

A TERCEIRIZAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: RELAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS E MÉDICAS NO SÉCULO XXI

Leandro Lucas Faccin¹

Resumo: A pesquisa analisou como a terceirização da gestão da saúde pública no Brasil promove o processo de terceirização dos/as médicos/as contratados para atuar no setor público e os reflexos deste processo sobre as relações e condições laborais desses trabalhadores e trabalhadoras no século XXI. Para isso, a pesquisa teve como ponto de partida a contextualização do processo de privatização e terceirização da gestão da saúde pública no Brasil para, em seguida, discutir como o incentivo à terceirização dos médicos/as se conecta a um projeto de esvaziamento do papel do Estado. Parte-se do mais geral para o mais específico com o objetivo de apreender como a “terceirização da terceirização”, isto é, a terceirização da gestão da saúde pública como mecanismo de terceirização da força de trabalho influencia as relações e condições de trabalho desses/as profissionais, com destaque: para as formas de contratação, especialmente a pejotização; e para as condições de trabalho. Além de ampla revisão bibliográfica de artigos, dissertações e teses que já estudaram o tema, foram analisadas pesquisas quantitativas que corroboraram para responder empiricamente as questões norteadoras deste trabalho.

Palavras-chave: Trabalho Médico; Terceirização; Pejotização; Relações e Condições de trabalho; Precarização.

THE SUBCONTRACTING OF OUTSOURCING IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTHCARE: LABOR RELATIONS AND WORKING CONDITIONS OF PHYSICIANS IN THE 21ST CENTURY

Abstract: This study analyzes how the outsourcing of public healthcare management in Brazil drives the subcontracting process of physicians hired to work in the public sector, as well as the impacts of this process on the labor relations and working conditions of these workers in the 21st century. To this end, the research begins by contextualizing the

¹ Doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES/Bolsista CAPES). Mestre em Política Social (UFES). Especialista em Direito Administrativo e Gestão Pública (UNYLEYA) e em Direito Médico e da Saúde (FALEG). Graduado em Direito pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e licenciado em Sociologia pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Integra o Núcleo de Estudos Críticos do Capitalismo Contemporâneo (NECC/UFES), o Laboratório de Estudos de Identidades e Tecnologias (LEIDTEC/UFES) e o Laboratório de Antropologia Computacional (DATA KULA LAB/UFES). Advogado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

privatization and outsourcing of public healthcare management in Brazil, subsequently discussing how the promotion of outsourcing among physicians connects to a project aimed at weakening the role of the State. The analysis moves from the general to the specific to understand how the “subcontracting of outsourcing”, that is, the outsourcing of healthcare management as a mechanism for outsourcing the workforce, influences the labor relations and working conditions of these professionals, with particular emphasis on recruitment models (especially corporate outsourcing/“pejotização”) and working conditions. In addition to an extensive literature review of articles, dissertations, and theses on the subject, quantitative studies were analyzed to provide empirical answers to the guiding questions of this study.

Keywords: Medical Labor; Outsourcing; Labor Relations and Working Conditions; Job Precariousness.

Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico para a sociedade brasileira ao estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS), concebendo a saúde como um direito universal de cidadania e um dever indeclinável do Estado. Estruturado sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS foi idealizado para operar de forma descentralizada e com ampla participação social, garantindo o acesso à saúde independentemente da condição socioeconômica do indivíduo. Contudo, a consolidação desse projeto democrático tem enfrentado, desde a sua gênese, intensas disputas políticas e econômicas com o setor privado, manifestadas sobretudo no subfinanciamento crônico e em barreiras macroeconômicas restritivas que limitam sua plena efetivação (Bahia, 2018; Cislighi, 2019; Paim, 2009; Paim et al., 2011).

A partir da década de 1990, sob a égide do avanço e consolidação neoliberal e das diretrizes da Reforma do Estado, intensificou-se um processo de privatização interna e desmantelamento da estrutura pública estatal. Esse fenômeno reconfigurou as instituições de saúde pública por meio da introdução de entidades de direito privado e “sem fins lucrativos”, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Sob a justificativa de conferir maior flexibilidade administrativa e cortar despesas, o modelo de gestão via OSS transferiu a execução de serviços públicos essenciais para o terceiro setor, retirando hospitais e unidades de saúde da esfera tradicional da administração pública e flexibilizando os limites do Regime Jurídico Único e a exigência constitucional do concurso público (Cislighi, 2021; Martins; Eich; Martins, 2012; Oliveira, 2021).

É nesse cenário de mercantilização e reestruturação produtiva que emerge o objeto central deste estudo: a “terceirização da terceirização” na saúde pública. Esse conceito expressa a dinâmica na qual o Estado terceiriza a gestão da saúde para as OSS e estas, por sua vez, passam a subcontratar a força de trabalho médica. A tradicional autonomia e o prestígio historicamente associados à profissão médica dão lugar a modalidades contratuais precárias, como a “pejotização”.

Neste sentido, as perguntas norteadoras da pesquisa são: os/as médicos/as contratados/as pelas empresas terceiras, ou seja, trabalhadores e trabalhadoras terceirizados dentro do serviço público, assumem que formas de contratação: contratos celetistas por tempo indeterminado, “pejotização” ou outras formas? Que diferenças se apresentam entre os/as médicos/as concursados/as e os/as contratado/as por organizações do terceiro setor no que se refere: ao patamar de direitos laborais, à remuneração, à jornada laboral e às condições de trabalho? Em conjunto, essas características da relação e das condições laborais dos/as médicos/as terceirizados/as no setor público assinalam um processo de precarização do trabalho?

Para responder a essas indagações, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar como a terceirização da gestão da saúde pública no Brasil impacta o processo de terceirização dos/as médicos/as contratados/as para atuar no setor público e os reflexos deste processo sobre as relações e condições laborais desses trabalhadores e trabalhadoras.

Para fins de organização analítica, este artigo está dividido em duas seções principais. A primeira seção dedica-se à contextualização da privatização e terceirização do setor público na área da saúde, abordando a Reforma Administrativa do Estado e o surgimento das OSS no cenário brasileiro. A segunda seção volta-se especificamente para a análise dos impactos desse processo sobre o cotidiano laboral dos médicos e médicas que atuam vinculados às OSS, esmiuçando os reflexos da “terceirização da terceirização” a partir de quatro dimensões interligadas: 1) formas de contratação; 2) remuneração; 3) jornada laboral; 4) condições de trabalho.

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e complementada pela utilização de dados quantitativos secundários. O percurso metodológico foi estruturado em três etapas: (i) revisão bibliográfica da produção científica sobre a terceirização da gestão da saúde; (ii)

sistematização de dissertações, teses e artigos científicos que abordam o trabalho médico, publicados no período de 2001 a 2024; e (iii) levantamento de dados estatísticos e demográficos provenientes de fontes oficiais, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Ministério da Saúde e os estudos da *Demografia Médica no Brasil*. A articulação dessas fontes possibilitou a construção de um panorama das transformações recentes no mercado de trabalho médico brasileiro, contribuindo para o aprofundamento do debate contemporâneo sobre o tema.

1. Neoliberalismo, Estado e Saúde no Brasil e as consequências da precarização e da terceirização.

O SUS surge na Constituição Federal de 1988 e, com ele, a saúde passa a ser direito universal e dever do Estado, sendo organizado por meio de um sistema único, numa rede com atendimento integral, hierarquizada, descentralizada, regionalizada e com participação social (Cislaghi, 2019). A proposta fundamental é a garantia do direito à saúde a todas as pessoas, independentemente de sua condição financeira, social ou econômica. O direito à saúde é considerado um direito de cidadania, que não é condicionado por mérito, condição de pobreza, poder aquisitivo ou caridade. A concepção de seguridade social do SUS pressupõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem quaisquer formas de discriminação ou privilégios (Paim, 2009).

Apesar do sucesso da Constituição Federal em tornar, pela primeira vez na história, o acesso à saúde universal no Brasil, no que tange ao âmbito de formação do SUS, o setor privado posicionou-se contra a consolidação do SUS nos anos 1980. A pressão política feita à época resultou em um acréscimo à Constituição que estabeleceu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Dessa forma, para Paim (2009), fica a impressão de que Constituição não decidiu se a saúde deveria ser classificada como um bem público ou um serviço comercializável.

Assim, observa-se a existência de uma dicotomia entre os setores público e privado, a qual tem sido associada, no setor público, à imposição de políticas macroeconômicas restritivas (Bahia, 2018) e ao desfinanciamento (Cislaghi, 2019) ou subfinanciamento crônico (Paim, et al, 2011) das políticas de saúde. Há dentro do sistema de saúde uma feroz competição política entre o público e o privado em busca de recursos

materiais e simbólicos, sendo essa disputa apresentada muitas vezes como “desoneração do SUS”. Nesse contexto, o setor privado e o filantrópico-privado têm imposto padrões para o uso do fundo público de maneira antidemocrática, visando desconstruir o SUS (Bahia, 2018).

Essa política de enxugamento de gastos tem gerado uma privatização interna, ou seja, um desmantelamento do Estado pelo próprio Estado. O objetivo é transformar a obrigação do Estado de oferecer saúde como direito universal em uma obrigação de “fomentar a saúde” por meio de instituições públicas de direito privado sem fins lucrativos. Esse projeto de privatização do SUS ganha contornos mais claros e força política por meio da Reforma de Estado realizada no governo de Fernando Henrique Cardoso.

No plano de Governo de Fernando Henrique Cardoso, chamado “Mãos à obra” que foi lançado em 28 de julho de 1994, foi defendido, dentre os principais pilares de seu mandato, 1) a necessidade de reformas de Estado; e 2) a busca por parcerias Estado-Sociedade (Cardoso, 1994). No espectro da reforma, o enxugamento do Estado foi tratado como condição para o retorno do crescimento econômico. Nesse sentido, foi criado o Ministério da Administração e reforma do Estado (MARE) que teve Bresser Pereira como dirigente (Carinhato, 2008).

A compreensão das reformas de Estado efetivadas no Governo de Fernando Henrique Cardoso presentes no plano de governo (Cardoso, 1994) e no PDRAE (Brasil, 1995) vão além da compreensão histórica daquele determinado momento, visto que elas alteraram amplamente as políticas econômicas, fiscais e sociais pelo Estado brasileiro (saúde, seguridade, educação) na década de 1990 e repercutem até os dias atuais. Além disso, compreender essas reformas é essencial para se alcançar um entendimento da estrutura do Estado brasileiro contemporâneo.

Tanto no plano de governo de FHC quanto no PDRAE, o tema da reforma de Estado inicia-se com a seguinte ideia: “A crise brasileira é também uma crise do Estado. Sua solução envolve, necessariamente, uma corajosa reforma administrativa e a redefinição do papel constitucional do Estado na sociedade (...)” (Cardoso, 1994, p. 82). Essa frase deixa claro que as reformas de Estado, na visão de Cardoso, eram essenciais para promover crescimento econômico, justiça social, bem-estar, correção das desigualdades e para acabar com o clientelismo político. Sendo tal reforma proposta em

torno de quatro eixos centrais: a reforma administrativa; a reforma fiscal; a previdência social e a privatização.

É importante destacar que o PDRAE se sustenta sobre um discurso de crítica ao Estado, o adjetivando sempre como “burocrático”, “clientelista”, “patrimonialista”, “corrupto”, dentre outros. Dessa maneira, justificam-se propostas de austeridade fiscal, diminuição dos gastos com funcionários públicos e com a máquina do Estado de forma geral (Carvalho, 2015). A reconstrução da administração altera a noção de administração pública, passando de burocrática e patrimonialista para gerencial. Busca-se com isto voltar a administração pública para a eficiência, para o alcance de resultados e para o atendimento ao cidadão, que passa a ser visto como um “cliente privilegiado”. Nessa linha, há uma crítica à Constituição Federal no que diz respeito à organização da administração pública, apontando que a estabilidade dos servidores criaria dificuldades para cobranças de trabalho, assim como o concurso dificultaria a transferência de funcionários dentro da administração pública (Carvalho, 2015).

Dessa forma, a Reforma do aparelho de Estado é posta como uma das principais soluções para todos os problemas brasileiros. Problemas de grande complexidade, como os provenientes da prestação dos serviços sociais, bem como a participação do Estado em setores estratégicos da economia, são diretamente passados para a iniciativa privada. Quando tal transferência não é realizada diretamente por meio das privatizações, ocorre por meio de transferências indiretas, como no caso das ONG’s que operam sob a lógica privada. Essa é a essência da proposta gerencial, isto é, incorporar o máximo possível de elementos de administração privada na administração pública (Carvalho, 2015).

Conforme as propostas de governo, a iniciativa privada e as ONGs passam a ocupar um espaço relevante, pois elas poderiam se voltar à “prestação inovadora de serviços públicos”, substituindo, com maior eficiência, a atuação estatal insuficiente ou, às vezes, inexistente (Cardoso, 1994). Assim, dentro desta concepção, a prestação de políticas sociais e assistenciais não precisa sequer ser provida pelo Estado, ficando a cargo da própria iniciativa privada. Além das ONGs, as “parcerias Estado-Sociedade” também cumpririam papel fundamental. A orientação deste pilar pauta-se na premissa de que a sociedade, melhor que o Estado, sabe o que melhor lhe interessa, como mostra o trecho do plano de governo:

Apoiar e desenvolver formas amplas e criativas de parceria entre o Estado e a sociedade, de modo a permitir, por um lado, que diferentes instituições da sociedade como as empresas, os sindicatos, as universidades assumam a co-responsabilidade por ações de interesse público; por outro, que a comunidade organizada estabeleça suas prioridades, administre os recursos comunitários de forma honesta, transparente, racional e eficiente e desenvolva a capacidade de cuidar de si mesma (Cardoso, 1994, p. 91).

As OSS aparecem efetivamente no PDRAE, que indica que elas figuram como “entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito a dotação orçamentária” (Brasil, 1995, p. 74). O Plano ainda afirma que essas entidades terão maior autonomia administrativa, ao mesmo tempo em que sofrerão controle direto da sociedade por meio de seus conselhos. Adicionalmente, indica que a sociedade deverá arcar com uma parte dos custos dos serviços prestados e que hospitais, universidades, escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus serão priorizados nesse processo de parceria.

O surgimento e a disseminação das OSS na área da saúde precisam ser entendidos nesse contexto de neoliberalismo brasileiro. Afinal, em tempos de ampliação e consolidação desta ordem econômico-social neoliberal no governo de Fernando Henrique Cardoso, o PDRAE representou a concretização das ideais neoliberais, inclusive, no campo das políticas sociais, atingindo diretamente o SUS.

Com estas mudanças advindas das OSS, os hospitais públicos estatais são retirados da esfera da administração pública (sem o dever de realizar licitações públicas e concursos para pessoal de carreira) e passam a funcionar com a mesma lógica da instituição privada, a partir do momento que podem terceirizar e colocar a estrutura pública, antes exclusiva do SUS, à disposição das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Além disso, a gestão privada destas organizações não se submete ao Controle Social do SUS (Martins; Eich; Martins, 2012).

Como consequência dessa transferência das responsabilidades do Estado para as Organizações Sociais, Graça Druck (2015) aponta que parte dos serviços públicos deixam então de ser realizados por “servidores públicos”, profissionais concursados, e passam a ser executados por diferentes tipos de trabalhadores, geralmente empregados de forma precária, com contratos por tempo determinado, por projetos e sem os mesmos direitos

que os funcionários públicos, além de receberem salários mais baixos. As formas jurídicas das OSS são de direito privado o que gera uma privatização indireta dos serviços públicos de saúde. Essa forma de gestão na saúde é duplamente perversa, pois institui um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes com a administração pública, com alta rotatividade e sem um conjunto mínimo de direitos, “desqualificando e desvalorizando uma categoria profissional que é essencial num Estado democrático” (Druck, 2016, p. 29).

A adoção de políticas neoliberais no setor público, por meio da implementação da Reforma do Estado, resultou em uma redução significativa no número de servidores públicos e um aumento proporcional dos vínculos precários. Essa realidade se torna ainda mais preocupante quando se observa o crescimento no número de terceirizados no setor da saúde e o aumento das Organizações Sociais. De acordo com o perfil dos estados e municípios brasileiros, elaborado pelo IBGE em 2014, que abrangeu todos os 27 estados e 5.570 municípios existentes até dezembro de 2014, a análise da evolução dos funcionários municipais por vínculo empregatício demonstrou que os estatutários representavam 65% do total em 1999, enquanto em 2014 esse número caiu para 61,1%. Em contrapartida, o percentual de pessoal sem vínculo empregatício aumentou de 13,4% para 18,7% no mesmo período (Druck, 2015). Acrescenta-se que, segundo o Munic (IBGE, 2022), pesquisa realizada pelo IBGE, em 2021, mostra que a participação de pessoal sem vínculo permanente com a administração pública alcançou 20,1%. Ou seja, 1/5 (um quinto) da administração pública direta encontra-se sem vínculo, seja ele estatutário ou celetista. Isso, sem levar em consideração o número de contratações de comissionados (que não possuem cargo efetivo) que representam 9,1% da administração pública e de estagiários que representam 2,3%.

Quanto ao aumento da terceirização da gestão pública em saúde e, consequentemente, da terceirização dos trabalhadores, o Munic (IBGE, 2022) apresenta um aumento significativo no número de municípios que estão adotando terceirizações para a administração de seus estabelecimentos de saúde. Em 2018, cerca de 12,3% das municipalidades já haviam adotado algum tipo de terceirização, resultando em um total de 3.013 estabelecimentos sob essa condição. No entanto, em 2021, esse número saltou para 16,0%, com um total de 891 municipalidades adotando terceirizações e 4.194 estabelecimentos de saúde terceirizados. Destaca-se que o tipo de organização mais

frequente de órgão administrador dos serviços de saúde municipais terceirizados eram as OSS, presentes em 47,0% dos municípios onde existem estabelecimentos municipais de saúde terceirizados, e em 62,2% dos estabelecimentos nessa condição (IBGE, 2022). Ainda, nesse sentido, esse aumento nos números de terceirizações pode ter implicações significativas na qualidade do serviço prestado, bem como na segurança e na estabilidade dos profissionais envolvidos.

É possível perceber que o avanço do neoliberalismo no Brasil se manifestou na criação da complementariedade do setor privado no setor de saúde que, como explica Cislacghi (2021, p.16), permite “o crescimento da subsunção dos serviços para o lucro do capital em detrimento da ampliação de equipamentos públicos”. Essa problemática não pode ser entendida fora do contexto de ambiguidades e contradições da formação do SUS, pois “após a Constituição, o projeto de efetivar um SUS universal foi dramaticamente restringido pela redução dos recursos para a saúde (para patamares menores do que as despesas em 1987)” (Bahia; Scheffer, 2018, p.161).

Nesse aspecto, o processo de privatização, sucateamento e subfinanciamento do SUS tem promovido uma intensa terceirização na prestação dos direitos sociais por meio das OSS, o que tem aumentado a precarização nas relações laborais. Esse processo, por sua vez, compromete não somente a qualidade da assistência prestada à população, mas, afeta também as condições de trabalho dos profissionais da saúde, que muitas vezes são contratados por meio de organizações terceirizadas e submetidos a condições precárias de trabalho, como se discute a seguir.

Nesse prisma, a terceirização do serviço público no Brasil é um dos principais mecanismos de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, que ocorre mediante as diversas formas precarização do trabalho por meio de terceirização via Organizações Sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, empresas privadas, empresas públicas de direito privado, parcerias, dentre outras. Essas práticas são utilizadas pelas forças políticas neoliberais para atacar o coração de um Estado social e democrático: os trabalhadores que constituem o funcionalismo público.

2. Relações e Condições de trabalho dos médicos e médicas no Brasil no século XXI

A reestruturação produtiva e a nova morfologia do trabalho promovem uma precarização estrutural que transcende as ocupações vulneráveis e atinge profissões historicamente elitizadas e qualificadas, como a medicina (Antunes, 2008; Mészáros apud Rodrigues, 2016). No cenário brasileiro, a erosão do emprego regulamentado e a flexibilização dos vínculos contratuais desencadeiam a perda da autonomia profissional, a intensificação do multiemprego, jornadas extenuantes e a compressão salarial (Rodrigues, 2016). Essa deterioração é agravada por deficiências na infraestrutura material e por modelos de gestão privados, focados na eficiência e no lucro (Schraiber, 1997 apud Ballarotti, 2015), o que compromete não apenas a qualidade da assistência prestada (Fernandes, 2017), mas expõe os médicos a severos riscos psicossociais, culminando em estresse, fadiga crônica e na prevalência da síndrome de burnout (Dias, 2015).

Para uma compreensão mais aprofundada das relações e condições de trabalho dos médicos e médicas, no Brasil, no século XXI, este estudo adotará uma abordagem estruturada em quatro categorias principais: 1) formas de contratação; 2) remuneração; 3) jornada laboral; 4) condições de trabalho. O objetivo é analisar, por meio dessas categorias, os dados quantitativos e qualitativos fornecidos pela literatura especializada. É importante salientar que, no cenário contemporâneo da prática médica, com base na análise dos dados da demografia médica de 2023 (Scheffer et al., 2023), há a prevalência de médicos que mantêm vínculos simultâneos com os setores público e privado. Nesse contexto, propomos que a categoria “trabalho médico em Organizações Sociais da Saúde” pode ser expandida e compreendida mediante o exame das categorias “trabalho médico como pessoa jurídica (PJ)” e/ou “terceirizado”, uma vez que a categoria “trabalho médico em organizações Sociais de Saúde (OSS)” demonstrou ser insuficiente para abarcar a complexa e encadeada (público e privado) realidade laboral relatada pelos médicos e médicas na bibliografia especializada analisada.

2.1 Formas de contratação

A profissão médica tem experimentado mudanças profundas ao longo do tempo, manifestando-se em uma variedade de modalidades contratuais, tais como trabalho autônomo, terceirização, contratação como pessoa jurídica (PJ), cooperativas, e ocupações temporárias. Essas diferentes abordagens contratuais frequentemente servem

para obscurecer as nuances das relações laborais, disfarçando assim, as relações de trabalho de médicos e médicas. Tanto as contratações por empresas privadas como por órgãos públicos têm sofrido alterações ao longo do tempo. As alterações na legislação trabalhista em 2017 constituem um exemplo claro dessas transformações, as quais se alinham à lógica capitalista de flexibilização nas contratações dos profissionais médicos.

Utilizando dados de 2009, sobre a Estratégia de Saúde da Família, Girardi (2010, apud Ballarotti, 2015) observou que mais de 70% dos municípios estudados possuíam a prática de contratação temporária, e que metade dos contratos eram desprotegidos de direitos, sendo estes temporários, autônomos, prestadores de serviços, entre outros. E o principal motivo para estas contratações era a flexibilidade para demitir, contratar ou remanejar pessoal.

Quanto às formas de contratação, a administração pública as classifica como diretas e indiretas. Entre as formas de contratação diretas, destacam-se: servidor estatutário, servidor celetista, regime especial/contratos temporários e regime especial/cargos comissionados. As formas de contratação indiretas incluem: terceirização, cooperativas, trabalho vinculado indiretamente por meio de organizações sociais, contratos de gestão com organizações civis de interesse público (OSCIPS) e trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas (Machado; Koster, 2011).

Aponta Maria Amélia Carvalho (2010), que a transformação das relações de trabalho dos médicos em PJ é algo que desagrada a muitos médicos, que têm ciência dos efeitos deletérios causados por essas práticas, mas se veem impossibilitados de mudar esta exigência, visto esta ser uma imposição de empresas e de órgãos públicos. Diversos médicos entrevistados por ela indicam a impossibilidade de escolha do modo de sua contratação seja em entes públicos, privados ou filantrópicos. Uma das entrevistadas de Carvalho (2010) relata que: “Não houve opção, ou fazia PJ ou não tinha onde trabalhar. Desde 2009 que resisto, mas cheguei a um ponto que se não fizesse não trabalharia onde desejo. Gostaria que tivesse concurso público” (Carvalho, 2010, p.92). De maneira similar, uma médica que possui um cargo público na Bahia e, ao mesmo tempo, trabalha como PJ em uma OSS, ao ser indagada por Rodrigues (2016), destacou um ponto crucial:

Toda essa questão envolvendo os direitos sociais do trabalhador que não são garantidos quando atuamos como pessoa jurídica. Embora a remuneração seja um pouco mais vantajosa nessa modalidade, não desfrutamos de nenhuma segurança, o que representa uma desvantagem significativa (Rodrigues, 2016, p. 165).

Outro médico quando entrevistado afirma que apesar de receber mais como PJ, prefere ser contratado enquanto CLT, visto que: “não foi uma opção pois preferia a condição de empregado com a garantia dos direitos decorrentes de uma relação de emprego, mesmo a remuneração de PJ sendo 100% a mais do que como empregado” (Carvalho, 2010, p. 94). O interessante do caso deste médico é que ele ocupa no mesmo local de trabalho duas modalidades de contratação. Em um mesmo hospital público este médico ocupa uma vaga como estatutário e uma enquanto contratado por uma cooperativa. A dualidade de contratos vivenciada por este médico lança luz sobre as discrepantes realidades coexistentes dentro de um mesmo contexto laboral. O depoimento de profissionais médicos também, expressa uma preferência pelo status de empregado, embasado nas proteções dos direitos trabalhistas, mesmo em detrimento de uma remuneração financeira aparentemente maior como de PJ, e uma ilusão da vantagem pecuniária advinda da contratação como PJ.

Esse modelo em que o médico se integra a uma empresa que centraliza a relação com o estabelecimento de saúde tem sido frequentemente identificado como um formato inseguro para os profissionais. A percepção é de que esses arranjos apresentam riscos devido à necessidade de associação com indivíduos que não fazem parte do seu círculo de relações e com acordos desconhecidos, resultando em casos relativamente comuns de atraso no pagamento ou até mesmo falta de recebimento de honorários (Levi, et al., 2022). Um médico contemplou em sua fala os riscos dessa associação empresarial da qual os médicos são obrigados a participar para conseguirem contratação:

[A empresa] coloca todos os médicos para trabalhar... [como] sócio minoritário daquela empresa. Aí, o que acontece? A empresa dá calote. Como é que os caras vão questionar o calote, sendo que eles são os sócios? Aí eles ficam com umas ideias: ‘Ah, vamos atrás dos nossos direitos, processar, processo coletivo e não sei o quê [...]’ Vai processar eles próprios (risos)? (Médico, Setor Público) (Levi, et al., 2022, p.10).

No setor público a situação não é muito diferente do setor privado, pois também pode ocorrer atraso no pagamento dos médicos contratados. Esse médico indica que:

“[...] a maior precariedade na contratação são os intermediários do setor público [...] as prefeituras que contratam através de um terceiro para prestar serviços naquela prefeitura e que deixa de pagar, que atrasa esse pagamento” (Levi, et al., 2022, p.10).

No entanto, existe uma dimensão pouco explorada nos estudos que abordam as relações e condições de trabalho dos médicos, que é a potencial implicação de responsabilização civil objetiva em casos de erro médico, quando o profissional é uma pessoa jurídica. Ao remover a proteção da relação laboral fornecida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aumenta-se também o risco econômico que os médicos podem enfrentar no exercício de sua profissão. Um advogado entrevistado por Levi (et al., 2022) destaca exatamente esta questão e indica que:

A CLT estabelece limites de jornada de trabalho, de intervalo entre jornadas de trabalho, descanso remunerado, férias depois de 12 meses [...] como prestação de serviços, PJ ou liberal, esses intervalos obrigatórios não existem, né? Então, alguns médicos assumiam plantões em hospital e ficavam ali três, quatro dias seguidos. Não existe mais a limitação legal. O próprio médico que vai decidir a jornada dele. [...] Os riscos são muito grandes. Tem o risco de ter uma intercorrência com algum paciente e ele ter que responder, não só eticamente perante o Conselho, mas também civilmente, responsabilidade civil (Levi, et al., 2022, p. 11).

A mudança do regime de contratação de CLT para PJ resulta em várias consequências negativas para os profissionais médicos. Embora a compensação financeira aparente ser superior ao optar pelo modelo de PJ, é de suma importância reconhecer que tal vantagem monetária frequentemente se revela fictícia. Essa ilusão monetária, ocorre porque ao se contratado como PJ, o profissional sofre uma perda substancial de direitos laborais fundamentais, como férias remuneradas, 13º salário, licença parental e outros benefícios sociais e previdenciários, que, por sua vez, resulta em perda financeira. Além disso, a pejetização expõe esses profissionais a um maior risco financeiro pessoal no exercício da profissão, devido à possibilidade aumentada de enfrentarem processos judiciais direcionados diretamente ao médico.

Não obstante, outro aspecto consiste no fato de que diversos médicos percebem que não há comprometimento mútuo entre eles e a instituição empregadora. Uma médica, entrevistada por Carvalho (2010), expõe claramente isso quando relata o seguinte: “Embora meu plantão seja fixo, [...], quando eventualmente não posso

comparecer, o que é muito raro, informo ao coordenador médico, que providencia um substituto, que não é de minha pessoa jurídica [...] e evidentemente não recebo pelo dia não trabalhado” (Carvalho, 2010, p. 107).

E a mesma médica complementa dizendo que percebe que não há comprometimento mútuo e acredita que se faltar sem aviso prévio ou com frequência, será desligada imediatamente (Carvalho, 2010). Há, dessa forma, uma limitação na autonomia ao prestar serviços, visto que os médicos estão sujeitos às diretrizes dos empregadores, demonstrando que existe um caráter personalíssimo na relação, assim como subordinação direta, onerosidade e habitualidade no trabalho médico, o que configura uma relação de trabalho de acordo com o artigo 3º CLT².

No que tange às contratações pelas OSS, o trabalho de Lorena Estavam Martins Fernandes (2017) evidencia, por meio de uma pesquisa com gestores de Organizações Sociais no Estado do Espírito Santo, que eles preferem não contratar médicos diretamente, optando apenas pela contratação por meio de PJ. A autora destaca que um dos gestores de uma dessas OSS afirmou que cerca de 200 médicos são contratados como pessoas jurídicas. É importante ressaltar que essa mesma Organização Social informou possuir um quadro de profissionais com 580 contratados diretamente e 214 terceirizados. No entanto, esses números não incluíam os 200 médicos contratados na forma de pessoa jurídica. Portanto, se considerássemos os médicos nessas estatísticas, quase metade da força de trabalho dessa organização social seria composta por profissionais terceirizados ou pejetizados. Cabe destacar que há pouquíssimos dados sobre médicos que trabalham em organizações sociais no que tange às formas de contratação, pois as OSS não os divulgam.

2.2 Remuneração

A remuneração dos médicos é altamente variável, dependendo da especialidade médica, da forma de contratação e da carga de trabalho assumida. Especialidades que envolvem procedimentos tendem a ter ganhos mais elevados em comparação com aquelas que se concentram principalmente na prática clínica. Além disso, a idade

² Art. 3º - Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

também é uma variável a ser considerada, uma vez que médicos com maior experiência acumulada geralmente recebem remunerações mais altas. Além disso, questões de gênero também estão presentes na discussão sobre a remuneração médica.

Conforme os dados do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) de 2020, a renda média mensal dos médicos foi de R\$ 30,1 mil. Entre os profissionais com idade entre 51 e 60 anos, foi registrada a maior média de rendimentos, atingindo R\$ 41,2 mil. Em relação à demografia médica de 2023, observou-se que a renda média das médicas corresponde a 64% da renda declarada pelos médicos do sexo masculino, de acordo com o IRPF. Em 2020, os homens médicos registraram uma renda média de R\$ 36.421, enquanto as mulheres médicas declararam uma renda média de R\$ 23.205 (Scheffer et al., 2023).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração quanto à remuneração médica é a questão regional. A média recebida varia de acordo com a unidade da federação, variando de R\$ 37,3 mil no Distrito Federal a R\$ 25 mil no Estado da Bahia. Nas capitais do país, os médicos declaram possuir renda média mensal de R\$ 32 mil, 13,3% superior à renda média declarada no interior dos estados, de R\$ 28,3 mil. Na última década a remuneração médica caiu cerca de 11%, de forma que se tem o menor valor desde 2012, quando o rendimento era de R\$ 34,1 mil (Scheffer et al., 2023).

Os dados de renda referenciados, até o momento, foram do imposto de renda o que pode ter significativa diferença em relação a outras bases de dados como a Pnad contínua (Pnad C), a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e os dados coletados pela pesquisa própria da *demografia médica no Brasil* (DMB)³, posto que dados do imposto de renda podem trazer rendimentos de outras naturezas para além dos rendimentos propriamente médicos como o de aluguel de bens imóveis, dentre outros.

³ Embora a autorreferência de informações possa resultar distorções, observa-se que a renda informada por médicos em pesquisas, como a Pnad Contínua e a DMB, tende a refletir principalmente o rendimento proveniente do exercício profissional da medicina, com relativamente boa convergência entre as duas bases. Por outro lado, declarações para fins de cálculo de imposto de renda geralmente superestimam a renda, enquanto registros de salário em contratos formais de trabalho subestimam a renda originada do trabalho médico. Embora a Pnad Contínua permita o melhor detalhamento da variável de rendimento individual de todos os trabalhos reportados, as amostras reduzidas, especialmente na Pnad Contínua, resultam em largos intervalos de confiança inadequados para determinados cruzamentos. A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) mede apenas os vínculos celetistas, que podem não ser a única ou a modalidade majoritária de rendimento de médicos, com a crescente tendência de renda por Pessoa Jurídica e outras modalidades de vínculos e formatos de emprego (Scheffer et al., 2023).

A partir das informações obtidas e apresentadas na pesquisa da DMB, foi possível compilar a seguinte tabela:

Tabela 1 – Comparativo salarial entre diferentes bases de dados (2020)

Fonte de Dados	Faixa de rendimento (em reais)	Percentual de médicos	Renda média (em reais)
Pnad C	----	----	R\$ 16.438,00
RAIS	----	----	R\$ 10.219,00
DMB	Até R\$ 11.770,00	21,7%	
DMB	De R\$ 11.770,01 a R\$ 17.120,00	23,6%	
DMB	De R\$ 17.120,01 a R\$ 22.470,00	19,3%	
DMB	De R\$ 22.470,01 a R\$ 28.890,00	14,4%	
DMB	De R\$ 28.890,01 a R\$ 34.240,00	7,4%	
DMB	Mais de R\$ 34.240,01	13,6%	

Fonte: Scheffer et al., 2023. Elaboração própria, 2026.

Quanto à dimensão de diferença de rendimentos entre médicos PJ e celetistas, o trabalho de Maria Amélia Carvalho (2010) expõe uma análise precisa desta diferença. A autora traz quadros sinóticos que apresentam situações simuladas, comparando o rendimento de um trabalhador médico com vínculo de emprego formal pela CLT e um contratado como pessoa jurídica (PJ) em uma unidade privada de saúde. As simulações consideram um rendimento fixo mensal nos dois casos (celetista e pejetizado) e visam ilustrar as implicações financeiras dos diferentes tipos de contratação.

Tabela 2 - Trabalhador com vínculo de emprego

Verbas	MÉDIA MÊS (R\$)	VALOR EM 24 MESES (R\$)
Salário	3.000,00	72.000,00
Horas extras (10h/mês)	204,55	4.909,09
13 ° salário	125,00	3.000,00
1/3 de férias	41,67	1.000,00
Horas extras sobre 13° salário	8,52	204,55
Hora extra sobre 1/3 férias	2,84	68,18
FGTS	270,61	6.494,55
Total	3.653,18	87.676,36

Desconto INSS empregado (11%)	368,39	8.841,41
Desconto IR PF	162,58	3.901,96
Total líquido da remuneração	3.122,21	74.932,99

Fonte: Carvalho, 2010, p. 85. SIMULAÇÃO 1 – MÉDIA MENSAL E VALOR RECEBIDO AO LONGO DO CONTRATO 24 MESES POR UM TRABALHADOR COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO. Trabalhador com 2 anos de contrato de emprego, com salário mensal bruto de R\$ 3000,00, prestando em média 10 horas extras mensais.

Tabela 3 - Trabalhador contratado como pessoa jurídica

Verbas	Valor recebido (R\$)	Descontos (R\$) tributos
Valor do contrato de prestação de serviço mensal	3.000,00	
INSS (se houver pro labore - 11%)		330,00
IRPJ (4,80%)		144,00
ISS (5,00%)		150,00
PIS (0,65%)		19,50
OFINS (3,00%)		90,00
CSLL (2,88%)		86,40
Pagamento contador (um salário mínimo)		510,00 ou 150,00
Total: 3.000,00		1329,90 ou 969,90
Total Líquido do valor mensal da prestação de serviço	1.670,10 ou 2.030,10	

Fonte: Carvalho, 2010, p. 86. SIMULAÇÃO 2 – RENDIMENTO MÉDIO MENSAL LÍQUIDO DE UM TRABALHADOR CONTRATADO COMO PJ - Contrato de prestação de serviços com nota fiscal no valor mensal de R\$ 3.000,00; realiza jornada com acréscimo de 10 horas suplementares à jornada contratada.

A comparação dos demonstrativos nas simulações 1 e 2 (tabela 2 e 3) destaca que o trabalhador submetido a um contrato como pessoa jurídica enfrenta um enorme prejuízo econômico. A tabela 2 revela ainda que, mesmo quando o trabalhador realiza o equivalente a 10 horas de sobrejornada, não é remunerado por essas horas. Além disso, ele não tem o direito garantido de usufruir de férias, nem receber o acréscimo constitucional de 1/3 e o 13º salário, tampouco há recolhimento de FGTS. Nesse sentido, essa situação evidencia que o trabalhador pejotizado fica privado de direitos e benefícios fundamentais, gerando uma desigualdade financeira e de acesso à proteção significativa em relação aos trabalhadores com vínculo de emprego. É importante ressaltar que essa análise considera um contexto geral e pode haver variações e particularidades em casos específicos. Além disso, evidencia-se por meio desta análise por que o empresariado e o setor político têm interesse em desregulamentar essa matéria, deixando-a sujeita a menor fiscalização (Carvalho, 2010).

2.3 Jornada Laboral

A profissão médica no Brasil é caracterizada pela presença de múltiplos vínculos empregatícios e pela realização simultânea de várias atividades profissionais ao longo da vida de trabalho. A maioria dos médicos trabalha para mais de um empregador e atua em diferentes serviços ou locais de trabalho ao longo de sua carreira, sendo que a maior parte dos médicos tem relação com setor público e privado ao mesmo tempo (Scheffer et al, 2020). Para os médicos, o acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios é um fator que influencia significativamente no desgaste físico e mental. Isso ocorre porque os profissionais são submetidos a uma sobrecarga excessiva de trabalho, o que prejudica as condições laborais (Rodrigues, 2016).

Em termos médios, segundo a demografia médica no Brasil (Scheffer et al., 2020), os médicos que atuam em plantões apresentam uma carga horária semanal de 80,5 horas em relação aos que não trabalham nesse regime, que possuem uma carga horária média semanal de 57,3. Adicionalmente, os médicos que trabalham em plantões possuem um número maior de vínculos empregatícios, totalizando em média 4 vínculos, enquanto aqueles que não trabalham em plantões possuem em média 3 vínculos.

Joana Rodrigues (2016) indica que, em todas as pesquisas realizadas, tem-se verificado o aumento dos indicadores de multiemprego entre os médicos. Em 2004, por exemplo, 15,9% dos médicos indicaram realizar 4 atividades, enquanto em 2015, a grande maioria dos médicos atuam em média em três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho, dividindo a atuação em consultório, com recebimento por produção, com a atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados.

As entrevistas de médicos e médicas indicam esse aumento da carga de trabalho e de tempo de trabalho. Uma médica entrevistada por Bruna Ballarotti relatou trabalhar das 7 às 7, sempre em 2 a 3 empregos (Ballarotti, 2015). No mesmo sentido, outro médico entrevistado por Albiazzetti (2006, p.113) diz que “[...] Nem daria pra trabalhar mais porque não tem mais horário. Se eu trabalhar de domingo minha família não vai me reconhecer quando eu chegar em casa”. Ainda, outro entrevistado por Giane complementa dizendo que “a gente percebe o seguinte: que realmente hoje a maior parte dos médicos tem que manter dois, três ou mais vínculos, às vezes empregatícios, pra poder fazer uma certa renda no final do mês” (Albiazzetti, 2006, p.115). Esses discursos

dos médicos entrevistados evidenciam as extensas jornadas de trabalho a que se submetem.

2.4 Condições de trabalho

Para conceituar as condições de trabalho no contexto médico, é necessário considerar a interação de todas as circunstâncias que envolvem as especificidades desse trabalho. Isso inclui fatores materiais, psíquicos, biológicos e sociais que compõem o ambiente de trabalho, bem como aspectos relacionados ao conteúdo laboral. Compreender o processo de trabalho e suas transformações requer análise dos aspectos técnicos, econômicos e organizacionais do trabalho médico (Rodrigues, 2016). Verifica-se, nesse contexto, que a prática médica é caracterizada por condições-limite, caracterizadas por uma carga de trabalho excessiva, expectativas de alto desempenho, longas jornadas e intensificação das tarefas (Dias, 2015). Entre os fatores de risco para a saúde dos médicos, destacam-se, a pressão temporal, metas abusivas ou disfuncionais em relação às condições oferecidas, controle rígido com pouca autonomia e o aumento da competição (Rodrigues, 2016).

Segundo os dados levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2004, a gestão do trabalho em saúde enfrenta diversos problemas e desafios. Entre esses desafios, destaca-se a complexidade da coexistência de regimes de trabalho diferenciados para categorias ocupacionais semelhantes, o que pode gerar conflitos e desigualdades entre os profissionais. Também, o absenteísmo e a baixa taxa de participação dos trabalhadores em postos de tomada de decisão são desafios enfrentados pela gestão do trabalho em saúde (Chiavegato; Navarro, 2012).

Outro problema identificado é a perda de autonomia. Esta pode ocorrer quando o médico está sujeito a regras e normas burocráticas estabelecidas pela instituição empregadora, como imposição de carga horária, protocolos rígidos, cotas de exames, ou quando está vinculado a convênios e/ou cooperativas que se baseiam em critérios de produtividade. Essas normas estabelecem, por exemplo, o número de pacientes a serem atendidos, as cotas de exames que podem ser solicitadas ou os procedimentos que podem ser executados, entre outros aspectos. O estabelecimento dessas cotas muitas vezes é baseado em critérios econômicos, e não técnicos, o que interfere na autonomia do médico e na efetividade do cuidado médico (Silva, 2001, apud, Rodrigues, 2016).

Há diversas declarações que evidenciam os processos técnicos, econômicos e organizacionais do trabalho médico, assim como as metas abusivas ou disfuncionais em relação às condições oferecidas e, também, a perda de autonomia do médico em seu trabalho. Nesse sentido relata esse médico em entrevista concedida para Bruna Ballarotti:

[meta] é um negócio que está lá, mas que não impacta nem positiva, nem negativamente. Não serve como indicador nenhum, na prática. Pra fazer gestão de clínica na unidade, a gente usa as nossas metas, nossos parâmetros: as listas de controle, de falta, de tempo entre a demanda de saúde e a consulta, ou entre a demanda de saúde e a resposta de saúde, essas são coisas que a gente quantifica porque a gente localmente quis. Isso impacta muito mais na saúde da população do que se eu fiz 400 consultas e 40 VDs⁴ (Ballarotti, 2015, p.80).

Essas métricas estabelecidas podem causar distorções relevantes na atuação do médico, ao fazer com que o mesmo realize condutas e procedimentos que, por vezes, não seriam necessários, apenas para cumprir a meta de produtividade estabelecida pela organização. Um problema maior se estabelece quando a realização dessas metas resulta em um acréscimo salarial de forma direta, ocasionando distorções de conduta médica que podem não só maquiagem as métricas de produtividade, mas causar dano direto ao paciente pela realização desnecessária de procedimentos. E também danos à saúde coletiva e aos cofres públicos. Ainda, ressalta-se que essas métricas podem ser utilizadas como forma de criar pressão para os médicos e demais profissionais da saúde em relação à manutenção de seus vínculos com a OSS.

Esse formato de enfoque somente quantitativo das metas, por um lado, por vezes, acaba coisificando as pessoas, visto que visa transformá-las somente em números em detrimento da questão principal que é gerar saúde e possibilitar acesso aos cuidados em saúde de forma eficiente, eficaz e efetiva. Por outro lado, pode levar à coisificação do próprio médico que passa a trabalhar somente para cumprir metas das quais ele sequer participou da elaboração. Nesse sentido, um médico entrevistado por Bruna Ballarotti disse que: “Eu não estou aqui para entregar metas, se entregar meta ótimo. Mas estou aqui para atender as pessoas. Atendendo as pessoas, vou entregar meta. Agora, se eu

⁴ Visita domiciliar.

tiver que escolher entre entregar um papel e atender um paciente, eu vou atender o paciente” (Ballarotti, 2015, p.80).

3. Considerações Finais

Esta pesquisa analisou como a terceirização da gestão da saúde pública no Brasil promove o processo de terceirização dos/as médicos/as contratados para atuar no setor público e os reflexos deste processo sobre as relações e condições laborais desses trabalhadores e trabalhadoras no século XXI. Nesse sentido, buscou responder quais as principais formas de contratação dos/das médicos/as contratados/as dentro do serviço público, quais as diferenças entre as formas de contratação, principalmente no que se refere aos direitos de contratados pela CLT e de pejetizados, assim como, as diferenças quanto à remuneração, à jornada laboral e às condições de trabalho. Dessa forma, essa análise contribui para enriquecer os debates em torno de políticas públicas, mercado de trabalho e direitos laborais dos médicos e médicas no Brasil, no século XXI. E também contribui para colocar em destaque essa categoria profissional que apesar do prestígio social recebe pouca atenção nas pesquisas acadêmicas.

O ataque neoliberal e sua consequente busca pela redução do Estado levou à privatização, parcial, do sistema público de saúde, manifestando-se na transformação de instituições públicas de saúde em Organizações Sociais de Saúde. Isso permite que hospitais públicos adotem práticas semelhantes às instituições privadas, terceirizem serviços e forneçam instalações para planos de saúde privados, escapando ao controle social do SUS. Esse processo intensifica a mercantilização da saúde, diminui as políticas públicas (sociais) e, por sua vez, afeta o Regime Jurídico Único, eliminando a estabilidade dos trabalhadores da saúde, uma vez que as OSS, entidades do Terceiro Setor, são empresas de direito privado e seus respectivos empregados são, “em regra”, celetistas, tornando inaplicável a regra constitucional do concurso público.

Para além disso, observou-se que há diversas escamoteações e desrespeitos às normas jurídicas pelas OSS a partir do momento que elas passam a contratar profissionais médicos somente por meio da pejetização. Como a pesquisa mostrou, isso se traduz em uma precarização do trabalho médico e de suas relações e condições de trabalho que podem contribuir para uma deterioração do acesso à saúde para os cidadãos

que dependem do SUS e, também, para aqueles que recorrem ao sistema de saúde privado, uma vez que a precarização do trabalho (de médicos e médicas) é um problema estrutural que tem a capacidade de afetar a todos no que tange ao acesso à saúde.

No contexto deste estudo para analisar as questões norteadoras do trabalho foram estabelecidas quatro categorias, 1) formas de contratação; 2) remuneração; 3) jornada laboral; 4) condições de trabalho, que desempenham um papel fundamental para a compreensão das complexas dinâmicas que perpassam as questões laborais dos médicos e médicas. Elas nos permitem analisar as especificidades do trabalho médico dando indícios das mudanças estruturais que estão ocorrendo nas condições e relações de trabalhos dos médicos e médicas, no Brasil, no século XXI. Assim, percebe-se que a precarização do trabalho médico perpassa especialmente a pejetização, afetando a remuneração, os direitos, a carga de trabalho e as condições laborais. Além disso, a busca pela manutenção dos altos rendimentos esperados desses profissionais tem resultado em uma carga de trabalho crescente, prejudicando a qualidade de vida e o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, posto que o acúmulo de diversos vínculos de trabalho é um fator que influencia significativamente no desgaste físico e mental. Não obstante, a perda de autonomia no ambiente no trabalho e a falta de participação nos processos decisórios também são aspectos que merecem destaque em relação às mudanças nas relações laborais médicas. Em conjunto, a pesquisa indica que o trabalho dos médicos e médicas vem se tornando mais intenso, desprovido de direitos e sujeito à dinâmica da relação entre empresas “pejetizadas”, caracterizando a precarização de uma ocupação tão importante e outrora tão prestigiada pela sociedade.

4. Referências Bibliográficas

ALBIAZZETTI, Giane. **Assalariamento e proletarização na medicina**: um estudo sociológico realizado no município de londrina. 2006. Dissertação de mestrado.

ANTUNES, Ricardo. Desenhando a nova morfologia do trabalho: As múltiplas formas de degradação do trabalho. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 83, p. 19-34, 2008.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, 2018.

_____.; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 158-171, 2018.

BALLAROTTI, Bruna. **Percepção de médicos da estratégia de saúde da família do município de São Paulo: o cotidiano do trabalho médico sob a gestão de organizações sociais**. 2015. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Presidência da República (1995-1998: Fernando Henrique Cardoso). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social. Subsecretaria de Imprensa e Divulgação, 1995. 83p.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Mãos à obra Brasil: proposta de governo**. Brasília: [s.n.], 1994.

CARINHATO, Pedro Henrique. Neoliberalismo, reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Revista Aurora**, v. 2, n. 1, 2008.

CARVALHO, Rodrigo Badaro de. **O sociólogo Fernando Henrique nunca esquecido pelo presidente FHC: do discurso contra Vargas à reforma neoliberal do Estado no Brasil**. 2015.

CARVALHO, Maria Amélia Lira de. **Pejotização e descaracterização do contrato de emprego: o caso dos médicos em Salvador – Bahia**. Salvador, 2010. Dissertação (mestrado).

CHIAVEGATO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lucia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho**, 2012.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 15-24, 2021.

_____. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT| Privatization of healthcare in Brazil: from big capital dictatorship to the PT administrations. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 17, n. 43, 2019.

DIAS, Elizabeth Costa. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Rev. bras. med. trab**, 2015.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, p. 15-43, 2016.

_____. A terceirização no setor público e a proposta de liberalização da terceirização pelo PL nº 4.330. *Jornal dos Economistas*, Rio de Janeiro, n. 291, p. 11-13, out., 2015.

FERNANDES, L. E. M. **Gestão de recursos humanos em hospitais sob contrato com organizações sociais de saúde**. 2017. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos municípios brasileiros: 2021/-**Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 116 p.

LEVI, Maria Luiza et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

MACHADO, Maria Helena; KOSTER, Isabella. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de despreciação do Sistema Único de Saúde. In: *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. 2011. p. 195-213.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; EICH, Melisse; MARTINS, Lucinéia Scremin. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho. 2012. **Seminário de Saúde do Trabalhador**, 2012, Franca. 2012. p. 1-17.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Curso de Direito Administrativo**. – 9. ed., – Rio de Janeiro: Forense; MÉTODO, 2021.

PAIM, Jairnilson, et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz

_____. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

RODRIGUES, Joana Rêgo Silva. **As condições de trabalho dos médicos no serviço público do Estado da Bahia**. 2016. Dissertação (mestrado). Universidade Católica de Salvador (UCSAL)

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023.

_____. et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020.