

# COMPLIANCE COMO MÉTODO DE CONTROLE DA CORRUPÇÃO EM HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS: UMA ESTRATÉGIA VIÁVEL?<sup>1</sup>

## *COMPLIANCE AS A CONTROL METHOD OF CORRUPTION IN BRAZILIAN PUBLIC HOSPITALS: A VIABLE PATH?*

*Aléxia Alvim Machado Faria*

### **Resumo**

Este artigo utiliza a técnica de revisão bibliográfica para abordar três temas interseccionais: parâmetros normativos internacionais e nacionais de controle e prevenção à corrupção; pesquisas empíricas que repensam e avaliam estratégias anticorrupção em hospitais; e o controle da corrupção a partir de instrumentos de *compliance*. Diante desses elementos, o texto levanta possíveis mecanismos de conformidade aplicáveis em hospitais públicos brasileiros que sejam capazes de conter práticas corruptas que prejudicam substancialmente a prestação do serviço público de saúde. Não se pretende estabelecer padrões de prevenção à corrupção nem modelos herméticos de *compliance* para o setor hospitalar público, mas analisar criticamente pontos de encontro entre anticorrupção e *compliance*, com a observância das particularidades do setor. Os resultados não são definitivos nem exaurientes, mas delineiam elementos básicos de *compliance* que podem ser aplicados nos hospitais públicos brasileiros para conter os atos de corrupção considerados mais comuns pela bibliografia especializada.

*Palavras-chave: prevenção à corrupção. Hospitais. Setor de Saúde. Compliance. Programa de integridade.*

### **Abstract**

*This paper reviews the literature on three intersectional aspects: international and national normative parameters for corruption control and prevention; empirical research aimed to evaluate anti-corruption strategies in hospitals; and texts that connect corruption control to compliance instruments. Considering such elements, this research seeks to identify viable practices for the formulation and use of compliance mechanisms in Brazilian public hospitals with the specific purpose of containing corrupt practices that substantially hinder the provision of public health care.*

---

<sup>1</sup> Artigo recebido em 06/04/2018 e aprovado em 15/10/2018.

*It is not intended either the postulation of corruption prevention standards or hermetic compliance programs for public hospitals, but rather the identification of encounter points between these two practices, with the observance of its inherent peculiarities. The results are neither definitive nor exhaustive, but they outline basic compliance elements that can be applied in Brazilian public hospitals to contain what is considered by the specialized bibliography as the most common acts of corruption in this sector.*

*Keywords: corruption prevention. Public Hospitals. Health sector. Compliance. Integrity program.*

*Aléxia Alvim Machado Faria: Mestre (2018) e bacharela (2015) em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Assessora jurídica da Procuradoria da República em Minas Gerais. Formação complementar pela Universidade de Augsburg (2012) e pelos Institutos Max Planck de Direito Penal Internacional e Estrangeiro (2014) e de História do Direito Europeu (2016).*

*Artigo produzido sob orientação do Dr. Tiago Gomes de Carvalho Pinto.*

## I. Introdução

O descontentamento diante de práticas corruptas não é nada novo<sup>2</sup>; os registros históricos a clamar pela contenção da corrupção inclusive fazem parte da própria transformação desse conceito (FARIA, 2018, p. 26-63). De apodrecimento dos corpos, desvirtuamento moral e deturpação do corpo político (GÉNAUX, 2002; ROMEIRO, 2017, p. 14-33), a corrupção passou por uma virada de significação entre os séculos XVIII e XIX, voltando-se cada vez mais para o exercício indevido da função pública e aqueles que o orbitam (ENGELS, 2014, loc. 3668-3782; 2018, p. 173-174) – até, talvez, ultrapassar esse paradigma e alcançar práticas restritas ao setor privado (ARGANDOÑA, 2003). E, embora se reconheça a existência de bibliografia que defenda práticas corruptas como fator de desenvolvimento econômico (cf. LEYS, 1965; HUNTINGTON, 1968; LUI, 1985), parece seguro afirmar que há muito se vê discursos voltados à luta anticorrupção – ainda que não com este nome, ainda que como supedâneo retórico para confirmar ou prejudicar

2 *Veja-se, por exemplo, a pesquisa de Arena (2018, p. 35-48) sobre corrupção política na República Romana, a de Vitória (2018, p. 77-89) no medievo francês, inglês e português e a de Castillo, Feros e Leiva para o início da modernidade espanhola (2018, p. 139-151). O conceito de “corrupção” varia em cada um desses textos, mas todos orbitam a atividade pública e alguns, como o de Vitória (2018, p. 79), encontram ocorrências do termo diretamente ligadas ao abuso de poder de funcionários públicos.*

a legitimidade política daqueles que possuem autoridade pública (KROEZE; VITÓRIA; GELTNER, 2018, p. 6). Algo de fato novo na história recente, porém, é a preocupação com o desenvolvimento de práticas destinadas especificamente a conter atos de corrupção. Não só com a criação e reorganização de crimes, como se observou no século XIX (SILBERNAGL, 2017), mas com a busca de elementos focados também nos aspectos preventivos, como o fortalecimento de mecanismos e órgãos de controle<sup>3</sup>, a conscientização e o incentivo à sociedade civil para que ela auxilie o Estado na fiscalização<sup>4</sup>. Ainda mais recentemente, a busca de métodos anticorrupção baseados em pesquisas empíricas tem sido defendida como a forma mais eficaz de tratar as especificidades de cada setor, em cada contexto cultural (MUNGIU-PIPPIDI, 2017).

E não é por menos. Efeitos lancinantes da corrupção têm sido identificados não apenas na desigualdade de distri-

3 *A Convenção Interamericana Contra a Corrupção dispõe sobre o tema nos art. III, 6, 9 e 12, e a Convenção da ONU, no art. 6.*

4 *Esta previsão aparece na Convenção Interamericana Contra a Corrupção no art. III, 11 e sua aplicação prática é identificada, por exemplo, pelos programas da CGU “Olho Vivo no Dinheiro Público”, “Fortalecimento da Gestão Pública”, “Um por todos e todos por um! Pela ética e cidadania!” e a Conferência Nacional sobre Transparência e Controle Social (MTFC, 2016b, p. 14-16).*

buição de renda, produtividade (LAMBSDORFF, 2004) e redução do crescimento econômico, mas também na deterioração da democracia (WARREN, 2004) e na desintegração de valores sociais aplicados à política.

Mesmo pequenos subornos podem ter grandes consequências em qualquer setor (ROSE-ACKERMAN, 2008, p. 553). Na saúde, a corrupção atrasa e aumenta o custo do serviço, reduz o investimento em capital humano (BESCIU, 2016, p. 18) e induz pacientes a procurar assistência no setor privado, comumente caracterizado pelos altos preços. Consequentemente, pacientes com poucos recursos financeiros são privados de vários serviços médicos devido à sua limitação econômica (BOBOC, 2009, p. 1; HABIBOV e CHEUNG, 2017, p. 28). Algumas pesquisas empíricas sugerem o impacto negativo da corrupção inclusive em termos mais severos, tais como a mortalidade infantil (GUPTA; DAVOODI; TIONGSON, 2000, p. 19; HANF et al., 2011, p. 5) e a redução nas taxas de imunização (AZFAR; GURGUR, 2005). Para hospitais, materiais de baixa qualidade, serviços mal executados e obras incompletas têm efeito devastador àqueles que precisam do serviço de saúde prestado pelo governo<sup>5</sup>.

O setor da saúde é tido como especialmente vulnerável à corrupção por várias razões. Segundo Roni Factor e Mina Kang (2015, p. 635), a saúde é uma área que frequentemente envolve o encontro de capital público com atores privados e a circulação altíssima de dinheiro devido à tecnologia necessária em vários tratamentos, insumos e equipamentos. Com tais vulnerabilidades e efeitos graves na prestação do serviço de saúde, torna-se imprescindível a adoção de estratégias que visem prevenir e controlar a corrupção – até porque, como demonstram os autores a partir de dados de 133 países, a corrupção interfere diretamente nos resultados sobre a saúde (FACTOR; KANG, 2015, p. 639).

Neste artigo, é estudada uma dessas estratégias específicas de prevenção, identificação e controle: a criação de normas que incentivem ou obriguem desenvolvimento

<sup>5</sup> Em Bogotá, por exemplo, o pagamento a sobrepreço de sete medicamentos e insumos específicos foi calculado em mais de dois milhões de dólares por ano (valores históricos), o que, à época, poderia ter viabilizado o tratamento de outras 24 mil pessoas (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 21).

de programas de *compliance*<sup>6</sup> que contenham mecanismos aptos a conter atos corruptos em hospitais<sup>7</sup>. A partir da lógica da aderência a determinada norma – que pode ter o objetivo de controlar a corrupção, a concorrência, a lavagem de capitais, dentre vários outros – o programa de *compliance* tem como objetivo estabelecer mecanismos e procedimentos que tornem o cumprimento da legislação parte da cultura corporativa (MENDES; CARVALHO, 2017, p. 31). Além disso, a própria estrutura de conformidades, requerida por um programa de *compliance*, pode contribuir para o controle de atos corruptos por envolver a contenção de irregularidades a partir da previsão detalhada dos riscos da atividade e a criação de ferramentas para viabilizar a rápida identificação dos ilícitos que ocorrerem. Como aponta Caitilin Pardue (2015, p. 1140), a adoção de programas de *compliance* robustos no setor de saúde é uma das formas de melhorar sua eficiência e acessibilidade, porquanto evitam gastos inúteis e fraudulentos e reduzem incidentes de atos médicos indevidos. E é neste sentido que o *compliance* pode auxiliar na estratégia anticorrupção à qual o Brasil e sua administração pública são obrigados, por instrumentos nacionais e internacionais como a Convenção da ONU contra a Corrupção e a Lei nº 12.846/2013. Afinal, essas obrigações também são normas às quais se exige aderência.

O principal objetivo deste trabalho é, portanto, identificar mecanismos viáveis de *compliance* que façam parte do ponto de interseção entre a prevenção e o controle à corrupção e os programas de integridade, trazendo o que pode ser incluído nesses programas para que se evite atos corruptos em hospitais públicos.

A escolha dos hospitais públicos em sentido estrito tem o intuito de manter o artigo em seus modestos propósitos, no que se refere ao delineamento de estratégias para incentivar ou obrigar a adoção de mecanismos de

<sup>6</sup> Para evitar a repetição da origem do verbo “to comply”, fiquemos com o conceito que apresentei em texto acerca do *compliance* em lavagem: busca pela aderência a qualquer lei ou regulamentação específica – o que, no caso, ocorre de ser a prevenção da corrupção (BRODT; FARIA, 2016).

<sup>7</sup> Advirta-se que nem o controle da corrupção é restrito a esses mecanismos, nem o programa de *compliance* de uma empresa tem como finalidade única ou principal a contenção da corrupção.

*compliance*. A realidade de instituições privadas que operam com o Sistema Único de Saúde, a título exclusivo ou não, traria complexidade impassível de ser discutida em um texto de poucas páginas – ainda que se reconheça que algumas das propostas aqui encontradas possam funcionar em contextos mais amplos.

Pelas mesmas razões de delimitação, não se almeja esgotar as tipologias de corrupção ou elaborar um tratado de *compliance* para hospitais. O que se busca é selecionar os riscos de corrupção mais contundentes ao setor público hospitalar e refletir sobre quais tipos de mecanismos de integridade poderiam ser implementados para evitá-los. Além disso, também merecem reflexão as formas das quais o Estado dispõe para incentivar ou obrigar a adoção desses mecanismos pelas instituições públicas.

Por essa razão, o artigo se divide em três momentos. O primeiro tópico dedica-se a refletir sobre **quais obrigações de compliance** mínimas se pode exigir de hospitais públicos devido às disposições normativas vigentes e ao compromisso firmado pelo Brasil em tratados e convenções internacionais. Definida esta parametrização internacional e nacional, o texto passa a identificar **quais as práticas corruptas** mais presentes na atividade hospitalar e, a partir da revisão bibliográfica de estudos empíricos, avaliar quais delas seriam viáveis. Buscar as especificidades do contexto hospitalar público brasileiro é necessário não só para conferir mais eficiência ao *compliance* anticorrupção, mas também para satisfazer o disposto no Decreto nº 8.420/15, segundo o qual o programa de integridade precisa “ser estruturado, aplicado e atualizado de acordo com as características e riscos atuais das atividades de cada pessoa jurídica” (art. 41, parágrafo único).

Para esta segunda etapa, é importante ressaltar que o texto se foca no conceito de “atos de corrupção” veiculado na Convenção Interamericana de Combate à Corrupção (IACAC), expresso no seu art. VI<sup>8</sup>. Tal escolha de fato

8 “Artigo VI Atos de corrupção

I. Esta Convenção é aplicável aos seguintes atos de corrupção:

a. a solicitação ou a aceitação, direta ou indiretamente, por um funcionário público ou pessoa que exerça funções públi-

consiste em mais uma circunscrição, considerando que o conceito mais difundido – abuso de poder para ganhos privados (TRANSPARENCY INTERNATIONAL, [s/d])<sup>9</sup> – traz a dificuldade de depender da valoração acerca de cada um dos seus elementos para ser usado em uma parametrização jurídica. Também é uma opção regional que acaba abrangendo a perspectiva internacional como um todo: embora a Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção (UNCAC) se refira com alguma frequência aos “atos de corrupção”, não os define expressamente, ao passo que os exemplos nela trazidos também são abrangidos pela definição da IACAC. O critério das convenções internacionais como marco busca trazer uniformidade ao texto, coerência com a parametrização encontrada no primeiro tópico e, sobretudo, selecionar os atos cujo controle e prevenção foram internacionalmente apontados como os mais importantes para a Administração Pública. Em outras palavras, seleciona-se um ponto específico da “sombriinha de conceitos” (ROSE, 2015, p. 7) que envolve o significado de “corrupção”.

---

cas, de qualquer objeto de valor pecuniário ou de outros benefícios como dádivas, favores, promessas ou vantagens para si mesmo ou para outra pessoa ou entidade em troca da realização ou omissão de qualquer ato no exercício de suas funções públicas;

b. a oferta ou outorga, direta ou indiretamente, a um funcionário público ou pessoa que exerça funções públicas, de qualquer objeto de valor pecuniário ou de outros benefícios como dádivas, favores, promessas ou vantagens a esse funcionário público ou outra pessoa ou entidade em troca da realização ou omissão de qualquer ato no exercício de suas funções públicas;

c. a realização, por parte de um funcionário público ou pessoa que exerci funções públicas, de qualquer ato ou omissão no exercício de sua; funções, a fim de obter ilicitamente benefícios para si mesmo ou para um terceiro;

d. o aproveitamento doloso ou a ocultação de bens provenientes de qualquer dos atos a que se refere este artigo; e

e. a participação, como autor, co-autor, instigador, cúmplice, acobertado ou mediante qualquer outro modo na perpetração, na tentativa de perpetração ou na associação ou confabulação para perpetrar qualquer dos atos a que se refere este artigo.”

<sup>9</sup> Ressalte-se, porém, que nem mesmo este amplo conceito abrange todo o espectro de corrupção. Rose (2015, p. 7) e o próprio diretor de comunicações da Transparência Internacional (LOVITT, 2004, p. 1) alertam que é necessário refletir sobre uma definição que abranja a corrupção privada – a qual só é mencionada neste artigo para localizá-lo nos diversos estudos sobre corrupção, pois não faz parte de seu objeto.

Por fim, o artigo reflete sobre **como obrigar ou incentivar** os hospitais a adotar os mecanismos de *compliance* que, se de um lado se apresentam de relevante interesse público por auxiliarem no controle da corrupção, por outro podem trazer percalços insuperáveis à prestação do serviço hospitalar. Para esta análise, é utilizado o rol de níveis de regulação elaborado por Engelhart (2012a; 2012b). Essas formas que o Estado dispõe para incentivar ou obrigar uma instituição hospitalar a adotar mecanismos de *compliance* são, então, estudadas a partir das principais obrigações para conter os riscos identificados no segundo tópico e dos limites de aplicação que elas encontram na própria Administração Pública e no setor hospitalar especificamente.

Nem todas as abordagens possíveis à iniciativa privada são aplicáveis ao setor público; e algumas das obrigações de *compliance*, ainda que expressamente previstas na parametrização do primeiro tópico, não são dirigidas aos hospitais pela natureza de sua atividade – essencial, por vezes emergencial e, sobretudo, com efetividade ameaçada pela burocratização. Dessa forma, a última parte deste trabalho se destina a delinear os desafios para conciliar as vantagens que mecanismos de *compliance* podem trazer para o combate à corrupção em hospitais públicos e os limites impostos pela natureza dessa atividade.

## 2. Quais são as obrigações de compliance? Lições da parametrização normativa

Neste tópico, analisarei as obrigações de *compliance* deduzíveis da Convenção da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômicos – OCDE, da Convenção Interamericana de Combate à Corrupção (IACAC) e da Convenção da ONU (UNCAC). Todas foram ratificadas pelo Brasil no início dos anos 2000 e, embora apresentem o tema da prevenção à corrupção em diferentes profundidades<sup>10</sup>, dedicam-se a requerer do Estado a obrigação de um ou mais mecanismos de prevenção no âmbito de entidades públicas e privadas, sobretudo as públicas.

O conjunto normativo nacional, por sua vez, resume-se sobretudo na Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/13), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.420/16), e na Lei nº 12.813/2013, que dispõe sobre os conflitos de interesses no âmbito do Poder Executivo Federal e nos crimes de corrupção previsto no Código Penal.

### 2.1. Elaboração e aplicação de normas de conduta

10 A Convenção da OCDE é a que possui menos elementos para o *compliance* anticorrupção, preocupando-se mais com a forma de punição e persecução dos crimes de corrupção internacional, e a UNCAC é a que apresenta o maior detalhamento, dispondo de dez artigos com técnicas específicas de *compliance* que podem ser incentivadas pelos Estados-Parte.

As normas de conduta são um dos quatro pilares do programa de integridade já reconhecidos pela CGU (2017b, p. 9) e são destinadas aos funcionários públicos na IACAC (art. III, (1) e (2))<sup>11</sup> e no art. 8, (1) a (3) da UNCAC<sup>12</sup>.

11 “Artigo III Medidas preventivas

Para os fins estabelecidos no artigo II desta Convenção, os Estados Partes convêm em considerar a aplicabilidade de medidas, em seus próprios sistemas institucionais destinadas a criar, manter e fortalecer:

1. Normas de conduta para o desempenho correio, honrado e adequado das funções públicas. Estas normas deverão ter por finalidade prevenir conflitos de interesses, assegurar a guarda e uso adequado dos recursos confiados aos funcionários públicos no desempenho de suas funções e estabelecer medidas e sistemas para exigir dos funcionários públicos que informem as autoridades competentes dos atos de corrupção nas funções públicas de que tenham conhecimento. Tais medidas ajudarão a preservar a confiança na integridade dos funcionários públicos e na gestão pública.

2. Mecanismos para tornar efetivo o cumprimento dessas normas de conduta.”

12 “Artigo 8 Códigos de conduta para funcionários públicos

1. Com o objetivo de combater a corrupção, cada Estado Parte, em conformidade com os princípios fundamentais de seu ordenamento jurídico, promoverá, entre outras coisas, a integridade, a honestidade e a responsabilidade entre seus funcionários públicos.

2. Em particular, cada Estado Parte procurará aplicar, em seus próprios ordenamentos institucionais e jurídicos, códigos

Na legislação nacional, a aplicação dessas normas é um dos parâmetros de avaliação do programa de integridade indicado no Decreto nº 8.420/2015, que o prevê tanto para os empregados (art. 42, II) quanto a terceiros que contratam com a instituição (art. 42, III).

A importância do código de conduta se dá em parte pela conscientização do trabalhador, em parte pelo estabelecimento de uma obrigação expressa e, em grande montante, porque é nele que estará previsto todas as outras obrigações e formas de fiscalização interna disponíveis.

As normas internacionais e brasileiras não se ocupam dos detalhes necessários ao código de conduta. Um dos poucos exemplos citados na UNCAC é a previsão de medidas disciplinares a violadores do código de ética (art. 8 (6)) e a exigência de que os funcionários públicos declarem às autoridades competentes suas atividades externas e empregos, ativos, presentes ou benefícios importantes que possam gerar um conflito de interesses com as atribuições de funcionário público (art. 8 (5)).

O Código Internacional de Conduta da Resolução nº 51/59 da Assembleia Geral de 12/12/1996 sugere seis pontos essenciais: princípios gerais de transparência, eficiência, imparcialidade e integridade; proibição de ocorrência de conflitos de interesse entre o funcionário público (ou seu familiar) e suas funções; declaração do patrimônio do funcionário; política específica sobre recebimento de presentes e brindes; tratamento de informação confidencial e regulamentação de eventual atividade política.

O conflito de interesses abrange transações que podem carregar interesses privados em detrimento do público. Para evitar tais elementos, o Código Internacional sugere a elaboração de medidas às quais os funcionários públicos possam recorrer para reduzirem ou eliminarem o

---

*ou normas de conduta para o correto, honroso e devido cumprimento das funções públicas.*

3. Com vistas a aplicar as disposições do presente Artigo, cada Estado Parte, quando proceder e em conformidade com os princípios fundamentais de seu ordenamento jurídico, tomará nota das iniciativas pertinentes das organizações regionais, interregionais e multilaterais, tais como o Código Internacional de Conduta para os titulares de cargos públicos, que figura no anexo da resolução 51/59 da Assembleia Geral de 12 de dezembro de 1996.”.

risco de conflito de interesse. Esta matéria é, no plano do Poder Executivo Federal, ainda complementada pela Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013, que define as hipóteses de conflito de interesses (art. 5o e 6o), prevê a avaliação e fiscalização dessas ocorrências (art. 8o) e estabelece ao agente público deveres de comunicação relativos ao seu patrimônio, às suas atividades econômicas e profissionais e à eventual existência de parentes em posições que podem acarretar conflito de interesses (art. 9o).

A UNCAC prevê a existência de medidas para o caso de infração das normas de conduta (art. 8, 6) e as Recomendações da OCDE sugerem procedimentos disciplinares apropriados para apurar violações ao programa de *compliance* e de leis anticorrupção, em todos os níveis da entidade (OCDE, 2011, p. 32).

## 2.2. Comprometimento da alta direção

O comprometimento da direção não se basta em estar sujeito a todas as normas de integridade aplicáveis aos demais ou em exigir dos fornecedores e contratantes a formulação de programas de *compliance*. As recomendações da OCDE sugerem o estabelecimento de medidas efetivas para proporcionar guia e aconselhamento a diretores, empregados e, quando apropriado, fornecedores e prestadores de serviço, em como se manter aderente às medidas anticorrupção da entidade (OCDE, 2011, p. 32) e ressalta a necessidade do apoio visível, forte e explícito, por parte da direção, aos controles internos anticorrupção (OCDE, 2011, p. 30).

## 2.3. Capacitação aos funcionários públicos

Diferentemente das cartilhas de conscientização da população, que visam sobretudo o fortalecimento do controle da sociedade civil, a educação dos agentes públicos atuantes em determinado setor tem a função de garantir que eles entendam as responsabilidades e as normas éticas que regem suas atividades. O treinamento é um dos parâmetros de avaliação dos programas de integridade para efeitos de redução de pena pela Lei Anticorrupção (Decreto nº 8.420/2015, art. 42, IV) e é requerido pela IACAC (art. III, (3)), pela UNCAC (art. 7, I, d) e pelas recomendações da OCDE (2011, p. 31).

#### 2.4. Manutenção e publicação de registros contábeis internos

A convenção da OCDE determina, em seu art. 8, que o Estado deve estabelecer regulamentações para obrigar entidades que se relacionam com agentes públicos estrangeiros a manter livros e registros contábeis, divulgar de declarações financeiras, e sistemas de contabilidade e auditoria. Seu objetivo é evitar o “caixa dois”, o lançamento de obrigações inidôneas ou fraudulentas, na medida em que tais ações facilitam e permitem a ocultação da corrupção de funcionários públicos estrangeiros.

Também a IACAC exige a manutenção de registros por pessoas que desempenham atividade pública e por sociedades mercantis e outras associações relacionadas à atividade pública (art. III, 4 e 10), e estipula sua publicação para determinadas funções públicas (art. III, 4). A Convenção sugere a formulação de um sistema para tornar mais compreensível e célere a alimentação dessas informações e fundamenta a manutenção desses registros como mais uma forma de possibilitar aos próprios funcionários da entidade a detecção de atos de corrupção (art. III, (8)).

A UNCAC, por sua vez, dispõe em seu art. 9, (3), a adoção de medidas nos âmbitos civil e administrativo para preservar a integridade dos livros e registros contábeis, financeiros ou outros documentos relacionados com os gastos e ingressos públicos e para prevenir a falsificação desses documentos. E o Decreto 8.420/2015, por sua vez, prevê registros contábeis completos como um dos parâmetros de avaliação do programa de integridade para fins da Lei Anticorrupção (art. 42, VI).

#### 2.5. Canais de denúncia anônima pelos funcionários

A IACAC requer do Estado a criação de sistemas para proteger funcionários públicos e cidadãos particulares que denunciarem de boa-fé atos de corrupção, inclusi-

ve a proteção de sua identidade (art. III, (8)). A UNCAC também prevê esses canais no art. 8, (4), e exige medidas protetivas a qualquer denunciante de boa-fé, seja ele funcionário de entidade pública ou não (art. 33).

As recomendações da OCDE também encorajam o fornecimento de canais de comunicação por pessoas externas, funcionários ou diretores que não querem violar padrões éticos e/ou querem informar a prática de ilícitos ou atitudes antiéticas, e a tomar medidas baseadas nessas denúncias (OCDE, 2011, p. 24-25 e 32). No âmbito nacional, o “programa de integridade” previsto no Decreto nº 8.420/2016 pressupõe o “incentivo à denúncia de irregularidade” (art. 41).

#### 2.6. Comitês de auditoria e supervisão

As recomendações da OCDE sugerem a criação de grupos de monitoramento independentes da administração, tais como comitês de supervisão (OCDE, 2011, p. 24). O Guia de Boas Práticas da OCDE (OCDE, 2011, p. 30) para controles internos, ética e *compliance* ressalta a necessidade de supervisão dos programas de ética e de *compliance*, incluindo a previsão de responsabilidade para relatar questões identificadas diretamente às autoridades competentes dentro da instituição, tais como comitês internos de auditoria

#### 2.7. Fiscalização e desenvolvimentos periódicos

O art. 42, inciso V, do Decreto nº 8.420/2015, prevê análise periódica de riscos para realizar adaptações necessárias ao programa de integridade, o que também é encorajado pelas recomendações de 2009 da OCDE encorajam a elaboração de relatórios anuais (OCDE, 2011, p. 24). A CGU (2017b) considera este um dos quatro pilares do programa de integridade.

### 3. As obrigações são destinadas a conter quais práticas ilícitas? Lições dos estudos empíricos voltados aos atos hospitalares

O setor de saúde é particularmente vulnerável à corrupção. Vian (2007, p. 84) fundamenta esta especificidade em dois elementos principais. Primeiro, a incerteza quanto à demanda para os serviços (quem está doente, qual o tratamento realmente necessário e qual seu valor), a interações complexas entre fornecedores, transferidores de recursos, pacientes e médicos, com frequente incompletude de informações, tornam difícil a identificação e o controle de interesses divergentes. Segundo, o intenso fluxo de valores entre setores públicos e privados aumenta o risco de discricionariedade, por parte do agente

público, na escolha de prestadores de serviço e fornecedores. A estes elementos, Besciu (2016, p. 9) adiciona a ausência de competição no sistema público de saúde e a necessidade de que os servidores recebam vantagens externas a seus proventos em razão dos baixos salários.

Vian (2005, p. 45-46) descreveu as tipologias de corrupção identificadas na administração hospitalar, aqui adaptadas para a lógica do serviço realizado com recursos públicos e complementadas com as conclusões de outros estudos:

Quadro I

Principais tipologias de corrupção na administração hospitalar		
Grupo	Tipo	Descrição
Aquisições	Superfaturamento	Suborno em cada uma das fases dos processos de aquisição de bens e serviços, resultando no pagamento para além do valor (RISPEL et. al, 2016, p. 242).
Peculato	Furto/peculato	Furtar medicamentos, suprimentos médicos e equipamentos para uso pessoal, seja para a prática privada ou revenda. (BOUCHARD et al., 2012, p. 4-5)
Funcionários	Absenteísmo	Não ir ao trabalho, trabalhar por menos horas que o combinado em contrato de trabalho ou usar as horas contratadas pelo serviço público para atender pacientes particulares (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 18; RISPEL et al., 2016, p. 242)
	Pagamentos informais	Extorquir ou aceitar pagamentos informais por serviços que devem ser realizados gratuitamente, seja com a justificativa de pagamento de insumos ou como honorários (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 18-20; PAREDES-SOLÍS et al, 2011; YAMB e BAYEMI, 2017, p. 103); solicitar pagamentos em troca de tratamento especial ou privilégios.
	Abuso de recursos hospitalares	Usar equipamento hospitalar, veículos, espaço ou o orçamento para negócios privados ou em benefício próprio ou de outrem (YAMB e BAYEMI, 2017, p. 103)
	Venda de posições ou de credibilidade	Extorquir ou aceitar suborno para influenciar decisões de contratação, licenciamento, certificação ou acreditação.



Principais tipologias de corrupção na administração hospitalar		
Grupo	Tipo	Descrição
Sistemas de pagamento	Fraude	Cobrar ilegalmente do governo valores por serviços que não foram realizados. Pode envolver a falsificação de recibos, prontuários ou a criação de "pacientes fantasma"
	Referências ilegais	Comprar pacientes e procedimentos dos médicos ao criar incentivos financeiros ou oferecer suborno para que um referencie o outro; recomendar indevidamente pacientes de hospitais públicos à prática privada.
	Induzimento de procedimentos médicos desnecessários	Realizar procedimentos médicos desnecessários para determinado caso com o fim de otimizar o lucro (*).

*Traduzido, adaptado e ampliado a partir de Vian (2005, p. 45-46)*

(\*) Um exemplo frequente é a substituição do parto normal pela cesárea. Em um estudo realizado em 2001 no Peru, identificou-se que a proporção de cesáreas nos hospitais públicos era quase três vezes maior do que a esperada estatisticamente, a partir da condição das gestantes (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 21-22).

Essas tendências podem ser explicadas sob vários aspectos: agentes públicos que abusam de seu poder funcional para ganho pessoal podem fazê-lo por sentirem pressionados financeiramente ou por pacientes; por racionalizarem sua ação a ponto de entendê-la como adequada socialmente, ou porque simplesmente se viram diante da oportunidade de cometerem o ato corrupto.

No setor de aquisições, o recebimento de suborno para modificar a escolha da contratação reflete grande preocupação com os padrões de qualidade dos contratos – o funcionário recebe vantagem indevida para escolher fornecedor ou prestador diferente daquele que escolheria se utilizasse os critérios de eficiência e transparência. Sua prevenção pode ser potencializada com o programa de integridade, mas não depende só dele: a lei de licitações já fornece, em tese, um sistema capaz de prevenir a corrupção na contratação de serviços e compra de materiais, permitindo o cumprimento das obrigações assumidas pelo Brasil na UNCAC (art. 9) quando seguida adequadamente<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Nos processos de aquisição de materiais e serviços, a UNCAC prevê a existência de um sistema de auditoria e contabilidade, com sua supervisão correspondente (art. 9, 2, c), sistemas eficazes e eficientes de gestão de riscos e controle interno (art. 9, 2, d); e a adoção de medidas corretivas caso a auditoria e a gestão de riscos não seja efetivada. A falsa auditoria, aliás, é prevista como crime tanto na convenção da OCDE (art. 8, (1)) quanto na UNCAC (art. 12, (3), a, b e c)

De forma semelhante, as vendas de posições de credibilidade dentro do hospital ficam prejudicadas se a legislação referente aos servidores públicos do ente federativo é formulada e seguida nos padrões de mérito, equidade e transparência exigidos pela UNCAC (art. 7) e pela IACAC (art. III, (4)).

O mesmo não ocorre, contudo, com o absenteísmo e os pagamentos informais. Embora possam configurar improbidade administrativa e corrupção passiva ou concussão, a estratégia para prevenir essas práticas ganha forma no programa de integridade – nem mesmo a gestão de gastos, tão útil para identificar fraudes em contratações, furtos e superfaturamento, é capaz de certificar que os médicos, técnicos e enfermeiros permanecem no hospital durante todo o tempo previsto em seu contrato, ou que não foi exigido aos pacientes taxa extra para prestação do serviço.

Os pagamentos "por debaixo da mesa" são o ato de corrupção em hospitais mais identificado pelas pesquisas que se baseiam em surveys (LEWIS, 2007; THOMPSON e WITTER, 2000; SAVEDOFF e HUSSMANN, 2006). Seja para burlar a ordem de atendimento, receber tratamento melhor, mais atencioso (LEWIS, 2007, p. 988) ou mais extenso, ou para garantir futuros tratamentos com determinado médico, os pagamentos informais podem ser

de difícil detecção na medida em que são normalmente feitos em dinheiro.

Thompson e Witter (2000, p. 174) alegam que os pagamentos informais são influenciados pela tradição em presentear, pelo baixo salário dos trabalhadores, pela disponibilidade de suprimentos, pela qualidade dos serviços, pelo papel dos trabalhadores da saúde, pelo arcabouço regulatório e pelo envolvimento do setor privado. A baixa disponibilidade de suprimentos, para os autores, pode levar ao pedido de que pacientes comprem seus próprios suprimentos médicos ou deem auxílio de custeio (THOMPSON; WITTER, 2000, p. 178). Mas ele também pode se dar em razão da assimetria de conhecimento entre o médico e o paciente (PAREDES-SOLÍS et al, 2011, p. 1).

Lewis (2007, p. 985) identifica quatro formas de detectar os pagamentos informais: observação, denúncia de outros funcionários da saúde, grupos de foco ou, mais comumente, relatórios de pesquisas baseadas em questionários dirigidos aos trabalhadores do setor de saúde e aos pacientes. Thompson e Witter (2000, 183-186), por sua vez, focam-se em políticas mais abrangentes: aumento de recursos distribuídos ao setor de saúde, aumento de salário dos profissionais da saúde, impondo sanções contra pagamentos informais, formalizando pagamentos (para que os pacientes possam escolher entre os fornecedores e prestadores de serviço), incentivando o setor privado, mudando sistemas de pagamento.

A segunda ocorrência mais estudada pelos empiristas é o absentismo (SAVEDOFF; HUSSMANN, 2006, p. 12). A percepção dos operadores da saúde sobre a ocorrência de faltas e longos atrasos de seus colegas no início dos anos 2000 variava em média de 23 a 40% em países em desenvolvimento (LINDELOW; KUSHNAROVA; KAISER, 2006).

Como medida preventiva, a questão salarial é recorrente entre os economistas. Vian (2006, p. 49), por outro lado, identifica que a má administração hospitalar, ao acarretar fraudes em contratações e diminuir a qualidade e quantidade dos materiais disponíveis, pode causar desmotivação nos funcionários do hospital a ponto de elevar as taxas de faltas e fraudes no registro da presença.

Para reduzir o absentismo, a autora (2006, p. 54) sugere o aumento de controles institucionais, incluindo supervisão dos funcionários, sistemas de avaliação de performance que permitam a dispensa do funcionário em caso de insuficiência laboral e participação da comunidade na administração hospitalar.

Os estudos empíricos tendem a se focar em propostas mais abrangentes, não necessariamente ligadas a controles internos. Lewis (2007, p. 993-995), por exemplo, conclui seu estudo com a sugestão genérica de aumento de salários, aumento de controle e supervisão da comunidade local; Paredes-Solis et al (2011) apontam que a realização de auditorias sociais pode ter impacto muito positivo na identificação da frequência dos pagamentos informais e das razões de eles ocorrerem. Para todos os analisados nesta pesquisa, porém, parece claro que o “aumento da probabilidade de detecção é possivelmente o instrumento mais poderoso com o qual se conta para reduzir a corrupção em hospitais públicos, desde que se vincule esta perspectiva a algumas consequências” (DITELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 29).

Outro elemento frequentemente mencionado é a divisão de tarefas e da discricionariedade – se a pessoa tem menos discricionariedade sobre o alto valor que circula no hospital, porque divide essa discricionariedade com várias pessoas, terá menos chances de fraudar licitações para aquisição de material, aceitar o superfaturamento ou exigir vantagem indevida para realizar suas próprias funções. E a restrição de listas com os medicamentos específicos passíveis de serem adquiridos, associada à prescrição com formulários que só permitem a prescrição dos medicamentos já previamente aprovados, foi sugerida por Vian (2006) para impedir a fraude na prescrição. A ideia é interessante para retirar a discricionariedade dos médicos, problemática principalmente em hospitais pequenos, mas transfere o problema para o momento da definição de tal lista e mantém a responsabilidade em tese para a categoria profissional dos médicos.

## 4. Quais mecanismos usar no contexto brasileiro e como incentivar ou obrigar sua adoção? Desafios e red flags possíveis à estratégia anticorrupção de hospitais públicos

A operacionalização do compliance em hospitais públicos brasileiros enfrenta dois desafios inerentes a qualquer programa de integridade. Primeiro, surge a questão do que motivaria um hospital público a aderir a um programa, considerando os altos custos de sua implementação<sup>14</sup>. Segundo, questiona-se a possibilidade de trazer os programas de compliance, tipicamente pensados para iniciativa privada, às entidades que atuam com recursos públicos.

O primeiro ponto é um desafio que talvez seja mais caro à iniciativa privada do que à pública. A bibliografia que se foca no meio corporativo comumente traz este questionamento sob a perspectiva da gestão de riscos. A análise consiste na avaliação de que, por falta de fiscalização eficiente estatal, pode ser custoso implementar um programa de integridade do que não o ter, arcando com os prejuízos à atividade econômica que a irregularidade não controlada pode causar à instituição. Este elemento é comumente superado ao argumento de que a não-conformidade não

14 Cf. o Decreto-lei 200/67: "Art. 14. O trabalho administrativo será racionalizado mediante simplificação de processos e supressão de controles que se evidenciarem como puramente formais ou cujo custo seja evidentemente superior ao risco." A interpretação desse artigo conforme a Constituição da República, porém, leva à conclusão de que o risco aqui mencionado se refere ao risco de se cometer a irregularidade, e não de ser fiscalizado e penalizado por ela, elementos que se encontram no cálculo do risco da iniciativa privada. Sujeito aos princípios da legalidade e da moralidade pública, é viável ao administrador público sopesar os mecanismos preventivos em nome da eficiência quando os riscos de comissão da irregularidade forem menores que os custos. O mesmo não ocorre, contudo, quando é identificado alto risco de comissão da irregularidade, mas a possibilidade de fiscalização e sancionamento forem baixas. Por infringir de forma contundente os princípios da legalidade e da moralidade, esse excerto do cálculo de risco não pode ser avaliado no âmbito da administração pública, nem mesmo em razão da economicidade.

traz apenas prejuízos financeiros, mas também desgaste jurídico e reputacional com os quais a empresa não é capaz de arcar (MENDES; CARVALHO, 2017, p. 35). É um percalço que não deveria se manifestar em hospitais públicos, considerando o dever constitucional de moralidade, inerente a toda a administração pública. Entretanto, ao se pensar que o benefício em não adotar os mecanismos de compliance pode também ser vistos da perspectiva do agente (que se apropria dos bens públicos ou se beneficia com o ato corrupto, no caso em questão), ainda assim vale a pena pensar em estratégias para incentivar ou obrigar a adoção dos programas de integridade.

Segundo Engelhart (2012a, 2012b), há ao menos oito níveis de regulação que podem interferir no sopesamento entre se adotar ou não um programa de compliance: (1) autorregulação, baseada na vontade de melhoria da reputação e em princípios de ética<sup>15</sup>; (2) exigência das empresas parceiras, que só contratam com empresas engajadas na anticorrupção<sup>16</sup>; (3) suporte informal do Estado e da comunidade internacional; (4) possibilidade de evitar persecução penal ou administrativa; (5) possibilidade de evitar o aumento de pena causada pela inexistência de compliance ou o estabelecimento específico de obrigações de fazer

15 No Brasil, o selo Pró-ética do Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União é um exemplo de iniciativas que incentivam a autorregulação padronizada, sem, contudo, oferecer benefícios quantificáveis à empresa aderente. Em nível internacional, o ISO 37001 também prevê a possibilidade de certificação de uma política antissuborno, gerando reconhecimento e construindo uma relação de confiança junto ao mercado.

16 Decreto nº 8.420/16 (art. 42, I e II), principalmente com a exigência de extensão dos padrões de conduta a fornecedores, prestadores de serviço e intermediários. A Recomendação da Convenção da ONU também sugere que as entidades se abstenham de contratar com quem não se adéque à prevenção da corrupção.

*Uma Estratégia Viável?*

relativa a tais programas; (6) possibilidade de exclusão da responsabilidade penal, civil ou administrativa mediante a comprovação da existência do programa; (7) aderência a uma obrigação geral de implementação de programas de compliance; e (8) aproveitamento de eventuais prêmios e incentivos tributários conferidos pelo Estado àqueles que possuírem um programa de compliance<sup>17</sup>.

Esses oito elementos interferem, em âmbito privado, no cálculo de risco, que irá dizer a uma pessoa jurídica se vale a pena ou não dispendir dinheiro e mão de obra para aderir a um programa de compliance efetivo. Suas influências podem ser distintas não só para cada país, mas também para cada setor.

Para hospitais públicos, os pontos (3) e (8) não possuem tanta ingerência, pois a própria estrutura da instituição pública não permite que os hospitais públicos se beneficiem de incentivos tributários, e, por fazer parte do próprio Estado, o suporte informal perde sua significação. Não é dizer que o recebimento de prêmios não surta efeitos na saúde pública, mas, sim, que eles são mitigados por causa de um dos elementos que mais levam à eficácia da premiação na estratégia anticorrupção: a vantagem competitiva decorrente da boa reputação. Quanto aos incentivos tributários, o Estado não poderia conferi-los aos hospitais públicos pela adoção de mecanismos de compliance em razão da imunidade tributária recíproca prevista no art. 150, VI, a da Constituição da República, que leva à perda do objeto do incentivo<sup>18</sup>.

17 Não há legislação brasileira que permita reduções ou isenções de tributos à empresa que comprove ter elaborado um bom programa de compliance, seja anticorrupção, concorrencial ou contra a lavagem – a discussão parece só ter algum desenvolvimento na área do compliance tributário (MARTINEZ, 2014).

18 Ressalte-se que no Tema de Repercussão Geral N. 115, o STF decidiu pela aplicação da imunidade tributária recíproca inclusive às sociedades de economia mista sem fins lucrativos que prestam serviços exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde: “CONSTITUCIONAL. TRIBUTÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. IMUNIDADE TRIBUTÁRIA RECÍPROCA. SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA. SERVIÇOS DE SAÚDE. 1. A saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado (arts. 6º e 196 da Constituição Federal). Dever que é cumprido por meio de ações e serviços que, em face de sua prestação pelo Estado mesmo, se definem como de natureza pública (art. 197 da Lei das leis). 2. A prestação de ações e serviços de saúde por sociedades de economia mista corresponde à própria

O fundamento da aplicação do compliance na administração pública é diferente daquele encontrado no setor privado porque, ali, o Estado tem a limitação inerente ao fato de haver o deslocamento da atividade preventiva para particulares, que originalmente não possuem qualquer dever de fiscalização. Já quando se trata de uma entidade que faz parte da Administração Pública em sentido amplo, a situação muda de figura: a prevenção não se dá porque a entidade receberá benefícios ou usufruirá de vantagens por sua nova reputação, mas, sim, porque é dever primordial dos executores de serviços estatais a atuação da melhor forma possível. A observância às leis que obrigam a realização de compliance ou punem o descumprimento da obrigação não é feita em razão de eventual análise de risco entre gastar com as práticas preventivas ou ser punido, mas porque legalmente outra alternativa não é possível aos que trabalham na Administração Pública.

As lógicas dos pontos (1) e (2) se tornam, portanto, igualmente excluídas para hospitais públicos. Restam, então, a obrigação geral de cumprimento do dever preventivo (7) e os três elementos relacionados a eventual responsabilidade penal ou administrativa causadas pelo ilícito que o programa de integridade não preveniu. Também nestas hipóteses haverá limitação em relação às penas devidas pelas pessoas jurídicas, quando o hospital trabalhar exclusivamente com recursos públicos. Por outro lado, os agentes públicos e privados dos hospitais podem ser responsabilizados individualmente pelos atos cometidos no exercício de suas funções. Assim, o programa de integridade pode conter um incentivo para além da obrigação geral de cumpri-lo, pois é capaz de evitar (4), reduzir (5) ou excluir (6) a responsabilidade penal daqueles que possuíam o dever de evitar a prática do ato corrupto e, embora não tenham sido bem-sucedidos nesta tarefa, comprovam que o ilícito ocorreu não obstante a existência dos mecanismos de compliance.

atuação do Estado, desde que a empresa estatal não tenha por finalidade a obtenção de lucro. 3. As sociedades de economia mista prestadoras de ações e serviços de saúde, cujo capital social seja majoritariamente estatal, gozam da imunidade tributária prevista na alínea a do inciso VI do art. 150 da Constituição Federal. 3. Recurso extraordinário a que se dá provimento, com repercussão geral”. (STF, 2011, p. 78).

O sistema de análise do porquê de se aplicar um programa de compliance em uma entidade pública, portanto, possui características que permeiam tanto a natureza do serviço público quanto o interesse dos indivíduos que nela trabalham. Não há o cálculo para verificar se “vale a pena” fazê-lo porque nenhuma análise monetária que identifique deficiência na identificação de ilícitos por parte dos órgãos de controle ou baixa probabilidade de ocorrência de punição justifica não adotar programas de integridade. Porém, para além do dever geral de obrigação decorrente dos princípios da administração pública e dos compromissos internacionais anticorrupção firmados pelo Brasil, parte dos níveis de regulação ainda assim é aplicável nos hospitais, tornando especialmente interessante a aplicação do compliance.

O segundo desafio para a adoção do programa de integridade também tem relação com a natureza pública da prestação do serviço público e é particularmente relevante por causa do caráter urgente ou emergencial que muitas vezes permeia a atividade hospitalar. Braga e Granado (2017) expõem sua preocupação com o aumento excessivo de formalismo na atividade pública que a adoção do compliance pode causar, o que aumentaria a burocratização e mitigaria a eficiência do serviço. Esta constatação se assemelha às conclusões obtidas por Pardue (2015, p. 1175), em relação à regulação de compliance do setor de saúde americano: o excesso e a agressividade das regulamentações podem gerar ambiente de incerteza e burocracia a ponto de trazer mais pontos negativos que positivos para a prestação do serviço de saúde. Além disso, os autores consideram que o fato de a Administração Pública estar sujeita ao princípio da legalidade já é o suficiente para obrigar seus setores a agir em conformidade, sem ser necessária a instalação dos detalhados mecanismos de prevenção que, quando a corrupção ou a fraude não ocorre, só serviriam para engessar a atuação do Estado.

Se partirmos da premissa de que o único interesse em se aplicar métodos de compliance é a aderência às normas para evitar a responsabilização, o argumento para entidades públicas ou que utilizam recursos públicos se torna frágil, pois lhes já seria pressuposta a obrigação de conformidade mesmo sem mecanismos de compliance. Por outro lado, se pensarmos o compliance a partir da perspectiva preventiva, identificando em seus mecanismos estratégias para coibir o ilícito (e não apenas de aderir às normas que incentivam ou obrigam a adoção de programas de integridade), toda a Administração Pública se torna passível de fruir dele, ainda que com adaptações.

A alternativa que Braga e Granado (2017) colocam é o estabelecimento dos mecanismos de compliance com vistas a garantir a maior eficiência possível da Administração Pública, em conformidade com os artigos 70 a 74 da Constituição da República. Ou seja, nem todos os instrumentos possíveis no compliance de uma empresa privada devem ser utilizados, mas, sim, aqueles que possuem mais eficiência em relação à prevenção do ilícito – corrupção, improbidade – do que em relação às normas de incentivo.

Em terceiro lugar, resta o desafio de refletir quais os mecanismos de compliance mais interessantes para controlar, prevenir e identificar atos corruptos em hospitais públicos. Este trabalho é curto demais para avaliar cada mecanismo possível e sua capacidade de trazer benefícios aos hospitais públicos. Todavia, a análise dos elementos basilares para um programa de integridade, identificados no tópico 1, pode apontar elementos de maior importância e urgência, de forma a se possibilitar a inicialização às práticas preventivas contra a corrupção dentro do sistema de boa governança.

Se voltarmos-nos aos principais tópicos de exposição relativos à corrupção em hospitais e buscarmos uma subsunção entre os mecanismos de compliance disponíveis e os problemas apresentados, um esboço para a estratégia do programa de integridade pode ser colocado da seguinte forma:

Quadro 2

Estratégias de prevenção à corrupção em hospitais públicos por meio de programas de integridade		
Grupo	Tipo de ilícito	Propostas de prevenção
Aquisições	Superfaturamento	Código de conduta; estabelecimento de exigência de compromisso anticorrupção por parte de fornecedores e prestadores de serviço, controle dos gastos; auditoria interna para controle da qualidade dos produtos adquiridos; divisão de tarefas entre vários funcionários; Lista de medicamentos a serem adquiridos(*); comparação dos valores dos medicamentos com lista de preços reconhecidas publicamente (tais como o sistema de referência utilizado em dez estados da União Europeia) (BESCIU, 2016, p. 10) Uso de sistemas de pagamento eletrônicos (BESCIU, 2016, p. 11)
Peculato	Furto/peculato	Cruzamento de dados entre os registros de aquisições de medicamentos, suprimentos médicos e equipamentos com os utilizados e discriminados no “custo paciente”.
Funcionários	Absenteísmo	Código de conduta – política de marcação de ponto eletrônico com estabelecimento da obrigação ao superior imediato caso haja a necessidade de deixar o posto de trabalho (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS, 2016, p. 12) Sistema de avaliação da performance de funcionários que possibilite a demissão; Canais de denúncia anônima que efetivamente proteja a identidade do denunciante e seja de acesso amplo e fácil (página da intranet, por exemplo); criar departamento especializado em receber e analisar as denúncias (BESCIU, 2016, p. 19);
	Pagamentos informais	Realização de surveys periódicas entre funcionários e pacientes (LEWIS, 2007, p. 985); Observação do controle interno; Canal de denúncia anônima; Política sobre presentes no Código de Conduta; Transparência na lista de espera de tratamentos e cirurgias, mediante, por exemplo, divulgação da ordem de atendimento nas áreas públicas do hospital (DICKOV, 2012, p. 266).
	Abuso de recursos hospitalares	Compartilhamento de tarefas, salas e materiais por grupos de funcionários; Fortalecimento de controles hierárquicos entre funcionários;
	Venda de posições ou de credibilidade	Controle da admissão e da função de pessoas em cargos em comissão; Canal de denúncia anônima; Publicidade dos atos da administração do hospital;
Sistemas de pagamento	Fraude	Cruzamento de dados entre materiais recebidos e pacientes Controle interno de verificação de documentos Divisão de tarefas entre os funcionários
	Referências ilegais	Canal de denúncia anônima;
	Induzimento de procedimentos médicos desnecessários	Cruzamento entre condutas tomadas e decisões estatisticamente mais comuns a partir dos protocolos médicos; programas de tecnologia da informação especializados em identificar erros e alterações ad hoc em prontuários médicos (BESCIU, 2016, p. 10)

(\*) Importante mencionar, porém, efeito contrário desta medida encontrado na pesquisa qualitativa realizada por Nuyen et al. (2018, p. 11) no setor hospitalar vietnamita: os farmacêuticos entrevistados relataram que, para as substâncias por eles comercializadas entrarem na lista de medicamentos fornecidos pelos hospitais públicos, era necessário fazer lobby perante o Ministério da Saúde. Os oficiais responsáveis pela elaboração da lista, por sua vez, sentiam-se excessivamente pressionados quando aplicavam critérios objetivos para colocar ou retirar um medicamento da lista.

O quadro anterior foi elaborado a partir da parametrização internacional realizada e de Códigos de Conduta de hospitais brasileiros que trazem o complemento imprescindível à eficiência do programa de integridade: a ampla publicação de seus ideais e regras.

O primeiro ponto – normas de conduta – deve ser priorizado nos hospitais públicos não só por ocupar posição de destaque nas normativas internacionais, mas sobretudo porque ataca concomitantemente os pagamentos informais e o absentéismo, bem como a proibição expressa de uso das instalações públicas para trabalho diverso àquele exercido no interesse público (item 6 do Código Internacional de Conduta). Sua abrangência deve ser específica à realidade daquele hospital, não sendo o suficiente (embora importante), a título exemplificativo, as diretrizes gerais delineadas para cada ente federativo, como o Decreto Nº 14.635, de 10 de novembro de 2011, que institui o Código de Ética do Agente Público Municipal e da Alta Administração Municipal

Adicionalmente, o código de conduta especificado para as particularidades do hospital auxilia a resolução dos problemas encontrados pela experiência empírica: ainda que haja engajamento em políticas de aumento de salários e melhoria das condições de trabalho, nenhuma medida de incentivo é efetiva se não for acompanhada de fiscalização que vise conter os atos indesejados (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 26).

A segunda estratégia principal, a partir do encontrado na revisão bibliográfica, seria manter os registros detalhados de material adquirido, movimentado e utilizado. Essa prática, que poderia ser entendida como mera ferramenta de gestão, auxilia em muito a detecção do peculato e uso de insumos públicos para a prática privada, mas também possibilita a identificação da fraude à licitação e superfaturamento. Uma pesquisa em hospitais na Colômbia, por exemplo, verificou que o único fator que realmente apresentou uma correlação estatística com preços mais baixos das aquisições de insumos e medicamentos foi a presença de controles contábeis sobre eles e percepção, por parte do pessoal médico, que havia uma vigilância efetiva (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 27).<sup>19</sup>

Manter registros detalhados de entradas e saídas de insumos, medicamentos e equipamentos e gastos com pessoal, serviços e materiais ainda se torna mais efetivo se também realizado em relação às informações sobre as práticas relativas à atividade-fim no hospital, como atendimentos, uso de medicamentos e cirurgias.

Essas informações viabilizam não apenas a transparência em relação à qualidade dos gastos públicos, mas também a formulação de indicadores que cruzem dados que deveriam caminhar conjuntamente. Contrastar dados dos valores de medicamentos adquiridos com os valores de mercado encontrado para cada um deles; a quantidade de medicamentos comprados por mês com o montante utilizado nos tratamentos dos pacientes; e o padrão de condutas médicas tomados com as condutas protocolares permitiria perceber em que situações existe um nível de discrepância que requeira investigação interna. A partir daí, é possível a adoção de red flags para respostas não esperadas em cada um dos cruzamentos, de forma que seja dada preferência para os desvios mais significantes em relação aos menores.

Nesta perspectiva, os registros das operações em hospitais deixam de ser um empecilho à desburocratização para se tornarem uma parte do processo para apuração de violações, imprescindível para a consolidação de um programa de integridade (DE CARLI, 2017, p. 297).

Ademais, considerando que o hospital público – e também o privado que gere recursos públicos, embora não seja ele o objeto deste artigo – possui grande poder ao contratar com fornecedores privados, supervisionar as empresas fornecedoras e prestadoras de serviço para que o contrato seja rescindido no caso de elas realizarem em atos de corrupção (OCDE, 2011, p. 31) também é um meio de apoiar, de forma inequívoca, o programa de integridade do hospital (art. 42, I do Decreto), e concomitantemente criar o segundo nível de regulação do compliance para essas instituições.

---

*autoridade discricionária dos servidores foram irrelevantes nesta mesma pesquisa. (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 27).*

## 5. Considerações finais

Os fundamentos jurídicos para a adoção dos mecanismos de compliance na administração pública são hoje as convenções internacionais e o princípio da eficiência inerente à administração pública.

A obrigação geral (internacional e nacional) de prevenir atos corruptos pode ser aplicada na realidade dos hospitais públicos, desde que o programa de compliance seja adequado aos principais riscos de exposição à corrupção que o setor sofre, tal como exige o art. 14 do Decreto-lei no 200/67. Mas os benefícios do uso dessas técnicas de compliance não se limitam a satisfazer a expectativa internacional. Com a adoção de tais meios, é de se esperar a melhoria na prestação do serviço de saúde, tanto em quantidade quanto em qualidade – o que por si só já parece tornar recomendável a adoção da prevenção. O sistema de administração que suporta uma política de anticorrupção auxilia, ademais, a evitar ou diminuir custos, riscos e danos envolvidos na prática ilícita, a promover a confiança em seu serviço e a aumentar sua reputação (ISO 37001, 2017).

Este artigo não pretende infirmar, contudo, que os programas de compliance dentro dos hospitais públicos são a única alternativa para prevenir a corrupção. Para além do controle interno, há o social realizado pelos cidadãos, a promoção de políticas públicas para conter as causas das práticas ilícitas e o fortalecimento dos órgãos fiscalizadores, tais como o Ministério Público e as controladorias de cada ente federado.

Diversos estudos empíricos já demonstraram, por exemplo, a importância do valor e da regularidade do salário de médicos e o excesso ou carência de pessoal no corpo clínico para a contenção da corrupção<sup>20</sup>, ao lado das práticas voltadas à detecção do ilícito e à aplicação das sanções para diminuir os benefícios gerados pelo ato corrupto (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 23; ROSE-ACKERMAN, 1997, p. 49-52; LEWIS 2007, p. 993-994). Também a voz dos cidadãos foi identificada como de importante interferência para a identificação e redução das ocorrências ilícitas no âmbito dos hospitais (vide RISPEL et al, 2016). A estratégia pelo compliance, portanto, é somente uma parte de um espectro de prevenção mais amplo, que muitas vezes encontrará soluções metajurídicas, ou mesmo distantes da ameaça ou do incentivo trazido pela norma.

Tampouco se pretendeu apresentar um modelo com a ilusão de que ele possa reduzir os níveis de corrupção em hospitais a indicadores iguais ou próximos de zero. Como todo programa de integridade, as práticas preventivas sugeridas aos hospitais públicos têm o mero condão de influenciar o setor indeciso dos funcionários – de um extremo, pessoas aderentes jamais praticariam atos de corrupção, havendo compliance ou não; de outro, mesmo o mais perfeito programa sempre poderá ser burlado por aqueles que insistem ativamente na prática criminosa.

---

20 A diferença em relação a ela é que nem sempre a relação é positiva: em vários países, a conclusão foi no sentido de que pessoas com maiores salários estavam associadas a maiores índices de corrupção. Porém, o estudo qualitativo de cada um desses casos identificou que essas pessoas já haviam se utilizado de subornos e outras formas de corrupção para adquirirem salários mais elevados (DI TELLA; SAVENDORFF, 2001, p. 25-28), de forma que esta constatação não necessariamente exclui a hipótese de que salários mais elevados poderiam diminuir a requisição de pagamentos informais ilícitos ou absentismo.



A revisão bibliográfica de estudos empíricos sobre fatores determinantes para a corrupção auxilia a estudar as perspectivas práticas de mecanismos preventivos no âmbito específico dos hospitais, mas tem balizamento na medida em que a corrupção ocorre devido a um entrelaçamento de fatores. A corrupção não é uma variável independente, mas um sintoma de outros problemas subjacentes (ROSE-ACKERMAN, 1997, p. 36). Além disso, toda sua prevenção depende da capacidade do Estado e do nível de desenvolvimento do governo (ROSE-ACKERMAN, 1997, p. 44) e da sociedade civil, o que recomenda a realização de pesquisas empíricas que foquem especificamente na realidade dos hospitais públicos brasileiros.

Como alerta Mungiu-Pippidi (2017, p. 2), as questões de corrupção são dependentes do contexto e as conclusões não podem ser trasladadas de um país para outro. Nesse sentido, este artigo encontra a limitação de não envolver pesquisas empíricas com variantes especificamente brasileiras – até a aprovação deste texto, não foram encontrados trabalhos que se dedicassem a estabelecê-las para corrupção em nossos hospitais públicos, a contrário de outros países. Por outro lado, esta pesquisa se presta a mapear possíveis estratégias eficazes, cuja confirmação ou não dependerá de novos trabalhos e da aplicação prática desses mecanismos anticorrupção.

## 6. Referências

---

- ARGANDOÑA, Antonio. (2003). Private-to-private corruption. *Journal of Business Ethics*. 2003, v. 47, n. 3, p. 253-267. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/A:1026266219609>. Acesso em: 20 ago. 2018.
- ARENA, Valentina (2018). Fighting Corruption. *Political Thought and Practice in the Late Roman Republic*. In: KROEZE, Ronald; VITÓRIA, André; GELTNER, Guy (Ed.) *Anticorruption in History. From antiquity to the Modern Era*. Oxford: Oxford University Press, 2018, p. 35-48.
- AZFAR, Omar; GURGUR, Tugrul. (2005). Does Corruption Affect Health and Education Outcomes in the Philippines? SSRN. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=723702>. Acesso em: 3 jul. 2018.
- BESCIU, Celia Dana. (2016) The impact of corruption on the performance management of european health systems. *Management Research and Practice*. v. 8, n. 2, 2016, p. 5-22.
- BOBOC, Ecaterina.(2009) Identifying determinants of corruption in health care: a cross-country analysis. [Dissertação de Mestrado]. Budapeste: Central European University, 2009. Disponível em: <http://sar.org.ro/wp-content/uploads/2012/12/Identifying-Determinants-of-Corruption-in-Health-Care-A-Cross-Country-Analysis.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.
- BOUCHARD, Maryse; KOHLER, Jillian C.; ORBINSKI, James; HOWARD, Andrew. (2012) Corruption in the health care sector: a barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. *BMC International Health and Human Rights*. v. 12, 2012.
- BRAGA, Marcus Vinícius de Azevedo; GRANADO, Gustavo Rocha Adolfo. (2017) Compliance no setor público: necessário; mas suficiente? *Jota*. 18 de abril de 2017. Disponível em: <https://jota.info/artigos/compliance-no-setor-publico-necessario-mas-suficiente-18042017/>, Acesso em: 7 out. 2017.
- BRASIL. Decreto nº 8.420, de 18 de março de 2015. Regulamenta a Lei no 12.846, de 1o de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8420.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8420.htm). Acesso em: 12 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.846, de 1º de Agosto de 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm). Acesso em: 12 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12813.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12813.htm). Acesso em 15 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.687, de 31 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/decreto/d5687.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5687.htm). Acesso em: 7 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.410, de 7 de outubro de 2002. Promulga a Convenção Interamericana contra a Corrupção, de 29 de março de 1996, com reserva para o art. XI, parágrafo 1º, inciso "c". Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4410.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4410.htm). Acesso em: 7 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.467, de 11 de junho de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10467.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10467.htm#art2). Acesso em: 7 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.678, de 30 de novembro de 2000. Promulga a Convenção sobre o Combate da Corrupção de Funcionários Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3678.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3678.htm). Acesso em: 7 set. 2017.

BRODT, Luís Augusto Sanzo; FARIA, Aléxia Alvim Machado. (2016) Criminal Compliance em Lavagem de Dinheiro: uma introdução conceitual e regulamentar In: BRODT, Luís Augusto Sanzo; SIQUEIRA, Flávia. Limites ao Poder Punitivo: Diálogos na Ciência Penal Contemporânea. Belo Horizonte: D'Plácido, 2016, p. 191-241.

CASTILLO, Francisco Andújar; FEROS, Antonio; LEIVA, Pilar Ponce. (2018). A sick body. Corruption and Anticorruption in Early Modern Spain In: KROEZE, Ronald; VITÓRIA, André; GELTNER, Guy (Ed.) Anticorruption in History. From antiquity to the Modern Era. Oxford: Oxford University Press, 2018, p. 139-151.

CGU. (2017a). Empresa Pró-Ética 2017. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/etica-e-integridade/empresa-pro-etica>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Manual para Implementação dos Programas de integridade. Orientações para o Setor Público. Brasília: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, 2017. Disponível em: [http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/etica-e-integridade/arquivos/manual\\_profip.pdf](http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/etica-e-integridade/arquivos/manual_profip.pdf). Acesso em: 3 set. 2017.

COSTA, Helena Regina Lobo da.; ARAÚJO, Marina Pinhão Coelho. Compliance e o julgamento da APn 470. Revista Brasileira de Ciências Criminais. n. 106, 2014, p. 215-230.

DE CARLI, Carla Veríssimo. (2017) Compliance: Incentivo à adoção de medidas anticorrupção. São Paulo: Saraiva, 2017.

DICKOV, Veselin. (2012). Inadequacy the Health System in Serbia and Corrupt Institutions. Mat Soc Med. v. 4, 24 dez 2012, p. 262-267.

DITELLA, Rafael; SAVEDOFF, William. (2001). Un rayo de luz en la oscuridad. In: \_\_\_\_\_. (ed). Diagnóstico: Corrupción. El fraude en los hospitales públicos de América Latina. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001, p. 63-104. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35304015>. Acesso em: 1 set. 2017, p. 1-31.

ENGELHART, Marc. (2012a) Sanktionierung von Unternehmen und Compliance – eine rechtsvergleichende Analyse des Straf- und Ordnungswidrigkeitenrechts in Deutschland und den USA. 2.ed.ampl.atual. Berlin:Duncker & Humblot, 2012.

- \_\_\_\_\_. (2012b). Prevention of Corruption through Corporate Compliance-Programs. The Polish Institute of International Affairs. 13 de julho de 2012. Disponível em: <https://www.pism.pl>. Acesso em: 1 set. 2017.
- ENGELS, Jens Ivo. (2018). Corruption and Anticorruption in the Era of Modernity and Beyond. In: KROEZE, Ronald; VITÓRIA, André; GELTNER, Guy (Ed.) Anticorruption in History. From antiquity to the Modern Era. Oxford: Oxford University Press, 2018, p. 167-180.
- \_\_\_\_\_. (2014). Die Geschichte der Korruption. Von der frühen Neuzeit bis ins 20. Jahrhundert. Frankfurt: Fischer E-Books, 2014, paginação por localização.
- FACTOR, Roni; KANG, Minah (2015). Corruption and population health outcomes: an analysis of data from 133 countries using structural equation modeling. *Int J Public Health*, 2015, v. 60, p. 633–641.
- FARIA, Aléxia Alvim Machado. Peita, suborno e a construção do conceito jurídico-penal de corrupção: patronato e venalidade no Brasil imperial (1824-1889). Dissertação (Mestrado em Direito). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.
- GÉNAUX, Maryvonne. Les mots de La corruption: La déviance publique dans les dictionnaires d'Ancien Régime. *Histoire, économie et société*. v. 21, n. 4, 2002, p. 513-530. Disponível em: [http://www.persee.fr/doc/hes\\_0752-5702\\_2002\\_num\\_21\\_4\\_2274](http://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_2002_num_21_4_2274). Acesso em: 28 jul. 2017.
- GUPTA, Sanjeev; DAVOODI, Hamid; TIONGSON, Erwin.(2000) Corruption and the provision of health care and education services. International Monetary Fund Working Paper. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00116.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.
- HABIBOV, Nazim; CHEUNG, Alex.(2017) Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates. *Social Science & Medicine*. N. 178, 2017, p. 28-37.
- HANF, Matthieu; VAN-MELLE, Astrid; FRAISSE, Florence; ROGER, Amaury; CARME, Bernard; NACHER, Mathieu. (2011). Corruption Kills: Estimating the Global Impact of Corruption on Children Deaths. *PloS ONE*, v. 6, n. 11, 2011. Disponível em: [doi:10.1371/journal.pone.0026990](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026990). Acesso em: 31 ago. 2018.
- HUNTINGTON, Samuel P. (1968). *Political order in changing societies*. 7. impr. [Original de 1968]. New Haven: Yale University Press, 1975.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 37001. Anti-bribery management systems – Requirements with guidance for use. Geneva: ISO, 2017.
- JAEN, María Helena; PARAVISINI, Daniel. (2001). Salario, probidad de captura y sanción en los hospitales de Venezuela. In: DI TELLA, Rafael; SAVEDOFF, William (ed). *Diagnóstico: Corrupción. El fraude en los hospitales públicos de América Latina*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001, p. 63-104. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35304015>. Acesso em: 1 set. 2017.
- KROEZE, Ronald; VITÓRIA, André; GELTNER, Guy (2018). Introduction. In: \_\_\_\_ (Ed.) Anticorruption in History. From antiquity to the Modern Era. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- LAMBSDORFF, Johann Graf. How corruption affects productivity. *Kyklos*, v. 56, fasc. 5, 2005, p. 457-474.
- LEWIS, Maureen (2007). Informal Payments and The Financing Of Health Care In Developing And Transition Countries. *Health Affairs*, v. 26, n. 4, p. 984-997.

LEYS, Colin. (1965). What is the problem about corruption? *Journal of Modern African Studies*, v.3, n. 2, p. 215–230. Disponível em: [doi:10.1017/S0022278X00023636](https://doi.org/10.1017/S0022278X00023636). Acesso em: 4 ago. 2018.

LINDELOW, Magnus; KUSHNAROVA, Inna; KAISER, Kai. (2007). Measuring corruption in the health sector: what we can learn from public expenditure tracking and service delivery surveys in developing countries. In: TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*. Sidmouth: Pluto Press, 2006, p. 49-53. Disponível em: [https://www.transparency.org/whatwedo/publication/global\\_corruption\\_report\\_2006\\_corruption\\_and\\_health](https://www.transparency.org/whatwedo/publication/global_corruption_report_2006_corruption_and_health). Acesso em: 19 jun. 2017.

LOVITT, Jeff. (2004). The Information Challenge: Transparency International and Combating Corruption. 4th Training Seminar of the OLAF Anti-Fraud Communicators' Network (OAFCN): Detering Fraud by Informing the Public, 24-25-26 November 2004. Disponível em: [https://ec.europa.eu/anti-fraud/sites/antifraud/files/docs/body/lovitt\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/anti-fraud/sites/antifraud/files/docs/body/lovitt_en.pdf). Acesso em: 2 set. 2018.

LUI, Francis T. (1985). An equilibrium queuing model of bribery. *Journal of Political Economy*, v.93, n. 4, p. 760–781.

MARTINEZ, Antonio Lopo. Recompensas positivas como mecanismo de incentivo ao compliance tributário. *Cad. Fin. Públ.*, Brasília, n. 14, dez. 2014, p. 327-342. Disponível em: [http://www.esaf.fazenda.gov.br/assuntos/biblioteca/cadernos-de-financas-publicas-1/recomp\\_posit\\_mecanis.pdf](http://www.esaf.fazenda.gov.br/assuntos/biblioteca/cadernos-de-financas-publicas-1/recomp_posit_mecanis.pdf). Acesso em: 18 set. 2017.

MENDES, Francisco Schertel; CARVALHO, Vinicius Marques de (2017). *Compliance: concorrência e combate à corrupção*. São Paulo: Trevisan, 2017.

MTFC (2016a). *Convenção da OCDE contra o suborno transnacional*. Brasília: MTFC, 2016. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/articulacao-internacional/convencao-da-ocde/arquivos/cartilha-ocde-2016.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.

\_\_\_\_\_. (2016b). *Convenção Interamericana Contra a Corrupção*. Brasília: MTFC, 2016. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/articulacao-internacional/convencao-da-oea/documentos-relevantes/arquivos/cartilha-oea-2016.pdf>. Acesso em: 1 set.2017.

\_\_\_\_\_. (2016c). *Convenção da Nações Unidas Contra a Corrupção*. Brasília: MTFC, 2016. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/articulacao-internacional/convencao-da-onu/arquivos/cartilha-onu-2016.pdf>. Acesso em: 1 set.2017.

MUNGIU-PIPPIDI, Alina. (2017) The time has come for evidence-based anticorruption. *Nature Human Behaviour*. v. 1, n. 0011, 2017. Disponível em: 10.1038/s41562-016-0011. Acesso em: 5 ago.2018.

NGUYEN, Tuan A; KNIGHT, Rosemary; MANT, Andrea; RAZEE, Husna; BROOKS, Geoffrey; DANG, Thu H.; ROUGHHEAD, Elisabeth. (2018). Corruption practices in drug prescribing in Vietnam – an analysis based on qualitative interviews. *BMC Health Services Research*, v.18, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3384-3>. Acesso em: 7 set. 2018.

OCDE. (2011). Recommendation of the Council for Further Combating Bribery of Foreign Public Officials in International Business Transactions Adopted by the Council on 26 November 2009. In: \_\_\_\_\_. *Convention on Combating Bribery Of Foreign Public Officials In International Business Transactions And Related Documents*. Paris: OCDE, 2011, p. 20-32. Disponível em: [https://www.oecd.org/daf/anti-bribery/ConvCombatBribery\\_ENG.pdf](https://www.oecd.org/daf/anti-bribery/ConvCombatBribery_ENG.pdf). Acesso em: 15 ago.2017.

\_\_\_\_\_. (2007). *Corruption. Glossary of international criminal standards*. Paris: OCDE, 2007. Disponível em: <http://www.oecd.org/corruption/anti-bribery/39532693.pdf>. Acesso em: 31 ago.2017.

PARDUE, Caitlin. (2015). How will I know? An auditing privilege and health care compliance. *Emory Law Journal*, v. 69, 2015, p. 1140-1176.

PAREDES-SOLÍS, Sergio; ANDERSSON, Neil; LEDOGAR, Robert J.; COCKCROFT, Anne. (2011). Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Services Research* 2011, v. 11, n. Supl. 2, p. 1-5.

RISPEL, Laetitia C; JAGER, Pieter de; FONN, Shannon. Exploring corruption in the South African health sector. *Health Policy and Planning*, v. 31, 2016, p. 239-249.

ROMEIRO, Adriana. *Corrupção e poder no Brasil. Uma história, séculos XVI a XVIII*. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

ROSE, Cecily. (2015). *International Anti-Corruption Norms: Their Creation and Influence on Domestic Legal Systems*. Oxford: Oxford University Press, 2015.

ROSE-ACKERMAN, Susan. (2008) Corruption. In: ROWLEY, Charles K.; SCHNEIDER, Friedrich G. (ed.). *Readings in Public Choice and Constitutional Political Economy*. New York: Springer, 2008, p. 551-566.

\_\_\_\_\_. (1997). Corruption and Development. In: PLESKOVIC, Boris; STIGLIZ, Joseph. *Annual World Bank Conference on Development Economics*. Washington, DC: World Bank, 1997, p. 35-58. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/719821468740214930/pdf/multi0page.pdf#page=39>. Acesso em: 2 set. 2017.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS. (2016) Código de Conduta e Ética. Disponível em: [http://www.scmp.org.br/uploads/arquivoutil\\_arquivo/codigocondutascmp.pdf](http://www.scmp.org.br/uploads/arquivoutil_arquivo/codigocondutascmp.pdf). Acesso em: 1 nov. 2017.

SAVEDOFF, William D.; HUSSMANN, Karen. (2006) Why are health systems prone to corruption? In: TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*. Sidmouth: Pluto Press, 2006, p. 2-16. Disponível em: [https://www.transparency.org/whatwedo/publication/global\\_corruption\\_report\\_2006\\_corruption\\_and\\_health](https://www.transparency.org/whatwedo/publication/global_corruption_report_2006_corruption_and_health). Acesso em: 19 jun. 2017.

SILBERNAGL, Rainer. Die Entwicklung der Systematik der Amtsdelikte und Gedanken zur Korruption im 18. und 19. Jahrhundert in der habsburgischen Gesetzgebung. *Max Planck Institute for European Legal History Research Paper Series*. Frankfurt, n. 2017-09, p. 1-22. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3087905>. Acesso em: 26 dez. 2017.

STF. Recurso Especial. RE 580264. Relator: Ministro Joaquim Barbosa. Relator para Acórdão: Ministro Ayres Britto. Tribunal Pleno. Julgado em 16/12/2010 em sede de Repercussão Geral – Mérito. Dje-192 publicado em 06.10.2011. Ementa volume 02602-01, p. 78.

THOMPSON, Robin; WITTER, Sophie. (2000) Informal payments in transitional economies: implications for the health sector. *Int. J. Health Plann. Mgmt*, n. 15, p. 169-187. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Sophie\\_Witter/publication/12145703\\_Informal\\_Payments\\_in\\_Transitional\\_Economies\\_Implications\\_for\\_Health\\_Sector\\_Reform/links/0c96052fa5cd5b6f03000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sophie_Witter/publication/12145703_Informal_Payments_in_Transitional_Economies_Implications_for_Health_Sector_Reform/links/0c96052fa5cd5b6f03000000.pdf). Acesso em: 15 set. 2017.

TRANSPARENCY INTERNATIONAL. [s/d]. "Corruption". In: *Anti-corruption Glossary*. Disponível em: <https://www.transparency.org/glossary/term/corruption>. Acesso em: 1 set. 2018.

VIAN, Taryn. (2008) Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, n. 23, 2008, p.83-94.

\_\_\_\_\_. (2006). Corruption in Hospitals. In: TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*. Sidmouth: Pluto Press, 2006, p. 49-53. Disponível em: <https://www.transparency.org/whatwe>

[do/publication/global\\_corruption\\_report\\_2006\\_corruption\\_and\\_health](https://doi.org/10.1017/S0022216X17000000), acesso em: 19 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. (2005). The sectoral dimensions of corruption: health care, Chapter 4. In: SPECTOR, B. (ed.). Fighting corruption in developing countries. Bloomfield, CT: Kumarian Press Inc., 2005.

VITÓRIA, André. Late medieval politics and the problem of corruption. France, England and Portugal, 1250-1500. In: KROEZE, Ronald; VITÓRIA, André; GELTNER, Guy (Ed.) Anticorruption in History. From antiquity to the Modern Era. Oxford: Oxford University Press, 2018, p.77-91.

UN. Resolution nb. 51/59. Action against corruption. General Assembly. 12.12.1996. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/51/a51r059.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

WARREN, Mark. E. What does Corruption Mean in a Democracy? American Journal of Political Science, v. 48, n. 2, 2004, p. 328-343.

YAMB, Benjamin; BAYEMI, Oscar. Corruption Forms and Health Care Provision in Douala Metropolis Public Hospitals of Cameroon. Turkish Economic Review. v. 4, n. 1, 2017, p. 96-105.