

A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA CONTAMINADA PELA CORRUPÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: um déjà-vu evitável?

MARCOS EUSTÁQUIO SOARES

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DANYHELE DE MACEDO SILVA LIMA

FACULDADE DA REGIÃO SERRANA (FARESE)

LAIS DE ANCHIETA RIBEIRO

CENTRO UNIVERSITÁRIO PROJEÇÃO

DÉBORA NUNES DOS SANTOS

FACULDADE PROJEÇÃO (FAPRO)

GIULIANNA ALVES SOARES

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (UNICEUB)

Agradecimento à órgão de fomento:

Os autores agradecem à Controladoria-Geral da União (CGU) e ao Departamento de Polícia Federal (DPF) pelos dados e informações detalhados fornecidos por meio do Portal da Transparência.

A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA CONTAMINADA PELA CORRUPÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: um *déjà-vu* evitável?

Resumo

Este artigo tem por objetivos mostrar algumas formas de corrupção no setor de saúde pública brasileira ocorridas durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19 no primeiro semestre de 2020 e sensibilizar a sociedade para a importância do controle social. O referencial teórico de suporte considerou 58 artigos encontrados nas bases EBSCO, Proquest, Scielo, Scopus, Spell e Web of Science. A partir de uma comparação entre os números de mortes acumuladas por dez mil habitantes até junho de 2020 e os Índices de Desenvolvimento Humano (IDHs) de 2010 de cada Unidade Federativa (UF), criou-se e testou-se a aplicabilidade do Índice de Governança da Saúde durante a COVID-19 (IGSC-19) como ferramenta de estimação de riscos de governança ou corrupção no setor. Verificou-se que houve correlação de 85,7% entre o número de operações ostensivas da Controladoria-Geral da União, Ministério Público, Departamento de Polícia Federal e Polícia Civil e as UFs cujos IGSC-19 apresentaram valores negativos. Como principal agenda para trabalhos futuros, sugere-se realizar regressão dos dados em painel do Ministério da Saúde, com a intenção de refinar o IGSC-19 e o utilizar como *proxy* para a estimação de riscos de governança e de corrupção nas licitações e compras feitas pelo Governo Federal.

Palavras-chave: controle social; corrupção na saúde pública; governança

Introdução

Na área da saúde, além de seus outros danos igualmente perniciosos para a sociedade, a corrupção mata pessoas. Apenas no primeiro semestre de 2020, a pandemia de COVID-19 fez 59.954 vítimas fatais no Brasil e é possível imaginar que algumas delas, anteriormente, foram vítimas da corrupção existente no setor da saúde pública. Nesse sentido, algumas dessas mortes, sob o ponto de vista estatístico, poderiam ter sido evitadas por ações de governança e não diretamente por intervenção médico-hospitalar. Parafraseando o estatístico William E. Deming em uma frase perpetuada pelo professor Peter F. Drucker, só se gerencia aquilo que se mede.

Existe consenso entre os pesquisadores de que mensurar a corrupção é algo complexo, sobretudo pelo encobrimento deliberado dos atos corruptos por parte daqueles que os praticam e tentam, de todas as formas possíveis, mantê-los ocultos (Abramo, 2005; Tanzi, 1998). Ao que tudo indica, a melhor tentativa genérica de se efetuar a mensuração do fenômeno talvez seja a da Transparência Internacional (2020), que anualmente divulga um Índice de Percepção da Corrupção (IPC). Conforme tal índice, atualmente os países menos corruptos são a Dinamarca e a Nova Zelândia, o mais corrupto é a Somália e o Brasil ocupa a posição intermediária 106 em um *ranking* composto por 180 países. Todavia, essa é uma medida indireta, composta por outros indicadores que apresentam deficiências metodológicas sob o ponto de vista acadêmico (Budsaratragoon & Jitmaneeoj, 2020).

Este artigo, que também propõe um índice de estimação de riscos de governança e de corrupção, específico para o fenômeno sanitário da COVID-19, está estruturado em seis tópicos ou seções: *i*) introdução; *ii*) problema de pesquisa e objetivo; *iii*) fundamentação teórica; *iv*) procedimentos metodológicos; *v*) análise dos resultados; e *vi*) considerações finais. Seu núcleo central gira em torno do combate estatal à corrupção no setor público da saúde brasileira durante o primeiro semestre de 2020, quando o Ministério da Saúde alocou aos Estados e municípios cerca de R\$50,1 bilhões para enfrentamento à pandemia de COVID.

Como se verá nas seções de procedimentos metodológicos e de análise dos resultados, a criação e a aplicação de um Índice de Governança da Saúde durante a COVID-19 (IGSC-19),

ainda embrionário, sugere correlações entre as Unidades Federativas (UFs) com valores negativos do mesmo e as atuações ostensivas pontuais da Controladoria-Geral da União (CGU), Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público Estadual (MPE), Departamento de Polícia Federal (DPF) e Polícia Civil sobre as mesmas UFs, normalmente chamadas de “operações”.

Problema de pesquisa e objetivo

Para García (2019, p. 2120), ex-ministra da Saúde do Peru, “o verdadeiro custo da corrupção para as pessoas é impossível de se quantificar porque ela pode significar a diferença entre bem-estar e doença, e vida e morte”. Porém, há como se medir a governança na área da saúde pública, mediante o uso de indicadores de eficácia, eficiência e qualidade no provimento dos cuidados médico-hospitalares à sociedade demandante e no exato momento em que eles são prestados. No Brasil, o noticiário da mídia nos mostra diariamente que, em termos de saúde, o socorro do Estado geralmente chega tarde demais ou, quando ainda chega a tempo, entrega baixa ou nenhuma qualidade aos cidadãos, sobretudo àqueles mais vulneráveis economicamente, como é o caso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora a mensuração de tal demora assistencial e suas consequências seja realmente complexa, uma das variáveis a ser considerada é a corrupção. Quando o dinheiro público originalmente destinado à compra de respiradores para combate à pandemia de COVID-19 é desviado de forma fraudulenta, por exemplo, pode-se afirmar que o número de mortes se torna uma variável dependente do grau de corrupção e outros fatores estruturais correlatos. Nesse contexto, o objetivo central deste artigo é responder a seguinte questão de pesquisa: ***“De que forma a corrupção ocorreu nas compras e contratações públicas brasileiras voltadas para o setor da saúde durante a pandemia de COVID-19 e que foram investigadas pelos órgãos de controle do Governo Federal?”*** Como objetivos secundários, busca-se verificar se há alguma correlação entre o IGSC-19 e as operações ostensivas dos órgãos de controle interno do Governo, bem como despertar o interesse para iniciativas de controle social.

Fundamentação teórica

• Teoria da Agência

Como observam Arruda, Madruga e Freitas Junior (2008, p. 77), a “Teoria da Agência é a base teórica que busca analisar as relações entre os participantes de um sistema em que propriedade e controle são designados a pessoas distintas, o que pode resultar em conflitos de interesse entre os indivíduos”. Embora seja mais usual falar-se de Teoria da Agência em organizações privadas, seu conceito pode ser extrapolado para o setor da administração pública, considerando os pagadores de impostos (os cidadãos “contribuintes”) como legítimos proprietários do capital investido pelo Estado na manutenção da máquina pública, no atendimento às demandas sociais e nas melhorias de infraestrutura voltadas para o bem-estar da coletividade (Oliveira & Fontes Filho, 2017).

Contudo, ocorre que tanto os cidadãos (o principal) quanto o Estado (o agente), dentro de um “contrato social” marcado e demarcado por assimetria de informações, querem maximizar a utilidade da máquina pública conforme seus próprios interesses, de sorte que tal relação acaba permeada por custos de agência, divergências e conflitos (Jensen & Meckling, 2008), sobretudo quando há a interferência de terceiros e que praticam *rent-seeking* ou agem deliberadamente como agentes corruptores (Miranda, 2018).

• Corrupção

A definição de corrupção não é consensual na literatura, variando no tempo e no contexto de diferentes ciências e culturas (Brei, 1996; Miari, Mesquita, & Pardini, 2015; Rose-Ackerman & Palifka, 2016; Silva, 1994). Para a Transparência Internacional (2020c), a corrupção é o uso abusivo do poder confiado ou delegado, com vistas à obtenção de ganhos

privados. Rose-Ackerman e Palifka (2016, p. 7) ponderam que tal definição “captura o problema do agente principal na raiz de todos os tipos de corrupção econômica e política - suborno, peculato, nepotismo, tráfico de influência, conflitos de interesses, fraude contábil, fraude eleitoral e assim por diante”. Contudo, a definição não se restringe a uma disfunção na área da gestão pública, posto que ela também ocorre dentro das e entre as organizações privadas (Santos, Guevara, & Amorim, 2013; Silva, Pereira, Brito, & Capelle, 2005).

Dentre outras coisas, a corrupção ocasiona a desconfiança nas instituições, fomenta a desigualdade e a pobreza, degrada o meio ambiente e compromete o desenvolvimento econômico (Transparência Internacional, 2020). Estima-se que o custo anual mundial com subornos, isoladamente, seja da ordem de dois trilhões de dólares (International Monetary Fund, 2016). Para Klitgaard (1988), a corrupção é uma conjugação de monopólio, discricionariedade do agente e *accountability* precária.

- **Governança, *Accountability* e Transparência**

De acordo com o *World Bank* (2007, p. 7), a governança “refere-se à maneira pela qual os funcionários públicos e as instituições adquirem e exercem a autoridade para formular políticas públicas e fornecer bens e serviços públicos”. O conceito de governança se vincula às tradições e regras institucionais que, dentro de um Estado Democrático de Direito, dão aos cidadãos o poder de elegerem e fiscalizarem as atuações das autoridades constituídas em relação à elaboração e execução de políticas públicas (Kaufmann & Kraay, 2007). Em sua concepção mais ampla, a governança é um indicador composto por seis elementos básicos: *i*) voz (liberdade de expressão, de participação e de imprensa) e *accountability*; *ii*) estabilidade política e ausência de violência ou terrorismo; *iii*) eficácia governamental; *iv*) qualidade regulatória; *v*) Estado de Direito; *vi*) controle da corrupção (Kaufmann & Kraay, 2007).

Neste artigo, ainda, interessa compreender o significado do termo “governança em redes”, que é aquela articulada por uma série de atores privados, semipúblicos e públicos e que demonstram interesse na resolução de problemas coletivos e exploração de novas oportunidades voltadas para o propósito público (Sørensen & Torfing, 2005).

Se por um lado o principal delega ao agente a responsabilidade pela gestão dos recursos públicos, a contrapartida esperada é a *accountability*, obrigatória e legítima nos países onde predomina o Estado Democrático de Direito e os cidadãos exigem a boa utilização e até mesmo maximização dos recursos por eles investidos na forma de impostos, taxas e outras contribuições (Akutsu & Pinho, 2002). Resumindo, o termo *accountability* é composto por três dimensões que formam um *continuum*: transparência, prestação de contas e responsabilização (Buta, Teixeira, & Schurgelies, 2018).

Anteriormente, a transparência era entendida apenas como sendo uma divulgação proativa e intensa de informações sobre os gastos e realizações governamentais. Atualmente, como lembram Martins e Olivieri (2019), os debates sobre a transparência estão divididos em duas linhas: *i*) transparência de eventos; e *ii*) transparência de processos. No primeiro caso e exemplificando a transparência ativa, encaixam-se os Portais de Transparência; no segundo, exemplificando a transparência passiva, estão os processos operacionais das organizações públicas ou privadas (Michener, Contreras, & Niskier, 2018).

- **Cobertura Universal de Saúde, ODS-3, SUS e gastos públicos com saúde**

O termo “Cobertura Universal de Saúde”, presente no terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS3), refere-se à “proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (Nações Unidas, 2020). No Brasil, o termo Cobertura Universal de Saúde “é empregado em referência à cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas públicos universais” (Giovanella et al., 2018, p. 1764).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal (Brasil, 1988), “tem uma dimensão verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros” (Mendes, 2013, p. 27).

Dados extraídos do Portal da Transparência (Brasil, 2020g) mostram que os gastos com saúde pública no país atingiram a cifra de 114,18 bilhões de reais em 2019, dos quais 57 bilhões (49,9% do total) foram gastos com assistência hospitalar e ambulatorial. Mackey e Cuomo (2020) pontuam que o sistema mundial de saúde movimentava anualmente cerca de 7,5 trilhões de dólares. Como se imagina, cifras dessa ordem acabam interessando à “indústria da corrupção”.

Na área da saúde, em termos mundiais, existe um debate sobre a existência da corrupção tanto em sistemas centralizados quanto descentralizados de compras. No caso específico brasileiro, Nishijima, Postali e Rocha (2017) encontraram evidências de que a descentralização dos recursos investidos em saúde pública diminui a probabilidade de corrupção.

- **O gerenciamento de riscos, o Triângulo da Fraude e a corrupção no setor de saúde**

De acordo com a norma ISO 31000:2018, risco é o efeito positivo, neutro ou negativo das incertezas sobre o atingimento dos objetivos organizacionais (Brasil, 2018). Ainda segundo aquela mesma norma, o gerenciamento de riscos tem como princípios a criação e a proteção de valor, devendo ser estruturado a partir da liderança e do comprometimento organizacional, sobretudo o da alta administração. Para a ISO 31000:2018, “o processo de gestão de riscos envolve a aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas para as atividades de comunicação e consulta, estabelecimento do contexto e avaliação, tratamento, monitoramento, análise crítica, registro e relato de riscos” (Brasil, 2018, p. 9).

Referindo-se aos países em desenvolvimento, Hope (2015) aponta que a área mais susceptível a riscos na saúde pública é a de compras ou licitações, na qual o risco mais crítico é o da escassez de pessoal. Em segundo lugar, existe o risco inerente à capacitação das pessoas que lidam com as compras. O terceiro risco é oriundo da inexistência de um manual ou guia de compras. A falta de planejamento das compras, sem periodicidades predefinidas pelos gestores, constitui-se no quarto risco, ao passo que o quinto se refere à insuficiência ou ausência de registros de compras. Finalmente, o sexto risco diz respeito à falta de equipamentos e suprimentos para os profissionais da saúde desempenharem suas funções com qualidade e segurança (Hope, 2015).

Em termos de Brasil, especificamente, há indícios da existência de um sétimo tipo de risco na área da saúde, que poderia ser chamado de risco político ou até mesmo de risco de Estado, já que envolve os três poderes da República simultaneamente. Referimo-nos aqui, com particular interesse e até mesmo sugerindo que sejam feitos estudos para testar a hipótese de existência desse outro tipo de risco, à construção emergencial do arcabouço legal composto pela Lei 13.979/2020 (Brasil, 2020c), pela Medida Provisória 926/2020 (Brasil, 2020d), pelo Decreto Legislativo 6/2020 (Brasil, 2020a) e pela Emenda Constitucional 106/2020 (Brasil, 2020b), e que, apesar de rígido, não tem conseguido evitar atos de corrupção nas compras públicas direcionadas para o combate à pandemia de COVID-19, como será visto na seção de Análise de Resultados deste artigo.

Cressey (1953), em sua obra seminal *Other people's money: A study in the social psychology of embezzlement* (“O dinheiro dos outros: Um estudo sociopsicológico sobre o desvio de fundos”, em tradução livre), teorizou que as fraudes acontecem basicamente por causa de três fatores: *i*) pressão/motivação; *ii*) oportunidade; e *iii*) racionalização. O chamado “Triângulo das Fraudes”, usado conjuntamente com a Teoria da Agência, pode ajudar a investigar a ocorrência de fraudes corporativas, tais como as ocorridas em bancos (Machado & Gartner, 2017). Por extensão, tal *framework* também deve ser aplicável a outras organizações.

O combate à pandemia de COVID-19 vem mobilizando o sistema mundial de saúde e pressionando os governos a tomarem medidas excepcionais na gestão de suas cadeias de suprimento. Apenas no Brasil, o Governo Federal alocou cerca de R\$50,1 bilhões extraordinários no orçamento do Ministério da Saúde, o qual comprou e distribuiu mais de 222 milhões de equipamentos e suprimentos para a rede do SUS entre janeiro e junho de 2020 (Brasil, 2020e). Assim, reforça-se a percepção de que os riscos de corrupção na área de saúde no Brasil são altos, ensejando cuidados redobrados dos órgãos governamentais de combate à corrupção e também dos órgãos e mecanismos de governança em redes.

Como se vê na Figura 1, Savedoff e Hussmann (2006) apontam que o núcleo central de um “sistema de saúde” é composto por cinco atores-chave: *i*) órgãos reguladores (governo); *ii*) pagadores; *iii*) provedores; *iv*) fornecedores de drogas, equipamentos médico-hospitalares, instalações e infraestrutura; e *v*) usuários ou pacientes.

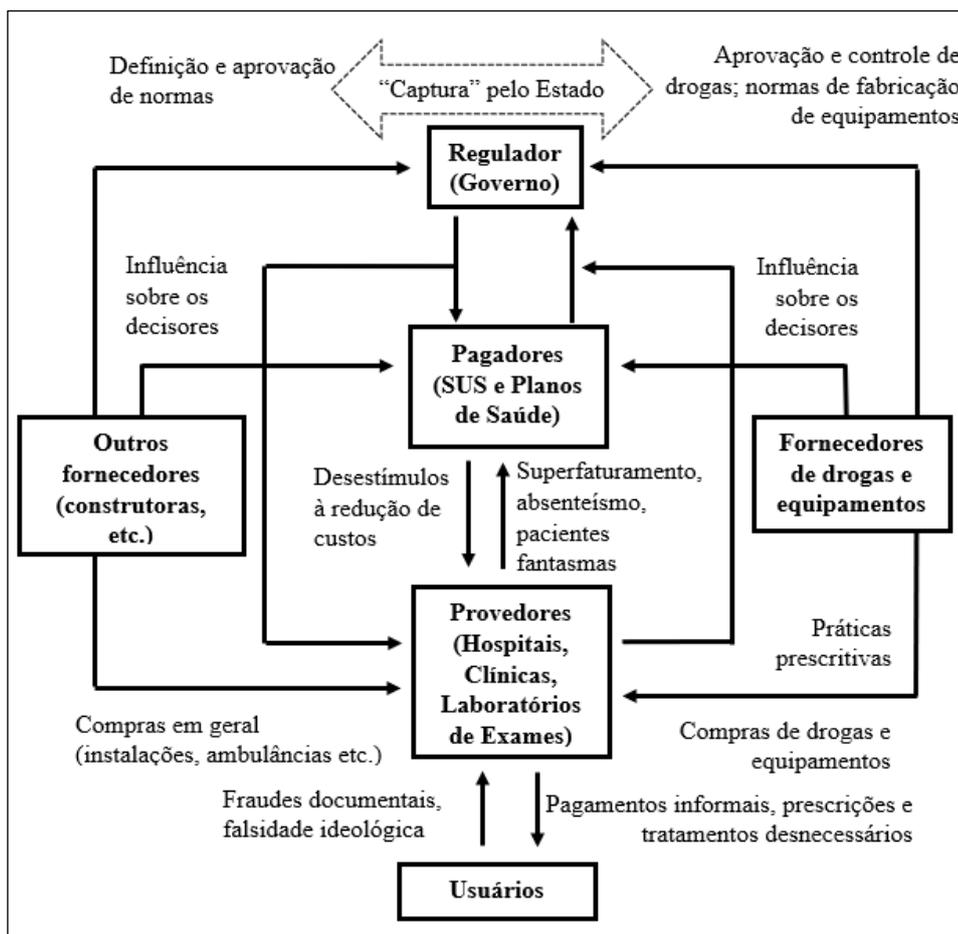


Figura 1 – Os cinco atores-chave dos sistemas de saúde

Fonte: Adaptado de Savedoff e Hussmann (2006), Capítulo 1, The causes of corruption in the health sector: A focus on health care systems, in Transparency International (ed.). *Global Corruption Report*. London: Pluto Press, p. 7.

A literatura internacional mostra que existem riscos de corrupção em todos os pontos de contato entre esses atores-chaves (Vian, 2007). No caso do Governo, pode ocorrer que as decisões sobre políticas públicas de saúde e sobre a atuação dos sistemas regulatórios sejam tomadas sob influências escusas (Dias, Matias-Pereira, Farias, & Pamplona, 2013; Factor & Kang, 2015; Hunter, Mardini, El-Seblani, & Elsayed, 2020). Enquanto no papel de pagadores dos serviços prestados, tanto o Governo quanto os planos de assistência privados são alvos de

cobranças fraudulentas, indevidas ou abusivas dos provedores do sistema de saúde (Hunter et al., 2020).

Com relação aos provedores, também, há estudos demonstrando conflitos de interesses e conluíus entre médicos de hospitais públicos e clínicas e laboratórios particulares, para os quais vários pacientes são encaminhados depois do atendimento emergencial, com vistas à realização de procedimentos complementares (European Commission, 2017).

Da mesma forma, fornecedores de drogas e equipamentos médico-hospitalares se envolvem em ações de marketing questionáveis, a exemplo do patrocínio de eventos promovidos por entidades médicas e também a prescrição dirigida de fármacos de grandes laboratórios (García, 2019; Kohler & Dimancesco, 2020). Em relação a outros fornecedores, são comuns os casos de superfaturamento em licitações públicas (Brinkerhoff, 2004), tal como tem ocorrido nos hospitais de campanha brasileiros erguidos em regime de urgência para o combate à pandemia de COVID-19.

Em diversos países, os usuários realizam pagamentos informais com a finalidade de garantir atendimento de emergência ou ainda para burlarem a ordem de chegada em estabelecimentos governamentais de saúde (Stepurko, Pavlova, Gryga, & Groot, 2015; Stringhini, Thomas, Bidwell, Mtui, & Mwisongo, 2009).

Com relação aos tipos de corrupção no setor da saúde, Vian (2005, 2007, 2020) é um dos autores mais referenciados em relatórios de organizações como OMS, OCDE, Banco Mundial e Transparência Internacional, por exemplo. Esse autor, em particular, vai além do *framework* de Savedoff e Hussmann (2006) e nos chama a atenção para a existência de corrupção na área de saúde inclusive na fase de formação acadêmica dos profissionais do setor, notadamente nos processos de seleção e desenvolvimento de médicos-residentes, bem como no descumprimento de protocolos éticos em pesquisas com seres humanos durante o desenvolvimento de medicamentos, vacinas ou tratamentos.

- **Controle social, Controladoria-Geral da União e Lei de Acesso à Informação**

A Constituição Federal (Brasil, 1988), em seu Artigo 74, legitimou a participação de qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato para denunciar irregularidades ou ilegalidades lesivas ao patrimônio público perante o Tribunal de Contas da União (TCU). Nesse mesmo sentido, ainda, estimulou que os cidadãos integrem conselhos gestores de políticas públicas (Gurgel & Justen, 2013).

Ao atuarem nos referidos conselhos, os cidadãos, individual ou coletivamente, acabam exercendo o chamado controle social, que “nada mais é que a participação da sociedade no acompanhamento das escolhas de interesse público, verificação dos planos orçamentários de governos e das ações da gestão pública, da execução de suas políticas, avaliando atos, cumprimento de objetivos, processos e resultados” (Serra & Carneiro, 2012, p. 47).

A Controladoria-Geral da União (CGU) é um órgão vinculado ao Poder Executivo e que mobiliza a sociedade civil para o exercício do controle social (Loureiro, Abrucio, Olivieri, & Teixeira, 2012), bem como exerce o papel de “guardião” da Lei de Acesso à Informação (Brasil, 2011), instrumento legal que permite aos cidadãos terem acesso a todas as informações governamentais de caráter não-sigiloso, dentre elas os gastos voltados para a execução de políticas públicas, tais como os incorridos na área da saúde.

Conforme o seu mais recente Relatório de Gestão, a CGU, cuja missão é “elevar a credibilidade do Estado por meio da participação social, do controle interno e do combate à corrupção em defesa da sociedade”, conseguiu economizar R\$12,9 bilhões do erário público no ano de 2019, bem como promoveu a expulsão de 542 ex-agentes públicos. Tais resultados, quando confrontados com o número de servidores daquele órgão, que é de 2.027, e com seu “custo orçamentário” de R\$1,01 bilhão, sugerem a existência de boa governança (Brasil, 2020f).

Procedimentos metodológicos

Cintra, Cassol, Ribeiro e Carvalho (2018), ao fazerem uma revisão da literatura dos artigos sobre corrupção em mercados emergentes mais citados na base *Scopus*, pontuaram que uma das lacunas existentes é a realização de pesquisas longitudinais sobre a aplicação de recursos nos sistemas de saúde. Tal apontamento motivou a construção deste artigo, o qual ganhou fôlego e relevância acadêmico-social pelo fenômeno da mobilização do sistema de saúde brasileiro e sua estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no primeiro semestre de 2020. Em poucos meses, a magnitude financeira e logística da referida estratégia gerou dados que tornaram tal mobilização adequada para a aplicação da proposta de Cintra *et al.* (2018).

Na busca por referencial teórico de suporte à pesquisa, partiu-se inicialmente para uma seleção de artigos publicados entre 2001 e 2020 nas bases internacionais EBSCO, Proquest, Scopus e Web of Science, bem como nas bases nacionais Scielo e Spell. Os descritores utilizados foram “*public health AND corruption AND expenditure*” e seus equivalentes em português “saúde pública AND corrupção AND despesas”.

Nas bases internacionais, localizaram-se 196 artigos, que foram inicialmente reduzidos a 175 artigos após serem excluídas as duplicidades e, finalmente, após leitura integral dos títulos, resumos e *screening* dos textos integrais, condensados em uma listagem de 50 artigos totalmente aderentes ao problema de pesquisa. De forma análoga, foram encontrados inicialmente 19 artigos nas bases nacionais citadas e, após depuração final, apenas oito artigos permaneceram. Assim, o presente artigo é resultado de uma pesquisa bibliográfica centrada nos 58 trabalhos que serviram de base para a análise dos casos de corrupção na área de saúde que ocorreram no Brasil durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19 no primeiro semestre de 2020.

No que concerne aos dados estatísticos secundários coletados pelos autores junto ao Ministério da Saúde e ao Portal Tesouro Transparente, foi considerada a data-base de 30 de junho de 2020. Os dados populacionais aqui utilizados foram coletados junto ao IBGE, considerando as projeções para o ano de 2019, ao passo que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado foi o último disponibilizado pelo PNUD Brasil, do ano de 2010.

Em alguns momentos da construção deste artigo, recorreu-se a publicações do Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Transparência Internacional e Comissão Europeia, por exemplo, pela sua relevância, credibilidade e adequação ao problema de pesquisa e seus objetivos. Face ao contexto da COVID-19, doença que demanda uma intensa utilização de leitos de UTI, também foram buscados dados relevantes junto à Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

As informações sobre as operações especiais de combate à corrupção no setor de saúde foram requisitadas diretamente à Controladoria-Geral da União (CGU) e ao Departamento de Polícia Federal (DPF) por meio do Portal da Transparência. Os demais dados secundários utilizados tiveram suas fontes devidamente referenciadas ao longo e ao final deste artigo.

Como se verá na seção seguinte, a massa de dados coletados permitiu criar e testar a adequação estatística, ainda que descritiva e embrionária, do aqui chamado Índice de Governança da Saúde durante a pandemia de COVID-19 (IGSC-19), o qual compara o desvio entre duas médias, quais sejam, a do número de mortes por dez mil habitantes e a dos IDHs de cada Unidade Federativa. Embora isso seja tema para um outro artigo, a fórmula para o cálculo do referido índice foi testada adicionalmente em uma amostra de 60 países, considerando IDHs nacionais e número acumulado de mortes por milhão de habitantes, tendo-se comportado de maneira igualmente satisfatória.

Análise dos resultados

Em um primeiro momento, preocupou-se em obter uma visão panorâmica da distribuição de recursos financeiros e logísticos feita pelo Ministério da Saúde no sentido de equipar sua Rede de Assistência para o combate à pandemia de COVID-19. As variáveis escolhidas para esta análise, consideradas na data-base de 30 de junho de 2020, encontram-se agrupadas na Tabela 1.

Tomando-se por base a população brasileira total, da ordem de 210,1 milhões de habitantes, e a sua distribuição percentual pelos Estados, a primeira observação que se faz é que apenas o Distrito Federal e os Estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo possuem médicos em proporção similar ou maior à de seus habitantes. Esse fato encontra explicação em alguns indicadores sociodemográficos comuns, a exemplo da renda *per capita* naquelas Unidades Federativas.

Do ponto de vista da distribuição dos recursos financeiros, notou-se que apenas os Estados do Acre, Alagoas, Amapá, Ceará e Roraima receberam 34% ou mais do que seus percentuais populacionais. Para esses casos, a explicação parece ser a tentativa de se diminuir a desigualdade da infraestrutura de saúde daqueles Entes Federativos em relação ao restante do país. Porém, o Estado do Pará recebeu 35,4% a menos do que teoricamente deveria ter recebido, mantida a sua proporção populacional. Aqui, os indícios apontam para problemas de ordem política entre Governo Federal e Governo do Estado.

No que se refere aos testes PCR (os mais eficazes para a detecção do vírus da COVID-19, tecnicamente falando), há duas situações díspares. Os Estados do Acre, Amapá, Paraná e Roraima receberam de 2,4 a 6,2 vezes mais itens do que suas proporções populacionais nacionais, ao passo que os Estados da Bahia, Ceará, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo receberam de 30% a 60% menos itens do que suas proporções populacionais nacionais. À exceção do caso do Paraná, que pode ter adotado uma estratégia de testagem maciça, para os demais Estados pode-se levantar novamente a hipótese de problemas na arena política, apesar de faltarem elementos para tal inferência.

Olhando-se para o item “respiradores”, um dos mais críticos na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19, os Estados do Acre, Amapá, Paraíba, Rondônia e Roraima foram contemplados com itens de 2 a 6,8 vezes superiores às suas proporções populacionais, o que inicialmente também parece encontrar explicação na mesma tentativa de diminuição de desigualdade de infraestrutura de saúde, ainda que pontual.

Paralelamente à questão dos respiradores, a existência de leitos de UTI exclusivos para o tratamento dos casos mais graves de infecção pelo vírus da COVID-19 também é uma variável relevante, possivelmente a mais expressiva de todas na determinação dos números de mortes por dez mil habitantes. Quanto a esse quesito, chamam a atenção os déficits proporcionais encontrados nos Estados do Acre, Amapá, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins, que variaram entre -18,4% (Rio de Janeiro) e -68,2% (Roraima).

Teoricamente, espera-se que Estados com maior IDH, que é um indicador de qualidade de vida baseado em longevidade, níveis de educação e de renda, tenham seus sistemas de saúde mais preparados para o combate à pandemia de COVID-19, com ocorrência de menos mortes por dez mil habitantes do que o estatisticamente esperado, e vice-versa, ou seja, que Estados com menor IDH apresentem maior despreparo e assim haja mais vítimas fatais. Todavia, no caso específico da COVID-19, ao analisarmos as situações dos Estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, por exemplo, que são consideradas UF com IDHs elevados em termos de Brasil, essa lógica fica comprometida e passa a demandar um raciocínio diferenciado. Neste artigo, buscando-se um índice alternativo, comparou-se a efetividade das estratégias estaduais de enfrentamento à referida pandemia na data-base de 30/06/2020 mediante o cálculo de um Índice de Governança da Saúde durante a pandemia de COVID-19 (IGSC-19).

Tabela 1

Síntese de dados demográficos, insumos médico-hospitalares e leitos UTI

Unidade Federativa	¹ População estimada (2019): 210.147.125 hab.	² IDH UF (2010)	Posição IDH UF	³ Número de médicos (2018): 451.777	⁴ Recursos transferidos pelo Ministério da Saúde (acum. até 30/06/2020): R\$9,75 bilhões	⁵ Teste PCR (acum. até 30/06/2020): 3.878.888 unid.	⁵ Respiradores distribuídos (acum. até 30/06/2020): 6.410 unid.	⁶ Leitos UTI SUS/Total Geral (45.848 unid.)	⁶ Leitos UTI Não SUS/Total Geral (45.848 unid.)	⁵ Leitos UTI exclusivos (SUS e Não SUS) (acum. até 30/06/2020): 18.564 unid.	^{1,5} Leitos UTI exclusivos (SUS e Não SUS) (acum. até 30/06/2020) /10.000 hab.	⁷ Mortes COVID-19 (acum. até 30/06/2020): 59.954	^{1,7} Mortes UF /10.000 hab.	Posição Mortes UF /10.000 hab.	IGSC-19
***	% UF/Brasil	***	***	% UF/Brasil	% UF/Brasil	% UF/Brasil	%UF/Brasil	***	***	% UF/Brasil	***	% UF/Brasil	***	***	
Acre	0,42%	0,663	21	0,21%	0,64%	1,80%	2,34%	0,13%	0,05%	0,23%	0,49	0,61%	4,14	8	-0,48
Alagoas	1,59%	0,631	27	1,01%	2,31%	2,17%	2,11%	0,68%	0,41%	1,70%	0,94	1,77%	3,15	11	-0,59
Amapá	0,40%	0,708	12	0,19%	0,86%	1,89%	1,64%	0,08%	0,14%	0,24%	0,52	0,70%	4,93	6	-0,22
Amazonas	1,97%	0,674	18	1,07%	2,22%	2,60%	3,46%	0,78%	0,38%	1,92%	0,86	4,74%	6,81	1	-0,63
Bahia	7,08%	0,660	22	4,58%	7,08%	2,80%	4,77%	2,52%	2,03%	4,68%	0,58	3,11%	1,25	21	-0,04
Ceará	4,35%	0,682	17	2,80%	5,83%	3,04%	3,87%	1,60%	1,17%	3,39%	0,69	10,31%	6,73	2	-0,56
Distrito Federal	1,43%	0,824	1	2,93%	1,53%	2,90%	2,34%	0,75%	2,24%	1,41%	0,87	0,98%	1,95	18	0,63
Espírito Santo	1,91%	0,740	7	2,13%	1,58%	2,33%	2,42%	1,06%	1,44%	2,19%	1,01	2,77%	4,10	9	0,07
Goiás	3,34%	0,735	8	2,96%	2,90%	2,25%	4,31%	1,62%	1,68%	3,64%	0,96	0,80%	0,68	22	0,52
Maranhão	3,37%	0,639	26	1,35%	3,14%	2,22%	3,76%	1,06%	0,75%	2,22%	0,58	3,44%	2,89	15	-0,41
Mato Grosso	1,66%	0,725	11	1,20%	1,38%	1,91%	2,34%	0,67%	1,35%	1,12%	0,60	1,00%	0,27	27	0,59
Mato Grosso do Sul	1,32%	0,729	10	1,22%	1,31%	2,47%	1,56%	0,62%	0,50%	1,45%	0,97	0,13%	1,70	19	0,33
Minas Gerais	10,07%	0,731	9	10,76%	10,03%	4,27%	6,07%	6,23%	3,58%	11,14%	0,98	1,62%	0,46	26	0,63
Pará	4,09%	0,646	25	1,79%	2,65%	4,27%	6,33%	1,37%	0,76%	2,15%	0,46	8,26%	5,72	4	-0,78
Paraíba	1,91%	0,658	23	1,49%	1,61%	2,18%	3,82%	0,99%	0,53%	2,00%	0,93	1,64%	2,43	16	-0,26
Paraná	5,44%	0,749	5	5,24%	5,44%	18,60%	4,27%	4,02%	2,31%	8,92%	1,45	1,09%	0,57	23	0,67
Pernambuco	4,55%	0,673	19	3,63%	4,98%	3,06%	2,11%	2,24%	1,78%	5,53%	1,07	8,10%	5,05	5	-0,52
Piauí	1,56%	0,646	24	0,85%	1,66%	1,90%	1,40%	0,48%	0,37%	1,11%	0,63	1,11%	2,03	17	-0,26
Rio de Janeiro	8,22%	0,761	4	13,14%	6,77%	12,81%	12,70%	3,77%	8,95%	6,72%	0,72	16,91%	5,84	3	-0,04
Rio Grande do Norte	1,67%	0,684	16	1,28%	1,69%	2,21%	2,76%	0,73%	0,63%	1,65%	0,87	1,74%	2,95	12	-0,15
Rio Grande do Sul	5,41%	0,746	6	6,40%	6,89%	2,96%	4,63%	3,37%	1,95%	5,47%	0,89	1,03%	0,54	24	0,67
Rondônia	0,85%	0,690	15	0,61%	1,00%	2,07%	2,98%	0,46%	0,29%	1,15%	1,20	0,87%	2,91	14	-0,04
Roraima	0,29%	0,707	13	0,18%	0,70%	2,08%	1,95%	0,08%	0,03%	0,09%	0,28	0,47%	4,67	7	-0,22
Santa Catarina	3,41%	0,774	3	3,51%	3,53%	2,68%	1,14%	1,71%	0,94%	4,09%	1,06	0,57%	0,48	25	0,81
São Paulo	21,85%	0,783	2	28,04%	20,26%	8,60%	11,95%	11,97%	15,44%	24,13%	0,98	24,77%	3,22	10	0,30
Sergipe	1,09%	0,665	20	0,84%	1,33%	2,03%	1,87%	0,50%	0,26%	1,08%	0,87	1,13%	2,94	13	-0,26
Tocantins	0,75%	0,699	14	0,57%	0,68%	1,89%	1,09%	0,32%	0,22%	0,59%	0,69	0,34%	1,27	20	0,22
Totais	100,00%	0,705	NA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	49,83%	50,17%	100,00%	0,88	100,00%	2,84	NA	NA

Fontes:

¹ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>² <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>³ <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278>⁴ <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>⁵ <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>⁶ https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/maio/21/pesquisa_AMIB_Marco_2020.pdf⁷ <http://susanalitico.saude.gov.br/#/dashboard/>

A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$\text{IGSC-19} = \frac{(\text{Posição Mortes UF}/10.000 \text{ hab.} - \text{Posição IDH UF})}{\text{Número de UFs}}$$

Na referida fórmula, tanto os números de mortes por dez mil habitantes quanto os IDHs de cada Estado foram ordenados do maior para o menor, indo de 1 a 27. Apenas exemplificando a aplicação da fórmula mencionada, se a posição da UF quanto ao número de mortes por dez mil habitantes foi a 15ª e a posição do IDH correspondente foi a oitava, o índice obtido com a aplicação da fórmula foi 0,26, ou seja, o resultado algébrico da operação (15-8)/27.

A literatura acadêmica menciona a existência de uma relação inversamente proporcional entre governança e corrupção (Hanf et al., 2011; Mackey & Cuomo, 2020; Mendonça & Baca, 2018; Vian, 2020). Dito isso, caso o IGSC-19 realmente venha a apresentar validade satisfatória, pode-se estimar que os Estados com índices negativos apresentem riscos maiores de existência de corrupção, bem como os Estados com índices positivos apresentem riscos maiores de governança de saúde, com boa utilização dos recursos públicos, na data-base considerada para o cálculo.

Conforme a Figura 2, nota-se que apenas os Estados da Bahia, Rio de Janeiro, Rondônia e Espírito Santo mostram poucas divergências entre o esperado e o verificado, com desvios de -0,04 a +0,07 em relação à posição central determinada pelos IGSC-19 do Pará (-0,78) e de Santa Catarina (+0,81). Quanto mais próximo de 1,0, mais provável é que tenha havido uma governança mais efetiva do Estado frente à emergência da pandemia de COVID-19; pelo outro lado, quanto mais próximo de -1,0, pior poderá ter sido a governança estadual.

Os valores do IGSC-19 dos Estados do Pará, Amazonas, Alagoas, Ceará, Pernambuco, Acre e Maranhão, em particular, sugerem alto risco relativo (entre as 27 UF) de ocorrência de corrupção na área de saúde no que diz respeito ao enfrentamento à pandemia de COVID-19. A Figura 2 mostra ainda que os IGSC-19 dos Estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, o Distrito Federal, Mato Grosso e Goiás sugerem alto risco relativo (entre as 27 UF) de ocorrência de boa governança em relação ao mesmo fenômeno, na data-base de 30/06/2020, quando foram extraídos os números acumulados de mortes por dez mil habitantes.

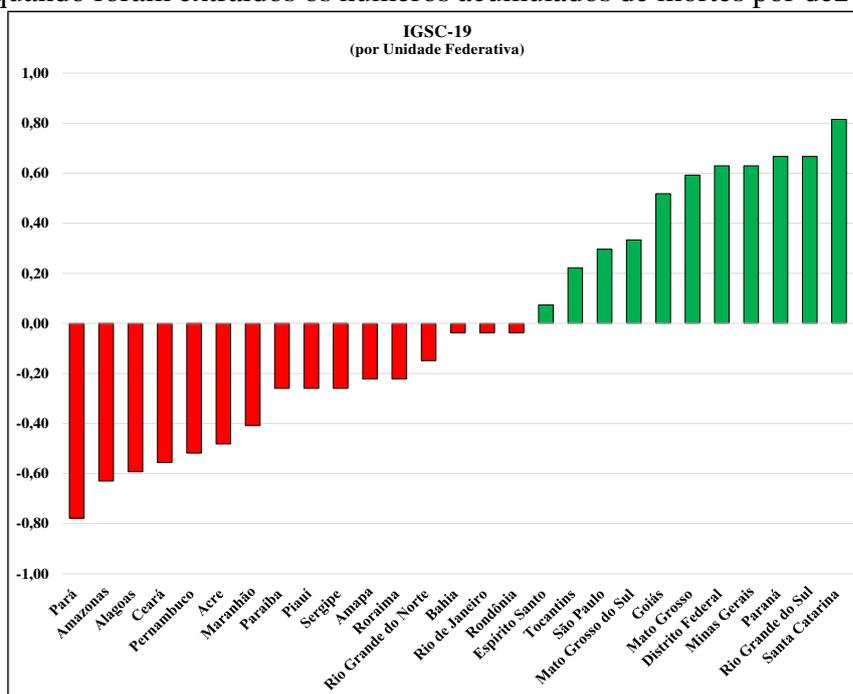


Figura 2 – Índice de Governança da Saúde durante a COVID-19 (IGSC-19)

Fonte: Elaboração própria

• **Ações de combate à corrupção no setor de saúde pública brasileira**

No dia 23/04/2020, a CGU realizou a **Operação Alquimia**, em Aroeiras-PB, com vistas a apurar desvios de recursos na confecção de material didático para ações de esclarecimento da população sobre a COVID-19. Cerca de uma semana depois, a Polícia Federal realizou a **Operação Virus Infectio I**, em Macapá-AP, na qual se constatou o superfaturamento de até 814% em alguns equipamentos de proteção individual (EPIs).

Logo no início de maio de 2020, deflagrou-se a **Operação Expurgo**, em Santana-AP, com vistas a investigar a contratação irregular de serviços de limpeza, desinfecção e assepsia de hospitais daquela cidade. O Ministério Público do Distrito Federal, por meio da **Operação Grabato**, apurou o direcionamento de procedimento licitatório para uma empresa que faria a gestão de 200 leitos de UTI em um hospital de campanha a ser construído dentro do Estádio Nacional Mané Garrincha. Logo em seguida, a **Operação Profilaxia**, em Belém-PA, investigou a compra de respiradores mecânicos. No mesmo mês de maio, ocorreu a **Operação MEDCRUZ**, em Cruzeiro-SP, também voltada para fraudes no gerenciamento de serviços de saúde. Na cidade de Fortaleza-CE, a **Operação Dispneia** focou em irregularidades cometidas durante a compra de ventiladores pulmonares. Em seguida, no Rio de Janeiro-RJ, a **Operação Placebo** investigou um esquema fraudulento envolvendo a instalação de hospitais de campanha. A **Operação Camilo**, realizada em Rio Pardo-RS, focou em desvios de recursos do SUS para a contratação de uma Organização de Saúde (OS). Fechando o mês de maio, na cidade de Recife-PE, foram conduzidas as **Operações Apneia I e Apneia II**, voltadas para a investigação da compra fraudulenta de 500 respiradores pulmonares, bem como a **Operação Virus Infectio II**, com vistas a investigar a atuação de uma servidora que agilizava os trâmites burocráticos da Secretaria Estadual de Saúde do Pará para liberação de empenhos fraudulentos.

No último mês de junho, por sua vez, a CGU, o MPF e a Polícia Federal levaram a cabo dezesseis ações ostensivas de combate à corrupção na área de saúde em diferentes Estados: *i)* **Operação Inópia**, em Recife-PE, para investigar a compra fraudulenta de 200 mil cestas-básicas de alimentação para famílias em situação de vulnerabilidade econômica; *ii)* **Operação Personale**, em Palmas-TO, voltada para a apuração de fraude na compra de máscaras de proteção facial (EPIs); *iii)* **Operação Scepticus**, no Rio de Janeiro-RJ, com vistas a apurar irregularidades na aquisição de equipamentos, insumos, estrutura e montagem de hospitais de campanha; *iv)* **Operação Cobiça Fatal**, em São Luís-MA, para diligências envolvendo a compra superfaturada de máscaras cirúrgicas descartáveis; *v)* **Operação Assepsia**, em Belém-PA, para apurar fraudes na compra de 70.000 litros de álcool em gel e cerca de um milhão de máscaras; *vi)* **Operação Para Bellum I**, também em Belém-PA, para investigar a compra de ventiladores pulmonares sem serventia; *vii)* **Operação Dúctil**, em Porto Velho-RO, para investigar irregularidades na aquisição de insumos e produtos hospitalares; *viii)* **Operação Panaceia I**, no Oiapoque/AP, para averiguar o desvio de medicamentos, testes de diagnósticos e uso indevido de serviços públicos; *ix)* **Operação EXAM**, em Cabo Frio-RJ, com vistas a apurar fraudes na compra de medicamentos; *x)* **Operação Antídoto**, em Recife-PE, para apurar irregularidades em catorze compras seguidas de materiais médico-hospitalares de um único fornecedor, sem prévia licitação; *xi)* **Operação Casa de Papel**, em Olinda-PE, voltada para irregularidades na aquisição de materiais médico-hospitalares, inserção de sócios “laranjas” e lavagem de dinheiro; *xii)* **Operação Solercia**, em Belém-PA, com o intuito de apurar compras irregulares de cestas de alimentação para a rede escolar; *xiii)* **Operação Para Bellum II**, em Porto Alegre/RS e Xangrilá/RS, com vistas a investigar a compatibilidade de renda e patrimônio de um dos envolvidos na *Operação Para Bellum I*; *xiv)* **Operação Panaceia II**, no Oiapoque/AP, para ampliar as investigações da *Operação Panaceia I*; *xv)* **Operação Virus Infectio III**, em Macapá/AP, para investigar pagamentos fraudulentos efetuados pelo Fundo Municipal de Saúde local; e *xvi)* **Operação Sangria**, em Manaus-AM, com a finalidade de

apurar compras sem licitação de respiradores pulmonares. Todas essas 28 operações ostensivas encontram-se resumidas na Tabela 3.

Tabela 3

Operações ostensivas de combate à corrupção (CGU, Ministérios Públicos, Polícia Federal e Polícia Civil)

UF	IGSC-19	Operação	UF	IGSC-19	Operação	UF	IGSC-19	Operação
Acre	-0,48	●Assepsia	Paraíba	-0,26	●Alquimia	Rio de Janeiro	-0,04	●Placebo ●Septicus ●EXAM
Amapá	-0,22	●Expurgo ●Virus Infectio I ●Virus Infectio II ●Virus Infectio III ●Panaceia I ●Panaceia II	Pernambuco	-0,52	●Apneia I ●Apneia II ●Inópia ●Antídoto ●Casa de Papel	Rio Grande do Sul	0,67	●Camilo
Amazonas	-0,63	●Sangria	Maranhão	-0,41	●Cobiça Fatal	Rondônia	-0,04	●Dúctil
Ceará	-0,56	●Dispneia	Pará	-0,78	●Profilaxia ●Para Bellum I ●Para Bellum II ●Solercia	São Paulo	0,30	●MEDCRUZ
Distrito Federal	0,63	●Grabato				Tocantins	0,22	●Personale

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 3 mostra que 85,7% das 28 operações de combate à corrupção executadas pelos órgãos de controle e repressão do Governo ocorreram em Unidades Federativas que apresentaram IGSC-19 negativos na data-base de 30 de junho de 2020, sugerindo uma alta correlação. Ainda, nota-se que os resultados aqui analisados demonstram alinhamento com todas as pesquisas e alertas feitos nos trabalhos citados na seção de fundamentação teórica, particularmente sobre gerenciamento de riscos, Triângulo da Fraude e corrupção no setor de saúde.

Considerações finais

Em geral, os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento apresentam altos índices de percepção da corrupção. De acordo com a Transparência Internacional, o Brasil ocupa a posição 106 em um ranking composto por 180 países, ou seja, os seus cidadãos e outros observadores externos entendem que seus mecanismos de governança, *accountability* e transparência têm espaço para uma evolução mais consistente em relação a outros Estados Democráticos de Direito.

Embora a Constituição da República Federativa do Brasil assegure aos cidadãos o amplo direito à saúde, o que se vê, na prática, é o cerceamento de tal direito, com a consequente relativização da chamada “cobertura universal de saúde”. O que se viu no sistema de saúde pública brasileiro no primeiro semestre de 2020 em relação ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 foi que os mais vulneráveis tiveram as suas vulnerabilidades ainda mais expostas, parte disso em função da corrupção existente no setor da saúde pública.

Este artigo, a partir de uma revisão bibliográfica internacional e nacional sobre o tema de pesquisa, mostrou quais são os principais atores de um sistema de saúde, quais são os riscos internos do sistema e quais tipos de corrupção ocorrem com mais frequência no seu interior, tendo mencionado algumas formas detectadas e investigadas por meio de ações ostensivas dos órgãos estatais CGU, MPF, MPE, DPF e PC no combate à corrupção no setor da saúde pública, reforçando a percepção de que o Brasil é, de fato, um caso a ser estudado em profundidade.

A pandemia de COVID-19, dada a exponencialidade de todos os seus números, potencializou os riscos de governança e de corrupção no setor de saúde, o que traz consigo pelo menos três implicações: *i)* os órgãos e os mecanismos de combate à corrupção precisam ser mais proativos e ágeis; *ii)* os estudos longitudinais sobre o fenômeno podem ser feitos em tempo bastante reduzido; *iii)* a sociedade brasileira precisa inserir governança, *accountability* e transparência em suas práticas democráticas.

Como contribuição acadêmica, o presente artigo criou e testou o IGSC-19, que, apesar de sua simplicidade estatística, pode tornar-se o embrião para a elaboração refinada de um índice com caráter preditor de riscos de governança e de corrupção em vários setores da administração pública e, assim, auxiliar no combate proativo à mesma. Já no campo da contribuição social, este estudo pretendeu sensibilizar os cidadãos para a importância do controle social, o qual pode e deve potencializar o poder dos controles internos do Estado.

Em termos de limitações, primeiramente, é preciso registrar que, embora este artigo tenha-se voltado para o cenário brasileiro, a literatura nacional de suporte encontrada sobre o tema de pesquisa foi escassa. Apesar de as informações sobre a estratégia de combate à pandemia de COVID-19 terem sido geradas em profusão no primeiro semestre de 2020, alguns fatores políticos internos do Brasil interferiram parcialmente na sua confiabilidade. Não obstante o IGSC-19 ter-se mostrado um índice de valia para os fins deste estudo, os autores relembram que ele foi calculado a partir de duas únicas variáveis e também com o uso de estatística descritiva. Outra limitação a ser considerada é a escolha de uma data-base para coleta do número acumulado de mortes por dez mil habitantes, sobretudo porque a evolução da pandemia de COVID-19 não se comporta de forma linear nem homogênea ao longo do tempo.

Para pesquisas futuras, os autores sugerem: *i*) regressão dos dados em painel do Ministério da Saúde gerados durante toda a situação de calamidade pública causada pela pandemia de COVID-19, agregados a outras variáveis independentes; *ii*) refinamento e aplicação do IGSC-19 como *proxy* para os setores da Saúde (IGS, em geral) e da Educação (IGE – Índice de Governança da Educação); e *iii*) mensuração do grau de controle social exercido individualmente, coletivamente ou em redes de governança pelos cidadãos brasileiros.

Por fim, convém lembrar que, no Brasil, quando o assunto é corrupção, a sociedade tem sempre aquela sensação de “*isso sempre existiu e vai continuar existindo*” ou “*eu já vi isso acontecer antes e ninguém foi punido*”. Entretanto, antropólogos e sociólogos têm observado e pontuado que isso está mudando e pode mudar ainda mais depressa, sobretudo se os cidadãos passarem a exercer o controle social em sua plenitude, fazendo com que, no futuro, a sensação de *dèjà-vu* sobre a corrupção seja, com o perdão do trocadilho, saudável.

Referências

- Abramo, C. W. (2005). Percepções pantanosas: A dificuldade de medir a corrupção. *Novos Estudos CEBRAP*, (73), 33–37. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002005000300003>
- Akutsu, L., & Pinho, J. A. G. de. (2002). Sociedade da informação, “accountability” e democracia delegativa: Investigação em portais de governo no Brasil. *Rev. adm. pública*, 36(5), 723–745. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6461/5045>
- Arruda, G. S. de, Madruga, S. R., & Freitas Junior, N. I. (2008). A governança corporativa e a teoria da agência em consonância com a controladoria. *Revista de Administração da UFSM*, 1(1), 71–84. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/view/570/430>
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasil: Palácio do Planalto. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- Brasil. Lei nº 12.527 (2011). Brasil: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm
- Brasil. NBR ISO 31000:2018. Gestão de riscos - Diretrizes (2018). Rio de Janeiro, Brasil: ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas. Recuperado de <http://200.129.168.182:4030/attachments/download/7055/0000077796-ISO31000.pdf>
- Brasil. Decreto Legislativo nº 6 (2020). Brasil: Presidência da República. Recuperado de

- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm
- Brasil. Emenda Constitucional nº 106 (2020). Brasil: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm
- Brasil. Lei nº 13979 (2020). Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979compilado.htm
- Brasil. Medida Provisória nº 926 (2020). Brasil: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv926.htm
- Brasil. (2020e). Painel de leitos e insumos. Recuperado 1 de julho de 2020, de <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>
- Brasil. Relatório de gestão 2019 (2020). Brasília: Controladoria-Geral da União. Recuperado de <https://repositorio.cgu.gov.br/handle/1/45915>
- Brasil. (2020g). Saúde. Recuperado 5 de julho de 2020, de <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>
- Brei, Z. A. (1996). Corrupção: Dificuldades para definição e para um consenso. *Revista de Administração Pública*, 30(1), 64–77. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8128/6943>
- Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 19(6), 371–379. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh052>
- Budsaratragoon, P., & Jitmaneeroj, B. (2020). A critique on the Corruption Perceptions Index: An interdisciplinary approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, 70(May 2018), 100768. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2019.100768>
- Buta, B. O., Teixeira, M. A. C., & Schurgelies, V. (2018). Accountability nos atos da administração pública federal brasileira. *Revista Pretexto*, 19(4), 46–62. <https://doi.org/10.21714/pretexto.v19i4.5715>
- Cintra, R. F., Cassol, A., Ribeiro, I., & Carvalho, A. O. de. (2018). Corruption and emerging markets: Systematic review of the most cited. *Research in International Business and Finance*, 45(November 2016), 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.ribaf.2017.07.177>
- Cressey, D. R. (1953). *Other people's money: A study in the social psychology of embezzlement*. Glencoe, IL: The free press.
- Dias, L. N. da S., Matias-Pereira, J., Farias, M. R. S., & Pamplona, V. M. S. (2013). Fatores associados ao desperdício de recursos da saúde repassados pela união aos municípios auditados pela Controladoria Geral da União. *Revista Contabilidade & Finanças*, 24(63), 206–218. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772013000300004>
- European Commission. Updated study on corruption in the healthcare sector: Final report (2017). Rotterdam: Ecorys. Recuperado de https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/20170928_study_on_healthcare_corruption_en.pdf
- Factor, R., & Kang, M. (2015). Corruption and population health outcomes: An analysis of data from 133 countries using structural equation modeling. *International Journal of Public Health*, 60(6), 633–641. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0687-6>
- García, P. J. (2019). Corruption in global health: the open secret. *The Lancet*, 394(10214), 2119–2124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9)
- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A. de C. A., Rosa, M. C. da, Martins, G. B., Santos, I. S., ... Machado, C. V. (2018). Sistema universal de saúde e cobertura universal: Desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1763–1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- Gurgel, C., & Justen, A. (2013). Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. *Revista de Administração Pública*, 47(2), 357–378. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000200004>
- Hanf, M., Van-Melle, A., Fraisse, F., Roger, A., Carme, B., & Nacher, M. (2011). Corruption

- kills: Estimating the global impact of corruption on children deaths. *PLoS ONE*, 6(11), e26990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026990>
- Hope, K. R. (2015). Contextualizing corruption in the health sector in developing countries: Reflections on policy to manage the risks. *World Medical & Health Policy*, 7(4), 383–401. <https://doi.org/10.1002/wmh3.165>
- Hunter, M., Mardini, R. U., El-Seblani, A., & Elsayed, S. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability: Case study of healthcare in the arab countries. *Global Health Action*, 13(sup1), 1704529. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1704529>
- International Monetary Fund. (2016). *Corruption: Costs and mitigating strategies. Staff Discussion Notes* (Vol. 16). <https://doi.org/10.5089/9781513594330.006>
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (2008). Teoria da firma: Comportamento dos administradores, custos de agência e estrutura de propriedade. *Revista de Administração de Empresas*, 48(2), 87–125. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000200013>
- Kaufmann, D., & Kraay, A. (2007). Governance indicators: Where are we, where should we be going? *The World Bank Research Observer*, 23(1), 1–30. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkm012>
- Klitgaard, R. (1988). *Controlling corruption*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kohler, J. C., & Dimancesco, D. (2020). The risk of corruption in public pharmaceutical procurement: how anti-corruption, transparency and accountability measures may reduce this risk. *Global Health Action*, 13(sup1), 1694745. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1694745>
- Loureiro, M. R., Abrucio, F. L., Olivieri, C., & Teixeira, M. A. C. (2012). Do controle interno ao controle social: A múltipla atuação da CGU na democracia brasileira. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 17(60), 54–67. <https://doi.org/10.12660/cgpc.v17n60.3980>
- Machado, M. R. R., & Gartner, I. R. (2017). Triângulo de fraudes de Cressey (1953) e teoria da agência: Estudo aplicado a instituições bancárias brasileiras. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 14(32), 108. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2017v14n32p108>
- Mackey, T. K., & Cuomo, R. E. (2020). An interdisciplinary review of digital technologies to facilitate anti-corruption, transparency and accountability in medicines procurement. *Global Health Action*, 13(sup1), 1695241. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1695241>
- Martins, L. de J., & Olivieri, C. (2019). Contratualização de resultados: Fragilidades na transparência e baixa accountability das organizações sociais. *Revista de Administração Pública*, 53(6), 1189–1202. <https://doi.org/10.1590/0034-761220180412>
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: Resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 27(78), 27–34. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>
- Mendonça, H. F. de, & Baca, A. C. (2018). Relevance of corruption on the effect of public health expenditure and taxation on economic growth. *Applied Economics Letters*, 25(12), 876–881. <https://doi.org/10.1080/13504851.2017.1374533>
- Miari, R., Mesquita, J., & Pardini, D. (2015). Market efficiency and organizational corruption: Study on the impact on shareholder value. *Brazilian Business Review*, bbrconf(2015), 1–23. <https://doi.org/10.15728/bbrconf.2015.1>
- Michener, G., Contreras, E., & Niskier, I. (2018). Da opacidade à transparência? Avaliando a Lei de Acesso à Informação no Brasil cinco anos depois. *Revista de Administração Pública*, 52(4), 610–629. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170289>
- Miranda, L. F. (2018). Unificando os conceitos de corrupção: Uma abordagem através da nova metodologia dos conceitos. *Revista Brasileira de Ciência Política*, (25), 237–272. <https://doi.org/10.1590/0103-335220182507>
- Nações Unidas. (2020). Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Recuperado 5 de julho de 2020, de

- <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>
- Nishijima, M., Postali, F. A. S., & Rocha, F. F. (2017). Efeitos da descentralização da saúde básica no Brasil sobre o nível de corrupção em municípios investigados pelo governo central. *Nova Economia*, 27(1), 117–141. <https://doi.org/10.1590/0103-6351/2883>
- Oliveira, C. B. de, & Fontes Filho, J. R. (2017). Problemas de agência no setor público: O papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras. *Revista de Administração Pública*, 51(4), 596–615. <https://doi.org/10.1590/0034-7612171397>
- Rose-Ackerman, S., & Palifka, B. J. (2016). *Corruption and government: Causes, consequences, and reform* (2^o ed). New York, NY: Cambridge University Press.
- Santos, R. A. dos, Guevara, A. J. de H., & Amorim, M. C. S. (2013). Corrupção nas organizações privadas: Análise da percepção moral segundo gênero, idade e grau de instrução. *Revista de Administração*, 48(1), 53–66. <https://doi.org/10.5700/rausp1073>
- Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006). The causes of corruption in the health sector: A focus on health care systems. In Transparency International (Org.), *Global Corruption Report* (p. 378). London: Pluto Press.
- Serra, R. de C. C., & Carneiro, R. (2012). Controle social e suas interfaces com os controles interno e externo no Brasil contemporâneo. *Espacios Públicos*, 15(34), 43–64. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67623463002>
- Silva, M. (1994). Corrupção: Tentativa de uma definição funcional. *Revista de Administração Pública*, 28(1), 18–23. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8381/7155>
- Silva, P. J., Pereira, M. C., Brito, M. J. de, & Capelle, M. C. A. (2005). A ação corrupta em uma organização multinacional: Uma análise sob a ótica da abordagem construcionista. *REAd*, 48(11). Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/read/article/view/40614/25828>
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2005). Network governance and post-liberal democracy. *Administrative Theory & Praxis*, 27(2), 197–237. <https://doi.org/10.1080/10841806.2005.11029489>
- Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., & Groot, W. (2015). To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers' perceptions. *Health Expectations*, 18(6), 2978–2993. <https://doi.org/10.1111/hex.12281>
- Stringhini, S., Thomas, S., Bidwell, P., Mtui, T., & Mwisongo, A. (2009). Understanding informal payments in health care: Motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*, 7(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-53>
- Tanzi, V. (1998). *Corruption around the world: Causes, consequences, scope, and cures*. Recuperado de <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/wp9863.pdf>
- Transparência Internacional. (2020). What is corruption? Recuperado 5 de abril de 2020, de <https://www.transparency.org/en/what-is-corruption>
- Vian, T. (2005). The sectorial dimensions of corruption: Health care. In B. I. Spector (Org.), *Fighting corruption in development countries* (p. 45–46). Bloomfield, CT: Lynne Rienner.
- Vian, T. (2007). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83–94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
- Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13(sup1), 1694744. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1694744>
- World Bank. (2007). *Strengthening World Bank Group engagement on governance and anti-corruption*. Recuperado de <http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/corecourse2007/GACMaster.pdf>