5 que indicaram percepção baixa.

O Nordeste apresenta um dado relevante porque a diferença entre percepção alta e moderada é menos acentuada do que em outras regiões. Isso pode indicar maior heterogeneidade na percepção dos respondentes ou diferentes experiências institucionais dentro da própria região. Já o Sul mantém quantitativos menores em todas as categorias, embora a percepção de corrupção alta continue predominando.

Em resumo, a figura sugere que a corrupção na saúde não aparece, na percepção dos participantes, como um problema regional isolado, mas como um fenômeno nacional e estrutural. A predominância da categoria “alta” em todas as regiões reforça a ideia de desconfiança disseminada em relação à gestão da saúde, aos mecanismos de controle e à aplicação de recursos públicos e privados. Ao mesmo tempo, é importante considerar que os dados refletem percepção social dos respondentes, e não necessariamente a incidência objetiva de casos comprovados de corrupção em cada região. Além disso, diferenças no tamanho da amostra regional podem influenciar os números absolutos apresentados no gráfico, especialmente no caso do Sudeste, que possui participação muito superior às demais regiões.

#### 8.1.1.1 Região vs. Percepção Corrupção

Nesta etapa, o estudo analisa possíveis diferenças regionais na percepção sobre corrupção no setor da saúde. Para isso, a análise utiliza um score composto construído a partir das questões relacionadas à percepção de corrupção, incluindo perguntas sobre frequência percebida de práticas corruptas, transparência institucional, efetividade das políticas de controle e confiança nos mecanismos de fiscalização e responsabilização. A Figura abaixo apresenta a distribuição dos scores por região, permitindo comparar como os respondentes de diferentes partes do país percebem a intensidade e a presença da corrupção no setor da saúde.



Para verificar possíveis diferenças entre os grupos classificados como “Baixa”, “Moderada” e “Alta” percepção de corrupção, a pesquisa realizou inicialmente uma análise de variância (ANOVA), comparando as médias dos scores entre os diferentes grupos. O resultado obtido apresentou valor de  $p = 0,066$ , acima do nível convencional de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ). Dessa forma, os dados não permitem afirmar, com elevado grau de confiança estatística, que existam diferenças efetivas entre as médias dos grupos analisados. Em termos metodológicos, isso significa que parte das diferenças observadas pode decorrer de variações aleatórias da amostra. Contudo, o valor de  $p$  permaneceu muito próximo do limiar de significância, o que sugere uma possível tendência de diferenciação entre os grupos. Embora o resultado não seja estatisticamente conclusivo, ele indica a existência de sinais de variação na percepção de corrupção entre os respondentes das diferentes categorias analisadas, aspecto que pode merecer investigação adicional em estudos futuros com amostras mais amplas ou modelos estatísticos complementares.

Em razão dessa proximidade em relação ao nível de significância, realizamos adicionalmente o teste post-hoc Tukey HSD (Honestly Significant Difference), apropriado para comparações múltiplas após ANOVA, com o objetivo de identificar quais pares de grupos apresentavam diferenças mais relevantes. O teste Tukey HSD compara todas as combinações possíveis entre grupos e ajusta os valores de  $p$  para controlar o risco de erro associado às múltiplas comparações. A seguir temos os Resultados do Teste Tukey, o Gráfico da Distribuição do Score evidenciados nas cinco regiões e o Gráfico da Distribuição do Score evidenciados nas cinco regiões.

### Resultados do Teste Tukey

Comparações Múltiplas de Médias – Tukey HSD (FWER = 0,05)

Grupo 1	Grupo 2	Diferença de Médias	p-ajustado	Limite Inferior	Limite Superior	Rejeitar H <sub>0</sub> (p < 0,05)
Centro Oeste	Nordeste	0.1711	0.4583	-0.1103	0.4524	Não
Centro Oeste	Norte	0.2659	0.0318	0.0147	0.5170	Sim
Centro Oeste	Sudeste	0.1143	0.3886	-0.0617	0.2903	Não
Centro Oeste	Sul	0.1279	0.6325	-0.1232	0.3791	Não
Nordeste	Norte	0.0948	0.9058	-0.2812	0.3909	Não
Nordeste	Sudeste	-0.0567	0.9651	-0.2924	0.1790	Não
Nordeste	Sul	-0.0431	0.9947	-0.3392	0.2530	Não
Norte	Sudeste	-0.1516	0.2270	-0.3502	0.0471	Não
Norte	Sul	-0.1379	0.6215	-0.4054	0.1296	Não
Sudeste	Sul	0.0136	0.9997	-0.1850	0.2123	Não

**Sim:** diferença estatisticamente significativa (p < 0,05)

**Não:** diferença não estatisticamente significativa (p ≥ 0,05)

**FWER:** Family-Wise Error Rate  
H<sub>0</sub>: hipótese nula de igualdade das médias

Os resultados do teste de Tukey indicam quais regiões apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si após a realização da ANOVA. Enquanto a ANOVA avalia se existe diferença geral entre os grupos, o teste de Tukey permite identificar especificamente entre quais pares de regiões essas diferenças aparecem.

Os resultados demonstram que apenas a comparação entre Centro-Oeste e Norte apresentou diferença estatisticamente significativa, com p-ajustado = 0,0318, valor inferior ao nível convencional de significância de 5% (p < 0,05). Nesse caso, a hipótese nula de igualdade entre as médias foi rejeitada (“True”), indicando que os scores médios de percepção de corrupção diferem de maneira relevante entre essas duas regiões. A diferença média observada foi de 0,2659, com intervalo de confiança variando entre 0,0147 e 0,5170, sem incluir o valor zero, o que reforça a significância estatística do resultado.

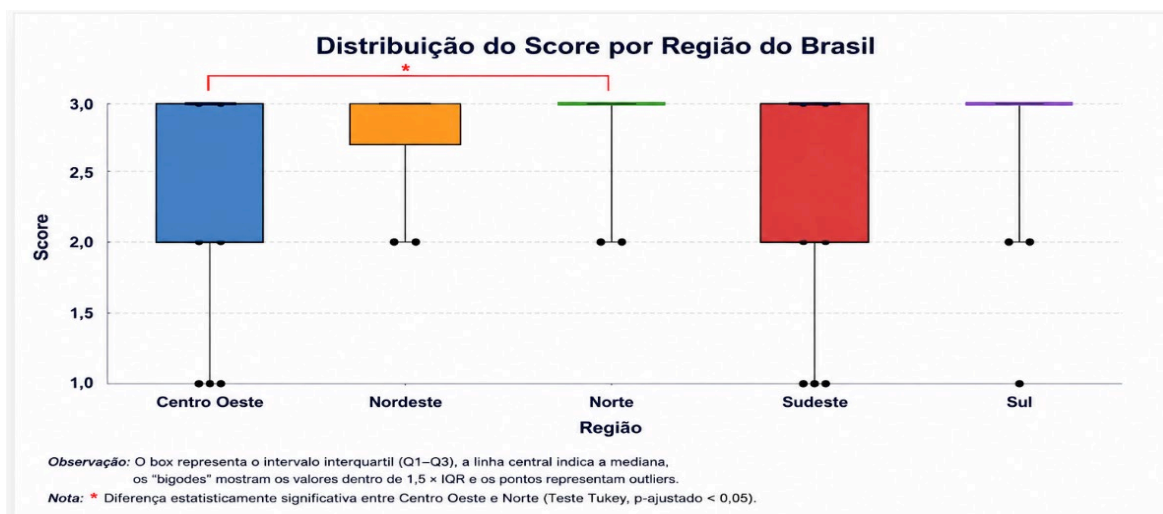
Por outro lado, todas as demais comparações regionais apresentaram valores de p superiores a 0,05, o que significa que os dados não fornecem evidências estatísticas suficientes para afirmar a existência de diferenças reais entre essas regiões. Em termos práticos, embora as médias regionais apresentem pequenas variações, essas diferenças podem ter ocorrido por efeito aleatório da amostra.

Do ponto de vista analítico, o resultado sugere que a percepção de corrupção na saúde tende a apresentar relativa homogeneidade entre as regiões brasileiras, apesar de pequenas oscilações nos scores médios. A exceção observada entre Centro-Oeste e Norte pode refletir diferenças institucionais, contextos locais específicos, níveis distintos de exposição a escândalos regionais ou

diferentes percepções sobre transparência e fiscalização na gestão da saúde. Contudo, como apenas uma comparação apresentou significância estatística, os resultados não permitem afirmar a existência de um padrão regional amplamente diferenciado de percepção de corrupção no país.

Após a identificação das diferenças médias entre os grupos por meio da ANOVA e do teste de Tukey, a análise passa a examinar a distribuição dos scores em cada região do país. O boxplot apresentado na figura abaixo permite visualizar não apenas as médias, mas também a dispersão dos dados, a concentração das respostas e possíveis variações internas entre os grupos regionais. Esse tipo de visualização contribui para compreender com maior profundidade o comportamento dos scores de percepção de corrupção, evidenciando padrões de distribuição, presença de valores extremos e diferenças na variabilidade das respostas entre as regiões brasileiras.

Após a identificação das diferenças médias entre os grupos por meio da ANOVA e do teste de Tukey, a análise passa a examinar a distribuição dos scores em cada região do país. Um boxplot, também chamado de diagrama de caixa, é um gráfico estatístico utilizado para mostrar a distribuição dos dados de forma resumida. Ele permite visualizar a concentração das respostas, a dispersão dos valores e possíveis diferenças entre grupos analisados. O boxplot apresentado na figura abaixo permite visualizar não apenas as médias, mas também a dispersão dos dados, a concentração das respostas e possíveis variações internas entre os grupos regionais. Esse tipo de visualização contribui para compreender com maior profundidade o comportamento dos scores de percepção de corrupção, evidenciando padrões de distribuição, presença de valores extremos e diferenças na variabilidade das respostas entre as regiões brasileiras. Assim, além de observar médias, o gráfico permite identificar se algumas regiões apresentam maior heterogeneidade nas respostas, maior concentração em níveis elevados de percepção de corrupção ou maior dispersão entre os respondentes.



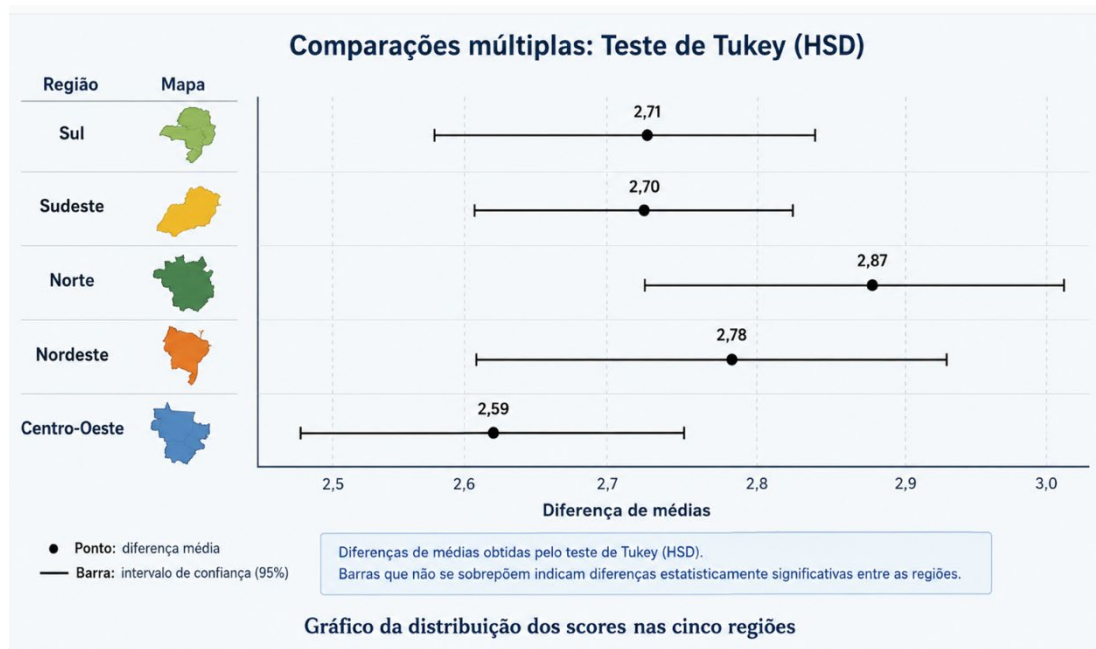
A Figura acima apresenta a distribuição dos scores por região, permitindo comparar como os respondentes de diferentes partes do país percebem a intensidade e a presença da corrupção no setor da saúde. Ela apresenta a distribuição dos scores de percepção de corrupção nas cinco regiões do Brasil por meio de boxplots, permitindo visualizar simultaneamente tendência central, dispersão dos dados e possíveis valores extremos. Em todas as regiões, as medianas estão concentradas no valor máximo da escala (3,0), indicando percepção elevada de corrupção no setor da saúde entre os respondentes de todo o país. Esse resultado demonstra que a avaliação sobre corrupção permanece alta de maneira relativamente uniforme entre as diferentes regiões brasileiras.

Em relação à dispersão dos dados, o Centro-Oeste apresenta a maior variabilidade das respostas, com intervalo interquartil mais amplo e presença de valores distribuídos entre diferentes níveis da escala. Esse padrão sugere maior heterogeneidade na percepção dos respondentes da região, indicando que os respondentes não compartilham uma visão totalmente homogênea sobre a intensidade da corrupção no setor da saúde. O Sudeste também apresenta dispersão relevante, embora menor que a observada no Centro-Oeste. Por outro lado, o Nordeste e o Norte exibem distribuições mais concentradas próximas ao valor máximo da escala, revelando maior uniformidade nas respostas. No caso do Nordeste, a baixa dispersão sugere consenso mais forte entre os respondentes em relação à percepção elevada de corrupção. O Sul também apresenta concentração elevada no topo da escala, embora com poucos valores extremos inferiores.

A figura também destaca a comparação estatisticamente significativa entre Centro-Oeste e Norte, indicada pelo asterisco vermelho no topo do gráfico. Esse resultado confirma o achado do teste de Tukey, segundo o qual apenas essas duas regiões apresentaram diferença estatisticamente significativa entre suas médias ( $p$ -ajustado  $< 0,05$ ). Ainda assim, a diferença observada permanece relativamente limitada dentro do conjunto geral da análise.

Em conclusão, os resultados reforçam a percepção de que a corrupção na saúde constitui um problema percebido de forma disseminada nacionalmente, com diferenças regionais menos acentuadas do que poderia ser esperado em um país marcado por fortes desigualdades econômicas e institucionais. A elevada concentração de respostas nos níveis superiores da escala sugere um ambiente de desconfiança estrutural em relação à gestão da saúde, aos mecanismos de controle e à utilização de recursos públicos e privados no setor.

A seguir, realizamos um teste post-hoc Tukey HSD para comparar as médias de Score entre as regiões do Brasil, após uma ANOVA que indicou tendência próxima do limiar de significância.



A figura apresenta o resultado de um teste estatístico de comparações múltiplas de médias utilizando o método de Tukey HSD (Honestly Significant Difference). Esse teste foi aplicado após a análise de variância (ANOVA), com o objetivo de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os scores médios das cinco regiões brasileiras analisadas: Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No gráfico, cada ponto preto representa a média estimada do score para a respectiva região, enquanto as linhas horizontais indicam os intervalos de confiança de 95% dessas médias. Em termos práticos, esses intervalos mostram a faixa dentro da qual o valor real da média provavelmente se encontra.

Os resultados indicam que a região Norte apresentou a maior média de score (2,87), sugerindo maior intensidade da variável analisada nessa região. Em seguida aparecem Nordeste (2,78), Sul (2,71), Sudeste (2,70) e Centro-Oeste (2,59), que apresentou a menor média entre as regiões avaliadas. Contudo, a principal informação do teste de Tukey não está apenas nas médias, mas na sobreposição dos intervalos de confiança. Como as barras apresentam ampla sobreposição entre si, os resultados sugerem ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as regiões ao nível convencional de 5%. Os resultados do teste de Tukey HSD demonstram ainda que, entre todas as comparações realizadas, apenas o contraste entre as regiões Centro-Oeste e Norte apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,032$ ). Nesse caso, a região Norte registrou média de score superior à observada no Centro-Oeste, indicando percepção mais elevada da variável analisada. Para os demais pares de regiões, as diferenças não alcançaram significância estatística ao nível de

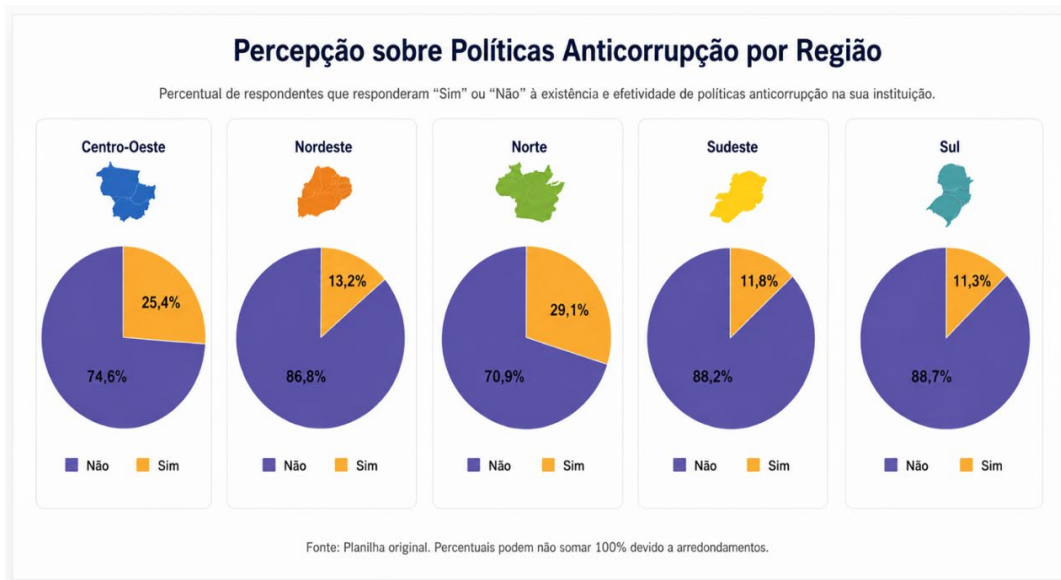
5%, o que sugere relativa homogeneidade das percepções entre grande parte das regiões brasileiras. Esse resultado merece atenção porque, embora o gráfico indique pequenas variações nas médias regionais, a maioria dessas diferenças não foi suficientemente consistente do ponto de vista estatístico. Em termos práticos, isso significa que as oscilações observadas podem decorrer de variações amostrais e não necessariamente refletir diferenças estruturais entre as regiões. Ainda assim, o fato de o Norte apresentar score significativamente mais elevado que o Centro-Oeste pode indicar especificidades regionais relacionadas ao contexto institucional, à experiência dos respondentes ou às condições locais de funcionamento do setor analisado, aspecto que pode ser aprofundado em pesquisas futuras

Em outras palavras, embora existam diferenças numéricas entre as médias regionais, os dados não permitem afirmar com segurança estatística que essas diferenças sejam reais e não decorrentes de variações amostrais. Esse resultado reforça a interpretação de que a percepção analisada apresenta relativa homogeneidade entre as regiões brasileiras. Ainda assim, as médias mais elevadas observadas no Norte e Nordeste podem indicar tendências regionais relevantes, que merecem investigação futura com amostras maiores e análises complementares.

#### 8.1.1.2 Região vs. Política Anticorrupção Eficaz

Analisamos como a percepção sobre a existência e a efetividade de políticas anticorrupção varia entre as diferentes regiões brasileiras. A análise regional permite identificar possíveis diferenças de percepção relacionadas ao contexto institucional, ao nível de maturidade dos mecanismos de integridade e às experiências locais dos respondentes com práticas de controle e prevenção da corrupção.

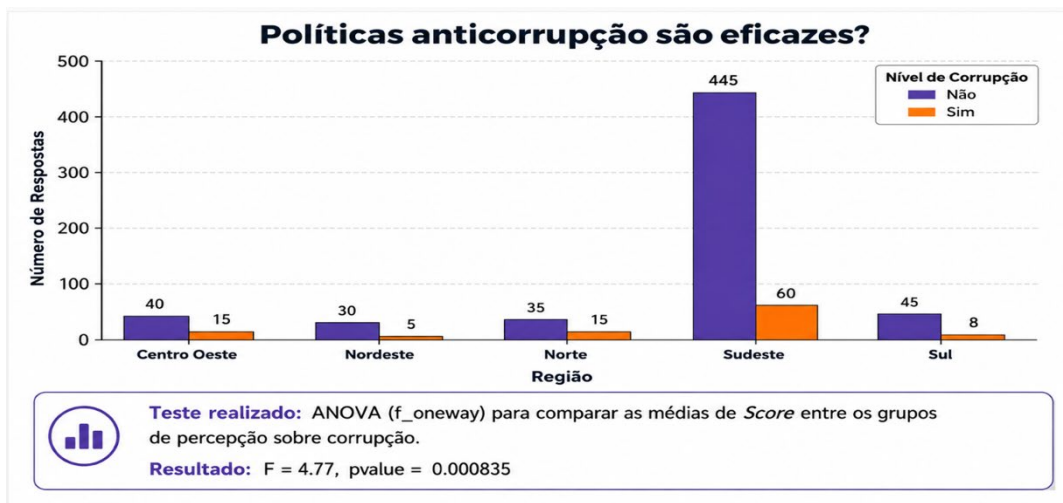
A figura a seguir apresenta a distribuição percentual das respostas “Sim” e “Não” sobre a percepção de existência de políticas anticorrupção eficazes nas instituições às quais os participantes estão vinculados, considerando as cinco regiões do país. A comparação regional contribui para compreender se a percepção sobre integridade institucional ocorre de forma homogênea no território nacional ou se existem diferenças relevantes entre as regiões analisadas.



A figura apresenta a percepção dos respondentes sobre a existência e a efetividade de políticas anticorrupção nas instituições em que atuam, considerando as cinco regiões brasileiras: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. Os gráficos de pizza mostram a proporção de respostas “Sim” e “Não” para cada região, permitindo comparar regionalmente o grau de confiança dos participantes em relação às políticas de integridade institucional. Os resultados indicam predominância expressiva das respostas “Não” em todas as regiões analisadas, sugerindo percepção generalizada de que as instituições ainda não possuem políticas anticorrupção suficientemente eficazes.

O Sul (88,7%), o Sudeste (88,2%) e o Nordeste (86,8%) apresentaram os maiores percentuais de respostas negativas, demonstrando elevado grau de ceticismo em relação à efetividade dessas políticas. Por outro lado, o Norte registrou o maior percentual de respostas “Sim” (29,1%), seguido pelo Centro-Oeste (25,4%). Embora as respostas negativas também predominem nessas regiões, os percentuais mais elevados de respostas positivas podem indicar maior percepção de avanços institucionais, experiências mais favoráveis com mecanismos de integridade ou diferenças na forma como os respondentes avaliam políticas anticorrupção.

A comparação regional revela relativa homogeneidade na percepção geral dos participantes, marcada pela predominância de avaliações negativas sobre a efetividade das políticas anticorrupção. Esse resultado sugere que a desconfiança em relação aos mecanismos de prevenção e combate à corrupção não está concentrada em uma região específica, mas aparece de forma disseminada no país. Ao mesmo tempo, as diferenças observadas entre Norte e Centro-Oeste e as demais regiões indicam possíveis variações contextuais que merecem investigação mais aprofundada em estudos futuros.



A análise de variância (ANOVA) apresentada na figura demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos analisados em relação à percepção sobre a eficácia das políticas anticorrupção nas diferentes regiões do Brasil. O valor da estatística F ( $F = 4,77$ ) mede a variabilidade entre os grupos em comparação com a variabilidade observada dentro de cada grupo. Já o p-value representa a probabilidade de observar um valor de F tão extremo quanto o encontrado caso a hipótese nula fosse verdadeira. No teste ANOVA, a hipótese nula ( $H_0$ ) estabelece que todas as médias dos grupos são iguais. Como o p-valor obtido foi extremamente baixo ( $p = 0,000835 < 0,05$ ), os resultados permitem rejeitar  $H_0$ , indicando que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois grupos analisados. Em termos práticos, isso significa que a percepção sobre a eficácia das políticas anticorrupção não se distribui de maneira homogênea entre as regiões. Contudo, o teste ANOVA não identifica especificamente entre quais grupos ocorrem essas diferenças. Por essa razão, posteriormente foi realizado o teste post-hoc de Tukey HSD, que permite identificar quais grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si. Obtivemos os resultados a seguir.

## Resultados do Teste Tukey

Multiple Comparison of Means - Tukey HSD, FWER=0.05

group1	group2	meandiff	p-adj	lower	upper	reject
Centro Oeste	Nordeste	0.1227	0.4346	-0.0747	0.3200	False
Centro Oeste	Norte	-0.0367	0.9802	-0.2145	0.1411	False
Centro Oeste	Sudeste	0.1362	<b>0.0360</b>	0.0056	0.2668	<b>True</b>
Centro Oeste	Sul	0.1410	0.2801	-0.0385	0.3206	False
Nordeste	Norte	-0.1593	0.1895	-0.3595	0.0408	False
Nordeste	Sudeste	0.0136	0.9994	-0.1461	0.1732	False
Nordeste	Sul	0.0184	0.9991	-0.1833	0.2200	False
Norte	Sudeste	0.1729	<b>0.0044</b>	0.0381	0.3077	<b>True</b>
Norte	Sul	0.1777	0.0609	-0.0049	0.3603	False
Sudeste	Sul	0.0048	1.0000	-0.1323	0.1418	False

meandiff: diferença entre as médias (group1 - group2)

p-adj: p-valor ajustado

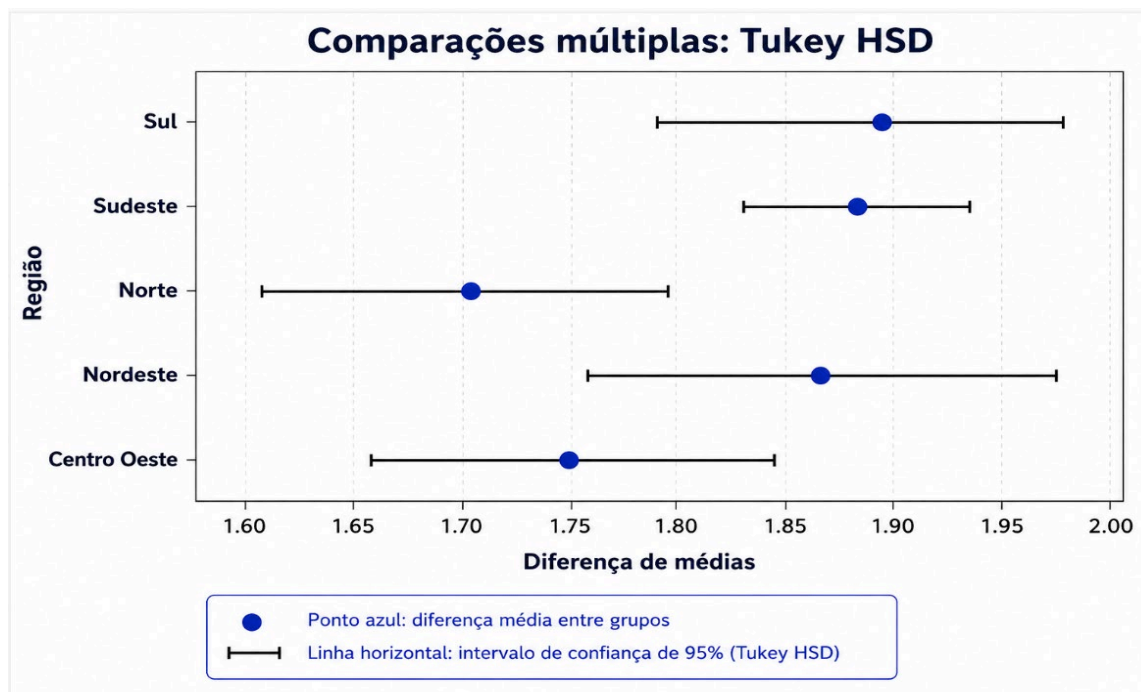
lower / upper: limites inferior e superior do intervalo de confiança (95%)

reject: indica se a diferença entre as médias é estatisticamente significativa (True = sim; False = não)

Os resultados do teste post-hoc de Tukey HSD demonstram quais regiões apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si após a realização da ANOVA. O teste foi aplicado porque a ANOVA indicou a existência de diferenças entre as médias dos grupos, mas não identificou especificamente onde essas diferenças ocorriam. A tabela mostra as comparações pareadas entre as regiões, apresentando a diferença entre as médias (meandiff), o p-valor ajustado (p-adj) e os intervalos de confiança de 95%. Os resultados indicam que apenas duas comparações apresentaram diferenças estatisticamente significativas: Centro-Oeste versus Sudeste ( $p = 0,0360$ ) e Norte versus Sudeste ( $p = 0,0044$ ), ambas marcadas como “True” na coluna reject. Isso significa que a percepção sobre a eficácia das políticas anticorrupção no Sudeste difere significativamente daquela observada no Centro-Oeste e no Norte. Nas demais comparações, os valores de p permaneceram acima do nível de significância de 5%, o que impede afirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre esses grupos. O resultado sugere que o Sudeste apresenta um padrão de percepção distinto em relação às demais regiões analisadas, especialmente quando comparado ao Centro-Oeste e ao Norte.

A figura abaixo apresenta os resultados do teste post-hoc Tukey HSD, aplicado após a ANOVA identificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos regionais analisados. O objetivo desse teste é verificar especificamente entre quais regiões essas diferenças ocorrem, já que a ANOVA apenas demonstra que existe diferença em algum ponto da amostra, sem indicar exatamente entre quais grupos ela aparece. No gráfico, cada ponto representa

a média estimada para a respectiva região, enquanto as linhas horizontais correspondem aos intervalos de confiança de 95%. Quanto menor a sobreposição entre esses intervalos, maior a evidência de diferença estatística entre os grupos comparados.



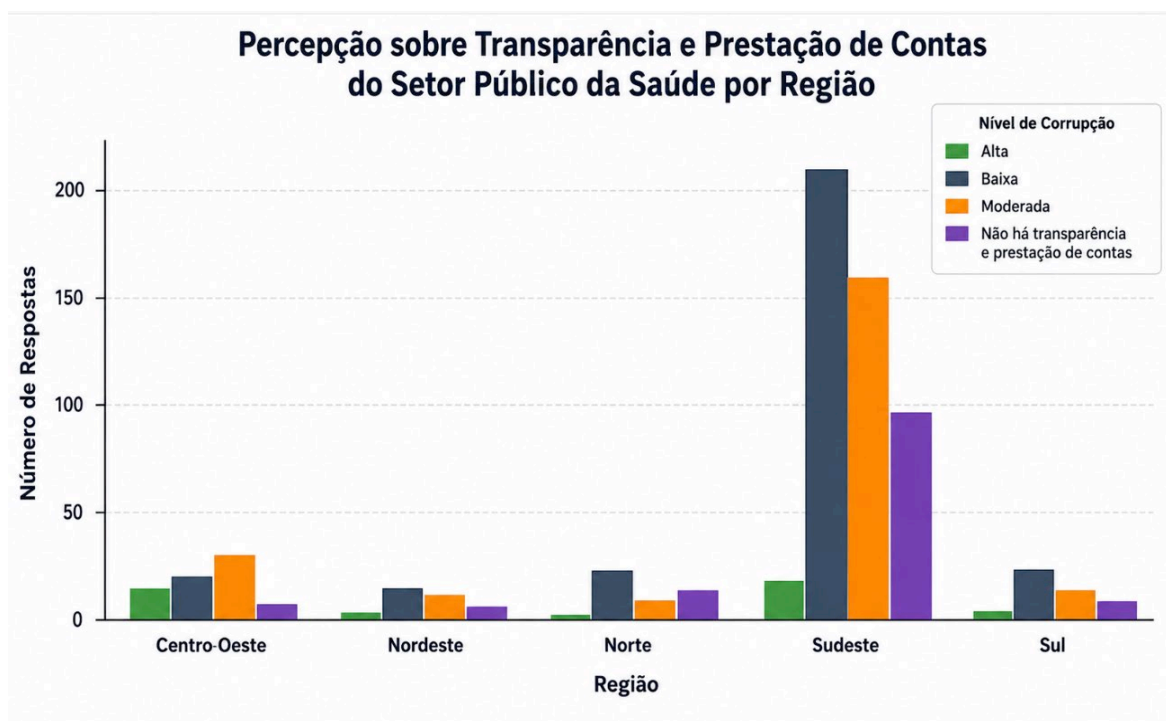
Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre Centro-Oeste e Sudeste ( $p = 0,036$ ) e entre Norte e Sudeste ( $p = 0,0044$ ), demonstrando que o padrão de percepção observado no Sudeste difere de maneira relevante em relação a essas regiões. Nas demais comparações, os valores de  $p$  permaneceram acima do nível convencional de significância de 5%, impedindo concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas. De modo geral, os resultados sugerem relativa homogeneidade entre as regiões brasileiras quanto à percepção sobre a eficácia das políticas anticorrupção, com exceção do Sudeste, que apresentou comportamento mais distinto. Esse resultado pode indicar que os respondentes da região Sudeste possuem percepção mais crítica ou menor confiança na efetividade das políticas de combate à corrupção, possivelmente em razão de maior exposição ao debate público, à cobertura midiática de escândalos de corrupção ou à própria centralidade econômica e institucional da região no contexto nacional.

Em síntese, o conjunto dos testes estatísticos demonstra que existem diferenças regionais na percepção sobre a eficácia das políticas anticorrupção, embora essas diferenças não sejam generalizadas entre todas as regiões brasileiras. A ANOVA indicou que as médias dos grupos não são totalmente iguais, revelando a existência de diferenças estatisticamente significativas no conjunto

da amostra. Em seguida, o teste post-hoc de Tukey HSD mostrou que essas diferenças concentram-se especificamente nas comparações envolvendo o Sudeste, sobretudo em relação ao Centro-Oeste e ao Norte. Nas demais comparações regionais, os resultados permaneceram estatisticamente semelhantes. De forma geral, os dados sugerem relativa homogeneidade nacional quanto à percepção sobre políticas anticorrupção, mas indicam que o Sudeste apresenta uma percepção mais crítica ou menos otimista em relação à efetividade dessas políticas. Esse padrão pode refletir fatores como maior exposição institucional, econômica e midiática da região aos debates e escândalos de corrupção no país.

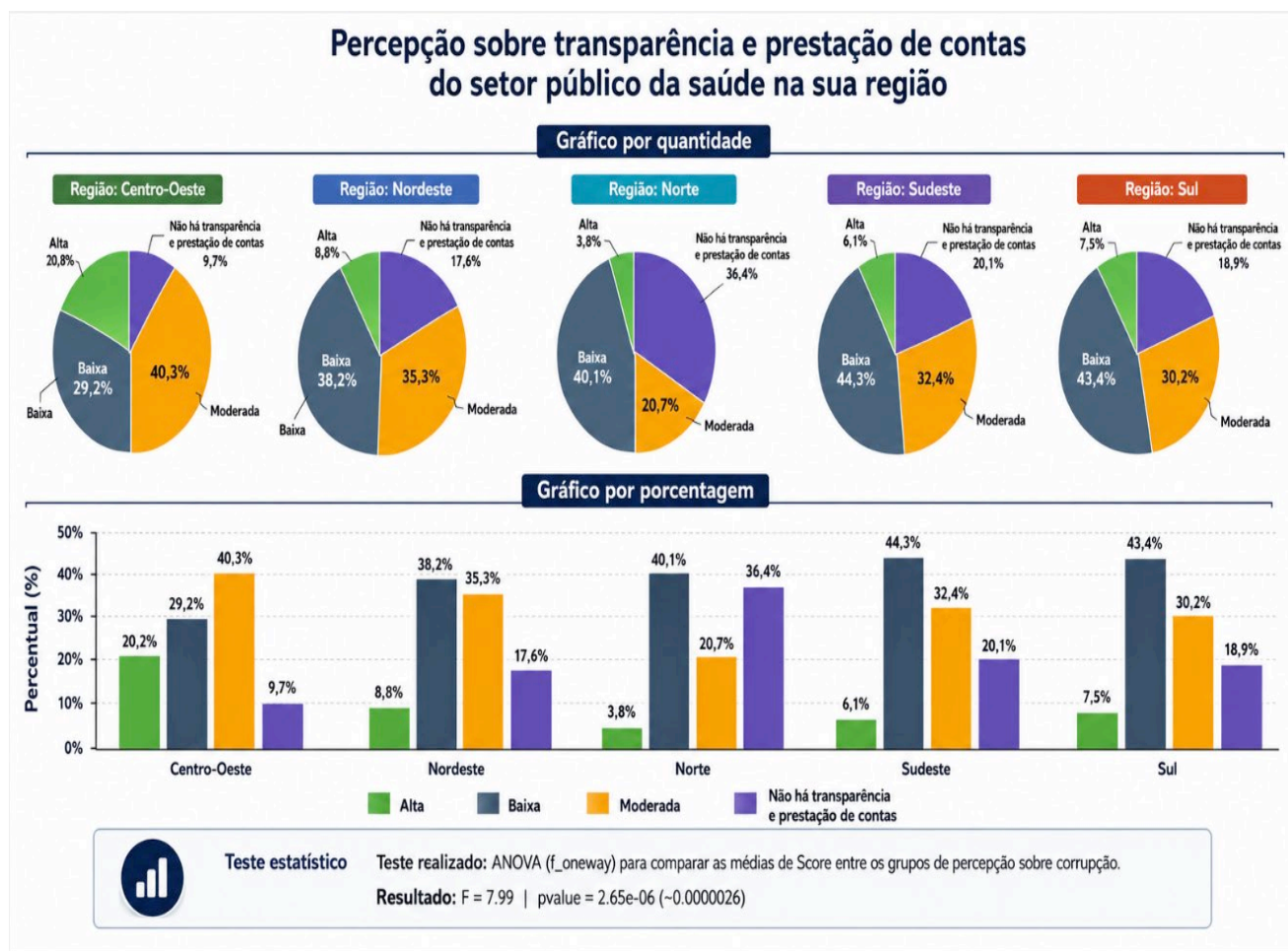
### 8.1.1.3 Região vs. Transparência e Accountability

Analisaremos a relação entre região geográfica e percepção sobre transparência e accountability no setor da saúde, com base na Pergunta 15 (P315), que solicita aos respondentes que classifiquem a transparência e a prestação de contas do setor público da saúde em sua região. O objetivo consiste em verificar se existem diferenças regionais relevantes quanto à avaliação da transparência institucional e dos mecanismos de accountability relacionados à prevenção da corrupção. A seguir os gráficos relacionados com a Transparência e prestação de contas do setor público de saúde e a região do país.



A figura demonstra a distribuição regional das percepções sobre transparência e prestação de contas no setor público da saúde. Em todas as regiões, predominam respostas classificando a

transparência como “baixa” ou “moderada”, enquanto o número de respondentes que considera existir “alta” transparência permanece reduzido. O Sudeste concentra o maior volume absoluto de respostas em todas as categorias, o que também reflete a maior participação de respondentes dessa região na pesquisa. Ainda assim, o padrão observado revela predominância de avaliações críticas quanto à transparência e aos mecanismos de accountability no setor público da saúde. Chama atenção o fato de que a categoria “não há transparência e prestação de contas” apresenta valores relativamente expressivos, especialmente no Sudeste e no Norte, sugerindo percepção mais severa sobre falhas institucionais de controle, fiscalização e divulgação de informações públicas. De modo geral, os resultados indicam que os participantes reconhecem limitações importantes nos mecanismos de transparência e accountability do setor público da saúde, reforçando a percepção de vulnerabilidade institucional e risco de práticas irregulares ou corruptas.



A figura acima apresenta a distribuição regional das percepções sobre transparência e prestação de contas no setor público da saúde, comparando tanto a quantidade absoluta de respostas quanto os percentuais observados em cada região. Os resultados indicam predominância das avaliações classificadas como “baixa” e “moderada” transparência em praticamente todas as regiões

analisadas, enquanto a percepção de “alta” transparência permanece reduzida. Chama atenção o fato de que a categoria “não há transparência e prestação de contas” apresenta percentuais relevantes, especialmente nas regiões Norte e Sudeste, sugerindo percepção mais crítica em relação aos mecanismos de accountability e controle institucional no setor público da saúde. O Sudeste concentra o maior volume absoluto de respostas, refletindo também a maior participação regional na pesquisa, mas o padrão proporcional demonstra que a percepção negativa ou moderadamente crítica sobre transparência aparece de forma relativamente disseminada no país.

Para verificar se essas diferenças observadas entre as regiões possuem relevância estatística, foi realizado o teste ANOVA. Esse teste permite avaliar se existem diferenças significativas entre as médias de dois ou mais grupos. O valor da estatística F indica a relação entre a variabilidade entre os grupos e a variabilidade dentro dos próprios grupos, enquanto o p-valor representa a probabilidade de obtenção do resultado observado caso todas as médias fossem iguais. Como o p-valor obtido foi extremamente inferior ao nível convencional de significância de 5% ( $p\text{-value} = 2,65e-06$ ), os resultados permitem rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ), que pressupõe igualdade entre as médias regionais. Isso significa que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos duas regiões analisadas. Contudo, a ANOVA não identifica especificamente quais grupos diferem entre si, razão pela qual posteriormente torna-se necessária a aplicação de um teste post-hoc, como o Tukey HSD, para identificar onde essas diferenças efetivamente ocorrem. Por essa razão, a seguir utilizamos o teste de Tukey HSD, para comparar pares de médias e identificar onde essas diferenças ocorrem de forma estatisticamente significativa. A seguir mostraremos os resultados obtidos.

## Resultados do Teste Tukey

Multiple Comparison of Means - Tukey HSD, FWER = 0,05						
group1	group2	meandiff	p-adj	lower	upper	reject
Centro Oeste	Nordeste	0.3693	0.1863	-0.0928	0.8314	False
Centro Oeste	Norte	0.7034	0.0	0.3015	1.1052	True
Centro Oeste	Sudeste	0.5337	0.0	0.2534	0.8140	True
Centro Oeste	Sul	0.4581	0.0163	0.0562	0.8600	True
Nordeste	Norte	0.3341	0.3331	-0.1538	0.8220	False
Nordeste	Sudeste	0.1644	0.7843	-0.2294	0.5583	False
Nordeste	Sul	0.0888	0.9876	-0.3991	0.5767	False
Norte	Sudeste	-0.1697	0.5988	-0.4988	0.1515	False
Norte	Sul	-0.2453	0.5268	-0.6766	0.1861	False
Sudeste	Sul	-0.0756	0.9677	-0.3968	0.2455	False

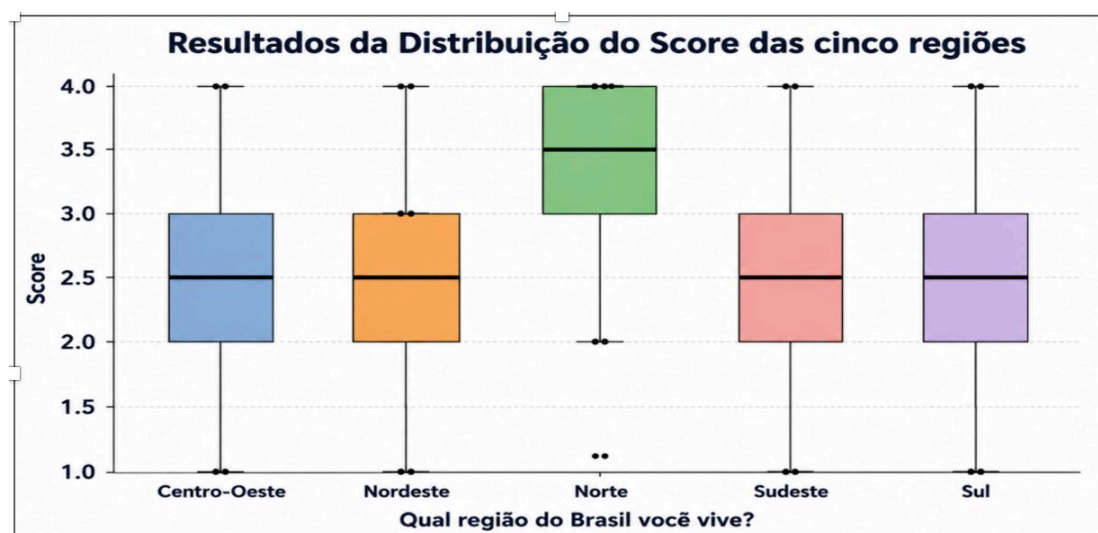
**group1 / group2:** Regiões comparadas.  
**meandiff:** Diferença entre as médias (group1 - group2).  
**p-adj:** Valor de p ajustado pelo método de Tukey.  
**lower / upper:** Intervalo de confiança de 95% para a diferença entre as médias.  
**reject:** Indica se a diferença entre as médias é estatisticamente significativa (True = sim, False = não) com nível de significância de 0,05.

A tabela apresenta os resultados do teste post-hoc Tukey HSD, aplicado após a ANOVA identificar diferenças estatisticamente significativas entre as médias regionais relacionadas à percepção sobre transparência e prestação de contas no setor público da saúde. O objetivo desse teste consiste em identificar exatamente entre quais regiões as diferenças ocorrem, já que a ANOVA apenas demonstra que pelo menos um grupo difere dos demais, sem especificar quais.

Os resultados mostram que o Centro-Oeste apresentou diferenças estatisticamente significativas em comparação com Norte, Sudeste e Sul. As comparações Centro-Oeste versus Norte ( $p = 0,0$ ), Centro-Oeste versus Sudeste ( $p = 0,0$ ) e Centro-Oeste versus Sul ( $p = 0,0163$ ) aparecem classificadas como “True” na coluna reject, indicando rejeição da hipótese nula de igualdade entre as médias desses grupos. Isso significa que a percepção sobre transparência e prestação de contas no setor público da saúde no Centro-Oeste difere de forma relevante da percepção observada nessas regiões.

Por outro lado, as demais comparações não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que os valores de p permaneceram acima do nível convencional de significância de 5%. Isso ocorreu, por exemplo, nas comparações entre Nordeste e Norte, Nordeste e Sudeste, Norte e Sul, além de Sudeste e Sul. Nesses casos, a coluna reject aparece como “False”, indicando ausência de evidência estatística suficiente para afirmar que as médias sejam diferentes.

De modo geral, os resultados sugerem que o principal fator de diferenciação regional está no Centro-Oeste, que apresentou padrão de percepção distinto em relação a várias outras regiões do país. Já Norte, Nordeste, Sudeste e Sul demonstraram percepções relativamente mais homogêneas entre si quanto à transparência e accountability no setor público da saúde.



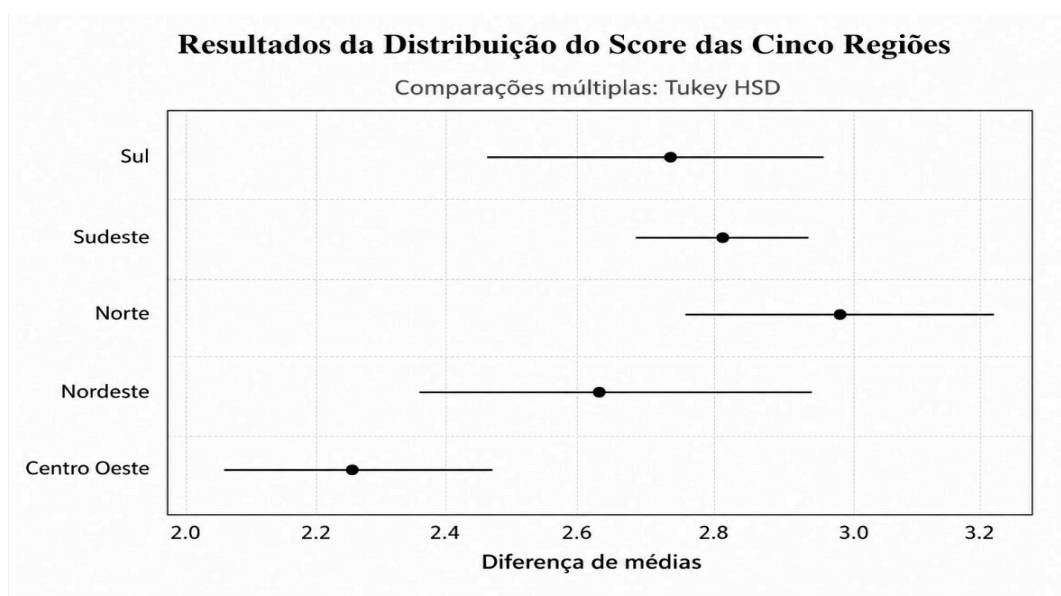
O boxplot apresenta a distribuição dos scores atribuídos às diferentes regiões brasileiras em relação à percepção analisada na pesquisa. Esse tipo de gráfico permite visualizar simultaneamente a mediana, a dispersão dos dados, os quartis e possíveis valores extremos (outliers), oferecendo uma visão mais completa da distribuição das respostas do que gráficos de média simples. A linha no centro de cada caixa representa a mediana dos scores, enquanto a caixa indica os 50% centrais das respostas. Os “bigodes” mostram a extensão dos valores mínimos e máximos dentro do intervalo esperado, e os pontos isolados representam respostas consideradas extremas.

Os resultados demonstram que Norte apresentou mediana mais elevada e distribuição mais concentrada em scores altos, indicando percepção relativamente mais positiva em comparação às demais regiões. Já Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul apresentaram distribuições bastante semelhantes entre si, com medianas próximas e dispersão relativamente equilibrada. Também é possível observar a presença de alguns valores extremos em praticamente todas as regiões, indicando que parte dos respondentes possui percepções muito diferentes da tendência predominante do grupo.

De modo geral, o gráfico sugere que as diferenças regionais existem, mas não são completamente acentuadas entre todas as regiões brasileiras. O principal destaque aparece no Norte, que demonstra padrão de respostas mais elevado em relação aos demais grupos analisados. Isso significa que, embora existam diferenças regionais, elas não são extremamente profundas ou completamente destoantes no conjunto da amostra. O resultado também sugere que as percepções

variam dentro de cada própria região, já que há dispersão das respostas e presença de opiniões mais extremas entre alguns participantes.

Após a análise da distribuição dos scores entre as regiões brasileiras, realizamos o teste post-hoc Tukey HSD para aprofundar a investigação estatística das diferenças identificadas pela ANOVA. Enquanto o boxplot anterior permitiu visualizar a dispersão, a mediana e o comportamento geral das respostas em cada região, o gráfico a seguir apresenta as comparações múltiplas entre as médias regionais, permitindo identificar de forma mais precisa quais grupos apresentam diferenças estatisticamente relevantes entre si.



A figura acima apresenta os resultados do teste post-hoc Tukey HSD, utilizado para aprofundar a análise das diferenças regionais identificadas previamente pela ANOVA. Enquanto a análise de variância demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias das cinco regiões brasileiras ( $F = 7,99$ ;  $p < 0,001$ ), o teste de Tukey permitiu identificar especificamente entre quais grupos essas diferenças ocorrem. O gráfico representa, no eixo horizontal, as diferenças entre as médias regionais, enquanto os pontos indicam as estimativas centrais e as linhas horizontais correspondem aos respectivos intervalos de confiança. Essa visualização permite avaliar simultaneamente a magnitude das diferenças e o grau de proximidade estatística entre os grupos analisados.

Os resultados demonstram que o Centro-Oeste apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação ao Norte ( $p < 0,001$ ), ao Sudeste ( $p < 0,001$ ) e ao Sul ( $p = 0,016$ ). Para os demais pares regionais, os valores de  $p$  permaneceram acima do nível convencional de significância

de 5%, indicando ausência de diferenças estatisticamente relevantes. Em termos substantivos, os dados sugerem que os respondentes do Centro-Oeste possuem percepção relativamente mais positiva acerca da transparência, da prestação de contas e dos mecanismos de controle institucional no setor público da saúde. Em contraste, Norte, Sudeste e Sul apresentaram avaliações mais críticas e relativamente semelhantes entre si.

Esse padrão pode estar relacionado tanto a fatores institucionais quanto às características específicas da amostra regional. O Centro-Oeste registrou proporção mais elevada de participantes vinculados à administração federal (12,9%), além de maior concentração de respondentes nas faixas etárias de 25 a 34 anos e de 35 a 44 anos. A região também apresentou menor participação de indivíduos externos ao setor da saúde, superando apenas o Nordeste nesse aspecto. Esse perfil pode favorecer uma percepção mais institucionalizada dos mecanismos de fiscalização, integridade e transparência pública, especialmente entre profissionais com maior proximidade das estruturas federais de controle e das políticas de integridade implementadas na administração pública.

Ao mesmo tempo, os resultados não permitem concluir que a percepção de corrupção seja baixa no Centro-Oeste. A corrupção ainda aparece como problema relevante na região, embora percebida de forma relativamente menos intensa quando comparada às demais regiões do país. Esse resultado sugere uma percepção com mais nuances e menos generalizada sobre corrupção e *accountability*, possivelmente influenciada por maior familiaridade dos respondentes com instrumentos formais de governança, transparência digital e mecanismos institucionais de controle.

## **8.2 Discussão Integrada dos Resultados**

Os resultados apresentados nesta seção demonstram que a percepção da corrupção no setor da saúde permanece elevada em todas as regiões brasileiras, embora existam diferenças relevantes na forma como os respondentes avaliam os mecanismos de transparência, *accountability* e controle institucional. De maneira geral, os participantes expressaram avaliações predominantemente críticas acerca da capacidade do sistema de saúde de prevenir práticas corruptas, assegurar transparência administrativa e promover prestação de contas efetiva. Ainda que os padrões regionais apresentem relativa homogeneidade em alguns aspectos, as análises estatísticas identificaram diferenças significativas em temas específicos relacionados à eficácia das políticas anticorrupção e à confiança nos mecanismos institucionais de controle.

Os resultados da ANOVA e dos testes post-hoc Tukey HSD indicaram que o Centro-Oeste apresentou padrão de percepção distinto em comparação a outras regiões, especialmente no que se

refere à transparência e à prestação de contas no setor público da saúde. Os respondentes dessa região demonstraram avaliações relativamente mais positivas acerca dos mecanismos institucionais de controle, fiscalização e integridade pública. Esse resultado não significa ausência de percepção de corrupção, mas sugere menor intensidade da percepção negativa quando comparada às demais regiões analisadas. Parte dessa diferença pode estar relacionada às características específicas da amostra regional. O Centro-Oeste registrou maior proporção de participantes vinculados à administração federal, menor presença de respondentes externos ao setor da saúde e concentração mais elevada de indivíduos em faixas etárias mais jovens. Esses fatores podem favorecer maior familiaridade com instrumentos formais de governança, programas de integridade, mecanismos de transparência digital e estruturas institucionais de controle administrativo.

Em contraste, o Sudeste apresentou avaliações mais críticas sobre a eficácia das políticas anticorrupção e sobre os mecanismos de transparência e accountability. As análises estatísticas demonstraram diferenças significativas entre o Sudeste e outras regiões, especialmente em relação ao Centro-Oeste e ao Norte. Esse padrão pode refletir fatores estruturais e institucionais específicos da região, incluindo maior complexidade administrativa, elevada concentração de serviços públicos e privados de saúde, maior exposição a investigações de corrupção amplamente divulgadas pela mídia e maior intensidade do debate público sobre governança e integridade institucional. A centralidade econômica e política do Sudeste também pode contribuir para maior sensibilidade dos respondentes em relação a falhas institucionais e riscos de corrupção no setor da saúde.

Os resultados também evidenciam que a percepção da corrupção não depende exclusivamente da ocorrência objetiva de práticas ilícitas, mas é influenciada por fatores sociais, institucionais, profissionais e midiáticos. Respondentes com maior proximidade das estruturas de gestão pública ou do próprio setor da saúde tendem a apresentar percepções mais nuançadas e menos generalizadas sobre corrupção e accountability. Por outro lado, contextos marcados por maior exposição a escândalos públicos, conflitos institucionais e debates políticos intensos podem ampliar percepções negativas sobre integridade e transparência, mesmo quando mecanismos formais de controle estão presentes.

Embora a pesquisa apresente limitações metodológicas, especialmente em razão do desequilíbrio regional da amostra e da natureza perceptiva dos dados coletados, os resultados oferecem evidências relevantes sobre como diferentes grupos sociais avaliam a governança do setor da saúde no Brasil. As análises demonstram que a percepção de corrupção possui forte dimensão institucional e regional, indicando que políticas de integridade e transparência precisam considerar

não apenas mecanismos formais de controle, mas também fatores relacionados à confiança institucional, comunicação pública, acesso à informação e cultura organizacional. Nesse sentido, os achados desta pesquisa podem contribuir para futuras investigações acadêmicas e para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da governança, da accountability e da transparência no setor da saúde brasileiro.

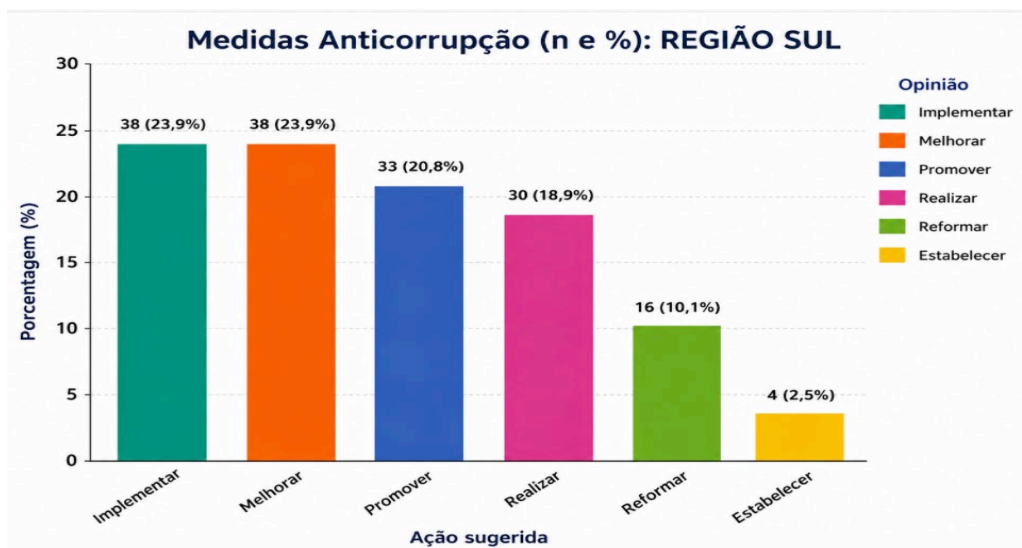
## **10. Medidas de Mitigação**

Apresentamos as principais medidas de mitigação da corrupção apontadas pelos respondentes da pesquisa na Pergunta P40. As medidas propostas são: “Reforçar a educação e treinamento sobre ética, integridade e combate à corrupção”; “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”; “Implementar treinamentos de integridade para profissionais de saúde”; “Promover uma cultura de denúncia segura e proteção aos denunciantes”; “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle”; “Estabelecer códigos de conduta claros e objetivos”; “Realizar auditorias internas regulares”; e “Implementar certificação obrigatória com foco exclusivo no setor da saúde”. Respondentes poderiam indicar até três das medidas citadas acima.

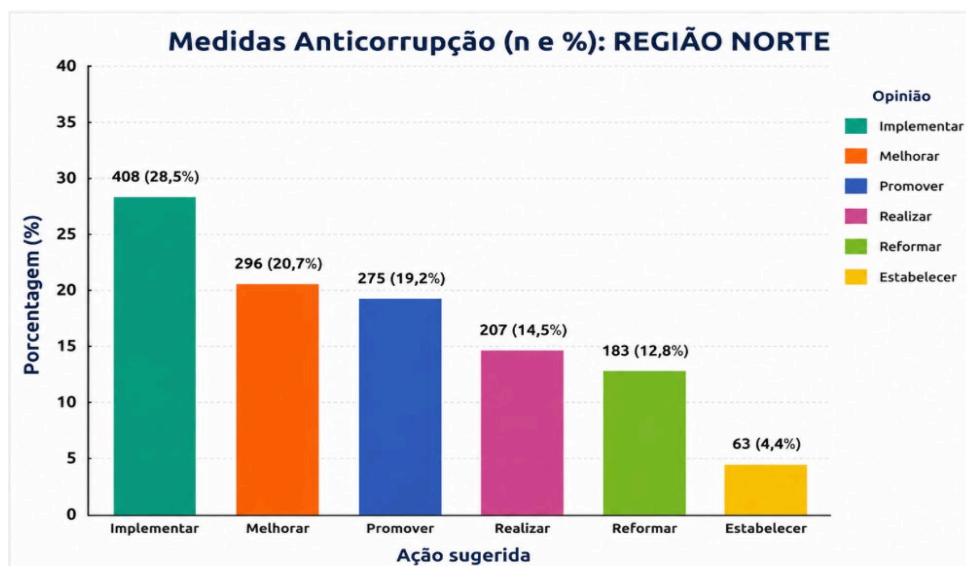
### **9.1 Ranking por Região**

Apresenta a distribuição regional das principais medidas de mitigação da corrupção indicadas pelos respondentes da pesquisa. A análise permite identificar quais propostas receberam maior prioridade em cada região brasileira, evidenciando diferenças regionais na percepção sobre estratégias de integridade, transparência e controle no setor da saúde.

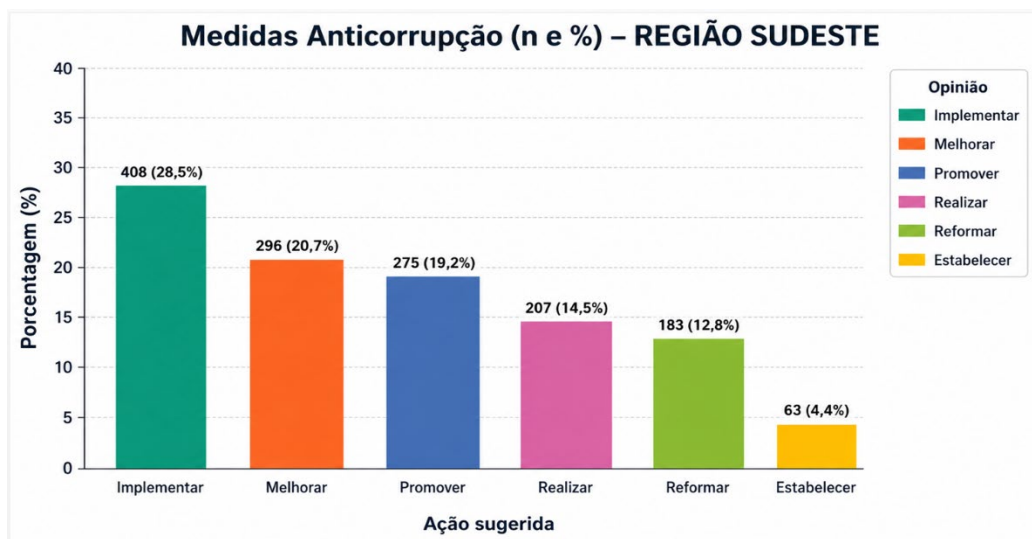
Na Região Sul, 23,9% dos respondentes indicaram como melhores práticas as medidas “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” e “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”, que apresentaram o mesmo percentual, configurando um empate entre as sugestões.



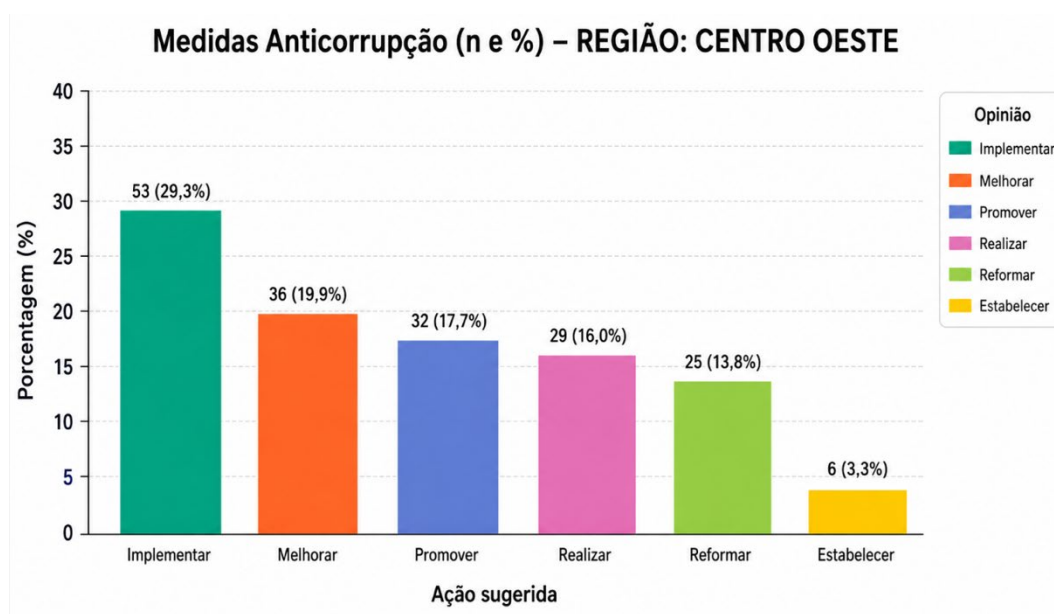
Já na Região Norte, 28,5% dos respondentes apontaram que “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” seria a medida de mitigação mais adequada.



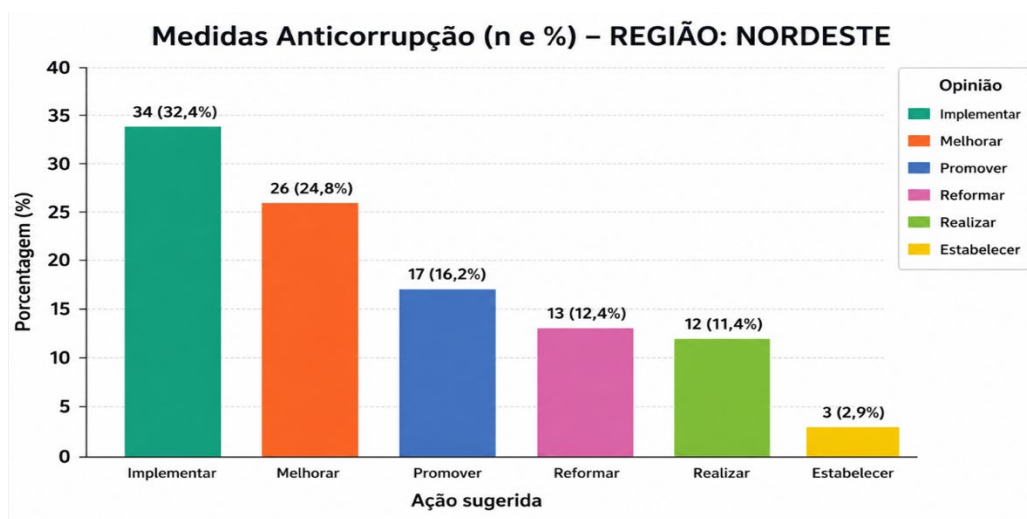
Na Região Sudeste, 28,5% dos respondentes indicaram como melhor prática a medida “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle”, enquanto 20,7% destacaram “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”.



De forma semelhante, na Região Centro-Oeste, as mesmas práticas foram apontadas como prioritárias, sendo “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” escolhida por 29,3% e “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas” escolhida por 19,9% dos respondentes, respectivamente.

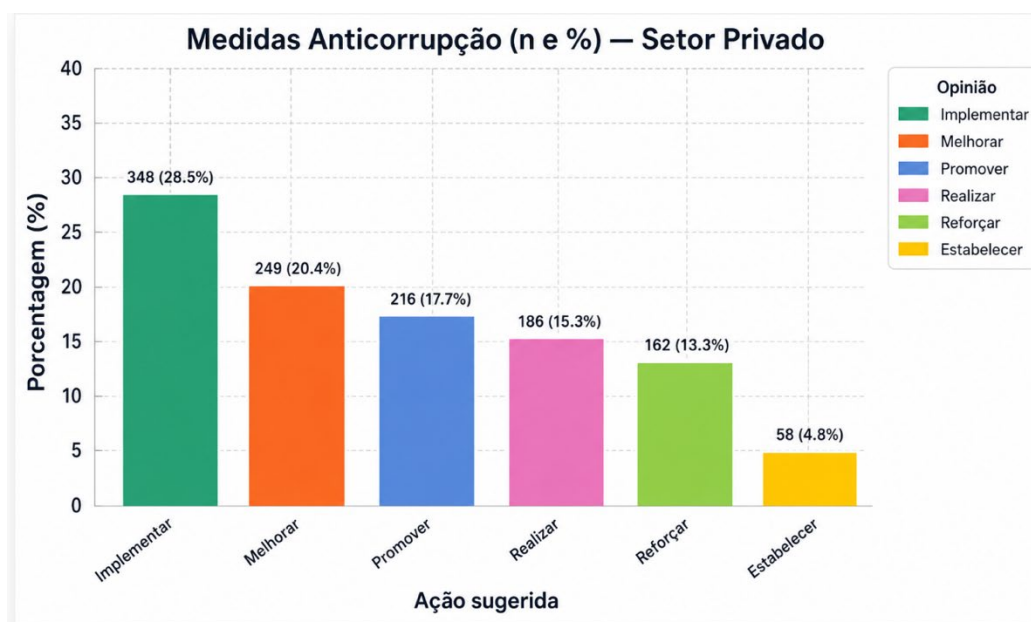


Na Região Nordeste, 32,4% dos respondentes indicaram que “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” seria a medida mais adequada para o combate à corrupção, enquanto 24,8% apontaram “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas” como a principal opção.

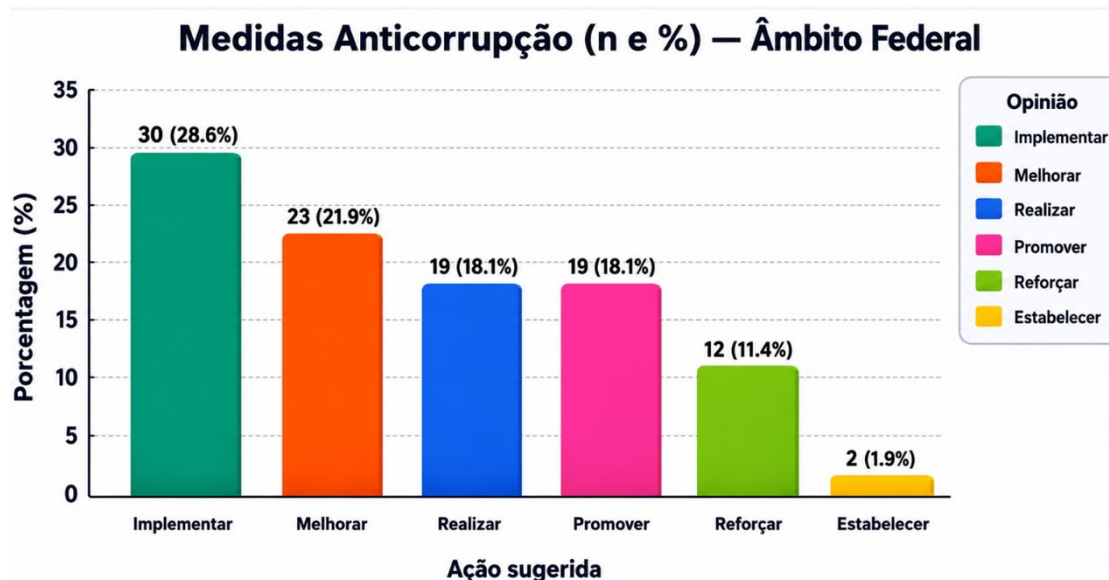


## 9.2 Ranking por Organização

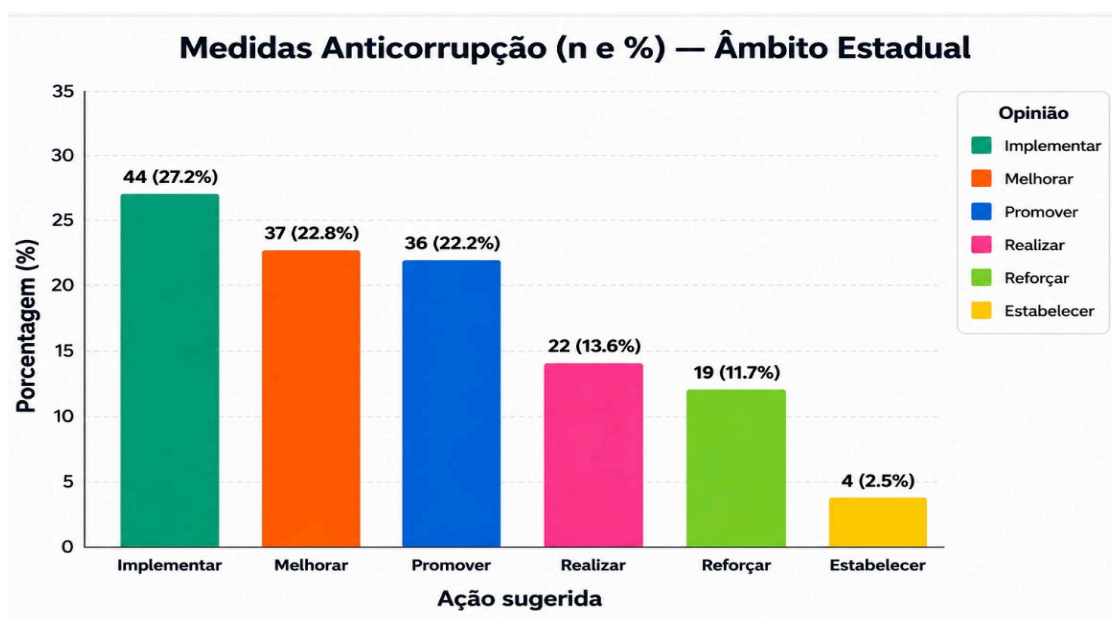
No setor privado, que reúne a maior parte dos respondentes desta pesquisa, 28,5% indicaram como melhor prática para mitigar a corrupção a medida “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle”. Em seguida, 20,4% destacaram “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”.



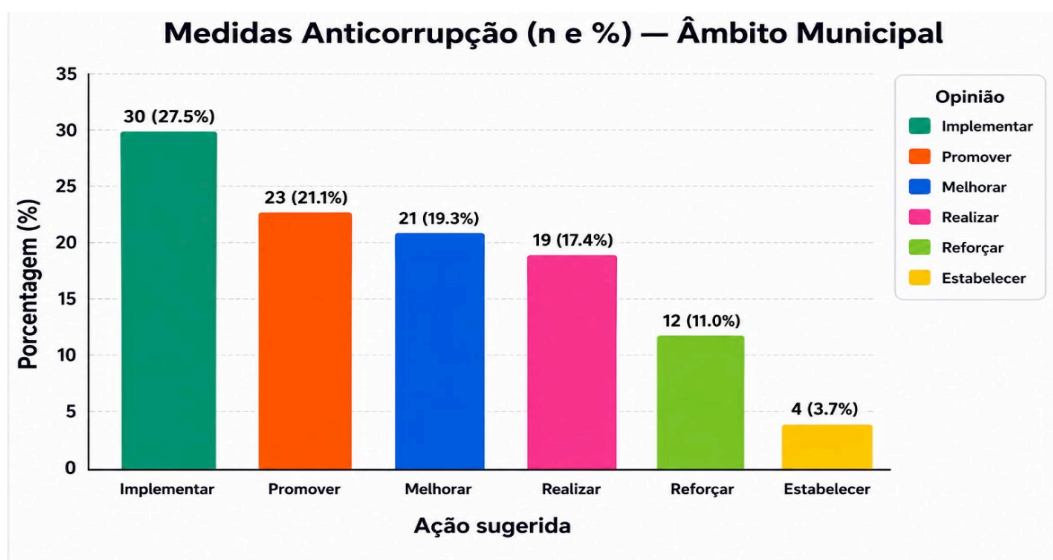
De forma semelhante, no âmbito federal, 28,6% dos respondentes também apontaram “Implementar sistemas de monitoramento e controle” como principal medida, enquanto 21,9% consideraram “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas” a opção mais adequada.



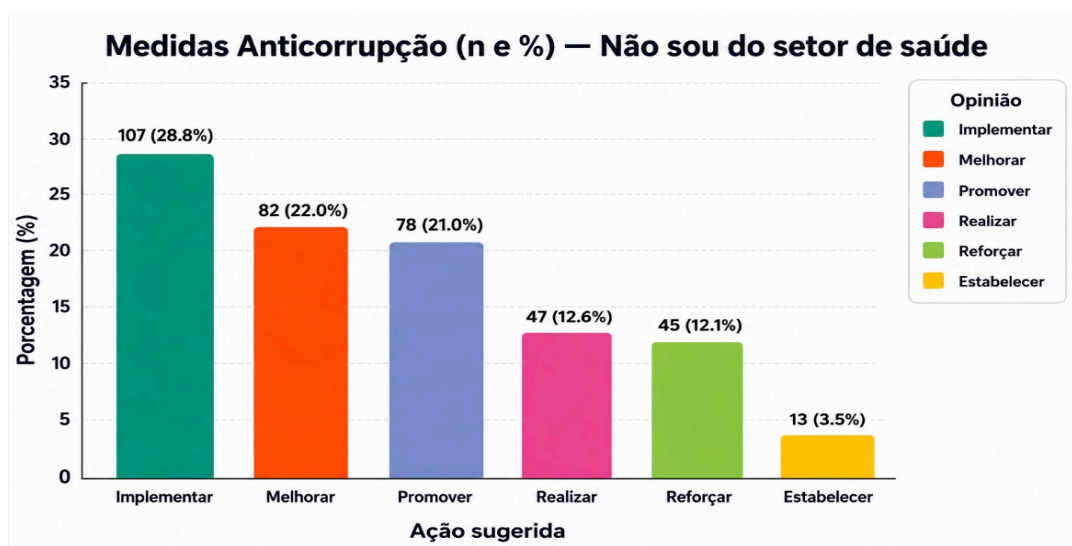
No âmbito estadual, 27,2% dos respondentes apontaram “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” como a melhor opção de mitigação, enquanto 22,8% destacaram “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”.



De forma semelhante, a nível municipal, 27,5% indicaram “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” e 21,2% optaram por “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”, mantendo a hierarquia de prioridades já observada.



Entre os respondentes que não atuam diretamente no setor da saúde, mais de 50% apontaram como principais soluções ‘Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle’ e ‘Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas’, destacando a percepção de que “fortalecer os mecanismos de controle e ampliar a transparência são medidas essenciais para reduzir a corrupção.”



### 9.3 Análise Comparativa das Medidas de Mitigação da Corrupção

Os resultados apresentados revelam forte convergência entre os respondentes quanto às principais medidas consideradas mais eficazes para mitigar a corrupção no setor da saúde. Tanto na análise regional quanto na análise por tipo de organização, predominou a percepção de que

“Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” constitui a estratégia mais relevante de combate à corrupção. Em praticamente todos os recortes analisados, essa medida apareceu em primeiro lugar, com percentuais que variaram entre 23,9% e 32,4%, demonstrando consenso sobre a importância do fortalecimento de mecanismos de fiscalização, acompanhamento e controle institucional.

A segunda medida mais citada também apresentou elevada uniformidade entre os grupos analisados: “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”. Esse resultado reforça que os respondentes associam a redução da corrupção não apenas ao controle interno, mas também ao aumento da visibilidade, rastreabilidade e accountability das ações realizadas por organizações públicas e privadas da área da saúde.

Apesar dessa convergência geral, algumas diferenças regionais merecem destaque. A Região Nordeste apresentou o maior percentual de respostas favoráveis à implementação ou melhoria de sistemas de monitoramento e controle (32,4%), indicando percepção mais intensa sobre a necessidade de fortalecimento de instrumentos de fiscalização. Já a Região Sul apresentou um comportamento distinto, pois houve empate entre “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” e “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”, ambas com 23,9%, sugerindo percepção mais equilibrada entre controle e transparência como estratégias prioritárias.

As diferenças entre os âmbitos organizacionais foram relativamente pequenas. No setor privado, no âmbito federal, estadual e municipal, foi matida praticamente a mesma hierarquia de prioridades: primeiro, monitoramento e controle; segundo, transparência e prestação de contas. Essa repetição de padrões indica que os respondentes compreendem a corrupção na saúde como um problema estrutural, presente em diferentes esferas institucionais e que exige respostas semelhantes independentemente do tipo de organização.

Outro aspecto relevante envolve os participantes que não atuam diretamente no setor da saúde. Entre esses respondentes, mais de metade das respostas foi para medidas relacionadas a “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle”, evidenciando que mesmo indivíduos externos ao setor identificam essas práticas como fundamentais para reduzir riscos de corrupção. Esse resultado sugere que a percepção sobre a necessidade de fortalecer mecanismos de governança ultrapassa os limites dos profissionais da saúde e alcança também a sociedade em geral.

As medidas menos mencionadas, como “Estabelecer códigos de conduta claros e objetivos”, “Realizar auditorias internas regulares” e “Implementar certificação obrigatória com foco exclusivo

no setor da saúde”, apareceram de forma secundária em praticamente todos os grupos analisados. Isso pode indicar que os respondentes atribuem maior efetividade a mecanismos contínuos de controle e transparência do que a instrumentos normativos ou autoreguladores formais isolados.

Em síntese, os resultados demonstram grande homogeneidade na percepção dos participantes quanto às estratégias prioritárias de mitigação da corrupção, com destaque para “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” e “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”. As diferenças observadas entre regiões e organizações foram pontuais e não alteraram a tendência predominante identificada ao longo da pesquisa.

## **11. Análise Qualitativa**

A metodologia qualitativa deste estudo buscou compreender de forma aprofundada as percepções sobre corrupção, integridade e vulnerabilidades no setor da saúde, por meio de entrevistas estruturadas realizadas com respondentes do meio acadêmico e com atores relevantes do setor público e privado da saúde. A amostra foi definida de forma intencional, selecionando respondentes com experiência e conhecimento relacionados ao tema, incluindo acadêmicos, gestores, médicos, profissionais de enfermagem, representantes de planos de saúde, fabricantes, distribuidores, pacientes, profissionais de compliance e outros stakeholders do setor.

As entrevistas utilizaram roteiro estruturado com perguntas abertas voltadas às experiências dos participantes, à percepção sobre riscos de corrupção, à avaliação das políticas de integridade e às possíveis medidas de mitigação (Anexo 2). As entrevistas foram conduzidas de forma virtual, conforme a disponibilidade dos participantes. A análise dos dados obtidos foi realizada por meio de exame de conteúdo e exame temático, permitindo identificar padrões recorrentes, temas centrais e percepções compartilhadas sobre os principais desafios relacionados à corrupção no setor da saúde. Desenvolver uma compreensão profunda das percepções sobre corrupção através de entrevistas estruturadas com integrantes da academia e do setor de saúde público e privado.

### **10.1. Metodologia da Fase Qualitativa**

A etapa qualitativa da pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de aprofundar, contextualizar e confrontar os resultados obtidos na fase quantitativa do estudo sobre percepção da corrupção no setor da saúde. Para tanto, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes segmentos do setor, incluindo hospitais públicos e privados, organizações sociais de saúde (OSS), indústria farmacêutica, auditoria, compliance, órgãos de controle, gestão hospitalar, profissionais de medicina e entidades ligadas à integridade e governança. Do ponto de vista

metodológico, a literatura em pesquisa qualitativa reconhece que amostras entre 12 e 20 entrevistas frequentemente são suficientes para atingir saturação teórica em estudos especializados e relativamente homogêneos em termos temáticos. Guest, Bunce e Johnson (2006), por exemplo, identificaram que a saturação temática tende a ocorrer ainda nas primeiras 12 entrevistas em pesquisas qualitativas focadas. Nesse contexto, o conjunto de entrevistas analisado é consistente com parâmetros metodológicos amplamente aceitos para pesquisas qualitativas exploratórias e interpretativas.

O roteiro das entrevistas foi estruturado em blocos temáticos voltados à compreensão das percepções sobre corrupção, impactos institucionais, fragilidades de governança, mecanismos de integridade, canais de denúncia, papel dos diferentes atores institucionais e perspectivas futuras para o setor da saúde.

A escolha pela abordagem qualitativa buscou captar não apenas opiniões gerais sobre corrupção, mas também experiências concretas, racionalidades institucionais, tensões organizacionais e percepções subjetivas sobre práticas cotidianas presentes no sistema de saúde. Diferentemente da etapa quantitativa, voltada à mensuração de percepções agregadas, a etapa qualitativa permitiu identificar mecanismos concretos de funcionamento da corrupção, fatores culturais, incentivos estruturais e fragilidades institucionais percebidas pelos respondentes.

As entrevistas revelaram elevado grau de convergência entre os respondentes, especialmente em relação à percepção de que a corrupção no setor da saúde constitui fenômeno estrutural, sistêmico e multifacetado, afetando simultaneamente processos administrativos, decisões clínicas, relações público-privadas, mecanismos regulatórios e a própria prestação do cuidado à população.

## **10.2. Percepções Estruturais sobre Corrupção no Setor da Saúde**

As entrevistas demonstram que os respondentes não percebem a corrupção na saúde como fenômeno episódico ou restrito a desvios individuais isolados. Ao contrário, a percepção predominante é de que a corrupção integra estruturas organizacionais, incentivos econômicos e práticas historicamente naturalizadas no setor.

Uma das respondentes afirmou que, ao pensar em corrupção na saúde, a primeira associação envolve “conflito de interesses, indicação de tratamentos, base científica vs remunerações + relação dos médicos com as indústrias (OPME e farma)”. A mesma respondente acrescenta que a própria lógica econômica do setor favorece racionalizações antiéticas, afirmando que “como a tabela é horrível... abre caminho para racionalizar a fraude”. Outro respondente apresentou visão ainda mais ampla ao afirmar que “toda corrupção na saúde remonta à prescrição médica”. Segundo o relato, toda

decisão econômica relevante no setor depende, em algum momento, de uma decisão clínica, o que transforma a prescrição médica em mecanismo central de geração de valor econômico e, conseqüentemente, de potenciais conflitos de interesse. Esses depoimentos são particularmente relevantes porque deslocam a corrupção de uma dimensão puramente administrativa para o núcleo técnico-assistencial do sistema de saúde. Segundo outro respondente, toda decisão econômica relevante no setor depende, em algum momento, de uma decisão clínica, o que transforma a prescrição médica em mecanismo central de geração de valor econômico e, conseqüentemente, de potenciais conflitos de interesse. Essa percepção aparece de maneira recorrente nas entrevistas e sugere que os respondentes identificam a prática médica como núcleo organizador de grande parte dos incentivos econômicos presentes no sistema.

As entrevistas também revelam percepção de forte opacidade estrutural no setor. Diversos respondentes destacam que a elevada complexidade técnica da saúde cria ambiente favorável à assimetria de informação, dificultando fiscalização por pacientes, gestores, órgãos de controle e até mesmo outros profissionais de saúde. Uma das respondentes sintetizou essa percepção ao afirmar que “médico é padre, representante dos céus”. A fala sugere que a autoridade simbólica da medicina reduz questionamentos externos e amplia a dificuldade de escrutínio das decisões clínicas. Essa assimetria aparece repetidamente nas entrevistas como fator estrutural relevante para compreensão da corrupção na saúde.

O conjunto dos depoimentos demonstra que os respondentes não enxergam distinção clara entre corrupção pública e privada. Uma respondente afirmou que “no Brasil, corrupção só é crime com setor público”, embora descrevesse práticas antiéticas recorrentes também no setor privado. Outro respondente relatou: “quebra de nota”, reembolsos indevidos e pagamentos informais médico-paciente. Essas percepções revelam entendimento relativamente sofisticado dos respondentes acerca da permeabilidade entre setor público, privado e terceiro setor na saúde brasileira e demonstram que os respondentes percebem a corrupção no setor da saúde para além de esquemas clássicos envolvendo apenas recursos públicos, incluindo também práticas irregulares presentes nas relações privadas entre profissionais, prestadores de serviços, operadoras e pacientes. As entrevistas sugerem, portanto, que as fronteiras entre setor público, privado e terceiro setor frequentemente se mostram permeáveis no funcionamento cotidiano do sistema de saúde brasileiro, especialmente em ambientes marcados por múltiplas formas de contratação, financiamento e prestação de serviços.

Em síntese, os depoimentos sugerem que os respondentes percebem a corrupção no setor da saúde como fenômeno estrutural, sustentado por assimetrias de informação, conflitos de interesse, incentivos econômicos distorcidos e elevada opacidade nas relações entre profissionais, prestadores

de serviços, indústria, operadoras e setor público. As entrevistas também demonstram que, para os respondentes, a corrupção na saúde ultrapassa desvios administrativos isolados e se conecta ao próprio funcionamento organizacional e econômico do sistema, especialmente em ambientes nos quais decisões clínicas possuem impacto financeiro direto e significativo.

### **10.3 Setores Mais Vulneráveis à Corrupção**

As entrevistas apontam forte convergência em relação aos setores considerados mais vulneráveis à corrupção. Compras hospitalares, licitações, contratos, terceirizações, obras, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), prescrição médica e relações com fornecedores aparecem de forma recorrente.

Uma respondente afirmou que “compras e contratações” constituem o principal foco de preocupação em razão da multiplicidade de contratos e da dificuldade de monitoramento em operações hospitalares complexas. Outra destacou: “contratos” e “serviços terceirizados e obras” como áreas particularmente sensíveis. Os relatos sugerem que ambientes com alta complexidade contratual, múltiplos fornecedores e elevado volume financeiro tendem a apresentar maior vulnerabilidade a práticas de favorecimento e direcionamento.

Uma respondente vinculada à gestão hospitalar pública descreveu: “fraudes em processos de compra (descrições de insumos direcionadas), negociações de preço inadequadas, favorecimento por cláusulas contratuais e troca de marcas sem justificativa técnica”. O relato demonstra que os respondentes identificam mecanismos sofisticados de manipulação contratual, muitas vezes anteriores à própria licitação formal. Outra respondente afirmou existir: “conversas prévias entre área de compras e fornecedores” e “quebra do princípio de leilão”. Os relatos indicam percepção de que parte significativa da corrupção ocorre em espaços informais, anteriores aos processos administrativos formais.

Alguns depoimentos revelam ainda percepção de conluio estruturado em licitações públicas. Uma respondente relatou ter presenciado empresas de ambulância “combinando resultados em licitações públicas regionais”, inclusive com divisão territorial de atuação. Outro respondente mencionou coordenação de preços e alinhamento entre fornecedores em disputas hospitalares. Esses relatos indicam percepção de práticas organizadas e recorrentes, e não apenas desvios isolados. Os respondentes frequentemente descrevem a corrupção como fenômeno sustentado por relações estáveis entre agentes econômicos, políticos e institucionais.

Outro aspecto relevante está na dificuldade de fiscalização dos contratos hospitalares. As entrevistas sugerem que a elevada complexidade técnica dos serviços contratados reduz

significativamente a capacidade de controle externo. Alguns respondentes mencionam que a fiscalização frequentemente depende das mesmas áreas técnicas responsáveis pela elaboração das especificações contratuais, criando riscos relevantes de captura e conflito de interesses.

De modo geral, os depoimentos demonstram que os respondentes percebem as áreas de compras, contratos, terceirizações, OPME e relações com fornecedores como pontos críticos de vulnerabilidade à corrupção no setor da saúde. As entrevistas indicam que ambientes marcados por elevada complexidade técnica, múltiplos agentes econômicos e grande volume de recursos financeiros tendem a dificultar fiscalização efetiva e ampliar riscos de favorecimento, direcionamento e conluio. Os relatos também sugerem que práticas irregulares frequentemente se desenvolvem antes mesmo da formalização dos processos administrativos, especialmente em etapas de definição técnica, negociação contratual e elaboração de especificações, o que reforça os desafios de transparência e controle no funcionamento cotidiano do sistema de saúde.

### *10.3.1 Prescrição Médica e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)*

Os aspectos relacionados à prescrição médica e ao setor de OPME são provavelmente os temas mais recorrentes e mais sensíveis dos depoimentos. Um dos respondentes definiu o setor de OPME como: “a principal vulnerabilidade do sistema”. Os relatos sugerem que a combinação entre alta complexidade técnica; forte assimetria de informação; dificuldade de auditoria; elevado valor agregado dos materiais e dependência da decisão médica cria um ambiente particularmente vulnerável à corrupção. Um dos respondentes relatou ainda as “viagens patrocinadas por laboratórios”, especialmente em áreas como ortopedia e oftalmologia. Diversos depoimentos mencionam relações próximas entre médicos e fornecedores. Outro respondente mencionou: “arranjos não divulgados para palestras com empresas farmacêuticas e de OPME”. Os depoimentos demonstram que os respondentes percebem mecanismos indiretos de influência econômica como prática relativamente disseminada no setor.

Outro ponto relevante é a normalização dos conflitos de interesse. Uma das respondentes mencionou a “cultura de brindes”. Esse depoimento sugere dificuldade institucional de delimitação entre relacionamento profissional legítimo e influência indevida. Uma das respondentes afirmou que o principal problema do setor envolve “conflito de interesses – indicação de tratamentos, base científica vs. remunerações + relação dos médicos com as indústrias (OPME e farma)”. Esse depoimento sugere percepção de que decisões clínicas podem ser influenciadas por incentivos econômicos indiretos, muitas vezes pouco transparentes. Outro respondente afirmou: “o auditor é um dos elos mais frágeis do sistema”. A percepção é particularmente relevante porque revela descrença

não apenas nos atores diretamente envolvidos na cadeia econômica, mas também nos próprios mecanismos de fiscalização.

Os depoimentos revelam ainda preocupação com procedimentos desnecessários e indução de tratamentos de maior valor agregado. Alguns respondentes mencionaram percepção de excesso de exames, uso de materiais acima da necessidade clínica e direcionamento de pacientes para determinados prestadores ou tecnologias. Outro aspecto recorrente nos depoimentos é a dificuldade de pacientes compreenderem os tratamentos indicados. Os respondentes frequentemente mencionam a vulnerabilidade informacional dos pacientes diante de prescrições altamente técnicas, o que amplia o espaço para práticas oportunistas.

Em suma, os relatos sugerem que a combinação entre alta complexidade técnica, forte assimetria de informação, dificuldade de auditoria, elevado valor agregado dos materiais e dependência da decisão médica cria ambiente particularmente vulnerável à corrupção. Nesse contexto, diversos respondentes apontaram que mecanismos indiretos de remuneração e influência continuam presentes mesmo em ambientes institucionais com estruturas formais de compliance. A percepção é particularmente relevante porque revela descrença não apenas nos atores diretamente envolvidos na cadeia econômica, mas também nos próprios mecanismos de fiscalização.

De maneira geral, os depoimentos indicam que os respondentes percebem a prescrição médica e o setor de OPME como um dos principais núcleos de vulnerabilidade à corrupção no sistema de saúde, em razão da combinação entre elevada complexidade técnica, forte assimetria de informação, dificuldade de fiscalização e grande dependência da decisão clínica individual. As entrevistas também sugerem que mecanismos indiretos de influência econômica, conflitos de interesse e relações pouco transparentes entre médicos, fornecedores e indústria permanecem presentes mesmo em ambientes com estruturas formais de compliance. Além disso, os relatos revelam preocupação com a fragilidade dos mecanismos de auditoria e com a vulnerabilidade informacional dos pacientes, especialmente diante de prescrições altamente técnicas e de difícil contestação.

#### **10.4 Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Relações Público-Privadas**

Os depoimentos apontam preocupação recorrente com o papel das OSS. Os respondentes frequentemente associam as OSS à combinação entre gestão privada de recursos públicos e mecanismos insuficientes de controle e transparência. Um dos respondentes afirmou que as OSS representam “o principal risco de corrupção”. Outro relatou que compradores corruptos conseguem visualizar propostas comerciais antes do encerramento das disputas e que alguns diretores hospitalares atuariam como “sócios ocultos” de fornecedores. Os relatos sugerem percepção de

fragilidade na fiscalização das relações público-privadas na saúde. Diversos respondentes destacam dificuldades de monitoramento de contratos, terceirizações e cadeias de subcontratação.

Alguns relatos também mencionam problemas relacionados à fragmentação institucional do sistema de saúde brasileiro. Segundo os relatos, a coexistência de múltiplos modelos de gestão e financiamento dificulta supervisão, *accountability* e integração de informações.

Outro ponto relevante é a percepção de baixa capacidade técnica de alguns municípios para fiscalização de contratos complexos na área da saúde. Alguns respondentes destacaram que pequenas estruturas administrativas frequentemente precisam supervisionar contratos milionários sem equipes técnicas suficientes. Os depoimentos sugerem ainda que a proximidade entre agentes públicos, gestores hospitalares e fornecedores frequentemente produz zonas cinzentas de relacionamento institucional.

### **10.5 Cultura Organizacional e Naturalização da Corrupção**

Os depoimentos indicam que muitos respondentes percebem a corrupção como prática naturalizada no cotidiano organizacional da saúde. Uma respondente apontou o “jeitinho brasileiro” e a “cultura do ‘sempre foi assim’” como fatores que sustentam esquemas antiéticos no setor. Outra afirmou que a corrupção está “profundamente enraizada” na cultura hospitalar. Os relatos sugerem que práticas irregulares deixam de ser percebidas como exceção e passam a integrar rotinas administrativas e assistenciais.

Outro elemento importante é a concentração relacional de poder. Uma respondente afirmou que “o comando da saúde [está] concentrado em pouquíssimas mãos”. A respondente continuou o raciocínio destacando que “as mesmas pessoas [estão] em eventos, congressos e mesas decisórias”. Vários respondentes mencionaram encontros sociais, congressos, jantares e viagens como espaços importantes de formação de vínculos e alinhamentos informais. Os relatos sugerem, portanto, ambiente institucional altamente concentrado e marcado por relações interpessoais duradouras, potencialmente facilitadoras de captura e conflitos de interesse. É um aspecto relevante a existência de relações pessoais de longa duração entre fornecedores, médicos e gestores hospitalares.

Os depoimentos indicam ainda percepção de seletividade na responsabilização institucional. Eles revelam percepção de forte hierarquia institucional nos ambientes hospitalares. Alguns respondentes destacaram dificuldades de questionamento interno de decisões tomadas por profissionais de maior prestígio ou influência. Muitos respondentes relataram que profissionais de menor hierarquia frequentemente sofrem sanções mais rápidas e severas do que executivos ou figuras de grande influência econômica.

Em geral, os depoimentos sugerem que os respondentes percebem a corrupção no setor da saúde não apenas como resultado de falhas individuais, mas como prática frequentemente incorporada à cultura organizacional e às dinâmicas relacionais do setor. As entrevistas indicam que a naturalização de comportamentos antiéticos, associada à concentração de poder, à proximidade recorrente entre atores econômicos e institucionais e à dificuldade de questionamento de figuras influentes, contribui para perpetuação de ambientes pouco transparentes. Os relatos também revelam percepção de assimetria na responsabilização institucional, na medida em que profissionais com menor poder hierárquico tenderiam a sofrer sanções mais rápidas e severas do que agentes com maior influência econômica ou política.

## **10.6 Fragilidades de Governança e Compliance**

As entrevistas revelam visão muito crítica sobre os mecanismos de governança e compliance existentes no setor da saúde. Uma respondente afirmou que os mecanismos de compliance “funcionam para níveis operacionais”, mas “falham nos níveis superiores”. Outra destacou “lideranças participam de decisões que deveriam supervisionar”. Os relatos indicam percepção de baixa independência institucional dos mecanismos de controle.

Os canais de denúncia também aparecem como ponto de fragilidade recorrente. Uma respondente afirmou que os canais “geralmente [estão] alocados no Jurídico ou RH, reportando ao CEO”. Outra respondente afirmou que as “denúncias não prosperam, sempre ‘chegam em alguém’”. Os depoimentos sugerem baixa confiança institucional na efetividade e independência dos mecanismos de denúncia.

Outro aspecto relevante é a percepção de que programa de compliance é meramente formal ou simbólico. Alguns respondentes sugerem que determinadas organizações implementam programas de integridade e compliance principalmente por razões reputacionais ou regulatórias, sem efetiva transformação cultural. A percepção que prevalece é que os mecanismos de controle continuam insuficientes diante da complexidade econômica e relacional do setor.

Os relatos também demonstram percepção de desigualdade significativa entre grandes organizações privadas e instituições públicas ou menores prestadores de serviços. Alguns respondentes reconhecem avanços importantes em multinacionais farmacêuticas e grandes hospitais privados, especialmente após escândalos de corrupção amplamente divulgados.

Em linhas gerais, os depoimentos demonstram que os respondentes identificam limitações relevantes nos mecanismos de governança e compliance do setor da saúde, sobretudo quanto à independência das estruturas de controle, à credibilidade dos canais de denúncia e à capacidade de

fiscalização de decisões tomadas por atores com maior influência institucional ou econômica. As entrevistas também sugerem que muitos programas de integridade ainda possuem caráter predominantemente formal, voltado ao atendimento de exigências regulatórias ou reputacionais, sem produzir transformação efetiva das práticas organizacionais. Além disso, os relatos indicam forte assimetria entre grandes organizações privadas, percebidas como mais estruturadas em termos de compliance, e instituições menores ou públicas, frequentemente consideradas mais vulneráveis a falhas de controle e conflitos de interesse.

### **10.7 Denúncias, Medo e Retaliação**

O medo de retaliação constitui um dos temas mais fortes dos depoimentos. Uma respondente afirmou que profissionais evitam denunciar: “por receio de retaliação”. Outra também relatou: “receio entre profissionais quanto a represálias”. Um dos relatos mais graves descreveu: “ameaças de morte e ligações anônimas”. Outro respondente destacou: “exoneração, perda de gratificação, transferências, dano à integridade física”. Os depoimentos revelam percepção de elevado custo pessoal associado à denúncia de irregularidades. As entrevistas sugerem que o medo não se limita a consequências profissionais formais, mas envolve também isolamento social, desgaste emocional e riscos pessoais.

Alguns respondentes relataram percepção de descrédito nos mecanismos institucionais de proteção ao denunciante. Segundo os relatos, muitos profissionais acreditam que denúncias acabam sendo identificadas informalmente, mesmo em sistemas oficialmente anônimos.

Outro aspecto relevante está na hierarquia hospitalar. Alguns respondentes afirmaram que profissionais mais jovens ou em posições subordinadas evitam reportar irregularidades praticadas por superiores hierárquicos ou médicos de grande influência. Os depoimentos também revelam percepção de normalização do silêncio institucional. Em muitos relatos, os respondentes sugerem que profissionais preferem “não se envolver” em situações potencialmente problemáticas para evitar conflitos e riscos pessoais.

Em conjunto, os depoimentos sugerem que o medo de retaliação, a forte hierarquia institucional e a baixa confiança nos mecanismos de denúncia contribuem para a consolidação de uma cultura de silêncio organizacional no setor da saúde. As entrevistas indicam que a omissão diante de irregularidades frequentemente não decorre de concordância explícita com práticas antiéticas, mas da percepção de vulnerabilidade profissional, insegurança institucional e baixa expectativa de responsabilização efetiva dos envolvidos. Nesse contexto, a normalização do silêncio tende a reforçar

ambientes de baixa transparência e reduzida accountability, dificultando a identificação precoce de irregularidades e enfraquecendo os mecanismos internos de integridade e governança.

### **10.8 Impactos da Corrupção sobre Pacientes e Qualidade Assistencial**

Os respondentes associam corrupção não apenas a perdas financeiras, mas a impactos diretos sobre pacientes. Uma respondente afirmou: “a distribuição desigual de recursos impacta diretamente no acesso”. Outra destacou: “prolongamento de internações, aumento de infecções, cancelamento de procedimentos”. Um dos respondentes afirmou que corrupção na saúde pode significar: “risco de morte e redução da qualidade do atendimento”. Outra respondente destacou “afeta demais os beneficiários do SUS”. Os relatos demonstram percepção de que corrupção compromete diretamente direitos fundamentais relacionados ao acesso à saúde e à dignidade humana. Os depoimentos também revelam percepção de desperdício significativo de recursos públicos e privados. Alguns respondentes mencionaram vencimento de materiais, compras excessivas e utilização ineficiente de insumos hospitalares.

Outro aspecto recorrente é a desigualdade de acesso. Alguns respondentes destacaram que práticas corruptas frequentemente aprofundam desigualdades regionais e sociais no sistema de saúde. As entrevistas sugerem ainda que a corrupção afeta a confiança social nas instituições de saúde. Alguns respondentes mencionaram percepção crescente de descrédito da população em relação a hospitais, operadoras, gestores e instituições públicas. Os depoimentos demonstram que os respondentes associam corrupção não apenas à dimensão financeira, mas também à deterioração da legitimidade institucional do sistema de saúde.

De modo geral, os relatos demonstram que os respondentes percebem a corrupção na saúde como fenômeno que ultrapassa significativamente a dimensão econômica ou administrativa, produzindo impactos concretos sobre a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a efetividade do próprio direito à saúde. Os depoimentos sugerem que desvios de recursos, ineficiência na gestão, favorecimentos indevidos e fragilidades de governança comprometem não apenas a sustentabilidade financeira do sistema, mas também a capacidade de prestação adequada de serviços essenciais à população. Os relatos indicam ainda que os efeitos da corrupção tendem a atingir de forma mais intensa grupos socialmente vulneráveis e usuários dependentes do sistema público, aprofundando desigualdades regionais e sociais já existentes. Nesse contexto, os respondentes associam a corrupção não apenas ao desperdício de recursos, mas também à deterioração da confiança social nas instituições de saúde, ao enfraquecimento da legitimidade institucional do sistema e à percepção de injustiça no acesso ao cuidado e ao tratamento.

## 10.9 Transparência, Tecnologia e Inteligência Artificial

As entrevistas também apontam crescente valorização da tecnologia como instrumento de prevenção. Uma respondente afirmou que o setor permanece: “muito manual”. Outra defendeu: “inteligência artificial integrada ao prontuário eletrônico” e “alertas automáticos para desvios de padrão estabelecido”. Os respondentes mencionam rastreabilidade, *business intelligence*, cruzamento automatizado de dados, monitoramento em tempo real e integração de sistemas como mecanismos promissores para prevenção de corrupção. Os depoimentos apontam crescente valorização da tecnologia como instrumento de prevenção. Uma respondente afirmou que o setor permanece “muito manual”. Outra defendeu “inteligência artificial integrada ao prontuário eletrônico” e “alertas automáticos para desvios de padrão estabelecido”. Alguns depoimentos destacaram ainda o potencial da inteligência artificial para identificação de padrões anômalos em prescrições, compras hospitalares e utilização de materiais especiais. Outros respondentes, contudo, demonstraram cautela em relação à tecnologia. Alguns mencionaram que sistemas digitais também podem ser manipulados ou utilizados sem supervisão adequada. A maior parte dos respondentes sugere que a tecnologia é percebida como instrumento importante, mas insuficiente quando desacompanhada de boa governança e cultura institucional de integridade.

Outro aspecto relevante é a baixa integração de sistemas no setor da saúde. Alguns respondentes mencionaram dificuldades de compartilhamento de dados entre hospitais, operadoras, órgãos públicos e mecanismos de controle. Outro aspecto relevante é a baixa integração de sistemas no setor da saúde. Alguns respondentes mencionaram dificuldades de compartilhamento de dados entre hospitais, operadoras, órgãos públicos e mecanismos de controle.

Em síntese, os depoimentos revelam que os entrevistados reconhecem o potencial transformador da tecnologia, da inteligência artificial e da integração de dados para ampliar transparência, rastreabilidade e capacidade preventiva contra a corrupção no setor da saúde. Ao mesmo tempo, as respostas demonstram percepção de que soluções tecnológicas, isoladamente, não eliminam riscos de corrupção, sobretudo em ambientes marcados por fragilidades institucionais, baixa integração de sistemas e ausência de supervisão adequada. Os relatos sugerem que a efetividade dessas ferramentas depende da combinação entre inovação tecnológica, governança, mecanismos de controle, qualificação técnica e fortalecimento de uma cultura organizacional orientada pela integridade.

## 10.10 Perspectivas Futuras e Recomendações dos Respondentes

Apesar do diagnóstico predominantemente crítico dos respondentes, alguns reconhecem avanços recentes em transparência, compliance e governança, especialmente em organizações privadas de maior porte e em ambientes regulados internacionalmente. Os depoimentos mencionam fortalecimento de controles internos, expansão de treinamentos, digitalização de processos e maior conscientização institucional sobre integridade nessas organizações e ambientes. Diversos respondentes defenderam fortalecimento da profissionalização da gestão hospitalar, ampliação da transparência contratual e maior independência das estruturas de compliance e de integridade.

Entre as principais recomendações apresentadas pelos respondentes, vale destacar:

- (i) fortalecimento da independência e autonomia das áreas de compliance e auditoria;
- (ii) criação de sistemas integrados de compartilhamento de dados entre hospitais, operadoras, órgãos públicos e entidades de controle;
- (iii) ampliação da rastreabilidade de OPME, medicamentos e compras hospitalares;
- (iv) utilização de inteligência artificial e monitoramento automatizado para identificação preventiva de padrões anômalos;
- (v) fortalecimento da proteção a denunciante e canais de denúncia;
- (vi) ampliação da transparência contratual, especialmente em contratos públicos e relações entre médicos, hospitais e indústria farmacêutica; e,
- (vii) redução da concentração decisória em processos sensíveis, mediante maior segregação de funções e fortalecimento de mecanismos de governança clínica.

Alguns respondentes também sugerem uma transformação cultural mais ampla no setor da saúde, envolvendo ética profissional, formação acadêmica, capacitação técnica e responsabilização institucional, tanto no setor público quanto no privado. Os respondentes indicam que iniciativas de integridade tendem a produzir resultados mais consistentes quando acompanhadas de supervisão regulatória efetiva, responsabilização institucional e transformação cultural mais ampla, baseada em ética profissional, transparência e accountability.

De modo geral, os depoimentos indicam que os respondentes não percebem a corrupção no setor da saúde como um problema inevitável ou insolúvel, mas como um fenômeno que pode ser reduzido mediante fortalecimento institucional, profissionalização da gestão e consolidação de mecanismos efetivos de governança e integridade. Os relatos demonstram percepção de que avanços tecnológicos, auditorias independentes, maior transparência e integração de dados podem contribuir significativamente para prevenção e detecção de irregularidades. Ao mesmo tempo, os entrevistados ressaltam que mudanças estruturais dependem também de transformação cultural mais ampla, baseada em ética profissional, responsabilização e fortalecimento da confiança institucional. Os

relatos sugerem, portanto, que o enfrentamento da corrupção no setor da saúde exige abordagem multidimensional, combinando controles técnicos, inovação, supervisão regulatória e compromisso contínuo com integridade pública e privada.

### **10.1 Síntese da Etapa Qualitativa**

A etapa qualitativa da pesquisa demonstra que os respondentes percebem a corrupção no setor da saúde como fenômeno estrutural, complexo e profundamente incorporado ao funcionamento cotidiano das organizações e das relações econômicas do setor. Os depoimentos revelam percepção de que a corrupção não decorre apenas de comportamentos individuais desviantes, mas também de incentivos econômicos distorcidos, assimetrias de informação, fragilidades institucionais, baixa transparência, concentração relacional de poder e elevada complexidade técnica dos processos assistenciais, contratuais e regulatórios. Nesse contexto, as entrevistas sugerem que práticas irregulares frequentemente deixam de ser percebidas como exceção e passam a integrar dinâmicas organizacionais historicamente naturalizadas em diferentes segmentos da saúde pública e privada.

Os relatos demonstram ainda que os respondentes identificam vulnerabilidades particularmente relevantes em áreas relacionadas a compras hospitalares, contratos, terceirizações, OPME, prescrição médica, relações com fornecedores e mecanismos de auditoria e fiscalização. A combinação entre forte dependência da decisão clínica, elevado valor econômico agregado de determinados procedimentos e materiais, dificuldade de rastreabilidade e limitada capacidade de supervisão externa aparece de forma recorrente como fator de risco para conflitos de interesse, direcionamentos indevidos e práticas oportunistas. As entrevistas também indicam percepção de permeabilidade entre setor público, setor privado e terceiro setor, sugerindo que os respondentes não enxergam fronteiras rígidas entre corrupção pública e privada no funcionamento cotidiano do sistema de saúde brasileiro.

Outro aspecto central identificado na fase qualitativa é a percepção de fragilidade dos mecanismos de governança, compliance e denúncia. Muitos respondentes descrevem estruturas de controle percebidas como insuficientemente independentes, excessivamente formais ou incapazes de produzir responsabilização efetiva de agentes com maior influência institucional ou econômica. Os depoimentos revelam baixa confiança na efetividade dos canais de denúncia e forte percepção de risco de retaliação profissional, isolamento institucional e prejuízo reputacional para denunciante.

Nesse cenário, as entrevistas sugerem que o medo de represálias contribui para consolidação de uma cultura organizacional de silêncio, reduzindo a capacidade institucional de identificação precoce de irregularidades e enfraquecendo mecanismos internos de accountability.

Ao mesmo tempo, os respondentes reconhecem avanços importantes observados nos últimos anos, especialmente em organizações privadas de maior porte e em ambientes submetidos a regulações internacionais mais rigorosas. Os relatos mencionam fortalecimento de estruturas de compliance, ampliação de treinamentos, digitalização de processos, aumento da rastreabilidade, integração de dados e utilização crescente de ferramentas tecnológicas voltadas ao monitoramento preventivo. Diversos respondentes também defendem maior profissionalização da gestão hospitalar, fortalecimento de auditorias independentes, proteção mais robusta a denunciante, ampliação da transparência contratual e utilização de inteligência artificial para identificação de padrões anômalos e prevenção de irregularidades.

Os achados qualitativos reforçam, portanto, os resultados identificados na etapa quantitativa ao demonstrar que a percepção da corrupção no setor da saúde ultrapassa a ideia restrita de desvio financeiro ou ilícito administrativo isolado. As entrevistas revelam que os respondentes associam a corrupção a impactos concretos sobre qualidade assistencial, segurança do paciente, acesso à saúde, eficiência do sistema e confiança institucional. Nesse sentido, os depoimentos sugerem que o enfrentamento da corrupção no setor da saúde exige abordagem multidimensional e de longo prazo, combinando fortalecimento institucional, governança efetiva, supervisão regulatória, inovação tecnológica, responsabilização proporcional dos envolvidos e transformação cultural orientada por integridade, transparência e interesse público.

## **12. Integração dos Achados Quantitativos e Qualitativos**

Os resultados das metodologias quantitativa e qualitativa foram integrados para fornecer uma visão abrangente dos indicadores de percepção da corrupção no setor da saúde. A triangulação dos dados permite validar os achados e desenvolver recomendações práticas para mitigar os riscos de corrupção e promover maior transparência e integridade no setor. Enquanto a etapa quantitativa possibilitou identificar padrões gerais de percepção, diferenças regionais, áreas consideradas mais vulneráveis e níveis de confiança institucional, a etapa qualitativa contribuiu para compreender os mecanismos organizacionais, culturais e econômicos que sustentam essas percepções. A utilização combinada das duas abordagens metodológicas fortalece a consistência analítica da pesquisa e permite interpretar os dados para além da dimensão meramente estatística.

Os resultados quantitativos demonstraram percepção elevada de corrupção tanto no setor público quanto no setor privado da saúde. A etapa qualitativa aprofunda esse achado ao revelar que os entrevistados frequentemente não estabelecem distinção clara entre corrupção pública e privada, percebendo forte permeabilidade entre os diferentes segmentos do sistema de saúde brasileiro. Os

depoimentos indicam que os respondentes associam práticas irregulares não apenas a desvios clássicos envolvendo recursos públicos, mas também a conflitos de interesse, pagamentos indiretos, favorecimentos informais, prescrições influenciadas economicamente e relações pouco transparentes entre médicos, fornecedores, operadoras e indústria farmacêutica.

A convergência entre os resultados quantitativos e qualitativos é particularmente evidente nas áreas apontadas como mais vulneráveis à corrupção. A pesquisa quantitativa identificou preocupação relevante com processos de aquisição de equipamentos, serviços hospitalares, contratos e vulnerabilidades institucionais no setor da saúde. A etapa qualitativa aprofundou esses achados ao demonstrar que compras hospitalares, terceirizações, contratos, licitações, OPME e relações com fornecedores constituem, para muitos respondentes, os principais espaços de risco para favorecimento indevido, direcionamento contratual e práticas de conluio. Os relatos revelam percepção de que parte significativa das irregularidades ocorre antes mesmo da formalização dos processos administrativos, especialmente em etapas relacionadas à elaboração de especificações técnicas, negociações preliminares e definição de critérios contratuais.

Outro ponto de forte convergência entre as duas etapas da pesquisa refere-se ao tema da prescrição médica e do setor de OPME. O questionário quantitativo incluiu perguntas relacionadas a percepção de irregularidades em prescrições de medicamentos, procedimentos diagnósticos e relações médico-paciente. A etapa qualitativa aprofundou substancialmente esse eixo ao revelar percepção disseminada de que a decisão clínica ocupa posição central nas dinâmicas econômicas do setor da saúde. Os depoimentos sugerem que a combinação entre elevada complexidade técnica, forte assimetria de informação, dificuldade de auditoria e elevado valor agregado de determinados materiais e procedimentos cria ambiente particularmente vulnerável a conflitos de interesse e mecanismos indiretos de influência econômica.

As entrevistas também ajudam a interpretar um aspecto relevante observado quantitativamente: a coexistência entre elevada percepção de corrupção e relativa dificuldade de identificação objetiva de determinadas práticas como “corrupção” em sentido jurídico estrito. Muitos depoimentos revelam que práticas percebidas como antiéticas ou indevidas frequentemente aparecem naturalizadas no funcionamento cotidiano das organizações de saúde. Expressões como “cultura do sempre foi assim”, “jeitinho brasileiro” e referências à normalização de brindes, viagens patrocinadas e relações próximas entre atores econômicos indicam que parte das práticas percebidas pelos respondentes ocupa zona cinzenta entre ilegalidade formal, conflito de interesse e comportamento culturalmente tolerado.

Os achados qualitativos também aprofundam significativamente os resultados quantitativos relacionados à confiança institucional e aos mecanismos de governança e compliance. A etapa quantitativa contemplou construção de indicadores relacionados à confiança no sistema de saúde, percepção sobre políticas anticorrupção e conscientização acerca de mecanismos de denúncia. As entrevistas revelam percepção recorrente de baixa independência dos mecanismos de controle, fragilidade dos canais de denúncia e limitação prática dos programas de compliance. Muitos respondentes afirmaram que estruturas formais de integridade funcionam principalmente nos níveis operacionais das organizações, mas enfrentam dificuldades para fiscalizar lideranças institucionais ou agentes economicamente relevantes.

A percepção de medo de retaliação, identificada qualitativamente, também contribui para interpretar os indicadores quantitativos relacionados à denúncia e confiança institucional. Os depoimentos descrevem receio de exoneração, isolamento profissional, prejuízos reputacionais, perda de funções e até ameaças pessoais associadas à denúncia de irregularidades. Esses relatos ajudam a explicar por que mecanismos formais de denúncia frequentemente não produzem confiança suficiente entre os profissionais do setor. A combinação entre forte hierarquia institucional, concentração relacional de poder e baixa percepção de proteção efetiva aos denunciantes sugere ambiente organizacional no qual o silêncio frequentemente funciona como mecanismo informal de autopreservação.

Outro aspecto importante da integração metodológica está nas diferenças institucionais identificadas entre organizações privadas de maior porte e instituições públicas ou menores prestadores de serviços. Os resultados quantitativos já indicavam diferenças de percepção entre regiões, setores e tipos de organização. A etapa qualitativa demonstra que muitos respondentes reconhecem avanços relevantes em multinacionais farmacêuticas e grandes hospitais privados, especialmente após escândalos amplamente divulgados e aumento da pressão regulatória nacional e internacional. Ao mesmo tempo, os depoimentos revelam percepção de fragilidade institucional mais intensa em organizações menores, municípios com baixa capacidade técnica e estruturas públicas submetidas a elevada complexidade contratual sem recursos suficientes de supervisão e fiscalização.

Os dois conjuntos de dados também convergem em relação à importância atribuída à tecnologia, à rastreabilidade e à integração de informações como mecanismos relevantes de mitigação de riscos. A etapa quantitativa identificou apoio significativo a medidas relacionadas à transparência, integração de dados e fortalecimento de mecanismos de controle. Os depoimentos qualitativos aprofundam esse entendimento ao mencionar rastreabilidade de OPME, monitoramento

automatizado de contratos, integração de sistemas hospitalares, cruzamento de bases de dados e utilização de inteligência artificial para identificação preventiva de padrões anômalos em prescrições, compras e auditorias. Ao mesmo tempo, diversos respondentes demonstram cautela em relação à ideia de que tecnologia, isoladamente, seja suficiente para reduzir práticas corruptas sem supervisão institucional efetiva e transformação cultural mais ampla.

A integração entre os achados quantitativos e qualitativos reforça, portanto, a percepção de que a corrupção no setor da saúde é compreendida pelos respondentes como fenômeno estrutural e multifacetado, associado simultaneamente a fragilidades institucionais, incentivos econômicos distorcidos, baixa transparência, assimetrias de informação e limitações dos mecanismos de governança e responsabilização. Enquanto a etapa quantitativa permitiu dimensionar padrões gerais de percepção e exposição a práticas consideradas irregulares, a etapa qualitativa revelou os mecanismos organizacionais, culturais e relacionais que sustentam essas percepções no funcionamento cotidiano do sistema de saúde brasileiro.

### **13. Sugestões para Pesquisa Futuras**

Os resultados obtidos neste estudo demonstram a relevância da construção de indicadores de percepção da corrupção no setor da saúde e evidenciam a necessidade de aprofundamento contínuo das pesquisas relacionadas à governança, integridade, transparência e accountability no setor. Considerando a complexidade institucional da saúde no Brasil, futuras investigações poderão ampliar a robustez analítica dos indicadores desenvolvidos, bem como explorar novas dimensões relacionadas às dinâmicas da corrupção, às vulnerabilidades institucionais e à efetividade de mecanismos de prevenção e controle.

Uma das principais possibilidades de aprofundamento consiste na realização de estudos longitudinais capazes de acompanhar a evolução dos indicadores de percepção da corrupção ao longo do tempo. A reaplicação periódica do questionário permitiria monitorar tendências, identificar alterações na confiança institucional e avaliar impactos decorrentes de mudanças regulatórias, reformas administrativas, programas de compliance e políticas de integridade implementadas no setor da saúde. A consolidação de séries históricas poderá transformar os Indicadores de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde em importante ferramenta permanente de monitoramento institucional.

Pesquisas futuras também poderão ampliar a representatividade regional da amostra, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Sul, reduzindo assimetrias observadas na distribuição dos respondentes. A predominância de participantes vinculados à região Sudeste reflete

características estruturais do sistema de saúde brasileiro, mas também indica a necessidade de maior capilaridade regional nas próximas etapas da pesquisa. Estudos com amostras regionalmente mais equilibradas poderão permitir comparações mais precisas sobre diferenças institucionais, vulnerabilidades locais e padrões regionais de percepção da corrupção.

Outra agenda relevante envolve o aprofundamento das análises comparativas entre diferentes segmentos do setor da saúde. O presente estudo identificou percepções distintas entre profissionais da indústria farmacêutica, médicos, enfermeiros, auditores, usuários do sistema de saúde, distribuidores e profissionais vinculados às OSS. Pesquisas futuras poderão explorar de maneira mais detalhada as especificidades de cada grupo profissional, analisando como fatores organizacionais, incentivos econômicos, exposição regulatória e cultura institucional influenciam a percepção e a experiência concreta relacionada à corrupção.

Também há espaço para investigações voltadas especificamente às organizações sociais de saúde (OSS), entidades filantrópicas e demais modelos híbridos de prestação de serviços públicos. O estudo demonstrou que parte significativa da prestação de serviços de saúde no Brasil ocorre em estruturas que combinam recursos públicos e gestão privada. Nesse contexto, futuras pesquisas poderão examinar como modelos híbridos de governança impactam riscos de corrupção, mecanismos de accountability e efetividade dos controles institucionais.

Outra linha promissora consiste na construção de indicadores comparativos internacionais. A adaptação metodológica do instrumento para outros países permitiria comparar níveis de percepção da corrupção, confiança institucional e maturidade em integridade no setor da saúde em diferentes sistemas jurídicos e modelos de governança. Estudos comparativos internacionais poderiam contribuir para identificar boas práticas regulatórias, mecanismos de controle mais efetivos e experiências bem-sucedidas de prevenção à corrupção aplicáveis ao contexto brasileiro.

A incorporação de inteligência artificial, análise de dados e ferramentas de monitoramento automatizado também representa importante agenda futura. O desenvolvimento de sistemas preditivos baseados em indicadores de risco poderá auxiliar instituições públicas e privadas na identificação antecipada de padrões atípicos relacionados a contratos, licitações, prescrição médica, compras públicas e procedimentos diagnósticos. A integração entre análise estatística, big data e inteligência artificial poderá fortalecer mecanismos preventivos de controle e ampliar a capacidade institucional de detecção de irregularidades.

Pesquisas futuras também poderão aprofundar a relação entre corrupção percebida e qualidade assistencial. O presente estudo evidenciou que os respondentes associam corrupção a impactos concretos sobre acesso da população à saúde, eficiência dos serviços e qualidade do atendimento. Estudos posteriores poderão investigar empiricamente como fragilidades de integridade afetam indicadores objetivos de desempenho hospitalar, mortalidade, acesso a medicamentos, tempo de espera e eficiência da gestão dos recursos públicos e privados.

Outra dimensão relevante envolve a análise da cultura organizacional e dos mecanismos de denúncia. Os relatos qualitativos revelaram medo de retaliação, insegurança institucional e baixa confiança nos canais de denúncia. Pesquisas futuras poderão examinar quais fatores organizacionais favorecem ambientes mais seguros para whistleblowing, bem como avaliar a efetividade prática de programas de proteção ao denunciante no setor da saúde.

O estudo também abre espaço para aprofundamento das relações entre corrupção, desigualdade social e vulnerabilidade regional. Considerando que fragilidades institucionais tendem a afetar de forma mais intensa populações vulneráveis, futuras pesquisas poderão investigar como desigualdades econômicas, acesso desigual a serviços de saúde e fragilidade administrativa influenciam percepção de corrupção e riscos institucionais em diferentes contextos sociais.

Além disso, futuras investigações poderão desenvolver modelos mais sofisticados de mensuração da maturidade em integridade e compliance no setor da saúde. A construção de índices compostos capazes de integrar percepção, experiências concretas, mecanismos de governança, transparência institucional, auditoria, controles internos e cultura ética poderá contribuir para o desenvolvimento de rankings setoriais de integridade e sistemas de certificação institucional.

Por fim, o avanço dessa agenda de pesquisa poderá contribuir para consolidar um campo interdisciplinar voltado aos estudos sobre corrupção, governança e integridade na saúde. A combinação entre direito, administração pública, governança corporativa, políticas públicas, economia da saúde, ciência de dados e compliance revela-se fundamental para compreender a complexidade do fenômeno e desenvolver mecanismos mais eficazes de prevenção, controle e fortalecimento institucional no setor da saúde brasileiro.

## **14. Conclusão**

O presente estudo teve como objetivo construir e analisar indicadores de percepção da corrupção no setor da saúde brasileiro, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para

compreender como diferentes atores percebem vulnerabilidades, riscos institucionais, mecanismos de integridade e medidas de mitigação relacionadas à corrupção no setor. A pesquisa partiu da premissa de que a percepção social da corrupção constitui importante indicador das fragilidades percebidas no funcionamento das instituições públicas e privadas de saúde, especialmente em um contexto marcado por elevada complexidade regulatória, intensa circulação de recursos financeiros e múltiplas interações entre agentes públicos e privados.

Os resultados demonstram que a corrupção é percebida pelos respondentes como um problema estrutural e amplamente disseminado no setor da saúde brasileiro. A percepção predominante de corrupção elevada apareceu de forma consistente em praticamente todos os recortes analisados, independentemente da região, faixa etária, tipo de organização ou área principal de atuação dos participantes. Na avaliação geral sobre o nível de corrupção no setor da saúde, 66,8% dos respondentes classificaram a corrupção como “alta”, enquanto 21,5% a classificaram como “moderada”, evidenciando percepção fortemente negativa quanto à integridade institucional do setor.

Os resultados também revelam que a percepção da corrupção não se limita ao setor público. Embora 92,5% dos participantes tenham afirmado perceber corrupção nas instituições públicas de saúde, percentual ligeiramente superior ao observado no setor privado (88,4%), os dados demonstram que os respondentes compreendem a corrupção como fenômeno presente tanto em organizações públicas quanto privadas. Esse achado possui especial relevância porque parte significativa do debate público brasileiro frequentemente concentra a discussão da corrupção apenas no SUS e na administração pública. A pesquisa demonstra, contudo, que hospitais privados, laboratórios, organizações sociais de saúde (OSS), indústria farmacêutica, operadoras de saúde e demais agentes privados também aparecem associados a riscos relevantes de corrupção na percepção dos participantes.

A análise das experiências concretas relatadas pelos respondentes fortaleceu os resultados obtidos nas perguntas de percepção geral. O estudo não se limitou a medir opiniões abstratas sobre corrupção, mas também investigou vivências relacionadas a relatos de corrupção, testemunho de práticas irregulares, favoritismo, influência indevida na prescrição de medicamentos, procedimentos diagnósticos desnecessários e situações envolvendo a relação médico-paciente. Essa estratégia metodológica buscou reduzir limitações típicas de pesquisas baseadas exclusivamente em percepção e permitiu identificar correspondência entre percepção elevada de corrupção e experiências efetivamente observadas pelos respondentes.

Os resultados quantitativos e qualitativos convergem ao indicar que fragilidades estruturais de governança, baixa transparência, deficiência de mecanismos de controle e relações institucionais pouco fiscalizadas constituem fatores centrais para a percepção de corrupção no setor da saúde. As análises qualitativas revelaram preocupação recorrente dos participantes com conflitos de interesse, naturalização de práticas antiéticas, fragilidade dos canais de denúncia, medo de retaliação e baixa efetividade de mecanismos de responsabilização institucional. A percepção de impunidade apareceu de forma recorrente nos relatos analisados, indicando desconfiança em relação à capacidade das instituições de prevenir, detectar e punir práticas ilícitas.

O estudo também identificou diferenças regionais relevantes, embora a percepção de corrupção elevada tenha permanecido predominante em todas as regiões brasileiras. Em algumas localidades, especialmente no Norte e Centro-Oeste, surgiram percentuais mais elevados de respostas “não sei dizer”, o que pode refletir menor acesso à informação, diferenças institucionais regionais ou distintos níveis de proximidade com os temas investigados. Ainda assim, a percepção predominante em todas as regiões foi de que a corrupção representa problema grave no setor da saúde.

Outro resultado relevante diz respeito às medidas consideradas prioritárias para mitigação da corrupção. Houve forte convergência entre os participantes quanto à necessidade de fortalecimento dos mecanismos de monitoramento, controle, transparência e prestação de contas. Em praticamente todos os recortes analisados, “Implementar ou melhorar sistemas de monitoramento e controle” apareceu como principal medida de mitigação, seguida de “Melhorar os sistemas de transparência e prestação de contas”. Esse padrão repetiu-se tanto na análise regional quanto nos diferentes tipos de organização, indicando consenso sobre a importância da governança, accountability e fortalecimento institucional como estratégias prioritárias de combate à corrupção.

Os achados também reforçam a relevância das agendas de integridade, compliance e governança para o setor da saúde. A pesquisa demonstra que os respondentes percebem a corrupção não apenas como problema jurídico ou criminal, mas como fenômeno capaz de comprometer diretamente a qualidade assistencial, a eficiência do uso dos recursos públicos e privados e a própria confiança da sociedade nas instituições de saúde. Nesse sentido, a corrupção produz impactos que ultrapassam perdas econômicas, afetando acesso da população a tratamentos, medicamentos, procedimentos diagnósticos e serviços essenciais.

A pesquisa também dialoga diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), o ODS 16 (Paz,

Justiça e Instituições Eficazes) e o ODS 10 (Redução das Desigualdades). Os resultados reforçam que fragilidades em transparência, governança e accountability afetam de forma mais intensa populações vulneráveis, ampliando desigualdades e reduzindo a confiança institucional.

Do ponto de vista metodológico, o estudo apresenta contribuição relevante ao combinar análises estatísticas, construção de indicadores, testes de consistência interna, tabelas cruzadas, mapas de calor e análise qualitativa das narrativas dos respondentes. A utilização conjunta de métodos quantitativos e qualitativos permitiu ampliar a robustez analítica da pesquisa e compreender não apenas a intensidade da percepção da corrupção, mas também os significados atribuídos pelos participantes às experiências relatadas.

O estudo reconhece, contudo, limitações. A amostra apresentou forte concentração de respondentes da região Sudeste e do setor privado da saúde, aspecto que pode influenciar os resultados obtidos e limitar a generalização das conclusões para todo o território nacional. Além disso, pesquisas de percepção sofrem influência de fatores externos, como exposição midiática, experiências pessoais, confiança institucional e contexto sociopolítico. Ainda assim, os resultados oferecem evidências relevantes sobre como diferentes grupos percebem vulnerabilidades, riscos de corrupção e desafios de integridade no setor da saúde brasileiro.

Em síntese, a pesquisa demonstra que a percepção da corrupção no setor da saúde brasileiro é elevada, disseminada e associada a fragilidades estruturais de governança, controle e transparência. Os resultados indicam necessidade de fortalecimento institucional, ampliação de mecanismos de accountability, desenvolvimento de culturas organizacionais voltadas à integridade e investimento contínuo em políticas de prevenção, compliance e transparência. O estudo contribui, assim, para o debate acadêmico e institucional sobre corrupção, governança e integridade no setor da saúde, oferecendo subsídios relevantes para formulação de políticas públicas, aperfeiçoamento regulatório e fortalecimento de estratégias de mitigação compatíveis com os desafios contemporâneos da gestão da saúde no Brasil.

### **13.1 Potenciais Indicadores de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde**

O estudo “Indicadores de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde” possibilita a construção de um conjunto integrado de indicadores voltados à mensuração da percepção social, institucional e profissional sobre corrupção, integridade, transparência e vulnerabilidades no setor da saúde brasileiro. Esses indicadores possuem potencial de aplicação prática tanto no setor público quanto no

privado, podendo subsidiar políticas públicas, programas de compliance, mecanismos regulatórios, auditorias, avaliações ESG, certificações institucionais e estratégias de governança.

O principal indicador desenvolvido pela pesquisa corresponde ao Indicador de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde (IPCSS), estruturado a partir das respostas relacionadas à percepção geral da corrupção no setor da saúde e da percepção específica sobre instituições públicas e privadas. Esse indicador permite mensurar o grau de percepção da corrupção atribuído pelos diferentes stakeholders ao sistema de saúde brasileiro. Sua aplicação prática possibilita monitorar tendências de confiança institucional, comparar diferentes regiões do país e avaliar o impacto de políticas de integridade implementadas por hospitais, operadoras de saúde, indústria farmacêutica, organizações sociais de saúde (OSS) e órgãos públicos.

Além da percepção geral, o estudo também permite construir indicadores relacionados à exposição concreta à corrupção. Nesse contexto, destaca-se o Indicador de Exposição à Corrupção na Saúde (IECS), elaborado a partir de relatos envolvendo testemunho de corrupção, favoritismo, influência indevida na prescrição médica, procedimentos diagnósticos desnecessários e práticas irregulares na relação médico-paciente. Diferentemente da percepção abstrata, esse indicador mede proximidade efetiva dos respondentes com situações percebidas como corruptas ou antiéticas. Sua aplicação prática permite identificar áreas mais vulneráveis, setores críticos e processos institucionais com maior risco de irregularidades.

O estudo também viabiliza a construção de um Indicador de Vulnerabilidade Institucional na Saúde (IVIS), associado à percepção de fragilidade dos mecanismos de controle, deficiência de transparência, baixa efetividade da fiscalização e insuficiência de accountability. Esse indicador possui elevada relevância prática porque pode funcionar como ferramenta diagnóstica para instituições públicas e privadas, auxiliando hospitais, clínicas, OSS, operadoras de saúde e órgãos reguladores na identificação de fragilidades de governança e riscos institucionais.

Outro indicador relevante consiste no Indicador de Confiança Institucional e Efetividade da Justiça (ICIEJ), relacionado ao grau de confiança dos respondentes na capacidade das instituições de prevenir, investigar e punir práticas corruptas no setor da saúde. Esse indicador permite avaliar legitimidade institucional, credibilidade dos mecanismos de enforcement e percepção sobre efetividade das políticas anticorrupção. Na prática, pode auxiliar no monitoramento da confiança social em órgãos reguladores, controladorias, tribunais, agências de fiscalização e programas internos de compliance.

Os resultados também permitem estruturar um Indicador de Maturidade em Integridade e Compliance na Saúde (IMICS), baseado na percepção dos respondentes sobre mecanismos de transparência, canais de denúncia, auditorias internas, treinamentos de integridade e sistemas de monitoramento e controle. Esse indicador apresenta potencial aplicação em programas de acreditação hospitalar, certificações de integridade, avaliações regulatórias e métricas ESG voltadas ao setor da saúde.

A pesquisa igualmente possibilita desenvolver um Indicador de Segurança para Denúncia e Proteção ao Denunciante (ISDPD), considerando que os relatos qualitativos revelaram medo de retaliação, insegurança institucional e baixa confiança nos mecanismos de denúncia. Sua aplicação prática pode contribuir para avaliação da efetividade de canais de whistleblowing, cultura organizacional ética e proteção institucional aos denunciantes.

Outro aspecto relevante do estudo consiste na possibilidade de construção de indicadores comparativos regionais e setoriais. As análises evidenciaram diferenças entre regiões do país, tipos de organização e perfis profissionais, permitindo desenvolver métricas específicas para comparar percepção de corrupção, maturidade institucional e vulnerabilidades entre setores públicos, privados e organizações híbridas da saúde.

Do ponto de vista metodológico, o diferencial desses indicadores reside na integração entre percepção, experiência concreta e análise qualitativa. O estudo não se limita a medir opiniões abstratas sobre corrupção, mas incorpora experiências efetivamente observadas pelos respondentes e interpretações qualitativas sobre fragilidades institucionais, cultura organizacional, governança e mecanismos de integridade. Essa combinação fortalece a robustez analítica dos indicadores e amplia sua utilidade prática.

Por fim, a institucionalização periódica dos Indicadores de Percepção da Corrupção no Setor da Saúde permitiria acompanhar tendências temporais, monitorar evolução dos níveis de confiança institucional e avaliar impactos de reformas regulatórias, políticas de compliance e estratégias de transparência. Dessa forma, os indicadores desenvolvidos pelo estudo possuem potencial para se consolidar como importante instrumento de monitoramento da integridade, governança e accountability no setor da saúde brasileiro.

## 15. Referências

- AVELINO, Georgino; BARBERIA, Lorena Guadalupe; BIDERMAN, C. (2013). Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. *Health Policy and Planning*, 28, 1–9. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt003>.
- FU, H. (2023). Understanding medical corruption in China: a mixed-methods study. *Health Policy and Planning*, 38(4), 496–508. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad015>.
- Costa, L. M. (2018). The dynamics of corruption in brazil: from trivial bribes to a corruption scandal. *Corruption scandals and their global impacts*. Routledge.
- Costa, L. M. (2022). COVID-19 and corruption: governance challenges and legal recommendations in a crisis situation. *Beijing Law Review*, 13, 133–144. <https://doi.org/10.4236/blr.2022.131009>.
- Costa, L. M. (2020). Anticorruption policies in brazil and the operation car wash: institutional and economic analysis. *Lessons of operation car wash: a legal, institutional and economic analysis*. Washington DC: Wilson Center. [https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2021-09/bi-09212020-car\\_wash\\_report\\_v2.pdf](https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2021-09/bi-09212020-car_wash_report_v2.pdf).
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.) Cengage.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2019). *Statistical analysis with missing data* (3rd ed.). Wiley.
- Marzionna, P; Betiol, L. S.; Costa, L. M. (2024). Compliance4health: developing compliance and anti-corruption education for brazilian medical schools. *Political corruption and governance* (1st ed.). Springer International Publishing, v. 1, p. 359–380.
- Mugellini, G. (2021). Public sector reforms and their impact on the level of corruption. *Public Integrity*, 2 (4), 1–15.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nye, J. S. (1967). Corruption and political development: a cost-benefit analysis. *American Political Science Review*. 61(2), 417–427.
- OECD. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2009). *Principles for integrity in public procurement*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/gov/ethics/48994520.pdf>.
- Persson, A.; Rothstein, B.; Teorell, J. (2013). Why anticorruptino reforms fail. Systemic corruption as a collective action problem. *Governance*, 26(3), 449–471.

Power, T. J.; Taylor, M. M. (2011). *Corruption and democracy in Brazil. The struggle for accountability*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Rose-Ackerman, S. (1978). *Corruption: a study in political economy*. Academic Press.

Rose-Ackerman, S. (1999). *Corruption and government: causes, consequences, and reform*. Cambridge University Press.

Rothstein, B. (2011). Anti-corruption: the indirect 'big bang' approach. *Review of International Political Economy*, 18(2), 228–250.

Sekaran, U., & Bougie, R. (2016). *Research methods for business: A skill-building approach* (7th ed.). Wiley.

Silva, M. F. da (1999). The political economy of corruption in Brazil. *RAE*, 39(3), 26–41. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901999000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901999000300004).

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson

TI. Transparency International. (2001). *Annual report 2001*. [https://www.toronto.ca/ext/digital\\_comm/inquiry/inquiry\\_site/cd/gg/add\\_pdf/77/Procurement/Electronic\\_Documents/Miscellaneous/Transparency\\_Internation.pdf](https://www.toronto.ca/ext/digital_comm/inquiry/inquiry_site/cd/gg/add_pdf/77/Procurement/Electronic_Documents/Miscellaneous/Transparency_Internation.pdf).

TI. Transparency International. (2019). *The ignored pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens universal health coverage*. <http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v3.pdf>.

UNODC. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (2004). *United Nations Convention against Corruption*. UNODC. [https://www.unodc.org/documents/brussels/UN\\_Convention\\_Against\\_Corruption.pdf](https://www.unodc.org/documents/brussels/UN_Convention_Against_Corruption.pdf).

UNODC. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2020). *Quantitative approaches to assess and describe corruption*. UNODC. [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/corruption/Pape\\_measurement\\_corruption\\_CRP2.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/corruption/Pape_measurement_corruption_CRP2.pdf).

Wachs, J.; Yasseri, T.; Lengyel, b.; Kertész, J. (2018). Social capital predicts corruption risk in towns. *arXiv: 1810.05485 (csSi)*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1810.0548>.

