



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
BACHARELADO EM DIREITO

RENAN CUNHA DA SILVA

**A PEJOTIZAÇÃO DOS MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇOS
MÉDICOS NAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE: UM ESTUDO A
PARTIR DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

FORTALEZA

2022

RENAN CUNHA DA SILVA

**A PEJOTIZAÇÃO DOS MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇOS
MÉDICOS NAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Profa. Fernanda Cláudia Araújo da
Silva.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

D11p Da Silva, RENAN CUNHA DA SILVA.

A Pejotização dos Médicos Prestadores de Serviços Médicos nas Operadoras de Plano de Saúde: Um Estudo a partir da Evolução Histórica da Saúde Pública no Brasil / RENAN CUNHA DA SILVA Da Silva. – 2022.

46 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Fernanda Cláudia Araújo da Silva.

1. Sistema Público de Saúde . 2. Pejotização . 3. Serviços Médicos . I. Título.

CDD 340

RENAN CUNHA DA SILVA

**A PEJOTIZAÇÃO DOS MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇOS
MÉDICOS NAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Aprovada em: _05_/_10_/2022.

BANCA EXAMINADORA

Fernanda Cláudia Araújo da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Antônio Alex Dayson Tomaz
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Rosana Lima Teixeira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Aquele que não tem tempo para
cuidar da saúde vai ter que arrumar
tempo para cuidar da doença.”
(autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, que me guarda e protege sempre.

À minha família, Marília Rachel Fernandes Rodrigues, minha esposa, e, Ryan Kalil Fernandes da Silva, meu filho, estímulos da minha vida.

À Universidade Federal do Ceará, pelo ensino jurídico que vou levar para a minha vida.

À Professora Fernanda Cláudia, pela orientação e apoio. Aos membros da banca, Rosana Teixeira e Alex Dayson, por aceitarem o convite de participar desse importante momento na minha vida e contribuir academicamente.

A todos aqueles que direta ou indiretamente participaram da minha vida acadêmica.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABM	Associação Brasileira Médica
ACP	Ação Civil Pública
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Bahia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DST	Doença Sexualmente Transmitida
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernando Filgueiras
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCCV	Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos para médicos
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PF	Pessoa Física
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Pessoa Jurídica
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Doentes no período colonial.	16
Figura 2 - Estrutura do SUS em seus níveis.	20
Figura 3 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Julho/2022)	25
Figura 4 - Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil - Junho/2022).....	27
Figura 5 – Análise de restrição de médicos por meio de autorização de exames	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Entraves da saúde pública brasileira	22
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Hipóteses de precarização dos serviços médico-hospitalares.....	33
--	----

RESUMO

O sistema público de saúde no Brasil não atende a toda à coletividade brasileira o que enseja a existência de um sistema privado concorrencial ao setor público. Dentro desse parâmetro, realiza-se um estudo sobre o sistema de saúde no Brasil, dividindo-o entre dois momentos: antes e após a Constituição de 1988. Além disso, faz-se um estudo sobre os planos de saúde no Brasil até se chegar a discussão da pejetização dos profissionais de saúde e questões implicadas da atuação médica no âmbito hospitalar. A questão possui uma discussão no âmbito do STF e principalmente sobre a pejetização dos serviços médicos. Os objetivos da pesquisa são analisar a relação de trabalho entre terceirizado, prestador de serviço médico de saúde, e contratante, empresa de serviço hospitalar ou em hospital. Quanto aos objetivos específicos são: analisar o Sistema de Saúde no Brasil; realizar um estudo sobre os planos de saúde. Os aspectos metodológicos consistem em pesquisas doutrinárias, a partir de livros, textos e entendimentos judiciais sobre a questão, sendo, portanto, uma pesquisa doutrinária, descritiva e pura.

Palavras-chaves: Sistema Público de Saúde; Pejetização; Serviços médicos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO PARADIGMÁTICO ANTES E PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.	15
2.1 A saúde no Brasil antes da Constituição de 1988.....	15
<i>2.1.1 A necessidade de mudança na estrutura pública de saúde brasileira</i>	<i>18</i>
2.2 Perspectivas da Saúde no Brasil com a democratização dos direitos pós-Constituição de 1988	19
<i>2.2.3 Problemas na área da saúde pública brasileira</i>	<i>22</i>
3 PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS LEGAIS NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.	24
3.1 O mercado dos planos de saúde no Brasil	26
3.2 A crise nos planos de saúde em decorrência da pandemia.....	28
4 A PEJOTIZAÇÃO DOS MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NOS PLANOS DE SAÚDE.....	32
4.1 Questões implicativas da atuação médica no âmbito de empresa de Serviço médico-hospitalar	35
4.2 A Qualidade de vida dos prestadores de serviços médicos.....	36
4.3 Entendimento do STF sobre a pejotização dos serviços médicos	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a saúde possui implicações legais, sociais e econômicas, tanto que em sua definição a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (OMS, 1948). Dessa forma, a saúde física, mental e social requer que as pessoas estejam bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em equilíbrio físico, mental, social e espiritual.

Assim, ao se tratar de implicação econômica da saúde, percebe-se que o vínculo empregatício, a jornada de trabalho, o valor da remuneração interfere na qualidade de vida dos profissionais médicos. Logo, a qualidade do serviço prestado (relação médico-paciente) é diretamente relacionada, também, à qualidade de vida do profissional médico (relação médico-contratante hospitalar).

Dentro dessas perspectivas, a prestação dos serviços médicos, envolve iniciativas individuais – consultas em domicílio ou em ambulatório –, regidas pela autonomia da profissão, minimizando em virtude dos planos de saúde que fornecem diversos tipos de atendimentos de especialidades médicas, de serviços de imagem e de laboratório a preço de plano de saúde (“menor preço”), mitigando a autonomia do profissional. Por conta disso, o médico tem que se associar a cooperativas para poder receber a remuneração pela prestação de serviço médico ou criar pessoas jurídicas, uma vez que o valor pago pelo serviço médico é maior do que o valor limite que a pessoa física pode receber.

Todavia, algumas dessas associações modificam a relação de cooperados, com fidelização pecuniária para poder fornecer o serviço sobre aquele plano (pagar valor para poder prestar serviços ao plano e receber os honorários previstos pela cooperativa), ou tem que constituir pessoa jurídica para poder prestar serviço a aquele hospital ou a aquele grupo de hospitais regidos por uma terceira empresa.

Sendo assim, os objetivos da presente monografia, são analisar a relação de trabalho entre terceirizado, prestador de serviço médico de saúde, e contratante, empresa de serviço hospitalar ou em hospital. Quanto aos objetivos específicos são: analisar o Sistema de Saúde no Brasil; realizar um estudo sobre os planos de saúde.

Quanto aos aspectos metodológicos, são realizadas buscas nos bancos de dados científicos eletrônicos (SciELO, Google Acadêmico, Portal CAPES), capítulos de livros mais relevantes e recentes na área estudada, além de sites de organizações ou instituições que tratem da relação trabalhista. Sendo, portanto, uma pesquisa doutrinária, descritivas e pura.

A monografia está dividida em três capítulos, além da introdução e considerações finais. No primeiro capítulo realiza-se um estudo sobre o sistema de saúde no Brasil, trazendo como elementos paradigmático a Constituição de 1988. No segundo capítulo realiza-se um estudo sobre os planos de saúde e sua regulamentação a partir da Agência Nacional de Saúde (ANS), e, por último, estabelece-se um estudo acerca da pejetização dos médicos prestadores de planos de saúde e seus efeitos.

2 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO PARADIGMÁTICO ANTES E PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O Brasil possui uma dimensão territorial muito grande e com desigualdades sociais e que ao longo dos anos tem passado por modificações, principalmente no que se refere ao sistema público de saúde e ao sistema sanitário. As mudanças perpassam por necessidades da sociedade e principalmente ao se instituir documentos internacionais. E, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que instituiu um sistema único de saúde (SUS), o qual aumentou o acesso e o cuidado com a saúde básica para a população brasileira.

A saúde, a partir de 1988 quebra a dicotomia entre saúde e assistência médica, proteção social fragmentada, além de estabelecer a saúde como questão sociopolítica não limitada ao fator biológico, nem somente à saúde pública. Esse referencial da saúde pública brasileira isso foi identificado durante os anos de 2020 e 2021 com a pandemia que gerou movimentações estratégicas no combate à pandemia.

Ideologicamente, o sistema brasileiro é universal e tende a atender a coletividade, apesar de ainda necessitar muito a se fazer, principalmente, com o suporte da ciência e da tecnologia, na atenção básica, além da participação social. Esse diferencial trazido pela Constituição de 1988 torna um importante divisor de águas. Por isso, procura-se estudar a saúde brasileira dentro desses dois referenciais: antes e após a Constituição Federal de 1988, mesmo, historicamente, perpassando por diversas constituições (1824, 1890, 1934, 1937, 1946, 1967/1969 e 1988), além de enfrentar diversos desafios durante esses períodos, na área da saúde.

É claro que não se pode deixar de perceber que influências política e gestões administrativas brasileiras contribuíram para a implantação e medidas na área de saúde, o que ensejou em identificar a saúde pública como serviço financiado e provido pelo Estado e os níveis de governo (federal, estadual e municipal), além dos setores de financiamento.

2.1 A saúde no Brasil antes da Constituição de 1988

O descobrimento e o colonialismo português (SINGER, CAMPOS, 1978) não repercutiram na atividade de saúde no Brasil, de forma que não se pode falar em sistema de saúde, apesar de ter sido um período de construção de hospitais da Santa Casa de Misericórdia

em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda, apesar de terem sido constituídas ainda de forma muito incipientes, mas com atividades voltadas ao atendimento à população. Esse período se estende até 1822.

Figura 1 – Doentes no período colonial



No Brasil colonial, eram os curandeiros e barbeiros que proporcionavam atendimento de saúde aos menos favorecidos

Fonte: Toda matéria¹

Não existiam políticas públicas voltadas para a saúde, o que acarretou a morte de muitos indígenas, pobres e escravos principalmente pelo fato de que o acesso à saúde era determinado pela classe social do indivíduo.

O período imperial ocorreu entre os anos de 1822 e 1889 e mesmo com a exploração de atividades comerciais em portos e comércio, a vigilância sanitária começa a acontecer, atribuindo a atividade aos municípios que passaram a realizar o controle sanitário para o controle de epidemias, sendo as denominadas doenças de persistência² como prioridade sanitária (MACHADO et al., 1978). Esse controle foi determinado por, D. Pedro II com a criação de órgãos para inspecionar a saúde pública e evitar epidemias na população. Outra preocupação na época era o saneamento básico³ e imunização⁴.

¹ Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 18 ago 2022.

² São doenças que apresentam um quadro de reiteradas infecções em pacientes, como tuberculose, doenças parasitológicas e de infecção.

³ O saneamento básico se relaciona com a saúde pública, pois a falta dele gera inúmeros problemas de saúde à população, além de estabelecer hábitos de higienização e controle da qualidade de vida, controle e previne muitos vetores. A ausência de saneamento básico ocasiona a disseminação de várias doenças como disenteria, giardíase, amebíase, gastroenterites, leptospirose, peste bubônica, cólera, poliomielite, hepatite infecciosa, febre tifoide, malária, ebola, sarampo etc.

⁴ Em 1902 Osvaldo Cruz determinou a vacinação obrigatória contra a Varíola para todo brasileiro com mais de seis meses de idade. A decisão ocasionou um movimento denominado Revolta da Vacina

Durante a República velha, entre 1889 e 1930, a crise do café, a instabilidade dos portos e o aumento da economia rural ocasionaram um aumento de doenças de persistência como febre amarela, varíola e pestes, passando a Tuberculose a ser diagnosticada como doenças diagnosticadas em massa, além da sífilis (BRAGA, 1981). Administrativamente falando foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897, reformas sanitárias propostas por Oswaldo Cruz, criação de Caixas de aposentadoria e Pensão⁵ e falava em assistência à saúde pela previdência social, significando que, pela primeira vez se traziam as expressões saúde pública e previdência social, como elementos distintos (BRAGA, PAULA, 1981).

Entre 1930 e 1945, a Era Vargas traz o Estado Novo, que buscava a industrialização no país e mantinha uma política agrária. Na época, a saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, ao mesmo tempo em que Previdência social e saúde ocupacional eram institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Por conta da institucionalização da saúde, diversas campanhas de saúde pública surgiram como a campanha contra a febre amarela e a tuberculose. Foi criado o Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem o benefício da previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos. Por conta das endemias rurais como Doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária, tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais, foram estabelecidas políticas voltadas para a saúde pública (FONSECA, 2007).

Entre 1945 e 1964, os governos populistas e liberais realizaram várias mudanças relacionadas à saúde pública. A primeira delas ocorreu em 1953 com a Criação do Ministério da Saúde, acompanhada da modificação legislativa, por meio de Leis que unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960). Além disso, passou a regulamentar uma expansão de assistência hospitalar, o surgimento de empresas de saúde Emergência de doenças para atender doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito (DONNANGELO, 1975).

⁵ A lei tinha um viés previdenciário (Lei Eloy Chaves), e deu estabilidade aos ferroviários com dez ou mais anos de serviço, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias, contemplando os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (atualmente chamada de aposentadoria por tempo de contribuição), pensão por morte, além do benefício de assistência médica, todos eles custeadas por contribuições do Estado, dos empregadores e dos trabalhadores. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/documents/10157/24744953/As+novas+legisla%C3%A7%C3%B5es+-+ELOY+CHAVES.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022.

Entre os anos de 1964 e 1985, o regime militar trouxe muitas mudanças, principalmente pelo golpe militar de 1964. Dois anos depois, em 1966, ocorre a Reforma administrativa, apesar da Crise política existente. No entanto, mudanças ocorreram no Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde. Quanto à destinação de recursos para a saúde pública, “Em 1970, apenas 1% do orçamento da União era destinado para a saúde. Ao mesmo tempo, surgia o Movimento Sanitarista, formado por profissionais da saúde, intelectuais e partidos políticos. Eles discutiam as mudanças necessárias para a saúde pública no Brasil” (MAGALHÃES, *online*).

Entre 1974 e 1979 começa a abertura política, mesmo de forma lenta, mas gradual. As principais mudanças ocorridas se referiam à previdência social, com a Capitalização da medicina pela previdência social, ao mesmo tempo que ocorria a crise do sistema de saúde, a criação dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes. A previdência Social enfrentava uma grande crise, e em 1977 foi criado o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), centralizando o sistema de saúde, o que acarretou uma fragmentação institucional, beneficiando o setor privado. No entanto, o INAMPS financiava estados e municípios para expandir a cobertura.

Entre 1985 e 1988, ocorre o período de transição democrática, e o reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica. A saúde pública passa a ser incluída na agenda política, além de movimentos de Reforma Sanitária e a instituição da Assembleia Nacional Constituinte. O INAMPS continuou a financiar Estados e Municípios e em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), além de várias medidas governamentais de combate à mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização, campanhas contra a AIDS⁶, doenças cardiovasculares e cânceres.

Não se pode deixar de mencionar a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, considerado o documento precursor para a criação do Sistema Nacional de Saúde - SUS.

2.1.1 A necessidade de mudança na estrutura pública de saúde brasileira

Mas o setor de saúde do estado brasileiro necessitava ser reestruturado, principalmente pelo fato de diretrizes estabelecidas pela OMS, pois o Brasil vinha na contramão

⁶ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em português.

de políticas públicas estatais estabelecidas pelo resto do mundo, dentro de um Estado de bem-estar-social. Medidas começaram a ser tomadas a partir dos anos de 1970, o que significa que essa mudança estrutural do sistema de saúde correspondeu a mudanças de redemocratização do país (PAIM et al. 2011).

Medidas como reforma sanitária, defesa da saúde pública e serviços médicos foram tratados como questões sociais e políticas que o Brasil enfrentava juntamente com a redemocratização.

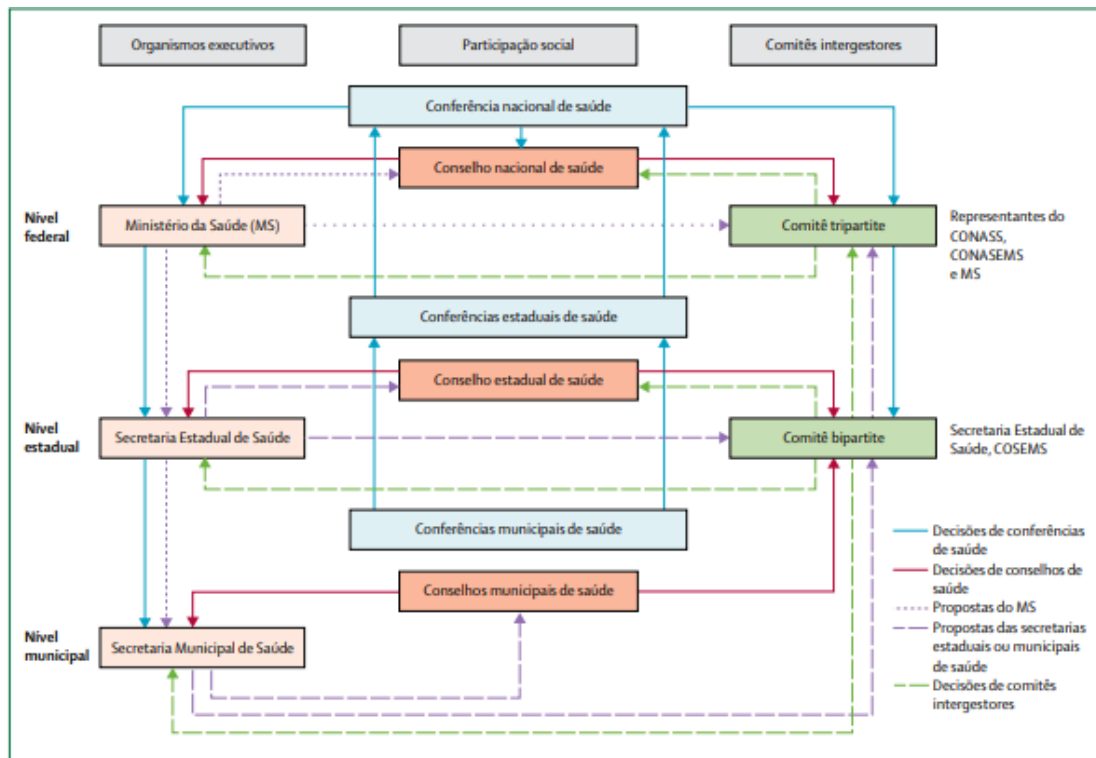
A matéria toma uma robustez ao ponto de se determinar que o conceito de saúde passou a encarado como um direito do cidadão, tanto que foi assim que se delinearão os fundamentos do SUS e estabelecer mudanças na gestão da saúde pública brasileira. Tais mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS, aliados às discussões da Assembleia Nacional Constituinte e às diretrizes da Constituição de 1988 (PAIM et al. 2011).

2.2 Perspectivas da Saúde no Brasil com a democratização dos direitos pós-Constituição de 1988

A partir da Constituição de 1988, o direito à saúde passou a ser um direito, e vinculou o legislador ao estabelecimento das políticas públicas para sua efetivação do direito à saúde. A regulamentação legislativa do Sistema de Saúde foi por meio da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) a atender a saúde pública, formular políticas públicas e diminuir os riscos de agravos à saúde, promover ações, proteções e recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas. O SUS é considerado uma grande conquista da população brasileira.

Quanto ao setor público, as atividades da área de saúde compreendem muitas demandas que necessitam ser subsidiadas por meio de recursos advindos de impostos e contribuições que são repartidas, principalmente por conta da municipalização da saúde a partir da Constituição de 1988. Essas definições justificam a estrutura do SUS e o funcionamento da prestação dos serviços públicos de saúde, como se observa na figura a seguir.

Figura 2 – Estrutura do SUS em seus níveis



Fonte: SUS - formulação de políticas e participação no processo social

O sistema organizativo do SUS, segundo determinou a Constituição de 1988 estabeleceu uma participação comunitária e atribuiu importantes fiscalizações e controle das ações do Estado, nos termos da Lei nº 8.142/90, a qual determinou a criação de Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde.

Dentro desse contexto organizacional, percebe-se a presença de atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, por isso que se justifica que a mudança da saúde no Brasil simboliza o processo de redemocratização e a execução da política de saúde.

Nessa estrutura existem os Conselhos de Saúde, que são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde (PAIM et al. 2011). Já as Conferências de Saúde, são em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos

sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (PAIM et al. 2011).

Existem também redes de articulação em prol da garantia da participação social dentro desses espaços de participação. E como afirma o Ministério da Saúde:

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário. (BRASIL, 2011, p. 3)

Dessa forma, as prestações dos serviços de saúde são executadas diretamente pelo Estado ou pelo particular dentro de um sistema concorrencial, mas as atividades privadas são fiscalizadas por meio de agências reguladoras, no caso a ANS⁷, mesmo sabendo que a Constituição de 1988 determinou que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, essa garantia se perfaz por meio de políticas sociais e econômicas, com o intuito de reduzir risco de doenças e promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil.

Com a designação constitucional, passa a integrar o conceito de saúde a qualidade de vida, o que significa além da inexistência de doenças a efetivação de ações preventivas e de forma democrática, pois garante a participação da coletividade.

Analisando as diretrizes da saúde pública no Brasil, elas se baseiam nos três pilares: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A descentralização impõe a municipalização⁸ como prioridade, mas cada esfera de governo possui uma direção. O atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e atenção primária à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços

⁷ Apesar dessa inserção, a ANS foi criada por meio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Outra entidade importante que se relaciona com a saúde no Brasil está a ANVISA, criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

⁸ “A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. Esperava-se, também, que este novo sistema estimulasse o desenvolvimento de uma medicina mais holística, gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da comunidade e provesse uma melhor organização do sistema, tornando menos oneroso o serviço de saúde (MERHY, QUEIROZ, 1993, p. 178).

assistenciais e a participação da coletividade como corolário do regime democrático existente (BRASIL, 1990).

2.2.3 Problemas na área da saúde pública brasileira

O sistema de saúde público brasileiro atende os princípios da universalidade⁹ e da alta capilaridade¹⁰ e tem servido de exemplo para diversos outros países. No entanto, existem diversos desafios para a implantação e manutenção do sistema, e, principalmente, pela dimensão territorial brasileira¹¹, o que se agrava com a existência de mazelas sociais e crônicas, acompanhada de desigualdades econômicas, além do severo controle dos atos estatais.

Outra questão que afeta a implementação do sistema público é a necessidade de maiores investimentos na gestão da saúde pública brasileira em consultas, exames e medidas adotadas como recentemente ocorreu com a pandemia da Covid-19.

Isso significa que essa estrutura de cobertura universal, nos termos do art. 196 da Constituição (BRASIL, 1988) acaba gerando prejuízo à qualidade dos serviços em saúde pública no Brasil, e segundo Morsch (2022) os principais problemas são apresentados e prejudicam a efetivação do serviço público de saúde, principalmente por conta das diferenças regionais existentes, o que significa demandas diferenciadas, além do quantitativo populacional, que depende de cada Estado ou Região no país. Esses entraves estão identificados na tabela a seguir:

Tabela 1 – Entraves da saúde pública brasileira (SUS)

Entraves da Saúde Pública (SUS)	Possíveis correções
Gestão ineficiente dos recursos	A escolha na aplicação dos recursos depende das necessidades do ente receptor do recurso, observando as estratégias na atenção primária

⁹ A universalidade não limita o usuário do serviço público de saúde a corresponder com o preceito da dignidade da pessoa humana.

¹⁰ “Considerado o maior sistema de saúde pública do mundo, o SUS abrange desde a atenção primária (avaliação da pressão arterial, por exemplo) ao transplante de órgãos, assegurando acesso integral, universal e gratuito à rede pública, sem discriminação. Ou seja: todo cidadão tem direito não apenas aos cuidados assistenciais, mas à atenção integral à sua saúde, “desde a gestação e por toda a vida”, como salienta o Ministério da Saúde”. Disponível em: <http://www.tce.ms.gov.br/noticias/artigos/detalhes/6591/ha-34-anos-constituente-definia-principios-do-sus>.

Acesso em: 19 ago. 2022.

¹¹ O Brasil possui 8.516.000 km².

Verba escassa	Mudança no percentual de aplicação dos recursos para a saúde, captação de receitas e compensação com os entes da federação.
Longas filas de espera	Agilizar o fluxo, triagem e informações para a população o sobre doença, profilaxias e instrumentalização do uso do sistema de saúde.
Superlotação de hospitais	Informação para acesso ao atendimento, evitando sobrecarregados em hospital diante de situações que podem ser atendidos pela atenção primária, atrapalhando a triagem e seleção de casos prioritários. Além de atrasar a avaliação de todos os doentes.
Falta de leitos	Gerenciamento de leitos de acordo com a densidade populacional.
Desigualdade na distribuição de médicos	Proporcionalidade entre a quantidade de médicos por habitante na localidade, com atualização constante.
Despreparo dos profissionais	Maior fiscalização pelo conselho profissional sobre as instituições superiores e atualização dos profissionais na entidade em que presta o serviço médico.

Fonte: Morsch (2022)

Essa situação caótica piorou bastante com a pandemia da Covid-19 que pegou o mundo de surpresa e não conseguiu atender às demandas dos serviços de saúde, e de forma específica porque eram serviços emergenciais, com o despreparo da área médica do que estava acontecendo.

De qualquer forma, a falta de leitos nos hospitais brasileiros é motivo recorrente na saúde pública brasileira, e principalmente a inexistência de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O crescimento de demanda pelos cuidados com doenças crônicas, novas infecções, imunizações, atrelado a outras questões administrativas e gerenciais, impõem ao SUS a sua qualidade.

3 PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS LEGAIS NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Os planos de saúde no Brasil existem há, aproximadamente, 60 anos, e hoje, segundo dados da ANS, tem-se 49.664.356¹²¹³ planos de saúde (BRASIL, 2022). O surgimento dos planos de saúde se deu em razão do descontentamento da população com relação ao antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), e com isso, as indústrias automobilísticas começaram a se estabelecer no país durante o governo de Juscelino Kubitschek e com o intuito de proporcionar aos trabalhadores melhores condições, foram criados os primeiros planos de saúde coletivos¹⁴,

Já nos anos de 1960, as primeiras cooperativas de saúde no Brasil começam a surgir, por iniciativa da Associação Médica Brasileira (AMB), e em 1967, foi criada a primeira Unimed, que posteriormente constituiu-se em um sistema espalhado por todo o país. A expansão vinha em ritmo acelerado desde os anos 60 até a implantação do Plano Real no país, em 1994. Por isso, a Lei nº 9.656/1998, veio regulamentar a saúde suplementar, formalizando a responsabilidade contratual das operadoras, tanto que, depois de 1998, o setor de saúde suplementar voltou a crescer, dessa vez de maneira mais organizada, e a ANS surge somente no ano 2000.

A Constituição de 1988 estabeleceu que os serviços de saúde seriam prestados pelo setor público e privado, ao definir que a saúde é um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, o que deu ensejo a criação de um sistema único de saúde, o SUS, um sistema considerado pioneiro e diferente se comprado a outros países no mundo, mantido pelos cofres públicos com prioridade de gestão por parte dos municípios (municipalização da saúde com a Constituição de 1988).

Dessa forma, têm-se, cronologicamente a instituição da saúde do Brasil e os referidos planos de saúde. Não se pode desvirtuar esse setor da movimentação econômica no país, tanto

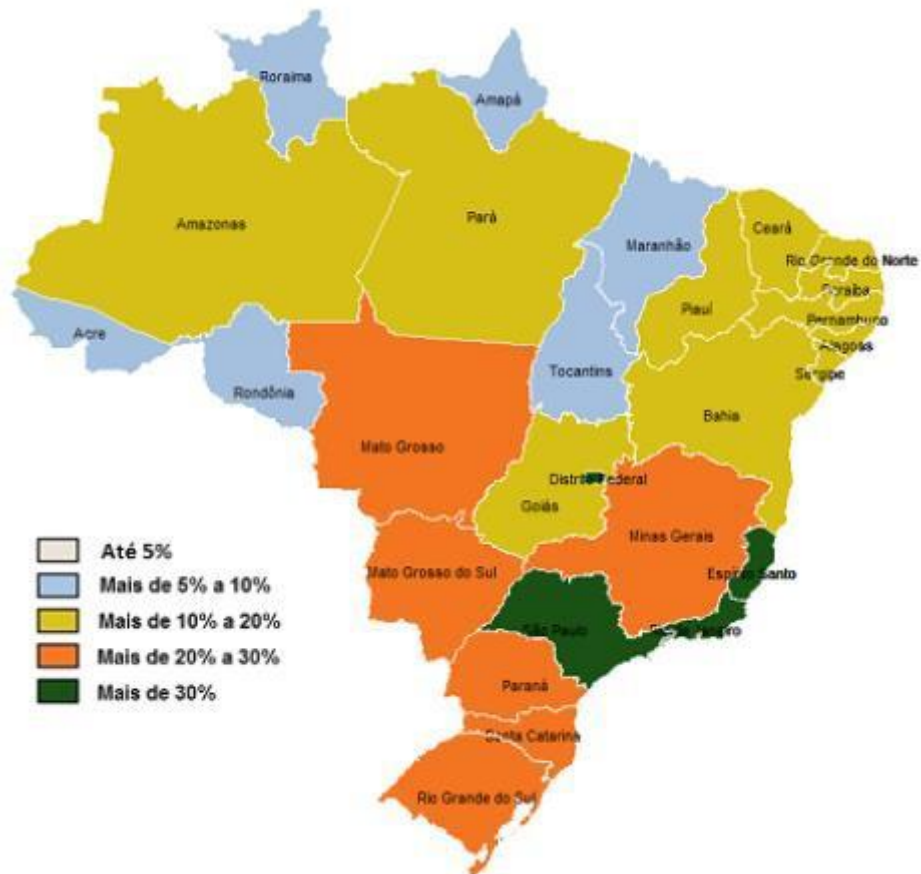
¹² Beneficiários de Planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia.

¹³ Esse quantitativo refere-se ao mês de junho/2022

¹⁴ Entrevisto do diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, também ex-ministro de Previdência e Assistência Social na década de 1990. Disponível em: [https://www.campe.org.br/noticia/como-nasceu-a-saude-complementar-no-brasil#:~:text=%E2%80%9COs%20planos%20de%20sa%C3%BAde%20surgiram,Aposentadorias%20e%20Pens%C3%B5es%20\(IAPS\)](https://www.campe.org.br/noticia/como-nasceu-a-saude-complementar-no-brasil#:~:text=%E2%80%9COs%20planos%20de%20sa%C3%BAde%20surgiram,Aposentadorias%20e%20Pens%C3%B5es%20(IAPS).). Acesso em: 14 set. 2022.

que todas as vezes que ocorre qualquer crise na economia brasileira, há uma retração no mercado da saúde suplementar no país.

Figura 3 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Julho/2022)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS - 07/2022 e População - IBGE/DATASUS/2012

A figura acima mostra um mapa que estabelece a taxa de cobertura dos planos de saúde no Brasil, apesar de a ANS estabelecer uma assistência médica levando em consideração as unidades da federação, até julho de 2022, e indica a área de cobertura por assistência médica com relação à população. Os 4 (quatro) estados que possuem a área de cobertura entre 5% e 10% (Roraima, Amapá, Acre, Rondônia, Tocantins e Maranhão) possuem os menores IDH, levando-se em consideração a capital desses Estados¹⁵.

Em contrapartida, os Estados com uma área de cobertura maior de 30% da população, possui um maior IDH, como Rio de Janeiro e São Paulo.

No Estado do Ceará, sua população possui entre 10% e 20% de pessoas com assistência médica, o que se observa que quase 80% se utilizam do sistema público de saúde, o SUS.

3.1 O mercado dos planos de saúde no Brasil

O mercado de planos de saúde no Brasil se expandiu como um setor que necessitou de regulação, por isso a ANS faz interferências que refletem em diversos campos, tutelando interesses cogentes e privados, o mercadológico, tanto que a gestão, pagamento, alcance, a regulamentação, riscos, desembolso e responsabilidades estão disciplinados para além de uma relação contratual entre usuário do plano e prestador de serviço. Esse mercado significa que o plano de saúde é um bem de consumo (LUZ, 1991), existente numa relação paralela com a saúde pública.

Aliás, o plano de saúde surge como alternativa à universalização excludente (FAVERET FILHO E OLIVEIRA, 1990), ou seja, a universalização do atendimento não atende a todos os usuários no sistema público. Dessa forma, o sistema privado de saúde surge como complementar ao sistema público, sem que um exclua o outro, além do que, o sistema público

¹⁵ O IDH brasileiro é medido conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, da ONU e leva-se em conta três importantes critérios de desenvolvimento: educação, saúde e renda. A educação avalia a taxa de alfabetização e escolaridade, avalia também questões relacionadas à evasão escolar, taxas de repetência e demais aspectos que podem influenciar o setor da educação bem como a eficiência das políticas educacionais. Na Saúde são observados aspectos relacionados à qualidade de vida da população brasileira, como a expectativa de vida, garantia de acesso a medicamentos e vacinas, aos tratamentos de saúde públicos, entre outros serviços. Já a renda utiliza o PIB per capita (soma de todos os bens e serviços produzidos ao longo de um ano dividida pelo total de habitantes).

de saúde vai além do atendimento ambulatorial e hospitalar, pois ele se estabelece como sendo o direcionamento de políticas públicas.

O sistema do SUS ainda é escasso quanto ao quantitativo de atendimento ao usuário. No entanto, isso não quer dizer que o sistema privado tende a extinguir o público, ao contrário, o fator predominante de um (público) se complementa, e impõe também o papel do Estado na mobilização de recursos para atender serviços exclusivos do Estado.

O mercado dos planos de saúde é controlado pelo Estado e principalmente pelo fato de que absorve as mudanças econômicas existentes, de modo que essa relação considera também os incentivos governamentais induzidos pelo padrão de financiamento público no setor (OCKÉ-REIS, 1995), com uma trajetória de custos crescentes no mercado. Em dados publicados pela agência reguladora (ANS), a cobertura assistencial e contratação de planos no Brasil seguem conforme a figura 4 a seguir:

Figura 4 - Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil - Junho/2022)

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Planos		
	Novo	Antigo	Total
Assistência médica com ou sem odontologia	46.620.480	3.043.876	49.664.356
Individual ou Familiar	8.108.205	886.386	8.994.591
Coletivo Empresarial	33.231.701	1.107.303	34.339.004
Coletivo por adesão	5.279.922	1.002.021	6.281.943
Coletivo não identificado	396	0	396
Não informado	256	48.166	48.422

Fonte: ANS (2022)

A análise de controle pela ANS se refere também às características mercadológicas em que se compreende o setor e a intervenção do Estado, como também a articulação estrutural de políticas públicas na área da saúde.

A partir dessas observações primárias existentes, observa-se que o mercado de plano de saúde no Brasil ainda é muito pequeno se comparado ao quantitativo populacional que também não recebe assistência pública à saúde com excelência. A não contratação de planos de saúde deve-se aos altos custos crescentes, principalmente pela articulação econômica vivenciada nesse momento de pós-pandemia, em que as operadoras de planos de saúde saturaram com os atendimentos durante os anos de 2020 e 2021, com a pandemia.

3.2 A crise nos planos de saúde em decorrência da pandemia

Sobre esse evento mundial, o setor no Brasil se reuniu em maio de 2022 junto à Câmara dos Deputados, tanto que:

A Agência Nacional de Saúde (ANS) e as operadoras esperam um reajuste em torno de 16% nos planos de saúde do para este ano. A previsão foi revelada em audiência pública da Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados. A justificativa apresentada foi que o setor teve reajuste negativo de menos 8% em 2021, e seria necessária a compensação neste ano.

Superintendente Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde, Marcos Novais afirma que a pandemia de Covid-19 provocou redução das despesas em 2020, mas os custos voltaram crescer consideravelmente em 2021. “Esse é um ciclo da pandemia. A pandemia gerou uma distorção nas nossas despesas. As despesas em um momento caem e, em um outro momento, que é ano passado, elas explodem”, disse. (AGÊNCIA DE NOTÍCIA, 2022, p. 1)

A pandemia comprometeu economicamente os planos de saúde e os aumentos são repassados para o consumidor, ou seja, ao usuário do plano, apesar do aumento da procura por planos de saúde no Brasil, pois são quase 48 milhões de contratos ativos no Brasil¹⁶.

No entanto, no auge da pandemia, a ANS divulgou a possibilidade de flexibilizar valores do fundo garantidor dos planos de saúde como forma de dar permanência e sustentabilidade aos sistemas de saúde¹⁷ privado no Brasil.

Mas, retornando ao contexto pandêmico, e observando a lei que trata dos planos de saúde tem que:

¹⁶ Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/o-impacto-da-pandemia-nos-planos-de-saude>. Acesso em: 15 set. 2022.

¹⁷ “Flexibilização da gestão de recursos – a ANS está estudando permitir que as operadoras tenham maior liberdade para movimentar recursos que hoje são reservados para outros fins ou para situações excepcionais. Entre redução na exigência de capital e a liberação de autorização para movimentação de ativos garantidores, as medidas envolvem aproximadamente R\$ 15 bilhões e o principal objetivo é facilitar o investimento na ampliação de leitos e de unidades ambulatoriais a pacientes com o coronavírus”. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 20/03/2020. Diretoria Colegiada da ANS debate ações sobre o Coronavírus <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5437-diretoriacolegiada-da-ans-debate-aco-es-sobre-o-coronaviurs>. Acesso em: 15 set. 2022.

É fundamental ter presente que a saúde suplementar é responsável por irrigar, com recursos financeiros, toda a cadeia de prestadores de saúde do país, assegurando seu melhor funcionamento. A continuidade desse fluxo de pagamentos é, portanto, crucial para que todo o sistema de saúde brasileiro continue funcionando a pleno vapor – e assim se mantenha ao longo de todo o período mais crítico do enfrentamento da Covid-19¹⁸

Não se pode separar a atividade econômica dos planos de saúde, ainda que se mencionem políticas públicas estatais sobre saúde pública e principalmente no que se refere à força de trabalho dos sistemas de saúde¹⁹.

Com isso, em se pensar em políticas públicas também para o setor privado de saúde seria relevante para atender os profissionais da área de saúde, não somente médicos, mas todos os que fazem o sistema de saúde médico-hospitalar como ocorre com os enfermeiros²⁰.

Políticas públicas são relevantes sob vários pontos de vista, principalmente sob o viés político e social em que se favoreçam as condições de rentabilidade dos planos de saúde, resolvendo, em parte, a pressão pelo restabelecimento de preços inacessíveis no mercado, mas por outro a proteção do consumidor e a atuação do setor médico.

Diversas saídas têm sido tomadas como a forma privada de desenvolvimento das atividades dos planos de saúde, além da possibilidade da compra dos planos de saúde por meio do capital estrangeiro, novas tecnologias²¹, formas de manutenção do capital das empresas prestadoras de planos de saúde como as *holdings*, ao qual detêm ações no mercado de capitais e possuem claras vantagens econômicas e administrativas para se contrapor à dinâmica dos custos crescentes, e parecem exigir a introdução do *managed care*. A existência de *holding* e outras formas de gerenciamento têm afetado o setor médico.

A tendência do mercado de planos é um fator que justifica o aumento de preços, possíveis garantias do contexto, mas para tornar crível a ameaça de captura da ANS pelos grandes grupos

¹⁸ A Lei nº9.656, de 3 de junho de 1998, no art. 35-C, incisos I e II. A referida lei, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

¹⁹ Análise do próximo capítulo.

²⁰ Recentemente foi sancionada a Lei nº 14.434/2022 que estabeleceu o piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira. E, a partir de agora, enfermeiros devem receber pelo menos R\$ 4.750 por mês. Técnicos de enfermagem devem receber no mínimo 70% disso (R\$ 3.325). Já auxiliares de enfermagem e parteiras têm de receber pelo menos 50% desse valor (R\$ 2.375). No entanto, a lei está suspensa em decorrência da ADI nº 7.222.

²¹ “(...) para a organização produtiva do setor saúde, na qual este capital criaria mecanismos para retirar do médico aquela privatização dos espaços microdecisórios, alterando o modo de agregar tecnologias”. (MERHY, 2002, p. 65)

econômicos, em um contexto em que se aposta que tal concentração seria uma peça-chave para resolver a insolvência de parte das operadoras de pequeno e de médio portes.

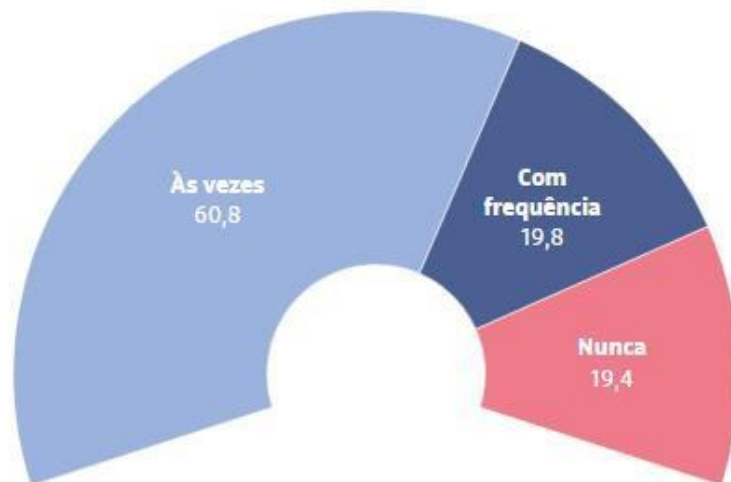
Oliveira (1988, p. 14) pensava na existência de um fundo público para dar suporte às operadoras e "(...) o fundo público seria decisivo na formação da taxa média de lucro do setor oligopolista, e pelo negativo, pela sua ausência, na manutenção de capitais e capitalistas no circuito do capital concorrencial (...)".

No entanto, esses pensamentos voltados aos planos de saúde, não podem ser excluídos dos quadro de pobreza e desigualdade social vivenciado no Brasil, tanto que os planos de saúde têm uma cobertura mínima da população brasileira que se mantem sob o crivo do SUS.

Ainda nesse contexto, não se pode ignorar o trabalho dos médicos e profissionais da área da saúde que se sujeitam a restrições técnicas e jurídicas. Tecnicamente, as interferências podem ocorrer por meio de restrição em autorizações de exames, procedimentos e até de tratamentos propostos. Em pesquisa realizada pela ABM

Figura 5 – Análise de restrição dos médicos por meio da autorização de exames

Já sofreu ou sofre restrição do plano de saúde a solicitação e autorização de exames?
Em %



Fonte: AMB (Associação Médica Brasileira) e APM (Associação Paulista de Medicina)

As interferências podem também ocorrer na dificuldade de internamento de pacientes, tratamentos e até mesmo na obrigatoriedade de criação de pessoas jurídicas por parte dos médicos, na denominada pejetização médica.

Prux (1998, p. 107) afirma que

Assim, precipuamente, conclui-se serem os profissionais liberais uma categoria de pessoas, que no exercício de suas atividades laborais, é perfeitamente diferenciada, pelos conhecimentos técnicos reconhecidos em diploma de nível superior, não se confundindo com a figura do autônomo, [...] sempre que atuem de forma independente, no sentido de não serem funcionários de empregador.

Assim, a contratação de médicos por meio de pessoas jurídicas tem sido comum e considerada uma adequação das partes envolvidas à necessidade do mercado profissional. Porém outros problemas devem ser analisados a partir desse novo ajuste que vem sendo utilizado com a pejetização.

4 A PEJOTIZAÇÃO DOS MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NOS PLANOS DE SAÚDE

Ao entender que o custo da consulta médica individual (sem laboratório ou sem serviço de imagem), iniciativa individual, muitas vezes superior ao preço do plano, principalmente nas grandes cidades, se limitando a área de atuação autônoma, o que dificulta a formação do vínculo relacional médico-paciente, essencial à manutenção do serviço médico individual. A questão da pejetização dos serviços médicos alcança uma discussão acerca da relação de trabalho, tanto que a matéria foi objeto de decisão junto ao STF²², pois a consideração da contratação de funcionários por meio de empresas das quais são donos tem sido considerado um instrumento lícito, pois não é forma de burlar a legislação trabalhista, desde que não estejam presentes os requisitos da relação de emprego.

Sob o viés trabalhista, e conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para que se caracterize o vínculo empregatício são necessários que sejam preenchidos requisitos legais e cumulativos, assim podemos extrair da combinação de dois artigos: art. 2º, *caput* e art. 3º, *caput*²³, que estabelecem elementos necessários à caracterização da relação empregatícia, que são: trabalho realizado por pessoa física; pessoalidade; não eventualidade; onerosidade e subordinação. Dentro desses dispositivos, tem-se o trabalho prestado por Pessoa Física, o que é entendido por Maurício Godinho Delgado (2019, pp.333-334) como sendo:

A prestação de serviços que o Direito do Trabalho toma em consideração é aquela pactuada por uma pessoa física. Os bens jurídicos tutelados pelo Direito do Trabalho importam à pessoa física, não podendo ser usufruídos por pessoas jurídicas. Assim, a figura do trabalhador há de ser, sempre, uma pessoa natural;

Seguem outros elementos da relação de empregatícia como a pessoalidade, que significa que, o trabalhador não poderá se fazer substituir por outro trabalhador para que o serviço seja realizado, visto que foi contratado por suas habilidades pessoais.

²² Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-fev-08/stf-permite-instituto-contrate-medicos-pessoas-juridicas2>. Acesso em: 06 maio 2022.

²³ Art. 2º - Considera-se empregador a empresa, individual ou coletiva, que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviço.

Art. 3º - Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

A não eventualidade é caracterizada pela relação empregatícia necessária ao trabalho prestado seja permanente, ou seja, o serviço tem que ser prestado habitualmente, de forma contínua.

A onerosidade, como elemento, é o pagamento, pelo empregador, ao empregado uma determinada remuneração em função do contrato de trabalho firmado por ambos, ou seja, na relação de emprego, o empregado aceita ceder sua força de trabalho ao empregador em troca de uma contraprestação, quer seja, o salário por seus serviços, ou seja, força de trabalho para a empresa, e, em troca, recebe seu salário. É obrigatório o pagamento de salário.

Já a subordinação, se caracteriza pela direção da prestação laboral pelo empregador, sendo que, será este que determinará o modo como o trabalho será realizado, uma vez que, do latim *sub* (abaixo) *ordinare* (ordens), significa dizer que o empregador é quem determina como o trabalho será realizado. É, elemento principal caracterizador, para se configurar a relação de emprego, pois é visto como um estado de dependência.

Trata-se do poder diretivo do empregador, dirigindo, fiscalizando e coordenando a prestação do serviço. Esses cinco elementos, devem estar presentes cumulativamente para que seja caracterizada a relação de emprego.

A precarização do trabalho médico se dá pela combinação de diversos fatores, ocorrendo tanto no setor público, como no privado. Aponta-se no quadro a seguir:

Quadro 1 – Hipóteses de precarização dos serviços médico-hospitalares

→ falta de infraestrutura nos postos, ambulatórios, unidades de pronto atendimento e hospitais (falta de pias, de banheiros, de água encanada, de macas, de leitos, por mofo em instalação, por infiltrações, falta de refrigeração de salas etc.);

→ falta de equipamentos de saúde (esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro, luvas, máscaras, ambu, ventilador-respirador, monitor cardíaco, desfibrilador, agulhas, porta-agulha, tesouras, autoclave etc.);

→ falta de medicações e diluentes; redução da coesão entre médico e equipe de saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, serviços gerais etc.)

→ alta rotatividade de profissionais médicos devidos aos baixos salários, atraso salarial e inúmeras responsabilidades de gestão e de coordenação da equipe de saúde somados a atendimentos

ambulatoriais, algumas vezes de baixa eficácia, devido à integração precária entre os atendimentos hospitalares secundários e terciários (limitação do tratamento – medicações – disponibilidade em SUS, ou por alto custo, internação para desintoxicação, demora em realizar exames de imagem, demora em ser avaliado por especialista); bem como por não renovação ou não realização de capacitações, cursos de especialização, visto cessação da educação continuada devido à carga de trabalho excessiva.

Fonte: SENA et al, 2021.

O profissional médico, na maioria das vezes, tem outros vínculos empregatícios, as vezes superando 60 horas semanais, entre empregos públicos e privados, uma vez que o salário em entidades públicas não se adequa às despesas pessoais, mesmo tendo um salário 5-8 vezes maior que o salário-mínimo brasileiro. Contudo, esse salário é desproporcional ao grau de responsabilidade da profissão, insalubridade, trabalho noturno, coordenação, gestão e disponibilidade de tempo que o profissional médico dedica ao seu sacerdócio, profissão²⁴.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) sugeriu em Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos para médicos (PCCV) que seja adotada uma carreira de estado com dedicação exclusiva, semelhante à dos magistrados para compatibilizar os proventos às atribuições da profissão. Nesse sentido, Roberto d'Ávila, presidente do CFM, à época PCCV, disse: “[...] que é uma boa forma de valorizar o trabalho dos médicos e, além disso, suprir a carência de profissionais em cidades menores, principalmente da região amazônica e do interior do Nordeste do país”²⁵.

Porém, a alternância de renda dos profissionais de saúde médicos causa grande impacto na vida dos prestadores de serviços, dos contratantes e dos pacientes, sendo de fundamental importância uma análise da relação de trabalho entre terceirizado, prestador de serviço médico de saúde, e contratante, empresa de serviço hospitalar ou hospital, para que se possa compreender melhor, o quanto e de que forma está interfere na qualidade de vida do médico e na relação médico-paciente por ele prestado.

²⁴ A escrita refere-se, principalmente, a subjetividade do autor da monografia.

²⁵ Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/plano-de-carreira-estatal-para-medicos>. Acesso em 16 set. 2022.

4.1 Questões implicativas da atuação médica no âmbito de empresa de Serviço médico-hospitalar por meio da pejetização

Os médicos sujeitam-se a cadastramento para prestar o serviço médico, são solicitados dados cadastrais: *curriculum lattes*, carteira digital, o certificado de conclusão de curso de medicina, carteira profissional, conta bancária, documento de comprovante de domicílio. É informado que a empresa só mantém vínculo empregatício com pessoa física (PF) até 3 meses, após isso é necessário a vinculação de pessoa jurídica (PJ) ou será descontinuado a “parceria”²⁶. Na prática, os médicos recém-formados não possuem CNPJ de serviços médicos como pré-requisito para trabalhar, inicia essa capacitação para realizar a prestação de serviços médicos, mesmo com a pejetização.

Isso propõe ao médico, a capacitação em acompanhar um atendimento de outro médico em sistema digital e a seguir iniciar outros atendimentos para se familiarizar com o sistema eletrônico, protocolos e sistema de registros. Os sistemas de prontuário eletrônico, geralmente, coadunam com história de doença atual, sinais vitais, antecedentes, alergias e diagnóstico com controle internacional de doenças (CID-10) e conduta – medicações, exames pareceres etc.

Nesse sentido, a prestação laboral médica inicia uma escala quinzenal as sextas à tarde e nos sábados, com reforço noturno perfazendo 24h mensais. Hoje, faz escala fixa de 36h mensais e pega escala avulsa de 90h mensais, geralmente aos fins de semana, ou quando não tem outras atividades, perfazendo 126h mensais há pelo menos 7 meses, e estando vinculado ao hospital a 17 meses. Contudo, sem direitos trabalhistas. Há uma bonificação chamada de fidelização caso consiga prestar 72h, 120h, 268h que corresponde a aumentos progressivos do valor da hora de prestação de serviço²⁷.

A escala é uma obrigação do médico, pessoa física e geralmente profissional autônomo, geralmente personalíssima, contudo, pode ser substituído por outro profissional cadastrado na rede prestadora de serviço ou que tenha vínculo com o local de trabalho, é uma obrigação habitual com pagamento remuneratório pelo serviço prestado, podendo haver subordinação na

²⁶ Entre aspas para dar ênfase.

²⁷ A descrição refere-se a um relato de um médico anônimo. Médico anônimo mantém a prestação de serviço, na qual relata cobrança de ter que atender de 4-6 pacientes por hora, seguir protocolos em 99% das consultas, solicitar exames dos protocolos e realizar medicações de preferência via oral ou intramuscular, se houver algum pedido de exame deverá pedir em sistema em justificar conduta para ser validada por um chefe de equipe.

relação de trabalho, com metas, cobrança por espera de pacientes maior que 10-15 minutos, a depender do fluxo de atendimentos.

4.2 A Qualidade de vida dos prestadores de serviços médicos

O profissional médico, na maioria das vezes, tem alguns vínculos empregatícios, às vezes superando 60 horas semanais, entre empregos públicos e privados, uma vez que o salário em entidades públicas não se adequa as despesas pessoais, mesmo tendo um salário 5-8 vezes maior que o salário-mínimo brasileiro. Acresça a demanda por atualizações: leituras, cursos, congressos, sendo a busca por qualificação parte do exercício médico.

A responsabilidade médica tem como pilar o cuidado e a não maleficência ao outro, realizando tratamentos com comprovação científica ou empíricos que possibilitem melhora da qualidade de vida do paciente, sem causar prejuízos ou quando os benefícios superem os riscos e efeitos colaterais, tendo uma conduta compartilhada para benefício do enfermo sempre, sem causar dano. Todavia, certas comorbidades têm efeitos deletérios e muitos causarão a morte do paciente, sendo obrigação do médico informar sobre a doença, tipos de tratamento quando souber riscos e confortar o enfermo e os seus familiares, minimizando a dor quando não houver métodos conhecidos para aliviar o sofrimento nem evitar a morte.

Além do viés emocional, há a precariedade dos serviços de modo geral, com infraestrutural aquém da necessidade (ausência de leitos, água encanada etc), volume de pacientes maior que o preconizado pelo CFM (1 paciente a cada 30 minutos), escassez de recursos materiais (luvas, máscaras etc) e exposição contínua a doenças, podendo inclusive ficar doente pelas enfermidades de que trata pela exposição continuada a doenças transmitidas por aerossóis ou gotículas.

As diversas jornadas de trabalho, o acúmulo de empregos, fazem com que o profissional altere seu ritmo biológico nos regimes de plantão noturno, muitas vezes sem horário de descanso, devido às reduções de efetivo profissional para a redução de gastos, dispondo de menos plantonistas do que o necessário para a demanda do serviço.

Alguns médicos ainda acumulam funções como coordenação de atividades de saúde, visitas domiciliares, campanhas de vacinação e gestão de recursos e insumos, direcionando os gastos do serviço para a demanda social da população a que presta assistência. Nas comunidades carentes, é comum escabiose e sífilis, o médico gestor deve priorizar ações de educação em saúde, orientando medidas de higiene e assepsia, uso de escabícida,

no primeiro caso, e de tratamento treponêmico²⁸ e de DSTs no segundo.

Entretanto, a gestão de tempo de serviço é o fator crucial e determinante da profissão, sendo, muitas vezes, sacrificado o tempo dedicado à família ou ao lazer em prol da profissão, com atrasos, mudança de planos de férias, de atividades, em prol de um paciente com uma comorbidade que demande maior atenção e zelo.

Além disso, o médico trabalha muito, descansa pouco, vive intensamente as alegrias, as tristezas, as dores, o sofrimento e as perdas dos que acompanha e muitas vezes esquece que também deve ser acompanhado e não se cuida, apresentado quadro semelhante ao de seus pacientes – diabetes, hipertensão, obesidade, transtorno de ansiedade, síndrome de burnout, intoxicação por drogas, tentativa de suicídio etc.

O médico continua sendo um espécime de *Homo sapiens* que tem anseios e necessidades fisiológicas. Logo, nasce, cresce, se reproduz e morre. Tendo uma qualidade de vida muitas vezes prejudicada, pois não aceita ser paciente nem segue conselhos já que aprendeu a discutir ativamente o caso clínico do paciente, nunca o dele próprio.

4.3 Entendimento do STF sobre a pejetização dos serviços médicos

A pejetização foi tema de debate na corte do STF, para julgamento na 1ª Turma, do agravo de instrumento, oriundo do Tribunal Regional do Trabalho (TRT) da 5ª Região (BA), permitindo que o Instituto Fernando Filgueiras (IFF), organização social responsável pela gestão de quatro hospitais públicos e uma unidade de pronto atendimento na Bahia, contratasse médicos como pessoas jurídicas.

A ação inicial, Ação Civil Pública (ACP), promovida pelo Ministério Público do Trabalho afirmando que a contratação dos médicos pelo IFF era ilícita, pois fraudava a Consolidação das Leis do Trabalho, uma vez que havia vínculo empregatício. Inicialmente o TRT da Bahia proibiu o instituto de contratar médicos por intermédio de pessoas jurídicas. No entanto, o IFF apresentou reclamação, que foi negada pela ministra Cármen Lúcia, relatora do caso. No julgamento de agravo de instrumento interposto contra tal decisão, Cármen votou para negar o recurso — e foi seguida pela ministra Rosa Weber. Segundo ela, o acórdão do TRT-5 respeitou

²⁸ São testes que detectam anticorpos contra antígenos do *Treponema pallidum*. Estes testes são qualitativos. Eles definem a presença ou ausência de anticorpos na amostra (IgM, IgG e IgA).

os entendimentos fixados pelo STF na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 324 e no Tema 725 de repercussão geral.

Na ADPF nº 324, o STF declarou constitucional a terceirização de serviços na atividade-meio e na atividade-fim das empresas. Em decisão de 13 de setembro de 2022²⁹:

Decisão: Após o voto do Ministro Luiz Fux (Relator), que resolvia a questão de ordem suscitada para assentar que o quórum necessário à modulação dos efeitos de decisões do Supremo Tribunal Federal que declarem a inconstitucionalidade de súmulas de tribunais em sede de recurso extraordinário julgado sob a sistemática da repercussão geral é o de maioria absoluta, o processo foi destacado pelo Ministro Alexandre de Moraes. Plenário, Sessão Virtual de 2.9.2022 a 13.9.2022 (Sessão iniciada na Presidência do Ministro Luiz Fux e finalizada na Presidência da Ministra Rosa Weber). (STF, 2022)

Já o Tema 725 tem a seguinte redação: "É lícita a terceirização ou qualquer outra forma de divisão do trabalho entre pessoas jurídicas distintas, independentemente do objeto social das empresas envolvidas, mantida a responsabilidade subsidiária da empresa contratante.". A divergência apresentada pelo Ministro Alexandre de Moraes foi seguida pelos ministros Luís Roberto Barroso e Dias Toffoli, acerca do confronto, foi apontada que a decisão do TRT-5 contrariava a decisão da ADPF nº 324 e o Tema nº 725. De acordo com o ministro, a "pejotização" é forma de terceirização lícita, e só deve ser barrada quando for usada para camuflar relação de emprego.

Rodas (2022, online) afirma que:

Barroso destacou que o MPT só poderia atuar se a "pejotização" fosse uma forma de suprimir o pagamento de verbas trabalhistas, como FGTS. Como não foi o caso e médicos não são hipossuficientes, o órgão não tem legitimidade para mover tal ação. O ministro ainda opinou que o fenômeno da "pejotização" decorre da regressividade do sistema tributário brasileiro, que isenta os sócios de empresas de pagar Imposto de Renda sobre seus lucros, mas faz com que trabalhadores destinem até 27,5% de seus salários ao Fisco. Dessa maneira, a contratação por meio de pessoa jurídica é uma forma de empregados buscarem uma tributação mais benéfica, avaliou.

A ADPF nº 324 transitou em julgado em 29 de setembro de 2021 após a decisão de embargos declaratórios. A ação discutia a terceirização de atividades-fim e atividades-meio declarando constitucional, dentro do entendimento já firmado pelo TST³⁰.

²⁹Disponível em :https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4952236&numeroProc_esso=958252&classeProcesso=RE&numeroTema=725. Acesso em 16 de setembro de 2022.

³⁰ Ementa: DIREITO DO TRABALHO. ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. TERCEIRIZAÇÃO DE ATIVIDADE -FIM E DE ATIVIDADE -MEIO. CONSTITUCIONALIDADE.

A discussão gira em torno da adaptação de estratégias empresariais flexíveis e que o sistema de saúde assistencial teria que se adaptar também por meio da terceirização, apesar de reconhecer que a jurisprudência trabalhista é oscilante para alguns casos e sem estabelecer especificidades para categorias que permitam a adoção de critérios diferenciados com segurança.

Além disso, firmou o entendimento que a terceirização das atividades-meio ou das atividades-fim de uma empresa tem amparo nos princípios constitucionais da livre iniciativa e da livre concorrência, que asseguram aos agentes econômicos a liberdade de formular estratégias negociais indutoras de maior eficiência econômica e competitividade. Na seara econômica a decisão tem respaldo.

No entanto, quando se refere aos médicos e, conseqüentemente, aos pacientes, não pode aplicar visto que isso gera o desempenho de atividades esgotantes para os profissionais da área médica, que com certeza refletem no atendimento do paciente, e diferente do que entendeu o STF, nesse caso ocorrerá a precarização do trabalho³¹. A parte final da ementa na íntegra estabelece:

1. É lícita a terceirização de toda e qualquer atividade, meio ou fim, não se configurando relação de emprego entre a contratante e o empregado da contratada. 2. Na terceirização, compete à contratante: i) verificar a idoneidade e a capacidade econômica da terceirizada; e ii) responder subsidiariamente pelo descumprimento das normas trabalhistas, bem como por obrigações previdenciárias, na forma do art. 31 da Lei 8.212/1993³. 8. ADPF julgada procedente para assentar a licitude da terceirização de atividade-fim ou meio. Restou explicitado pela maioria que a decisão não afeta automaticamente decisões transitadas em julgado.”

No entanto, não tem sido isso que tem ocorrido, pois com a pejetização as operadoras de assistência à saúde têm sido excluídas e os médicos desempenhando atividades extenuantes.

³¹ “3. A terceirização não enseja, por si só, precarização do trabalho, violação da dignidade do trabalhador ou desrespeito a direitos previdenciários. É o exercício abusivo da sua contratação que pode produzir tais violações.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, a burocracia para o fornecimento e o pagamento dos serviços médicos consome uma parte do capital por ela produzida, já que surge um intermediário na relação de prestação de serviço, uma cooperativa ou uma pessoa jurídica, que requer parte de lucro, cobra taxa de serviço, informa o imposto retido na fonte pagadora, mas não arca com as obrigações trabalhistas (INSS, FGTS, férias, décimo terceiro, auxílio-doença etc.).

Assim, o profissional médico tem desvalorização de sua força de trabalho e perda das garantias trabalhistas para manter uma “autonomia fictícia”, devido à oferta e demanda de mercado, pois, na maioria das vezes, profissionais recém-formados aceitam trabalhar em locais sem condições de assistência médica de qualidade e com baixos salários, visto que não há uma normatização da infraestrutura mínima necessária para a prestação de serviço médico ou um salário-base com garantias para uma atividade laboral adequada.

A implementação do SUS como política pública de saúde e o sistema neoliberal que norteiam as ações governamentais na área de saúde têm sido precarizando, tanto por conta da prestação dos serviços de saúde como por meio dos vínculos laborais dos profissionais da área de saúde. No Brasil, nos últimos anos, pode-se sugerir que os planos de saúde se expandiram contando com o apoio do padrão de financiamento público, por meio dos incentivos governamentais.

Porém, os problemas de saúde ainda persistem e as operadoras privadas tenderam a modificar as relações de trabalho dos médicos no sistema privado implementando a pejetização da atividade, situação reconhecida como constitucional no âmbito da ADPF 324 julgada no ano de 2021 de modo geral, sem analisar a especificidade das atividades médicas. Tanto que considerou “É lícita a terceirização de toda e qualquer atividade, meio ou fim, não se configurando relação de emprego entre a contratante e o empregado da contratada”.

Portanto, o julgamento da ADPF como constitucional precariza as atividades médicas, trazendo as consequências já descritas, rotatividade dos profissionais, vínculo superficial entre médico e paciente dada a pressão pela execução do atendimento em tempo reduzido. Enquanto que para as operadoras dos planos de saúde torna se vantajoso e lucrativo. Porém, tem-se que observar que quaisquer responsabilizações devem seguir a capacidade econômica da operadora.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIA. **PLANOS DE SAÚDE ALEGAM 'EXPLOÇÃO' DE DESPESAS EM 2021 E PREVEEM REAJUSTE DE 16% NESTE ANO.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/877138-planos-de-saude-alegam-explosao-de-despesas-em-2021-e-preveem-reajuste-de-16-neste-ano/#:~:text=Superintendente%20Executivo%20da%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira,uma%20distor%C3%A7%C3%A3o%20nas%20nossas%20despesas.> Acesso em: 15 set. 2022.

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro.; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA MODERNA.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

ALVES, Sheila Maria Parreira; COELHO, Maria Carlota de Rezende; BORGES, Luiz Henrique; CRUZ, Cesar Albenes de Mendonca; MASSARONI, Leila; MACIEL, Paulete Maria Ambrosio. **A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE: A REALIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL.** (ARTICULO EN PORTUGUES). *Ciencia & Saude Coletiva*, 2015, Vol.20(10), p.3043(8)

AREOSA, João. **OCCUPATIONAL RISKS OF MEDICAL IMAGING: A CASE STUDY IN A PORTUGUESE HOSPITAL.** *Tempo Social*, 2011, Vol.23(2), pp.297-318

BARBOSA, Attila; DA SILVA, Rodrigo. **A AUDIÊNCIA PÚBLICA DO TST SOBRE TERCEIRIZAÇÃO COMO ESPAÇO SOCIAL DE LUTA POLÍTICO-COGNITIVA.** *Política & Sociedade*, May-Aug 2015, Vol.14(30), pp.72-101

BIAVASCHI, Magda Barros. **O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA TELA DE PROTEÇÃO SOCIAL DO TRABALHO: TEMPOS DE REGRESSO.** *Estudos Avançados*, 01 August 2016, Vol.30(87), pp.75-87.

BRAGA, J.C., PAULA, S.G. **SAÚDE E PREVIDÊNCIA: ESTUDOS DE POLÍTICA SOCIAL.** São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui caocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%20caocompilado.htm) Acessado às 10:21hs de 18/05/2020.

_____. **Consolidação das Leis do Trabalho. DECRETO-LEI Nº 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452compilado.htm Acessado às 11:15hs de 13/05/2020.

_____. **Código Civil. LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm Acessado às 10:37hs de 18/04/2020.

BONFATTI, Renato Jose; DEVASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; FERREIRA, Aldo Pacheco. **ERGONOMIA, DESENVOLVIMENTO E TRABALHO SUSTENTAVEL: UM OLHAR PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.** *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2017, Vol.15(3), p.257(10).

BRASIL. Alteração da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113467.htm Acessado às 11:27hs de 18/05/2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2012-2022). Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: A SAÚDE DO BRASIL.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CANTO, Elisa Garcia. **DIREITO EMPRESARIAL E A EMPRESA.** Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/275268/direito-empresarial-e-a-empresa> Acessado às 11:40hs de 19/05/2020.

COSTA, Belisa Souza; DE SOUZA COSTA, Sueli ; CINTRA, Cinthya Leonis Dias. **OS POSSÍVEIS IMPACTOS DA REFORMA DA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA NA SAÚDE DO TRABALHADOR.**(ARTIGO DE OPINIÃO). Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 2018, Vol.16(1), p.109(9)

CREMEC. **DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2018.** Disponível em: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27500:2018-03-19-19-09-56&catid=3 Acessado às 11:10hs de 18/05/2020.

DELGADO, Maurício Godinho. **CURSO DE DIREITO DO TRABALHO.** 18. ed. São Paulo: LTr, 2019.

DE LUCA, Guilherme Domingos; DO AMARAL, Antônio Carlos Ferreira. **INTEGRAÇÃO ECONÔMICA E A FLEXIBILIZAÇÃO EM FACE DAS CRISES ECONÔMICAS: TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E REFLEXOS NA ÓTICA LABORAL.** Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho, 2016, Vol.2(1), p.93(22)

DE MAGALHAES LIMA, Kedma; CANELA, Kezla Glaciene Dos Santos; TELES, Roxana Braga de Andrade; MELO, Danyella Evans Barros; BELFORT, Lucas Rafael Monteiro; MARTINS, Victor Hugo Da Silva. **GESTAO NA SAUDE OCUPACIONAL: IMPORTANCIA DA INVESTIGACAO DE ACIDENTES E INCIDENTES DE TRABALHO EM SERVICOS DE SAUDE.** (ARTIGO DE REVISAO). Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 2017, Vol.15(3), p.276(8)

DE MESQUITA, Rafael Fernandes ; AVILA, Ana Paula Holanda Lima; MATOS, Fatima Regina Ney; DE MESQUITA JUNIOR, Paulo Jose. **AS DIMENSOES DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM EMPRESAS PRIVADAS.** Revista Exacta, 2018, Vol.16(1), p.43(12)

DE OLIVEIRA, Flavia de Paiva Medeiros; BELTRAO, Rogerio Coutinho. **FLEXISECURITY E A GARANTIA DO TRABALHO EM TEMPOS DE CRISE ECONOMICA: UMA POSSIBILIDADE JURIDICA OU UMA REALIDADE ATUAL.** Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho, 2017, Vol.3(2), p.63(20)

DE SA, Emerson Victor Hugo Costa. **SOCIEDADE DE CONSUMO, GLOBALIZACAO E PRECARIZACAO DAS RELACOES LABORAIS NA TERCEIRIZACAO.** Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho, 2016, Vol.2(2), p.195(14).

DONNANGELO, M.C.F. **MEDICINA E SOCIEDADE: O MÉDICO E SEU MERCADO DE TRABALHO.** São Paulo: Pioneira; 1975.

EMERSON E. MERHY Marcos, S. Queiroz. **SAÚDE PÚBLICA, REDE BÁSICA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993

FAVERET FILHO, P., OLIVEIRA, P."A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE: REFLEXÕES SOBRE AS TENDÊNCIAS DO SISTEMA DE SAÚDE. Revista DADOS, 1990. v. 33, n. 2, p. 257-283.

FENAM, CFM, AMB e FGV. **PLANO DE CARREIRA, CARGOS E VENCIMENTOS PARA MÉDICOS.** Disponível em: [http://www.fenam.org.br /uploads/PCCV_medicos.pdf](http://www.fenam.org.br/uploads/PCCV_medicos.pdf) Acessado às 11:10hs de 30/06/2020.

FINKELMAN, Jacobo. **CAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL** 01 January 2002 SciELO - Editora FIOCRUZ.

FONSECA, C.M.O. **SAÚDE NO GOVERNO VARGAS (1930–1945): DUALIDADE INSTITUCIONAL DE UM BEM PÚBLICO.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

GIL, Antônio Carlos. **COMO ELABORAR PROJETOS DE PESQUISA.** 5ª Ed. Atlas, 2010.

GOMES, Ana Virginia Moreira; BERTOLIN, Patricia Tuma Martins. **DESAFIOS PARA A REGULACAO: TRABALHO AUTONOMO E O DIREITO DO TRABALHO** Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho, 2016, Vol.2(2), p.79(17)

GOMES, Khays Karlla; Sanchez, Hugo Machado; Sanchez, Eliane Gouveia de Moraes; Sbroggio, Andre Luiz Jr.; Filho, Whaine Moraes Arantes; Da Silva, Luiz Almeida; Barbosa, Maria Alves; Porto, Celmo Celeno. **QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM DOCENTES DA SAUDE DE UMA INSTITUICAO DE ENSINO SUPERIOR.** (ARTIGO ORIGINAL). Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 2017, Vol.15(1), p.18(11)

GONÇALVES, Carlos Roberto. **DIREITO CIVIL BRASILEIRO.** Direito das Coisas. 5. Ed. Saraiva. São Paulo. 2010.

GONCALVES, Thiago Barbosa; LEITAO, Adriana Kamilly Rodrigues; BOTELHO, Beatriz Santos; MARQUES, Rahyssa Andreia Charchar Campos; HOSOUME, Victor Seiji Nascimento; NEDER, Patricia Regina Bastos. **PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES MEDICOS DE UMA UNIVERSIDADE PUBLICA EM BELEM DO PARA.**(ARTICULO EN PORTUGUES). Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, Sept, 2011, p.85(5)

JOAQUIM, Carlos Vicente; SANTANA, Janaira Ribeiro; MARTINEZ, Fábio Rodrigues. **PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO ATRAVÉS DO USO DE COOPERATIVAS: ESTUDO DE CASO NA COOPERATIVA DE TRABALHO MÚLTIPLOS DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA.** Revista de Administração de Roraima - RARR, 2013, Vol.3(1), pp.45-58.

LUZ, M. **NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DA 'TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA.** Anos80. *Physis*, v. 1, n. 1, 1991, p. 77-96.

MACHADO, R, LOUREIRO A, LUZ, R, MURICY, K. **DANAÇÃO DA NORMA: MEDICINA SOCIAL E CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL.** Rio de Janeiro: Graal; 1978

MACHADO, Maria Helena. **OS MÉDICOS NO BRASIL: UM RETRATO DA REALIDADE.** 01 January 1997 SciELO - Ed. FIOCRUZ

MAGALHÃES, Lana. **SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.** Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 18 ago. 2022.

MANDARINI, Marina Bernardo; ALVES, Amanda Martins; STICCA, Marina Gregghi. **TERCEIRIZAÇÃO E IMPACTOS PARA A SAÚDE E TRABALHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.** Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 01 June 2016, Vol.16(2), pp.143-152.

MERHY, E. **SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO** São Paulo: Hucitec, 2002

OCKÉ-REIS, C. **O SETOR PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL: OS LIMITES DA AUTONOMIA.** Tese de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995.

OLIVEIRA, F.O **SURGIMENTO DO ANTIVALOR: CAPITAL, FORÇA DE TRABALHO E FUNDO PÚBLICO.** Novos Estudos Cebrap, n. 22, 1988, p. 8-28.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CONSTITUIÇÃO.** Genebra: OMS, 1948.

RODAS, Sérgio. **1ª TURMA DO STF PERMITE QUE INSTITUTO CONTRATE MÉDICOS COMO PESSOAS JURÍDICAS.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-fev-08/stf-permite-instituto-contrate-medicos-pessoas-juridicas2>. Acesso em: 09 maio 2022.

ORAIR, Rodrigo; GOBETTI, Sérgio. **REFORMA TRIBUTÁRIA NO BRASIL: PRINCÍPIOS NORTEADORES E PROPOSTAS EM DEBATE.** Novos Estudos, May-Aug 2018, Issue 111, pp.212-244.

PAIM, Jairnilson, TRAVASSOS, Claudia, ALMEIDA, Celia, BAHIA, Ligia, MACINKO, James. **O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: HISTÓRIA, AVANÇOS E DESAFIOS.** UFBA, Séries. Saúde no Brasil1. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39643/2/PaimSistemaSaudeBrasilLancet2011.pdf>. Acesso em: 16 ago.2022.

PEREIRA, Hélio Araújo; ALBUQUERQUE, Roosevelt Da Silva; MORAES, Aline Fábila Guerra de. **TERCEIRIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO: UM ESTUDO COM TERCEIRIZADOS DE SERVIÇOS GERAIS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA.** Revista Principia, 01 June 2015, Vol.1(26), pp.106-115.

PEREIRA, Ivelisa Vilela Silva; ROCHA, Maria De Jesus Loredó; DA SILVA, Valquiria Macedo; CALDEIRA, Antonio Prates. **MORBIDADE AUTORREFERIDA POR TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Ciencia & Saude Coletiva, Feb, 2014, Vol.19(2), p.461(8)

PUCCINI, Rosana Fiorini; SAMPAIO, Lucia de Oliveira; BATISTA, Nildo Alves. **A FORMAÇÃO MÉDICA NA UNIFESP: EXCELÊNCIA E COMPROMISSO SOCIAL.** 01 January 2008 : SciELO - Fap-Unifesp

PRUX, Oscar Ivan. **RESPONSABILIDADE CIVIL DO PROFISSIONAL LIBERAL NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.** Belo Horizonte: Del Rey, 1998. p. 107

SENA, Rômulo Mágnus de Castro, SENA, Suzara Rayanne de Castro, SENA, Patrícia Rakel de Castro. **RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO-PRIVADO E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL.** Brazilian Journal of Health Review Curitiba, v.4, n.6, p. 27490-27502 Nov./Dec. 2021.

REINHARDT, Erica Lui; FISCHER, Frida Marina. **BARREIRAS AS INTERVENCOES RELACIONADAS A SAUDE DO TRABALHADOR DO SETOR SAUDE NO BRASIL.** Revista Panamericana de Salud Publica, May, 2009, Vol.25(5), p.411(7)

RIBEIRO, Herval Pina. **A VIOLÊNCIA OCULTA DO TRABALHO: AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS.** 01 January 1999. SciELO - Ed. FIOCRUZ.

ROMULO, Maciel Filho; BRANCO, Maria Alice Fernandes. **RUMO AO INTERIOR: MÉDICOS, SAÚDE DA FAMÍLIA E MERCADO DE TRABALHO.** 01 January 2008 SciELO - Editora FIOCRUZ

SANCHEZ, Hugo Machado. **AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS CLÍNICOS E CIRURGIÕES.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2018, Vol.31(3)

SANTI, Daniela Bulcao; BARBIERI, Ana Rita; CHEADE, Maria de Fatima Meinberg. **ABSENTEISMO-DOENÇA NO SERVIÇO PÚBLICO BRASILEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.**(ARTIGO DE REVISÃO). Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 2018, Vol.16(1), p.71(11)

SAÚDE: OS AVANÇOS CIENTÍFICOS EXIGEM ATUALIZAÇÃO CONSTANTE DO PROFISSIONAL; MAIOR EXPECTATIVA DE VIDA ABRE NOVOS CAMPOS E AQUECE O MERCADO.(PROFISSOES)Publicado em: Guia do Estudante, 2013, p.140(26)

SINGER P, CAMPOS O. **PREVENIR E CURAR: O CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.

SOARES, Darli Antônio. ANDRADE, Selma Maffei de. CAMPOS, João José Batista de. **EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SAÚDE. BASES DA SAÚDE COLETIVA.** Londrina: Ed. UEL, 2001. Capítulo 10, 183-210.

SOUZA, Katia Reis; MENDONÇA, André Luis Oliveira; RODRIGUES, Andrea Maria Santos; FELIX, Eliana Guimaraes; TEIXEIRA, Liliane Reis; SANTOS, Maria Blandina Marques; MOURA, Marisa. **A NOVA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA UNIVERSIDADE PÚBLICA: CONSEQUÊNCIAS COLETIVAS DA PRECARIZAÇÃO NA SAÚDE DOS DOCENTES.** Ciência & Saúde Coletiva, 2017, Vol.22(11), p.3667(10)

SOUZA, Murilo Oliveira. **A IMPORTÂNCIA DA PROTEÇÃO LEGISLATIVA AOS TRABALHADORES AUTÔNOMOS QUE POSSUEM SUA LIBERDADE RESTRINGIDA.** Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho, 2016, Vol.2(1), p.115(20)

VIANNA, Fernanda Maria Dos Reis. **A TERCEIRIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PRECARIZAÇÃO DOS DIREITOS TRABALHISTAS.** Sapiens, 01 July 2019, Vol.10(1), pp.22-22. Directory of Open Access Journals (DOAJ).