

Bruna Freire Graciano Cabral Borsato

# O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O PREJUÍZO PELAS FALHAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NA SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS ORDENAMENTOS JURÍDICOS BRASILEIRO E PORTUGUÊS

Mestrado em Direito  
Especialização em Ciências Jurídico-Políticas

Orientação: Professora Doutora Daniela Serra  
Castilhos

Coorientação: Professora Doutora Maria José  
Carneiro de Sousa Pinto da Costa

Porto  
2020



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

**Bruna Freire Graciano Cabral Borsato**

**O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E  
O PREJUÍZO PELAS FALHAS DA  
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NA SAÚDE:  
UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS  
ORDENAMENTOS JURÍDICOS BRASILEIRO  
E PORTUGUÊS**

Dissertação de Mestrado, na área de Ciências Jurídico-Políticas, apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique como requisito parcial para obtenção de aprovação, em sede de grau de Mestre em Direito, sob a orientação da Professora Doutora Daniela Serra Castilhos.

Departamento de Direito  
Porto, dezembro, 2020



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

“Um político divide os seres humanos em  
duas classes: instrumentos e inimigos.”  
(Friedrich Nietzsche)

# AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido o dom da vida e por mostrar que os planos Dele são sempre maiores que os meus.

Aos meus pais, Alexandre Graciano Cabral e Maria Ediléa, pela torcida constante.

Ao meu marido, Luiz Marcelo Borsato, pelo apoio incondicional em todos os momentos, acreditando mais em mim que eu mesma, sonhando meus sonhos e me dando forças em momentos difíceis. A você, meu amor e gratidão.

Às minhas filhas, Maria Clara Borsato e Marcella Borsato, pela paciência em razão do pouco tempo com elas, para que assim conseguisse concluir a tese. Vocês são a luz na minha vida. Amo vocês!

À minha amiga, Sílvia Machado, pelo convite para submissão do mestrado que cursamos juntas, pela divisão do tempo, do quarto, de conteúdos e de conversas que levarei para vida.

Aos meus amigos, Pedro e Maria Daniela, pelos bolinhos e cafés nos intervalos e pelas conversas descontraídas que tornaram a minha estadia em outro país e longe da minha família mais leve.

Aos colegas que conheci na Universidade Portucalense (UPT), onde dividi meu tempo e conheci um pouco de cada parte do Brasil, por intermédio de seus sotaques e costumes.

Aos professores da UPT que contribuíram com seu tempo e conhecimento, fazendo isto com muita competência e dedicação.

À minha orientadora, Professora Doutora Daniela Serra Castilhos, por seus apontamentos, que foram de grande valia e contribuíram para que eu conseguisse terminar esta tese, bem como por toda paciência e sensibilidade.

À Professora Doutora Maria José Carneiro de Sousa Pinto da Costa, pelos apontamentos e contribuição.

A todos que, de algum modo, contribuíram diretamente e indiretamente. A vocês, meu muito obrigada.

## RESUMO

A proposta desta dissertação foi levantar, por meio de uma análise comparativa, como o direito à saúde pode ser prejudicado pela corrupção e como é importante adotar medidas de mitigação de risco, fazendo uso de um sistema de *compliance* também conhecido como Plano de Integridade. O interesse por esta temática se justifica na medida em que convenções internacionais trazem a tarefa de criar meios de mitigação da corrupção que prejudica diretamente não só o direito fundamental à saúde, mas também outras políticas públicas importantes, como o direito à educação e à segurança. Há também outros problemas como o desvio da função pública no que se refere aos direitos constitucionais a serem alimentados pela corrupção. Este estudo teve como objetivo principal analisar os prejuízos, a real necessidade do gozo ao direito fundamental à saúde e os meios encontrados para combater as falhas administrativas evidenciadas nos ordenamentos jurídicos brasileiro e português. Sendo assim, para uma prestação adequada, confrontam-se, neste estudo, os graves problemas administrativos que corroboram para práticas que alimentam a corrupção, como dispensação de insumos e de medicamentos, desvio de dinheiro público, anomalias contratuais e aquisição de bens e serviços. O trabalho se baseou em uma metodologia descritiva e comparativa, expondo seus fatos e variáveis, mostrando sempre a realidade investigada, coletando informações bibliográficas e possíveis dados científicos por meio de auditorias de órgãos externos, de manuais e de normas constitucionais dos dois países estudados e do direito internacional. Por fim, concluiu-se que o direito fundamental à saúde encontra-se plenamente amparado nas constituições brasileira e portuguesa. Diante disto, fazem-se necessárias medidas de mitigação de riscos, por meio de programas de integridade, para que a corrupção não prejudique o adequado acesso à saúde. Verificou-se também que, mesmo com grandes evoluções no campo do direito à saúde em suas reformas e meios de mitigações de riscos na administração pública e no combate à corrupção, ainda não foi possível atingir a eficácia e a eficiência que se espera para a garantia universal e integral do direito fundamental à saúde tanto no Brasil quanto em Portugal.

**Palavras-chave:** Corrupção; Estado democrático de direito; Direito fundamental à saúde; Brasil; Portugal.

## ABSTRACT

The purpose of this dissertation was to raise, through a comparative analysis, how the right to health can be harmed by corruption and how important it is to adopt risk mitigation measures, using a compliance system also known as the Integrity Plan. The interest in this theme is justified as international conventions bring the task of creating means to mitigate corruption that directly damages not only the fundamental right to health, but also other important public policies, such as the right to education and security. There are also other problems such as the diversion of the civil service with respect to constitutional rights to be fueled by corruption. This study had as main objective to analyze the losses, the real need to enjoy the fundamental right to health and the means found to combat the administrative failures evidenced in the Brazilian and Portuguese legal systems. Thus, for an adequate provision, in this study, serious administrative problems that corroborate practices that feed corruption, such as dispensing inputs and medicines, embezzlement of public money, contractual anomalies and acquisition of goods and services are confronted. The work was based on a descriptive and comparative methodology, exposing its facts and variables, always showing the reality investigated, collecting bibliographic information and possible scientific data through audits of external bodies, manuals and constitutional rules of the two countries studied and the international right. Finally, it was concluded that the fundamental right to health is fully supported by the Brazilian and Portuguese constitutions. In view of this, risk mitigation measures are necessary, through integrity programs, so that corruption does not harm adequate access to health. It was also found that, even with major developments in the field of the right to health in its reforms and means of mitigating risks in public administration and in fighting corruption, it has not yet been possible to achieve the effectiveness and efficiency expected to guarantee universal and integral right to the fundamental right to health both in Brazil and in Portugal..

**Keywords:** Corruption; Democratic State of Law; Fundamental right to health; Brazil; Portugal.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade  
ADSE – Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
APH – Adicional de Plantão Hospitalar  
CCP – Código dos Contratos Públicos  
CDC – Código de Defesa do Consumidor  
CGU – Controladoria-Geral da União  
CICC – Convenção Interamericana contra Corrupção  
CNUCC – Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção  
COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*  
CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção  
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil  
CRP – Constituição da República Portuguesa  
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde  
DGHMS – Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro  
DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social  
FCPA – *Foreigner Corrupt Practies Act*  
HFB – Hospital Federal de Bonsucesso  
INC – Instituto Nacional de Cardiologia  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
Into – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia  
IPC – Índice de Percepção da Corrupção  
IPO – Instituto Português de Oncologia  
ISO – *International Organization for Standardization*  
LAC – Lei Anticorrupção  
LAI – Lei de Acesso à Informação  
LOA – Lei Orçamentária Anual  
MOC – Projeto Montes Claros  
MPF – Ministério Público Federal  
NGP – Nova Gestão Pública  
OCDE – Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico  
OEA – Organização dos Estados Americanos  
OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PAR – Processo administrativo de Responsabilidade  
PGDL – procuradoria Geral Distrital de Lisboa  
PGR – Política de Gestão de Riscos  
PGRIC – Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas  
PIB – Produto Interno Bruto  
PPP – Parcerias Público-Privadas  
PPP – Plano de Providências Permanentes  
RDE – Relatório de Demandas Especiais  
RJITCPACP – Regime Jurídico de Incompatibilidade e Impedimentos dos Titulares de Cargos Públicos  
SAS – Serviço de Atenção à Saúde  
SIC – serviço de informações ao Cidadão  
SNI – Sistema Nacional de Integridade  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
STF – Supremo Tribunal Federal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCU – Tribunal de Contas da União  
TJRJ – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
UKBA – *United Kingdom Bribery Act*

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 CONSOLIDAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL ....	15
1.1 Direito fundamental à saúde e sua aplicação no Brasil .....	23
1.2 Direito fundamental à saúde em Portugal.....	32
2 CONCEITO CORRUPÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	39
2.1 Corrupção no Brasil e seus reflexos na saúde .....	42
2.2 Casos de corrupção por falhas na administração na saúde pública – análise jurídica de casos .....	47
2.3 Corrupção em Portugal: análise político-jurídica .....	57
3 MEDIDAS DE <i>COMPLIANCE</i> E O PLANO DE INTEGRIDADE PÚBLICA.....	62
3.1 Sistemas de mitigação de riscos .....	67
3.1.1 Nepotismo .....	72
3.1.2 Conflito de interesses.....	74
3.1.3 Sistemas de tratamento de denúncias .....	76
3.1.4 Sistemas de informações .....	78
3.1.5 Controle de contratos e licitações e a responsabilização nos processos administrativos de pessoas físicas e jurídicas .....	82
4 A REFORMA DA SAÚDE EM PORTUGAL E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE .....	90
4.1 Casos de corrupção na saúde em Portugal .....	92
4.2 A reforma da saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil.....	93
5 PRINCÍPIO DA EFICÁCIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO DIREITO À SAÚDE .....	99
CONCLUSÃO .....	10
3	
REFERÊNCIAS .....	10
6	

# INTRODUÇÃO

O tema *direito à saúde e corrupção* está muito em voga atualmente, por se tratar de conteúdo de interesse de toda a sociedade, tanto brasileira quanto internacional. O interesse por esta temática se justifica na medida em que convenções internacionais trazem a tarefa de criar meios de mitigação da corrupção que prejudica diretamente não só o direito fundamental à saúde, mas também outras políticas públicas importantes, como o direito à educação e à segurança. Há também outros problemas como o desvio da função pública no que se refere aos direitos constitucionais a serem alimentados pela corrupção. Portanto, são de suma importância o estudo e a análise crítica e jurídica desse tema.

Na abordagem do presente estudo, foram escolhidos os países Brasil e Portugal por sua ligação histórica, uma vez que um foi o colonizado e outro colonizador. A análise teve suporte nas constituições de ambos os países, bem como no estudo e no enquadramento das leis de acesso à saúde e em seus respectivos planos de ação ao combate à corrupção.

O enquadramento teórico utilizado para essa abordagem teve como suporte as convenções internacionais que visam ao combate à corrupção, o direito constitucional de Brasil e de Portugal, as doutrinas sobre o assunto e as normas penais para adoção de *compliance*, como as leis de lavagem de dinheiro. Para restringir um pouco o tema, foram analisadas auditorias realizadas por órgãos fiscalizadores externos – por exemplo, no Brasil, a Controladoria-Geral da União (CGU) – para uma abordagem prática sobre o assunto.

A partir dessa premissa, tem-se o seguinte questionamento a ser respondido: como o direito à saúde, que é tanto um direito constitucional quanto uma política pública do governo, pode ser afetado diretamente pela corrupção?

Diante disto, foram analisados como exemplos práticos os casos de corrupção nos hospitais federais do Rio de Janeiro, levantados por meio de relatórios da CGU, para ter um ponto de partida prático sobre o assunto. De igual modo, buscou-se analisar casos de corrupção na saúde em Portugal, bem como as legislações a estes aplicados.

O objetivo principal deste estudo consiste em analisar os prejuízos, a real necessidade do gozo ao direito fundamental à saúde e os meios encontrados para combater as falhas administrativas evidenciadas nos ordenamentos jurídicos brasileiro e português. Já os objetivos específicos são: estudar o enfrentamento das questões constitucionais do direito à saúde nos dois países, do aprofundamento da corrupção de modo global e de como é tratada no Brasil e em Portugal; e identificar quais medidas

têm sido adotadas para mitigar os problemas relacionados às falhas na administração pública e, principalmente, à corrupção na saúde em ambos os países, bem como suas reformas no referido setor.

Como pergunta de partida, o estudo traz o seguinte questionamento: quais são os aspectos de abrangência do direito fundamental à saúde na detecção das falhas na gestão pública de saúde no Brasil e em Portugal?

Este trabalho aborda como ficaram representadas as estruturas entre as ideias do Estado democrático de direito e o direito fundamental à saúde, relacionadas ao impacto da corrupção na gestão pública. Buscou-se também fazer um aprofundamento sobre o direito fundamental à saúde e o combate à corrupção nos órgãos públicos.

Sabe-se que o direito à saúde é resguardado no direito brasileiro, no direito português e na Carta de Direitos Humanos. O Estado deve respeitar os direitos humanos e as garantias fundamentais, assim como o direito à vida e à saúde. No entanto, esse direito se encontra deficitário na medida em que os recursos que o garantiria são desviados para outro fim, onde não é verificada a garantia de direito fundamental. Apesar de ser um direito de bens e vantagens constitucionais, são necessários instrumentos para seu adequado exercício, ou seja, as garantias.

A corrupção na saúde está estritamente ligada à qualidade no atendimento à população, bem como à mortalidade dessas pessoas. Isto porque, em decorrência das fraudes em licitações, há desabastecimento de medicamentos e paralização de procedimentos por falta de insumos e medicamentos, por exemplo. Estas constatações podem ser verificadas por vários órgãos de combate à corrupção, como é o caso da CGU em seus relatórios de fiscalização ou por meio de denúncias ao Ministério Público Federal (MPF), o qual tem como umas de suas funções verificar riscos e apontar falhas na administração pública no Brasil, tais como: desvio de dinheiro, direcionamento de licitações, superfaturamento de bens e serviços e enriquecimento ilícito pessoal. De igual modo, podem ser verificadas auditorias no *site* sobre transparência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde é possível verificar um número elevado de auditorias internas em licitações e de pareceres sobre sanções disciplinares do Ministério Público português.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> MESQUITA, Paulo Joaquim da Mota Osório Dá. *Parecer da Procuradoria-Geral da República 19/2016, de 21.01.2017* [em linha]. Lisboa: Procuradoria-Geral da República, 2017 [consult. 27 mar. 2020]. Disponível em: <http://www.ministeriopublico.pt/pareceres-pgr/2111>

Foi realizado uma pesquisa com dados de algumas cidades no Brasil, onde restou verificado falhas administrativas graves com desvios de dinheiro público com perda de bilhões de reais. Este prejuízo ficou caracterizado por prejuízos encontrados no erário público por meio de auditorias realizadas por órgão de controle externos, onde foi concluído que as verbas públicas destinadas a saúde e a educação são desviadas por administradores públicos corruptos.<sup>2</sup> A saúde se enquadra em uma das áreas mais afetadas pela corrupção do Brasil. Diante disto, nota-se, em todo o País, uma comoção voltada ao combate à corrupção. Neste sentido, destaca-se a necessidade de apontar essas falhas e de exigir que sejam efetuadas suas correções, o que é fundamental para a melhoria assistencial à saúde da população.

Como reflexo, é possível perceber que, nas eleições brasileiras de 2018, o Congresso Nacional teve 60% dos deputados substituídos por deputados de “ficha limpa”<sup>3</sup> – candidato que não responde por nenhuma improbidade administrativa e ou falta de moralidade pública – que estavam concorrendo a novo mandato. Ressalta-se que deputados com muitos anos de exercício e investigados por improbidade administrativa não se conseguiram se reeleger.

Há de se contemporizar a polarização nas eleições, na qual partidos envolvidos em corrupção perderam em quase todas as capitais brasileiras e que o novo presidente se elegeu com a bandeira ligada ao combate à corrupção e não a coligações partidárias.<sup>4</sup> Essa consciência se deve à mais transparência e à liberdade advinda pela internet, onde não há mais necessidade de busca por informações por meio das mídias tradicionais, como televisão e rádio.

Demonstrar como as falhas na administração pública violam o direito fundamental à saúde é relevante, pois cortam serviços essenciais à manutenção dessa garantia ligada ao direito à vida. O desenvolvimento do estudo se dá sob uma perspectiva exploratória, pela qual são apresentados, principalmente, dados qualitativos. Neste sentido, os resultados aqui explorados se devem a uma análise de motivações que levaram à atual realidade do direito à saúde em Portugal e no Brasil, demonstrando o funcionamento de ambos. Outro aspecto importante a ser observado é saber como a administração pública tem trabalhado para combater o crescimento da corrupção no Brasil.

---

<sup>2</sup> AFFONSO, Julia e BURGARELLI, Rodrigo. 70% dos desvios nas cidades afetam a saúde e a educação. *Blog Fausto Macedo* [em linha]. São Paulo: O Estado de S. Paulo, 25 dez. 2016 [consult. 19 mar. 2020]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/70-dos-desvios-nas-cidades-afetam-a-saude-e-a-educacao>

<sup>3</sup> BRASIL. Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010. *Diário Oficial da União: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 7 jun. 2010b, ano 147, n. 106, pp. 1-2 [consult. 19 mar. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/06/2010&jornal=1&pagina=1>.

<sup>4</sup> MARCELO diz que Portugal e Brasil “têm de se dar bem”. *Público* [em linha]. Lisboa: Público, 29 out. 2018 [consult. 29 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/10/29/politica/noticia/portugal-ja-cumprimentou-novo-presidente-brasileiro-1849220>

A CGU saiu à frente e, fundamentado na Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>5</sup>, está, a nível nacional, tentando implementar o Plano de Integridade Pública, o qual abrange medidas de mitigação da corrupção no Brasil. Este órgão identificou as áreas de maiores riscos dentro da administração pública<sup>6</sup>, tais como: casos de nepotismo, implantação de ouvidorias e sistemas de informações para darem mais transparência a seus usuários, controle de contratos, licitações e processos administrativos de pessoas jurídicas e físicas.

O Plano de Integridade Pública a ser implementado<sup>7</sup> pode vir a gerar economia e melhor atendimento à população no tocante ao direito fundamental à saúde, pois trabalha na gestão de riscos administrativos, mitigando-os e gerando, em longo prazo, uma educação quanto à integridade e à consciência no combate à corrupção, entendendo os prejuízos que esta traz ao ser praticada em uma entidade pública. Em Portugal, também há um programa de combate à corrupção tendo por base a OCDE, onde a prática desse ilícito tem desencadeado grande preocupação no mercado internacional. Neste ínterim, criou-se, de igual modo ao que ocorre no Brasil, o Sistema Nacional de Integridade (SNI).<sup>8</sup>

Com suporte na Constituição brasileira<sup>9</sup> e na Constituição portuguesa<sup>10</sup>, bem como em outras cartas constitucionais, o entendimento é que a promoção à saúde é um dever do Estado.

A ideia de implantação de programas de combate à corrupção está sendo bem aceita pela população frente aos seus governos, tal como a famosa operação brasileira conhecida como “Lava Jato”<sup>11</sup> e em movimentos similares, pelos quais o povo tem reagido e cobrado de seus políticos sobre os gastos públicos, exigindo melhor utilização dos recursos públicos.

Considerou-se ainda uma análise das diferenças e semelhanças pertinentes ao direito à saúde no Brasil e em Portugal, que se discorre ao longo do primeiro, segundo e quarto capítulos deste estudo. Como foram realizadas as reformas da saúde em

---

<sup>5</sup> OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development]. *About* [em linha]. Paris: OECD, 2020 [consult. 19 jan. 2020]. Disponível em: <http://www.oecd.org/about/>

<sup>6</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portaria nº 57, de 4 de janeiro de 2019. *Diário Oficial da União: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 7 jan. 2019e, ano 157, n. 4, p. 40 [consult. 31 jul. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/01/2019&jornal=515&pagina=40>

<sup>7</sup> Plano de Integridade Pública é uma idealização da CGU para implementar medidas de combate à corrupção, no sentido de identificar e reduzir falhas na administração pública.

<sup>8</sup> MARQUES, David e COROADO, Susana. *Sistema Nacional de Integridade: Portugal* [em linha]. Lisboa: TIAC [Transparência e Integridade, Associação Cívica], 2012, pp. 35-36 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://obegef.pt/wordpress/wp-content/uploads/2018/06/Sistema-nacional-integridade.pdf>

<sup>9</sup> BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020 [consult. 16 set. 2020]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

<sup>10</sup> PORTUGAL. [Constituição (1976)]. *Constituição da República Portuguesa* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2005 [consult. 16 set. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/34520775/view>

<sup>11</sup> BRASIL. Ministério Público Federal. *Lava Jato: entenda o caso* [em linha]. Brasília, DF: MPF, 17 set. 2019d [consult. 19 abr. 2020]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/grandes-casos/lava-jato/entenda-o-caso>

ambos os países, observaram-se quais realizações estabelecidas no país lusitano poderiam ser aplicadas no Brasil.

O primeiro capítulo deste trabalho se inicia com o conceito de direito fundamental à saúde no âmbito internacional e como este está estritamente ligado às políticas públicas, sabendo que o mesmo trata-se da garantia do direito em si, fazendo alusão do direito à saúde em um estudo comparado entre Portugal e Brasil. Uma vez que o primeiro afirma como deveria ser o direito à saúde e o segundo como se encontra a realidade do direito à saúde, respectivamente. A atenção à saúde se justifica por sua relevância não só acadêmica, mas social, visto que, a partir de práticas eficazes voltadas à educação e à promoção da saúde, são reduzidos os gastos orçamentários na média e alta complexidade; desafoga-se o Judiciário com demandas pulverizadas, semelhantes e onerosas; e, principalmente, promove-se a autonomia individual e coletiva dos sujeitos, permitindo-lhes a escolha de projetos de vida construídos socialmente de maneira democrática. Além destes impactos, uma política pública de saúde efetiva contribui para a redução das desigualdades sociais, portanto, para o desenvolvimento do Brasil, Portugal ou de qualquer nação.<sup>12</sup> Resta nesta primeira análise, abordar sobre o modo como é tratado o direito à saúde no plano internacional, realizando-se uma comparação do direito aplicado nos dois países estudados neste trabalho.

A partir do segundo capítulo, buscou-se abordar sobre a corrupção no âmbito internacional, no Brasil e em Portugal, e como este tema pode prejudicar o desenvolvimento e a garantia ao direito fundamental à saúde, bem como seus conceitos e definições. E como essa preocupação se torna interdisciplinar, pois a corrupção na saúde, além de ferir o direito fundamental da pessoa, lesiona o orçamento público e macula a visão das pessoas frente à administração pública por estar gerando gastos de ordem pessoal e financeira. Destaca-se ainda o fato de que a população está mais participativa e atenta a essas falhas, exigindo que o Estado se posicione como garantidor dos direitos fundamentais, em especial o direito fundamental à saúde, objeto deste trabalho.

Além disso, foram abordados casos concretos de corrupção apurados em auditorias nos hospitais federais do Rio de Janeiro, realizadas por intermédio da CGU, e em hospitais de Portugal, apontando exemplos práticos de como a corrupção na saúde pode ser prejudicial. Posteriormente, evidencia-se a necessidade de implantação de programas de integridade pública que busquem mitigar falhas na administração pública e ao combate à corrupção. Destaca-se ainda que muito investimento tem sido realizado

---

<sup>12</sup> LEÃO, Lidiane Nascimento. *Direito à saúde e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017, p. 5. ISBN 9788551900390.

para estes hospitais, porém o que se percebe é que há uma corrente antiética antiga, na qual mudanças não são aceitas e prevalece uma aversão à busca por transparência, advinda pela consciência de combate à corrupção nas entidades públicas, as quais se agarram às políticas públicas antigas e à corrupção institucionalizada.

No terceiro capítulo deste artigo são abordadas as espécies de gestão de riscos na administração pública, seu funcionamento para buscar e mitigá-los, demonstrando que, por meio desses principais pontos, é possível identificar a corrupção na administração pública e, assim, combatê-la e/ou evitá-la. São apontadas ainda as falhas advindas da corrupção na saúde e como trabalhar a partir dos índices de controle de riscos na administração pública frente à corrupção.

No quarto capítulo, realizou-se uma análise comparativa entre os sistemas de reformas de saúde brasileira e portuguesa, mostrando as semelhanças e diferenças entre eles, tomando como base, principalmente, as duas últimas reformas: a brasileira, por meio da Lei n. 8.080/1990, após a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988, com o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a portuguesa, após a Constituição de 1978, com o SNS.

O quinto capítulo importa dar continuidade e fechamento ao raciocínio, além de trazer a reflexão sobre os princípios da eficiência e eficácia aplicadas ao direito fundamental à saúde, além de sugerir questionamentos relacionados ao fato de que as medidas que vem sendo aplicadas têm melhorado a atual realidade da situação e sua adequada prestação à saúde.

O direito fundamental à saúde é um direito universal e reconhecido em todo mundo, e a discussão acerca deste é de suma importância para se trabalhar um plano para melhor aplicação e redução dos riscos que impedem sua plena eficácia e garantia a todas as pessoas. Para tanto, buscou-se fazer uma análise comparativa entre Brasil e Portugal para um melhor entendimento sobre o direito à saúde. O trabalho também tem o intuito de estimular o desafio de observar as falhas e sua importância para a população e para a administração pública, buscando abolir as práticas de corrupção que impedem a adequada prestação de políticas públicas em saúde.

Bem verdade que não se espera esgotar o assunto neste trabalho, uma vez que o mesmo se encontra em constante modificação, porém se almeja que fique cristalino o impacto que a corrupção pode causar nas áreas do direito fundamental, em especial o direito à saúde. O estudo se baseou em uma metodologia descritiva e comparativa, expondo seus fatos e variáveis, mostrando sempre a realidade investigada, coletando informações bibliográficas e possíveis dados científicos por meio de auditorias de

órgãos externos, de manuais e de normas constitucionais dos dois países estudados e do direito internacional.

Por fim, faz-se uma análise comparativa entre Brasil e Portugal, evidenciando suas semelhanças e diferenças, bem como o que pode ou não ser adaptado ao Brasil. Além disso, busca-se apontar os prós e contras desses dois países, caso haja, e analisar a eficácia da garantia do direito fundamental à saúde.

# 1 CONSOLIDAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL

Ao iniciar o estudo do direito à saúde no plano internacional, é importante ressaltar que no direito internacional clássico não era reconhecida a condição do indivíduo como sujeito de direitos. Isto porque a pessoa humana era considerada e direcionada a um plano inferior. Esse sujeito passa, efetivamente, a ser contemplado a partir da elaboração da Carta da Organização das Nações Unidas (ONU) e dos sucessivos documentos internacionais produzidos para proteção da pessoa humana, surgindo, assim, a internacionalização e universalização dos direitos humanos, em razão das grandes violações praticadas contra o indivíduo ao longo da história até os dias atuais, isoladamente ou por meio do próprio Estado.<sup>13</sup>

Os sistemas de saúde surgiram no final do século XIX com a revolução industrial, mas, antes disso, já havia movimentos sanitários em todo mundo. Esses sistemas eram associados a um conjunto de diversos fatores. O grande número de trabalhadores acidentados e as inúmeras doenças transmissíveis começaram a preocupar governos e empregadores. Em segundo plano, tem-se o impacto das doenças na guerra, onde se verificou que os soldados morriam mais de doenças do que em combate. Logo se acendeu uma luz voltada ao combate dessas doenças. Mas, além disso, havia a intervenção política crescente em movimentos operários em toda a Europa, como em destaque, o estadista Bismarck na Alemanha que inspirou movimentos por todo o mundo. Pode-se dizer que a Alemanha, em 1883, inovou com uma lei na qual empregadores eram obrigados a contribuir para um esquema de seguro-doença para os trabalhadores mais pobres. Esta lei incentivou outros países a adotarem leis parecidas como a Bélgica, em 1894, a Noruega, em 1909, e a Grã-Bretanha, em 1911. As medidas de Bismarck se espalharam ainda para países como EUA, no início do século XX.<sup>14</sup>

Em seguimento desses movimentos, foi se consolidando no decorrer da história e em ordem cronológica, a importância do debate e do estudo voltado ao direito à saúde. Neste sentido, destaca-se a Conferência Sanitária Internacional em Saúde, realizada em Paris, em 23 de julho de 1851, com o objetivo de minimizar os problemas advindos da cólera e nos portos da Europa. A referida conferência foi se ratificando até o ano de

---

<sup>13</sup> GUERRA, Sidney. *Curso de direito internacional público*. 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 63. ISBN 9788547213930.

<sup>14</sup> CAMPOS, António Correia de e SIMÕES, Jorge. *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011, pp. 38-40. ISBN 9789724047096.

1897, em Veneza, onde se aprovou uma nova convenção que visava à prevenção e à propagação da peste.<sup>15</sup>

Já no ano de 1903 foi deliberado que essas convenções deveriam ter um escritório permanente, o qual foi fixado em Paris, em 1907. O Brasil, por sua vez, participa da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desde a sua criação seus objetivos se voltaram ao combate de epidemias presentes nos portos das cidades.

Este trabalho importante era desempenhado no Brasil por Oswaldo Cruz. Após a Primeira Guerra Mundial, seus desdobramentos trouxeram instabilidade e precariedade em todo o mundo. Diante disto, países do pós-guerra viram a necessidade de criação de um órgão internacional que pudesse tomar medidas de profilaxia e controle de patologias, com isso, todas as agências internacionais deveriam estar subordinadas sob a Liga das Nações.<sup>16</sup>

Além disso, o projeto de criação da Liga das Nações tinha princípios onde se visava resguardar medidas de proteção populacional com foco igualitário sob os Estados. Destaca-se ainda que as atribuições essenciais da referida organização estavam assentadas em aspectos como: “[...] a segurança internacional; a cooperação econômica, social e humanitária; e a execução do Tratado de Versalhes que punha termo à Primeira Guerra Mundial”<sup>17</sup>.

Com a Segunda Guerra Mundial e todo o lastro de destruição deixado, substituiu-se a Liga das Nações por Nações Unidas. Este termo foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos EUA, Franklin Delano Roosevelt, na Declaração das Nações Unidas, assinada em 1º de janeiro de 1942, cujo objetivo era lutar contra o eixo nazista e buscar a manutenção da paz e segurança internacional. A ONU foi criada por meio da Carta das Nações Unidas, em 26 de junho de 1945. Além dos objetivos já citados, buscava-se um futuro melhor e mais esperançoso, superando as crises sociais deixadas pela guerra.<sup>18</sup>

Em uma proposta apresentada pela Conferência Internacional dos Direitos do Homem, na Assembleia Geral da ONU, em Teerã, em 1968, foi dado um importante passo aos direitos do homem e às suas garantias fundamentais, abrangendo o tema central deste trabalho: o direito fundamental à saúde. Promoveu-se uma ideia de que

---

<sup>15</sup> OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde] e OMS [Organização Mundial da Saúde]. OPAS/OMS [em linha]. Washington, DC: OPAS/OMS, 2016, p. 12 [consult. 10 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio%20opas%202016%20web%2001.pdf>

<sup>16</sup> OPAS, *loc. cit.*

<sup>17</sup> GUERRA, ref. 13, p. 279.

<sup>18</sup> *Ibid.*, pp. 288-289.

era necessário trazer temas de direitos humanos e suas liberdades como um direito fundamental.<sup>19</sup>

Entende-se, portanto, que os direitos humanos e as liberdades fundamentais foram compartilhados de um entendimento coletivo, o qual se encontra em constante modificação e adaptação em todo o mundo. Pela primeira vez na história, esses direitos são reconhecidos universalmente, gerando uma concepção de igualdade a todas as pessoas. Já em 1948, foi criada a Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de promover o acesso integral e igualitário à saúde, coordenando ações de matéria sanitária e no plano internacional das Nações Unidas.<sup>20</sup>

A OMS, em seu preâmbulo, conceituou o significado de saúde, onde descreveu que

“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. [...] constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.”<sup>21</sup>

A partir dessa igualdade, o direito à saúde é concebido como um direito de todo o ser humano, mas não há como falar somente do direito, há a necessidade de suas garantias, as quais são conquistadas somente por meio das políticas públicas. A abrangência dos direitos fundamentais no Brasil é prevista no artigo 5º, *caput*, da CRFB, onde há um rol extenso, porém, meramente exemplificativo, pois, segundo Lenza, “[...] os direitos e garantias expressos na Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa no Brasil seja parte (§ 2º)”<sup>22</sup>.

Segundo o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), os direitos e deveres individuais e coletivos não se limitam ao artigo 5º da CRFB, pois outros direitos podem ser abarcados em todo o texto constitucional, ou mesmo decorrentes de tratados e convenções internacionais em que o Brasil seja signatário.<sup>23</sup>

De igual modo, Portugal entende que o direito à saúde vem assegurado como direito constitucional no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), entendendo ainda ser um direito social, assim como abordado no Brasil. Vale ressaltar

---

<sup>19</sup> BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 17. ISBN 9788535215618.

<sup>20</sup> GUERRA, ref. 13, p. 319.

<sup>21</sup> OMS [Organização Mundial da Saúde]. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946* [em linha]. Nova Iorque: OMS, 1946 [consult. 26 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

<sup>22</sup> LENZA, Pedro. *Direito constitucional esquematizado*. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 743. ISBN 9788502089709.

<sup>23</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *A Constituição e o Supremo* [em linha]. 4ª ed. Brasília, DF: Secretaria de Documentação, 2011, pp. 585-592 [consult. 26 jun. 2020]. ISBN 9788561435295. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoLegislacaoAnotada/anexo/Completo.pdf>

que é de responsabilidade do Estado a real prestação necessária para sua satisfação<sup>24</sup>, onde a criação do SNS veio como concretização de um dever constitucional português na garantia do direito à saúde para todos os cidadãos de maneira igualitária.

No Brasil, os direitos e garantias fundamentais estão estabelecidos na Constituição brasileira, Título II, e são divididos em: direitos e deveres individuais e coletivos, direitos sociais, direito de nacionalidade, direitos políticos e partidos políticos. No entanto, foram abordados tão somente os direitos individuais e coletivos e os direitos sociais, temas esses que embarcam o título deste trabalho.

Em Portugal, os direitos e garantias fundamentais são estabelecidos na sua Constituição, tal como realizado no Brasil. Diante dessa afirmação, Sousa<sup>25</sup> esclarece que o direito à saúde em Portugal foi integrado à estrutura da Constituição portuguesa no catálogo de direitos econômicos, sociais e culturais, balizados no artigo 64.º, n.º 1, da CRP, tendo, internamente, a obrigatoriedade da criação do SNS no artigo 64.º, n.º 2, da CRP, para promoção e garantia desse direito a todos os seus cidadãos.

As políticas públicas como ação governamental visam a atender a coletividade, estando estas extremamente ligadas à ideia de intencionalidade, ou seja, à intenção do governo em promover benefícios sociais ao povo. Portanto, a política pública nasce dentro da ciência política, sendo este um campo ligado ao direito à saúde, pois é por intermédio das políticas públicas que ocorre a garantia desse direito fundamental.<sup>26</sup>

Segundo Moreira Neto, as políticas públicas como atos administrativos devem respeitar a lei e o direito, sendo este o limite da atividade estatal.<sup>27</sup> Este entendimento é necessário para que não seja provocado um aumento de ações no Judiciário por falhas nas políticas públicas. Esse aumento de demanda no Judiciário é motivado, na maioria das vezes, pela falta de verba na compra de medicamentos e insumos, na demora para internação de pacientes e na ausência de vagas nos hospitais. Desta maneira, sem a resposta administrativa adequada para o funcionamento e a prestação dos serviços à população, o Judiciário intervém para garantir o direito fundamental.<sup>28</sup>

Sob essa perspectiva, de nada adiantam as melhorias implementadas pelo gestor se estas não chegarem a tempo para atenderem a quem precisa, principalmente quando se fala no aspecto legal do direito à saúde, pois o tempo é um fator considerável e fundamental. Diante disto, é possível perceber como as falhas nas

---

<sup>24</sup> SOUSA, Isa Filipa António de. A crise do Estado social e o direito à saúde: reflexões. In: SOUSA, Isa Filipa António de. *Direito à saúde: dilemas atuais*. Curitiba: Juruá, 2017, pp. 33-34. ISBN 9788536267883.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>26</sup> CHRISPINO, Alvaro. *Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016, p. 22. ISBN 9788522518791.

<sup>27</sup> MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. *Curso de direito administrativo: parte introdutória, parte geral e parte especial*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 129. ISBN 9788530929053.

<sup>28</sup> CHRISPINO, *op. cit.*, p. 43.

políticas públicas podem prejudicar a sociedade e assoberbar o Judiciário com processos promovidos por falhas de gestão e pela corrupção que se instala.

O grande desafio atualmente é produzir políticas públicas, em longo prazo, que atendam os direitos dos cidadãos e que sejam cumpridos os deveres mínimos da administração pública<sup>29</sup>, buscando meios de mitigar essas falhas, principalmente aquelas baseadas na corrupção, pois ferem diretamente o princípio da moralidade pública.

Ainda sob a ótica jurídica, a saúde é um direito fundamental “[...] que por meio da integração dinâmica de aspectos individuais, coletivos e de desenvolvimento visa a assegurar ao indivíduo o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”<sup>30</sup>. Neste entendimento, ninguém pode individualmente ser responsável por sua saúde. Conforme explicam Dallari e Nunes Júnior:

“Não há dúvidas, portanto, de que o conceito de saúde acolhido pelo direito contemporâneo abarca, em todas as suas facetas, aspectos ligados à organização internacional, seja ela mais diretamente ligada à economia, ou à tecnologia, ou à movimentação de pessoas, ou – ainda – à ordem institucional.”<sup>31</sup>

O direito fundamental está estritamente ligado ao direito do homem descrito por Bobbio<sup>32</sup> e de sua observação. Neste sentido, o autor evidencia uma problemática no tocante à garantia desse direito, dizendo que hoje os direitos fundamentais são reconhecidos, não necessitando fundamentá-los, porém, há um movimento para protegê-los, pois sua garantia não é certa. Essa retórica se reflete tão atual nos dias de hoje, uma vez que de nada adianta ter o direito se este não pode ser implementado adequadamente. Com efeito, o processo histórico de conquista dos direitos humanos demonstrou que existe uma relação intrínseca, indissociável e interdependente entre direitos humanos e políticas públicas.<sup>33</sup>

Dallari e Nunes Júnior<sup>34</sup> afirmam que os direitos fundamentais possuem um caráter histórico. São direitos que não saem de uma ideia legislativa, eles nasceram efetivamente no decorrer da história. Sua ampliação se deve às necessidades suscitadas no decorrer da evolução das relações sociais.

No decorrer da história, muitos alicerces foram construídos no sentido de identificar e garantir os direitos do homem, como as chamadas declarações de direitos humanos, a Magna Carta *Libertatum* e o *Bill of Rights*<sup>35</sup>, a Declaração de Direitos do

---

<sup>29</sup> CHRISPINO, ref. 25, p. 43.

<sup>30</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi e NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2010, p. 8. ISBN 9788561996291, p. 13.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>32</sup> BOBBIO, ref. 18, p. 17.

<sup>33</sup> LEÃO, ref. 12, p. 52.

<sup>34</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, *op. cit.*, pp. 35-37.

<sup>35</sup> MAGALHÃES FILHO, Glauco Barreira. *A Reforma Protestante e o Estado de direito*. São Paulo: Fonte Editorial, 2014, p. 167. ISBN 9788568252062. Foi um marco na ideia de pensamento de Estado de direito e de pensamento do jurídico-liberal de John Locke. Também foi um documento que consubstanciou as conquistas da Revolução Gloriosa, onde

Povo de Virgínia e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, na França. Afirmam que após a Declaração Universal de Direitos da ONU e pós-Segunda Guerra tornou-se os direitos fundamentais universais e irrenunciáveis.

Nessa premissa, a política pública deveria surgir da sociedade e retornar para ela. No direito brasileiro são incontáveis os pontos pelos quais são expressos como canal de direito, como as leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990.<sup>36</sup> Já em Portugal, tem se desenvolvido políticas públicas aplicadas ao direito à saúde por intermédio da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro<sup>37</sup>, para criação do SNS.

As políticas públicas deveriam fechar o seu ciclo dentro do poder social, onde a sociedade escolhe seus governos para, em contrapartida, seus atos serem empregados na garantia dos direitos de seus subordinados. O poder deveria ser social, mas, infelizmente, não é o que ocorre.<sup>38</sup>

Isso acontece diariamente com o direito fundamental à saúde, a qual se trata de uma necessidade de todos, porém, sua garantia está ameaçada por falhas da administração pública, principalmente, em decorrência da corrupção. Bobbio<sup>39</sup> diz ainda que

“[...] o problema [...] não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são estes direitos, qual é sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mais sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados.”<sup>40</sup>

De mesmo modo, a República portuguesa, em sua Constituição, preceitua o princípio da dignidade da pessoa humana, o qual está baseado em experiências passadas. Isso se deu com as históricas aniquilações do ser humano<sup>41</sup> tais como: inquisição, escravatura, nazismo, stalismo, polpotismo, genocídios étnicos e genocídios causados pelas grandes guerras. Deste modo, há uma mudança de concepção pela qual ao invés de o homem servir às organizações políticas, a República é a organização política que serve o homem.

Admite-se, assim, uma concepção de que a dignidade da pessoa humana corresponde ao núcleo essencial de uma República, abrangendo o ser humano como um todo, ou seja, o ser físico, psíquico, filosófico e religioso se despidendo de qualquer ideologia, tese, religião ou dogma. Neste sentido, Rawls afirma que:

---

mudou a perspectiva e direção caracterizando-se como a descoberta do sujeito, partindo que este tem um direito natural de resistir o Estado, como principal valor a proteção dos direitos individuais.

<sup>36</sup> CHRISPINO, ref. 25, p. 31.

<sup>37</sup> PORTUGAL. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. *Diário da República: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 15 set. 1979, n.º 214, pp. 2357-2363 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/369864>.

<sup>38</sup> CHRISPINO, *op. cit.*, p. 32.

<sup>39</sup> BOBBIO, ref. 18, p. 17.

<sup>40</sup> BOBBIO, *loc. cit.*

<sup>41</sup> CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2017, p. 225. ISBN 9789724021065.

“O republicanismo não pressupõe qualquer doutrina religiosa, filosófica ou moral abrangente”<sup>42</sup>.

O direito fundamental à saúde está estritamente ligado ao direito fundamental à vida, bem como todos os seus desdobramentos<sup>43</sup>, pois a saúde, em sua totalidade, abrange o corpo e a mente.

O direito à saúde está ligado às políticas públicas e econômicas e, no Brasil, é promovido pelo SUS, o que significa “[...] a descentralização de atividades diretas de prestação de serviços mantendo um grau elevado de coordenação das políticas no governo federal”<sup>44</sup>. No caso de Portugal, Sousa<sup>45</sup> entende que os direitos sociais possuem duas dimensões, sendo uma positiva, que abrange as medidas de realizações do estado para a efetiva concretização da aplicação da saúde para seus utentes, e uma posição negativa, para assim garantir a saúde de seus cidadãos, não realizando medidas que possam ser lesivas ou prejudicar a saúde pública, sendo assim, a maneira de realizar uma política pública efetiva e de qualidade.

A efetiva disponibilização do direito à saúde se dá por meio do Estado garantidor, com suas políticas públicas na saúde. Para sua viabilidade e aplicabilidade das políticas públicas, há necessidade de recurso financeiro, pois com ele as ideias e direitos são executados na prática<sup>46</sup>. Por este motivo, é importante estudar o combate à corrupção e as falhas administrativas na saúde, pois o desvio de recursos financeiros permite que se instale a corrupção, em suas várias facetas, gerando um número incontável de prejudicados.

As políticas públicas devem ser, por base, transparentes, pois devem atender aos interesses públicos. O princípio do interesse público pode ser entendido como um desdobramento do princípio da finalidade pública e do princípio da impessoalidade. O primeiro, no sentido de ser uma orientação obrigatória de toda administração pública. E no segundo, a impessoalidade está explícita no artigo 37 da CRFB/1988. As políticas públicas, ao serem planejadas e aplicadas, devem atender ao interesse público da finalidade e da impessoalidade.<sup>47</sup> O princípio da impessoalidade muito se parece com o princípio da imparcialidade da administração, disposto no artigo 266.º da CRP, sendo este considerado um dos princípios jurídicos fundamentais. Tal princípio pode ser considerado tanto negativo como positivo, uma vez que, ao se exigir

---

<sup>42</sup> RAWLS, John. *Political liberalism*. New York: Columbia University Press, 1993, p. 258 *apud* CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2017, p. 225. ISBN 9789724021065.

<sup>43</sup> SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, pp. 37-39. ISBN 9788573481860.

<sup>44</sup> HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo. Introdução. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo, orgs. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 19. ISBN 9788575411247.

<sup>45</sup> SOUSA, ref. 23, p. 34.

<sup>46</sup> CHRISPINO, ref. 25, p. 45.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 109.

imparcialidade, proíbe tratamento desigual aos seus cidadãos, para aplicação de direitos e garantia desses ao mesmo tempo.<sup>48</sup>

Em outra vertente, as políticas públicas devem atender à legalidade, ou seja, limitar-se à lei, pois assim fica configurada a manifestação de vontade da sociedade. Além disso, as políticas públicas têm que se adequem à realidade e à responsabilidade, onde, além de haver uma adequação da real necessidade de sua implementação, deve-se, entretanto, o seu executor responder por suas falhas e ações próprias, buscando sempre atender ao direito fundamental do homem. Logo, as políticas públicas devem estar diretamente ligadas à transparência pública. Por este motivo, tem-se buscado a implementação de medidas de controle e combate às falhas administrativas e à corrupção, como tem ocorrido em alguns hospitais federais no Rio de Janeiro, bem como na estrutura administrativa dos hospitais portugueses.<sup>49</sup>

Nessa premissa, para garantir o Estado democrático de direito, predispõe-se o desenvolvimento integral da pessoa humana, tendo princípios gerais elevados a fundamentais, princípios como base e fundamento, não apenas do ordenamento jurídico de diversos tratados internacionais ratificados pela UE, mas das relações entre pessoas e na repercussão do fato e do entendimento, sendo distintas das normas jurídicas por enfrentarem situações cotidianas e a realidade dos fatos.

Segundo Alexy, os princípios são mandamentos caracterizados pela pretensão de cumprimento, em diferentes níveis, não dependendo de possibilidades reais isoladamente, mas concomitantes às jurídicas, em âmbitos determinados por princípios e regras opostas.<sup>50</sup>

Nesse sentido, tem-se o entendimento doutrinário de Cunha<sup>51</sup> sobre o princípio da assistência integral à saúde. Segundo ele, no Serviço Nacional de Saúde, tem-se como inafastáveis e imperativas as características em que as leis ordinárias não podem alterar: é universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuitos. Este pensamento é baseado no entendimento do artigo 64.º, n.º 1 a 3, da CRP, onde se conclui que o direito à saúde não é meramente um direito de uma parcela da sociedade, mas sim um direito de todos.

Assim como a Constituição portuguesa, a Constituição brasileira parte do mesmo princípio da assistência integral à saúde. Neste sentido, a CRFB, em seu artigo 5º, dispõe que:

---

<sup>48</sup> CANOTILHO, ref. 38, p. 1165.

<sup>49</sup> CHRISPINO, ref. 25, p. 113.

<sup>50</sup> ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008, p. 83. ISBN 9788574208725.

<sup>51</sup> CUNHA, Paulo Ferreira da. *Direitos fundamentais: fundamentos & direitos sociais*. Lisboa: Quid Juris, 2014, pp 209-213. ISBN 9789727246823.

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade a vida, a liberdade, a igualdade, a segurança e a propriedade [...]”<sup>52</sup>

O direito à saúde encontra-se expresso no artigo 6º da CRFB, que diz: “São direitos sociais a educação, a saúde [...] a assistência aos desamparados na forma desta constituição”<sup>53</sup>.

Com base nas legislações de ambos os países, abordou-se neste estudo o modo como são salvaguardados os direitos fundamentais e como estes proporcionam o acesso fundamental do direito à saúde, bem como suas visões políticas e de seus legisladores.

Diante disso, o objetivo deste trabalho busca focar na implementação do direito fundamental à saúde, na prática de políticas públicas e como estas são afetadas diretamente pela corrupção sistêmica que tem atingido a saúde de maneira geral, demonstrando seu conceito e como é abordado e o direito fundamental no Brasil, em Portugal e nas normas internacionais.

Considera-se ainda o fato de que Portugal compartilha de uma instituição para garantia da saúde, o SNS, assim como no Brasil, buscando universalizar o acesso à saúde.

Nessa visão, os países abordam sobre o direito constitucional de várias maneiras, com foco em uma análise comparativa. Neste momento, é possível citar como Brasil e Portugal tratam o direito constitucional e suas peculiaridades no direito fundamental à saúde.

## **1.1 Direito fundamental à saúde e sua aplicação no Brasil**

A saúde no Brasil é tratada dentro dos direitos sociais como norma constitucional, sendo esta uma garantia fundamental inerente ao próprio ser humano. Esse direito percorreu um longo caminho, porém, ainda há muito o que melhorar no tocante à promoção do direito fundamental à saúde. Grande parte da ineficiência evidenciada se deve pelas falhas que alimentam a corrupção, por isso, a necessidade de medidas de *compliance* ou de mitigação dessas falhas.

Atualmente, o direito à saúde é uma grande preocupação para os governos, bem como a população que necessita de seus serviços. O direito fundamental à saúde no Brasil é conceituada com uma política pública que enseja uma obrigação do Estado de promovê-la aos seus cidadãos. Mas, para compreender o direito, convém que se tenha

---

<sup>52</sup> BRASIL, ref. 9, art. 5º.

<sup>53</sup> *Ibid.*, art. 6º.

conhecimento acerca dos diversos conceitos de saúde. Neste sentido, Aith apresenta a seguinte definição:

“As concepções de saúde também são elaboradas através de uma relação direta entre o indivíduo e o social. A saúde era concebida, às vezes, como uma simples ‘ausência de doença’, outras vezes como ‘uma reserva corporal’, ou, ainda, como ‘um fundo de saúde’ inato e que permite ao organismo resistir contra todas as agressões feitas pelo corpo social. Também podemos encontrar concepções da saúde como ‘equilíbrio’ que permite ao indivíduo responder da forma mais eficiente possível às exigências da vida social. O equilíbrio se encarna na plenitude física e psíquica, no sentimento de autossatisfação e de harmonia com os outros. Essas diferentes concepções de saúde constituíam entidades fluidas, podendo coexistir, e aptas a dar conta das diferentes facetas da experiência das pessoas, mas o ‘equilíbrio’ apresentou-se como uma concepção positiva da saúde, tendo sido adotada tal concepção pela Organização Mundial de Saúde – OMS.”<sup>54</sup>

O conceito de saúde é muito abrangente e possui diversas conceituações nesse ínterim, a OMS dispõe que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”<sup>55</sup>.

O direito à saúde no Brasil e no mundo é reconhecido como direito inerente a todo ser humano, mas nem sempre foi assim. No período conhecido como Colônia-Império, por exemplo, não havia nada implantado pelo Estado no que se diz respeito aos direitos sociais ou, mais especificamente, ao direito à saúde. Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, ocorreram os primeiros sinais de mudanças dessa realidade, pois, como o intuito agora era desenvolver o Brasil Colônia, foram criados os primeiros cursos universitários, tais como os cursos de medicina, cirurgia e química. Neste sentido, merecem destaque a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador. Com a forte participação da Igreja Católica, surgiram as entidades religiosas para tratamento de saúde: as casas de caridade. Deste modo, foram criadas quase duas mil e cem casas de saúde por todo o Brasil.<sup>56</sup>

Antes da implementação da Constituição Federal da República Brasileira de 1988,

“[...] a saúde não era considerada como um direito social. O modelo de saúde adotado dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde por serem segurados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum.”<sup>57</sup>

O tema de políticas públicas começou a se desenvolver em um período em que a democracia ainda não era instituída em sua plenitude no Brasil, pois havia resquícios de um de autoritarismo dos antigos governos ao início dos anos 80.<sup>58</sup> Com a chegada

---

<sup>54</sup> AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 46. ISBN 9788576742623.

<sup>55</sup> OMS, ref. 20, n.p.

<sup>56</sup> MEIRELES, Carla. A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde. *Polítize!* [em linha]. Rio de Janeiro: Pensata Comunicação, 23 abr. 2018 [consult. 29 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>

<sup>57</sup> SOUZA, Pedro Antônio Ribeiro de. *SUS – Sistema Único de Saúde: legislação comentada*. Rio de Janeiro: Degrau Cultural, 2008, p. 5.

<sup>58</sup> ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Prefácio. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo, orgs. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 9. ISBN 9788575411247.

da Constituição de 1988, tinha o objetivo era trazer a democracia como plano central e direito de todo brasileiro. Neste contexto, a política estava estritamente ligada às reformas sociais.<sup>59</sup>

Lippel<sup>60</sup> compreende que o direito à saúde surgiu no constitucionalismo moderno, inserido na categoria dos direitos sociais. Considerando a evolução histórica, compreende-se, em um primeiro momento, que a promoção de tal direito é o reflexo da Constituição americana de 1787, bem como a Constituição francesa de 1791, pelo fato de os direitos fundamentais serem pautados no liberalismo como autonomia dos cidadãos junto ao Estado. Já a partir do século XX, no pós-guerra, a visão passou a mudar no sentido de que o Estado deveria ser o garantidor dos direitos sociais da vida dos cidadãos. Em contrapartida, eram exigidas políticas públicas para garantir a efetividade desses direitos.

Com o advento da Constituição federal de 1988, o direito à saúde foi incorporado nos artigos 194 e 196, onde agora passava a ser dever do Estado garantir e instituir as políticas públicas para que fosse proporcionado à população o acesso universal e igualitário da promoção à saúde.

No Brasil, o direito fundamental à saúde está previsto nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal. Neste sentido, o artigo 196 dispõe que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e dos outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”<sup>61</sup>

Santos<sup>62</sup> entende que o referido artigo atende ao princípio da universalidade<sup>63</sup>, pois, conforme a própria nomenclatura demonstra, este abrange tanto o atendimento quanto a cobertura. Na cobertura estão incluídas todas as etapas de promoção, proteção e recuperação. Já no atendimento está a garantia de tratamento igualitário a todos os cidadãos, independentemente de contribuições ou filiação. Neste sentido, admite-se ainda não ser somente do Estado a incumbência de garantir o direito à saúde, mas ser responsabilidade também das pessoas, empresas e da sociedade.

Conforme Dallari e Nunes Júnior<sup>64</sup>, em uma análise sistemática da Constituição brasileira de 1988, são delimitados os direitos fundamentais em dois aspectos: um formal e outro material. O constituinte optou por identificar um conjunto de direitos ao

---

<sup>59</sup> HOCHMAN, ARRETCHE e MARQUES, ref. 41, p. 14.

<sup>60</sup> LIPPEL, Alexandre Gonçalves. Juiz Federal. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade. *Revista de Doutrina da 4ª Região* [em linha]. Porto Alegre: Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2004 n.º 1, jun. 2004 [consult. 13 jan. 2020]. ISSN 1980-458X. Disponível em: [https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre\\_lippel.htm](https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre_lippel.htm)

<sup>61</sup> BRASIL, ref. 9, art. 196.

<sup>62</sup> SANTOS, Maria Ferreira dos. *Direito previdenciário esquematizado*. 8ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018, p. 109. ISBN 9788547229504.

<sup>63</sup> Trata-se de um princípio constitucional baseado no artigo 194, I, e 196, *caput*, da CRFB/88, onde se entende que os direitos fundamentais devem abranger a todas as pessoas não sendo necessário qualquer requisito para tal. É um direito inerente da pessoa.

<sup>64</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 35-37.

qual atribuiu a formalmente à fundamentalidade, indicando quais direitos foram incorporados pela Constituição. O artigo 5º, § 2º, da lei suprema, foi dotado de uma espécie de cláusula aberta material, segundo a qual os direitos expressos nela não excluem outros que possam vir a serem adotados, ou em tratados internacionais em que o Brasil faça parte, sendo assim, podendo abarcar os direitos fundamentais e a concretização do princípio da dignidade humana. Com isso, entendeu-se que a Constituição brasileira, mesmo adotando a livre iniciativa e a propriedade privada, não deixou de ressaltar que o objetivo é propiciar dignidade a todos, com base na justiça social.

Dallari e Nunes Júnior<sup>65</sup> consideram que os direitos sociais no Brasil e sua ideia tiveram início na Constituição brasileira de 1824, promulgada pelo imperador, em que o direito à saúde estava expresso na leitura dos incisos XXI, XXII e XXIII, do artigo 179, garantindo o “socorro público”. Já na Constituição de 1891, os direitos sociais foram novamente colocados de lado, limitando-se apenas aos direitos de liberdade. Em evolução, a Constituição de 1934, baseada na “Era Vargas”, teve o objetivo de fixar no Brasil os direitos sociais. Por conseguinte, tem-se a Constituição de 1937, também chamada de Constituição Polaca, pois foi baseada na Constituição da Polônia. Neste texto constitucional, foram mantidos os direitos de proteção do trabalho, porém, novamente houve um retrocesso quanto às liberdades públicas e aos direitos sociais.

Novamente, as Constituições de 1946 e 1967 marcaram o autoritarismo e o poder do Estado, no entanto a Carta Magna de 1967 passou a prever os direitos individuais e sociais nos artigos 150 e 156, respectivamente. Os direitos fundamentais foram priorizados e efetivamente preconizados na Constituição de 1988, onde o direito à saúde passou a estar expresso nos artigos 196 e 194.<sup>66</sup> Além desses dispositivos, cita-se ainda o artigo 6º que diz: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho e a moradia [...]”<sup>67</sup>.

O artigo 6º da CRFB/1988 transformou o direito à saúde em um direito fundamental, possuindo uma legitimidade autogerativa, ou seja, o direito à saúde tem caráter supranacional, pois, podem se estabelecer também por meio de cortes internacionais de direitos humanos. Neste sentido, possui ainda rigidez constitucional, ou seja, esse direito pode ser modificado somente por intermédio de um processo mais gravoso, sendo vedada sua alteração por normas infraconstitucionais e também, na maioria das vezes, possuindo aplicação imediata.<sup>68</sup> Com isso, tornou-se uma regra constitucional, a qual determina ser dever do Estado a promoção da saúde, trazendo a

---

<sup>65</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, *loc. cit.*

<sup>66</sup> *Ibid.*, pp. 39-64.

<sup>67</sup> BRASIL, ref. 9, art. 6º.

<sup>68</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 67-69.

responsabilidade deste como direito fundamental à saúde e sua garantia pelas políticas públicas. Além disso, o direito à saúde está estritamente ligado aos direitos humanos.

A dignidade da pessoa humana ainda está descrita no artigo 1º, inciso III, da CRFB. Fundamentada nesse princípio, foi criada a Súmula n. 183 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), que diz: “O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde asseguram a concessão de passe livre ao necessitado, com custeio por ente público, desde que demonstradas a doença e o tratamento por meio de laudo médico”<sup>69</sup>.

Pimentel, em comentários à Súmula n. 183, entende que “[...] viver com dignidade nada mais é do que o exercício pleno de um direito básico e inalienável, do qual são titulares os brasileiros e os estrangeiros residentes no País”<sup>70</sup>.

Na mesma direção, a excelentíssima ministra Carmem Lúcia, ao apreciar a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 3.510/DF, ao deferir seu voto e ao falar sobre a dignidade da pessoa humana, entendeu que não pode haver:

“[...] determinismo ou definitividade no sofrimento do ser humano. Nem se há de se admitir o sofrer pelo sofrer. O homem existe para ser feliz. Quer ser feliz. Tudo o que o tolhe, limita, dificulta ou impede este estágio de realização humana pode conduzir à indignidade da pessoa. Paralelamente, o que alargue as humanas condições tende a ser benéfico à dignidade. [...]. Por isto o direito há de cuidar da vida do homem com a indisponibilidade que o caracteriza, com a integridade que o assegura, com a liberdade que a humaniza, com a responsabilidade que a possibilita. Enfim, a dignidade humana não pode ser elemento de mínima concessão. Cabe ao direito assegurar que assim se cumpra. Mas esta garantia não se restringe a uma competência estatal; há que se converter em compromisso social.”<sup>71</sup>

O direito fundamental à saúde pode ser considerado em um caráter amplo, pois engloba a saúde tanto física como mental, e ainda podendo ser considerado um direito subjetivo, uma vez que, contempla todos que tiverem sua saúde afetada, independentemente de filiação e de contribuição para assim disporem desse direito. Além disso, o direito à saúde pode ser considerado um importante indicador social, pelo qual se avalia se o Estado tem feito um trabalho adequado na promoção da saúde à população. Com isso, é possível comprovar se há atraso ou avanço no desenvolvimento econômico e social.

Apesar de o direito fundamental à saúde estar elencado na Constituição brasileira, sua efetivação se dá pelas políticas públicas. Neste sentido, Bucci explica que

“As políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, que passam a estruturar uma coletividade de interesses. Segundo uma definição estipulativa: toda política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular. Os elementos das políticas públicas

<sup>69</sup> RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. *Súmula 183* [em linha]. Rio de Janeiro: TJRJ, 2011 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: [http://webfarm.tjrj.jus.br/biblioteca/index.asp?codigo\\_sophia=150729](http://webfarm.tjrj.jus.br/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=150729)

<sup>70</sup> PIMENTEL, Ademir Paulo. Súmula nº 183. In: MARIANO, Leila e PASSOS, Carlos Eduardo da Fonseca, coords. *Comentários aos verbetes sumulares do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro* [em linha]. Rio de Janeiro: EMERJ e CEDES, 2012, p. 205 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: <http://app.tjrj.jus.br/sumulas-tjrj/files/mobile/index.html#207>

<sup>71</sup> STF [Brasil], ADI 3510, Rel. Min. Ayres Britto, Tribunal Pleno, j. 29/05/2008, DJe 28/05/2010, pp. 333-334.

são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra esse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização.”<sup>72</sup>

Dallari e Nunes Júnior<sup>73</sup> afirmam que os princípios constitucionais do direito à saúde podem ser divididos em sua fundamentalidade, responsabilidade estatal ao acesso igualitário, gratuidade e integralidade. A fundamentalidade é composta por vários dispositivos gerais, como historicidade, universalidade e autogeneratividade. Quanto à historicidade, pode-se definir como a própria evolução do direito à saúde, dentro do contexto ao longo dos anos, onde, por meio do pacto com a OMS, estabeleceu-se, em seu preâmbulo, o seguinte conceito de direito à saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”<sup>74</sup>. Estudar e compreender a historicidade de determinado assunto é fundamental para que se perceba como tudo começou e como tem se desenvolvido.

No que diz respeito à legitimidade autogenerativa, Dallari e Nunes Júnior continuam seu conceito, ressaltando que, pelo fato de o direito à saúde ser tratado como direito fundamental, deve-se ter muita cautela, não apenas para as políticas internas de um país, à medida que pactos e leis internacionais se preocupam com o cuidado do tema em questão. Quanto à questão envolvendo a universalidade, como o próprio nome diz, trata-se do conceito que o direito à saúde deve ser destinado a qualquer ser humano, sem qualquer restrição de classe, gênero ou categoria que este se enquadre. O fato de se tratar de um ser humano já adquire o direito à saúde. Já na universalidade, Dallari e Nunes Júnior entendem que o direito à saúde, por ser universal, é inerente a todo ser humano, sendo vedada qualquer restrição por grupo, categoria ou classe.<sup>75</sup>

Acerca da responsabilidade estatal, Dallari e Nunes Júnior<sup>76</sup> estabelecem uma concepção com base no artigo 196 da CRFB, o qual afirma serem atribuições do Estado a promoção e a garantia do direito à saúde. Com base nos artigos 194 a 200 da Constituição brasileira, passou-se a garantir o acesso à saúde de maneira universal, igualitária e gratuita. Vale destacar que os sistemas da seguridade social, organizados pela lei suprema brasileira, são integrados em três subsistemas, quais sejam: da previdência, da saúde e da assistência social, conforme disposto no artigo 194 da CF/88. Isto se deve à necessidade de que sejam envolvidas nesse processo, todas as instâncias da administração pública.

---

<sup>72</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos In: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. *Direitos humanos e políticas públicas* [em linha]. São Paulo: Pólis, 2001, (Cadernos Pólis, 2), p. 13 [consult. 13 jan. 2020]. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/441/POLIS\\_direitos\\_humanos\\_politicas\\_publicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/441/POLIS_direitos_humanos_politicas_publicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>73</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 64-76.

<sup>74</sup> OMS, ref. 20, n.p.

<sup>75</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 64-65.

<sup>76</sup> *Ibid.*, pp. 64-67.

Os artigos 5º, *caput*, e 196, da Constituição brasileira, preconizam o acesso universal e igualitário. Além disso, o direito à saúde passa pelo princípio constitucional da gratuidade, onde, no sistema público de saúde brasileira, é proibida a cobrança de qualquer prestação, sejam elas ações, serviços ou equipamentos de saúde.

Outro princípio importante abordado por Dallari e Nunes Júnior é o da integralidade, o qual compreende obrigação do Estado em promover a saúde de maneira integral. Ressalte-se ainda que o direito à saúde se encontra dentro dos direitos sociais, sendo esta financiada por recursos orçamentários de todos os entes da federação. Considerando a Lei Orçamentária Anual (LOA), cada ente deve ter uma unidade própria para programação de receitas e despesas para a seguridade social. Logo, é possível dizer que o direito à saúde foi incorporado dentro dos direitos fundamentais, por meio do artigo 6º da Constituição brasileira.<sup>77</sup>

Nesse sentido, Gameiro<sup>78</sup> entende que o direito à saúde abrange diversos princípios fundamentais e, desse modo, acrescenta, além dos já abordados até o momento, a existência de outros diretamente importantes quanto à abordagem do direito fundamental à saúde. Diante disto, o autor vai além dos direitos à universalidade e integralidade, abordando os princípios da generalidade, igualdade proporcionalidade, democracia e participação popular, eficácia e justiciabilidade.

Acerca do princípio da universalidade, admite-se ser este um princípio em que toda pessoa é titular do direito à saúde, sendo ela livre para exercer esse direito à luz da Constituição e das leis garantidoras do direito. Trata-se de um direito irrecusável e disponível, independentemente de qualquer nacionalidade, pois o bem jurídico em questão é a vida. Logo, o direito fundamental à saúde não se restringe aos cidadãos de Brasil ou Portugal, por exemplo, pois se trata de um direito inerente ao próprio ser humano. Portanto, tanto o cidadão nacional quanto o estrangeiro, em situação regular, devem dispor dos tratamentos de saúde que se fizerem necessário.

Sobre a generalidade, Gameiro<sup>79</sup> reforça que esta é a extensão efetiva do direito à saúde, no que diz respeito à abrangência da norma constitucional, ou seja, tanto o indivíduo saudável quanto o indivíduo acometido por alguma doença recebem a proteção jurídica da norma constitucional. Este pensamento se detém na perspectiva que o direito à saúde não é somente para quem está doente. Neste sentido, a promoção da saúde se dá, também, por meios que previnam doenças, pois, conforme a própria

---

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 75.

<sup>78</sup> GAMEIRO, Ian Pimentel. *O conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015, pp. 69-82 [consult. 27 jun. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/34767>

<sup>79</sup> GAMEIRO, ref. 75, p. 71.

definição da OMS, “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”<sup>80</sup>.

O princípio da igualdade, além de garantir os direitos a todos, estabelece que estes devem ser respeitados conforme as peculiaridades pessoais de seus destinatários, uma vez que o direito social e a proteção do direito à saúde envolvem particularidades individuais, de trejeitos e matérias não necessariamente iguais, porém seu direito deve ser tratado com equidade. Isto quer dizer que as pessoas terão acesso ao direito à saúde em um mesmo patamar, sendo garantido o mesmo tratamento jurídico a todos. Neste ínterim, Gameiro afirma que:

“[...] a igualdade de acesso ao sistema de cuidados não significa a possibilidade de busca deste sistema de qualquer maneira. Sendo diferentes as necessidades e as características de cada grupo de pessoas, o acesso também deve verificar-se diferenciado. Não viola o princípio da igualdade, portanto, a lei ou regulamento que estabelece critérios diferenciados de acesso ao sistema público de saúde conforme características particulares de cada grupo de pessoas – basta se pensar, para este efeito, que o acesso de indígenas ao sistema público de saúde no Brasil não se realiza ao modo ‘urbano’.”<sup>81</sup>

Sob essa perspectiva, Lenza, ao citar o discurso escrito por Rui Barbosa, em *Oração aos moços*, ressalta que o princípio da igualdade busca a equidade material, uma vez que se deve “[...] tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades”<sup>82</sup>. A Constituição brasileira aprofunda algumas regras para destacar as igualdades e as desigualdades, isto para que não seja ferida a isonomia do direito.

Gameiro<sup>83</sup> concluiu que a igualdade de acesso às prestações de saúde significa uma igualdade na possibilidade de recebê-las, e não uma igualdade em prestações, ou seja, respeitando a individualidade de cada pessoa. Quanto ao princípio da proporcionalidade, o autor esclarece que deve ser levada em consideração a interpretação dos fatos para vedação ao excesso. O direito à saúde e sua prestação devem estar de acordo com a quantidade, qualidade e eficiência e a estabilidade do Estado.

A democracia ou participação popular, segundo Gameiro, tem sua importância, uma vez que, por via das conquistas históricas é que hoje se tem as garantias fundamentais do direito à saúde, pelas quais foram atribuídas ao estado as prestações para promoção desse direito. Além disso, a participação popular busca reivindicar junto ao Estado a reparação de suas falhas nesta prestação, pois, no Brasil, o direito à saúde é considerado um direito subjetivo, onde, conforme o artigo 196, se trata de um direito de todos e cabe ao Estado sua promoção.

---

<sup>80</sup> OMS, ref. 20, n.p.

<sup>81</sup> GAMEIRO, *op. cit.*, pp. 69-82.

<sup>82</sup> BARBOSA, Rui *apud* LENZA, ref. 22, p. 751.

<sup>83</sup> GAMEIRO, *op. cit.*, pp. 69-82.

Ocorre que esta proteção integral está gerando um movimento de judicialização da saúde no Brasil, pois mesmo sendo um direito constitucional, a população não consegue ter seus direitos garantidos, pelas falhas nas políticas públicas voltadas à saúde, bem como o próprio objeto de estudo deste trabalho: a corrupção. Logo, tem-se um aumento da demanda no Judiciário, onde ocorre a busca pelos direitos constitucionais, por meio deste. Por conta disto, os princípios da eficácia são maculados, pois a pretensão, nesse caso, é a aplicabilidade e a proteção do direito à saúde.

No que diz respeito à justiciabilidade, o direito à saúde compreende uma garantia integral. Sendo assim, se este for rechaçado, poderá ser concedido em sua integralidade por intermédio de uma medida judicial, considerando o exame de cada caso concreto dentro do Poder Judiciário.

O direito fundamental à saúde no Brasil desenvolveu-se constitucionalmente no sentido de integralizar todos a um sistema onde a responsabilidade de garantir esse direito constitucional é do Estado. Tal garantia se dá pelas políticas públicas que visam aos princípios tratados, como no caso da eficácia e da universalidade.

Como o direito e as relações sociais estão em constantes modificações, pode-se dizer que o direito à saúde decorreu de movimentos sociais, os quais buscavam a redemocratização política, pois não bastava a previsão genérica imposta em lei pela Constituição. Deste modo, buscava-se sua efetivação por meio de um sistema único, para efetividade do direito à saúde. Diante deste quadro, foi criado o Sistema Único de Saúde como mecanismo institucional de implementação do direito à saúde.<sup>84</sup>

Com a ideia de ampliação ao acesso à saúde, o Brasil instituiu, em 1990, o SUS, fundamentado no artigo 198 da CRFB/88, que afirma que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”<sup>85</sup>. A definição do SUS está prevista na Lei n. 8.080/1990, em seu artigo 4º, que diz: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>86</sup>.

O direito à saúde no Brasil atualmente é efetivado pelo SUS, ou seja, trata-se de uma série de políticas públicas que garantem a efetiva determinação constitucional do direito à saúde, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. Este sistema tem enfrentado grandes problemas, uma vez que os repasses de verbas para saúde têm sido prejudicados por fatos adversos aos seus propósitos, tais como a

---

<sup>84</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, p. 76.

<sup>85</sup> BRASIL, ref. 9, art. 198.

<sup>86</sup> BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020 [consult. 24 set. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

corrupção. Este ilícito tem sido combatido de igual por órgãos de controles como Tribunal de Contas da União (TCU), MPF, CGU e Polícia Federal, que atuam juntos ou isoladamente para garantir a melhor prestação das garantias fundamentais.

Apesar das dificuldades encontradas, a implantação do SUS foi um avanço para atender a norma constitucional da garantia fundamental à prestação da saúde, tendo que se adequar conforme as necessidades criadas no decorrer dos anos. Trata-se de um instituto que tem se reformulado para atender os objetivos aos quais está destinado, apesar dos recorrentes esquemas de corrupção na saúde.

## **1.2 Direito fundamental à saúde em Portugal**

O direito à saúde, além de norma constitucional, é considerado uma política pública. Concebido por Campos e Simões<sup>87</sup> como um direito social recente, o direito à saúde passou a ser evidenciado após a segunda metade do século XX. Em analogia, os autores citam o fato de o ministério da saúde ter sido criado somente em 1958, dez anos após o estabelecimento do direito à saúde britânico.

Campos e Simões ressaltam que a saúde não era considerada prioridade pelos candidatos ao governo à época, pois não a percebiam como um bem coletivo, mas sim parte integrante de um conjunto de direitos individuais. Neste sentido, o percurso da saúde pode ter se desenvolvido pelas grandes empreitadas coloniais e marítimas, com a necessidade de manter a saúde de soldados e marinheiros. Com base nesse entendimento, Pombal liderou a Reforma Pombalista, levando a importância do conhecimento à saúde pública por meio das universalidades, sendo implantadas tais medidas na Universidade de Coimbra.

Ainda conforme Campos e Simões, somente em meados do século XIX a saúde pública passou a crescer na Inglaterra, após os estudos de John Snow sobre a associação da contaminação das águas da fonte de uma rua principal de Londres, por dejetos de esgoto e o adoecimento da população com o aparecimento de cólera, onde por meio disso, foram tomadas medidas que garantissem condições sanitárias plenamente eficazes. Já em Portugal, em decorrência do crescimento de outras nações europeias, estabeleceu-se a criação do Ministério do Reino – o Conselho de Saúde Pública – em 1837, o qual foi transformado em junta consultiva de Saúde Pública em 1884, e, por conseguinte, a primeira reforma em 1901, criando os primeiros cursos sanitários. Entretanto, a função que era entendida como individual e familiar começou a ser modificada e apoiada pelo Estado, chegando a uma realidade mais próxima do que se conhece hoje.

---

<sup>87</sup> CAMPOS e SIMÕES, ref. 14, pp. 19-26.

Nesse sentido, Sousa<sup>88</sup> entende que o direito à saúde na Constituição portuguesa está diretamente relacionado à norma constitucional, dependendo de interposição normativa para satisfação deste direito. Além disso, o direito à saúde está elencado no catálogo dos direitos econômicos, sociais e culturais, onde, sobre a ótica de um direito subjetivo público, assegura a todos o direito à garantia e proteção à saúde, conforme preconiza o artigo 64.º, n.º 1, da CRP. Entretanto, o mesmo artigo traz ainda a obrigação do Estado de proporcionar a condição de fornecimento desse direito pelo SNS, universal e tendencialmente gratuito, conforme disposto no artigo 64.º, n.º 2, da CRP.

O direito à saúde em Portugal foi incorporado expressamente em 1976 na Constituição portuguesa, tendo por base o

[...] Estado Social e Democrático de Direito, que apresenta valores de liberdade, direitos fundamentais e direitos sociais. Nesta medida, todas as prestações sociais idealizadas pelos legisladores constituem concretizações de um dever de base constitucional e não qualquer vontade política em retirar ou atribuir benefícios aos cidadãos. O direito à saúde é um dos direitos sociais que aparece consagrado no 64º artigo da Constituição e constitui a base dos princípios em que se fundou o Serviço Nacional de Saúde (SNS). O SNS é a concretização do dever do Estado em garantir o direito à proteção da saúde dos seus cidadãos.”<sup>89</sup>

A evolução do sistema da saúde de Portugal<sup>90</sup> se deu do período de 1899 a 1979, onde com a nova Constituição surgiu o SNS. Neste sentido, assim como no Brasil, o direito à saúde foi se modificando por meio da realidade histórica e as movimentações sociais. A ideia de direito à saúde como direito social se iniciou em 1899, com Ricardo Jorge, estabelecendo-se a organização dos serviços de saúde pública. Esta organização prestava cuidados em saúde de modo privado, cabendo ao Estado somente a assistência aos pobres.

A Constituição brasileira de 1933 previa a revisão constitucional de dez em dez anos, pela assembleia constituinte, podendo ainda ser realizada em um período de cinco anos. Em 1945, procedeu-se a revisão da Constituição de 1933, em que houve um alargamento dos poderes do Legislativo.<sup>91</sup> Neste movimento, por via do Decreto-Lei n.º 35.108/45, de 7 de novembro<sup>92</sup>, iniciou-se a reforma sanitária de Trigo de Negreiros, este era Subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior. Neste período, foi reconhecida a situação da grave crise sanitária no país, gerando uma resposta do Estado pelas políticas públicas de saúde, como as

<sup>88</sup> SOUSA, ref. 23, pp. 33-35.

<sup>89</sup> NUNES, Alexandre Morais. Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. *Direitos Fundamentais & Justiça* [em linha]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2017, ano 11, n.º 37, pp. 17-18 [consult. 20 jan. 2020]. ISSN 1982-1921. Disponível em: doi:10.30899/dfj.v11i37.122

<sup>90</sup> PORTUGAL. Governo da República Portuguesa. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. *Serviço Nacional de Saúde* [em linha]. Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2020a [consult. 20 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

<sup>91</sup> SILVA, Maria Manuela Magalhães e ALVES, Dora Resende. *Noções de direito constitucional e ciência política*. 3ª ed. Lisboa: Rei dos Livros, 2016, pp. 38-39. ISBN 9789898823373.

<sup>92</sup> PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 35.108/45, de 7 de novembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 7 nov. 1945, n.º 247, pp. 889-922 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/466285>

relacionadas à tuberculose e à saúde materna. As mudanças sanitárias não pararam, e, em 1946, por intermédio da Lei n.º 2.011/46, de 2 de abril<sup>93</sup>, estabeleceu-se uma organização sistêmica de toda rede de saúde, para atividade a ser lançada em um complexo hospitalar. Começava neste período a construção de hospitais onde seriam administrados pelas Casas de Misericórdias.<sup>94</sup>

Já no ano de 1958, por meio do Ministério da Saúde e da Assistência, estabeleceu por via do Decreto-Lei n.º 41.825/58, de 13 de agosto<sup>95</sup>, o qual instituiu que a responsabilidade e administração de serviços e assistência à saúde pública não seriam desempenhadas por meio do Ministério do Interior. Neste ínterim, outra evolução importante ocorreu após a promulgação da Lei n.º 2.120/63, de 19 de julho<sup>96</sup>, que instituiu ações para o estabelecimento de saúde e assistência, atribuindo para o Estado, todas as diretrizes para a realização efetiva dos serviços ao interesse público, motivo esse que veda entidades privadas sua responsabilidade. Desta maneira, ficou sob a responsabilidade do Estado desenvolver atividades privadas que se adequem aos princípios da administração pública, mas de maneira a suplementar a atividade pública.<sup>97</sup>

No ano de 1971<sup>98</sup>, mais uma revisão extensa ocorreu, onde o Estado português se organizou em regiões autônomas, procedendo a redução de números de artigos da Constituição de 181 para 143 artigos. Nesta oportunidade foram ampliados os direitos fundamentais. Ainda, aproveitando esse número de alterações, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro<sup>99</sup>, o Ministério da Saúde e Assistência, sistematizou todos os serviços de saúde e assistência ao seu quadro funcionários, e recursos monetários. Mas desenvolveu a conscientização de como era importante promover a saúde e profilaxia de patologias. Neste sentido, os primeiros centros de saúde não possuem alguns serviços tais como, os médicos e sociais encontrados nas Caixas de Previdência.<sup>100</sup>

Sob outra perspectiva da legislação de 1971<sup>101</sup>, é possível dizer que esta teve sua importância pelo fato de findar um novo modo de financiamento do sistema de saúde,

---

<sup>93</sup> PORTUGAL. Lei n.º 2.011/46, de 2 de abril. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 2 abr. 1946, n.º 70, pp. 201-204 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/339500>

<sup>94</sup> PORTUGAL, ref. 90, n.p.

<sup>95</sup> PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 41.825/58, de 13 de agosto. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 13 ago. 1958, n.º 177, p. 890 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/352114>

<sup>96</sup> PORTUGAL. Lei n.º 2.120/63, de 19 de julho. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 19 jul. 1963, n.º 169, pp. 969-973 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/693016>

<sup>97</sup> PORTUGAL, ref. 90, n.p.

<sup>98</sup> SILVA e ALVES, *op. cit.*, p. 39.

<sup>99</sup> PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 27 set. 1971a, n.º 228, pp. 1406-1434 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/632738>

<sup>100</sup> PORTUGAL, ref. 90, n.p.

<sup>101</sup> CAMPOS e SIMÕES, ref. 14, pp. 28-29.

pois, até então, os cuidados individuais de saúde prestados eram financiados pelo assistido, por seus ascendentes e descendentes ou pelos demais parentes que tivessem a responsabilidade da prestação de alimentos. Neste caso, o Estado era garantidor somente das doenças consideradas de flagelos sociais tais como: lepra, tuberculose, saúde mental, proteção materno infantil e demais doenças transmissíveis. A legislação de 1971<sup>102</sup> não foi considerada uma mudança repentina, mas um marco de uma fase de integração de diversas atividades de saúde, onde se encontravam devidamente planejadas e organizadas.

O Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro<sup>103</sup>, incluiu uma adequação de modo progressivo da estrutura das carreiras de seus funcionários que atuam no ministério da saúde e assistência podendo apontar como áreas reconfiguradas as assistenciais, ligadas diretamente aos pacientes (médicos, farmácia e enfermagem) e as técnicas e auxiliares. Essa medida foi necessária para uma melhor funcionalidade dos serviços prestados, para a devida promoção de políticas de saúde pública.<sup>104</sup>

No decorrer da história, ocorreu, em abril de 1974<sup>105</sup>, uma revolução com o propósito de pôr fim ao regime político ditatorial, em busca de um regime político democrático. Pela primeira vez em Portugal ocorreram eleições com sufrágio universal para uma nova assembleia constituinte, a qual seria encarregada pela elaboração de uma nova Constituição para consagração de um regime democrático, que entraria em pleno vigor em 1976. Neste período, também ocorreram mudanças importantes no campo do direito à saúde, pelo Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro<sup>106</sup>. Neste momento, os hospitais que era administrados pelas casas de Misericórdias, começaram a ser gerenciados por meio de comissões que prestavam informações diretamente o responsável pela secretaria do Estado. Neste sentido, a administração pública da saúde tornou-se uniforme em todo o Estado e inclinadas ao que foi determinado no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro.<sup>107</sup>

Em 1976 foi aprovada uma nova Constituição. A assembleia constituinte portuguesa seria eleita por sufrágio direto, secreto e universal. Esta nova Constituição da República Portuguesa rompia com a Constituição anterior no sentido de não dar continuidade. Segundo Canotilho<sup>108</sup>, a ruptura constitucional significava que esta nova

---

<sup>102</sup> *Ibid.*, p. 26.

<sup>103</sup> PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 27 set. 1971b, n.º 228, pp. 1434-1445 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/632740>

<sup>104</sup> PORTUGAL, ref. 90, n.p.

<sup>105</sup> SILVA e ALVES, ref. 87, p. 40.

<sup>106</sup> PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 7 dez. 1974, n.º 285, pp. 1534-(5)-1534-(6) [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/486300>

<sup>107</sup> PORTUGAL, ref. 90, n.p.

<sup>108</sup> CANOTILHO, ref. 38, p. 195.

ordem constitucional implicava em uma ruptura com a ordem constitucional anterior, pois não reconduz juridicamente e politicamente.

Ainda conforme o Canotilho<sup>109</sup>, a Constituição de 1976 foi considerada uma Constituição de momentos, classificados em revolucionários, extraordinário e maquiavélico. No momento de revolução, era voltada para mudanças econômicas e sociais baseadas em um processo histórico e de alterações mais rápidas e necessárias. Já o momento extraordinário é o momento de intensa participação do povo, ou seja, de mais vontade dos governados. E finalmente, o momento maquiavélico era o momento vivido naquele “novo Portugal”, onde a república se vê confrontada com a dinâmica temporal.

Em resumo, os momentos são propostos para que se compreenda como foi promulgada a Constituição de 1976, entendendo que o momento revolucionário é importante, porém, admitindo a possibilidade de que haja um momento extraordinário e outro maquiavélico. Dentre essas quebras de paradigmas, pode-se destacar como relevante para este trabalho o disposto no artigo 64.º, o qual garante a todos os cidadãos o direito à proteção da saúde, além do dever do Estado em defendê-lo e promovê-lo. Portanto, com essa quebra de paradigmas o serviço nacional de saúde conseguiu atingir os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e gratuidade do direito à saúde.<sup>110</sup>

Com isso, podemos dizer que o Estado deve ser o garantidor do acesso à saúde de maneira igualitária e integral a todos os cidadãos, bem como a tudo que engloba seu direito fundamental da saúde. Afim de garantir toda a cobertura de uma estrutura médica e hospitalar em todo território nacional.<sup>111</sup> Isto se deve porque a República da Constituição de 1976 é voltada para a dignidade da pessoa humana, conforme descrito em seu artigo 1.º.

Com base nas experiências históricas de pós-guerras, a República se organizou politicamente para servir ao homem, e não o contrário, assumindo a ideia de comunidade inclusiva, independente da cultura, religião ou filosofia. Entendendo ainda que o Estado democrático de direito ficou internacionalmente vinculado, pois em sua estrutura de plano interno, respeitam os direitos humanos ou direitos do homem consagrados nos pactos internacionais. Ela ainda é considerada social, pois dispõe de direitos e princípios de natureza social, além de abranger os direitos sociais, onde destaca-se, no artigo 64.º, n.º 2, “a”, a criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e gratuito.<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> *Ibid.*, pp. 203-207.

<sup>110</sup> PORTUGAL, ref. 10, artigo 64.º.

<sup>111</sup> PORTUGAL, ref. 10, artigo 64.º.

<sup>112</sup> CANOTILHO, ref. 38, pp. 225-348.

Canotilho<sup>113</sup> entende que os direitos fundamentais expostos na Constituição de 1976 são elementos básicos para realização do princípio democrático. Assim, as participações em igualdade dos cidadãos tornam-se fundamentos funcionais da democracia, criando um exercício contra poderes antidemocráticos, assegurando o direito da soberania popular, bem como na soberania popular e garantia dos direitos fundamentais expostos no artigo 2.º da CRP.

O acesso universal à saúde se deu de fato no ano de 1979 pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, onde foi criado o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais. Neste momento, o direito à saúde foi estabelecido de maneira integral a todos os cidadãos, estrangeiros que necessitem, abrangendo ainda os sem pátria e refugiados.<sup>114</sup>

Até então, os portugueses que não tivessem cobertos pela previdência, pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) ou por um dos diversos subsistemas de saúde, forças militares e militarizadas, só podiam ser atendidos após se submeterem a um inquérito assistencial de classificação em: pensionistas, porcionistas ou gratuitos.<sup>115</sup>

O acesso integral à saúde para todos ocorreu pela concretização do princípio da universalidade, pois com o processo de inclusão dos direitos fundamentais e a nova Constituição, o foco era o indivíduo na pessoa do homem.<sup>116</sup>

Sendo assim, pela primeira vez se consagrava o direito universal à saúde e, com a criação do SNS, foi possível desenvolver o cuidado integral a saúde, garantido a toda população, sem qualquer discriminação de idade, sexo, raça, religião ou classe cuidados integrados de saúde. Vale ressaltar que o acesso gratuito a esse novo sistema permitiu a criação de taxas.

Nesse sentido, Nunes<sup>117</sup> entende o direito à saúde como uma garantia, sendo tratado como um direito fundamental pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, estabelecido no artigo 25, onde diversas constituições signatárias, inclusive a CRP, aderiram à ideia de que o direito à saúde seria um direito fundamental e, como tal, deveriam ser direito de todos os cidadãos, sendo responsabilidade do Estado a promoção adequada desta política pública.

---

<sup>113</sup> *Ibid.*, pp. 290-293.

<sup>114</sup> PORTUGAL, ref. 90, n.p.

<sup>115</sup> CAMPOS, António Correia de. *Reformas da saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina, 2008, pp. 19-20. ISBN 9789724036045.

<sup>116</sup> CANOTILHO, *op. cit.*, p. 416.

<sup>117</sup> NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [em linha]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2009, n.º 87, pp. 143-169 [consult. 27 jun. 2020]. ISSN 2182-7435. Disponível em: doi:10.4000/rccs.1588

A Constituição portuguesa, em seu artigo 18.º, estabelece direitos, liberdades e garantias aos seus cidadãos, mas foi pelo artigo 64.º, que o direito à saúde se estabeleceu.

Cumprir informar que, até se atingir a redação constitucional portuguesa atual, a qual descreve sobre o direito à saúde, este sofreu cerca de três alterações constitucionais importantes, no decorrer dos anos, mais especificamente nos anos de 1982, 1989 e 1997. A primeira revisão tratou sobre a gestão descentralizada e participativa, onde foram criadas as administrações regionais de saúde responsáveis pelo planeamento, gestão de recursos, apoio administrativo e técnico para unidades de saúde e monitoramento do desempenho pelas prestadoras de serviços de saúde. Já a revisão do artigo 64 da Constituição em 1989, recebeu alterações mais profundas no que se diz respeito à redação original, pois, por meio da Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho<sup>118</sup>, estabeleceu-se o afastamento do princípio da gratuidade e da finalidade. Em 1997, ocorreu a última revisão do artigo com a publicação da Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro<sup>119</sup>, a qual sua redação encontra-se em vigor.<sup>120</sup>

Assim como no Brasil, o direito à saúde em Portugal é considerado um direito fundamental do homem e tem os mesmos princípios: o da universalidade e o da integralidade. O direito fundamental à saúde está disposto no artigo 64.º da CRP, que dispõe:

“1 - Todos têm DIREITO à protecção da saúde e o DEVER de a defender e promover.  
2 - O direito à protecção da saúde é realizado:  
Através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; [...]”<sup>121</sup>

São deveres do Estado a garantia e a proteção à saúde, bem como a garantia do direito à saúde pela implementação do SNS, assegurando a universalidade a todos os cidadãos, no tocante ao direito fundamental à saúde. O SNS foi um grande avanço para promoção e garantia desse direito em Portugal.

---

<sup>118</sup> PORTUGAL. Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho. *Diário da República: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 8 jul. 1989, n.º 155, pp. 2734-(2)-2734-(69) [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/496551>

<sup>119</sup> PORTUGAL. Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro. *Diário da República: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 20 set. 1989, n.º 218, pp. 5130-5196 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/653562>

<sup>120</sup> NUNES, ref. 85, pp. 19-23.

<sup>121</sup> PORTUGAL, ref. 10, artigo 64.º.

## 2 CONCEITO CORRUPÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS

O termo *corrupção* possui uma grande responsabilidade pelas dificuldades da verdadeira garantia dos direitos fundamentais, pois suas falhas afetam diretamente as políticas públicas de acesso universal e igualitário, como o direito à saúde.

Em definição, segundo Silva<sup>122</sup>, a palavra *corrupção* está ligada a definições de falhas de caráter e moralidade, bem como todos os adjetivos pejorativos a qual a palavra possa ser remetida de maneira a lembrar algo em estágio de putrefação. Geralmente, a corrupção está associada a ações de agentes na corrupção onde um age de maneira ativa e o outro de maneira passiva a cometer uma ilegalidade para obtenção de recursos não lícitos.

A percepção da corrupção geralmente está ligada aos valores e moralidade ligadas em uma sociedade historicamente falando.

Outro conceito que se destaca é o da *Transparency International*, a qual define corrupção como

“[...] o abuso do poder confiado para ganho privado”<sup>123</sup>.

Segundo dados da transparência internacional do Brasil<sup>124</sup>, o País caiu 17 posições no *ranking* mundial, saindo, no ano de 2017, da 79ª para 96ª posição. Isto se deve pela não busca de causas estruturais da corrupção no país. No ano de 2019, o Brasil começou a construir uma oportunidade para lidar com a corrupção institucionalizada, como no âmbito nacional, com exemplos abordados neste trabalho dos casos apontados nos hospitais federais do Rio de Janeiro, em que se tentou modificar o panorama por meio do quadro de renovação política, por via do processo eleitoral. Porém, no ano de 2020, a pandemia que se instalou no mundo não foi um aspecto impeditivo para fraudes em contratos de saúde, fato que se estendeu por todo o território brasileiro. Portugal, por sua vez, encontra-se na 29ª posição no Índice de Percepção da Corrupção (IPC).

A corrupção impõe custos em várias áreas, constituindo-se num grande entrave para a democracia e o direito propriamente dito, pois, na área econômica e social, a

<sup>122</sup> SILVA, Marcos Fernandes Gonçalves da. Economia política da corrupção: um ensaio crítico. In: SILVA, Marcos Fernandes Gonçalves da. *A economia política da corrupção: o “Escândalo do Orçamento”* [em linha]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 1995, (Relatório de pesquisa, 3), pp. 8-12 [consult. 6 jan. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/13335>

<sup>123</sup> TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *What is corruption?* [em linha]. Berlin: Transparency International, 2019, tradução livre [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.transparency.org/what-is-corruption>

<sup>124</sup> TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL [Brasil]. *Índice de Percepção da Corrupção – IPC 2019 – Brasil* [em linha]. Brasil: Transparência Internacional – Brasil, 2020 [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://transparencia-internacional.org.br/ipc/>

verba que ora era destinada em benefício da sociedade tem sido revertida para interesses pessoais ou de um grupo específico. Isto enfraquece o país como um todo, pois se deixa de ganhar seus benefícios e, em contrapartida, empobrece o país ainda mais.

Ariely<sup>125</sup> conceitua a corrupção como um germe que infecta e se espalha para os demais indivíduos. Segundo ele, começa pequeno, por exemplo, quando se percebe alguma ilicitude de menor potencial e não se toma nenhuma providência. Diante disto, quando constatada a proporção que o problema tomou, o indivíduo já pode encontrar-se eivado de modo que passa, então, a reproduzir o mal, ou nada faz para impedi-lo. Cumpre ressaltar que os líderes de uma organização são considerados como os maiores disseminadores de desonestidade, pois, ao cometer um ilícito, podem ser vistos como um exemplo a ser seguido, afetando, em escala, a opinião pública e determinando o comportamento social<sup>126</sup>, além de tornar seus subordinados repetidores do mau exemplo.

No aspecto sociológico, Lacerda afirma que a corrupção pode ser entendida como

“[...] toda ação ou omissão cometida por agente público que ocasione desvio ou infração dos deveres de seu cargo, com o objetivo de obter benefícios privados. Contudo, necessário ressaltar que a corrupção, no sentido aqui assinalado como alta degradação moral, não abarca todas as desonestidades dos servidores públicos e todos os atos de grave desonestidade funcional”.<sup>127</sup>

A corrupção pode ser classificada como fenômeno criminal, cujo foco se remete a cunho econômico, pois coloca em pauta essa prática ilícita nos Estados e seus servidores, onde embarcam duas realidades distintas: a atuação criminosa de seus agentes e o uso indevido de poderes públicos. Isto significa que os recursos públicos não são repassados para sociedade. A corrupção pode ser abrangida em três aspectos fundamentais, o primeiro diz respeito que todo ato de corrupção envolve o uso indevido de poder por autoridade instituída para tal, com o resultado de não cumprir o que foi instituído. Em segundo ponto, envolve diretamente que os atos de corrupção visam a obter benefícios ou vantagens indevidos. E por último, os atos de corrupção têm consequências de maneira complexa, ou seja, sua abrangência pode se dá em diversos aspectos como: econômico, social, político de violação de direitos humanos (como o que afeta o direito fundamental à saúde, resultado do desvio de verbas públicas por funcionários públicos para outro fim), dentre outros. Diante dessa constatação, a

---

<sup>125</sup> ARIELY, Dan. *A mais pura verdade sobre a desonestidade*. Tradução de Leonardo Abramowicz. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 169. ISBN 9788535258080.

<sup>126</sup> WERNER, Simcha B. New directions in the study of administrative corruption. *Public Administration Review* [em linha]. Washington, DC: American Society for Public Administration, 1983, vol. 43, n.º 2, p. 149 [consult. 26 jun. 2020]. ISSN 1540-6210. Disponível em: doi:10.2307/975428

<sup>127</sup> LACERDA, Gabriela Moraes. *O Estado democrático de direito, a constitucionalização do direito administrativo e a improbidade administrativa: a Lei da Improbidade Administrativa no marco do Estado democrático de direito no Brasil* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016, p. 35 [consult. 10 fev. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/26139>

corrupção surge a partir de agentes revestidos de poder público, ou ligados a este, tornando assim difícil sua detecção imediata. Neste sentido, a sociedade em geral tem mostrado a necessidade de antecipação de sua propagação, por meio de técnicas que buscam a mitigação e a extinção desta pela prevenção.<sup>128</sup>

Estudar a origem e o conceito da corrupção é de suma importância para entender como esta pode prejudicar demasiadamente a economia, a ordem social e as políticas públicas. Diante disto, Furtado<sup>129</sup> entende que esse impulsionamento a nível mundial se deve pela conscientização de combate à corrupção, o qual se deu aos processos de globalização e de integração internacional e regional. No início da década de 1980, as pesquisas sobre corrupção se baseavam no combate à esta prática ilícita por motivos éticos, sendo as áreas de sociologia e ciência política os setores que demonstravam interesse pelo tema. No decorrer dos estudos, quando se verificou que a corrupção atingia a esfera pública com grandes impactos econômicos, a prática da corrupção deixou de ser meramente um comportamento ético para tornar-se um malefício de efeitos econômicos. Da necessidade de adequação ao mercado internacional, os países envolvidos se viram sob forte pressão para que suas economias tivessem uma maior transparência. Diante disto, começaram a desenvolver reformas em suas legislações. Suas estruturas deveriam se adequar às necessidades do comércio internacional, tendo em vista o fato de que os efeitos da corrupção não se limitavam mais às economias dos países envolvidos, atingindo agora as economias globais.

Historicamente a corrupção está ligada à participação do estado e seus agentes em algum dos crimes tipificados no direito penal públicos, no entanto a corrupção também acontece no âmbito privado. A corrupção tem várias maneiras de se estabelecer, mas o foco neste estudo envolve como a corrupção pode atrapalhar a efetiva aplicação de políticas públicas para o direito à saúde.

Apesar de se atribuir a corrupção a agentes públicos em geral, o que se destaca atualmente é o número de empresas prestadoras que contratam com a administração pública envolvidas em escândalos de corrupção. Diante disto, cabe enfrentar a necessidade que tem que se combater a corrupção com medidas mais enérgicas, diminuindo a oferta dessas oportunidades, entendendo que, além de medidas de cúmplice, há necessidade de uma mudança de mentalidade e de comportamento social, para que a corrupção não seja aceita mais como algo normal e corriqueiro.<sup>130</sup>

---

<sup>128</sup> SIMÕES, Sandra Hermengada do Valle-Frias Madureira Moutela. *Crime de corrupção: algumas especificidades da sua investigação: denúncia anônima e Whistleblowing* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018, p. 11 [consult. 10 fev. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/34051>

<sup>129</sup> FURTADO, Lucas Rocha. *As raízes da corrupção no Brasil: estudos de casos e lições para o futuro*. Belo Horizonte: Fórum, 2015, pp. 23-26. ISBN 9788545000334.

<sup>130</sup> ANDRADE, Jackeline Póvoas Santos de. O combate à corrupção no Brasil e a Lei n. 12.846/2013: a busca pela efetividade da lei e celeridade do processo de responsabilização através do Acordo de Leniência. *Revista Digital de*

Diante dessa premissa, é importante ter a ideia quanto ao funcionamento dessas políticas públicas e como podem ser prejudicadas demasiadamente pela corrupção. Para cada modelo de governo, haverá um conjunto próprio e coerente de políticas públicas.<sup>131</sup> Sendo assim, para melhor entendimento, é possível perceber diversas concepções, como visão política, ato político e como ação do governo. Como a visão política está estritamente ligado a como os representantes políticos irão tratar e produzir as políticas públicas da população<sup>132</sup>, principalmente no Brasil, evidenciam-se os desdobramentos que a corrupção se tornou institucionalizada, dilapidando assim o patrimônio público de maneira que já não é possível definir os limites de início e fim destes. Isto se deve pelo fato de política contemporânea se encontrar em uma espécie de coronelismo contemporâneo, pois, no Brasil, principalmente, a dificuldade em produzir políticas públicas efetivamente necessárias e de qualidade, por conta do quadro político atual onde castas familiares permanecem no poder de maneira enraizada, onde escolhe o que eles desejam aplicar e evoluir no Brasil, não o que efetivamente a população necessita.<sup>133</sup>

Em se tratando da política pública como ato e ação de governo, é possível compreender a intenção da ação do governo para com o seus governados. Este interesse público do direito brasileiro, em relação ao direito à saúde, está descrito nas leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, no SUS, e, em Portugal, por meio do SNS. Ao menos era assim que deveria ser, e é o que se espera em sua maior parte do tempo, no entanto, não é o que realmente acontece. Isto porque ainda a corrupção é grande relacionada pelas suas falhas.<sup>134</sup>

## 2.1 Corrupção no Brasil e seus reflexos na saúde

O Brasil atualmente se encontra quase que diariamente nos noticiários do mundo, não por sua espetacular diversidade ambiental, mas pelos diversos casos de corrupção. Mas se engana quem acha que a corrupção está em moda somente agora. Sua trajetória tem início com seu descobrimento, há mais de cinco séculos. A diferença é que, atualmente, há uma busca de técnicas de incentivo às medidas de combate a este ilícito, fundamentado em mercados mundiais e convenções internacionais.

---

*Direito Administrativo* [em linha]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017, vol. 4, n.º 1, pp. 170-203 [consult. 24 fev. 2020]. ISSN 2319-0558. Disponível em: doi:10.11606/issn.2319-0558.v4i1p170-203

<sup>131</sup> CHRISPINO, ref. 25, p. 25.

<sup>132</sup> *Ibid.*, p. 26

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>134</sup> *Ibid.*, p. 30.

O Brasil Colônia, segundo Prado Jr.<sup>135</sup>, em sua análise administrativa, já apresentava negativamente a falta de organização, de eficiência, de agilidade, a confusão de competências e funções, tornando o Brasil daquela época, emperrado e ineficiente.

A prática ilícita mais utilizada foi o contrabando no mundo colônia, e um de seus percussores neste tema foi Pijining<sup>136</sup>. Segundo o autor, tal procedimento foi implementado pela organização jurídica, econômica e social do Império. Esta prática e a noção de ilicitude estavam ligadas diretamente ao *status* social deste, pois a tolerância variava no contexto histórico e a posição social de quem praticava. Já se iniciava no período, a influência, amplamente utilizada nos tempos atuais.

No Brasil Colônia de 1540 ainda persistiam as capitânicas hereditárias espalhadas pelo litoral do país, as quais se dividiram em doze. Porém, em 1549, observou-se que este sistema estava fadado ao fracasso, pois reinavam a desordem e a desolação. Poucas foram as capitânicas que deram certo ou que conseguiram se manter neste período. Diante disto, após o assassinato de Francisco Pereira Coutinho e o fim de Rusticão, foi visto como um sinal de alerta, e pedida a intervenção da coroa portuguesa, resultando no fim das capitânicas. Após, estabeleceu-se o governo geral no Brasil. Isto resultou em uma transformação político-administrativa, dando ao governo português o poder de aumentar o controle, a coerção e o domínio de seus súditos.<sup>137</sup> Para controlar, vigiar e punir, foi criado nesta época um complexo de aparelhos burocráticos criando órgãos e servidores públicos responsáveis pelo funcionamento e manutenção do Poder Judiciário, do fisco e das forças armadas, ou seja, do corpo administrativo. Agora, todo poder estava centralizado nas mãos desses funcionários, o que gerou meios ilegais para que esse grupo permanecesse no poder, uma vez que os cargos começam a passar de pai para filho, ou então para parentes e amigos próximos. Começava assim a se registrar na história os primeiros casos parecidos com o nepotismo atual, pois, embora recebendo altos salários, esses burocratas enriqueciam com propinas e desvio de verbas públicas.<sup>138</sup>

Após a independência, não houve uma modificação na cultura política da época. Somente a partir do século XIX, após renúncia de Dom Pedro I e com a criação da guarda nacional, passando a se submeter ao Ministério da Justiça. Surgiu neste período o coronelismo, onde tratavam a coisa pública como se fosse privada e comandando a

---

<sup>135</sup> PRADO JR., Caio. *Formação do Brasil contemporâneo: colônia*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1979, p. 356. ISBN 9788535919622.

<sup>136</sup> PIJNING, Ernst. Contrabando, ilegalidade e medidas políticas no Rio de Janeiro no século XVIII. *Revista Brasileira de História* [em linha]. São Paulo: Associação Nacional de História, 2001, vol. 21, n.º 42, pp. 397-414 [consult. 24 jul. 2020]. ISSN 0102-0188. Disponível em: doi:10.1590/S0102-01882001000300007.

<sup>137</sup> BUENO, Eduardo. *A coroa, a cruz e a espada: lei, ordem e corrupção no Brasil*. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2016, pp. 23-33. ISBN 9788556080080.

<sup>138</sup> *Ibid.*, pp. 34-35.

política em favor de sua classe. Esse período foi marcado por um longo período da história da prática de corrupção no Brasil<sup>139</sup>. Com a chegada do século XX, pós-período da ditadura militar, os casos de corrupção tornaram-se cada vez mais evidentes, tais como *impeachments* dos ex-presidentes Fernando Collor de Melo<sup>140</sup>, Dilma Rousseff<sup>141</sup> e a prisão de Luiz Inácio da Silva (LULA)<sup>142</sup>, por práticas de improbidade administrativa e corrupção.

Atualmente, a administração pública possui muitos agentes que se orgulham em servir e dar o seu melhor, esforçando-se para agregarem qualificação técnica, para cumprir os princípios administrativos da eficiência, bem como a responsabilidade, no tocante ao interesse público. Esses funcionários devem ser valorizados, no entanto, o que se vê com a corrupção institucionalizada são funcionários frustrados, humilhados ou ameaçados por seus superiores ou pelo próprio sistema, como ameaças de morte, pessoal ou de sua família. Diante disto, por mais bem-intencionados que estejam os funcionários, estes abandonam as boas práticas, fazendo apenas o estritamente necessário para o recebimento de seus salários ao final do mês.<sup>143</sup> De certo, as ameaças aos funcionários são práticas a serem combatidas na ordem pública, com medidas que resguardem aqueles que desejam denunciar tais práticas e que não compactuam com esses atos.

Diversos são os conceitos de corrupção no Brasil. A legislação penal compreende dois tipos de corrupção: a passiva e a ativa. Na corrupção passiva, conforme o artigo 317 do Código Penal<sup>144</sup>, o bem tutelado neste crime é a moralidade administrativa, onde a partir dele se garante o regular andamento da atividade administrativa. A corrupção ativa, segundo o artigo 333 do Código Penal, consiste em “Oferecer ou prometer vantagem indevida a funcionário público, para determiná-lo a praticar, omitir ou retardar ato de ofício”<sup>145</sup>. O bem tutelado é a probidade administrativa pública, onde é o norte a ser seguido pelos servidores públicos, ou a ação que deles se esperam.<sup>146</sup>

---

<sup>139</sup> BARBOZA, Márcia Noll. *O combate à corrupção no mundo contemporâneo e o papel do Ministério Público no Brasil* [em linha]. Brasília, DF: Ministério Público Federal, 2006, p. 17 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: [http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr5/noticias-1/eventos/docs-monografias/monografia\\_3\\_lugar.pdf](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr5/noticias-1/eventos/docs-monografias/monografia_3_lugar.pdf)

<sup>140</sup> RODRIGUES, Danilo. Como foi o impeachment de Collor? *Superinteressante* [em linha]. São Paulo: Abril, 14 fev. 2020 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-foi-o-impeachment-de-collor/>

<sup>141</sup> FERNANDES, Cláudio. Impeachment de Dilma Rousseff. *Mundo Educação* [em linha]. Goiânia: Rede Omnia, 17 abr. 2016 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiadobrasil/impeachment-dilma-rousseff.htm>

<sup>142</sup> SKODOWSKI, Thais. Juíza condena Lula a 12 anos e 11 meses de prisão em caso do sítio. *R7* [em linha]. Brasil: Grupo Record, 6 fev. 2019 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://noticias.r7.com/brasil/juiza-condena-lula-a-12-anos-e-11-meses-de-prisao-em-caso-do-sitio-06022019>

<sup>143</sup> PAULA, Marco Aurélio Borges de. Efeitos da corrupção para o desenvolvimento. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 30-31. ISBN 9788545004738.

<sup>144</sup> BRASIL. *Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020, [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)

<sup>145</sup> *Ibid.*, art. 333.

<sup>146</sup> CUNHA, Rogério Sanches. *Manual de direito penal: parte especial (arts. 121 ao 361)*. 8ª ed. Salvador: JusPodivm, 2016, pp. 761-808. ISBN 9788544206669.

De certo que não se restringe apenas esses conceitos, abrangendo diversas outras condutas, como bem expõe o diagrama (Figura 2.1) apresentado pelo Ministério Público Federal<sup>147</sup>, o qual relacionou<sup>148</sup> condutas que caracterizam o comportamento corrupto. Embarcam nesta situação tanto infrações penais quanto civis e administrativas, assim como em casos de improbidade administrativa, tráfico de influência, prevaricação e crimes da Lei de Licitação.

Figura 2.1 – Diagrama do combate à corrupção apresentado pelo MPF



Fonte: Ministério Público Federal<sup>149</sup>.

A *corrupção* pode ser definida como a atividade, o procedimento e a ação realizadas de maneira corrupta. Portanto, qualquer dessas definições já podem ser

<sup>147</sup> BRASIL. Ministério Público Federal. *Tipos de corrupção* [em linha]. Brasília, DF: MPF, 2016a [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://combateacorrupcao.mpf.mp.br/tipos-de-corrupcao>

<sup>148</sup> BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial de combate a fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública* [em linha]. Brasília, DF: TCU, 2017, p. 11 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: [https://portal.tcu.gov.br/data/files/B9/05/E9/CB/58DEF610F5680BF6F18818A8/Referencial\\_combate\\_fraude\\_corrupcao\\_1\\_edicao.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/B9/05/E9/CB/58DEF610F5680BF6F18818A8/Referencial_combate_fraude_corrupcao_1_edicao.pdf)

<sup>149</sup> BRASIL. Ministério Público Federal. *Tipos de corrupção* [em linha]. Brasília, DF: MPF, 2016a [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://combateacorrupcao.mpf.mp.br/tipos-de-corrupcao>

consideradas um ato de corrupção, não sendo necessário a prática de todos eles para sua consumação.<sup>150</sup>

A corrupção<sup>151</sup> mata, seja paulatinamente ou com muito sofrimento, tais como o exemplo de doentes em longas filas de espera de um equipamento que não foi comprado por dinheiro desviado, ou ainda por medicação que não foi comprada por desvio de conduta de funcionário público, que gera morosidade na licitação para comprar produto emergencial com valor superfaturado. Observa-se que os efeitos negativos da corrupção sobre as pessoas e, conseqüentemente, sobre o desenvolvimento do país justificam as mais variadas políticas de controle a esse mau a surgir no Brasil e no mundo.

Segundo Goto<sup>152</sup>, os brasileiros já consideram a corrupção um dos principais problemas do País. Apesar disso, a percepção mostra que é maior a conscientização da população para o fato de que a corrupção não apenas desvia dinheiro público, como impacta diretamente nas políticas públicas voltadas à saúde e à educação. O efetivo combate à corrupção pode desenvolver positivamente a saúde, o bem-estar, educação de qualidade, trabalho descente e crescimento econômico.

Goto explica ainda que, durante a cúpula das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, foram definidos 17 objetivos e 169 metas para serem atingidos até o ano de 2030. Dentre esses objetivos estão a erradicação da pobreza e a melhoria da saúde, por exemplo. O combate à corrupção foi definido como meta a ser alcançada pelo Brasil e os Estados-Membros da ONU. Por mais esforço que o Brasil tenha empregado para erradicação da pobreza, foi demonstrada uma grande preocupação com a saúde em razão dos numerosos escândalos de corrupção na saúde no País, como falta de pagamentos de funcionários públicos, situação de calamidade de várias instituições, filas de pacientes, falta de medicamentos e insumos, ficando demonstrado que a corrupção, de fato, inviabiliza o adequado direito à saúde, conforme a Constituição pátria determina e é definido pela ONU, juntamente com noticiários de esquemas fraudulentos de desvio de dinheiro e pagamentos de propinas a funcionários públicos.

A corrupção trata-se de um fenômeno global. A cada dia se tornam mais sofisticados os esquemas de corrupção, onde as operações internacionais buscam esconder os recursos desviados. Diante disto, houve a necessidade de criação de tratados que visem à prevenção e ao combate da corrupção, como a Convenção Interamericana contra Corrupção (CICC), a Convenção da OCDE, em 2000, a

---

<sup>150</sup> BARBOZA, ref. 128, p. 21.

<sup>151</sup> PAULA, ref. 132, p. 43.

<sup>152</sup> GOTO, Reynaldo. O combate à corrupção sob a ótica dos objetivos de desenvolvimento sustentável. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, p. 45. ISBN 9788545004738.

Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção (CNUCC), a Lei Anticorrupção (Lei n. 12.846/2013) e, a nível federal no Brasil, o Plano de Integridade Pública, desenvolvido pela CGU.<sup>153</sup>

## **2.2 Casos de corrupção por falhas na administração na saúde pública – análise jurídica de casos**

A corrupção afeta, sistematicamente, o direito à saúde quando suas falhas prejudicam, socialmente e economicamente, sua implementação para a população. Há diversas auditorias que comprovam o quão a corrupção e as falhas públicas podem ser prejudiciais ao efetivo direito fundamental à saúde.

Albuquerque e Souza<sup>154</sup> afirmam que existem diversas falhas no sistema de saúde brasileiro que propiciam o crescimento da corrupção no âmbito da saúde pública no País. Dentre estas falhas, é possível apontar pagamentos aos profissionais de saúde como meio de burlar a espera, fornecimento de medicamento, realização de exames, procedimentos e ou vantagem políticas, usando o atendimento público como modo de cativar o eleitorado. Este tipo de corrupção reduz, consideravelmente, a qualidade do atendimento, uma vez que fere o princípio da equidade, onde nem sempre quem realmente necessita é quem recebe o benefício, o que acaba aumentando as desigualdades sociais, fazendo com que se estendam as demandas judiciais para satisfação dos direitos dos cidadãos, deixando o Judiciário cada vez mais assoberbado.

Outra ocorrência muito comum apontada por Albuquerque e Souza<sup>155</sup> é a nomeação política para cargos no sistema de saúde, com contrapartida de repasses de valores, estimulando, dentro do sistema de saúde, a afiliação política, logo a competência não é levada em consideração, prejudicando o direito à saúde no sistema, uma vez que, não se busca a realização e satisfação do usuário. O interesse é particular em algo que é público. Além disso, passam a ser gerenciadas por pessoas sem a competência técnica adequada, que trabalham tão somente para o benefício de um grupo. Não há concursos internos como em Portugal, somente a indicação política para o cargo.

Albuquerque e Souza<sup>156</sup> ainda apontam em suas análises que existe um grande número de absenteísmos de profissionais que não cumprem suas cargas horárias, fazendo os hospitais públicos no Brasil de “bico”, ou seja, só mais uma renda, mas com

---

<sup>153</sup> *Ibid.*, pp. 46-47.

<sup>154</sup> ALBUQUERQUE, Aline e SOUZA, Camila Nascimento de. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. *Revista Brasileira de Bioética* [em linha]. Brasília, DF: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, 2017, vol. 13, n.º e6, pp. 1-17 [consult. 11 jul. 2020]. ISSN 1808-6020. Disponível em: doi:10.26512/rbb.v13i0.7935

<sup>155</sup> *Ibid.*, pp. 6-7.

<sup>156</sup> *Ibid.*, p. 7.

produtividade zero ou baixa. No Rio de Janeiro, por exemplo, esta foi uma das razões para implantação do ponto eletrônico nos hospitais federais, para verificação de presença de seus funcionários, pois, por intermédio de inúmeras denúncias e auditorias, como nos casos da CGU e MPF, ficaram comprovadas tais práticas. Além disso, o atendimento aos pacientes fica claramente prejudicado, pois faltam profissionais para atendê-los. Como exemplo, destaca-se a morte de um paciente em um hospital no Rio de Janeiro, que esperava por atendimento médico na emergência.<sup>157</sup>

Outra prática apontada por Albuquerque e Souza<sup>158</sup> em seu texto concerne ao que acontece reiteradamente nos hospitais públicos no Brasil, a fraude em licitações, pois é por via desses contratos que são realizadas as aquisições de medicamentos, próteses, órteses, insumos, equipamentos, serviços e etc. O objetivo dos contratos de licitações é gerar transparência e busca do melhor preço, visando à economicidade e à qualidade. No entanto, este procedimento tem sido bombardeado pelo superfaturamento de bens e serviços e pela falta de planejamento, ensejando um aumento exacerbado de contratos emergenciais. Porém, essa falta de planejamento de licitação, causa um problema ainda maior, pois, além de prejudicar ao erário, causa desabastecimentos em cadeia, gerando danos irreparáveis, como perda de vidas humanas, ferindo o princípio da dignidade da pessoa humana. A conclusão que se chega é que a corrupção mata.

Para exemplificar essas falhas, é possível tomar por base alguns relatórios elaborados pela CGU em auditorias realizadas nos hospitais federais do Rio de Janeiro e seus institutos. Cabe ressaltar que, infelizmente essa, é a realidade no âmbito nacional. Neste sentido, os hospitais do Rio de Janeiro são considerados como exemplos de materialização dos casos abordados.

Atualmente, o Rio de Janeiro possui seis hospitais federais: Bonsucesso, Andaraí, Servidores, Laranjeiras, Lagoa e Ipanema. Além destes, o Estado possui três institutos: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e Instituto Nacional do Câncer (INCA), que são gerenciados pelo Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro (DGHMS), órgão ligado ao Serviço de Atenção à Saúde (SAS) e ao Ministério da Saúde.

Em 2012, em auditoria realizada pela CGU<sup>159</sup>, seus auditores estimaram um prejuízo de aproximadamente 96,5 milhões de reais. Esta auditoria foi realizada

---

<sup>157</sup> COSTA, Bernardo e PORTILHO, Luiz. Faltam 77 médicos na emergência no Hospital Federal de Bonsucesso. *O Dia* [em linha]. Rio de Janeiro: O Dia, 3 jul. 2019 [consult. 12 jul. 2020]. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2019/07/5659363-faltam-77-medicos-na-emergencia-no-hospital-federal-de-bonsucesso.html>

<sup>158</sup> ALBUQUERQUE e SOUZA, ref. 141, p. 8.

<sup>159</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *CGU conclui auditoria em hospitais federais no Rio de Janeiro* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 10 maio 2012 [consult. 25 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2012/05/cgu-conclui-auditoria-em-hospitais-federais-no-rio-de-janeiro>.

com apoio do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS). Nesta auditoria, foi realizado um levantamento em todos os contratos de prestadoras de serviços a essas entidades, abrangendo as áreas de:

“[...] custeio de serviços continuados (alimentação, lavanderia, limpeza, vigilância, e apoio administrativo); aquisição de medicamentos e insumos; locação de equipamentos hospitalares; obras e reformas prediais. [...]. A maior parte dos prejuízos refere-se a pagamentos para locação de equipamentos hospitalares (R\$ 35,2 milhões), seguidos das obras e reformas prediais (R\$ 27,9 milhões); dos serviços continuados (R\$ 20,6 milhões); e da aquisição de medicamentos e insumos médico-hospitalares (R\$ 12,6 milhões)”.<sup>160</sup>

As principais falhas apontadas em relatório podem ser especificadas por falhas administrativas que geram gastos excessivos para adquirir, empenho de dinheiro público em serviços não realizados, perda de insumos por não observação do prazo de validade e locação de equipamentos com valores acima do pactuado em contratos, sem falar em direcionamentos de licitação e pagamentos antecipados.<sup>161</sup>

Como medida de mitigação, a CGU, ao encontrar falhas na maioria dos contratos, realizou novos processos licitatórios visando a substituição dos contratos maculados nos hospitais federais do Rio de Janeiro, nas áreas abordadas em auditoria. Em parceria com o Ministério da Saúde, este prometeu a reestruturação e aperfeiçoamento da engenharia, buscando o aprimoramento e adequação das obras e reformas novas e as em andamento para suprimir e eliminar as falhas encontradas, direcionando seus apontamentos aos setores responsáveis para que efetuem medidas de ressarcimento ao erário e responsabilização de responsáveis.<sup>162</sup>

Grande parte dessas análises não foi atendida pelos hospitais federais, o que resultou em um grande colapso, conforme noticiado na mídia<sup>163</sup>. Com base nisto, e para exemplificar como a corrupção afeta o direito à saúde nos hospitais federais do Rio de Janeiro, cita-se a operação que ocorreu no Into. Segundo as investigações no referido instituto, o desvio de dinheiro prejudicou milhares de pacientes que esperam por uma cirurgia na unidade de saúde.

Conforme apontado nos desdobramentos da “Operação Lava Jato”<sup>164</sup>, o esquema de corrupção no Into movimentou cerca de R\$ 600 milhões, prejudicando aproximadamente 15 mil pacientes que aguardavam compra de próteses ortopédicas para realização de cirurgia.<sup>165</sup>

---

<sup>160</sup> BRASIL, *loc. cit.*

<sup>161</sup> BRASIL, *loc. cit.*

<sup>162</sup> BRASIL, *loc. cit.*

<sup>163</sup> G1 [Rio de Janeiro]. Desvio de dinheiro do Into prejudica milhares de pacientes que esperam por uma cirurgia na unidade de saúde. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 4 jul. 2018 [consult. 30 jan. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/desvio-de-dinheiro-do-into-prejudica-milhares-de-pacientes-que-esperam-por-uma-cirurgia-na-unidade-de-saude.ghtml>

<sup>164</sup> Operação que se iniciou com desmonte em um lava-jato e que desdobrou em um maior esquema de corrupção do Brasil. Essa operação já teve várias fases e busca combater a corrupção institucionalizada.

<sup>165</sup> G1 [Rio de Janeiro], ref. 163, n.p.

Os procuradores do MPF afirmaram que todo o sofrimento dessas pessoas poderia ser evitado se fosse realizada a correta aplicação dos recursos. O esquema era realizado entre empresas multinacionais na Secretaria de Saúde e no Ino, no Rio de Janeiro. Algumas pessoas foram presas e outras se encontram foragidas. Diversas empresas foram investigadas por crimes ligados organização de uma estrutura criminosa envolvendo corrupção, fraude em licitações e desvios de dinheiro público. De acordo com a Polícia Federal, havia interesse de empresas internacionais em que os infratores que atuavam na direção desse hospital continuassem para que assim fosse possível a perpetuação do esquema fraudulento, direcionando quem ganhava e quem perdia os contratos, bem como os valores a serem recebidos. Esta se trata de uma operação amplamente divulgada e finalizada neste hospital.<sup>166</sup>

Mas a história de corrupção não acaba neste caso específico. Todos os dias são veiculadas matérias jornalísticas que citam alguma unidade dos hospitais federais do Rio de Janeiro e do Brasil, mostrando como as falhas na administração pública propiciam o aumento da corrupção institucionalizada.

Vale destacar o caso de outro hospital federal envolvido em falhas administrativas que propiciam a corrupção, neste caso mais especificamente o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB).<sup>167</sup> Segundo denúncias da direção do hospital e baseados em uma auditoria realizada pela CGU sob a Ordem de Serviço n. 201701463<sup>168</sup>, foram verificadas várias evidências de falhas na administração pública, que propiciaram esquemas de corrupção. Dentro do relatório, foram constatadas fragilidades das ferramentas de controle administrativo voltadas a prevenir a ocorrência de acúmulo de cargos públicos em desacordo com a Constituição Federal, bem como a não comprovação de participação médicas nos plantões de APH (Adicional de Plantão Hospitalar). No Relatório n. 201314581<sup>169</sup> da CGU, foram encontrados sobrepreço em contratos, dentre outros apontamentos. O Ministério Público e a Polícia federal seguem investigando as denúncias apontadas pela direção do hospital.

De igual modo, os outros hospitais federais se encontram com diversas irregularidades tais como, superfaturamento de serviços em contratos, direcionamentos

---

<sup>166</sup> BARREIRA, Gabriel. Diretores de multinacional são presos em operação da PF e do MPF; empresário levava 40% de comissão. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 4 jul. 2018 [consult. 30 jan. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/operacao-inicial-sobre-fraudes-na-saude-do-rj-foi-so-a-ponta-do-iceberg-diz-mpf.ghtml>

<sup>167</sup> LANNON, Carlos de e BOROVVOY, Dévora. Direção e médicos do Hospital Federal de Bonsucesso trocam acusações sobre irregularidades em filas de cirurgias. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 11 nov. 2018 [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/11/27/direcao-e-medicos-do-hospital-federal-de-bonsucesso-trocam-acusacoes-sobre-irregularidades-em-filas-de-cirurgias.ghtml>

<sup>168</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão nº 201701463 – Hospital Federal de Bonsucesso* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 14 ago. 2018h [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/10731.pdf>

<sup>169</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314581 – Hospital Federal de Bonsucesso* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018d [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11974.pdf>

de licitações e falhas administrativas de verificação de veracidade de quantitativo de almoxarifado e bens dos hospitais.

No hospital federal Cardoso Fontes, por exemplo, no Relatório n. 201314571<sup>170</sup> da CGU, foram apontadas falhas como pagamentos indevidos por prestações de serviços, superfaturamento em contratos, foi solicitado o ressarcimento ao erário e apuração das responsabilidades dos envolvidos.

De igual modo no hospital federal dos servidores do Estado também em auditoria da CGU, sob o Relatório n. 201314577<sup>171</sup>. Nele foi verificado o acompanhamento das recomendações do Relatório de Demandas Especiais (RDE) n. 00190.0010225/2011-45. Foram encontradas, de igual modo, falhas nos contratos firmados com locação de equipamentos, de lavanderia e aquisição de medicamentos. Nestes contratos, a auditoria indicou superfaturamento de preços, chegando ao percentual superior a 3.200% sobre o real preço.

Já no hospital federal da Lagoa a auditoria verificou falta de pessoal, suspensão de cirurgias e falta de controle de patrimônio. Mais uma vez, a CGU recomendou ações para regularização das irregularidades encontradas.<sup>172</sup>

De igual modo, o mesmo quadro se repetiu no hospital federal do Andaraí em outra auditoria, sob o Relatório n. 201314585<sup>173</sup>, foram verificados pagamentos indenizatórios e pagamentos maiores do que previstos nos contratos firmados.

No hospital federal de Ipanema, a auditoria da CGU, sob o Relatório n. 201314327<sup>174</sup>, verificou sobrepreço em serviços de contrato de lavanderia e superfaturamento nas obras da fachada do hospital. Com base nesta análise, a CGU cobrou ação para ressarcimento ao erário e apuração de responsabilidades dos envolvidos.

Os institutos também não ficaram de fora das falhas administrativas. O Instituto Nacional de Cardiologia, também foi auditado pela CGU, sob o Relatório n. 201504892<sup>175</sup>, analisou o acompanhamento das recomendações do Plano de

---

<sup>170</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314571 – Hospital Federal Cardoso Fontes* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018b [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11973.pdf>

<sup>171</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314577 – Hospital Federal dos Servidores do Estado* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018c [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11978.pdf>

<sup>172</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão nº 201801648 – Hospital Federal da Lagoa* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 8 dez. 2019c [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/13121.pdf>

<sup>173</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314585 – Hospital Federal do Andaraí* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018e [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11975.pdf>

<sup>174</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314327 – Hospital Federal de Ipanema* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 6 nov. 2018a [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11998.pdf>

<sup>175</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201504892 – Instituto Nacional de Cardiologia* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 12 nov. 2018g [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/12002.pdf>

Providências Permanentes (PPP), foram verificadas falhas nos procedimentos internos administrativos do Serviço de Compras, que resultaram na publicação de edital de licitação com objeto incompleto e com falhas nas estimativas de preços dos itens, acarretando em aquisições antieconômicas para o INC, gerando um prejuízo potencial para administração pública, dentre outros apontamentos. A CGU solicitou apuração da responsabilidade que resultaram na contratação antieconômica e, sendo o caso, adotar providências para ressarcimento ao Erário das despesas com aquisição.

No Instituto Nacional do Câncer (INCA), em Relatório n. 201503710<sup>176</sup>, na execução de obras do novo Campus José de Alencar Gomes da Silva, foram verificados superfaturamento e sobrepreço pontuais na obra. Como medida assertiva, a CGU solicitou à unidade a inclusão de glosa referente às obras e serviços superfaturados sem deixar de cuidar para que o sobrepreço apontado na Recomendação 1 da referida nota de auditoria, no montante de R\$ 3.005.234,46, para que esta não seja faturada, além disso, solicitou aprimoramento interno dos procedimentos contratuais.

Como se pode apurar, não há um Hospital Federal no Rio de Janeiro que não tenha sido referência no relatório da CGU; com isto, conclui-se que, mesmo com os avanços na legislação em relação às licitações públicas e treinamento dos servidores públicos envolvidos, verificou-se um aumento da ocorrência de fraudes na execução dos contratos. Portanto, constatou-se também que, não sendo mais possível fraudar a licitação em razão da mudança da legislação ou de sua dificuldade, as empresas passaram a fraudar a execução dos contratos por diversas razões, como pela falta de pessoal na administração pública para fiscalizar e pelas falhas na estrutura da administração pública. Agora, o foco dos corruptos é buscar as falhas administrativas que propiciem a elaboração das fraudes.<sup>177</sup>

Em uma análise jurídica<sup>178</sup> desses casos, é possível destacar o fato de que os impactos das falhas na administração pública de serviços de saúde pela corrupção estão sendo cada vez menos aceitos mundialmente e extremamente combatidos. Até mesmo porque o Brasil é um país signatário da Convenção de Mérida, devendo se subordinar as normas ali inseridas como o disposto pelo artigo 12, que estabeleceu que os estados que fossem participar da convecção deveriam realizar atividades que buscassem impedir atos de corrupção e estruturar medidas que facilitassem a contabilidade e possíveis auditorias, prevendo também medidas punitivas na esfera

---

<sup>176</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201503710 – Instituto Nacional do Câncer* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 6 nov. 2018f [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/12001.pdf>

<sup>177</sup> FURTADO, ref. 118, pp. 37-38.

<sup>178</sup> VERÍSSIMO, Carla. *Compliance: incentivo à adoção de medidas anticorrupção*. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 13. ISBN 9788547218669.

cível, administrativa e ou penal para que venham a funcionar de maneira eficaz, e com dissuasão caso não sejam observadas essas medidas. Devendo ainda estabelecer uma normatização bem como meios para resguardar seu cumprimento na integralidade, por meio de medidas de “*compliance*”, como criação de códigos de conduta por exemplo. No Brasil, além do programa de integridade pública, leva-se em consideração também outras leis e normas para prevenção a corrupção e lavagem de dinheiro por exemplo.

Na maioria das auditorias apontadas foram encontradas fraudes nas licitações, sejam por direcionamentos de licitação ou superfaturamentos de preços. Estas ilegalidades ferem vários princípios administrativos que regem o direito brasileiro. Dentre estes princípios, destacam-se aqueles explícitos no artigo 37 da CRFB/1988, tais como os princípios da legalidade, da moralidade, da impessoalidade, da publicidade, da eficiência, dentre outros.

Conceitua-se resumidamente cada princípio para clarificar quais deles foram violados com as práticas encontradas nos hospitais federais do Rio de Janeiro. Primeiramente enfatiza-se o princípio da legalidade, onde se considera ser aquele em que a administração pública só pode realizar o que está previsto em lei, primeiramente expresso nos artigos 5º, II, e 37, *caput*, da CRFB/1988. Diante disto, Madeira<sup>179</sup> explica que este princípio tem por mandamentos da lei e as exigências do bem comum, quando não obedecido tal fundamento, implica a administração pública praticar ato inválido e responsabiliza-se disciplinarmente, civil e ou criminalmente conforme cada caso. Logo ao realizar licitações e contratos, sem levar em consideração o que determina a lei, fere-se o princípio da legalidade da administração pública.

Mello<sup>180</sup> afirma ainda que o princípio da legalidade pode ser entendido como a completa submissão da administração às leis, devendo tão somente obediência a esta. É um princípio de poder que emana diretamente do povo, logo, os governantes não detêm seu poder e sim os cidadãos significando, portanto, que a administração só poderá fazer quaisquer de seus atos mediante o que determina a lei.

Sobre o princípio da moralidade<sup>181</sup>, este é entendido como a realização de uma boa administração, onde é buscado o bem comum. No entanto, apesar de a moralidade ser administrativa, ela tem por base a moralidade comum, pois o administrador segue os padrões comuns, provenientes da sociedade, logo a moralidade quando violada na administração pública está diretamente ligada à ideia de desvio de poder, conforme dispõe o artigo 11 da Lei n. 8.429/1992 (Lei de Improbidade Administrativa): “Constitui ato de improbidade administrativa que atenta

---

<sup>179</sup> MADEIRA, José Maria Pinheiro. *Administração pública*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, t. I, pp. 10-11. ISBN 9788535238051.

<sup>180</sup> MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. 27ª ed. São Paulo: Malheiros, 2010, pp. 100-106. ISBN 9788574209944.

<sup>181</sup> MADEIRA, *op. cit.*, pp. 22-30.

contra os princípios da administração pública qualquer ação ou omissão que viole os deveres de honestidade, imparcialidade, legalidade, e lealdade às instituições<sup>182</sup>. Logo, conclui-se que as práticas realizadas nos hospitais federais do Rio de Janeiro também violaram princípio administrativo da moralidade, uma vez que, o administrador em virtude de suas funções seja por ação ou omissão realizou atos de improbidade, ou seja, violou a moralidade administrativa.

Mazza<sup>183</sup> ressalta que a Constituição brasileira impõe, por diversas vezes, aos agentes públicos o dever de observância da moralidade administrativa, podendo ainda citar alguns artigos que demonstram a observância do princípio da moralidade pública, tais como artigo 5º, LXXIII, onde o cidadão poderia promover ação pública contra ato lesivo à moralidade, o artigo 37 *caput*, colocando a moralidade como um princípio fundamental aplicável a Administração Pública e o artigo 85, V, onde informa que até o presidente da república pode ser imputado crime de responsabilidade se não observar a moralidade, sendo este requisito de validade de atos administrativos. Concluiu-se, portanto, que a moralidade administrativa diverge da moralidade comum, pois exige padrões éticos, de boa-fé, decoro, lealdade, honestidade e probidade, conceitos que juntos definem uma boa administração pública.

Em continuidade ressalta-se ainda a existência de outro princípio importante o da impessoalidade<sup>184</sup> onde se tem por base o interesse público e vedação do interesse privado. Diante disto, não é possível fazer uma escolha arbitrária que beneficie um particular ou prejudique alguém, por isso o direcionamento em licitação ou as práticas de nepotismo violam tal princípio. É possível encontrar exemplo desse princípio no artigo 45 da Lei n. 8.666/1993. Mello<sup>185</sup> informa que além de não ser possível o favoritismo pessoal, tampouco convém falar no contrário, as perseguições, animosidades pessoais, políticas ou ideológicas, pois essas não podem interferir de maneira alguma na atuação administrativa.

No que diz respeito ao princípio da publicidade esta preza pela divulgação dos atos, decisões e atividades públicas, gerando assim um controle interno e externo de órgãos de controle. Neste quesito, as auditorias encontraram falhas que prejudicavam a publicidade desses atos, como não aplicação de medidas de controle de estoque por exemplo, onde não poderia visualizar, seu quantitativo, tempo necessário para realização de uma nova licitação para que os hospitais não fossem desabastecidos e não fosse necessários à utilização de contratos emergenciais, onde se realizam a

---

<sup>182</sup> BRASIL. *Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2019, art. 11 [consult. 19 set. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8429.htm)

<sup>183</sup> MAZZA, Alexandre. *Manual de direito administrativo*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015, pp. 109-112. ISBN 9788502617919.

<sup>184</sup> MADEIRA, ref. 162, pp. 30-37.

<sup>185</sup> MELLO, ref. 163, p. 114.

dispensa de licitação, e os preços geralmente não são os melhores, prejudicando assim o erário e todo aquele que utiliza o serviço da administração pública. Além disso, a falta de publicidade dificulta o controle de órgãos externos fiscalizadores destes, tais como CGU, MPF, TCU dentre outros. A publicidade está amparada em vários dispositivos legais na legislação brasileira e na Constituição brasileira, como no artigo 5º, LV, da CRFB/88, e nos artigos 15, § 2º, 16 e 21, da Lei n. 8.666/1993 (Lei de Licitações<sup>186</sup>).

A falta de publicidade dos atos, ou medidas sigilosas, pode ser ainda mais prejudicial em tempo de pandemia tal como se tem enfrentado. A dispensa de licitação para o favorecimento de contratos emergenciais, com o fundamento em emergência social, poderá ocasionar um aumento de sobrepreços de produtos, serviços e insumos por exemplo. Tal circunstância pode ser evidenciada no que vem acontecendo no Estado do Rio de Janeiro no mês de abril de 2020<sup>187</sup> onde já possui denúncias de superfaturamento de produtos e serviços, em contratos emergenciais para o combate da pandemia do COVID-19 da saúde pública no estado, onde frente à primeira denúncia de gastos o governador do estado impõe sigilo de gastos, no portal da transparência pública, ferindo claramente o princípio da publicidade pública e propiciando falhas administrativas que podem facilitar a prática de corrupção, prejudicando claramente o direito ao acesso à saúde, onde segundo levantamentos, em um dos contratos já foram gastos cerca de 78 milhões reais sem licitação, exemplos como este tem se repetido por todo o Brasil, graças à decretação de estado de emergência. Além disso, o secretário de saúde<sup>188</sup> do Estado do Rio de Janeiro foi preso com 8,5 milhões de reais em sua residência, dinheiro possivelmente desviado dos hospitais de campanha para o tratamento da COVID-19, onde dentre os crimes a ele imputados está desvio de dinheiro público destaca-se que dos sete hospitais prometidos, apenas o Hospital do Maracanã começou a funcionar, mesmo assim de modo parcial. Dos 1,3 mil leitos destinados ao tratamento de pacientes vindos da pandemia da COVID-19 no Rio de Janeiro, apenas 200 leitos se encontravam em funcionamento à população no início de maio deste ano, e o Estado<sup>189</sup> já informou que não irá terminar o restante dos hospitais de campanha.

---

<sup>186</sup> BRASIL. *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2019 [consult. 19 set. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm)

<sup>187</sup> APÓS DENÚNCIAS, governo Witzel impõe sigilo a gastos emergenciais com a Covid-19. *O Antagonista* [em linha]. São Paulo: Mare Clausum, 9 abr. 2020 [consult. 23 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.oantagonista.com/brasil/apos-denuncias-governo-witzel-impoe-sigilo-a-gastos-emergenciais-com-a-covid-19>

<sup>188</sup> PGR pede soltura de ex-secretário do Rio que teve R\$ 8,5 milhões apreendidos em casa. *O Antagonista* [em linha]. São Paulo: Mare Clausum, 13 jul. 2020 [consult. 19 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.oantagonista.com/brasil/pgr-pede-soltura-de-ex-secretario-do-rio-que-teve-r-85-milhoes-apreendidos-em-casa/>

<sup>189</sup> LUCCHESI, Bette. Hospitais de campanha atrasados podem não ser concluídos, diz secretário de Saúde do RJ. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 21 maio 2020 [consult. 26 maio 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/21/hospitais-de-campanha-atrasados-podem-nao-ser-construidos-por-falta-de-necessidade-diz-secretario-de-saude-do-rj.ghtml>

Todos esses fatos direcionaram para o processo de *impeachment*<sup>190</sup> do governador do Estado do Rio de Janeiro, que segue recorrendo.

Com esses acontecimentos ficam claros e reforçam os argumentos que as falhas administrativas, prejudicam o acesso adequado à saúde da população, pois o objetivo é desviado de sua finalidade não atingindo o usuário do sistema de saúde. Ainda apontando a importância dos princípios constitucionais frente aos contratos administrativos o ilustre professor Madeira<sup>191</sup> ao discorrer sobre o assunto entende que eficiência na administração pública é descrita como um resultado e não um princípio em si, pois é o que se espera da administração pública. O princípio da eficiência está enquadrado como um dos princípios explícitos na administração pública brasileira, lembrando que não termina nestes aqui abordados, tendo outros princípios que regem a administração pública. No entanto, nas auditorias foram verificadas, várias falhas que em contrapartida trouxeram diversos prejuízos ao erário, bem como o usuário, violando o presente princípio uma vez que, não foi possível atingir o resultado que se espera na administração pública.

Na mesma direção, Mazza<sup>192</sup> informa que o princípio da eficiência direcionou a administração pública para um controle de resultados, buscando a economicidade, redução de desperdícios, rapidez, produtividade e rendimento funcional. Logo, é impossível dissociar esses elementos do princípio da eficiência.

Todas essas falhas juntas, além de violarem princípios administrativos, foram contrárias ao determinado em lei específica – a Lei de Licitações –, resultando em recomendações de órgãos externos para apuração e aplicação de sanções para adoção de medidas de correção e ressarcimento ao erário. Além disso, violam o que preceitua o artigo 12, II, da Lei n. 8.429/1992, que diz: “[...] na hipótese de atos de improbidade administrativa que causam prejuízo ao erário, cabe ao responsável pelo ato de improbidade o ressarcimento integral do dano”<sup>193</sup>.

A Lei de Licitações dispõe sobre normas gerais no que concerne às licitações e aos contratos administrativos pertinentes a “[...] obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”<sup>194</sup>. O artigo 3º da referida lei engloba todos os princípios aqui observados e estudados, onde busca a garantia da isonomia e seleção de proposta mais vantajosa para administração pública e desenvolvimento.

---

<sup>190</sup> AGÊNCIA BRASIL. Witzel entra na Justiça contra Alerj em processo de impeachment. *Agência Brasil* [em linha]. Brasília, DF: Empresa Brasil de Comunicação, 14 jul. 2020 [consult. 18 jul. 2020]. Disponível em: <https://agencia.brasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-07/witzel-entra-na-justica-contra-alerj-em-processo-de-impeachment>

<sup>191</sup> MADEIRA, ref. 162, pp. 30-37.

<sup>192</sup> MAZZA, ref. 165, pp. 121-122.

<sup>193</sup> BRASIL, ref. 182, art. 12, II.

<sup>194</sup> BRASIL, ref. 186, art. 1º.

Logo, conclui-se que, ao não se observar os princípios e as leis nas auditorias, além de violar os princípios da administração pública, cometem atos de improbidade.

Não só no Brasil, mas no cenário internacional decorrente da globalização, a corrupção é um fenômeno que ultrapassa fronteiras, prejudicando a legitimidade das instituições públicas. O que antes era entendido como um problema interno de cada país presentemente é considerado como um problema global e um obstáculo ao desenvolvimento do mercado internacional pelo que a mútua cooperação entre os Estados se tornou uma necessidade crescente. E os resultados desta cooperação são visíveis ao nível da criação de mecanismos vários, num contributo mundial sem precedentes contra a corrupção<sup>195</sup>.

Nesse sentido, Barata<sup>196</sup> afirma ainda que os organismos internacionais, por intermédio de instrumentos de prevenção/combate à corrupção traçam uma nova postura a ser adotada pelos Estados. Isto se deve pelo clamor crescente para a transparência na vida econômica, financeira e de negócios, reflete uma tendência mundial de crescente transparência em todas as áreas.

Estudar o impacto das falhas na administração pública ocasionadas pela corrupção é de extrema importância, na medida em que esta prejudica a adequada aplicação dos serviços de saúde para a população.

A corrupção como vilã vai muito além de um mero desvio de conduta de um funcionário público, por exemplo, sua conduta atinge um nível incalculável de pessoas, na medida em que essas verbas desviadas não conseguem chegar para atingir seus objetivos estipulados, ocasionando, falta de medicamentos e insumos, superlotação, ausência de leitos, burla das filas cirúrgicas, bem como superfaturamento em compras, manutenção de contratos indenizatórios e falhas na licitação, prejudicando diretamente a população e ao erário público.

Diante do que já foi exposto, fica claro que o trabalho realizado pela CGU foi de suma importância para mudar a realidade do quadro que se encontra os Hospitais federais do Rio de Janeiro e no Brasil.

## **2.3 Corrupção em Portugal: análise político-jurídica**

Por mais que Portugal esteja em posições mais elevadas que o as do Brasil, no tocante à corrupção pública com base nos dados da transparência internacional, ainda assim não se pode dizer que a corrupção foi erradicada em Portugal.

---

<sup>195</sup> BARATA, Anália Maria Simões. *Corrupção e poder local: transparência dos sítios web: estudo de caso* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade do Aveiro, Aveiro, 2013, p. 43 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/12380>

<sup>196</sup> BARATA, *loc. cit.*

A corrupção em uma análise jurídica prejudica, sendo considerada um crime tipificado em lei em Portugal, porém, para configurar sua punição por crime de corrupção há a necessidade de se enquadrar em quatro elementos ação ou omissão, prática de um ato ilícito ou lícito, vantagem indevida, com vantagem para próprio ou terceiro.<sup>197</sup>

Diante disso, o Código Penal Português tipifica diversos crimes de corrupção, como os cometidos em funções públicas (artigo 372.º), o recebimento indevido de vantagem (artigo 373.º), a corrupção ativa e passiva (artigo 374.º), dentre outros. Com o mesmo objetivo, diversas leis foram alteradas visando a ampliar sua aplicação no tocante às medidas de combate à corrupção. Foi o que aconteceu com a Lei n.º 41/2010, que trata de crimes de responsabilidade de titulares de cargos políticos e cargos públicos, e com a Lei n.º 20/2008, onde se criou um novo regime penal de corrupção no âmbito internacional e privado.

Em Portugal<sup>198</sup> têm sido adotadas diversas medidas para redução e combate à corrupção como elaboração de acordos e convenções internacionais, e assim como no Brasil realizando medidas que visam à transparência pública e à implementação de uma cultura de integridade pública, como a criação de sistemas de informação, canal de denúncias, controle interno nas instituições, buscando monitorizar os riscos e possível criação de auditorias internas, para apontar falhas e corrigi-las ou ainda preveni-las. Além disso, devendo buscar fortalecer a parceria do Ministério Público e a Polícia Judiciária, facilitando sua interação e autonomia para investigar a corrupção.

Buscando a realização dos pontos apresentados e da necessidade de um programa para combater a corrupção em Portugal criou-se a Lei n. 54/2008, onde se institui o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade independente onde funciona juntamente com o tribunal de contas onde desenvolve medidas de prevenção em todo o território português.

O Conselho de Prevenção da Corrupção elaborou com o objetivo de melhorar as práticas de mitigação de corrupção, bem como adequar as recomendações de órgãos internacionais, a Recomendação n. 1/2009, onde ficou instituída a criação de um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC), este plano consiste em um documento, onde todas as entidades públicas gestoras de dinheiro deveriam elaborar e enviar seus planos ao Conselho.<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> CUNHA, Ricardo Alexandre Sousa da, SERRA, Sara Alexandra da Eira e COSTA, Maria Manuela Oliveira. Medidas de combate à corrupção em Portugal. In: SANTOS, José António C. dos, ÁGUAS, Paulo e RIBEIRO, Filipa Perdigão, eds. *Book of Proceedings – TMS – Management Studies International Conference – Algarve 2012* [em linha]. Algarve: Universidade do Algarve, 2013, vol. 2, pp. 697-698 [consult. 11 jul. 2020]. ISBN 9789898472250. Disponível em: <http://www.esght.uaig.pt/tms2012/public/site/arquivos/bpvol2.pdf>.

<sup>198</sup> *Ibid.*, pp. 700-702.

<sup>199</sup> *Ibid.*, p. 702.

Dentro desse plano deveriam ser apresentados pontos que ajudam a identificar, prevenir e combater as falhas que alimentam a corrupção, onde seu não cumprimento pode gerar sanções, conforme disposto no artigo 9.º da Lei n.º 54/2008. Este plano muito se parece com os programas de Integridades Públicas que estão a serem instituídas também em território brasileiro.<sup>200</sup>

Santos<sup>201</sup> afirma que, tanto no Brasil como em Portugal, a falha do Estado se encontra na corrupção. Porque baseado nas organizações internacionais busca combater as práticas de corrupção nas transações internacionais e nas organizações dos funcionários no mercado interno e internacional. Pois com o pós-guerra e as práticas comerciais globalizadas bem como o marco da internet, agora tudo está interligado globalmente e em 24 horas por dia, o combate à corrupção se torna necessário uma vez que as práticas ilegais e suas consequências abrangem todos os envolvidos em uma escala global não mais onde se iniciou o ato ilícito.

Completando seu entendimento, Santos assevera que a corrupção e os países envolvidos podem ser prejudicados quanto à capacitação de recursos, de investimento estrangeiro, pois é levado em consideração para práticas internacionais o Índice de Percepção da Corrupção da *Transparency International*, onde fica evidenciada a ligação entre o baixo poder aquisitivo e a corrupção, uma nação subdesenvolvida e a corrupção, e entre efetividade e corrupção, ficando claro que a corrupção empobrece os Estados.<sup>202</sup> Conceitua ainda que é estimado que

[...] cerca de 1% do PIB [a propensão para a corrupção determina o seu montante], em Portugal, num país onde a economia paralela ultrapassa os 22%, segundo estimativas da OCDE. Ou seja, não é apenas a economia que age sobre a corrupção, mas a corrupção que age sobre a economia.<sup>203</sup>

Nesta premissa, a corrupção não é apenas um problema moral ou social, é a perda da eficiência econômica, assim como é a perda de ganhos para beneficiar os corruptos.<sup>204</sup>

Santos observou que a corrupção afeta o bem-estar de todos, na medida em que aumenta os preços e diminui a qualidade dos produtos vendidos ou dos serviços prestados, não chegando adequadamente à população em razão da prática de desvio de dinheiro público, por exemplo. Em Portugal, a agenda política está estritamente ligada aos escândalos de corrupção. Esta afirmação se deu por base a pesquisas de opinião feitas na pesquisa de campo, onde, segundo Santos, foram inquiridas pessoas maiores de 18 (dezoito) anos recenseados e residentes em Portugal. Nesta pesquisa,

---

<sup>200</sup> CUNHA, SERRA e COSTA, ref. 178, pp. 702-703.

<sup>201</sup> SANTOS, Armando Rui Teixeira. *Economia política da corrupção: caso dos Estados lusófonos* [em linha]. Tese de doutoramento, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2008, pp. 16-47 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/4387>

<sup>202</sup> *Ibid.*, pp. 15-16.

<sup>203</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>204</sup> *Ibid.*, p. 48.

conclui-se que a maioria das pessoas em Portugal considera que a corrupção significa ganhar dinheiro ilicitamente e a minoria entende que a corrupção prejudica o Estado. Concluiu-se também que os inquiridos consideram a classe política a mais corrupta, seguidos dos autarcas e da classe médica. Com isto, fica evidente que escândalos de corrupção são perceptíveis pela população e que estes sabem separar adequadamente o que é público do que é privado.<sup>205</sup> Neste ponto muito se assemelham Brasil e Portugal, pois, como já tratado alhures, ambos conceituam a corrupção política como o maior fator de corrupção seguido de corrupção na saúde.

Maia<sup>206</sup> também compartilha que a população portuguesa tem aumentado a noção de corrupção. De acordo com seu entendimento os crimes podem ser segmentados em duas áreas de acordo com o Código Penal Português. A Primeira integra a crimes resultantes na relação de funcionários dos serviços públicos e utentes, dividindo a corrupção em passiva (artigo 372.º), ativa (artigo 374.º), ato ilícito e ato lícito (artigo 373.º), tráfico de influência (artigo 335.º), participação econômica indevida em negócio (artigo 377.º) e violação de segredo de funcionário (artigo 383.º). Já a outra parte configura um conjunto de ações que configuram crimes da relação inadequada de funcionários na gestão e utilização dos bens públicos, que lhe são confiados como o peculato (artigos 375.º e 376.º), concussão (artigo 379.º) e abuso de poder (artigo 382.º), ambos do Código Penal Português. Concluindo que a corrupção corresponde como um conjunto de práticas que traduzem atitudes sociais e culturais que tendem ao particular se colocar à frente do coletivo.

Brei<sup>207</sup> afirma que a maioria das ações consideradas corruptas é basicamente variedades de transações de troca. Considera ainda que, nas sociedades mais bem desenvolvidas politicamente, onde consegue socializar seus cidadãos, a corrupção tende ser em menor escala, pois seus membros internalizam as normas de tal maneira que a corrupção não é bem aceita. Diante desta afirmação, fica claro o porquê do distanciamento de posições entre Portugal e Brasil, segundo dados da *Transparency International*, onde o Brasil, apesar de inúmeros esforços e da grande evolução na conscientização do combate à corrupção, se encontra bem abaixo na posição mundial no índice de corrupção em relação à Portugal.

---

<sup>205</sup> SANTOS, ref. 182, pp. 49-132.

<sup>206</sup> MAIA, António. A corrupção em Portugal: abordagens distintas de um mesmo objecto. *Media & Jornalismo* [em linha]. Lisboa: Instituto de Comunicação da NOVA, 2015, vol. 14, n.º 26, pp. 77-86 [consult. 6 mar. 2020]. ISSN 1645-5681. Disponível em: doi:10.14195/2183-5462\_26\_4

<sup>207</sup> BREI, Zani Andrade. Corrupção: dificuldades para definição e para o consenso. *RAP* [em linha]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas, 1996, vol. 30, n.º 1, pp. 64-77 [consult. 6 mar. 2020]. ISSN 0034-7612. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8128/>

Nesse mesmo sentido<sup>208</sup>, o crime de corrupção tem sido entendido como perpetrado por todo o mundo, provocando consequências econômicas e sociais, atingindo valores importantes como a democracia, cidadania, confiança e igualdade social. Diante de tal relevância, tem se evidenciado também em Portugal medidas de mitigação e de combate à corrupção, tendo como destaque a criação do CPC, onde o objetivo é a prevenção e a mitigação da corrupção por intermédio de um PGRCIC.

Com tudo que foi exposto até o presente, em uma análise comparativa da corrupção nos dois países, pode-se concluir que muito se assimila ambos os países, quando se fala sobre o como a população tem percebido o seu aumento e como estão a repelir tais atos. Fica claro ainda que ambos os países conceituam a corrupção política e na saúde como os maiores fatores de preocupação, prejudicando as políticas públicas, bem como financeiramente o país envolvido na corrupção. Conclui-se que, ainda no âmbito do mercado internacional, o combate à corrupção, por meio de medidas de mitigação para prevenção, é considerado uma meta a ser atingida.

---

<sup>208</sup> CUNHA, SERRA e COSTA, ref. 178, p. 693.

### 3 MEDIDAS DE COMPLIANCE E O PLANO DE INTEGRIDADE PÚBLICA

Atualmente no Brasil, a nível nacional está sendo desenvolvido um plano de integridade pública, que pode ser chamado também de *compliance*, que visa às medidas para mitigar a corrupção, as falhas e a prevenção. Mas a ideia de *compliance* público não acontece somente no Brasil, há um movimento internacional nesse sentido. Movimento similar vem ocorrendo também em Portugal.

Nesse sentido, Nascimento<sup>209</sup> conceitua que o *compliance* público já é uma realidade no contexto internacional. Este tema no Brasil vem se consolidando em todas as esferas da administração pública, direta, indireta, autárquica e fundacional. Já encontra respaldo na legislação nacional, onde os objetivos são promover a integridade, transparência e a eficiência pública, buscando fortalecer a governança pela avaliação de riscos e de controles internos.

O tema de transparência pública<sup>210</sup> ligado à corrupção tem percorrido um longo caminho, iniciando-se por um esforço mundial para criação de normas que visam ao combate à corrupção. Seu início se deu por meio do caso Watergate, que ocorreu nos Estados Unidos baseados em escândalos de corrupção com o governo Nixon, foi criada a primeira norma internacional de combate à corrupção, a *Foreigner Corrupt Practies Act* (FCPA). O objetivo dessa lei era reprimir e tornar ilegais quaisquer medidas que tivessem por base pagamentos ou troca de vantagens comerciais ou econômicas, passíveis de sanções civis e criminais. Assim como nos EUA, o Reino Unido possui um programa de corrupção, a *United Kingdom Bribery Act* (UKBA), em substituição da lei sobre atos de prevenção e atos de corrupção no período de 1889-1916, sendo considerada uma das leis mais rígidas para combater a corrupção por proibir atos de corrupção sejam elas públicas ou privadas.

Nesse sentido, Kim, Muzzi e Falcetta<sup>211</sup> afirmam que com o comércio internacional medidas para reprimir a corrupção passaram a ser uma preocupação no âmbito global, uma vez que vários países poderiam ser atingidos e prejudicados por atos provenientes de corrupção. Diante disto, por intermédio de uma cooperação internacional dos países signatários, muitas convenções foram criadas para tratar da matéria.

A Convenção Interamericana contra a Corrupção idealizada pela Organização dos Estados Americanos (OEA), onde os objetivos principais são prevenir, detectar, punir e

---

<sup>209</sup> NASCIMENTO, Juliana Oliveira. Panorama internacional e brasileiro da governança, riscos, controles internos e compliance no setor público. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, p. 343. ISBN 9788545004738.

<sup>210</sup> KIM, Shin Jae, et al. Compliance em empresas estatais. Padrões internacionais e legislação brasileira. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 156-158. ISBN 9788545004738.

<sup>211</sup> *Ibid.*, pp. 159-160.

erradicar a corrupção, onde foi a primeira convenção adotada pelo Brasil, promulgada pelo decreto presidencial em 2002.

Outra importante é a Convenção sobre o Combate à Corrupção de Funcionários Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais da OCDE, cujo objetivo é combater a pobreza, utilizando o crescimento econômico. Como a corrupção prejudica a competitividade, os países signatários (atualmente são 34) estão adaptando suas legislações para combater a corrupção, prevendo como crime vantagens indevidas para funcionário público em todos os meios possíveis. No Brasil, foi ratificada pelo Decreto n. 3.678/2000.

Já a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção (CNUCC) foi aprovada pela ONU no ano de 2003. Agora, o objetivo é abranger, de modo multidisciplinar e global, países que antes não faziam parte do acordo como Ásia e Oriente Médio, para assim combater a corrupção em todos os seus contornos. O Brasil ratificou por meio do Decreto presidencial n. 5.687. Nele se encontra o arcabouço dos planos de integridade, uma vez que, expressa a obrigatoriedade de medidas para combater a corrupção, tais como integridade, transparência, códigos de conduta, medidas disciplinares dentre outras, importantes para o cumprimento desta determinação. No Brasil, a legislação que trata sobre o tema *compliance* envolve a Lei de Corrupção (Lei n. 12.846/2013), Lei de Improbidade Administrativa (Lei n. 8.429/1992), Código Penal (Decreto-lei n. 2.848/1940), Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei n. 8.666/1993), todas elas tratam de corrupção de empresas ou agentes públicos, pois ao contrário dos países que ratificaram a corrupção privada também está enquadrada. Isto significa que empresas no Brasil que cometerem crimes, não podem ser penalizadas criminalmente, pois o Código Penal não há tipificação, logo, somente pessoas físicas. Diante disto, a primeira inovação foi a responsabilização de pessoas jurídicas que prestam serviços para empresas públicas trazidas pela Lei Anticorrupção (Lei n. 12.846/2013), podendo agora ser penalizadas administrativamente e judicialmente isoladas ou juntas.<sup>212</sup>

Diversos manuais e guias de programas de integridade têm se desenvolvido. No Brasil, a CGU vem desde ano 2016, fazendo uma abordagem para desenvolver programas de integridade em âmbito nacional. No ano de 2019, a CGU publicou a Portaria n. 57/2019 (alterando a Portaria n. 1.089/2018), para regulamentar o Decreto n. 9.203/2017 e “[...] estabelecer procedimentos para estruturação, execução e monitoramento de programas de integridade em órgãos e entidades do Governo Federal (ministérios, autarquias e fundações públicas)”<sup>213</sup>. Cabe ressaltar, que medidas de

<sup>212</sup> KIM et al., ref. 189, pp. 161-163.

<sup>213</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Programa de Integridade* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 11 fev. 2019b [consult. 6 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/etica-e-integridade/programa-de-integridade>

*compliance* tem se multiplicado, abrangendo não só o âmbito federal, mas também estadual, municipal e empresas privadas.

A partir disso, a CGU estabeleceu regulamentação que “[...] define diretrizes, etapas e prazos para que os órgãos federais criem os próprios programas, com mecanismos para prevenir, detectar, remediar e punir fraudes e atos de corrupção”<sup>214</sup>. Em todo o território nacional, como os hospitais e institutos federais aderiam ao Plano de Integridade Pública e se encontra em pleno desenvolvimento e medidas iguais estão sendo adotadas no âmbito dos Estados e Municípios no tocante aos programas de integridade. Cabe ressaltar que algumas instituições possuem ações em andamento, não somente os hospitais federais, a diferença é que agora os Planos de Integridade são obrigatórios e deverão apresentados para a CGU para aprovação.

Cabe ressaltar ainda que o Plano de Integridade Pública ou *compliance* público foi reeditado pela Portaria n. 57/2019, alterando o que foi instituído pela Portaria n. 1.089/2018, onde busca medidas que reforcem os planos anticorrupção. Esta Portaria foi criada para instaurar medidas institucionalizadas “[...] voltadas para a prevenção, detecção, punição e remediação de práticas de corrupção, fraudes, irregularidades e desvios éticos e de conduta”<sup>215</sup>. O plano de integridade consiste em um conjunto de medidas para prevenção e combate à corrupção, já o plano de integridade efetivamente é o documento que descreve as medidas para redução desses riscos.

A implementação do Plano de Integridade Pública ficou definido no manual de integridade pública da CGU<sup>216</sup>, que possuirá três etapas, onde a primeira consiste em constituir uma unidade de gestão, onde serão responsáveis por gerir, coordenar e criar medidas que corroborem para implementação do plano de integridade, além disso, esta unidade será responsável para passar informações necessárias e requeridas, para os órgãos de controle externo (tais como, CGU, TCU), devendo ser publicado por meio de uma portaria a composição e objetivos desta unidade. A segunda fase consiste na apresentação do plano em si, onde deverá conter as ações, riscos e medidas de reparação e previsão de monitoramento das ações. Nesta fase serão tratados os pontos identificados como primordiais, para o combate às falhas na administração pública, que contribuem para o aumento da corrupção, criando unidades novas ou aprimorando as áreas se já existentes.

Dentre essas unidades é possível destacar a promoção de ética dos servidores-comissão de ética, tratamento de conflitos de interesse, tais como o nepotismo, tratamento de denúncias ou ouvidorias, controles internos, bem como o cumprimento das auditorias (alimentar o sistema monitor da CGU, sistema esse que traz

---

<sup>214</sup> BRASIL, ref. 213, n.p.

<sup>215</sup> BRASIL, ref. 6, art. 2º, I, p. 40.

<sup>216</sup> BRASIL, ref. 192, n.p.

recomendações aos órgãos auditados e exigem providências, auditorias), além disso, existe a implantação de um portal de transparência, para dar visibilidade para os órgãos externos e os usuários dos serviços públicos e por fim implementar medidas de responsabilização de pessoas físicas e jurídicas.

A terceira fase de implementação do Plano de Integridade Pública ou *compliance* público consiste em executar e monitorar o plano buscando expandir o que achar necessário conforme a realidade do órgão que foi implantado. A CGU no Brasil é a responsável por verificar o cumprimento das determinações.<sup>217</sup>

Portugal, assim como o Brasil, tem enfrentado a corrupção com frequência por meio do debate público e na política, onde a corrupção também se tornou motivo de preocupação, em razão dos efeitos que produz. A preocupação não abrange somente o âmbito nacional, essas medidas têm sofrido influência da internacionalização, com isto, tem-se buscado medidas de mitigação por intermédio de leis, códigos e programas que proporcionem integralidade e sua aplicação. Cabe ressaltar que, em Portugal, essa estrutura é denominada “Sistema Nacional de Integridade”, onde seu objetivo tem sido combater a corrupção e a defesa da transparência e integridade no âmbito europeu e internacional.<sup>218</sup>

Os principais riscos de corrupção apontados em relatório do SNI<sup>219</sup> estão relacionados às privatizações opacas, adjudicações sem concurso, vendas fraudulentas de patrimônio público, contratos de Parcerias Público-Privadas (PPP) ruins, aditamentos de contratos sem visto prévio, financiamento público ilegalmente para partidos políticos, nomeações sem critério de competência, conflito de interesses, arquivamentos de processos de corrupção, investigação demoradas que acabam prescrevendo. A estrutura para avaliação e montagem do programa de integridade português busca, resguardar os mesmos riscos identificados e implementados no programa de integridade pública brasileiro, tais como, canais de denúncia e informação, medidas para responsabilização de empresas e indivíduos, criação de um sistema de monitorização das medidas de *compliance*, combate ao conflito de interesses e nepotismo. Apesar de o SNI ser considerado um assunto novo em Portugal, o sistema português se encontra em uma fase mais avançada, em relação ao Brasil. Uma vez que, já se pode por meio desse relatório verificar o diagnóstico do desempenho do sistema, enquanto no Brasil, encontra-se em fase de implementação.

Lira e Roso<sup>220</sup> explicam que essas mudanças começaram a ser incorporadas no final da década de setenta do século XX, com uma Nova Gestão Pública (NGP), com

---

<sup>217</sup> BRASIL, ref. 6, p. 40.

<sup>218</sup> MARQUES e COROADO, ref. 8, p. 6.

<sup>219</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>220</sup> LIRA, Miguel e ROSO, Ana. A reforma da administração dos recursos humanos públicos portugueses após o fim do estado novo: uma evolução histórica. *Revista Ciências Administrativas* [em linha]. Fortaleza: Universidade de

diferentes países incluindo Portugal e Brasil para a necessidade de uma organização global com orientações de organizações mundiais como a OCDE, o Banco Mundial, o FMI ou as Nações Unidas, dentre outras instituições mundiais e regionais para uma isonomia de plano. O objetivo desta nova gestão era obter maior confiança no mercado e ideias do setor privado atreladas ao conceito de governança, utilizando instrumentos como gestão de resultado, introdução de medidas de desempenho. Ainda segundo Lira e Roso, no início do século XXI, com as reformas administrativas o foco da administração pública se inclinou para os princípios da eficiência, eficácia, economia e qualidade, sendo introduzidas diretamente como ferramentas para um melhor funcionamento do serviço público.

Desde o ano de 2016, Portugal tem desenvolvido o projeto Pacto de Integridade<sup>221</sup>, promovido pela *Transparency International*, onde é apoiado pela Comissão Europeia, juntamente com entidades governamentais, do setor privado, sociedade civil e cidadãos para a monitorização de contratos públicos em 11 países da Europa.

O pacto de Integridade consiste em uma ferramenta, criada por um acordo entre a autoridade pública, os fornecedores e a sociedade, onde se buscam medidas para que haja lisura nas contratações ou licitações públicas, conforme são denominadas no Brasil. O objetivo com essas medidas é combater os atos que facilitam a corrupção. Essa preocupação tem relevância após se verificar que 60% dos contratos dos municípios portugueses tinham ajustes direto, ou seja, sem concurso público, facilitando assim situações que promovem a práticas de corrupção.

Como uma das medidas para combater a corrupção, Portugal, por via do Decreto-Lei n.º 111-B/2017<sup>222</sup>, de 31 de agosto, alterou o Código dos Contratos Públicos (CCP). Por essas medidas, foram transpostas as diretivas europeias 2014/23,24,25 e 55/UE, sobre contratos de concessão, contratos públicos e faturação eletrônica nos contratos públicos.

Os contratos públicos estabelecidos no referido Decreto-Lei n.º 111-B/2017 têm sua aplicabilidade definida em seu artigo 2.º, n.º 1, onde aponta que Estados, regiões autônomas, autarquias locais, institutos públicos, entidades administrativas independentes, banco de Portugal, fundações e associações públicas, estão sujeitos às regras ali previstas. Além disso, no artigo 16.º, informa quais tipos de pré-contratuais

---

Fortaleza, 2013, vol. 19, n.º 2, pp. 544-545 [consult. 12 ago. 2020]. ISSN 2318-0722. Disponível em: doi:10.5020/2318-0722.2013.v19n2p536

<sup>221</sup> O PACTO de integridade no Mosteiro de Alcobaça. *Transparência e Integridade* [em linha]. Lisboa: Transparency International Portugal, 2019 [consult. 16 jul. 2020]. Disponível em: <https://pactodeintegridade.transparencia.pt/pacto-de-integridade/>

<sup>222</sup> PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130791236/202010091238/diplomasModificantes>

estão previstos, dentre as normas e conceitos sobre o tema, as modificações consistem em dar mais transparência ao processo de contratações públicas, como as publicações no portal do artigo 127.º do CCP para dar transparência e fazer o controle eficiente deste. Já o artigo 465.º do CCP estabelece que aqueles que são adjudicantes tem por obrigatoriedade realizar a publicação de suas contratações no Portal Base todas as informações de como foi formado os contratos públicos, conforme estabelecido na Portaria n.º 57/2018, de 26 de fevereiro.<sup>223</sup>

Em Portugal, medidas como estas de transparência podem ser percebidas ao administrar o *site* da SNS, em sua aba de transparência, já possui medidas, de transparência pública, onde é possível identificar dados na saúde em Portugal como licitações, auditorias, gestão de recursos financeiros, quais áreas foram aplicadas as verbas públicas, centralizando em uma plataforma a inserção de todos os dados de maneira fácil e intuitiva a seus usuários, bem como aos órgãos de controle destes, tornando-se assim uma gestão, clara, transparente e mais eficiente, bem como uma linha de canal do usuário, para dúvidas e reclamações, algo parecido com as ouvidorias, além de possuir um canal de atendimento telefônico que funciona 24 horas.<sup>224</sup> Essa comparação mostra que o Brasil está no caminho certo, mas que precisa evoluir ainda, no que diz respeito à implementação das políticas públicas, bem como na ampliação e aplicação de medidas de mitigação de riscos e combate à corrupção principalmente no tema abrangente neste trabalho, ou seja, direito fundamental à saúde.

Cabe ressaltar ainda que, assim como o Brasil, Portugal tem adotado um plano de integridade pública por meio do SNI.

### 3.1 Sistemas de mitigação de riscos

O significado de risco parte da ideia que há uma possibilidade de ocorrer eventos que gerem danos de caráter negativo a instituição respectivamente enseja responsabilidades aos seus gestores e aqueles que geraram o dano. O maior objetivo da gestão de riscos é evitar que ocorra um evento que gere um dano grave para o cumprimento das necessidades a serem cumpridas pela gestão pública.<sup>225</sup> De igual modo, o TCU, por via do referencial básico de gestão de riscos, conceitua risco como “[...] o efeito da incerteza sobre objetivos estabelecidos. É a possibilidade de ocorrência

---

<sup>223</sup> PERGUNTAS frequentes. *Portal Base* [em linha]. Lisboa: Instituto dos Mercados Públicos do imobiliário e da Construção, 2019 [consult. 16 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.base.gov.pt/Base/pt/PerguntasFrequentes>

<sup>224</sup> PORTUGAL. Governo da República Portuguesa. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. *Transparência* [em linha]. Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2020b [consult. 17 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

<sup>225</sup> NOHARA, Irene Patrícia. Governança pública e gestão de riscos: transformações no direito administrativo. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironi Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, p. 330. ISBN 9788545004738

de eventos que afetem a realização ou alcance dos objetivos, combinada com o impacto dessa ocorrência sobre os resultados pretendidos”<sup>226</sup>.

O sistema de gestão de riscos<sup>227</sup> ganhou destaque após a publicação do guia *Internal Control – Integrated Framework* – pelo *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO), servindo como base para orientação e aprimoramento dos sistemas de controles internos. No Brasil<sup>228</sup>, os riscos são balizados pelo ISO 31000/2009<sup>229</sup> que se deu por uma consulta encomendada pela CGU à OCDE, onde por meio de várias sugestões pediu a implementação de gestão de riscos, bem como o Plano de Integridade Pública.

Em resumo sobre a política de gestão de risco, o TCU<sup>230</sup> exemplificou cada prática internacional adotada. Segundo ele, a COSO-IC (COSO I), tem por base dar orientação as organizações sobre seus princípios e medidas de controle interno, para evitar falhas administrativas ligadas a um sistema de fraude. Caracterizando-se por um processo realizado pelos gestores para identificar e mitigar riscos. Já a COSO-ERM (COSO II) em 2004, por meio da *Enterprise Risk Management – Integrated Framework*, criou um modelo para orientar organizações de gestão de riscos corporativos, considerada, portanto, uma evolução da COSO-IC, abrangendo todas suas ferramentas e expandindo de maneira a ser complementada pela COSO-ERM, sendo incluídas identificação de eventos, avaliação de riscos, e resposta a riscos.

Aponta ainda outra importante ferramenta de gestão de riscos a ISO 31.000:2009 e 31.000:2018, que resulta de um esforço da *International Organization for Standardization* (ISO) ou ABNT NBR ISO 31.000:2009 em padronizar a gestão de riscos, a de 2009 estabelecia a “[...] identificação, análise, avaliação e tratamento de riscos, comunicação e consulta, monitoramento e análise crítica”<sup>231</sup>. Em 2018 foi publicada uma nova versão onde substituiu todo o conteúdo da ISO anterior, mantendo o processo de gestão de riscos e suas etapas.

Em continuidade a Instrução Normativa MP/CGU n. 1, de 10 de maio de 2016, apresentou toda sua estruturação bem como seus princípios. Visando a atender a Instrução Normativa e usar como meio de estruturação os *frameworks* supracitados, a

---

<sup>226</sup> BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial básico de gestão de riscos* [em linha]. Brasília, DF: TCU, 2018k [consult. 6 jul. 2020]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/referencial-basico-de-gestao-de-riscos.htm>

<sup>227</sup> BRASIL. Ministério da Transparência. Controladoria-Geral da União. *Metodologia de gestão de riscos* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Transparência, abr. 2018j, p. 7 [consult. 27 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/institucionais/arquivos/cgu-metodologia-gestao-riscos-2018.pdf>

<sup>228</sup> NOHARA, *op. cit.*, pp. 328-329.

<sup>229</sup> ABNT [Associação Brasileira de Normas Técnicas]. *ABNT NBR ISO 31000: gestão de riscos: princípios e diretrizes*. Rio de Janeiro: ABNT, 2009 [consult. 27 jun. 2020]. ISBN 9788507018384. Disponível em: <https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>

<sup>230</sup> BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Política de gestão de riscos: modelos de referência de gestão corporativa de riscos* [em linha]. Brasília, DF: TCU, 2016b [consult. 31 jul. 2020]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/planejamento-governanca-e-gestao/gestao-de-riscos/politica-de-gestao-de-riscos/modelos-de-referencia.htm>

<sup>231</sup> BRASIL, ref. 230, n.p.

CGU estabeleceu sua Política de Gestão de Riscos (PGR/CGU), através da Portaria CGU n. 915, de 12 de abril de 2017.<sup>232</sup>

Os riscos<sup>233</sup> podem ser calculados estrategicamente por intermédio de um processo de diretrizes, objetivos, planos e ações. Os riscos são medidos pela probabilidade e impacto, onde nesse diapasão é necessário identificar quais são os riscos e o impacto que estes podem gerar caso ocorram.

A fase de identificação de riscos é de demasiadamente importante, na medida em que serve como um norte para estruturação do sistema de riscos. A identificação de riscos é atribuição do gestor responsável, onde sua função é identificar esses riscos, preferencialmente antes que estes se desenvolvam, pois quanto mais cedo forem identificados mais rápido e fácil será sua solução.<sup>234</sup> Apesar de ser sua responsabilidade este não precisa ser realizado sozinho pode construir uma equipe que dê suporte, bem como pode ter suporte de agentes externos para apoio.

A mitigação de riscos<sup>235</sup> se inicia realização de uma análise de riscos daquela empresa ou instituição, onde se traçado os riscos e vulnerabilidades, após a elaboração destes planos de mitigação ainda há a necessidade de revisão periódica como controle e adequação deste plano. Os mecanismos utilizados para encontrar falhas têm por objetivo dar mais transparência e integridade aos atos, tendo como base os pontos abordados no próximo capítulo, canais de denúncias para receber internamente e externamente demandas, de descumprimento de integridade, prevenção de conflito de interesses e nepotismo, criação de código de ética, transparência para controle de processos e controle, responsabilização de agentes aplicando penalidades determinadas em lei e controle interno por auditorias e treinamento periódico, para promoção de uma consciência de integridade e gestão de riscos, para empregados e administradores.

Nesse mesmo sentido, o referencial de combate à fraude e corrupção<sup>236</sup>, entende que os riscos de fraude e corrupção também devem ser identificados. A gestão de risco é eficaz para identificar, analisar e tratar dessas falhas que propiciam um ambiente de corrupção, fazendo com que consigam mitigar esses danos. Os riscos podem ter diferentes naturezas, dentre os principais, destacam-se o risco legal, operacional, risco de fraude e corrupção, risco de TI e patrimonial. Segundo o referencial

---

<sup>232</sup> BRASIL, ref. 204, p. 7.

<sup>233</sup> NOHARA, ref. 202, pp. 328-329.

<sup>234</sup> BRASIL, Franklin. A arte e a técnica de identificar riscos. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironi Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 374-375. ISBN 9788545004738.

<sup>235</sup> KIM et al., ref. 189, pp. 176-178.

<sup>236</sup> BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial de combate a fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública* [em linha]. 2ª ed. Brasília, DF: TCU, 2018, pp. 21-22 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/33149/11/Referencial\\_integridade\\_TCU.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/33149/11/Referencial_integridade_TCU.pdf)

os riscos legais podem decorrer das alterações legislativas, os operacionais comprometem o funcionamento da organização, o risco de TI, pode ser detectado por meio das ameaças que deixam vulneráveis as informações, os patrimoniais geram perdas de ordem ativas, ou seja, que a empresa ou instituição pode ganhar, e os riscos pela fraude e corrupção que prejudicam o patrimônio e os interesses da organização. Conclui que o objetivo da gestão ou mitigação de riscos é promover meios que impeçam ou corrijam atos de corrupção desviando a organização de seus objetivos e comprometimento, gerando uma política de transparência e integridade pública.

Diante disso, há uma necessidade de uma organização de mitigação de riscos, como objetivo de identificar e corrigi-los, para que os objetivos venham a ser atingidos, pois quando há uma gestão de risco implementada de maneira adequada, gera benefícios para organização bem como para o usuário do sistema. Para uma adequada implementação de gestão de riscos, podem ser adotados padrões internacionais, criados para esse fim, como o Coso II e a NBR ISO 31000. A NBR ISO 31000, por exemplo, fornece princípios e diretrizes para gerenciar qualquer tipo de risco em toda ou em parte de qualquer tipo de organização. Tendo por objetivos servir por base para criação de estratégias, bem como a elaboração de um plano de estruturação de integridade pública, visando a combater falhas advindas da corrupção.<sup>237</sup>

No âmbito da saúde pública<sup>238</sup>, o cuidado para efetiva aplicação da gestão de risco tem que levar em consideração uma abordagem multiprofissional para que se tenha uma visão macro de riscos na saúde. Neste sentido, busca-se ainda que as atividades ali realizadas não provoquem males tanto para a esfera pública como para o indivíduo em si.

Dito isso, tem-se evidenciada a real necessidade de se estudar os impactos dos danos da corrupção no direito fundamental à saúde, bem como é necessário a implantação de sistema de mitigação de riscos, para que se evite problemas ou mitigue os já existentes tais como, falta de insumos e medicamentos, fraudes em licitações, como o direcionamento destas, falta de planejamento em licitações públicas gerando gastos excessivos com contratos emergenciais<sup>239</sup>, falhas essas que poderiam ser mitigadas ou combatidas por um sistema de mitigação de riscos.

---

<sup>237</sup> *Ibid.*, pp. 22-24.

<sup>238</sup> NOHARA, ref. 202, pp. 335-336.

<sup>239</sup> Contratos emergenciais são aqueles que dispensam a licitação pública, com base na emergência e necessidade desse bem. No entanto, algo que deveria ser esporádico tem se tornado rotineiro em contratos públicos principalmente, na área da saúde pública no Brasil, ocasionando graves prejuízos ao erário pela falta de planejamento, pois atualmente o rotineiro é não realizar uma licitação dentro do período necessário, antes que o material se esgote, ou propositalmente quando esses contratos superfaturados, geram desvio do dinheiro público.

A corrupção atualmente é um dos principais problemas para efetividade das políticas públicas. No Brasil, por exemplo, grande está sendo a movimentação para políticas de combate à corrupção, chamados de *compliance* ou mitigação de riscos.

A corrupção prejudica áreas sociais, gerando problemas com saúde, educação e segurança, pois além de causar prejuízos de ordem econômica traz transtornos para o funcionamento dessas políticas públicas que deveriam servir para garantir os direitos fundamentais e constitucionais.

A luta pelo combate à corrupção e os meios para sua mitigação têm se tornado mundial nas últimas décadas tamanho esforço gerou diversas leis, tratados e acordos de abrangência global. Diante disto, medidas de *compliance* têm se tornado cada vez mais necessárias e atuais. Sendo assim, em 2013, criou-se, no Brasil, um importante meio para o combate à corrupção, a Lei n. 12.846/2013, que, por sua vez, determina a responsabilidade de pessoa jurídica envolvidas em atos contra a administração pública, bem como medidas para combater a corrupção ou mitigar riscos<sup>240</sup>. A implantação de programa de *compliance* ou mitigação de riscos enseja um comprometimento com a sociedade e os funcionários de uma empresa ou no âmbito público, iniciando assim uma mudança estrutural para a cultura do país em relação à corrupção.<sup>241</sup>

Segundo Giovanini<sup>242</sup>, para elaboração de um programa de *compliance*, este deve ser pautado em sete elementos básicos, necessários e obrigatórios para que seja efetivo. Dentre esses elementos, destaca-se o comprometimento da alta direção, criação de políticas de controle, pois não basta criar no papel medidas ou procedimentos, se não houver o controle efetivo deste para aferir o real funcionamento do programa. Além disso, há uma necessidade de treinamento e sensibilização de seus funcionários, para que sejam difundidos os novos princípios a serem seguidos, mudando o aspecto cultural para uma consciência para o combate à corrupção.

Apona ainda que há a necessidade de monitoramento e de auditoria, pois, deste modo, servem para assegurar a efetividade do programa, sendo necessário também após essas auditorias e encontrando irregularidades que sejam aplicadas às medidas disciplinares e correções efetivas, em continuidade ter a responsabilização e melhorias contínuas dos procedimentos, sempre que haja necessidade.

O sistema de mitigação de riscos ou a base do programa de *compliance* estão associados à verificação prévia que no futuro imediato ou mediato pode ocorrer a riscos que venham a comprometer o programa. Com isto, busca-se reconhecer que essas

---

<sup>240</sup> NOHARA, ref. 202, p. 330.

<sup>241</sup> GIOVANINI, Wagner. Programas de compliance e anticorrupção: importância e elementos essenciais. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 53-55. ISBN 9788545004738.

<sup>242</sup> *Ibid.*, pp. 56-59.

falhas podem acontecer, e se ocorrer há meios para que por meio de uma gestão adequada se corrija essa falha. Há a necessidade dentro da gestão de riscos de processos e controles, pois por intermédio desta gestão poderão ser verificadas falhas como conflito de interesses, nepotismo, falhas em contratos e desvio de dinheiro.<sup>243</sup> Conclui ainda que, o sistema de mitigação deve se dá continuamente, e documentada para que se perceba a melhoria na qualidade e o comprometimento com a ética e integridade.

Em definição de *compliance*, Nohara<sup>244</sup> afirma que pode ser interpretado como uma estrutura com vários meios internos que visam a possibilidade de efetivação de auditorias futuras e cíclicas, bem como o de incentivo através do sigilo de denúncias de ilicitudes e estabelecimento de normas éticas para padronização de condutas facilitando a detecção de falhas administrativas no meio da administração pública.

### 3.1.1 Nepotismo

Uma das práticas que estão sendo combatidas nos sistemas de mitigação de risco ou *compliance* é o nepotismo. Este consiste no favorecimento de parentes para relação de trabalho ou emprego. A prática do nepotismo viola garantias constitucionais como o princípio da impessoalidade e moralidade pública, pois a atribuição para o cargo não busca o mérito ou qualificação ou capacidade técnica para o cargo. Está ligado em relação de poder onde a pessoa favorecida está em relação de hierarquia ao subordinado.

No Brasil, desde as primeiras constituições já tratavam sobre as práticas de nepotismo. Oliveira<sup>245</sup>, ao fazer uma análise das constituições, percebeu que sempre houve a preocupação de tratar o assunto, mesmo que na prática não houvesse muito resultado. Ao fazer um passeio pelas constituições, a autora informa que a Constituição de 1824, em seu artigo 179, XIV, informava que qualquer cidadão poderia almejar cargos públicos e civis, por meio de seus talentos e virtudes, apesar do que era escrito, na prática se demonstrava bem diferente. Já a Constituição de 1934 estabeleceu o concurso para aprovação de juízes e membros do ministério público como recurso para coibir indicações de pessoas nestes setores, e se desenrolou nas Constituições posteriores 1937 e 1946. Segundo ele, a Constituição de 1967, em seu artigo 95, §§ 1º e 2º, tentou um avanço no sentido de coibir a prática do nepotismo, onde exigiu a aprovação em concurso público para exercer cargos públicos. Já a atual Constituição

---

<sup>243</sup> GIOVANINI, ref. 217, p. 60.

<sup>244</sup> NOHARA, ref. 202, p. 330.

<sup>245</sup> OLIVEIRA, Almerinda Alves de. Nepotismo na Administração Pública brasileira: panorama histórico e associação à corrupção. *Revista da CGU* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 2017, vol. 9, n.º 14, p. 523 [consult. 16 jul. 2020]. ISSN 2595-668X. Disponível em: [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/34449/10/V9.n14\\_Nepotismo.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/34449/10/V9.n14_Nepotismo.pdf)

de 1988, inovou no sentido de trazer princípios constitucionais para que o aprovado em concurso público, bem como aquele que preste serviços tenha os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da eficiência administrativa como requisitos necessários para cargos e empregos públicos.

Oliveira<sup>246</sup> entende que a prática de nepotismo fere os princípios da administração pública, uma vez que está associada à corrupção, pois vai contra o interesse público, posto que não há, por exemplo, o princípio da efetividade, haja vista a escolha não se dá pelas qualificações. Logo, a escolha não foi pensada para o melhor da instituição, mas sim para o benefício de uma pessoa ou grupo. A prática do nepotismo provoca falhas que facilitam a ocorrência da corrupção.

A prática do nepotismo é enquadrada como improbidade administrativa, e é veemente combatida no plano de integridade, uma vez que fere o princípio da moralidade descrita do artigo 37 da CRFB/88. Diante disto, a Lei de Improbidade Administrativa (Lei n. 8.429/1992) impõe àquele que praticar tal ato o dever de punição pala administração pública.

No Brasil, a prática de nepotismos é proibida, e sobre o tema foi criada a Súmula Vinculante n. 13 do STF, que diz:

“A nomeação de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda, de função gratificada na administração pública direta e indireta em qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compreendido o ajuste mediante designações recíprocas, viola a Constituição Federal.”<sup>247</sup>

Diante do exposto, a prática do nepotismo viola a Constituição, pois fere o princípio da moralidade. O princípio da moralidade consiste na conduta do agente, uma vez que, ao beneficiar uma pessoa, confronta com os princípios da honestidade e da boa-fé.

O conceito de nepotismo para Bellow<sup>248</sup> sobre a palavra *nepotismo*, em sua busca no dicionário, vem do latim *nepos*, que significa sobrinho ou neto. Informa ainda que o termo *nepotismo* derivaria do italiano *nepote*, que pode referir-se a praticamente qualquer membro da família, de qualquer geração, homem ou mulher; não importando, se a pessoa favorecida é competente para o cargo ou função.

Além da Constituição, há outras normas infraconstitucionais que tratam no Brasil sobre a prática do nepotismo como o Decreto n. 7.203/2010<sup>249</sup>, conhecida como

<sup>246</sup> OLIVEIRA, ref. 221, p. 512.

<sup>247</sup> BRASIL. Superior Tribunal Federal. *Súmula Vinculante nº 13* [em linha]. Brasília, DF: Superior Tribunal Federal, 2008 [consult. 23 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumario.asp?sumula=1227>

<sup>248</sup> BELLOW, Adam. *Em louvor do nepotismo: uma história natural*. Tradução de Carlos Mendes Rosa. São Paulo: A Girafa, 2006, p. 22. ISBN 9788577190171.

<sup>249</sup> BRASIL. Decreto nº 7.203, de 4 de julho de 2010. *Diário Oficial da União: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 7 jun. 2010a, ano 147, n. 106, pp. 4-5 [consult. 16 set. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/06/2010&jornal=1&pagina=4>

a Lei do Nepotismo. Este decreto, no âmbito da administração pública federal, veda expressamente a prática de nepotismo, ficando agora proibidas as contratações ou designações de familiares para autoridade administrativa, ou cargo em comissão ou função de confiança de direção, chefia e assessoramento. Esta medida visa a assegurar o princípio da isonomia para os demais candidatos e sendo vedado tanto o nepotismo direto aquele em que a autoridade nomeia seu parente como o nepotismo cruzado quando um agente público nomeia pessoa ligada a outro agente público.

Já em Portugal apesar de o nepotismo não ser aceito, tem circulado na mídia<sup>250</sup> recentemente casos de corrupção por indicação de parentes. Há leis que tratam sobre a improbidade de funcionários públicos, mas a população portuguesa tem requerido a criação de uma lei específica que proíba a prática do nepotismo.

A Lei n.º 4/2004<sup>251</sup>, de 15 de janeiro, estabelece os princípios e normas para organização do Estado. Dentre os princípios elencados na lei, destaca-se o artigo 3.º, n.º 1, que fala sobre a eficácia pública, o artigo 3.º, n.º 6, veda pela prática da eficiência e o interesse público no artigo 3.º, n.º 8. A prática do nepotismo fere os três princípios citados, pois ao escolher um parente para exercer a função pública, esta pode ser grandemente prejudicada, pois, não se almeja a meritocracia, mas sim a indicação para interesses privados.

Nesse mesmo sentido, a Constituição portuguesa é clara, ao estabelecer a igualdade (artigos 13.º e 22.º) sobre a responsabilidade das entidades públicas e a satisfação das necessidades coletivas (artigo 199.º). Diante disto, verifica-se que há normas que vedam práticas que lesionam o interesse público, apesar de não ter norma específica que proíba a prática do nepotismo em Portugal.

No âmbito da saúde, a repressão ao nepotismo garante que as pessoas que venham atuar para promoção do direito à saúde sejam capacitadas e técnicas, possibilitando, assim, atingir o bem comum, e não interesses privados.

### 3.1.2 Conflito de interesses

Outra prática que deve ser combatida dentro das medidas do sistema de mitigação é o conflito de interesses. No Brasil, a Lei n. 12.813/2013<sup>252</sup> trata sobre este assunto. Esta lei conceitua conflito de interesses como situações que comprometem o interesse coletivo para beneficiar interesse privado, ou influência de maneira negativa o

---

<sup>250</sup> PAGNO, Taisa. Nepotismo no executivo de Costa: Já há mais de vinte relações familiares entre Governo e Estado. *ZAP.aeiou* [em linha]. Matosinhos: Cool Beans!, 26 fev. 2019 [consult. 24 jan. 2020]. Disponível em: <https://zap.aeiou.pt/governo-socialista-vinte-relacoes-familiares-242546>

<sup>251</sup> PORTUGAL. *Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2011 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/105825610/202010091255/diplomas-Modificantes>

<sup>252</sup> BRASIL. *Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013b* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2017 [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112813.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112813.htm)

desempenho das funções públicas. As pessoas ocupantes e ex-ocupantes de cargos ou empregos têm requisitos e restrições a serem cumpridos em razão das informações privilegiadas em que tenham acesso, isto para evitar que essas pessoas se envolvam em conflito de interesses, indo contra a administração pública e os interesses coletivos.

A Lei de Conflito de Interesses traz toda a estrutura e procedimentos para avaliar, fiscalizar e prevenir situações de conflito de interesses, o artigo 2º informa que as pessoas ocupantes de cargos são enquadradas, como exemplo, presidente e vice-presidente, diretor de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista, cargos com DAS, níveis 6 ou 5 ou equivalentes.

Além disso, o artigo 5º elenca um rol de atitudes que o atuante de cargo público ocupante comete atos de conflito de interesses e o artigo 6º as atitudes que configuram para ex-ocupantes de cargos. Os responsáveis para apuração e fiscalização de práticas de conflito de interesses é a Comissão de Ética e a CGU, conforme disposto no artigo 8º da referida lei. Os envolvidos em conflitos de interesses poderão ser responsabilizados com penalidade disciplinar de demissão, prevista nos artigos 127, III, e 132, da Lei n. 8.112/1990, ou medida equivalente.

Em Portugal, o conflito de interesses é conceituado pela Transparência Portugal<sup>253</sup>, aquele ocupante de cargo público ou privado que tem interesses privados que sobrepõe aos interesses profissionais inerentes ao cargo. A temática de conflito de interesses está estritamente ligada às práticas de corrupção, sendo uma das principais causas de preocupação com a integridade pública em Portugal na atualidade. A transparência Portugal classifica os conflitos de interesses em três categorias: Conflitos de interesses reais interesse privado do agente público colide com interesse público, os conflitos de interesses aparentes os interesses privados aparentam estar colidindo com os interesses públicos, ou seja, suas decisões são influenciadas pelos seus interesses, pessoais ou profissionais, para si ou terceiros. Ex. ministro da educação é acionista de Universidade Privada e conflito de interesses potenciais que é aquele que os interesses privados colidem com o interesse público para atitudes no futuro. Ex. nomeação para ser ministro de obras dono da maior cimenteira nacional.

Em Portugal, o conflito de interesses é reprimido por meio de lei própria, onde distingue dois tipos de agentes públicos que podem se enquadrar em conflito de interesses, a administração pública os funcionários públicos em geral e os titulares de cargos públicos, a Transparência Portugal afirma ainda que o país tem adotado planos

---

<sup>253</sup> COROADO, Susana e COELHO, Thierry Dias. *Transparência, monitorização, responsabilização: como prevenir os conflitos de interesses* [em linha]. Lisboa: TIAC [Transparência e Integridade, Associação Cívica], 2012, p. 4 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://transparencia.pt/wp-content/uploads/2017/04/Como-prevenir-os-conflitos-de-interesse.pdf>

de prevenção da corrupção, onde tem por base os princípios da legalidade, justiça, imparcialidade, lealdade e integridade.

A Lei n.º 64/93<sup>254</sup>, de 26 de agosto, trata do Regime Jurídico de Incompatibilidade e Impedimentos dos Titulares de Cargos Públicos (RJIITCPACP). Esta lei muito se assemelha a lei brasileira sobre conflito de interesses (Lei n. 12.813/2013). A Lei de Incompatibilidades e Impedimentos aborda quais cargos e altos cargos têm restrições em publicidades de informações para não se enquadrar em práticas de conflitos de interesses, sendo discriminados nos artigos 2.º e 3.º da referida lei. Além disto, os cargos dos referidos artigos são considerados exclusivos, não podendo exercer outras atividades, senão as inerentes do próprio cargo, exceto quando as atividades não são remuneradas.

Cabe ressaltar que a fiscalização de casos de conflitos de interesses é realizado pela Procuradoria-Geral da República, e a comunicação ao tribunal constitucional, e os em públicos que forem enquadrados em casos de conflitos de interesses dos artigos 5.º e 7.º, respectivamente, poderão sofrer sanções de destituição judicial e inibição para cargos públicos por um período de 3 anos.

Em paralelo, a Lei de Transparência Brasil<sup>255</sup> entende que há a necessidade de instauração de um mecanismo de controle de funções para os cargos de altos membros dos governos, bem como deputados e membros do governo, autarcas e demais agentes estabelecidos na lei.

A importância da preocupação de combater situações de conflitos de interesses tanto no Brasil quanto em Portugal se deve ao fato de que esta prática é geralmente enquadrada com a corrupção. Sendo assim, os interesses coletivos, bem como o Estado, são prejudicados por tais práticas.

Ambos os países têm atuado por meio de medidas para combater casos de conflitos de interesses, aliadas a combate à corrupção nas atividades públicas. Vale ressaltar como a repressão de tais práticas pode colaborar com a redução das fragilidades que levam as práticas de corrupção, e na saúde é igualmente importante, uma vez que o interesse público converge com direitos individuais tais como o direito à vida e a saúde.

### **3.1.3 Sistemas de tratamento de denúncias**

Outra medida importante para mitigação de práticas de corrupção é o canal de denúncias, com ele se assegura o sigilo do denunciante estimulando assim que práticas

---

<sup>254</sup> PORTUGAL. *Lei n.º 64/93, de 26 de agosto* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2019 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/123628776/202010091258/diplomas/Modificantes>

<sup>255</sup> COROADO e COELHO, ref. 229, p. 7.

ilegais sejam denunciadas sem a preocupação de ser descoberto e sofrer alguma represália.

No Brasil, algumas normas foram criadas para regulamentar o tratamento de denúncias<sup>256</sup>, como o Decreto n. 9.492/2018 que regulamenta a Lei n. 13.460/2017, onde para atender a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública federal, criou o Sistema de Ouvidoria. Sendo sua finalidade é coordenar as atividades de Ouvidoria, determinando suas competências no âmbito federal. Dentre os objetivos da Lei n. 9.492/2018, convém citar:

“Art. 5º São objetivos do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal:  
I - coordenar e articular as atividades de ouvidoria a que se refere este Decreto;  
II - propor e coordenar ações com vistas a:  
a) desenvolver o controle social dos usuários sobre a prestação de serviços públicos; e  
b) facilitar o acesso do usuário de serviços públicos aos instrumentos de participação na gestão e na defesa de seus direitos;  
III - zelar pela interlocução efetiva entre o usuário de serviços públicos e os órgãos e as entidades da administração pública federal responsáveis por esses serviços; e  
IV - acompanhar a implementação da Carta de Serviços ao Usuário, de que trata o art. 7º da Lei nº 13.460, de 2017, de acordo com os procedimentos adotados pelo Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017.”<sup>257</sup>

Há também a Lei n. 13.460/2017 (Código de Proteção e Defesa dos Usuários de Serviços Públicos), que determinou que a criação das ouvidorias seria em todo o território nacional, abrangendo a União, Estados e Municípios. Cabe ressaltar também que os locais que não dispõem de ouvidorias pode utilizar o sistema da ouvidoria do e-Ouv no âmbito federal.

Em Portugal<sup>258</sup>, como em toda a União Europeia, está se verificando a importância da implantação de canais de denúncias, principalmente após os acontecimentos recentes como Dieselgate, Luxeleaks, Panama papers, bem como as revelações a ocorrer na Cambridge Analytica, mostraram que denunciante contribuem para descobertas de atividades ilícitas contrárias ao interesse público, e que de outro modo não se estabeleceria por medo de retaliações.

Segundo o *site* da Comissão Europeia<sup>259</sup>, há uma proposta de lei com rígidos padrões para proteger os denunciante de violações do direito da União Europeia. Informam que a lei irá criar canais seguro onde seus usuários poderão realizar suas denúncias e manter o sigilo de suas informações prestadas, impedindo as represálias como demissão ou retaliações. Além disto, o sigilo dos denunciante contribui para

<sup>256</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Portaria nº 57/2019: programas de integridade: tratamento de denúncias* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 30 jan. 2019a, p. 2 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/etica-e-integridade/programa-de-integridade/arquivos/5-portaria-cgu-no-59-2019-tratamento-de-denunci- as.pdf>

<sup>257</sup> BRASIL. *Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018m* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020, art. 5º [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/D9492.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9492.htm)

<sup>258</sup> COMISSÃO EUROPEIA. *Proteção dos alertadores Comissão estabelece novas regras à escala da UE* [em linha]. Bruxelas: Comissão Europeia, 23 abr. 2018 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/IP\\_18\\_3441](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/IP_18_3441)

<sup>259</sup> COMISSÃO EUROPEIA, *loc. cit.*

transparência pública e a publicidade nos meios de comunicação. As principais violações à legislação da união Europeia a serem denunciadas seriam domínios nos contratos públicos, serviços financeiros, denúncia sobre branqueamentos de capitais, terrorismo, segurança no transporte, proteção ambiental, segurança nuclear, alimentar, e a saúde pública.

Além disso, a Comissão Europeia informou, ainda, como seria realizada essa proteção para os denunciantes. Inicialmente seria obrigatório o sistema de proteção para empresas com mais de 50 (cinquenta) empregados e faturamento anual maior que 10 milhões de euros, dentro desse mecanismo criado deverá ter confidencialidade para os denunciantes, relatórios internos, públicos e para as autoridades competentes, tendo ainda obrigações de *feedback* para autoridades e empresas devendo acompanhar os relatórios por até três meses, realizar prevenção de retaliações e um sistema de proteção efetivo. Conforme dados da Comissão Europeia, atualmente somente 10 Estados-Membros da UE asseguram efetivamente o sigilo dos denunciantes, e, no restante dos Estados, a medida é parcial e somente aplicada em alguns setores.

A proposta de proteção do denunciante foi baseada na recomendação do Conselho da Europa de 2014, onde instruiu que os Estados-Membros deveriam estabelecer normas estruturadas para proteção de denunciantes, que informem ameaças e danos ao interesse público.<sup>260</sup>

O tratamento de denúncia como demonstrado contribui para repressão de práticas que contribuem para a corrupção na administração pública. Na saúde, o canal de denúncias é importante para que os usuários tenham voz e possam ser informados como está a prestação do serviço de saúde, como nos casos em que há demora no atendimento ou marcações de consultas, falta de médicos e enfermeiros, falta de medicamentos e insumos, e denúncias de corrupção, como desvios de medicamentos e de insumos, burla de filas cirúrgicas em benefícios privados, com utilização de dinheiro e máquina pública dentre outras que podem ir contra o interesse público. Por isto, os canais de denúncia são enquadrados como medidas de mitigação e prevenção da corrupção.

### **3.1.4 Sistemas de informações**

O acesso à informação no plano internacional<sup>261</sup> pode ser considerado como um direito fundamental, conforme estabelece a Declaração Universal das Nações Unidas, em seu artigo 19, onde diz: “Todo ser humano tem direito à Liberdade de opinião e

---

<sup>260</sup> COMISSÃO EUROPEIA, *loc. cit.*

<sup>261</sup> BRASIL. Controladoria-Geral da União. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. *Manual da Lei de Acesso à Informação para Estados e Municípios* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 2013a, p. 12 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: [https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual\\_lai\\_estadosmunicipios.pdf](https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual_lai_estadosmunicipios.pdf)

expressão”<sup>262</sup>. De igual modo, a Declaração Interamericana de Princípios de Liberdade de Expressão, item 4, dispõe: “O acesso à informação em poder do Estado é um direito fundamental do indivíduo”<sup>263</sup>.

Já a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção, em seu artigo 10, dispõe que:

“Tendo em conta a necessidade de combater a corrupção, cada Estado Parte, em conformidade com os princípios fundamentais de sua legislação interna, adotará medidas que sejam necessárias para aumentar a transparência em sua administração pública, inclusive no relativo a sua organização, funcionamento e processos de adoção de decisões, quando proceder.”<sup>264</sup>

O direito à informação<sup>265</sup> pode ser considerado uma das medidas de mitigação de riscos e está diretamente relacionada ao acesso à democracia. O direito à informação por definição é aquele que toda pessoa tem de pedir informações que estão em posse aos órgãos e entidades públicas, sendo a regra que as informações sejam públicas, ressalvados apenas casos específicos. Diante disto, o acesso à população dessas informações contribui para participação da sociedade no processo de tomada de decisões, bem como ajuda no combate à corrupção, sendo o controle social mais um meio de dificultar práticas que levam a atitudes contrárias ao interesse público, não sendo mais possível esconder ilegalidades. Além disso, com a internacionalização das empresas se iniciou a necessidade de cooperação de informações entre os países.

Sobre esse assunto, a CGU<sup>266</sup> criou um manual que trata da Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei n. 12.527/2011<sup>267</sup>, onde foram pontuados os benefícios do acesso às informações públicas, bem como o respeito aos direitos fundamentais, uma vez que a clandestinidade opera no silêncio e obscuridade de informações. Logo, a publicidade dessas informações fortalece a democracia, posto que a população, ao ter conhecimento, pode emitir sua opinião e pressionar os governantes no sentido de trabalharem em cooperação para o melhor interesse público.

No Brasil, é um direito do cidadão o acesso às informações públicas, salvo as informações sigilosas da administração pública, conforme disposto na Constituição Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 5º, XXXIII, que diz:

---

<sup>262</sup> ONU [Organização das Nações Unidas]. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* [em linha]. Paris: ONU, 1948, artigo 19 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)

<sup>263</sup> OEA [Organização dos Estados Americanos]. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Declaração de Princípios sobre Liberdade de Expressão* [em linha]. Washington, DC: OEA, 2000, item 4 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/s.Convencao.Libertade.de.Expressao.htm>

<sup>264</sup> NAÇÕES UNIDAS. *Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção [2003]* [em linha]. Brasília, DF: Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), 2007, pp. 13-14 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Ttopics\\_corruption/Publicacoes/2007\\_UNCAC\\_Port.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Ttopics_corruption/Publicacoes/2007_UNCAC_Port.pdf)

<sup>265</sup> BRASIL, *op. cit.*, p. 6.

<sup>266</sup> BRASIL, ref. 237, pp. 28-29.

<sup>267</sup> BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União: edição extra* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 18 nov. 2011, ano 148, n. 221-A, pp. 1-4 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/11/2011&jornal=1000&pagina=1>

“Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:  
[...]  
XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;  
[...]  
XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.”<sup>268</sup>

A LAI foi criada com o objetivo de regular o direito constitucional dando a seus cidadãos o direito ao acesso às informações públicas do Estado, garantindo a todos o acesso às informações, criando, assim, uma nova perspectiva para transparência pública. Esta lei trata ainda de aplicabilidade e procedimento.<sup>269</sup>

A LAI conceitua dois tipos de transparências públicas: a ativa e a passiva. A transparência ativa consiste na divulgação de informações de interesse geral, sempre salvando as que necessitam de sigilo, essa publicidade se dá de maneira autônoma sem a necessidade de alguma solicitação, atemática se encontra nos artigos 3º e 8º, respectivamente da referida lei, essas informações podem ser analisadas, por exemplo, em publicação do *site* deste órgão, como em publicações de licitações e auditorias. Já a transparência passiva é aquela mediante a solicitação da sociedade ao órgão, podendo ser realizada por canais de informações de sistema, a obrigatoriedade da informação passiva se encontra disponível nos artigos 9º e 10 da LAI, respectivamente, no âmbito federal o serviço de informações é realizado pela plataforma de informações do e-SIC<sup>270</sup> (serviço de informações ao Cidadão), que pode ser adotadas por outros órgãos caso, não tenha sistema de informações estruturado e funcional.<sup>271</sup>

Quanto à classificação do sigilo foi dividido em graus em relação ao interesse público, para informações classificadas no artigo 23.º da LAI, como ultrassecreta 25 anos, secreta 15 anos e reservada 5 anos, após esses prazos as informações podem ficar disponíveis ao público sendo os procedimentos de segurança realizados conforme o Decreto n. 7.845/2012.

Em Portugal, a Lei n.º 26/2016<sup>272</sup> trata sobre o regime de acesso à informação administrativa e ambiental e de reutilização dos documentos administrativos, transpondo as diretivas 2003/4/CE, de 28 de janeiro, e 2003/98/CE, de 17 de novembro, ambas do Parlamento Europeu e do Conselho. O objetivo dessa lei, assim como na

<sup>268</sup> BRASIL, ref. 9, art. 5º.

<sup>269</sup> BRASIL, ref. 237, *op. cit.*, p. 41.

<sup>270</sup> BRASIL. Ministério da Economia. *Serviço de Informação ao Cidadão – SIC* [em linha]. Brasília, DF: Governo Federal, 2020 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/servico-informacao-cidadao-sic>

<sup>271</sup> BRASIL, ref. 237, pp. 13-24.

<sup>272</sup> PORTUGAL. *Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/139991591/202010091256/diplomas-Modificantes>

legislação brasileira, é dar direito ao acesso às informações administrativas, conforme dispõe em seu artigo 5.º:

“Artigo 5.º - Direito de acesso

1 - Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo.

2 - O direito de acesso realiza-se independentemente da integração dos documentos administrativos em arquivo corrente, intermédio ou definitivo.”<sup>273</sup>

A Lei n.º 26/2016 é fundamentada no princípio da administração aberta, onde são assegurados direitos constitucionais como igualdade, proporcionalidade, imparcialidade, e seu objetivo é dar transparência a atividade administrativa, fazendo com que desse modo haja um controle da população para com a atividade pública.

Esse tipo de publicidade de informações assim como no Brasil, fortalece a democracia, uma vez que, com a participação da população, há uma pressão para que os governantes atuem em prol do interesse público, respeitando as normas e dificultando práticas que possam propiciar a corrupção.

Além disso, a lei descreve todos os procedimentos para concessão dessas informações bem como restrições para informações públicas, conforme disposto no artigo 6º que informa quais as restrições aos documentos públicos por exemplo. Cabe ressaltar ainda, que a divulgação de informações ajuda a promover integridade inclusive na área de saúde, objeto de estudo deste trabalho. A referida lei trata também no que diz respeito às informações de saúde do indivíduo tendo seus procedimentos e competências elencados no artigo 7º conforme abaixo:

“Artigo 7.º

Acesso e comunicação de dados de saúde

1 - O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico se o titular da informação ao solicitar, com respeito pelo disposto na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

2 - Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermediação de médico.

3 - No caso de acesso por terceiros mediante consentimento do titular dos dados, deve ser comunicada apenas a informação expressamente abrangida pelo instrumento de consentimento.

4 - Nos demais casos de acesso por terceiros, só pode ser transmitida a informação estritamente necessária à realização do interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido que fundamenta o acesso.”<sup>274</sup>

O acesso às informações beneficia o interesse público, na medida em que a população, ao ter publicidades dessas informações, pode exercer um controle das atividades das autoridades, fazendo cobranças para que estes venham atender o interesse do público e não o privado, impedindo, assim, práticas arbitrárias e de corrupção desenfreada. Na saúde, a importância pode ser vista em aspectos como: dados de controle, filas cirúrgicas, publicação de escalas, entre outros, fazendo com que os interesses coletivos venham a ser respeitados e garantidos.

---

<sup>273</sup> *Ibid.*, artigo 5.º.

<sup>274</sup> PORTUGAL, ref. 248, artigo 7.º.

### 3.1.5 Controle de contratos e licitações e a responsabilização nos processos administrativos de pessoas físicas e jurídicas

No Brasil, a contratação pública se dá pela licitação pública, onde é baseada por meio de princípios do direito administrativo e de um processo ou procedimento administrativo. Para melhor elucidação antes de adentrar no controle de contratos e licitações, admite-se a necessidade de explanação sobre os conceitos de processo ou procedimento administrativo, contratos, licitações no Brasil e contratos públicos em Portugal.

Mello, ao conceituar o processo ou procedimento administrativo, afirma ser “[...] uma sucessão itinerária e encadeada de atos administrativos que tendem, todos, a um resultado final e conclusivo”<sup>275</sup>. Entendendo, portanto, que para existir o procedimento ou processo administrativo há a necessidade de vários atos entre si, preservando sua identidade própria, visando à decisão de um ato final.

A lei que trata sobre o assunto no Brasil é a de n. 9.784/1999, a qual “[...] estabelece normas básicas sobre o processo administrativo no âmbito da Administração Federal direta e indireta, visando, em especial, à proteção dos direitos dos administrados e ao melhor cumprimento dos fins da Administração”<sup>276</sup>.

Segundo Mazza<sup>277</sup>, o princípio do processo ou procedimento administrativo se baseia no princípio do processo legal descrito no artigo 5º, inciso LIV, da Constituição brasileira de 1988, onde afirma que “[...] ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”<sup>278</sup>. A aplicação do princípio está ligada diretamente à legitimidade do procedimento, onde devem ser assegurados sempre o contraditório e a ampla defesa.

A CGU conceitua licitação como “[...] um procedimento administrativo destinado à seleção da melhor proposta dentre as apresentadas por aqueles que desejam contratar com a Administração Pública”<sup>279</sup>, estimulando a competição, isonomia dentre outras obrigações necessárias para seu cumprimento.

No mesmo sentido, Mello<sup>280</sup> conceitua licitação como um processo que dá acesso a entidades do governo a realização de uma busca de interessados, onde serão avaliadas e acolhidas as propostas mais vantajosas ao interesse da administração pública, atingindo, assim, um duplo objetivo proporcionar às entidades um negócio mais

---

<sup>275</sup> MELLO, ref. 163, p. 487.

<sup>276</sup> MAZZA, ref. 165, p. 875.

<sup>277</sup> MAZZA, ref. 165, p. 487.

<sup>278</sup> BRASIL, ref. 9, art. 5º, LIV.

<sup>279</sup> BRASIL. Ministério da Transparência. Controladoria-Geral da União. *Manual de responsabilização administrativa de pessoas jurídicas* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Transparência, maio 2018i, p. 19 [consult. 27 jul. 2020]. Disponível em: [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/44487/5/Manual\\_de\\_Responsabilizacao\\_Administrativa.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/44487/5/Manual_de_Responsabilizacao_Administrativa.pdf)

<sup>280</sup> MELLO, ref. 163, pp. 524-526.

vantajoso e em contrapartida assegurar aos administrados uma participação entre particulares e pessoas governamentais.

A Lei de Licitações é utilizada para normas gerais sobre licitações e contratos administrativos, para obras, serviços, compras, alienações e locações no Brasil. Em seu artigo 1º, parágrafo único, a lei estabelece que todos serão subordinados pela lei, tais como: “[...] os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios”<sup>281</sup>.

A referida lei deve ser processada e julgada com base nos princípios da administração pública são eles da legalidade atuar conforme a lei, da finalidade para fins de interesse geral, da impessoalidade resulta na vedação de promoção pessoal de agentes ou autoridades, da moralidade seguindo padrões éticos de probidade decoro e boa-fé, da publicidade publicação dos atos administrativos ressalvados sigilo de lei, princípio da razoabilidade ou proporcionalidade adequação de meios e fins, obrigatória motivação a decisão tem que ser baseada e justificada com fato e de direito, princípio da segurança jurídica vedação de nova decisão retroativa, do informalismo aplicação voltado para modos simples, para adequação dos direitos administrativos, da gratuidade proibição de cobrança processual, ressalvada a que estiver em lei, da oficialidade ou impulso oficial pode ser realizada a impulsão do processo administrativo de ofício e o contraditório e a ampla defesa garantia de defesa e participação de todos os atos do processo administrativo.<sup>282</sup>

De igual modo, Portugal possui uma lei que serve como basilar para cuidar dos contratos administrativos. O Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, aprovou “[...] o Código dos Contratos Públicos (CCP), que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo”<sup>283</sup>. O referido CCP criou normas para pré-contratação, em obediência as diretivas 2004/17/CE e 2004/18/CE, ambas do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, alteradas pela Diretiva 2005/51/CE, da Comissão, de 7 de setembro, e retificadas pela Diretiva 2005/75/CE, do Parlamento Europeu e da Comissão, de 16 de novembro, bem como a regulamentação dos procedimentos para pré-contratos públicos, uniformizando as regras dispersas, simplificando sua aplicação, dando mais rigor e celeridade dos contratos públicos.

---

<sup>281</sup> BRASIL, ref. 175, art. 1º.

<sup>282</sup> MAZZA, ref. 165, pp. 877-878.

<sup>283</sup> PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130243394/202009211521/diplomasModificantes>

A estrutura da administração pública<sup>284</sup> portuguesa tem se desenvolvido e sendo direcionada pelo processo de internalização e globalização em seu direito administrativo tal como o Brasil. Isto se deve por um mundo integrado, onde os Estados têm que se adequar a uma noção de direito administrativo global, uma não seu o direito interno é abordado, há uma pluralidade de regulamentos jurídicos. Além disso, por motivo das privatizações, a função administrativa é realizada por pessoas coletivas de direito público em sua maioria, mas esse quadro tem se modificado com o elevado aumento de pessoas de direito privado que respondem pelo mesmo regime especial do público.

O Código dos Contratos Públicos, assim como a Lei de Processo Administrativo brasileira, segue princípios gerais para a adequada contratação pública, quais sejam: da igualdade, da concorrência, da imparcialidade, da proporcionalidade, da transparência, da publicidade e da boa-fé. Regulamenta também a adoção de tramitação procedimental por meio de tecnologias de informação, promovendo, assim, a desburocratização da contratação pública, o que dá mais celeridade ao processo.<sup>285</sup>

O artigo 266.º da CRP estabelece os princípios fundamentais da administração pública, nos quais se destacam o princípio da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé.

Dias<sup>286</sup> conceitua, resumidamente, os princípios fundamentais da administração pública portuguesa. Inicialmente, tem-se o princípio da imparcialidade que é estabelecido nos artigos 9.º, 69.º e 76.º do Código de Procedimento Administrativo (CPA), Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro<sup>287</sup>, onde se busca a imparcialidade do agente ou decisor. Já o princípio da igualdade se encontra no artigo 6.º do CPA, onde é entendido como a necessidade de a administração tratar igualmente os cidadãos em situação iguais e desigualmente em situações distintas. Sobre o princípio da proporcionalidade se entende como a verificação cumulativa de três subprincípios adequação, necessidade e proporcionalidade, para evitar que a administração pública, provoque a menor lesão aos interesses privados, o princípio da boa-fé está consagrado no artigo 10.º do CPA conceitua que a administração pública não deve trair a confiança e a segurança jurídica, os princípios da justiça e razoabilidade estão elencados no artigo 8.º da CPA, onde a administração deve afastar o que for incompatível com o direito, considerando como justa a junção de princípios racional, adequada e proporcional.

---

<sup>284</sup> OLIVEIRA, Fernanda Paula e DIAS, José Eduardo Figueiredo. *Noções fundamentais de direito administrativo*. 5ª ed. Coimbra: Almedina, 2019, pp. 40-41. ISBN 9789724071145.

<sup>285</sup> PORTUGAL, *op. cit.*, n.p.

<sup>286</sup> OLIVEIRA e DIAS, ref. 260, pp. 130-133.

<sup>287</sup> PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro. *Diário da República: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 7 jan. 2015, n.º 4, pp. 50-87 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66041468>

O controle dos contratos e licitações, para que tenha como parâmetro de mitigação de riscos, devem ter monitoramento constante e transparência para que se consiga o controle adequado e que dessa maneira seja possível encontrar falhas que propiciem atos de corrupção, na saúde neste momento podem ser identificadas falhas, nas licitações, e na pesquisa de preço por exemplo, podendo ser sanado antes que ocasionem danos à administração pública.

Segundo informações contidas no manual de responsabilização administrativa de pessoas jurídicas elaborado pela CGU<sup>288</sup>, referente à responsabilização de pessoas jurídicas no âmbito das atividades administrativas públicas, entende que a Lei n. 12.846/2013, veio para suprir lacuna<sup>289</sup>, que havia no sistema jurídico brasileiro, sendo mais uma arma no combate à corrupção, permitindo que pessoas jurídicas que corrompam agentes públicos nacionais e estrangeiros que fraudem licitações e contratos ou dificultem atividade de investigação ou fiscalização de órgãos públicos, entre outras irregularidades sejam responsabilizados e punidos.

Veríssimo<sup>290</sup> afirma que essas mudanças vieram para atender os compromissos internacionais de combate à corrupção no Brasil em compromisso com organizações internacionais como o assumido na Convenção das Nações Unidas, em 2003, e OEA, além disso, a Constituição brasileira no artigo 225, § 3º, admite a possibilidade de responsabilização criminal de pessoas jurídicas.

Esta necessidade de responsabilização de pessoas jurídicas se deve ao fato da OCDE entender que as pessoas jurídicas envolvidas em práticas de corrupção deveriam ser punidas. No Brasil, a Lei Anticorrupção (LAC) foi desenvolvida para trazer inovações para o combate à corrupção, buscando em especial a prevenção e o combate à corrupção por meio de programas de *compliance* público. Segundo o manual os atos de corrupção podem atingir as esferas penal por crimes contra a administração pública e de ordem econômica, tributária e civil, por intermédio da Lei de Improbidade Administrativa (Lei n. 8.429/1992), e, no campo administrativo, as sanções da Lei n. 8.112/1990, conhecida como Lei dos Servidores Públicos, combinando ainda com a Lei de Licitação (Lei n. 8.666/1993), que trata de punição de fornecedores nos contratos de licitação. Logo, por via dessas leis no Brasil, atualmente, podem ser responsabilizadas as pessoas físicas e jurídicas por atos de corrupção.<sup>291</sup>

Cabe ressaltar que além das sanções previstas, bem como a responsabilização se deve levar em consideração também a responsabilidade objetiva, uma vez que os

---

<sup>288</sup> BRASIL, ref. 255, p. 7.

<sup>289</sup> VERÍSSIMO, ref. 161, p. 173.

<sup>290</sup> *Ibid.*, pp. 173-188.

<sup>291</sup> BRASIL, ref. 255, p. 7.

responsáveis podem ser responsáveis independente de culpa, bastando o nexo entre conduta e o resultado lesivo. Portanto, a culpabilidade do agente vai depender se sua responsabilidade foi objetiva ou subjetiva para que este responda por seus atos.<sup>292</sup>

Com o entendimento da Lei Anticorrupção<sup>293</sup>, agora as pessoas jurídicas que realizarem atos lesivos contra a administração pública poderão ser responsabilizadas independentemente de culpa, pois a natureza da responsabilização é objetiva. Agora não mais necessita comprovar o culpa ou dolo da pessoa física, basta somente comprovar o nexo de causalidade entre o fato e o resultado. Sendo assim, a Lei Anticorrupção se tornou uma ferramenta importante para a responsabilização rápida das pessoas jurídicas em casos de envolvimento com corrupção, tendo ainda como apoio as leis n. 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e 12.813/2013 (Lei de Conflito de Interesses).

Ainda dentro do manual de responsabilização de pessoas jurídicas, a CGU informa que essa responsabilização começa com uma apuração por meio de uma investigação preliminar onde deverá ser sigilosa, e não punitiva, para apuração dos indícios por uma comissão que será composta de funcionários que deverão apurar os indícios no prazo de 60 dias, podendo haver prorrogação, somente após o resultado será verificado a necessidade de instauração de um processo de responsabilização (PAR), com base na Lei Anticorrupção nos artigos 8º a 15. O Decreto n. 8.420/2015, por sua vez, detalhou ainda mais rito procedimental, conforme se observa em seus artigos 2º a 14.<sup>294</sup> Ainda dentro do processo administrativo de pessoas jurídicas, é possível o acordo de Leniência que consiste na obtenção de provas e identificação de atores envolvidos no ilícito. Segundo dados do manual de responsabilização da CGU, informa que foi com base no modelo norte-americano (*leniency program*), onde buscava informações sobre envolvimento de cartéis, este programa já se encontra consagrada em diversos países da Europa. A leniência dentro do Processo administrativo de Responsabilidade (PAR) concede isenções ou ainda atenuações das sanções por colaboração no que diz respeito às informações e provas.

Em Portugal as contratações públicas<sup>295</sup> tiveram uma evolução, isto porque inicialmente havia uma controvérsia sobre a natureza consensual e a igualdade jurídica entre as partes. Esses questionamentos anteriormente levantados se devem ao fato de a administração impor unilateralmente seu poder sobre o contrato e sobre as partes. Os contratos elaborados eram entendidos como autoritários, no entanto, Portugal e Espanha em decorrência da necessidade da situação econômica na época,

---

<sup>292</sup> VERÍSSIMO, ref. 161, pp. 207-209.

<sup>293</sup> BRASIL, *op. cit.*, p. 40.

<sup>294</sup> BRASIL, ref. 255, pp. 60-61.

<sup>295</sup> OLIVEIRA e DIAS, ref. 260, pp. 283-302.

necessidade de obras públicas, visando à infraestrutura e à exploração para serviços públicos. Para solucionar essa questão surgiu a teoria dos contratos administrativos, onde a vinculação da administração pública a um contrato privado, não significa que deveria sofrer adaptações, podendo, por exemplo, em alguns casos, afastar-se ao acordado, caso houvesse necessidade. Atualmente, essa legitimidade não é mais assunto para controvérsias, bem como as vantagens do Estado em uma contratação.

Esta realidade ocorreu pelo aumento das contratações públicas transfronteiriças, por meio do mercado único europeu, ocorrendo o fenômeno conhecido como europeização dos contratos públicos. Diante disto, em 2004, começou uma codificação dos contratos públicos em toda a Europa. Neste mesmo movimento, Portugal, em julho de 2008, criou o Código dos Contratos Públicos<sup>296</sup>, uniformizando, assim, os contratos administrativos e preenchendo naquilo em que o CPA era omissivo. Atualmente, a definição de contrato administrativo se encontra definida no artigo 200.º, n.º 2, do CPA, onde faz uma remissão para a definição do Código de Contratos Públicos. Os contratos administrativos regulados pelo CCP estão elencados nos artigos a seguir: empreitada e obras públicas artigos 343.º a 406.º do CCP, concessão de obras públicas artigo 407.º onde se diferencia do serviço de empreitada, na atribuição do direito de exploração da obra com a contrapartida da construção da mesma, com todas as implicações, tais como: responsabilidade técnica, financeira e de gestão. Há também as modalidades de concessão de serviços públicos artigo 407.º, n.º 2, concessão de exploração de bens do domínio público artigo 408.º do CCP, locação de bens móveis artigo 431.º do CCP, aquisição de bens móveis artigo 437.º CCP e aquisição de serviços artigos 450.º a 454.º do CCP.

Em Portugal a responsabilização de pessoas jurídicas se dá pelo CPA, tendo sido revisto pelo Decreto-Lei n.º 6/96 não havendo mais revisões no momento estabelece como definição de procedimento administrativo no artigo 1.º do referido decreto que diz:

“Artigo 1.º Definições

1 - Entende-se por procedimento administrativo a sucessão ordenada de atos e formalidades relativos à formação, manifestação e execução da vontade dos órgãos da Administração Pública.

2 - Entende-se por processo administrativo o conjunto de documentos devidamente ordenados em que se traduzem os atos e formalidades que integram o procedimento administrativo.”<sup>297</sup>

Assim como o Código de Contratação Pública e o Procedimento Administrativo brasileiro, o CPA português é regido por vários princípios gerais dispostos do artigo 3.º ao artigo 19.º do referido decreto-lei que são:

- princípio da legalidade respeito ao que está descrito em lei, da prossecução do interesse público e dos direitos dos cidadãos para proteção dos interesses

---

<sup>296</sup> *Ibid.*, pp. 286-291.

<sup>297</sup> PORTUGAL, ref. 263, artigo 1.º.

coletivos e direitos dos cidadãos. Segundo Roso<sup>298</sup>, este princípio é importante, pois impede que a administração pública ultrapasse a esfera dos particulares prejudicando-os sem ser por meio de lei;

- princípio da legalidade veda a Administração de ultrapassar interesses particulares ou lesar os direitos que possuem, não podem realizar nada do que não está em base legal;
- princípio da boa administração realiza a desburocratização por meio da celeridade, economicidade, eficiência e igualdade, buscando a isonomia de tratamento e vedando quaisquer preconceitos;
- princípio da proporcionalidade adoção de comportamentos adequados buscando o fim prosseguido, da justiça e razoabilidade buscar tratar de maneira justa todos os envolvidos no melhor exercício da função administrativa, da imparcialidade ser imparcial com quem se relacione à administração pública, da boa-fé em todas as fases do processo;
- princípio da colaboração com particulares prestando todas as informações e esclarecimentos aos particulares estimulando sugestões, da participação onde os particulares participem na defesa de seus interesses e decisões;
- princípio da decisão obrigação de pronunciamento da administração pública em todos os seus atos, princípios aplicáveis à administração eletrônica utilização de meios eletrônicos, visando à celeridade e à disponibilidade ao acesso;
- princípio da gratuidade, em regra gratuito salvo onde a lei determinar pagamento, resguardado o acesso por insuficiência econômica, da responsabilidade, onde a administração responde por seus atos, da administração aberta acesso à informação dos arquivos e registros administrativos, salvo os resguardados por sigilo, da proteção dos dados pessoais responsabilidade da administração ao direito de particulares em ter seus dados protegidos, e por fim o princípio da cooperação leal com a União Europeia é a colaboração com os Estados-Membros em prestar informações, apresentar propostas dentro do prazo estabelecido.

Além disso, nos contratos públicos em Portugal<sup>299</sup>, o Estado pode exercer seu poder de fiscalização que compreende sua prerrogativa de fiscalização técnica, financeira e jurídica da execução dos contratos, onde o objetivo é verificar eventuais insuficiências ou riscos. Portanto, pode realizar inspeções em locais, equipamentos,

---

<sup>298</sup> ROSO, Ana. Breve caracterização da função pública no Estado de Direito Liberal. *Jornal Jurídico* [em linha]. Funchal, Madeira: Ponteditora, 2018, Vol. 1, n.º 2, p. 48 [consult. 12 ago. 2020]. ISSN 2184-3082. Disponível em: doi:10.29073/j2.v1i2.182

<sup>299</sup> OLIVEIRA e DIAS, ref. 260, pp. 319-323.

registros infográficos e contabilidade, bem como informações desde que não seja segredo profissional ou comercial. Se porventura após a fiscalização não for cumprida mediante notificação o incumprimento do contrato encontrado, o contraente público aplicar sanções legalmente previstas ou estipuladas via contrato, com a intenção de fazer cumprir ao privado o que foi estipulado. Dentre as modalidades de possíveis sanções utilizadas no CCP são multas contratuais, rescisão anulatória e o sequestro do contrato, por último em caráter de exceção poderá ser exigida a resolução unilateral do contrato desde que esteja enquadrado nas hipóteses dos artigos 333.º a 335.º do CCP.

A fiscalização dos contratos em ambos os países é necessária para garantir vários princípios da administração pública já apontado neste capítulo, principalmente para verificação da eficácia e eficiência da administração pública. Sendo de enorme relevância quando esses contratos são de serviços garantidores do direito fundamental à saúde, direito esse diretamente relacionado à dignidade da pessoa humana e a vida.

Após a monitorização constante dos contratos administrativos, encontradas irregularidades, falhas e atos de corrupção devem ser realizados responsabilização dos envolvidos, sejam pessoas jurídicas ou pessoas físicas, para que assim haja garantia ao que efetivamente foi estipulado no contrato. Logo conclui-se que a necessidade de um controle adequado dos contratos com a administração pública, é muito importante uma vez que, seu descumprimento não lesiona somente o erário, mas sim toda a população que utiliza seus serviços e produtos.

## 4 A REFORMA DA SAÚDE EM PORTUGAL E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A reforma da saúde em Portugal se deu por meio de uma transição para democracia em 1978, onde o governo constitucional decidiu universalizar a saúde a todos os portugueses, sejam eles trabalhadores ou não por conta de outrem e beneficiários da segurança social. Agora todos passavam a ser assistidos de maneira igualitária. Pela primeira vez que se consagrava o direito universal à defesa e proteção da saúde, previsto na Constituição.<sup>300</sup> O modelo atualmente utilizado de SNS se deu por intermédio de uma obediência normativa fixada pela nova Constituição de 1976.

A implementação do SNS foi considerada uma novidade para os portugueses, pois estavam acostumados com um acesso ao direito à saúde somente para aqueles que se enquadrassem na previdência pela ADSE, ou por outros modos de subsistemas de saúde. Em 30 anos da implementação do SNS, houve um enorme progresso do direito à saúde em Portugal. E isso se deve a melhoria e ao princípio da universalidade desta lei, pois agora todos sem qualquer discriminação poderiam se beneficiar deste sistema. Além disto, contou-se com um enorme investimento em hospitais do interior, para igualar a qualidade e o acesso à saúde a todos os portugueses, sendo construída uma centena de pequenos hospitais e novos centros de saúde. Foi desenvolvido ainda um plano de carreiras para atrair trabalhadores para o SNS também foi disponibilizado neste novo modelo aos assistidos todos os cuidados de saúde, tais como preventivos, curativos e de reabilitação, antes de 1978, estes cuidados estão sobre a supervisão de Direção- Geral de Saúde e os cuidados médicos aos ambulatórios. Após 1984, estes cuidados foram integrados na Criação da direção-Geral dos cuidados de saúde Primários.<sup>301</sup>

Como já dito anteriormente, nem sempre houve a universalidade e a responsabilidade do estado, na atual conjuntura se deve a inúmeras reformas na saúde no decorrer dos anos, não só em Portugal como também em outros países europeus. Isto<sup>302</sup> se deve pelo fato que os sistemas de saúde são influenciados por valores da sociedade e por dois fatores importantes. Os valores da sociedade concernem à influência da política socioeconômica e ao segundo fator do funcionamento em si do sistema de saúde. Dentre os fatores socioeconômicos, pode-se destacar o envelhecimento da população, pois, ao mesmo tempo que marca o desenvolvimento da população, uma vez que a expectativa de vida aumenta, eleva também, em contrapartida, os gastos no financiamento da saúde. Diante disto, há a necessidade de

---

<sup>300</sup> CAMPOS, ref. 106, pp. 19-20.

<sup>301</sup> *Ibid.*, pp. 20-22.

<sup>302</sup> CAMPOS e SIMÕES, ref. 14, pp. 69-70.

as reformas se adequarem à realidade social, pois, quando o SNS foi criado, a expectativa de vida era menor, por exemplo. Além disto, outro fator de relevância são as influências no direito à saúde com base nas alterações dos padrões da saúde e doença na Europa e no mundo. Outro fator a ser considerado trata-se do próprio funcionamento, uma vez que, devem ser sempre analisados e adaptados o acesso, qualidade, crescimento e eficácia.

Antes de adentrar no SNS de Portugal, é importante saber que existe três modelos de financiamento a saúde nos países da OCDE<sup>303</sup>: O primeiro é o sistema de seguro privado voluntário, onde a cobertura é para grupo ou indivíduos agrupados pelo risco, é utilizado somente em dois países EUA e Suíça, o segundo sistema de seguro social, obrigatório e quase universal, funciona como caixas de auxílio doença, disponibilizados para cobrir praticamente toda a população, utilizando prémios fixados com base nos rendimentos. E por fim o financiamento por impostos gerais onde é gerido por um só organismo público que recebe o orçamento e as verbas para efetivação de seus trabalhos.

Campos e Simões<sup>304</sup> afirmam que os objetivos das políticas de saúde são três: a equidade, eficiência técnica e eficiência econômica. A equidade para que todos os cidadãos tenham o acesso igualitário e integral buscando assim a diminuição das desigualdades relacionadas à saúde, a eficiência técnica se deve aos cuidados e satisfação dos consumidores ao custo mínimo.

A União Europeia entende ser a saúde pública uma responsabilidade constante para o futuro por via de princípios e valores, para que todos os cidadãos tenham equidade no tratamento a saúde. Ao longo da história da união europeia, a preocupação com o direito à saúde se deu também por diversos tratados, como no caso do Tratado de Maastricht em 1993 com a base legal para políticas de saúde pública, o Tratado de Amsterdão em 1999 com a obrigação de todos os Estados assegurarem a saúde, Tratado de Nice em 2003 e três anos mais tarde criando valores e princípios que fundamenta os sistemas de saúde europeus tais como universalidade, equidade e solidariedade e a realidade atual que dispõe o Tratado de Lisboa em seu artigo 168.º, n.º 01, onde afirma ser responsabilidade dos Estados a promoção e melhoria no direito à saúde pública e prevenção de doenças por meio das políticas públicas.<sup>305</sup>

A reforma na saúde em Portugal segue o modelo de Beveridgeano ou Beveridge, que consiste na manutenção do Estado como entidade central, com sistemas integrados de financiamentos. Esta reforma se fortaleceu na retórica de ser direito à saúde o acesso

---

<sup>303</sup> CAMPOS e SIMÕES, ref. 14, pp. 42-44.

<sup>304</sup> *Ibid.*, pp. 61-63.

<sup>305</sup> *Ibid.*, pp. 78-83.

integral e igualitário a seus cidadãos conforme disposto no artigo 64.º da CRP, com financiamento gratuito do governo.

## 4.1 Casos de corrupção na saúde em Portugal

Ficou demonstrado até o presente momento neste trabalho que a corrupção lesiona várias áreas de interesse público e que, no caso da saúde, gera um desconforto muito maior, pois os bens tutelados prejudicados são a saúde e a vida dos usuários do sistema de saúde.

Assim como no Brasil, o direito à saúde é bem tutelado e protegido pela Constituição portuguesa, sendo garantido por várias leis que regem o contrato público.

Mas Portugal, não está isento de sofrer pelas falhas administrativas que favorecem a práticas de corrupção. Segundo Malhado<sup>306</sup>, umas das causas que mais propiciam a corrupção dentro da saúde, a má gestão e a corrupção de funcionários públicos têm sido as mais expressivas principalmente aquelas onde os quadros hospitalares muitos abrangidos pelas PPP, onde empresas privadas prestam serviços por via de contratos públicos. Em maio de 2019, foi noticiado que a procuradoria Geral Distrital de Lisboa (PGDL), iniciou um inquérito para apurar crimes de corrupção e burla qualificada em Hospital de Cascais e grupo Lusíadas Saúde em Lisboa. Dentro das verificações se constatou falseamento de triagem e fichas clínicas, manipulação de indicadores, onde prejudicam doentes. Além desse caso, em um Hospital em Vila Franca de Xira, por falta de vagas internou utentes em refeitórios, casas de banho e corredores, onde só foi possível a verificação destas irregularidades por meio de denúncias de usuários e seus familiares, resultando em uma fiscalização por parte do responsável. A superlotação é outra falha encontrada em algumas unidades onde se comportaria três doentes, chegam a ser alojados vinte.

Além disso, no dia seguinte aos ocorridos foram presos o presidente do IPO (Instituto Português de Oncologia) no Porto e uma empresária por tráfico de influências, corrupção e enriquecimento econômico em contratações públicas. Na investigação foram apurados que existia um grande esquema de corrupção, onde concursos públicos eram fraudados e ajustes diretos eram realizados, além de contratação de recursos humanos e meios públicos para satisfação

Apesar de o Sistema de Saúde Português ser elogiado em vários países, fica nítido que as medidas de mitigação de riscos devem ser fortalecidas. Muitas falhas relatadas na reportagem poderiam ter sido verificadas e combatidas. Portugal dispõe de

---

<sup>306</sup> MALHADO, Alexandre R. Há mesmo um Serviço Nacional de Saúde? *Sábado* [em linha]. Lisboa: Cofina Media, 30 maio 2019 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.sabado.pt/portugal/detalhe/os-problemas-do-sns-atrasos-corrupcao-e-podridao>

um sistema de Integridade, onde há, no plano, disposição de canais de denúncia, sistema de informações, monitoramento de contratos conforme o Portal de Base<sup>307</sup>, com objetivo dar transparência aos contratos e concursos públicos. Além disto, o Decreto-Lei n.º 18/2008, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017 (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), tem todas as diretrizes dos contratos, onde informa ainda os princípios para contratação pública. Nos casos em tela, vários princípios na formação e na execução dos contratos públicos não foram respeitados os princípios constitucionais, dos Tratados da União Europeia e do Código do Procedimento Administrativo.

As práticas apontadas, só reforçam como é importante combater a corrupção nas esferas públicas, e como ela afeta diretamente o direito fundamental à saúde, uma vez que deixam de atender os interesses públicos, para atender seus interesses particulares, gerando prejuízos financeiros, de material e pessoais para seus usuários.

## **4.2 A reforma da saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil**

Como já disposto neste trabalho, o direito à saúde no Brasil, advém de uma normativa constitucional. Foi inserido este direito dentro dos direitos sociais, trilhou um longo caminho histórico até chegar à Constituição de 1988 e conseguir efetivamente a inclusão desses direitos para efetividade de seus cidadãos.

O processo de redemocratização e o movimento pela reforma sanitária no Brasil, antes da Constituição de 1988, tinham como objetivo principal a manutenção e recuperação da força de trabalho. Diante disto, a saúde era voltada para o privado, não tendo como sua preocupação central as políticas públicas na sua atual conjuntura, baseados nos princípios da integralidade, gratuidade, universalidade e equidade. Muitos movimentos sanitários surgiram nessa época, como estudos realizados pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), que pretendiam arregimentar lutas políticas voltadas ao cuidado da doença como um todo e preventivamente também, pois acreditavam que dessa maneira reestabeleceriam a democracia. Outros programas importantes que surgiram nesta época, como Projeto Montes Claros (MOC), precursor do SUS, implementado em 1970, em Montes Claros, era pautado no princípio da integralidade, além de funcionar de modo regionalizado e hierarquizado, tal como é concebido o SUS atualmente. Outro projeto relevante é o Programa de Interiorização das Ações do Instituto de Pesquisa Econômica, que era voltado para criação de

---

<sup>307</sup> PORTAL BASE. Pesquisa por contratos. *Portal Base* [em linha]. Lisboa: Instituto dos Mercados Públicos do imobiliário e da Construção, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.base.gov.pt/Base/pt/Homepage>

minipostos de saúde juntamente com a contratação de profissionais de saúde, isto se dava por programas propostos com o apoio da OPAS.<sup>308</sup>

Diversas políticas públicas foram realizadas a fim de desenvolver o direito à saúde no Brasil. Uma das primeiras foi a criação do SNS por intermédio da Lei n. 6.229/1975. Além disto, foram buscados diversos meios de integração de serviços em áreas que antes não eram incorporadas para a população tais como, serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas, controle por um sistema de vigilância epidemiológica e sanitária, melhorias na Previdência Social dentre outras estratégias. No entanto, essas políticas públicas não surtiram o efeito esperado, de modo que aumentaram as movimentações sociais no sentido de que fosse criado um sistema único de saúde e uma reforma sanitária mais abrangente para a sociedade, onde fossem desenvolvidas garantias em sua integralidade no tocante ao direito fundamental à saúde. Diante disto, por meio do estabelecimento da democracia no ano de 1986, bem como a participação e formulação de políticas para saúde na 8ª conferência Nacional da Saúde, incorporou-se o direito à saúde juntamente com os direitos sociais na Constituição brasileira de 1988.<sup>309</sup>

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe um movimento pela reforma sanitária, nesta conferência se ressaltou a importância do SUS, e a necessidade de uma reforma e da implantação do direito à Saúde dentro da Constituição. A conferência se realizou em Brasília, onde foi finalizada com um documento com o resumo dos assuntos debatidos como saúde como direito e financiamento público. Posteriormente, a reformulação nacional de saúde debatida nesta conferência resultou no SUS.<sup>310</sup>

A implementação do SUS deu início a um sistema de saúde de serviços para promoção da saúde, pautadas nos princípios da integralidade, equidade. Cabe ressaltar que os princípios de integralidade e equidade foram alcançados somente a partir da Constituição brasileira de 1988, pós-período militar, onde nem todos os cidadãos utilizavam os serviços da saúde, conforme explica Ramos:

“Diferentemente dos princípios da universalidade e da integralidade do atendimento previstos na Constituição Democrática de 1988, de maneira que o direito à saúde foi elevado à categoria de direito de todos e dever do Estado, o Governo Militar restringia sua atuação na área sanitária apenas a medidas de ordem preventiva e a atividades epidemiológicas e de vigilância sanitária. Somente a parcela da população que estivesse vinculada à Previdência Social – de caráter contributivo – estaria abarcada pelos serviços privados de saúde, que eram custeados e fiscalizados pelo INAMPS. As atividades de cunho assistencialista permaneciam a cargo de instituições de caridade.”<sup>311</sup>

<sup>308</sup> CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* [em linha]. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2015, vol. 4, n.º 1, p. 68 [consult. 27 jul. 2020]. ISSN 2358-1824. Disponível em: doi:10.17566/ciads.v6i3.395

<sup>309</sup> PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 16 [consult. 5 mar. 2020]. ISBN 853340798X. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=15>

<sup>310</sup> CUNHA, *op. cit.*, p. 69

<sup>311</sup> RAMOS, Edith Maria Barbosa. O federalismo e o direito à saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. *Revista Jurídica* [em

As transformações na saúde no Brasil, no século XX, principalmente no final dos anos oitenta, por meio das movimentações populares que exigiam mudanças para cumprimento do que estava determinado na Constituição, as principais preocupações era que o direito à saúde não fosse disponível para a população de maneira genérica, havia a necessidade de uma estruturação e normas para sua efetiva implementação.<sup>312</sup>

A integralidade e equidade como princípios que abrangem o direito à saúde e o SNS ambos definidos na Constituição brasileira de 1988, é importante conceituá-los para que fique claro, como eles atuam para um direito fundamental à saúde de maneira integral. A integralidade no direito à saúde ilustra a ideia da continuidade do serviço em todas as etapas necessárias para promoção da saúde.<sup>313</sup>

Nesse mesmo sentido, Dallari e Nunes Júnior<sup>314</sup> entendem que a assistência integral à saúde como uma diretriz constitucional é delimitar o alcance e extensão do dever de ação do SUS, envolvendo, assim, todas as ações necessárias para promoção, proteção e recuperação, para o conceito da saúde em sua plenitude. Essa determinação constitucional foi incorporada também na Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8.080/1990), em seu artigo 7º, II, onde prevê a assistência à saúde de maneira integral para todos os indivíduos independentemente de seus níveis de complexidade do sistema. Segundo eles, a integralidade significa de fato privilegiara a vida em detrimento de interesses orçamentários da administração pública.

Dallari e Nunes Júnior<sup>315</sup> afirmam que o legislador implantou na Constituição parâmetros para que pudessem de fato garantir o acesso à saúde, com base nisso, foi inserido dentro dos direitos sociais. O artigo 198, *caput*, da Constituição, prevê a criação de um sistema único que funcionasse de modo regionalizado e hierarquizado de ações e serviços de saúde. A ideia de sistema passa por meios que levam ao integral acesso ao direito à saúde, os parâmetros para tal, foram descritivos na Constituição, sobre seu funcionamento e arrecadação de recursos por exemplo. Logo, não cabe, discussão que o SUS deveria ser nacional, abrangendo todos os entes da federação.

O artigo 196 da Constituição descreve os objetivos do SUS, onde a partir da premissa que a saúde é um direito de todos, em contrapartida será obrigação do Estado a promoção de sua garantia integral à saúde. Além disso, o artigo 198 ao reforça o entendimento no sentido de o direito à saúde ter sua promoção integral. Tais objetivos também estão especificados no artigo 5º da Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

---

linha]. Curitiba: Unicitiba [Centro Universitário Curitiba], 2017, vol. 4, n.º 49, pp. 313-314 [consult. 22 jul. 2020]. ISSN 2316-753X. Disponível em: doi:10.21902/revistajur.2316-753X.v4i49.2296

<sup>312</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 76-77.

<sup>313</sup> PAIM, ref. 285, pp. 17-19.

<sup>314</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, *op. cit.*, p. 91.

<sup>315</sup> *Ibid.*, pp. 78-83.

E ainda sobre a abrangência do sistema, destaca-se a disposição do artigo 5º da Lei n. 8.080/1990, por se tratar de um sistema envolve várias ramificações que ajudam a atribuir objetivos, ações necessárias para promoção do direito à saúde.

Diante disso, para o funcionamento do SUS, precisou de um modelo de financiamento, pautados na transparência de recursos federais e demais entes. Onde por meio da Constituição brasileira definiu que o financiamento do SUS se daria pela União, Estados e Municípios, conforme disposto no artigo 195 da Constituição brasileira de 1988, que se daria por meio da arrecadação direta e indireta de toda a sociedade.<sup>316</sup>

Além disso, Noronha, Lima e Machado ressaltam que o SUS deve integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, que consiste em prática quanto à regionalização a organização e divisões territoriais para assim conseguir dinamizar e atender diversos de diagnósticos e oferecer diversos tipos de tratamentos. Já a hierarquia prevê a organização de atendimento em diversos tipos de complexidade como os três tipos de atenção primário, secundário e terciário.<sup>317</sup>

Ao analisar o artigo 198, I, aborda sobre o conceito de descentralização com direção única do governo que se encontra diretrizes para atendimento à saúde em toda federação (União, Estados e Municípios), porém, esse atendimento não é estático não impedindo assim a responsabilidade para os demais entes, quando um deles não possa atender em sua especialidade a necessidade que a população necessite, para que assim seja disponibilizado o acesso integral a população. Este processo é dinâmico, uma vez que todos os entes federativos são solidários e responsáveis pelo SUS. Importa dizer ainda que ao se tratar de uma direção única, significa dizer que cada ente deve contar com um gestor onde sua responsabilidade deve ser executar as diretrizes do sistema nas atividades de coordenação, controle, planejamento e auditoria do sistema.<sup>318</sup>

Abrindo margem para que, não sendo possível a realização de todos os serviços para integralidade do acesso à saúde, haja a possibilidade de iniciativa privada para assistência de saúde. O artigo 199 da Constituição brasileira de 1988 prevê uma assistência à saúde de iniciativa privada, porém esta deve ser subsidiária, ou seja, só pode atuar junto ao SUS desde que em caráter complementar.

---

<sup>316</sup> NORONHA, José Carvalho de, LIMA, Luciana Dias de e MACHADO, Cristiani Vieira. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 55 [consult. 5 mar. 2020]. ISBN 853340798X. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=45>.

<sup>317</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>318</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 87-91.

Essa iniciativa privada na assistência à saúde ocorre, segundo Sarlet e Figueiredo<sup>319</sup>, por dois meios basicamente, por saúde complementar por via de um convênio ou contrato de direito público firmado com o SUS, onde as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos possuem prioridades, podendo ainda realizar pelas operadoras de planos de saúde, por contrato privado e regido pela Lei n. 9.556/1998, devendo estes estar em conformidade com as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ressalta-se ainda que a hipótese de saúde complementar a se dá por convênio a atividade é delegada para à iniciativa privada, no entanto sua atuação deve respeitar os limites e diretrizes de um convênio ou contrato administrativo, onde sua responsabilização está sujeita ao direito administrativo do artigo 37, § 6º, da Constituição brasileira de 1988. A outra modalidade de contrato de saúde suplementar, seja individual ou coletiva, realizada pelos planos de saúde não se submete às normas de direito público, mas, de igual modo, merece reconhecimento no tocante à sua responsabilização. Por sua contratação ser de maneira individual e as consultas e exames, mediante o pagamento do usuário, serem regidos pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei n. 8.078/1990, atendendo as exigências da vigilância sanitária.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) foi criada por meio de norma constitucional descrita no artigo 24, § 1º, onde informa que a União tem competência para criar normas gerais de saúde sobre proteção e defesa desta.<sup>320</sup> O objetivo desta lei é regular o funcionamento de ações e serviços de saúde em todo território nacional. Além dela, o SUS dispõe da Lei n. 8.142/1990 “[...] sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde”<sup>321</sup>. Na Lei Orgânica da Saúde, encontram-se estabelecidas todas as diretrizes para o funcionamento do SUS.

O artigo 7º, I, XII e IV, trata sobre a cobertura do sistema de saúde, definindo, assim, os princípios da universalidade do acesso à saúde, bem como a resolução desses serviços para todos os níveis de assistência e o princípio da igualdade no atendimento sendo todos considerados iguais sem quaisquer preconceitos ou privilégio.<sup>322</sup>

---

<sup>319</sup> SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluísio lunes Montí, org. *Temas aprofundados da Defensoria Pública*. Salvador: JusPodivm, 2014, vol. 1, p. 125. ISBN 9788577617760.

<sup>320</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, *op. cit.*, pp. 110-111.

<sup>321</sup> BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 [em linha]*. Brasília, DF: Presidente da República, 31 dez. 1990b, ano 128, n. 249, pp. 22694-22695 [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/12/1990&jornal=1&pagina=4>

<sup>322</sup> DALLARI e NUNES JÚNIOR, ref. 21, pp. 112-113.

Conforme demonstrado até o presente, a reforma da saúde no Brasil partiu de um movimento popular, onde se exigiu normas e diretrizes por meio da Constituição, para que assim fosse assegurado o direito fundamental à saúde. Bem verdade que necessita de uma adequação no decorrer dos anos, mas a reforma da saúde, tanto no Brasil como em Portugal, mantém os princípios constitucionais e os direitos sociais como base.

## 5 PRINCÍPIO DA EFICÁCIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO DIREITO À SAÚDE

No presente trabalho foram abordados conceitos de direito à saúde no Brasil e em Portugal, os meios, medidas de falhas na administração pública e combate à corrupção para a aplicação adequada da prestação ao direito à saúde aos seus cidadãos. No entanto, é importante que se faça, por fim, uma reflexão sobre o fato de haver ou não eficácia e eficiência no direito à saúde mesmo após as medidas de mitigação de riscos e de combate à corrupção na administração pública.

Os conceitos de eficácia e eficiência<sup>323</sup> estão geralmente ligados aos princípios constitucionais. A eficácia no serviço público está relacionada à execução dos objetivos, que geralmente são de obrigatoriedade da administração pública, e à escolha do que fazer e elaborar de maneira correta, já a eficiência e o melhor uso dos recursos visando ao interesse público. Ambos os conceitos são igualmente necessários para a efetiva prestação do direito à saúde no âmbito da administração pública e também da privada.

O direito à saúde é sistematizado pelas políticas públicas, onde a responsabilidade da promoção é do Estado para seus cidadãos. No entanto, no Brasil, sua efetividade tem sido negligenciada em razão de problemas, como a má gestão de recursos, ensejando falhas de organização deste para a promoção efetiva da saúde, onde interesses particulares têm sobreposto aos interesses da coletividade.<sup>324</sup>

Mesmo ocorrendo a previsão constitucional e legal sobre a promoção e garantia do direito fundamental à saúde, Ramos<sup>325</sup> ressalta que todos os dias a população brasileira tem enfrentado diversos problemas e dificuldades ao acesso aos programas e serviços de saúde, em que se evidenciam filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde e demora excessiva entre dificuldade de marcação de exames e consultas, falta de leitos hospitalares e profissionais que atendam as demandas da população, falta de recursos para pagamentos de mão de obra e materiais, atraso de repasse de pagamento as empresas terceirizadas que prestam serviços de saúde, ressurgimento de doenças por falhas na imunização da população, e disposição de cargos no SUS para interesses partidários (conflito de interesses). Como se pode verificar, as falhas na administração pública têm gerado inúmeros prejuízos para sociedade brasileira.

---

<sup>323</sup> ALCANTARA, Cristian Mendez. Os princípios constitucionais da eficiência e eficácia da administração pública: estudo comparativo Brasil e Espanha. *Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional* [em linha]. Curitiba: Academia Brasileira de Direito Constitucional, 2009, vol. 1, n.º 1, pp. 24-49 [consult. 6 jan. 2020]. ISSN 2177-8256. Disponível em: doi:10.24068/2177.8256.2009.1.1;24.49

<sup>324</sup> LIMA, João Paulo Kemp. *Princípio da eficiência como fundamento para a política pública e a efetividade do direito a saúde* [em linha]. Dissertação de mestrado, Centro Universitário Eurípedes de Marília, Marília, 2016, pp. 72-73 [consult. 6 jan. 2020]. Disponível em: <https://aberto.univem.edu.br/handle/11077/1678>

<sup>325</sup> RAMOS, ref. 287, p. 307.

Em uma pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina<sup>326</sup> por exemplo, mostra que a população brasileira cerca de 89% têm considerado a saúde pública brasileira ruim ou péssima no ano de 2018. Importante ressaltar que o ano de 2018, foi o ano da corrida presidencial no Brasil, onde os maiores pleitos da sociedade, segundo a pesquisa apresentada ao Conselho Federal de Medicina, estavam: a corrupção na saúde; a redução de tempo de espera de consultas, exames, cirurgias e procedimentos; a criação de postos de trabalho; a construção de novas unidades de saúde; e melhores salários para profissionais de saúde. A pesquisa ainda aponta que os principais prejuízos na área de saúde são a má gestão, falta de médicos e falta de recursos, isto se deve ao fato de a maioria das pessoas entrevistadas acreditarem que os serviços públicos não são bem administrados.

No Brasil, os princípios da eficácia e eficiência têm sido constantemente violados, uma vez que por deficiência na prestação da saúde pela administração pública não conseguem atingir a eficiência e a eficácia que se espera. Esse entendimento pode ser comprovado pelo aumento da judicialização da vida, ou seja, problemas que deveriam ser atendidos dentro do âmbito administrativo pelas políticas públicas têm sido decididos pelo Judiciário.

Barroso<sup>327</sup> explica que o fenômeno da judicialização se deve por três causas diversas: a primeira se deve pela confiança do Judiciário na proteção dos direitos fundamentais, a segunda envolve na não confiança na política atual e por último os atores políticos. Além disso, por ter previsão na Constituição brasileira temas diversos como direitos fundamentais, e em contrapartida diversas pessoas e entidades podem judicializar questões e enviá-las ao STF, por meio de ações diretas. Logo, a judicialização tem sido um fenômeno para atender uma demanda insatisfeita em sua maioria com a institucionalização da realidade brasileira. Outra vertente desta judicialização se deve ao ativismo para suprir lacunas da lei, sanar omissões e determinar o cumprimento de políticas públicas ausentes ou ineficientes. Estas últimas podem ser enquadradas no atual funcionamento do direito à saúde no Brasil, por intermédio de ações com pedidos de internação na UTI, vagas em hospitais, tratamentos para câncer e espera por cirurgias e por fornecimento de medicamentos.

Em Portugal, Canotilho, ao discorrer sobre a eficiência, também chamando de princípio da interpretação, afirma que:

---

<sup>326</sup> CFM [Conselho Federal de Medicina]. Imprensa destaca pesquisa encomendada pelo CFM ao Datafolha sobre a percepção do brasileiro sobre a saúde. *Portal Médico* [em linha]. Brasília, DF: CFM, 28 jun. 2018 [consult. 10 jan. 2020]. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27701:201](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27701:201)

<sup>327</sup> BARROSO, Luís Roberto. *O constitucionalismo democrático no Brasil: crônica de um sucesso imprevisto* [em linha]. Brasil: Luís Roberto Barroso, 2012, pp. 16-17 [consult. 8 jan. 2020]. Disponível em: <http://www.luísrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2012/12/O-constitucionalismo-democratico-no-Brasil.pdf>

“É um princípio operativo em relação a todas e quaisquer normas constitucionais, e embora sua origem esteja ligada à tese da actualidade das normas programáticas (Thoma), é hoje sobretudo invocado no âmbito dos direitos fundamentais.”<sup>328</sup>

Duarte<sup>329</sup> conceitua que a eficiência em uma instituição pode ser considerada conforme o modo e os meios pelo qual atue de maneira eficiente utilizando uma economia de recursos. Já a eficácia está diretamente ligada à realização dos objetivos fixados dos resultados obtidos. Essa avaliação nos serviços de saúde pode ser mensurada por meio dos resultados obtidos juntamente com a economia de recursos. No entanto, essa busca pela economia dos recursos públicos, podem de certa maneira gerar uma contrapartida no que diz respeito à preocupação de conseguir atingir a eficácia e eficiência dos serviços de saúde.

No direito português, a proteção à saúde pode ser entendida ao mesmo tempo como um direito social e um direito de defesa do estado onde tendo por base o artigo 64.º da CRP, à saúde venha a ser prestado adequadamente e assegurado aos que assim precisarem. Diante disto, entende-se que a prestação da saúde no direito português se divide em três tarefas distintas as primárias, tais como cuidados médicos a todos os cidadãos, assegurar a cobertura de recursos humanos, as instrumentais têm por base meios de realização das obrigações primárias para a garantia do serviço de saúde e as tarefas setoriais consideradas aquelas que atuam em diversos setores para promoção da saúde.<sup>330</sup>

Sousa<sup>331</sup> afirma que, em Portugal, os cuidados com a saúde se submetem aos princípios da equidade, universalidade, generalidade e tendencial gratuidade. O que em virtude destes enseja uma série de questionamentos sobre a efetividade e eficácia dos serviços de saúde quando prestados pelo estado aos seus usuários. Como estabelecido em diversos tratados e leis, o cidadão tem direito à prestação integral ao direito à saúde, como a Carta dos Direitos fundamentais da União Europeia em seus números 1, 2 e 35, respectivamente, onde tratam sobre a proteção e a integridade ao direito à saúde. Assim como no Brasil, este direito também apresenta fragilidades em Portugal, como o direito social frente à capacidade econômica do Estado, conhecido em ambos os países como reserva do possível para custeio de remédios de alto custo e de tratamentos médicos e cirúrgicos.

Em Portugal<sup>332</sup>, com relação ao direito social à saúde, o Estado tem alegado a insuficiência econômica para não aplicação desse direito na sua integralidade. Diante

---

<sup>328</sup> CANOTILHO, ref. 38, p. 1224.

<sup>329</sup> DUARTE, Mariana da Silva. *A importância da auditoria interna para uma gestão eficiente e eficaz em instituições hospitalares do setor público* [em linha]. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto, 2017, pp. 9-10 [consult. 8 jan. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.22/10957>

<sup>330</sup> SOUSA, ref. 23, pp. 36-38.

<sup>331</sup> *Ibid.*, pp. 38-50.

<sup>332</sup> *Ibid.*, pp. 51-50.

disto, seus usuários têm buscado o Judiciário, uma vez que, não se conseguindo atendimento para suas necessidades diretamente pela administração pública optam por essa alternativa, de um órgão que tem o poder de substituir uma decisão administrativa. Em contrapartida, o Judiciário português tem se declinado por alguns posicionamentos políticos, ressaltando, assim, a fragilidade do direito à saúde. Essa submissão do Judiciário tem por base o instituto conhecido como reserva do possível. No entanto, essa decisão sobre diversos questionamentos, no que diz respeito ao princípio de separação dos poderes, tendo os juizes portugueses se posicionado em prol do princípio da reserva do possível quando a temática questionada diz respeito ao direito à saúde.

Nesse contexto, Vale<sup>333</sup> afirma que a saúde portuguesa tem sofrido um processo de mercantilização e industrialização, dificultando assim o acesso à saúde para os portugueses, uma vez que, seu funcionamento em sua maioria se deve à procura do lucro, tal como uma empresa. Combinado a isto, o aumento da expectativa de vida, alto custo dos tratamentos e defasagem entre procura e oferta de cuidados de saúde gerando sua ineficiência.

Segundo entendimento em artigo elaborado em revista portuguesa de gestão em saúde<sup>334</sup> não basta investimentos na saúde, ou planejamento sem a mitigação de falhas na administração pública na saúde, isto é um caminho, no entanto, para que a prestação adequada consiga atingir a eficiência e eficácia necessária essa gestão na saúde tem de ser regular, continua, elaborando auditorias, identificando os possíveis problemas e tentando sua correção, conforme cada realidade de cada clínica por meio dos levantamentos de dados, sendo ainda responsável, trabalhando na formação continua de seus profissionais e da estimulação da investigação científica, transparência e gestão desses riscos levantados.

Apesar do aumento de tecnologias, investimentos e implementação de planos de integridade para diminuir as falhas da administração pública nas prestações do serviço de acesso à saúde, não se conseguiu atingir a eficácia e a eficiência necessárias para a prestação adequada do direito à saúde.

---

<sup>333</sup> VALE, Luís António Malheiro Meneses do. *Racionamento e racionalização no acesso à saúde. Contributo para uma perspectiva jurídico-constitucional*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2007, pp. 18-19 *apud* SOUSA, Isa Filipa António de. A crise do Estado social e o direito à saúde: reflexões. In: SOUSA, Isa Filipa António de. *Direito à saúde: dilemas atuais*. Curitiba: Juruá, 2017, p. 57. ISBN 9788536267883.

<sup>334</sup> SANTOS, Liane Raquel Pinho dos e ARAÚJO, Nuno Miguel Faria. Garantia de qualidade e eficiência em Saúde. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* [em linha]. Lisboa: SPGS [Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde], 2018, n.º 24, pp. 27-31 [consult. 6 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.jornalmedico.pt/wp-content/uploads/rpgs/rpgs024/mobile/index.html#p=27>

## CONCLUSÃO

Ao iniciar este trabalho, buscou-se estabelecer a preocupação de conceituar cada assunto para que qualquer um que pudesse ler e desconhecesse sobre o tema tivesse breve conhecimento dos fatos, uma vez que a abordagem foi realizada com base em uma análise de semelhanças e diferenças pertinentes ao direito à saúde no Brasil e em Portugal, verificando se suas reformas na saúde atingiram a eficácia e a eficiência que se espera como objeto de estudo neste trabalho.

A proposta deste trabalho foi levantar, por meio de uma análise comparativa, como o direito à saúde pode ser prejudicado pela corrupção e como é importante adotar medidas de mitigação de risco, fazendo uso de um sistema de *compliance* também conhecido como Plano de Integridade. Dentro desta implementação, foram abordadas as principais etapas para implementação para o funcionamento adequado de programas de *compliance* ou programa de integridade, bem como quais são as fases necessárias para seu funcionamento. Além disto, foram demonstrados a importância e o histórico do avanço ao direito fundamental à saúde, como Estado democrático de direito, onde esse conceito é aceito como um direito universal e gratuito, tanto no Brasil quanto em Portugal, onde suas constituições neste ponto são muito semelhantes sobre o referido tema e entendem ser importantes de igual modo.

Foi elaborado um levantamento de quais medidas foram adotadas no Brasil e em Portugal para estabelecer o direito fundamental à saúde e mais uma vez se verificou semelhanças entre os dois países, mesmo Portugal em relação à eficiência esteja um pouco à frente, no que diz respeito à garantia do direito fundamental à saúde.

As medidas adotadas no Brasil têm seguido as convenções internacionais. Sendo assim, o programa de *compliance* visa à responsabilização de pessoas jurídicas e ao avanço de uma cultura de tolerância zero para corrupção. Além disto, a Lei n. 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) se comprometeu a combater a corrupção no âmbito criminal, civil e administrativo.

Em um segundo momento, foi trabalhado o conceito de corrupção no âmbito internacional e entre os dois países abordados neste trabalho, ou seja, Brasil e Portugal, mostrando quais são as semelhanças e as diferenças e o que ambos estão fazendo para mitigar falhas e prejuízos na administração pública.

Foram indicadas neste trabalho as principais falhas na administração pública e como estas prejudicam diretamente o direito fundamental à saúde. Além disto, conceituou-se cada uma delas (fraude nas licitações, superfaturamento, conflitos de interesse e nepotismo), fazendo sempre os apontamentos legais e a comparação entre Brasil e Portugal.

Ao se analisar relatórios de órgãos especiais de controle, restou demonstrado como essas falhas prejudicam diretamente o direito fundamental à saúde, tanto no erário como os usuários diretos do sistema. Esses erros fomentam a prática de corrupção, direcionando as verbas que antes seriam aplicadas para políticas públicas de saúde para interesses particulares.

Esses desvios de verbas, assim como as falhas apontadas neste estudo, impactam diretamente no atendimento à saúde, ferindo princípios constitucionais e o direito à vida, ou seja, o próprio direito humano.

Também foram analisados alguns tipos de práticas de corrupção em hospitais em Portugal a título de exemplificação de como a corrupção prejudica a promoção do adequado direito fundamental à saúde, infringindo desde princípios constitucionais e normas regulamentadoras, como a Decreto-Lei n.º 111-B/2017 e a Constituição portuguesa, dentre outras abordadas.

Na abordagem do tema, não se buscou exaurir o assunto, mas tão somente fazer uma análise comparativa entre Brasil e Portugal, sobre semelhanças e diferenças em relação ao direito fundamental à saúde, sobre como ambos os países têm lidado com os prejuízos causados pela corrupção na saúde e sobre as medidas adotadas para mitigação dessas falhas. Verificou-se que alguns crimes cometidos no Brasil relacionados à saúde igualmente se repetem em Portugal, como o nepotismo, o superfaturamento, o conflito de interesses, entre outros.

Observou-se, ainda, que Portugal tem mantido uma política de prevenção e combate à corrupção tal qual a do Brasil, onde ambos buscam a criação e melhoramentos de várias normas legais sobre o tema. Ambos os países também têm desenvolvido um sistema de integridade muito parecido, alicerçado em diretrizes internacionais, como a OCDE. Apesar disto, em algumas temáticas, como conflito de interesses e nepotismo, Portugal ainda não possui legislações específicas para delimitar os temas abordados, embora possua leis que versam sobre a contratação pública. Diferentemente do que ocorre em Portugal, o Brasil possui leis que tratam da temática, são elas: Lei n. 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), Lei n. 13.460/2017 (Código de Proteção e Defesa dos Usuários de Serviços Públicos) e Lei n. 12.527/2011 (Lei de Transparência ou Lei de Acesso à Informação).

Para uma análise mais conclusiva do tema, foi levantado se, apesar das reformas e mudanças de mentalidade relacionadas à necessidade de controle para mitigação de riscos e ao combate à corrupção, tem sido possível atingir a eficácia e a eficiência que se espera para garantia do direito à saúde.

Concluiu-se, portanto, no sentido de que o direito fundamental à saúde é amparado em ambas as constituições, sendo necessárias medidas de mitigação de

riscos, por meio de programas de integridade, para que a corrupção não prejudique o adequado acesso à saúde. Verificou-se também que, mesmo com grandes evoluções no campo do direito à saúde em suas reformas e meios de mitigações de riscos na administração pública e no combate à corrupção, ainda não foi possível atingir a eficácia e a eficiência que se espera para a garantia universal e integral do direito fundamental à saúde tanto no Brasil quanto em Portugal.

## REFERÊNCIAS

- ABNT [Associação Brasileira de Normas Técnicas]. *ABNT NBR ISO 31000: gestão de riscos: princípios e diretrizes* [em linha]. Rio de Janeiro: ABNT, 2009 [consult. 27 jun. 2020]. ISBN 9788507018384. Disponível em: <https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>
- AFFONSO, Julia e BURGARELLI, Rodrigo. 70% dos desvios nas cidades afetam a saúde e a educação. *Blog Fausto Macedo* [em linha]. São Paulo: O Estado de S. Paulo, 25 dez. 2016 [consult. 19 mar. 2020]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/70-dos-desvios-nas-cidades-afetam-a-saude-e-a-educacao>
- AGÊNCIA BRASIL. Witzel entra na Justiça contra Alerj em processo de impeachment. *Agência Brasil* [em linha]. Brasília, DF: Empresa Brasil de Comunicação, 14 jul. 2020 [consult. 18 jul. 2020]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-07/witzel-entra-na-justica-contralerj-em-processo-de-impeachment>
- AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007. ISBN 9788576742623.
- ALBUQUERQUE, Aline e SOUZA, Camila Nascimento de. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. *Revista Brasileira de Bioética* [em linha]. Brasília, DF: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, 2017, vol. 13, n.º e6, pp. 1-17 [consult. 11 jul. 2020]. ISSN 1808-6020. Disponível em: doi:10.26512/rbb.v13i0.7935
- ALCANTARA, Cristian Mendez. Os princípios constitucionais da eficiência e eficácia da administração pública: estudo comparativo Brasil e Espanha. *Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional* [em linha]. Curitiba: Academia Brasileira de Direito Constitucional, 2009, vol. 1, n.º 1, pp. 24-49 [consult. 6 jan. 2020]. ISSN 2177-8256. Disponível em: doi:10.24068/2177.8256.2009.1.1;24.49
- ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008. ISBN 9788574208725.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Prefácio. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo, orgs. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, pp. 9-10. ISBN 9788575411247.
- ANDRADE, Jackeline Póvoas Santos de. O combate à corrupção no Brasil e a Lei n. 12.846/2013: a busca pela efetividade da lei e celeridade do processo de responsabilização através do Acordo de Leniência. *Revista Digital de Direito Administrativo* [em linha]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017, vol. 4, n.º 1, pp. 170-203 [consult. 24 fev. 2020]. ISSN 2319-0558. Disponível em: doi:10.11606/issn.2319-0558.v4i1p170-203
- APÓS DENÚNCIAS, governo Witzel impõe sigilo a gastos emergenciais com a Covid-19. *O Antagonista* [em linha]. São Paulo: Mare Clausum, 9 abr. 2020 [consult. 23 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.oantagonista.com/brasil/apos-denuncias-governo-witzel-impoe-sigilo-a-gastos-emergenciais-com-a-covid-19>
- ARIELY, Dan. *A mais pura verdade sobre a desonestidade*. Tradução de Leonardo Abramowicz. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. ISBN 9788535258080.

- BARATA, Anália Maria Simões. *Corrupção e poder local: transparência dos sítios web: estudo de caso* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade do Aveiro, Aveiro, 2013 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/12380>
- BARBOZA, Márcia Noll. *O combate à corrupção no mundo contemporâneo e o papel do Ministério Público no Brasil* [em linha]. Brasília, DF: Ministério Público Federal, 2006 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: [http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr5/noticias-1/eventos/docs-monografias/monografia\\_3\\_lugar.pdf](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr5/noticias-1/eventos/docs-monografias/monografia_3_lugar.pdf)
- BARREIRA, Gabriel. Diretores de multinacional são presos em operação da PF e do MPF; empresário levava 40% de comissão. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 4 jul. 2018 [consult. 30 jan. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/operacao-inicial-sobre-fraudes-na-saude-do-rj-foi-so-a-ponta-do-iceberg-diz-mpf.ghtml>
- BARROSO, Luís Roberto. *O constitucionalismo democrático no Brasil: crônica de um sucesso imprevisto* [em linha]. Brasil: Luís Roberto Barroso, 2012 [consult. 8 jan. 2020]. Disponível em: <http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2012/12/O-constitucionalismo-democratico-no-Brasil.pdf>
- BELLOW, Adam. *Em louvor do nepotismo: uma história natural*. Tradução de Carlos Mendes Rosa. São Paulo: A Girafa, 2006. ISBN 9788577190171.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. ISBN 9788535215618.
- BRASIL, Franklin. A arte e a técnica de identificar riscos. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 373-384. ISBN 9788545004738.
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. *CGU conclui auditoria em hospitais federais no Rio de Janeiro* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 10 maio 2012 [consult. 25 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2012/05/cgu-conclui-auditoria-em-hospitais-federais-no-rio-de-janeiro>
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Portaria nº 57/2019: programas de integridade: tratamento de denúncias* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 30 jan. 2019a [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/etica-e-integridade/programa-de-integridade/arquivos/5-portaria-cgu-no-59-2019-tratamento-de-denuncias.pdf>
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Programa de Integridade* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 11 fev. 2019b [consult. 6 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/etica-e-integridade/programa-de-integridade>
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314327 – Hospital Federal de Ipanema* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 6 nov. 2018a [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11998.pdf>
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314571 – Hospital Federal Cardoso Fontes* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018b [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11973.pdf>
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314577 – Hospital Federal dos Servidores do Estado* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018c [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11978.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314581 – Hospital Federal de Bonsucesso* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018d [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11974.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201314585 – Hospital Federal do Andaraí* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 25 out. 2018e [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11975.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201503710 – Instituto Nacional do Câncer* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 6 nov. 2018f [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/12001.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Auditoria nº 201504892 – Instituto Nacional de Cardiologia* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 12 nov. 2018g [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/12002.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão nº 201701463 – Hospital Federal de Bonsucesso* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 14 ago. 2018h [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/10731.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão nº 201801648 – Hospital Federal da Lagoa* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 8 dez. 2019c [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/13121.pdf>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. *Manual da Lei de Acesso à Informação para Estados e Municípios* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 2013a [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: [https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual\\_lai\\_estadosmunicipios.pdf](https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual_lai_estadosmunicipios.pdf)

BRASIL. Ministério da Economia. *Serviço de Informação ao Cidadão – SIC* [em linha]. Brasília, DF: Governo Federal, 2020 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/servico-informacao-cidadao-sic>

BRASIL. Ministério da Transparência. Controladoria-Geral da União. *Manual de responsabilização administrativa de pessoas jurídicas* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Transparência, maio 2018i [consult. 27 jul. 2020]. Disponível em: [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/44487/5/Manual\\_de\\_Responsabilizacao\\_Administrativa.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/44487/5/Manual_de_Responsabilizacao_Administrativa.pdf)

BRASIL. Ministério da Transparência. Controladoria-Geral da União. *Metodologia de gestão de riscos* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Transparência, abr. 2018j [consult. 27 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/institucionais/arquivos/cgu-metodologia-gestao-riscos-2018.pdf>

BRASIL. Ministério Público Federal. *Lava Jato: entenda o caso* [em linha]. Brasília, DF: MPF, 17 set. 2019d [consult. 19 abr. 2020]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/grandes-casos/lava-jato/entenda-o-caso>

BRASIL. Ministério Público Federal. *Tipos de corrupção* [em linha]. Brasília, DF: MPF, 2016a [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://combateacorrupcao.mpf.mp.br/tipos-de-corrupcao>

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Política de gestão de riscos: modelos de referência de gestão corporativa de riscos* [em linha]. Brasília, DF: TCU, 2016b [consult. 31 jul. 2020]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/planejamento->

governanca-e-gestao/gestao-de-riscos/politica-de-gestao-de-riscos/modelos-de-referencia.htm

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial básico de gestão de riscos* [em linha]. Brasília, DF: TCU, 2018k [consult. 6 jul. 2020]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/referencial-basico-de-gestao-de-riscos.htm>

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial de combate a fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública* [em linha]. Brasília, DF: TCU, 2017 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: [https://portal.tcu.gov.br/data/files/B9/05/E9/CB/58DEF610F5680BF6F18818A8/Referencial\\_combate\\_fraude\\_corrupcao\\_1\\_edicao.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/B9/05/E9/CB/58DEF610F5680BF6F18818A8/Referencial_combate_fraude_corrupcao_1_edicao.pdf)

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial de combate a fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública* [em linha]. 2ª ed. Brasília, DF: TCU, 2018l [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/33149/11/Referencial\\_integridade\\_TCU.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/33149/11/Referencial_integridade_TCU.pdf)

BREI, Zani Andrade. Corrupção: dificuldades para definição e para o consenso. *RAP* [em linha]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, 1996, vol. 30, n.º 1, pp. 64-77 [consult. 6 mar. 2020]. ISSN 0034-7612. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8128/>

BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos In: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. *Direitos humanos e políticas públicas* [em linha]. São Paulo: Pólis, 2001, (Cadernos Pólis, 2), pp. 5-16 [consult. 13 jan. 2020]. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/441/POLIS\\_direitos\\_humanos\\_politicas\\_publicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/441/POLIS_direitos_humanos_politicas_publicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

BUENO, Eduardo. *A coroa, a cruz e a espada: lei, ordem e corrupção no Brasil*. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2016. ISBN 9788556080080.

CAMPOS, António Correia de e SIMÕES, Jorge. *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN 9789724047096.

CAMPOS, António Correia de. *Reformas da saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 9789724036045.

CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2017. ISBN 9789724021065.

CFM [Conselho Federal de Medicina]. Imprensa destaca pesquisa encomendada pelo CFM ao Datafolha sobre a percepção do brasileiro sobre a saúde. *Portal Médico* [em linha]. Brasília, DF: CFM, 28 jun. 2018 [consult. 10 jan. 2020]. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27701:201](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27701:201)

CHRISPINO, Alvaro. *Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016. ISBN 9788522518791.

COMISSÃO EUROPEIA. *Proteção dos alertadores Comissão estabelece novas regras à escala da UE* [em linha]. Bruxelas: Comissão Europeia, 23 abr. 2018 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/IP\\_18\\_3441](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/IP_18_3441)

COROADO, Susana e COELHO, Thierry Dias. *Transparência, monitorização, responsabilização: como prevenir os conflitos de interesses* [em linha]. Lisboa: TIAC

[Transparência e Integridade, Associação Cívica], 2012 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://transparencia.pt/wp-content/uploads/2017/04/Como-prevenir-os-conflitos-de-interesse.pdf>

COSTA, Bernardo e PORTILHO, Luiz. Faltam 77 médicos na emergência no Hospital Federal de Bonsucesso. *O Dia* [em linha]. Rio de Janeiro: O Dia, 3 jul. 2019 [consult. 12 jul. 2020]. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2019/07/5659363-faltam-77-medicos-na-emergencia-no-hospital-federal-de-bonsucesso.html>

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* [em linha]. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2015, vol. 4, n.º 1, pp. 65-89 [consult. 27 jul. 2020]. ISSN 2358-1824. Disponível em: doi:10.17566/ciads.v6i3.395

CUNHA, Paulo Ferreira da. *Direitos fundamentais: fundamentos & direitos sociais*. Lisboa: Quid Juris, 2014. ISBN 9789727246823.

CUNHA, Ricardo Alexandre Sousa da, SERRA, Sara Alexandra da Eira e COSTA, Maria Manuela Oliveira. Medidas de combate à corrupção em Portugal. In: SANTOS, José António C. dos, ÁGUAS, Paulo e RIBEIRO, Filipa Perdigão, eds. *Book of Proceedings – TMS – Management Studies International Conference – Algarve 2012* [em linha]. Algarve: Universidade do Algarve, 2013, vol. 2, pp. 693-705 [consult. 11 jul. 2020]. ISBN 9789898472250. Disponível em: <http://www.esght.ualg.pt/tms2012/public/site/arquivos/bpvol2.pdf>

CUNHA, Rogério Sanches. *Manual de direito penal: parte especial (arts. 121 ao 361)*. 8ª ed. Salvador: JusPodivm, 2016. ISBN 9788544206669.

DALLARI, Sueli Gandolfi e NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2010. ISBN 9788561996291.

DUARTE, Mariana da Silva. *A importância da auditoria interna para uma gestão eficiente e eficaz em instituições hospitalares do setor público* [em linha]. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto, 2017 [consult. 8 jan. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.22/10957>

FERNANDES, Cláudio. Impeachment de Dilma Rousseff. *Mundo Educação* [em linha]. Goiânia: Rede Omnia, 17 abr. 2016 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiadobrasil/impeachment-dilma-rousseff.htm>

FURTADO, Lucas Rocha. *As raízes da corrupção no Brasil: estudos de casos e lições para o futuro*. Belo Horizonte: Fórum, 2015. ISBN 9788545000334.

G1 [Rio de Janeiro]. Desvio de dinheiro do Into prejudica milhares de pacientes que esperam por uma cirurgia na unidade de saúde. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 4 jul. 2018 [consult. 30 jan. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/desvio-de-dinheiro-do-into-prejudica-milhares-de-pacientes-que-esperam-por-uma-cirurgia-na-unidade-de-saude.ghtml>

GAMEIRO, Ian Pimentel. *O conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015 [consult. 27 jun. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/34767>

GIOVANINI, Wagner. Programas de *compliance* e anticorrupção: importância e elementos essenciais. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 53-70. ISBN 9788545004738.

GOTO, Reynaldo. O combate à corrupção sob a ótica dos objetivos de desenvolvimento sustentável. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 45-52. ISBN 9788545004738.

GUERRA, Sidney. *Curso de direito internacional público*. 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017. ISBN 9788547213930.

HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo. Introdução. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo, orgs. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, pp. 13-23. ISBN 9788575411247.

KIM, Shin Jae, et al. *Compliance em empresas estatais. Padrões internacionais e legislação brasileira*. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 149-182. ISBN 9788545004738.

LACERDA, Gabriela Moraes. *O Estado democrático de direito, a constitucionalização do direito administrativo e a improbidade administrativa: a Lei da Improbidade Administrativa no marco do Estado democrático de direito no Brasil* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016 [consult. 10 fev. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/26139>

LANNOY, Carlos de e BOROVOY, Dévora. Direção e médicos do Hospital Federal de Bonsucesso trocam acusações sobre irregularidades em filas de cirurgias. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 11 nov. 2018 [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/11/27/direcao-e-medicos-do-hospital-federal-de-bonsucesso-trocam-acusacoes-sobre-irregularidades-em-filas-de-cirurgias.ghtml>

LEÃO, Lidiane Nascimento. *Direito à saúde e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. ISBN 9788551900390.

LENZA, Pedro. *Direito constitucional esquematizado*. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010. ISBN 9788502089709.

LIMA, João Paulo Kemp. *Princípio da eficiência como fundamento para a política pública e a efetividade do direito a saúde* [em linha]. Dissertação de mestrado, Centro Universitário Eurípedes de Marília, Marília, 2016 [consult. 6 jan. 2020]. Disponível em: <https://aberto.univem.edu.br/handle/11077/1678>

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. Juiz Federal. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade. *Revista de Doutrina da 4ª Região* [em linha]. Porto Alegre: Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2004 n.º 1, jun. 2004 [consult. 13 jan. 2020]. ISSN 1980-458X. Disponível em: [https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre\\_lippel.htm](https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre_lippel.htm)

LIRA, Miguel e ROSO, Ana. A reforma da administração dos recursos humanos públicos portugueses após o fim do estado novo: uma evolução histórica. *Revista Ciências Administrativas* [em linha]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2013, vol. 19, n.º 2, pp. 536-578 [consult. 12 ago. 2020]. ISSN 2318-0722. Disponível em: doi:10.5020/2318-0722.2013.v19n2p536

LUCHESE, Bette. Hospitais de campanha atrasados podem não ser concluídos, diz secretário de Saúde do RJ. *G1 Rio* [em linha]. Rio de Janeiro: Grupo Globo, 21 maio 2020 [consult. 26 maio 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de->

janeiro/noticia/2020/05/21/hospitais-de-campanha-atrasados-podem-nao-ser-construidos-por-falta-de-necessidade-diz-secretario-de-saude-do-rj.ghtml

MADEIRA, José Maria Pinheiro. *Administração pública*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, t. I. ISBN 9788535238051.

MAGALHÃES FILHO, Glauco Barreira. *A Reforma Protestante e o Estado de direito*. São Paulo: Fonte Editorial, 2014. ISBN 9788568252062.

MAIA, António. A corrupção em Portugal: abordagens distintas de um mesmo objecto. *Media & Jornalismo* [em linha]. Lisboa: Instituto de Comunicação da NOVA, 2015, vol. 14, n.º 26, pp. 77-90 [consult. 6 mar. 2020]. ISSN 1645-5681. Disponível em: doi:10.14195/2183-5462\_26\_4

MALHADO, Alexandre R. Há mesmo um Serviço Nacional de Saúde? *Sábado* [em linha]. Lisboa: Cofina Media, 30 maio 2019 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.sabado.pt/portugal/detalhe/os-problemas-do-sns-atrasos-corrupcao-e-podridao>

MARCELO diz que Portugal e Brasil “têm de se dar bem”. *Público* [em linha]. Lisboa: Público, 29 out. 2018 [consult. 29 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/10/29/politica/noticia/portugal-ja-cumprimentou-novo-presidente-brasileiro-1849220>

MARQUES, David e COROADO, Susana. *Sistema Nacional de Integridade: Portugal* [em linha]. Lisboa: TIAC [Transparência e Integridade, Associação Cívica], 2012 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://obegef.pt/wordpress/wp-content/uploads/2018/06/Sistema-nacional-integridade.pdf>

MAZZA, Alexandre. *Manual de direito administrativo*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015. ISBN 9788502617919.

MEIRELES, Carla. A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde. *Politize!* [em linha]. Rio de Janeiro: Pensata Comunicação, 23 abr. 2018 [consult. 29 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. 27ª ed. São Paulo: Malheiros, 2010. ISBN 9788574209944.

MESQUITA, Paulo Joaquim da Mota Osório Dá. *Parecer da Procuradoria-Geral da República 19/2016, de 21.01.2017* [em linha]. Lisboa: Procuradoria-Geral da República, 2017 [consult. 27 mar. 2020]. Disponível em: <http://www.ministeriopublico.pt/pareceres-pgr/2111>

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. *Curso de direito administrativo: parte introdutória, parte geral e parte especial*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009. ISBN 9788530929053.

NASCIMENTO, Juliana Oliveira. Panorama internacional e brasileiro da governança, riscos, controles internos e *compliance* no setor público. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 343-372. ISBN 9788545004738.

NOHARA, Irene Patrícia. Governança pública e gestão de riscos: transformações no direito administrativo. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade*

para o desenvolvimento. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 327-342. ISBN 9788545004738.

NORONHA, José Carvalho de, LIMA, Luciana Dias de e MACHADO, Cristiani Vieira. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, pp. 45-94 [consult. 5 mar. 2020]. ISBN 853340798X. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=45>

NUNES, Alexandre Morais. Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. *Direitos Fundamentais & Justiça* [em linha]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2017, ano 11, n.º 37, pp. 17-34 [consult. 20 jan. 2020]. ISSN 1982-1921. Disponível em: doi:10.30899/dfj.v11i37.122

NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [em linha]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2009, n.º 87, pp. 143-169 [consult. 27 jun. 2020]. ISSN 2182-7435. Disponível em: doi:10.4000/rccs.1588

O PACTO de integridade no Mosteiro de Alcobaça. *Transparência e Integridade* [em linha]. Lisboa: Transparency International Portugal, 2019 [consult. 16 jul. 2020]. Disponível em: <https://pactodeintegridade.transparencia.pt/pacto-de-integridade/>

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development]. *About* [em linha]. Paris: OECD, 2020 [consult. 19 jan. 2020]. Disponível em: <http://www.oecd.org/about/>

OLIVEIRA, Almerinda Alves de. Nepotismo na Administração Pública brasileira: panorama histórico e associação à corrupção. *Revista da CGU* [em linha]. Brasília, DF: CGU, 2017, vol. 9, n.º 14, pp. 511-533 [consult. 16 jul. 2020]. ISSN 2595-668X. Disponível em: [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/34449/10/V9.n14\\_Nepotismo.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/34449/10/V9.n14_Nepotismo.pdf)

OLIVEIRA, Fernanda Paula e DIAS, José Eduardo Figueiredo. *Noções fundamentais de direito administrativo*. 5ª ed. Coimbra: Almedina, 2019. ISBN 9789724071145.

OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde] e OMS [Organização Mundial da Saúde]. *OPAS/OMS* [em linha]. Washington, DC: OPAS/OMS, 2016 [consult. 10 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio%20opas%202016%20web%2001.pdf>

PAGNO, Taisa. Nepotismo no executivo de Costa: Já há mais de vinte relações familiares entre Governo e Estado. *ZAP.aeiou* [em linha]. Matosinhos: Cool Beans!, 26 fev. 2019 [consult. 24 jan. 2020]. Disponível em: <https://zap.aeiou.pt/governo-socialista-vinte-relacoes-familiares-242546>

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa* [em linha]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, pp. 15-44 [consult. 5 mar. 2020]. ISBN 853340798X. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=15>

PAULA, Marco Aurélio Borges de. Efeitos da corrupção para o desenvolvimento. In: PAULA, Marco Aurélio Borges de e CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de, coords. *Compliance, gestão de riscos e combate à corrupção: integridade para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Fórum, 2018, pp. 21-44. ISBN 9788545004738.

PERGUNTAS frequentes. *Portal Base* [em linha]. Lisboa: Instituto dos Mercados Públicos do imobiliário e da Construção, 2019 [consult. 16 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.base.gov.pt/Base/pt/PerguntasFrequentes>

PGR pede soltura de ex-secretário do Rio que teve R\$ 8,5 milhões apreendidos em casa. *O Antagonista* [em linha]. São Paulo: Mare Clausum, 13 jul. 2020 [consult. 19 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.oantagonista.com/brasil/pgr-pede-soltura-de-ex-secretario-do-rio-que-teve-r-85-milhoes-apreendidos-em-casa/>

PIJNING, Ernst. Contrabando, ilegalidade e medidas políticas no Rio de Janeiro no século XVIII. *Revista Brasileira de História* [em linha]. São Paulo: Associação Nacional de História, 2001, vol. 21, n.º 42, pp. 397-414 [consult. 24 jul. 2020]. ISSN 0102-0188. Disponível em: doi:10.1590/S0102-01882001000300007

PIMENTEL, Ademir Paulo. Súmula nº 183. In: MARIANO, Leila e PASSOS, Carlos Eduardo da Fonseca, coords. *Comentários aos verbetes sumulares do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro* [em linha]. Rio de Janeiro: EMERJ e CEDES, 2012, pp. 205-210 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: <http://app.tjrj.jus.br/sumulas-tjrj/files/mobile/index.html#207>

PORTAL BASE. Pesquisa por contratos. *Portal Base* [em linha]. Lisboa: Instituto dos Mercados Públicos do imobiliário e da Construção, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.base.gov.pt/Base/pt/Homepage>

PORTUGAL. Governo da República Portuguesa. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. *Serviço Nacional de Saúde* [em linha]. Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2020a [consult. 20 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

PORTUGAL. Governo da República Portuguesa. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. *Transparência* [em linha]. Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2020b [consult. 17 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

PRADO JR., Caio. *Formação do Brasil contemporâneo: colônia*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1979. ISBN 9788535919622.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. O federalismo e o direito à saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. *Revista Jurídica* [em linha]. Curitiba: Unicuritiba [Centro Universitário Curitiba], 2017, vol. 4, n.º 49, pp. 304-330 [consult. 22 jul. 2020]. ISSN 2316-753X. Disponível em: doi:10.21902/revistajur.2316-753X.v4i49.2296

RODRIGUES, Danilo. Como foi o impeachment de Collor? *Superinteressante* [em linha]. São Paulo: Abril, 14 fev. 2020 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-foi-o-impeachment-de-collor/>

ROSO, Ana. Breve caracterização da função pública no Estado de Direito Liberal. *Jornal Jurídico* [em linha]. Funchal, Madeira: Ponteditora, 2018, vol. 1, n.º 2, pp. 41-56 [consult. 12 ago. 2020]. ISSN 2184-3082. Disponível em: doi:10.29073/j2.v1i2.182

SANTOS, Armando Rui Teixeira. *Economia política da corrupção: caso dos Estados lusófonos* [em linha]. Tese de doutoramento, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2008 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/4387>

SANTOS, Liane Raquel Pinho dos e ARAÚJO, Nuno Miguel Faria. Garantia de qualidade e eficiência em Saúde. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* [em linha].

Lisboa: SPGS [Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde], 2018, n.º 24, pp. 27-31 [consult. 6 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.jornalmedico.pt/wp-content/uploads/rpgs/rpgs024/mobile/index.html#p=27>

SANTOS, Maria Ferreira dos. *Direito previdenciário esquematizado*. 8ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. ISBN 9788547229504.

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluísio lunes Monti, org. *Temas aprofundados da Defensoria Pública*. Salvador: JusPodivm, 2014, vol. 1, pp. 111-146. ISBN 9788577617760.

SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. ISBN 9788573481860.

SILVA, Marcos Fernandes Gonçalves da. Economia política da corrupção: um ensaio crítico. In: SILVA, Marcos Fernandes Gonçalves da. *A economia política da corrupção: o “Escândalo do Orçamento”* [em linha]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 1995, (Relatório de pesquisa, 3), pp. 4-50 [consult. 6 jan. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/13335>

SILVA, Maria Manuela Magalhães e ALVES, Dora Resende. *Noções de direito constitucional e ciência política*. 3ª ed. Lisboa: Rei dos Livros, 2016. ISBN 9789898823373.

SIMÕES, Sandra Hermengada do Valle-Frias Madureira Moutela. *Crime de corrupção: algumas especificidades da sua investigação: denúncia anónima e Whistleblowing* [em linha]. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018 [consult. 10 fev. 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/34051>

SKODOWSKI, Thais. Juíza condena Lula a 12 anos e 11 meses de prisão em caso do sítio. *R7* [em linha]. Brasil: Grupo Record, 6 fev. 2019 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://noticias.r7.com/brasil/juiza-condena-lula-a-12-anos-e-11-meses-de-prisao-em-caso-do-sitio-06022019>

SOUSA, Isa Filipa António de. A crise do Estado social e o direito à saúde: reflexões. In: SOUSA, Isa Filipa António de. *Direito à saúde: dilemas atuais*. Curitiba: Juruá, 2017, pp. 33-64. ISBN 9788536267883.

SOUZA, Pedro Antônio Ribeiro de. *SUS – Sistema Único de Saúde: legislação comentada*. Rio de Janeiro: Degrau Cultural, 2008.

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL [Brasil]. *Índice de Percepção da Corrupção – IPC 2019 – Brasil* [em linha]. Brasil: Transparência Internacional – Brasil, 2020 [consult. 3 fev. 2020]. Disponível em: <https://transparenciainternacional.org.br/ipc/>

TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *What is corruption?* [em linha]. Berlin: Transparency International, 2019 [consult. 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.transparency.org/what-is-corruption>

VERÍSSIMO, Carla. *Compliance: incentivo à adoção de medidas anticorrupção*. São Paulo: Saraiva, 2017. ISBN 9788547218669.

WERNER, Simcha B. New directions in the study of administrative corruption. *Public Administration Review* [em linha]. Washington, DC: American Society for Public Administration, 1983, vol. 43, n.º 2, pp. 146-154 [consult. 26 jun. 2020]. ISSN 1540-6210. Disponível em: [doi:10.2307/975428](https://doi.org/10.2307/975428)

## Legislação e Jurisprudência

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020 [consult. 16 set. 2020]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portaria nº 57, de 4 de janeiro de 2019. *Diário Oficial da União: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 7 jan. 2019e, ano 157, n. 4, p. 40 [consult. 31 jul. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/01/2019&jornal=515&pagina=40>

BRASIL. Decreto nº 7.203, de 4 de julho de 2010. *Diário Oficial da União: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 7 jun. 2010a, ano 147, n. 106, pp. 4-5 [consult. 16 set. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/06/2010&jornal=1&pagina=4>

BRASIL. *Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018m* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020 [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/D9492.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9492.htm)

BRASIL. *Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020 [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020 [consult. 24 set. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 31 dez. 1990b, ano 128, n. 249, pp. 22694-22695 [consult. 24 jul. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/12/1990&jornal=1&pagina=4>

BRASIL. *Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2019 [consult. 19 set. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8429.htm)

BRASIL. *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2019 [consult. 19 set. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm)

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União: edição extra* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 18 nov. 2011, ano 148, n. 221-A, pp. 1-4 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/11/2011&jornal=1000&pagina=1>

BRASIL. *Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013b* [em linha]. Brasília, DF: Presidência da República, 2017 [consult. 24 jul. 2020]. 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)

BRASIL. Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010. *Diário Oficial da União: seção 1* [em linha]. Brasília, DF: Presidente da República, 7 jun. 2010b, ano 147, n. 106, pp. 1-2 [consult. 19 mar. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/06/2010&jornal=1&pagina=1>

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *A Constituição e o Supremo* [em linha]. 4ª ed. Brasília, DF: Secretaria de Documentação, 2011 [consult. 26 jun. 2020]. ISBN

9788561435295. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoLegislacaoAnotada/anexo/Completo.pdf>

BRASIL. Superior Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 3.510/DF. Relator: Min. Ayres Britto, 29 maio 2008. *Diário da Justiça eletrônico* [em linha]. Brasília, DF: STF, 28 maio 2010c, n. 96, pp. 134-659 [consult. 23 jun. 2020]. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>

BRASIL. Superior Tribunal Federal. *Súmula Vinculante nº 13* [em linha]. Brasília, DF: Superior Tribunal Federal, 2008 [consult. 23 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumario.asp?sumula=1227>

NAÇÕES UNIDAS. *Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção [2003]* [em linha]. Brasília, DF: Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), 2007 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics\\_corruption/Publicacoes/2007\\_UNCAC\\_Port.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_corruption/Publicacoes/2007_UNCAC_Port.pdf)

OEA [Organização dos Estados Americanos]. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Declaração de Princípios sobre Liberdade de Expressão* [em linha]. Washington, DC: OEA, 2000 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/s.Convencao.Libertade.de.Expressao.htm>

OMS [Organização Mundial da Saúde]. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946* [em linha]. Nova Iorque: OMS, 1946 [consult. 26 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

ONU [Organização das Nações Unidas]. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* [em linha]. Paris: ONU, 1948 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)

PARLAMENTO EUROPEU e CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Diretiva 2014/23/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014. *Jornal Oficial da União Europeia* [em linha]. Bruxelas: União Europeia, 28 mar. 2014a, L 94, pp. 1-64 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0023&from=PT>

PARLAMENTO EUROPEU e CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Diretiva 2014/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de fevereiro de 2014. *Jornal Oficial da União Europeia* [em linha]. Bruxelas: União Europeia, 28 mar. 2014b, L 94, pp. 65-242 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0024&from=PT>

PARLAMENTO EUROPEU e CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Diretiva 2014/25/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014. *Jornal Oficial da União Europeia* [em linha]. Bruxelas: União Europeia, 28 mar. 2014c, L 94, pp. 243-374 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0025&qid=1602242873911&from=PT>

PARLAMENTO EUROPEU e CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Diretiva 2014/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014. *Jornal Oficial da União Europeia* [em linha]. Bruxelas: União Europeia, 6 maio 2014d, L 133, pp. 1-11 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0055&qid=1602243002476&from=PT>

PORTUGAL. [Constituição (1976)]. *Constituição da República Portuguesa* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2005 [consult. 16 set. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/34520775/view>

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro. *Diário da República: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 7 jan. 2015, n.º 4, pp. 50-87 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66041468>

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130243394/202009211521/diplomasModificantes>

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130791236/202010091238/diplomasModificantes>

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 27 set. 1971a, n.º 228, pp. 1406-1434 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/632738>

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 27 set. 1971b, n.º 228, pp. 1434-1445 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/632740>

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 7 dez. 1974, n.º 285, pp. 1534-(5)-1534-(6) [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/486300>

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 35.108/45, de 7 de novembro. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 7 nov. 1945, n.º 247, pp. 889-922 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/466285>

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 41.825/58, de 13 de agosto. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 13 ago. 1958, n.º 177, p. 890 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/352114>

PORTUGAL. *Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2011 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/105825610/202010091255/diplomasModificantes>

PORTUGAL. *Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2020 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/139991591/202010091256/diplomasModificantes>

PORTUGAL. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. *Diário da República: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 15 set. 1979, n.º 214, pp. 2357-2363 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/369864>

PORTUGAL. *Lei n.º 64/93, de 26 de agosto* [em linha]. Lisboa: Diário da República Eletrónico, 2019 [consult. 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/123628776/202010091258/diplomasModificantes>

PORTUGAL. Lei n.º 2.011/46, de 2 de abril. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 2 abr. 1946, n.º 70, pp. 201-204 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/339500>

PORTUGAL. Lei n.º 2.120/63, de 19 de julho. *Diário do Governo: 1.ª série* [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 19 jul. 1963, n.º 169, pp. 969-973 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/693016>

PORTUGAL. Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho. *Diário da República*: 1.ª série [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 8 jul. 1989, n.º 155, pp. 2734-(2)-2734-(69) [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/496551>

PORTUGAL. Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro. *Diário da República*: 1.ª série [em linha]. Lisboa: República Portuguesa, 20 set. 1989, n.º 218, pp. 5130-5196 [consult. 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/653562>

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. *Súmula 183* [em linha]. Rio de Janeiro: TJRJ, 2011 [consult. 22 jun. 2020]. Disponível em: [http://webfarm.tjrj.jus.br/biblioteca/index.asp?codigo\\_sophia=150729](http://webfarm.tjrj.jus.br/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=150729)