

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE DIREITO**  
***CAMPUS GOVERNADOR VALADARES***

**Emilly da Silva Campos**

**Trabalho Médico e o Mito da Autonomia:**  
Análise de um Discurso Precarizante.

Governador Valadares  
2025

**Emilly da Silva Campos**

**Trabalho Médico e o Mito da Autonomia:**

Análise de um Discurso Precarizante.

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, *campus* Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof.a Dra. Cynthia Lessa da Costa

Governador Valadares

2025

**Emilly da Silva Campos**

**Trabalho Médico e o Mito da Autonomia: Análise de um Discurso Precarizante.**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, *campus* Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em 20 de março de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof.a Dra. Cynthia Lessa da Costa  
Universidade Federal de Juiz de Fora (*campus* Governador Valadares)

---

Prof. Dr. Jean Filipe Domingo Ramos  
Universidade Federal de Juiz de Fora (*campus* Governador Valadares)

---

Prof. Otávio Lopes de Souza  
(Doutorando em Direito pela UFMG)

## RESUMO

Este trabalho tem por escopo demonstrar que a pejotização médica resulta não da escolha autônoma destes profissionais, mas de uma imposição dos contratantes e do mercado, a qual é facilitada e perpetuada pela atuação do Supremo Tribunal Federal e pelas leis em matéria tributária. A análise bibliográfica e qualitativa, de viés crítico e reflexivo, em direito, vale-se de matérias interdisciplinares que demonstram a medida da precarização e os instrumentos que possibilitam a ocorrência do fenômeno. A inserção da análise comparativa do modelo brasileiro de trabalho médico com o português demonstra não só as diferenças observadas entre os sistemas, mas pode oferecer sugestões que incentivem as entidades de representação desses profissionais a buscarem seu fortalecimento a fim de que se conquistem melhores condições de trabalho e de contratação aos médicos. Como resultado, demonstra-se a inconsistência das razões elencadas na jurisprudência do STF para a latente legalidade da pejotização médica, com especial foco no uso do conceito do profissional hipersuficiente.

**Palavras-chave:** Pejotização na Medicina. Precarização do trabalho na saúde. Trabalho Médico em Portugal. Neoliberalismo. Direito do Trabalho.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental.
ADC	Ação Declaratória de Constitucionalidade.
ANPL	Associação Nacional de Profissionais Liberais.
CARF	Conselho Administrativo de Recursos Fiscais.
CFM	Conselho Federal de Medicina.
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas.
CNAES	Classificação Nacional de Atividades Econômicas.
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.
CRM	Conselho Regional de Medicina.
CRCSPSS	Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social.
CSC	Código das Sociedades Comerciais.
CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido.
CT	Código do Trabalho.
ERS	Entidade Reguladora de Saúde.
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
FNAM	Federação Nacional dos Médicos.
ISS	Imposto Sobre Serviço.
IRPF	Imposto sobre a Renda da Pessoa Física.
IRPJ	Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica.
PIS	Programa de Integração Social.
PJ	Pessoa Jurídica.
RAT	Risco Ambiental de Trabalho.
RE	Recurso Extraordinário.
RGPS	Regime Geral de Previdência Social.
SLU	Sociedade Limitada Unipessoal.
SNS	Sistema Nacional de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO E A EMERGÊNCIA DA PEJOTIZAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
2.1 PEJOTIZAÇÃO NAS PROFISSÕES DE ALTA ESPECIALIZAÇÃO: O TRABALHO DO MÉDICO ENTRE A AUTONOMIA E A HIPERSUFICIÊNCIA.....	14
<b>3 PEJOTIZAÇÃO NA MEDICINA: ESTRATÉGIA TRIBUTÁRIA OU NECESSIDADE DE MERCADO?.....</b>	<b>21</b>
3.1 ASPECTOS TRIBUTÁRIOS ATINENTES AO ART. 129 DA LEI Nº 11.196/2005.....	21
3.2 OS REGIMES TRIBUTÁRIOS E EMPRESARIAIS ADOTADOS POR SOCIEDADES MÉDICAS.....	23
3.3 O ENTENDIMENTO DA RECEITA FEDERAL SOBRE A PEJOTIZAÇÃO MÉDICA: ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO CARF SOBRE O FENÔMENO.....	28
<b>4 O TRABALHO DO MÉDICO EM PORTUGAL, FORMAS DE CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA.....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A - DECISÕES ANALISADAS DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da pejetização na medicina tem ganhado destaque em razão de seu crescimento escalonado no Brasil, sendo objeto de debate entre órgãos de regulação da atividade médica e de sindicatos médicos. Esse modelo consiste na contratação de médicos como pessoa jurídica, em substituição ao vínculo tradicional celetista, prática que tem crescido em diferentes estabelecimentos de saúde do setor público e privado. Embora, em um primeiro momento, essa modalidade de contratação possa sugerir a flexibilidade e autonomia de profissionais médicos, seu crescimento acelerado aliado a uma análise aprofundada das reais motivações por trás desse modelo pode demonstrar o contrário.

O presente trabalho tem por escopo analisar como a prática da pejetização demonstra-se um instrumento de precarização do trabalho no setor da saúde, sendo seu ponto central a possível imposição desse modelo de trabalho aos médicos. Além disso, aliado à análise do entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), de que os médicos seriam hipersuficientes na negociação trabalhista, e o possível papel ativo das leis tributárias na perpetuação do problema. Dessa forma, o problema de pesquisa que norteia esse estudo reside justamente na análise: até que ponto a pejetização na medicina reflete uma autonomia contratual ou uma necessidade de mercado intensificada por um déficit informacional?

O tema demonstra-se relevante, ainda que tenha se consolidado na jurisprudência a licitude da terceirização, isto porque tem ganhado força atualmente entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), sindicatos e Conselhos Regionais de Medicina (CRM's). Dessa forma, o trabalho busca contribuir para esse debate, com uma análise crítica e interdisciplinar sobre o fenômeno, analisando criticamente tanto a jurisprudência brasileira do Supremo Tribunal Federal e seu impacto sobre as decisões administrativas do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais, quanto o cenário internacional sob a perspectiva do trabalho médico em Portugal.

Para tanto, a metodologia adotada no presente trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, utilizando a pesquisa bibliográfica e revisão de literatura especializada, análise jurisprudencial e estudo de normas sob a ótica do direito comparado. A análise bibliográfica abrangeu artigos científicos de diferentes áreas concentradas de estudo e a legislação vigente sobre o assunto. A análise jurisprudencial, por sua vez, teve por foco a jurisprudência do STF e do CARF, e o estudo em direito comparado focou na legislação portuguesa sobre o trabalho médico e outros normativos que regulam essa atividade.

O trabalho estrutura-se em três capítulos: o primeiro busca reproduzir o estado da arte sobre precarização do trabalho na saúde, situando a pejotização médica como um fenômeno relevante no contexto atual. O segundo capítulo tem como destaque o exame das leis tributárias e o regime empresarial adotado por sociedades médicas, investigando o fato de a pejotização ser uma estratégia fiscal ou mera exigência e necessidade do mercado. Nesse contexto, analisou-se a lei 11.196 de 2005, mas especificamente seu art. 129, além dos regimes tributários adotados por sociedades médicas. Por fim, o terceiro capítulo expõe o trabalho de profissionais liberais no contexto português, com foco especial no trabalho médico. Propõe-se uma análise comparativa e crítica entre o modelo de trabalho médico no Brasil e em Portugal, buscando a identificação de divergências e similaridades.

Dessa forma, o trabalho busca, por meio da interdisciplinaridade, não apenas diagnosticar problemas já trabalhados em diferentes bibliografias, mas também oferecer subsídios para uma reflexão crítica quanto às inconsistências jurisprudenciais no Brasil, buscando meios de promoção da valorização do trabalho médico, trazendo um novo olhar sobre o que sustenta o cenário atual, assim visando promover a verdadeira, ou o mais próximo, da autonomia no exercício profissional da medicina.

## 2 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO E A EMERGÊNCIA DA PEJOTIZAÇÃO

Uma breve análise das relações de trabalho na saúde ao longo da história no Brasil evidenciou um arcabouço de modificações. As quais acompanham o percurso histórico do capitalismo e da lógica neoliberal, marcadas por um esvaziamento de direitos trabalhistas e por uma precarização perpetrada por diferentes espécies de trabalho. Objetivando precipuamente tornar o setor da saúde rentável, em outros termos, tornar a saúde uma mercadoria como qualquer outra (Souza, 2011).

Essas transformações nas relações de trabalho no setor da saúde tiveram início, de forma mais acentuada, em 1960, com o avanço da privatização dos serviços públicos e crescimento da medicina privada, o que transformou profundamente a situação da força de trabalho, a gestão e a prestação de serviços em saúde, que precisou se ajustar, juntamente com a expansão dos serviços prestados na saúde, à lógica do capital centrado no lucro (Souza, 2011).

Tal fenômeno é chamado por Machado (1992) como a “*capitalização da saúde*”, sendo um período marcado por diversas instabilidades empregatícias, tais como queda abrupta dos salários e a crescente do trabalho em tempo parcial, resultando consequentemente no fenômeno do *multiemprego* (apud Vargas e Caetano, 2017).

Embora a precarização seja o principal sinal do fenômeno trabalhado aqui, essa temática, que afeta de forma mais direta o trabalhador do setor da saúde e colateralmente a sociedade, não é a única que indica a mercantilização aplicada à saúde, não sendo o objetivo tratá-los de forma aprofundada como o fez Souza (2011) em seu trabalho.

Contudo, destaca-se uma consequência que salta aos olhos quando falamos desse processo, o desprendimento do direito à saúde da lógica de um estado de bem-estar social que é substituído por contornos mercadológicos. Essa substituição legitima a desigualdade no acesso à saúde ao atribuir um preço a determinadas enfermidades, ao mesmo passo que precariza acentuadamente a gestão da força de trabalho no setor. Como bem ressalta Souza (2011, p. 3):

Ao reduzir o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde como mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho econômico, a direção das ações de saúde assume uma conotação distinta do atendimento das necessidades sociais (apud SILVA, 2006).

Retomando o percurso histórico a que se pretende o presente capítulo, o fenômeno da precarização foi se intensificando no setor da saúde ao longo da década de 90, conforme asseveram Eberhardt, Carvalho, Murofuse (2015). De forma que a flexibilização adotada pelo neoliberalismo, com sua política de estado mínimo para os trabalhadores e estado máximo para o capital, afetou inclusive o Sistema Único de Saúde, criado nesse período.

Contudo, retomou-se como objetivo a saúde com um atendimento universalizado, com o Estado ganhando papel de destaque com a descentralização da prestação de serviços em saúde. A partir de uma política de democratização do acesso, atribuiu-se sua prestação aos municípios em um processo conhecido como municipalização da saúde.

Processo que, embora possa parecer benéfico para o setor, na verdade se mostrou prejudicial aos trabalhadores. Na medida em que acabou sendo uma nova medida de flexibilização dos contratos de trabalho, com uma crescente de contratações temporárias instáveis com baixa remuneração, ocorrendo sob a justificativa da baixa oferta de profissionais nos municípios. Ademais, houve uma redução drástica nos postos de trabalho ao nível federal, em contrapartida, ao crescimento ao nível municipal que ocorreu sob a espécie precarizada de trabalho (Vargas e Caetano, 2017).

Importante destacar aqui um marco das modificações ocorridas no Brasil no mesmo período, principalmente quando se cita o setor da saúde, sendo ele o Plano de Reforma do Estado, vigente entre 1994-1998, o qual marca o início da década de 90 com um plano de desenvolvimento e crescimento exponencial no país, por meio de uma atuação estatal gerencial, sobre o qual destaca Souza (2011, p. 155-156):

O Estado brasileiro assume um modelo gerencial afinado com a perspectiva neoliberal, respondendo a um modelo de administração pública que atende em duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender às exigências do capital nas suas urgentes e mutantes necessidades (SANTOS, 2005). Nesse sentido, essa perspectiva gerencial adequou a estrutura estatal ao modelo apropriado ao mercado privado, principalmente no que se refere à desregulamentação do trabalho.

Sob a égide do plano de reforma, incorpora-se a lógica da desregulamentação do trabalho com o objetivo principal de redução de gastos com a força de trabalho, o que foi possível pela legitimidade fornecida pelas leis que permitiam a flexibilização no setor. Passando assim a flexibilização a ser uma característica determinante e quase inerente ao trabalho no setor da saúde.

O processo de precarização observado no contexto pós-criação do SUS foi um tema abordado inclusive na 12ª Conferência Nacional em Saúde, em 2003, ao estabelecer diretrizes

voltadas à gestão de trabalhadores da saúde, resultando, posteriormente, no Programa Nacional Desprecariza SUS (Vargas e Caetano, 2017).

Contudo, embora houvesse medidas visando mitigar os vínculos precários do Sistema Único de Saúde, o que se observou mesmo após a conferência é uma continuidade do fenômeno, ocasionada por vínculos precários de trabalho e más condições para seu exercício. Resultantes tanto da infraestrutura precária, pela ausência de condições objetivas e subjetivas de trabalho, quanto da desvalorização do trabalhador (Vargas e Caetano, 2017).

Neste sentido, conforme aborda Souza (2011), percebe-se uma tendência no Sistema Único de Saúde de adotar diversas modalidades de contratação, algumas delas que serão tratadas em seguida neste trabalho. Outro aspecto observado é a tendência ao multiemprego entre os trabalhadores, que estendem sua jornada de trabalho muito além das 44 horas semanais.

Exemplo prático do fenômeno analisado são as cooperativas médicas que surgiram na década de 70, as quais, na década de 90, passaram a ser consideradas cooperativas de saúde. As cooperativas, embora surjam objetivando o aperfeiçoamento das relações de trabalho, logo se tornam meio de barateamento de custos e esvaziamento de direitos trabalhistas. Como bem cita Centa (2015, p. 19):

Deve-se considerar, contudo, que tal amplitude de presunção fez da figura das cooperativas foco para um sem número de fraudes e precarização de direitos trabalhistas. Proliferaram-se no Brasil sociedades de fachada, sem a mínima observância dos regramentos legais de organização; com trabalhadores subordinados e trabalhado à salário fixo para cooperativas das quais deveriam ser “donos”.

Em um estudo de caso realizado por Joaquim, Santana e Martinez (2013), com a Cooperativa Brasileira de Trabalho Múltiplos de Saúde (Coopebras), que prestava serviços ao Estado de Roraima. Para os pesquisadores, a cooperativa foi utilizada para fins de solucionar a escassez de médicos no estado, frustrando o acesso a direitos trabalhistas de médicos, sendo uma solução mais barata se comparada ao pagamento de servidores concursados.

Contudo, as cooperativas se mostram apenas um dos exemplos em que se observa a precarização, conforme dispõem Vargas e Caetano (2017) ao citarem como acontecimentos que propiciaram uma flexibilização das relações de trabalho em saúde a Lei das Cooperativas (Lei nº 8949/94), mas também a Lei do Contrato Temporário (Lei nº 9601/98) e a Emenda Constitucional nº 19/1998, que flexibilizou as licitações e contratos visando a redução de custos com a terceirização de serviços.

Na contemporaneidade, conforme já abordado por Correa (2023) em trabalho apresentado nessa instituição, uma modalidade de contratação que já existia desde a década de 80 na medicina cresceu de forma exponencial, a pejetização. A qual ocorre através de pessoa jurídica constituída para esse fim, portanto um modelo de terceirização de atividade, com suas respectivas peculiaridades. No trabalho de Correa (2023, p. 8), aborda-se que a pejetização se insere como exemplo dos trabalhadores informais por conta própria, definindo-a como:

[...] já que trata-se do ato de manter empregados através da criação de empresa pelos contratados (cooperativas ou sociedades), de forma que a relação passa a ser entre empresas, evidenciando o ‘sujeito empresarial’ (Dardot e Laval, 2016), ao invés do contrato de trabalho entre a empresa e seus empregados. Assim sendo, o vínculo empregatício formado é baseado em um contrato civil, ao invés de ser regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Cabe analisar se essa espécie de contratação, que surge no mesmo contexto de flexibilização já explicitado, constitui uma forma de precarização como as demais já citadas. Neste sentido, Afonso, Lukic e Pinto (2017, p. 3) abordam que a pejetização é uma prática na qual o trabalhador abre mão de direitos, enquanto o contratante se exime de responsabilidades fiscais e trabalhistas que teria em outro contexto.

Assim, essa prática de substituição da forma de contratar – a “pejetização” – pode ser entendida como um processo em que pessoas físicas se transformam em pessoas jurídicas e, em muitos casos, individuais. Para Turcato e Rodrigues: “Tem sido prática cada vez mais comum a de empresas que contratam funcionários na forma de pessoa jurídica (PJ). Ou seja, o empregado é levado a constituir empresa e passa a receber mensalmente como prestador de serviço. Há ainda casos em que o empregado compra uma nota fiscal de uma terceira empresa para apresentar ao empregador, mediante o recebimento do salário. Nesse tipo de relação, quem contrata paga menos impostos e se isenta de inúmeras responsabilidades. Quem é contratado abre mão de seus direitos trabalhistas – como FGTS + 40%, férias, 13º salário, horas extras, verbas rescisórias – e assume gastos para manter a pessoa jurídica, como emissão de nota fiscal e administração contábil.

Considerando que algumas das dimensões para considerar um trabalho precário, segundo Joaquim, Santana e Martinez (2013), são a ausência ou redução de direitos e garantias do trabalhador e a qualidade do exercício da atividade, pode-se dizer que a pejetização, como uma modalidade de flexibilização, precariza o trabalho.

Quando tratamos do trabalho precário no setor público, Souza (2011) aborda que, para além das características citadas, o trabalho precário caracteriza-se a partir da afronta ao princípio da legalidade, com contratações que não observam as modalidades previstas em lei

para contratação, tais como o concurso ou a seleção pública. Dessa forma, a pejetização também pode ser citada como uma espécie de precarização que atinge o setor público, vez que contratações desse tipo podem ser usadas para substituir as modalidades previstas em lei, como o concurso público, por exemplo.

Portanto, a precarização do trabalho, na espécie da pejetização, tem se consolidado como uma espécie de precarização moderna, transformando vínculos e postos de trabalho empregatícios em contratações pejetizadas, as quais enfraquecem a proteção social do trabalho, agravando uma vulnerabilidade do trabalhador da saúde já observada há algumas décadas.

Por esta razão, é fulcral analisar o fenômeno da pejetização de forma aprofundada, o que neste trabalho será recortado para o fenômeno face às profissões de alta especialização, mais especificamente em relação à classe médica.

## 2.1 PEJOTIZAÇÃO NAS PROFISSÕES DE ALTA ESPECIALIZAÇÃO: O TRABALHO DO MÉDICO ENTRE A AUTONOMIA E A HIPERSUFICIÊNCIA.

Embora a pejetização constitua uma forma de flexibilização do trabalho, como demonstrado, isso por si só não indica a ilegalidade da prática. Sendo a legalidade da pejetização uma discussão que ganhou novos contornos após a promulgação da Lei nº 13.429/2017 e da Reforma Trabalhista (Lei 13.467/17), alterando os art. 4º-A e 5º-A da Lei nº 6.019/74.

Apesar das alterações recentes que ampliaram a contratação no modelo da pejetização, essa prática remonta à década de 80, quando já se observava no Brasil a terceirização clássica, como também a organização de médicos constituindo pessoas jurídicas para vender serviços aos hospitais (Silva, 2022).

A expansão da pejetização se deu na década de 90, quando já se observava o impacto da tributação nessa espécie de contratação, com os contratos regidos pela CLT perdendo espaço para o trabalho terceirizado, com respaldo na súmula 331 do TST (LEVI, Maria L. et al., 2022).

Neste sentido, um marco que estimulou a prática no segmento dos profissionais liberais, como médicos e advogados, foi a Lei nº 11.196/2005. Isto porque ficou admitido em seu art. 129 que os profissionais intelectuais se organizassem no âmbito fiscal e previdenciário como uma pessoa jurídica e que assim prestassem serviço. Entretanto, ainda assim, permanecia o impedimento da terceirização de atividade-fim.

A partir da Lei nº 13.429/2017 e da Reforma Trabalhista (Lei 13.467/17), o Supremo Tribunal Federal iniciou uma revisão na jurisprudência vigente e consolidada nos enunciados das súmulas nº 256/TST e 331/TST, as quais proibiam a terceirização de atividades-fim, como é a atividade médica para um hospital. O marco dessa mudança de paradigma se deu pelo julgamento pelo STF da ADPF 324 e do RE 958.252 – que fixou o Tema 725 (Correa 2023).

Observou-se assim um crescimento exponencial das contratações de médicos e advogados no modelo pejetizado, com o fim específico de reduzir custos da gestão da força de trabalho, como já demonstrado anteriormente. Crescimento esse que só foi possível pois se vende a subcontratação como algo benéfico aos médicos sob o aspecto tributário e autônomo, sem antes explicitar como o fenômeno impacta na desvalorização de seu trabalho.

Exemplo disso é que, nos últimos anos, têm crescido as discussões sobre a pejetização de médicos no âmbito dos conselhos profissionais. Pode-se citar inclusive o parecer do CRM-MG n. 64/2018, o qual discutiu diferentes aspectos da pejetização, fixando que o médico não está obrigado eticamente ou legalmente a migrar para pessoa jurídica para prestar serviços como plantonista.

No mesmo sentido, visando reduzir a precarização decorrente de tal prática, foi proposto o PL 2.621, de 2022. Na qual o autor do projeto de lei explicitou a hipossuficiência do profissional médico em razão da ausência de direitos trabalhistas. Contudo, ao ser apreciado, foi rejeitado, sob argumento de que os médicos não seriam profissionais hipossuficientes e que o projeto de lei reduziria sua autonomia profissional e de eleição das obrigações trabalhistas e contratuais que deseja cumprir.

O tema também foi objeto de debate no XI Congresso Brasileiro de Direito Médico em 2024, ocasião na qual o Conselheiro Federal, Carlos Magno Dalapicola, expressou sua preocupação com a prática. Para além do âmbito federal, esteve em pauta em Audiência Pública no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, na qual a retenção de honorários ganhou especial relevância no debate.

As discussões propostas nos conselhos profissionais vão de encontro ao trabalho de LEVI, Maria L. et al., (2022), que destacou a pejetização como predominante no trabalho de médicos, mostrando-se uma prática de gestão comum a Estados e Municípios.

Esse aspecto fático da realidade dos médicos esbarra em uma questão importante: o fato de serem profissionais de alta renda e grau de conhecimento cria no imaginário uma autonomia e hipersuficiência que não corresponde, muitas vezes, à realidade de todos os

médicos. Contudo, essas razões têm fundamentado decisões que não reconhecem o vínculo empregatício de médicos com instituições hospitalares.

A fim de que se chegue a uma tese afirmativa sobre as razões para o não reconhecimento do vínculo empregatício em profissões de alta especialização, dentre as quais se incluem como razões a hipersuficiência e autonomia, é necessário o estudo da jurisprudência contemporânea em matéria trabalhista, frente aos casos em que não se viu caracterizada a ilegalidade da pejetização.

Para isso, foram selecionadas decisões monocráticas e acórdãos do Supremo Tribunal Federal em que se observa a utilização da autonomia e hipossuficiência como justificativa para o não reconhecimento do vínculo empregatício. Dentre eles, alguns que tiveram alguma repercussão midiática e outros obtidos por buscas no site do STF, na aba “jurisprudência”. Os filtros utilizados foram “Médicos”, “hipossuficientes” e “pejetização”, resultando em 207 decisões monocráticas, das quais foram selecionadas as constantes no apêndice A deste trabalho.

Observa-se que o argumento comum entre as decisões analisadas é a reafirmação de que a pejetização no trabalho de profissionais liberais não discorre sobre a proteção de direitos trabalhistas, pois não se tratam de trabalhadores hipossuficientes.

Reforçam que estaria ausente a condição de vulnerabilidade de médicos e advogados ao optarem por firmar um contrato nestes termos. Desta forma, não se justificaria a proteção estatal sobre a relação jurídica constituída. Nestes termos, a desconfiguração da pejetização depende diretamente da comprovação de que houve vício de consentimento ou fraude, no momento em que se formou o negócio jurídico. Especificamente em relação aos médicos, ressaltam que possuem alto grau de escolaridade e remuneração expressiva, logo, são capazes de tomar uma decisão esclarecida sob a forma de contratação que melhor lhes atende.

A análise dessa argumentação demonstra que está sendo aplicada a literalidade do art. 444, parágrafo único, da CLT. Isto, pois consideram hipersuficiente qualquer pessoa com diploma de nível superior e que aufera renda igual ou superior a duas vezes o limite máximo do regime de previdência (RGPS), o que corresponde atualmente a duas vezes o valor de R\$ 8.157,41 (oito mil, cento e cinquenta e sete reais e quarenta e um centavos)<sup>1</sup>. Contudo, a aplicação desses critérios é suficiente para a definição correta do que seria um trabalhador hipersuficiente? A aplicação do dispositivo aborda aspectos do caso em concreto, bem como as atuais condições de trabalho dos profissionais liberais?

---

<sup>1</sup> Portaria Interministerial MPS/MF nº 6

Esse primeiro questionamento pode ser respondido por Neto (2020) ao defender, em sua tese, que os critérios adotados pelo legislador para considerar um trabalhador hipersuficiente são inconstitucionais. Dessa forma, defende que, embora seja constitucional o tratamento diferenciado entre os trabalhadores, os critérios adotados para definir o trabalhador hipossuficiente não o são. Defende, portanto, que os critérios devem levar em consideração a posição hierárquica do empregado. Considerando a importância e poder do trabalhador na estrutura empresarial, bem como sua real capacidade de negociação, trata-se, por exemplo, de trabalhador com amplos poderes diretivos. Dessa forma, a partir dos critérios apontados por Neto (2020), cabe analisar concretamente se o médico seria hipersuficiente, possuindo real poder de negociação.

Primeiramente, a tese de que os médicos escolhem a contratação pela pessoa jurídica não é uma regra, pelo contrário, há sim a exigência de que o médico possua um CNPJ como requisito para a contratação. A imposição da contratação pela PJ já era destacada por Tourinho (2021), que afirma que os estabelecimentos de saúde exigem que o médico constitua um CNPJ para que sejam contratados, o que também foi ressaltado por Silva e Silva (2019).

Esse fato se comprova por várias entrevistas realizadas na pesquisa geradora do artigo de Levi (2022). Destacam-se as falas de um gestor privado que exige à sociedade para que o médico componha equipe e de um médico que expõe haver sim uma exigência prévia.<sup>2</sup>

O fenômeno também foi apontado pela presidente do CREMESP, Irene Abramovich, em Audiência Pública sobre a Pejotização e Retenção de Honorários Médicos, ao reconhecer que o médico não consegue exercer a medicina se não dentro do modelo de PJ, bem como foi reconhecido pelo Ministro do TST, Evandro Pereira Valadão Lopes, no XI Congresso Brasileiro de Direito Médico de 2024.

Assim sendo, é irrelevante se o médico é hipersuficiente por sua alta escolaridade e remuneração, se não tem liberdade de fato para escolher os moldes em que exercerá com autonomia sua profissão. Na prática, os médicos não conseguem eleger a forma pela qual serão contratados e, ainda que conhecessem os aspectos técnicos e jurídicos sobre a contratação, não possuem efetivo poder de negociar e eleger a forma jurídica de sua preferência.

---

<sup>2</sup> Nós exigimos, obrigamos que na composição da equipe, todos sejam sócios da empresa. A gente fala, ‘todo mundo é sócio?’ (Gestor Privado/OSS)

Não foi uma escolha, [disseram] ‘olha, o modelo de trabalho aqui é PJ’ [...] Se eu pudesse escolher, sem dúvida nenhuma eu escolheria CLT. (Médico, Setor Privado)

Ademais, a imposição de uma forma de contratação única guarda relação direta com o número de médicos no mercado, bem como com o número de vagas ofertadas. Isto, pois, quanto maior o número de médicos aptos a ocupar a vaga, maior é a pressão para que o médico se submeta ou não à contratação imposta.

Desta forma, é importante retomar o fato de que, por a força de trabalho em saúde também se sujeitar à lógica de mercado do sistema capitalista, há uma oferta e demanda por profissionais. Sendo que o sistema de ensino garante a estrutura e volume da oferta de médicos, na mesma medida em que o sistema de saúde público e privado define a demanda por meio do número de vagas ofertadas aos médicos.

Neste sentido, a partir da análise de dados atualizados sobre a oferta, obtidos da Demografia Médica realizada pelo próprio Conselho Federal de Medicina, observa-se o seguinte: em janeiro de 2024 existiam 598.573 médicos no Brasil, correspondendo a um crescimento de mais de 100 mil médicos se comparado ao ano de 2020, com 480.882 médicos.

Essa expansão está diretamente relacionada ao crescimento do número de vagas ofertadas no curso de medicina. Pois, conforme Informe Técnico elaborado pela “ProvMed 2030” do ano de 2010 a 2020, houve um crescimento de mais de 120% do número de vagas do curso nas instituições de ensino brasileiras. Este fenômeno impacta diretamente não só na valorização do serviço médico, mas também no poder de negociação do médico que busca se inserir em um mercado que tem se tornado mais saturado.

Em segundo plano, quando da análise da jurisprudência do STF, destaca-se a ideia de que os médicos possuem naturalmente autonomia aliada à espécie de contratação que “pressupõe” uma autonomia inerente. Essa argumentação, contudo, não vai ao encontro da realidade de todos os médicos.

Conforme se extrai das entrevistas realizadas por Levi (2022), sob a perspectiva dos gestores, consideram a PJ como uma contratação que protege e promove a autonomia inerente à profissão médica. Observa-se que os gestores expõem em suas falas que não há subordinação no trabalho médico, pois o médico não recebe ordens, apenas cumpre sua obrigação contratual.

Contudo, como bem ressaltou Levi, há uma tensão quanto a essa autonomia. Os próprios médicos não se consideram autônomos com a contratação por pessoa jurídica, chegando a citar que não há autonomia nenhuma, sendo um “CLT disfarçado”. Dessa forma, a autonomia é limitada, uma vez que há o cumprimento de horários, fiscalização, prestação de

contas a superiores hierárquicos, sem considerar o reduzido poder para negociar termos de seus contratos.

O médico, ao prestar serviços como PJ, se insere sim em uma estrutura hospitalar organizada, com regras próprias que muitas das vezes podem limitar e até conduzir as decisões na relação médica. Ou seja, a autonomia citada pelo Supremo Tribunal Federal nem sempre existe na prática, considerando dois aspectos da autonomia: o poder da tomada de decisões no exercício da profissão e a autorregulação profissional.

Quanto à autonomia, Correa (2023) trata que a indisponibilidade dos direitos trabalhistas tornaria irrelevante o fato de o médico abrir mão de seus direitos aceitando uma contratação por meio de pessoa jurídica. Neste trabalho, propõe-se que não há como falar em autonomia, principalmente quando se analisa que essa modalidade é oferecida aos médicos logo quando se formam e estão em situação de maior vulnerabilidade.

Ou seja, muitos dos médicos se inserem em um modelo de trabalho precarizado quando ainda têm pouco poder de “barganha”, menos experiência e uma situação econômica mais vulnerável, devido aos elevados custos da formação médica. Ocasão na qual muitos dos médicos precisam quitar saldos de dívidas oriundas de financiamento estudantil, por exemplo.

É o que se observa inclusive com médicos cooperados. No trabalho de Joaquim, Santana e Martinez (2013, p. 52), quando da análise do perfil e condições de trabalho dos cooperados, notou-se que a maior parte dos médicos entrevistados, cerca de 64,7%, tratava-se de jovens médicos, na faixa etária de 18 a 25 anos. Ocasão em que relacionam o fato de que tratam de médicos que buscam adquirir fundos para o período da residência médica.

Por fim, o último argumento mais utilizado para justificar que a pejetização é uma escolha do profissional médico envolve o aspecto tributário, fundamento este que é observado também nas entrevistas realizadas por Levi (2022).

Nesse sentido, destaca-se a sessão da Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) ocorrida em 22/10/2024, mas especificamente no julgamento do Agravo Regimental sob a Reclamação 67.348, na qual o Ministro do Supremo, Alexandre de Moraes, destaca que os trabalhadores aceitam a pejetização com o fim de pagar menos tributos, depois recorrem à Justiça do Trabalho buscando reconhecimento do vínculo empregatício. O Ministro defende que tal prática é inconsistente e, a fim de reduzir o número de reclamações, propõe que aquele que tiver provida sua reclamação trabalhista deve recolher os tributos como pessoa física também.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> “Quando há pejetização, terceirização, naquele momento todos concordam, assinam, até porque se paga muito menos imposto do que pessoa física. Depois que é rescindido o contrato, aí vem a ação trabalhista, só que se,

Os impactos fiscais da pejetização compõem um tópico do trabalho apresentado nesta instituição por Correa (2023), no qual ressalta que o tema pode ser tratado de forma mais aprofundada. Portanto, as particularidades que envolvem a tributação no caso de profissionais médicos são objeto do próximo capítulo. No que se propõe a analisar, não só a legislação vigente sobre o assunto, mas o entendimento da própria Receita Federal sobre o tema e precedentes de seu órgão revisor, o Conselho Administrativo de Recursos Fiscais.

Desta forma, objetiva-se responder se a contratação pela pejetização pode ser uma decisão esclarecida tomada pelo médico, se esses profissionais dominam os aspectos tributários de uma contratação nesta espécie e se há, de fato, uma vantagem tributária que justifique a proposição feita pelo Ministro Alexandre de Moraes.

---

talvez, a jurisprudência começasse a exigir isso, nós não teríamos tantas reclamações. Aquele que aceitou a terceirização e assinou contrato quando rescindido e entra com a reclamação ele deveria recolher todos os tributos como pessoa física, aí talvez não tivéssemos mais o primeiro problema, aceitar a terceirização, ou o segundo, entrar com a reclamação,. Porque é algo que, eu diria, não bate no final, porque na justiça do trabalho acaba ganhando a reclamação, só que recolheu todos os tributos lá atrás como pessoa jurídica e depois ele ganha todas as verbas como pessoa física. Ou é pessoa jurídica, ou pessoa física, ou terceirizou ou não terceirizou.”

### **3 PEJOTIZAÇÃO NA MEDICINA: ESTRATÉGIA TRIBUTÁRIA OU NECESSIDADE DE MERCADO?**

Como restou demonstrado no primeiro capítulo, diversas são as implicações inerentes à esfera trabalhista, contudo há impactos da pejetização médica que estão diretamente relacionados à questão tributária. Neste sentido, este capítulo tem por escopo tornar a relação entre a pejetização e as questões tributárias, mais clara, de forma a analisar se a legislação vigente nesta matéria influencia a ocorrência do fenômeno.

Por esta razão, este capítulo parte da análise da Lei nº 11.196/2005, mas especificamente de seu art. 129, já citado na primeira parte deste trabalho. Assim, busca-se analisar a primeira legislação que adentrou em aspectos diferenciados de tributação para profissionais liberais, seus impactos e possíveis consequências que podem ser observadas.

Como segundo ponto, destaca-se a atual conjuntura legal da tributação no contexto da pejetização médica, qual o regime tributário adotado e os benefícios ou malefícios observados na prática. Como continuidade deste tópico, propõe-se a análise das decisões do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais (CARF), a qual ocorreu sob o atual entendimento do órgão sobre a prática da pejetização.

Por fim, propõe-se que o capítulo demonstre a real situação tributária da pejetização médica, respondendo ao questionamento se o médico é profissional esclarecido sob tributação ao ponto de optar pela pejetização como meio de evasão fiscal, por exemplo. Conforme sugere a fala do Ministro Alexandre de Moraes no primeiro capítulo.

#### **3.1 ASPECTOS TRIBUTÁRIOS ATINENTES AO ART. 129 DA LEI Nº 11.196/2005.**

A Lei 11.196/2005, oriunda da Medida Provisória 255 de 2005, chamada de Lei do Bem, surge em um contexto no qual se discutia o regime de tributação aplicável na prestação de serviços de profissionais liberais inseridos em sociedades profissionais. Isto, pois, por ser uma espécie de sociedade civil, deveriam declarar e recolher o Imposto de Renda como Pessoa Jurídica (IRPJ), contudo, a Receita Federal exigia o recolhimento como pessoa física (IRPF).

Em outras palavras, o fisco desconsiderou as pessoas jurídicas que prestavam serviços intelectuais e considerava que os rendimentos eram dos sócios e não da sociedade. Partindo da alegação de que não havia entre os sócios a vontade de constituir empresa, mas apenas a intenção de reduzir sua carga tributária (Sampaio, 2022).

Contudo, não havia, à época, vedações à prestação de serviços intelectuais por meio de pessoas jurídicas. Pelo contrário, desde 1996, com a Lei 9.340 em seu art. 55, as sociedades civis deveriam ser tributadas como pessoa jurídica, de forma que não era mais obrigatório a distribuição automática de rendimentos a cada sócio, para que só depois fosse recolhido o IRPF (Pereira, 2023).

Esses aspectos demonstram que a esfera tributária da prestação de serviços por profissionais liberais sempre foi uma questão de embate para fins fiscais. Para além disso, a Lei do Bem, em seu art. 129, que buscava regular os aspectos tributários, foi considerada, em certa medida, instrumento de promoção da pejetização, como bem ressalta Collier (2023, p. 21):

Não se pode deixar de pontuar que a Lei nº. 11.196/2005, conhecida como a “Lei do Bem”, não veio para regulamentar a contratação de trabalhadores por meio de pessoa jurídica. O intuito era de estimular as atividades de PD&I nas empresas brasileiras, através de concessão de certos benefícios fiscais, mas trouxe consigo, por meio do artigo 129, um estímulo à pejetização no segmento dos profissionais liberais formado por médicos, advogados, arquitetos, corretores, engenheiros, jornalistas, artistas e outros, ao admitir a prestação de serviços dessa categoria através de pessoas jurídicas para fins tributários.

Este apontamento advém do fato de que os pressupostos para sua aplicação abordaram questões do direito do trabalho. Os requisitos são apontados por Maeda (2014) e Sampaio (2022) como sendo: a) existência de um contrato de prestação de serviços; b) objeto do contrato deve envolver a prestação de serviço intelectual, que compreende trabalho artístico, cultural e científico; c) a formalização do contrato depende de constituição de pessoa jurídica; d) os serviços podem ser prestados por sócios da pessoa jurídica ou por terceiro designado por ele; e) o contrato não pode caracterizar uma relação de emprego.

Isto posto, observa-se o seguinte: a fim de evitar a atuação do fisco brasileiro sob a ilegalidade, uma vez que aplicava-se a tributação como pessoa física sob sociedades civis sem prévia lei que o autorizasse, criaram previsão legal oferecendo vantagens fiscais e previdenciárias em caso de profissionais liberais, desde que abrissem mão da proteção trabalhista, que lhes é inerente em razão da indisponibilidade de direitos trabalhistas (Pereira, 2023).

O arcabouço jurídico criado agora serviria como impulsionamento para que a contratação como pessoa jurídica em serviços intelectuais fosse a única possível, uma vez que os empregadores aproveitavam-se das vantagens oferecidas a esses profissionais, para em medida maior se livrarem dos encargos trabalhistas que antes lhes eram impostos.

### 3.2 OS REGIMES TRIBUTÁRIOS E EMPRESARIAIS ADOTADOS POR SOCIEDADES MÉDICAS.

Inicialmente, é importante tratar que o trabalho prestado por meio da pessoa jurídica pode sim ser uma alternativa de planejamento tributário, em casos em que realmente não existe um vínculo empregatício e o profissional prestador de serviços conduz sua profissão com uma estrutura societária clara e bem desenvolvida (Valério, Souza e Miranda, 2023).

Contudo, na realidade, a figura empresarial criada tem um fim muito específico, apenas emitir notas fiscais e pagar tributos. Muitas das vezes, sem uma sede física, funcionários, sequer há a precificação do serviço prestado, ficando a cargo da instituição hospitalar defini-la, como exemplo, com um preço fixo pago por plantão ao médico. Diferenciando-se de uma clínica médica, por exemplo, que de fato tem intuito empresarial.

Neste ponto, é preciso esclarecer o seguinte: a crítica à constituição de uma pessoa jurídica para prestar serviços médicos não tem por escopo apontar a ilegalidade da pessoa jurídica registrada sem intuito empresarial. Sequer busca-se dizer que o fato de não haver intuito empresarial automaticamente gera vínculo empregatício. Dessa forma, a crítica se desdobra no fato de que não ter uma pessoa jurídica médica significa ter reduzido suas oportunidades de trabalho, o que leva o médico a não ter outra opção (Valério, Souza e Miranda, 2023).

Neste sentido, a análise do fenômeno da pejetização perpassa também o direito da empresa, uma vez que a crítica à pejetização, neste trabalho, não busca descaracterizar institutos jurídicos trazidos pelo Código Civil. Mas busca uma análise mais aprofundada do fenômeno a partir de conceitos jurídicos existentes e de aspectos bastante práticos da realidade dos profissionais médicos.

Isto posto, é importante tratar que a pessoa jurídica médica pode ser constituída por alguns tipos societários. Dentre eles, a sociedade simples pura, que exerce obrigatoriamente atividade simples e é registrada sob o Registro Geral de Pessoas Jurídicas (art. 998, CC). Sendo o tipo societário que atende aos profissionais liberais e não tem de fato o intuito empresarial. Esse tipo societário não se reveste de atividade de empresa, devido ao seu objeto social ser a exploração da respectiva atividade intelectual, ou seja, diferente da sociedade empresária, não há organização dos fatores de produção (Tomazette, 2025).

Outro tipo é a sociedade limitada, que tem por característica o hibridismo, uma vez que pode se constituir tanto pelo exercício de atividade simples (sociedade de pessoas) quanto atividade empresária (sociedade de capital), essa segunda registrada na junta comercial (art.

1.1150, CC). Tipo societário que se diferencia pela possibilidade de separação do patrimônio dos sócios do patrimônio da sociedade (Tomazette, 2025).

Feitas essas breves considerações, destaca-se o seguinte: no contexto da Lei 11.196/2005, a crítica feita pelo fisco brasileiro era no sentido de que, contudo, os médicos registravam sociedades simples ou limitadas com outros médicos, contudo um dos médicos não era um sócio de fato, pois não tinha nenhum controle da atividade desenvolvida. Ou ainda, no caso das sociedades limitadas, um dos médicos possuía apenas 1% das quotas da limitada, funcionando como um sócio “fantasma”. Esse fato servia como fundamento para a desconsideração da personalidade jurídica (art. 50, CC) e cobrança do imposto de renda dos médicos como pessoa física, sob fundamento de que a constituição da pessoa jurídica se dava apenas para redução da carga tributária (Pereira, 2023).

Atualmente, o cenário observado é outro, devido à criação das sociedades limitadas unipessoais, a SLU (Medida Provisória 881/2019). Neste contexto, não há a necessidade de um médico “fantasma” para a prestação do serviço médico pela pessoa jurídica. Portanto, o que se observa hodiernamente é o seguinte: médicos, logo quando se formam, para além de seu registro profissional, buscam registrar junto ao cartório de pessoas jurídicas uma SLU com um procedimento totalmente desburocratizado (Valério, et. al., 2023).

Neste sentido, cabe o questionamento se a complexidade do exercício da profissão médica atualmente é algo que o médico domina a partir de um conhecimento livre e esclarecido. Retomando a pesquisa de Levi (2022, p. 9), pode-se dizer que a resposta é não, isto porque as conclusões obtidas pelos autores dizem que os médicos não se apropriam e sequer conhecem os contornos da prestação de serviços nos novos modelos, muito menos conhecem os aspectos tributários, *ipsi litteris*:

É interessante notar, porém, que a maioria dos médicos que declarou trabalhar sob essa modalidade não soube precisar a categoria de seus rendimentos via PJ (distribuição de lucros, pró-labore), o que indica que essa decisão (tributária) acaba competindo ao serviço de contabilidade contratado externamente. Isso sugere que os médicos que atuam como PJ tendem a não se apropriar de questões associadas a essa modalidade de inserção que têm implicações fiscais e previdenciárias relevantes.

Como citado acima, a condução de um registro como PJ médica é algo que fica a cargo do serviço de contabilidade. Fato que justifica, em certa medida, os diversos serviços especializados ofertados por empresas de contabilidade para o registro de pessoa jurídica Médica, o que se comprova em breve pesquisa na internet. Isso em si não é um problema,

contudo, há uma rede de captação de jovens médicos por essas empresas de contabilidade especializadas, na qual o médico já se forma com a preparação para se registrar como pessoa jurídica. Portanto, instrumentalizando e atendendo de forma eficiente a necessidade do mercado que demanda apenas médicos pejetizados (Sampaio, 2019).

Dando continuidade à análise dos empreendimentos médicos, o registro como pessoa jurídica por médicos se dá normalmente como Sociedade Empresária Limitada (LTDA) ou Sociedade Limitada Unipessoal (SLU), em razão das vantagens oferecidas por esses tipos societários. Como exemplo, a possibilidade de se enquadrarem como empresas de porte microempresa ou de pequeno porte, modelo no qual se beneficiam do tratamento favorecido oferecido a esses tipos de empresas pela Lei Complementar 123 de 2006 (Valério, Souza e Miranda, 2023) .

Tal beneficiamento dependeria diretamente da receita bruta anual, por ser o fator que define se a empresa se enquadra, ou não, como empresa regida pela lei. Deve a empresa ter faturamento de até 360 mil reais anuais para se enquadrar como Microempresa e faturamento de até 4,8 milhões anuais para se enquadrar como Empresa de Pequeno Porte. Nesse contexto, a pessoa jurídica médica poderia optar pelos regimes tributários do Simples Nacional, Lucro Presumido ou Lucro Real.

Como bem ressaltam Valério, Souza e Miranda (2023), o regime do Lucro Real é o menos atrativo para médicos, em razão da complexidade de sua tributação, mas principalmente pela alta lucratividade das empresas médicas, com reduzidos gastos, por não possuírem trabalhadores e, em alguns casos, uma sede física do empreendimento. Dessa forma, é mais vantajoso adotar os regimes do Simples Nacional e do Lucro Presumido.

Destaca-se aqui que o Simples Nacional se enquadra como um dos regimes mais atrativos, em razão da maior simplicidade que envolve o recolhimento de tributos nesse modelo, o qual é realizado sob guia única, o DAS – documento de arrecadação do Simples Nacional –, sendo que seu destaque principal encontra-se em suas alíquotas reduzidas (Valério Souza e Miranda, 2023).

Contudo, possui restrições específicas, como o faturamento anual limitado a 4,8 milhões de reais, além do enquadramento da atividade em Códigos de Atividades Econômicas (CNAEs) que constam da lista possível para o Simples. As alíquotas do Simples Nacional diferenciam-se por anexos, com base em uma classificação por CNAE nos quais as empresas se enquadram. Os médicos se enquadram no Anexo III ou no Anexo V, sendo o Anexo III com menores alíquotas (Valério, Souza e Miranda, 2023) .

A diferença entre esses anexos reside no fato de que, no anexo III a empresa deve apresentar gasto de 28% da receita bruta em folha de pagamento, o que denomina-se de “Fator R”. Contudo, para se beneficiar da menor alíquota deste anexo, a empresa também deve ter faturamento de no máximo 180 mil reais por ano (Valério, Souza e Miranda, 2023).

Além das alíquotas do Simples, há impostos sobre o pró-labore, do qual se deduz 11% sobre o valor recolhido a título de pró-labore para fins de previdência, além do Imposto de Renda que possui taxas progressivas definidas pela Receita Federal. Diferente do Simples Nacional, que não tem custos para a empresa, mas apenas para os sócios, o Lucro Presumido também prevê a tributação da empresa sobre o pró-labore, com encargos sociais de 20% sobre o recolhido (Valério Souza e Miranda, 2023).

Quando parte-se para a análise das vantagens tributárias para uma pessoa jurídica médica, destaca-se a pesquisa empírica realizada por Valério, Souza e Miranda (2023). A análise de empresas médicas os permitiu concluir que as alíquotas dos principais tributos pagos ficaram em cerca de 10%, o que representa uma tributação baixa se comparada a outras empresas e ao médico que recolhe tributos como pessoa física. Isso se justifica, para os autores, no fato de que os médicos retiram parte do faturamento como pró-labore (tributável) e uma parte como dividendos, sobre o qual ele não será tributado, nem como pessoa física.

Contudo, os autores destacaram que há outras taxas e tributos que não incidem sobre o faturamento, mas devem ser pagos anualmente. Dentre eles, taxas sobre a abertura e modificações do CNPJ, taxa municipal de funcionamento, taxas bancárias, custos com contabilidade, inscrição e anuidade da pj médica perante o conselho regional de medicina. Concluem que, ao objetivarem pagar menos tributos pela pessoa jurídica do que pagariam como pessoa física, os médicos têm que se manter nas faixas iniciais do Simples Nacional (Valério, Souza e Miranda, 2023).

Quando fala-se da tributação de médicos empregados pelo regime celetista, contribuintes no processo de tributação pelo IRPF (art. 153, §2º da CRFB/88), este pode chegar a alíquotas de 27,5%, conforme assevera Rey (2020). Em contrapartida, o médico tem assegurada toda a proteção prevista ao empregado pela Constituição Federal e CLT, além do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), 13º salário e estabilidade previdenciária.

Nos moldes atuais, a vantagem tributária adquirida pode ser considerada pouco atrativa, uma vez que o médico no regime pejetizado está sujeito a riscos, tais como a retenção de seus honorários (Conselho Regional de Medicina Rio Grande do Sul, 2023).

Contudo, Rey (2020, p. 36) aponta que a contratação sob o modelo de PJ ainda poderia ser viável ao contratado caso ele tivesse poder de negociar os custos já citados acima:

A contratação via pessoa jurídica torna-se atrativa para o contratado quando a sua remuneração enquadra-se na alíquota máxima do imposto de renda e que ele esteja em condição de negociar valores com a contratante, incluindo seus custos contábeis, e o quanto a mais receberá desta forma, considerando que o prestador de serviço terá que arcar com seu próprio INSS e FGTS, plano de saúde, não contará com férias, adicional por trabalho noturno ou insalubre, estabilidade.

Dessa forma, essa benesse ao empregado dependeria diretamente da autonomia para negociar o preço de seu serviço, o que não ocorre na prática, pelos contratos se assentarem como contratos de adesão, como demonstrado no primeiro capítulo.

No mesmo sentido, Rey (2020, p. 37) atrela a vantagem à clareza e conhecimento que o médico possui para analisar, no caso em concreto, os aspectos contratuais de sua contratação, o que também não ocorre, como demonstrado no início deste capítulo. Vez que os médicos não dominam os aspectos técnicos do contrato e do modelo de tributação no qual se inserem, pelo menos não dominam a ponto de conseguirem identificar se um contrato é de fato vantajoso ou não.

A clareza dos profissionais sobre os contextos contratuais é crucial, proporcionando mensurar os prós e contras de cada regime. Não havendo uma compreensão nítida por parte dos prestadores de serviços – dos médicos, neste caso –, perpetua-se a ingenuidade de reconhecer, na prática da contratação via pessoa jurídica, a vantagem da menor tributação, sem atentarem-se da transferência dos gastos e responsabilidades que terão no lugar da contratante. A análise do valor acordado para o vínculo de pessoa jurídica em comparação ao que a empresa gastaria com o salário celetista, por exemplo, é importante para verificar se o acordo é mutuamente vantajoso entre as partes ou exploratório – lembrando que não se trata da problemática do não compromisso com as políticas redistributivas (Rey, 2020, p. 37).

Conclui-se, portanto, que o fenômeno da pejetização é vendido para profissionais autônomos como uma “oportunidade” de se formalizarem e se tornarem empresários com autonomia e liberdade para organizarem sua vida profissional, já para profissionais liberais a pejetização é oferecida pelas vantagens tributárias que a acompanham.

Ao retomar a fala do Ministro Alexandre de Moraes, dispondo no sentido de que todos os contratos formulados no modelo de pejetização envolveriam partes com conhecimento livre e esclarecido que escolhem o modelo pelas vantagens tributárias, tem-se que de fato pode haver certa vantagem tributária, mas nem sempre ela é a razão pela qual o prestador de serviço optou por esse modelo.

Portanto, a sugestão feita por Moraes de que se recolham tributos devidos à pessoa física daquele que prestou serviços como pessoa jurídica, no caso de reconhecimento posterior

do vínculo empregatício, parece ser mais uma tentativa de minar qualquer possibilidade de que fraudes perpetradas por meio da pejetização sejam revertidas.

Ou seja, a proposta de Moraes novamente, como a Lei do Bem e as mudanças jurisprudenciais ocorridas, seria uma tentativa de anuir com a pejetização, minando qualquer possibilidade do reconhecimento do vínculo empregatício, e até mesmo de que existam vínculos formais abrangidos pela proteção do direito do trabalho, em razão da sua onerosidade ao empregador.

O estabelecimento dessa medida representaria, inclusive, um desestimulador do acesso à justiça. Isto porque, diga-se um caso hipotético, que frequentemente ocorre, no qual um médico, contratado por um hospital como PJ, se vê sem receber as verbas pelos serviços prestados. Nessa ocasião, ele procura auxílio de um advogado que demonstra que há, na verdade, entre ele e o hospital, um vínculo empregatício.

Implementada tal medida, prevista por Moraes, seu advogado pensaria duas vezes antes de ingressar com uma reclamação trabalhista, e ainda que o advogado indicasse tal caminho, ao explicar ao médico as consequências do reconhecimento do vínculo, ele desistiria de seus direitos antes mesmo de buscá-los.

### 3.3 O ENTENDIMENTO DA RECEITA FEDERAL SOBRE A PEJOTIZAÇÃO MÉDICA: ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO CARF SOBRE O FENÔMENO.

Conforme se demonstrou, as questões tributárias inerentes à pejetização ainda estão em pauta e não parecem ter sido solucionadas. Nesse sentido, não há como ignorar o entendimento da Receita Federal sobre o tema.

Até o ano de 2016, o órgão entendia que a redução tributária aplicada a profissionais liberais, que prestam serviço como pessoa jurídica, seria indevida. Pela assimetria gerada em relação a outros trabalhadores, defendia-se que era inadequado aplicar as mesmas vantagens tributárias oferecidas a sociedades que gerem bens de produção, funcionários e instalações, a uma sociedade profissional com um único sócio, o prestador de serviço (Ministério da Fazenda, 2016)

Para fundamentarem sua crítica, fizeram uma comparação simulada da incidência de impostos sobre serviços prestados por uma pessoa física (empregado), por uma empresa com estrutura típica empresarial tributada pelo Lucro Presumido e por uma sociedade profissional com único sócio, também tributada pelo Lucro Presumido (Ministério da Fazenda, 2016).

Na simulação consideraram a incidência do IRPF e IRPJ, da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o PIS e Cofins, a incidência do ISS, encargos do empregador, contribuição previdenciária patronal, FGTS, encargos do Sistema S e Risco Ambiental do Trabalho (RAT).

A simulação demonstrou que, entre o profissional que auferiu renda como pessoa física e aquele que constituiu a pessoa jurídica, a redução seria de 6,26% na incidência de impostos. Já a empresa teria uma incidência parecida com a pessoa física, com uma diferença de pouco mais de 1,5%. Já a empresa que contratou a pessoa jurídica para prestar serviços se desincumbiria de cerca de 31% dos encargos trabalhistas (Ministério da Fazenda, 2016).

De certo, como já citado no primeiro tópico deste capítulo, antes da vigência da Lei do Bem havia um contrassenso praticado pela Receita Federal, ao exigir de sociedades civis compostas por profissionais liberais o pagamento por cada sócio do IRPF, quando deviam cobrar apenas o IRPJ.

Dessa forma, destacava-se que, embora a prestação de serviços pela pessoa jurídica surgisse como instrumento de redução de impostos, a atuação do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais mostrava que não havia espaço para que fosse usada para fins de fraude contra o sistema tributário.

Atualmente, contudo, qual seria a postura da Receita Federal, principalmente após as mudanças de entendimento perpetradas pela atual jurisprudência do Supremo Tribunal Federal? Esta é a análise que se propõe agora.

É informação pública que o Carf procedeu, em 2024, com a anulação de cerca de R\$ 1 bilhão em autos de infração da Rede D'Or pela contratação de serviços médicos através de pessoas jurídicas. A anulação se deu levando em consideração a decisão do STF que fixou a Súmula nº 725, tendo o relator ressaltado que o vínculo empregatício entre médicos e hospitais seria incompatível com sua atividade (Valor Econômico, 2024).

Se comparado a períodos anteriores nos quais as multas contra hospitais, que contratavam médicos nesse sistema, chegavam a 225% sobre o crédito tributário não recolhido (Correa, 2023, p. 26), depreende-se uma grande mudança no modelo de atuação do órgão revisor. Contudo, cabe analisar a jurisprudência mais atual do Carf a fim de constatar se se trata de exemplo isolado.

Para que fosse possível essa análise, foi feita uma pesquisa de acórdãos no sítio oficial do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais, utilizando-se o sistema de filtros do próprio órgão e filtrando pelos termos “pejotização” e “médicos”, utilizando tanto a variação da “ADC 324” quanto da “ADC 66”, bem como do filtro de “ano da sessão”. Foram

selecionados acórdãos publicados em 2024, ou seja, bem após a publicação da decisão do STF que fixou o tema nº 725.

A primeira pesquisa realizada sob esses parâmetros com acórdãos de 2024 resultou em 13 resultados. Passando à análise dos julgados, foram selecionados 3 acórdãos que guardam maior relação com o trabalho. Dentre eles, o processo de nº 13136.720199/2020-54, o qual versava sobre profissionais médicos que compõem o corpo docente do programa de residência médica do hospital Mater Dei, contratados como médicos autônomos sob o modelo da pejetização, sobre os quais o hospital deixou de recolher a contribuição sindical.

Embora a fiscalização tenha analisado a presença dos requisitos do art. 3º da CLT para configuração do vínculo e tenha realizado a autuação fiscal, ela foi desconsiderada sob argumento de que a justiça do trabalho não teve a mesma conclusão no caso, e fundamentadamente na ADPF nº 324, ADC nº 66 e RE nº 958.252 deram provimento a recurso e desconstituíram o crédito.

O mesmo foi observado no processo de nº 15504.724682/2019-64, que versava sobre a omissão de rendimentos por médico de trabalho em empresa sem vínculo empregatício. Na ocasião, considerou-se que os valores devidos ao autuado referiam-se ao seu trabalho como profissional hipersuficiente. E, com fundamento no tema n. 725, considerando a legalidade da contratação da pessoa jurídica, cancelaram a autuação fiscal, por considerarem os valores fiscalizados referentes à distribuição de lucros da pessoa jurídica, não cabendo sua reclassificação como verbas de outra natureza.

Destaca-se nesse processo o fato de que o relator considerou que o risco assumido por um empresário na condução de sua atividade poderia ser, no caso da pejetização, o mesmo risco assumido pelo indivíduo pejetizado ao não receber seguro-desemprego ou qualquer benefício do regime celetista.

Por fim, destaca-se o processo de nº 10166.720689/2017-18, referente à Rede D'Or São Luiz, já citada, na qual vê-se que foram cancelados os créditos tributários referentes a contribuições previdenciárias em razão da licitude da pejetização com fundamento no Tema 725 do STF, fato que exime a responsabilidade do recolhimento da contribuição.

Desta forma, resta evidente que a jurisprudência sobre a pejetização do Supremo Tribunal Federal tem exercido influência na atuação do Carf, e uma vez que é usado como fundamento para anular as multas aplicáveis em face dos hospitais, instituições hospitalares e médicos, impacta o aumento de contratações pela pessoa jurídica. Isto porque a atuação da Receita Federal pode ter deixado de representar um risco para a prática.

#### **4 O TRABALHO DO MÉDICO EM PORTUGAL, FORMAS DE CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA.**

No cenário brasileiro, como discutido até o presente momento, observa-se que os profissionais liberais têm se deparado com um cenário de precarização sobre o qual os conselhos representativos não têm um papel ativo frente ao ocorrido. Pouco se discute sobre as causas do fenômeno e sobre as soluções, buscando mitigar apenas seus efeitos colaterais, como ocorre com os Conselhos Regionais de Medicina discutindo apenas a retenção de honorários médicos.

Nesse contexto, para além da discussão no cenário nacional, uma visão sob a ótica do direito comparado pode oferecer instrumentos que auxiliem a compreensão se o problema da pejetização no Brasil se encontra nesse modelo de trabalho em si, ou em outros aspectos. Dessa forma, esse capítulo busca explorar o modelo português a fim de identificar semelhanças e contrastes com o Brasil, com maior foco no trabalho médico.

As pesquisas iniciais sobre a temática trouxeram à tona a Associação Nacional dos Profissionais Liberais em Portugal, a qual realizou no ano de 2023 em Portugal seu 1º Fórum Profissional Liberal. O fórum contou com a presença de diversos profissionais que ocupam papel diretivo em órgãos e entidades de representação desses profissionais. Com destaque para os profissionais da saúde, esse primeiro encontro resultou na assinatura de um protocolo com o Fórum Saúde XXI, uma organização da sociedade civil portuguesa voltada para fins de defesa da saúde humanizada (FÓRUM SAÚDE XXI, 2023).

Dentre os vários painéis de discussão, alguns deles se destacam, dentre eles “Os Profissionais Liberais na Europa e no Mundo”. Nele foi possível ouvir Elena Córdoba Azcárate, diretora do “Departamento Internacional da Unión Profesional”, a qual abordou a situação dos profissionais liberais em toda a Europa, destacando uma movimentação de desregulamentação que vem ocorrendo. Córdoba citou que deve-se buscar que o poder público entenda que as profissões não respondem a parâmetros de economia de mercado. Mas sim, que há um problema de mobilidade em toda a União Europeia, que pode ser solucionado pela revisão da regulamentação existente, mas que não deve parar aí, citando uma série de medidas para a solução (ANPL, 2023).

Neste mesmo painel, participou o brasileiro Divanzir Chiminacio, presidente da Confederação Nacional das Profissões Liberais, e em sua fala destacou-se o esgarçamento sindical das categorias diferenciadas, com o desenho de uma linha tênue entre padrões e

empregados, chegando a citar que é comum práticas antissindiciais praticadas por conselhos profissionais.

Adentrando especificamente ao tratamento dado ao profissional liberal em Portugal, ao qual é objeto do painel “O Profissional Liberal em Portugal”, têm-se que a legislação portuguesa, faz uma diferenciação entre os profissionais liberais, a qual ocorre pela categoria de “*trabalhadores independentes economicamente dependentes*”, figura regulada no Código de Trabalho no art. 10-A.

O contexto em que se inserem estes profissionais leva em consideração que o Direito do Trabalho regula o trabalho subordinado, e quando ausente o requisito da subordinação, estes trabalhadores são reconduzidos para a categoria dos prestadores de serviço independentes, que podem ou não ser profissionais liberais.

Portanto, os trabalhadores trazidos pelo art. 10-A, do Código de Trabalho (CT), podem ser definidos como sendo aqueles que não realizam seu trabalho em moldes juridicamente subordinados, mas se encontram economicamente dependentes. Segundo a legislação, ficam excluídas as sociedades, e exige-se que o trabalhador preste serviço de forma direta, pessoal, bem como que se enquadre no art. 140 do Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social (CRCSPSS).

Ademais, eles têm garantido alguma proteção do Código de Trabalho, dentre eles os direitos de personalidade, igualdade e não discriminação, segurança e saúde no trabalho, bem como de gozar da proteção dos instrumentos negociais de regulamentação coletiva de trabalho em vigor no âmbito do mesmo setor de atividade profissional e geográfico.

Nota-se que a legislação prima para que esses trabalhadores tenham mantido seu direito de serem representados por sindicatos e para que se beneficiem de instrumentos coletivos de negociação (art. 10-A, CT).

Para Ana Teresa Ribeiro, no painel “Os profissionais Liberais em Portugal”, a previsão legislativa vai de encontro ao defendido pela Comissão Europeia, bem como às Guidelines, que vêm permitir que as convenções coletivas abranjam esses trabalhadores, sem que isso coloque em causa o art. 101 do Tratado de Funcionamento da União Europeia, indo de encontro ainda aos princípios da Organização Internacional do Trabalho.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Artigo 101.º (ex-artigo 81.º TCE)1. São incompatíveis com o mercado interno e proibidos todos os acordos entre empresas, todas as decisões de associações de empresas e todas as práticas concertadas que sejam suscetíveis de afetar o comércio entre os Estados-Membros e que tenham por objetivo ou efeito impedir, restringir ou falsear a concorrência no mercado interno, designadamente as que consistam em

Em sentido oposto, como visto pela própria fala de Chiminacio, presidente da Confederação Nacional das Profissões Liberais, no Brasil os próprios sindicatos desses profissionais sofrem com condutas antissindicais praticadas por seus próprios conselhos profissionais, sem que o sindicato consiga ter papel ativo no alinhamento de melhores condições de trabalho e de contratações para os médicos.

Isso posto, um ponto central do início deste trabalho, que se relaciona ao contexto português, é a própria figura do trabalhador hipersuficiente no Brasil. Isto porque o legislador português, quando da definição de trabalhadores economicamente dependentes, não define um valor específico para configuração da dependência econômica e também busca apontar que é possível que profissionais liberais possam ser dependentes.

Entretanto, a ideia de hipersuficiência na legislação brasileira tem um teto remuneratório que não leva em consideração a real dependência do trabalhador e tem por efeito uma generalização, bastando ser profissional liberal para que esteja configurada sua suposta autonomia. Dessa forma, enquanto a legislação portuguesa busca, em certa medida, no mínimo preservar os direitos sindicais do profissional liberal, a brasileira faz o contrário.

Quando se retomam as razões da criação da figura do hipersuficiente, destacam-se as falas do relator do projeto da Reforma Trabalhista, Rogério Marinho, o qual sugere que a previsão do parágrafo único do art. 444 da CLT tem por escopo justamente não admitir que o trabalhador com graduação superior e salário acima da média remuneratória necessite da proteção do estado ou de tutela sindical para negociar seus direitos.<sup>5</sup>

Essa previsão legislativa, nos contornos em que se propõe, corresponde a um “mundo ideal”, mas não real. Pois, como visto, o trabalhador brasileiro, ainda que possua alta remuneração, não tem autonomia, lhe restando aceitar os termos que lhe são oferecidos, seja ele um médico no contrato PJ ou o advogado no contrato de associação. Seus trabalhos se tornaram justamente a crítica de Elena Córdoba, um mero respondente da economia de mercado.

Feitos alguns apontamentos sobre diferenças observadas entre o trabalho do profissional liberal no contexto de ambos os países, busca-se agora uma análise mais

---

<sup>5</sup> A inclusão de um parágrafo único ao art. 444 visa a permitir que os desiguais sejam tratados desigualmente. De fato, a CLT foi pensada como um instrumento para proteção do empregado hipossuficiente, diante da premissa de que este se encontra em uma posição de inferioridade ao empregador no momento da contratação e da defesa de seus interesses. Todavia não se pode admitir que um trabalhador com graduação em ensino superior e salário acima da média remuneratória da grande maioria da população seja tratado como alguém vulnerável, que necessite de proteção do Estado ou de tutela sindical para negociar seus direitos trabalhistas. A nossa intenção é a de permitir que o empregado com diploma de nível superior e que perceba salário mensal igual ou superior a duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social” — em torno de 11 mil reais — “possa estipular cláusulas contratuais que prevaleçam sobre o legislado, nos mesmos moldes admitidos em relação à negociação coletiva, previstos no art. 611-A deste substitutivo.

aprofundada do trabalho médico em Portugal, a fim de que seja possível compreender o modelo de trabalho predominante no país em um comparativo com o Brasil e sua crescente na pejotização médica.

A análise bibliográfica, neste tópico, decorre da seleção de diferentes escritos que possibilitaram o entendimento sobre o trabalho médico em Portugal. Dessa forma, propõe-se esclarecer os modelos de contratação dos médicos, a atuação dos jovens médicos no país, bem como busca-se responder se a atuação desses profissionais se dá de forma predominante em algum setor e se há registros de algo similar ou correspondente à pejotização no Brasil.

Nesse sentido, um dos documentos selecionados foi o “Novo Relatório sobre a Carreira Médica no Brasil”, publicado e produzido pela Ordem dos Médicos no ano de 2023. O qual trouxe um histórico sobre as carreiras médicas em Portugal desde 1961, quando foi publicado o primeiro relatório no mesmo sentido. Além do que abordou aspectos sobre as condições de trabalho e remuneração, a formação médica, as políticas de saúde e gestão, e o mais importante para o trabalho, dados técnicos e estatísticos sobre o trabalho em ambos os setores, o público e o privado.

Como já citado, em 1961 foi divulgado o primeiro “Relatório sobre as Carreiras Médicas em Portugal”, elaborado pela Ordem dos Médicos após uma Assembleia Geral ocorrida no mesmo ano. Embora não tenha sido possível encontrá-lo na íntegra, alguns de seus principais objetivos foram citados no Novo Relatório. Em síntese, dentre várias informações, ele abordava que a estrutura hospitalar em Portugal à época era restrita aos grandes centros, como Lisboa, Porto e Coimbra, e a saúde básica dependia de consultórios privados. Nesse contexto, os médicos não possuíam qualquer direito laboral, recebendo apenas algumas gratificações dos hospitais (Ordem dos Médicos, 2023, p. 10-11).

O Relatório propunha a criação de 2 carreiras médicas: saúde pública e hospitalar, com diferentes graus, com ênfase na exigência de que ambas teriam o provimento por meio de concursos, com provas públicas. Além disso, previa uma remuneração fixa e variável. E propunha três regimes de tempo de trabalho: tempo completo, tempo parcial e a ocupação exclusiva, esta que seria aplicável apenas aos médicos da saúde pública (Ordem dos Médicos, 2023, p. 11).

Algumas dessas previsões passaram a existir com a Lei n. 2120/63, a lei das Bases da Política de Saúde e Assistência, a qual previa uma cobertura universal à população portuguesa. A previsão de uma carreira hospitalar com provimento por meio de concursos também foi citada no Estatuto Hospitalar, Decreto Lei n. 48.357/68. Mas a consagração da carreira médica de saúde pública e hospitalar se estabeleceu com o Decreto Lei n. 414/71.

A reforma promovida pelo decreto 414/71, juntamente com o Decreto-lei n. 413/71, ficou conhecida como a Reforma Gonçalves Ferreira, tendo por foco a promoção da saúde e prevenção de doenças, reconheceu o direito à saúde e criou uma rede de centros de saúde. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é a constitucionalização do direito à saúde com a previsão de uma saúde universal, geral e gratuita, a partir da Constituição de 76, em seu art. 64 (Bernardino, 2020, p. 74).

O ano de 79 foi marcado por dois importantes regramentos, primeiro porque se implementou o SNS com sua instrumentalização pela Lei n. 56/79, no mesmo ano criou-se o Estatuto do Médico (Decreto-lei n. 373/79) que trazia direitos e deveres desses profissionais e as regras de regime de trabalho dos médicos em funções públicas.

Ao longo do tempo, essa estrutura sofreu modificações, por exemplo, em 1982, com o Decreto-Lei n. 310, que regulamentou uma terceira carreira, a Clínica Médica. Como expõe Bernardino, 2020, p. 74:

Foram reguladas as carreiras de saúde pública, clínica geral e hospitalar, definidos os tempos de formação, progressão, regimes de trabalho e remunerações. O regime de trabalho dos médicos da carreira hospitalar passou a incluir a obrigação de prestação de 12 horas de serviço de urgência, sendo as restantes programadas de segunda a sexta-feira, da seguinte forma (artigo 32.º): - O horário diário de trabalho deve ser dividido em 2 períodos com intervalo mínimo de 1 hora, ressaltando-se a possibilidade de jornada contínua para as equipas em atividade cirúrgica; e Deve ser “colocado dentro do período que decorre entre as 8 horas e as 20 horas.

Embora a carreira médica sofresse com ataques ao longo da história em Portugal, como ocorreu pelo Decreto Lei n. 310/82, por exemplo, ela foi acompanhada de uma melhoria salarial e profissional para os médicos, em razão do papel dos sindicatos e da Ordem dos Médicos, movimento que não é observado no Brasil.

O período dos anos 90 foi um marco das negociações coletivas no setor médico entre os sindicatos e os gestores privados. Logo em 2002, observa-se uma nova tentativa de diminuição em massa e impedimento de novos médicos ingressarem no plano de carreira, a partir da Lei n. 27/2002, a qual modifica toda a estrutura de prestação de cuidados em saúde. Isto pois criava dois regimes jurídicos para os hospitais públicos, as sociedades anónimas de capital público, e mantinha outros hospitais como entidades públicas.

Destaca-se que as leis que buscavam desmontar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal buscavam atacar primeiro a Carreira Médica, como ocorreu com a Lei n.

12-A/2008, ao criar o regime geral de vinculação das carreiras médicas, trouxe outras duas carreiras, a Medicina do Trabalho e a Medicina Legal, para a carreira pública.

O que inicialmente parecia benéfico resultou em uma redução do número de carreiras, pois foram abarcadas todas na Carreira Médica Especial. Destaca-se ainda a eliminação do regime da dedicação exclusiva, que, por ser considerado inerente às funções públicas, extinguiu-se também o adicional pago. Logo surgiram soluções jurídicas que buscavam impedir o avanço dessas medidas e que ofereciam proteção às carreiras médicas.

Nesse contexto, surgiu o Decreto-Lei n. 176/09 para médicos que estavam em contratos individuais de trabalho nos estabelecimentos de saúde entidades públicas empresariais e a outras que estivessem integradas ao SNS, e o Decreto-Lei n. 177/09 para os médicos que já estavam em uma carreira médica especial. Foram negociados ainda os Acordos Coletivos de Trabalho nº 2/2009 e 41/2019, os quais abrangiam, respectivamente, médicos que exerciam funções públicas e estavam na Carreira Especial Médica e aqueles dos contratos individuais no setor privado.

Feito esse breve histórico, o Novo Relatório também conta com uma análise em seu tópico “Deve a Carreira Médica existir apenas no serviço público?”. Do qual se extrai uma informação importante: apesar das grandes mudanças que podem ser consideradas precarizantes ao longo dos anos 2000, de 2018 a 2021 cerca de 40% dos médicos apenas estariam fora do serviço público de saúde português. Ou seja, cerca de 60% dos médicos encontram-se atuantes como médicos do serviço público (Ordem dos Médicos, 2023, p. 92). Destacam-se aqui algumas informações sobre os médicos atuantes nesse setor (Ordem dos Médicos, 2023, p. 95):

No inquérito supracitado, promovido pela OM em 2021, do total de 6.755 médicos que a ele responderam, 67% trabalhavam no SNS, quase metade dos quais (43%), em regime de “dedicação exclusiva”, a que puderam aderir antes de 2009. Destes, umas percentagens significativas (53%) rejeitaram a hipótese de no futuro virem a trabalhar no sector privado, e os que põem como provável essa hipótese (21%), apontam a “Remuneração”, como primeira razão para o fazerem. Torna-se claro que muitos médicos ainda em “dedicação exclusiva”, não manifestam vontade de abandonar esse estatuto, apesar de terem visto (como todos os profissionais do SNS) diminuir significativamente o seu poder de compra nos últimos anos, e muitos poderem ser mais bem remunerados no setor privado. Por outro lado, os que põem a hipótese de o fazer, fazem-no por causa das baixas remunerações no serviço público. Tudo leva a crer, por isso, que, se as condições horárias, vantagens remuneratórias e outros benefícios da “exclusividade” fossem restabelecidos, muitos médicos (nomeadamente os mais jovens), adeririam

ao regime de dedicação exclusiva, resolvendo, de forma significativa, o problema da tão relevante “falta de atratividade” do SNS.

Observa-se assim que, diferente do Brasil, em que os médicos encontram-se predominantemente em regimes que não são planos de carreira, em Portugal, ainda que se perceba grande precarização, mais da metade dos médicos não migraram nem de setor nem de regime de contratação. Atualmente, a admissão de médicos no SNS segue o previsto no Decreto-Lei n. 46/2020, prevendo como formas de concurso, um concurso nacional e outro regional.

Mas observa-se que o regime legal de trabalho dos médicos se torna variado, justamente porque podem ser médicos de carreira hospitalar ou da saúde pública e clínica médica (medicina geral e familiar). Podem estar em um contrato individual de trabalho ou ter uma relação jurídica de emprego público, ser sindicalizados ou não. Além disso, há a possibilidade de estarem sujeitos a diferentes regulamentações resultantes dos processos de negociação coletiva (Bernardino, 2020, p. 76).

O Novo Relatório traz tanto sua pesquisa própria sobre as razões pelas quais os médicos deixaram o Serviço Nacional de Saúde Português, quanto uma pesquisa promovida pela Ordem dos Médicos, ambas analisando as razões pelas quais os médicos mudaram do setor público para o privado. Aborda ainda as vantagens e desvantagens de ambos os setores segundo a opinião dos médicos entrevistados. Como bem resumido está no Novo Relatório, cita-se (Ordem dos Médicos, 2023, p. 95):

Desde 2011, milhares de médicos optaram pela aposentação antecipada. Centenas optaram por emigrar. Outros tantos optaram por trabalhar apenas no sector privado. Dados publicados em 2011 pela Federação Europeia de Médicos Assalariados (FEMS) [2] mostraram que Portugal é um dos países da Europa em que os médicos têm salários mais baixos. De resto, a despesa pública com a Saúde (orçamento de Estado) representou, em 2015, apenas 5,9% do PIB. O que mudou então para que, desde 2011, tantos médicos tenham decidido trabalhar fora do SNS? A desqualificação e a forma como muitos médicos foram e são tratados pela tutela, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o excesso de burocracia no trabalho habitual dos médicos, o aumento dos casos de violência contra médicos e profissionais de saúde, as constantes transformações legislativas no que respeita ao acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática e transparente da Carreira Médica, nomeadamente no que aos concursos diz respeito, ajudam a explicar a maioria daquelas decisões.

A principal diferença entre todo o fenômeno de precarização da saúde ocorrido tanto em Portugal quanto no Brasil advém de algo muito importante para a profissão do médico: a autonomia. Ainda que Portugal seja um dos exemplos na Europa em que essa precarização seja mais latente, o que justificaria inclusive a migração de portugueses para outros países, a escalada do mesmo fenômeno no Brasil é muito maior.

Observa-se que os médicos entrevistados em Portugal, tanto no setor público quanto privado, têm grande mobilidade entre os setores, planejando inclusive migrar de um setor para o outro sem maiores dificuldades. Percebe-se ainda que conseguem analisar qual é o regime de trabalho que mais lhes oferece vantagens, sendo que alguns optam pelo trabalho no SNS e outros pelo trabalho em hospitais privados.

Embora não fique claro qual seria a espécie de contrato mantido entre os médicos e os hospitais no setor privado, se por exemplo, seria uma típica terceirização com uma empresa tomadora de serviços, ou os médicos atuariam tipicamente como trabalhadores independentes, como autônomos.

Nota-se a previsão no Estatuto da Ordem dos Médicos, ainda em vigor, da possibilidade de serem criadas sociedades profissionais nas quais os médicos executem a sua atividade conjuntamente (art. 116, Lei n. 9/2024). Segundo definição trazida pelo Regulamento n. 1138/2024, o qual regula a inscrição dos profissionais na Ordem dos Médicos, em seu art. 24:

- 1 - Os médicos estabelecidos em território nacional podem exercer em grupo a profissão desde que constituam ou ingressem como sócios em sociedades profissionais de médicos.
- 2 - Podem ainda ser sócios de sociedades profissionais de médicos:
  - a) Sociedades profissionais de médicos previamente constituídas e inscritas como membros da Ordem;
  - b) Organizações associativas de profissionais equiparados a médicos, constituídas noutro Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, cujo capital e direitos de voto caiba maioritariamente aos profissionais em causa.

Ou seja, há na legislação portuguesa previsão que é similar às sociedades simples existentes no Brasil, que permitem que os médicos formem associações profissionais para exercerem sua atividade profissional, oferecendo inclusive atividades interdisciplinares desde que não sejam incompatíveis com a atividade médica.

Ainda existe a possibilidade de o médico, dentista e outros profissionais registrarem uma sociedade unipessoal por quotas para exercer sua atividade profissional, em estrutura que corresponde à sociedade limitada unipessoal brasileira. Inclusive com procedimento facilitado

para seu registro, com todo procedimento para constituição detalhado no próprio site do Governo Português.

Essa modalidade tem previsão legal no art. 7º, nº 2 do Código das Sociedades Comerciais (Decreto-lei n. 262/86), com a restrição de que o indivíduo só pode ser sócio de uma única sociedade unipessoal por quotas (art. 270, nº 1, CSC), bem como veda que esse único sócio seja outra sociedade unipessoal por quotas (art. 270, nº 2, CSC), podendo ainda mudar sua natureza a partir da divisão e cessão da quota ou do aumento do capital social com a entrada de novo sócio.

Dessa forma, questiona-se o fato de que, se existem tantos institutos similares aos brasileiros, pode-se dizer que há uma diferença para o fenômeno da pejetização no Brasil? A resposta mais correta é que sim, há uma diferença primordial. Como se verificou pela análise do sistema de saúde existente em Portugal, o setor da saúde para os médicos compreende muitas formas de ingresso, logo não há uma imposição para que o médico atue sob um único formato de contrato.

Ao contrário do Brasil, o sistema de saúde português traz diferentes formas de atuação, podendo optar pela Carreira Médica Especial, por meio de concurso nacional e regional, atuação no setor privado, com contratos por tempo determinado, em tempo parcial, ou por serviços, sem prévia exigência de que o médico atue somente por meio de uma sociedade empresarial, podendo ser apenas um trabalhador independente, com registro na Ordem dos Médicos.

Importante citar ainda que há uma movimentação do Conselho Nacional Consultivo do Exercício da Medicina Privada e Convencionada que tem buscado facilitar o trabalho do médico fora de estruturas de saúde pública ou privadas, ou seja, o exercício de sua profissão em consultórios próprios. O Conselho busca a revisão da legislação do Ministério da Saúde e da ERS, conforme fala da Direção do Conselho para a Revista da Ordem dos Médicos, na edição 236 (jun.-nov. 2024, p. 20). Busca-se assim ampliar ainda mais os regimes para o exercício da medicina, oferecendo ao médico ainda mais autonomia em seu trabalho.

Um destaque é que, enquanto a pejetização forçada no Brasil atinge diretamente jovens médicos, em Portugal há um instituto específico para profissionais no início da profissão, o internato médico. Criado em 1969, quando surgiu a título experimental o “Regulamento do Internato Médico”, posteriormente aprovado pela Portaria 240/70 de 14 de maio. O internato médico é definido pela Federação Nacional dos Médicos (2023, p. 1), como sendo:

[...] um processo de formação médica, teórica e prática, que tem como objetivo habilitar o médico ao exercício da medicina ou ao exercício tecnicamente diferenciado numa determinada área de especialização, com a atribuição do correspondente grau de especialista.

O internato geral surge como o início da carreira médica hospitalar, e destinava-se ao aperfeiçoamento clínico geral, como espécie de preparação elementar da saúde pública. A época e, por bastante tempo, possuíam dois períodos, o geral com duração de 2 anos e o complementar, de 3 anos. Atualmente, compreende um período de 12 meses de formação, posteriormente é iniciada a formação especializada que pode ter duração de 4 a 6 anos.

A partir da segunda metade da década de 80, o internato deixa de ser o 1º grau da carreira médica e, em 82, o Internato Geral tem seu regulamento aprovado, já o internato complementar tem seu regulamento aprovado apenas em 95 (Portaria n. 695/95). Atualmente, o internato médico está sob regulação da Portaria n. 79/2018.

Inicialmente, pode parecer que o programa de Internato Médico em Portugal e o programa de Residência Médica no Brasil são um mesmo programa. Contudo, ainda que o Internato tenha deixado de ser um plano de carreira no Serviço Nacional de Saúde, são programas diferentes. Isto porque, apesar de ambos serem uma espécie de programa de especialidade, o internato gera um vínculo empregatício, sendo um contrato de trabalho em função pública a termo resolutivo incerto ou em regime de comissão de serviço. Há regras específicas em relação à jornada, trabalho noturno, horas extraordinárias (FNAM, 2023).

Além disso, há outras diferenças estruturais entre os programas para além do vínculo formado, como a carga horária semanal, o pagamento de horas extras, o fato de que a remuneração no Brasil é uma espécie de bolsa de estudos, e em Portugal é uma remuneração salarial. Ambos dependem de um processo seletivo, que também é diferenciado.

Contudo, apesar das diferenças e similaridades, uma delas é bastante significativa. Atualmente, resta comprovado que o número de vagas para Residência no Brasil não acompanhou o número de médicos que se formam todos os anos, conforme demonstrado pelo Estudo Demográfico da USP "Panorama da Residência Médica: Oferta, Evolução e Distribuição de Vagas (2018-2024), coordenado pelo Dr. Mário Scheffer.

Em contrapartida, ainda que Portugal também ofereça um número de vagas específico, observa-se uma melhor adequação do número de vagas com o número de médicos que se formam. O que se demonstra, pois, é que em 2024 foram ofertadas 188 vagas a mais, aliado ao número total de 2242 vagas e o número de médicos inscritos no mesmo ano, de 1.883 jovens médicos (SIM, 2024).

Dessa forma, fica claro que a oferta é perfeitamente correspondente à demanda de recém-formados. De forma que, conforme se verifica pela análise do Novo Relatório sobre a Carreira Médica em Portugal, alguns médicos inclusive optam por não ingressar no programa, em razão de conseguirem maior remuneração e flexibilidade atuando como médicos independentes no setor privado.<sup>6</sup>

Outro aspecto comparativo observado é que, enquanto Portugal previa um sistema de recompensa adicional para os médicos que excedessem a jornada legalmente definida nos serviços de urgência e emergência da SNS em 2024, existia um Decreto-lei n. 45-A/2024. Já no Brasil, observa-se que a governança em saúde pública optava por adotar o regime da pejetização em suas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), unidades de referência nos atendimentos de urgência e emergência.

Nessas unidades, o trabalho é prestado em plantões médicos, na qual é bastante comum a prática desvalorizante da pejetização forçada, ou seja, sem qualquer benefício aos profissionais que são contratados, sendo somente pago um valor fixo pelo plantão, na qual o médico, como prestador de serviço, não goza de qualquer benefício, ainda que supere limites legais de jornada.

As várias diferenças do trabalho no setor da saúde brasileiro e português, trabalhadas neste capítulo, evidenciam que ambos os países enfrentam dificuldades com a gestão da saúde, em especial para garantir sua eficiência frente a problemas como a desigualdade na distribuição de profissionais entre suas regiões. Em contrapartida, como restou claro, os países se diferenciam na gestão de sua força de trabalho, tanto no sistema público de saúde quanto no setor privado.

Essa diferença, que se destaca como a principal, diz respeito tanto à atuação das instituições que impactam a força de trabalho da saúde, como a Ordem dos Médicos e o Conselho Federal de Medicina, quanto à própria legislação existente. Com destaque para o papel do Supremo Tribunal Federal no Brasil e as leis federais em Portugal. Dessa forma, ambos os países sofrem com movimentos de desvalorização do trabalho do médico, mas que ocorrem por processos distintos.

No Brasil, os médicos são conduzidos a um modelo de contratação impositivo, e em Portugal as condições de trabalho no setor público não acompanharam a realidade econômica, resultando em uma precarização sobre outro modelo. O mesmo também ocorre no Brasil,

---

<sup>6</sup> Portugal. **Número de novos médicos em formação do SNS será o maior de sempre em 2024.** 27 de out. 2023. Disponível em:

<[https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/comunicado?i=numero-de-novos-medicos-em-formacao-no-sns-sera-o-maior-de-sempre-em-2024&utm\\_source](https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/comunicado?i=numero-de-novos-medicos-em-formacao-no-sns-sera-o-maior-de-sempre-em-2024&utm_source)>

contudo o trabalho tem um foco em uma precarização específica, a qual já restou bastante evidente. A experiência portuguesa, contribui para entender o fenômeno brasileiro na medida em que oferece uma possível resposta para a pejetização não ter se tornado uma realidade tão clara, como ocorre no Brasil. Diferente do Brasil, o mercado de trabalho de Portugal oferece uma mobilidade muito ampla aos seus médicos na escolha da forma sob a qual prestarão seu serviço. Ao mesmo tempo, nota-se que é um país que oferece ampla regulação, pelo menos no setor público, coibindo que contratações no modelo da pejetização prosperem.

Outro ponto que se destaca é que, no contexto de ambos os países, foram analisadas pesquisas realizadas diretamente com médicos, a presente no Novo Relatório sobre a Carreira Médica em Portugal, da Ordem dos Médicos, e a pesquisa de Levi (2022). As quais evidenciaram que ambos os países definem a medicina como uma profissão que se desponta como autônoma, mas os instrumentos oferecidos para o exercício da autonomia em cada contexto são em pesos e medidas diferentes.

Desse modo, nota-se que Portugal, por oferecer opções ao médico, exige dele que seja mais esclarecido sobre a regulação do seu trabalho. Dessa forma, nota-se, pelas entrevistas, que de fato os médicos portugueses parecem tomar decisões mais livres e esclarecidas que os brasileiros, o que explica dominarem mais as dificuldades enfrentadas e serem mais engajados com entidades que defendem seus direitos. Ao passo que, o brasileiro pouco notou como a Reforma Trabalhista impactou diretamente suas relações de trabalho, por exemplo (Levi, 2022, p. 7).

Aqui, o contexto português evidencia outro ponto essencial: a maior parte de estudos e informações utilizadas no trabalho, que servem tanto como fonte de informação quanto de luta contra a precarização, advém da própria Ordem dos Médicos e de sindicatos, o que indica a força das instituições portuguesas que fortalecem decisões livres e informadas. Logo, é um ponto que se diferencia do Brasil, em que quase nada é feito para modificar a imposição de um modelo único de contratação, nem mesmo com órgãos como Conselhos Regionais e Federal de Medicina trazendo a informação ao grupo por eles representado.

Dessa forma, quase que resta à academia no Brasil discutir sozinha um problema tão atual e as reais soluções para garantir um exercício autônomo e digno do trabalho na saúde, o que muitas vezes não é efetivo, vez que nem sempre a discussão chega ao público externo. Buscando assim, por meio de uma força de trabalho valorizada e realmente protegida, promover uma saúde mais digna aos brasileiros. De fato, o sistema português em nada é perfeito e sequer um exemplo de valorização sem igual dos trabalhadores da saúde, mas de certo há sim algo a aprender, principalmente com sua capacidade de organização coletiva.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pejetização médica, como ocorre no Brasil, ao disfarçar vínculos empregatícios e ao enfraquecer a proteção social dada ao trabalhador, acaba por afetar não apenas seus direitos individuais, mas por comprometer valores fundamentais do Direito do Trabalho sob a perspectiva dos Direitos Humanos. Uma vez que, sob a perspectiva desse ramo, para além da regulamentação das relações contratuais, deve-se assegurar condições dignas e adequadas para o exercício de sua atividade laborativa. Com especial atenção aos princípios do Direito Internacional ratificados pelo Brasil em Tratados, Pactos e Convenções Internacionais.

Em sentido oposto a isto, o que se observa é uma relativização do princípio da proteção do trabalhador em detrimento do negócio jurídico formado pelo vínculo como pessoa jurídica. Não só isso, mas a aplicação do conceito de trabalhador hipersuficiente para justificar não estarem presentes os requisitos para reconhecimento do vínculo empregatício é uma clara aplicação equivocada.

Isto porque aplica-se o parágrafo único do art. 444 da CLT a trabalhadores que têm seus trabalhos regidos pelas regras celetistas. Mas quando se volta a trabalhadores que a própria justiça considera sua atividade incompatível com o trabalho subordinado, representam uma clara violação aos princípios dos Direitos Humanos, pela aplicação da norma unicamente e exclusivamente para fins de justificar a afronta ao patamar mínimo de proteção oferecida pelo Direito do Trabalho.

A pejetização nos moldes em que ocorre demonstra um enfraquecimento, inclusive, da qualidade dos serviços de saúde prestados, em especial no Sistema Único de Saúde. No contexto atual do Brasil, com a crescente precarização do trabalho em geral, retira-se inclusive a qualidade dos serviços básicos utilizados por aqueles que mais necessitam. Tudo isso em detrimento do benefício das instituições hospitalares.

O art. 23 da Declaração Universal dos Direitos Humanos prevê que toda pessoa tem direito à livre escolha de emprego. Nos moldes analisados em que se dá a pejetização médica, como a única forma de contratação principalmente aos jovens médicos, não há como se falar que vem sendo respeitado o direito à livre escolha. O que reforça a necessidade de que as entidades de representação desses profissionais se atentem não apenas à retenção de honorários, mas também à proteção de uma autonomia material no exercício profissional.

Ao falar da pejetização médica e advocatícia, depreende-se que, se o fenômeno tem se tornado tão comum e de difícil reversão em profissões consideradas de grande prestígio

social, é um indicativo de que práticas tão precarizantes têm atingido profissionais com subordinação econômica com ainda mais força.

Deve-se buscar reformular o conceito de hipersuficiência, para que passe a levar em consideração a real vulnerabilidade estrutural que pode existir para os profissionais liberais em geral. A ideia de autonomia não pode ser presumida como se faz, mas deve considerar que o senso comum não escancara o desequilíbrio real existente nesse contexto. Dessa forma, será possível garantir o trabalho digno, no qual a autonomia profissional não é uma ilusão, mas uma realidade amparada no tratamento do Direito do Trabalho como um alicerce real dos Direitos Humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, J.; PINTO, V.; LUKIC, M. O Trabalho Pela Pessoa Jurídica: Muito Além Da Reforma Trabalhista. **Revista dos Tribunais** | vol. 985/2017 | p. 187 - 210 | Nov / 2017. DTR\2017\6663. Disponível em:

<<https://www.revistadostribunais.com.br/maf/api/widgetshomepage?area-of-interest=wlbrHome&stnew=true&default-home-label=Home&crumb-action=/api/widgetshomepage&default-label=Home>> Acesso em: 27 out. 2024.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS. **1º Fórum Profissional Liberal - Painel: Os Profissionais Liberais na Europa e no Mundo**. 03/10/2023.

Disponível em: <<https://anpl.pt/2023/10/03/profissionais-europa-mundo/>> Acesso em: 12. fev. 2025.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS. **1º Fórum Profissional Liberal -Painel: Os profissionais Liberais em Portugal**. 06/12/2023. Disponível em:

<<https://anpl.pt/2023/12/06/profissionais-liberais-portugal-video/>> Acesso em: 12. fev. 2025.

BERNARDINO, Mário. **A política de organização da atividade médica em Portugal**.

Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, v. 19, p. 71-78, 2020. Disponível em:

<<https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/358>> Acesso em: 12. fev. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.621, de 18 de outubro de 2022**.

Dispõe sobre a prestação de serviços médicos. Brasília: Câmara dos Deputados, 2022.

Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2335664>>

Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. **Consolidação das leis do trabalho**. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

Aprova a consolidação das leis do trabalho. Brasília, DF: Presidente da República. Diário Oficial da União. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)> Acesso em 12. fev. 2025.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Brasília, DF: Presidente da República. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).> Acesso em 12. dez.

2024

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória n.º 881, de 30 de abril de 2019**.

Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado, análise de impacto regulatório, e dá outras providências. Convertida na Lei nº 13.874, de 2019. Brasília, DF. Diário Oficial da União. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/mpv/mpv881.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/mpv/mpv881.htm)> Acesso em:

12. jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm).

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Relatório Final da Comissão Especial nº 0272/17**, 12/04/2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/discursos-e-notas-taquigraficas/discursos-e-m-destaque/projeto-de-lei-no-6787-2016-reforma-trabalhista/comissao-especial-da-reforma-trabalhista>>

COLLIER, Kelma Carvalho de Faria. **A Evolução da Pejotização à luz da Legislação e Jurisprudência brasileira**. 2024. Dissertação (Mestrado em Direito Especialização em Direito Social e da Inovação). Faculdade de Direito. Faculdade Nova School Of Law, Lisboa, 2023. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10362/176662>> Acesso em 12. dez. 2024

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pejotização é uma realidade entre os médicos**. Brasília. 24/07/2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/pejotizacao-e-uma-realidade-entre-os-medicos>> Acesso em: 24. out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA -MG. **Parecer CRM-MG Nº 64/2018 – Processo-Consulta Nº 6.196/2017**. 2018. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/64\\_2018.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/64_2018.pdf)> Acesso em: 28. out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Corregedor do Cremers discute pejotização e retenção de honorários no Cremesp**. 06/03/2023. Disponível em: <<https://cremers.org.br/corregedor-do-cremers-discute-pejotizacao-e-retencao-de-honorarios-no-cremesp/>> Acesso em 28. out. 2024.

CORREA, Ana Carolina. **A pejotização dos profissionais médicos como precarização do vínculo trabalhista e o reconhecimento da licitude dessa prática pelo STF na RLC 47.843**. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Juiz de Fora. 2023. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/15022>> Acesso em: 29 out. 2024.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP (FMUSP). **A expansão da oferta de graduação em Medicina no Brasil**. ProvMed 2030 | Informe Técnico nº 2 - Novembro de 2020, São Paulo. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/acoes-em-educacao-em-saude/provmed/14-informe-tecnico-provmed-no-2.pdf>> Acesso em 28. out. 2024.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. **Lexionário - Sociedades unipessoal por quotas**. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/sociedades-unipessoais-por-quotas>> Acesso em: 12. fev. 2025.

DRESCH, L. E.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. **Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná**. Saúde em Debate [en línea]. 2015, 39 (104), 18-29 [fecha de consulta 29 de outubro de 2024]. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341749003>> Acesso em: 24 out. 2024.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Carreira Médica e Formação**. FNAM, 2024. Disponível em:  
<[https://www.fnam.pt/images/2024/04/2024\\_04\\_06\\_ENI\\_FNAM\\_RR\\_Internato\\_PASSADO\\_compressed.pdf](https://www.fnam.pt/images/2024/04/2024_04_06_ENI_FNAM_RR_Internato_PASSADO_compressed.pdf)> Acesso em: 12. fev. 2025.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Guia do Internato Médico**. FNAM, 2023. Disponível em:  
<[https://www.fnam.pt/images/2023/05/Guia\\_do\\_Internato\\_M%C3%A9dico.pdf](https://www.fnam.pt/images/2023/05/Guia_do_Internato_M%C3%A9dico.pdf)> Acesso em: 12. fev. 2025.

FERREIRA, Livia Lopes Santos de Carvalho. **Pejotização e relações trabalhistas: a violação dos direitos e garantias dos médicos pela celebração de contrato de trabalhos precários**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade Baiana de Direito, Salvador, 2023. Disponível em:  
<<https://monografias.faculdadebaianadedireito.com.br/wp-content/uploads/2024/10/Livia-Lopes-Santos-de-Carvalho-Ferreira.pdf>> Acesso em 11 de dez. 2024.

FÓRUM SAÚDE XXI. **Fórum Saúde XXI e ANPL assinam protocolo de colaboração**. 2023. Disponível em:  
<<https://forumsaudexxi.pt/forum-saude-xxi-e-anpl-assinam-protocolo-de-colaboracao/>> Acesso em: 8. fev. 2025.

FRANCO NETO, Georgenor de Sousa. **A hipersuficiência e o dilema da proteção: a evolução do direito do trabalho e as transformações do mundo do trabalho**. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em:  
<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2138/tde-30032021-141732/>>. Acesso em: 31 jan. 2025.

GOVERNO PORTUGUÊS. **Portal de serviços públicos da República Portuguesa - Sociedade unipessoal por quotas - constituição**. Disponível em:  
<<https://www2.gov.pt/inicio/espaco-empresa/balcao-do-empendedor/sociedade-unipessoal-por-quotas-constituicao?utm>> Acesso em: 12. fev. 2025.

JOAQUIM, Carlos Vicente.; SANTANA, Janaira Ribeiro.; MARTINEZ, Fábio Rodriguez. **Precarização Do Trabalho Através Do Uso De Cooperativas: Estudo De Caso Na Cooperativa De Trabalho Múltiplo De Saúde Do Estado De Roraima**. **Revista de Administração de Roraima** – Ed. 3, Vol 1, 45 – 58, 1o Sem – Boa Vista, 2013. Disponível em:  
<<https://revista.ufrb.br/adminrr/article/view/1552>> Acesso em: 31 jan. 2025.

LEVI, Maria L. et al. **Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00846199. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs846>> Acesso em: 28 dez. 2025.

MACHADO, M. H. et. al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/reben/a/RfBVTWBjCmTfmV8RW3YSHxz/?lang=pt>> Acesso em: 24 out. 2024.

MAEDA, Fabíola Miotto. **Prestação de serviço por meio de pessoa jurídica: dignidade e fraude nas relações de trabalho**. 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado em Direito do trabalho e Seguridade Social). Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2138/tde-21012015-080938/pt-br.php>> Acesso em 6. jan. 2025.

MINISTÉRIO DA FAZENDA (Receita Federal). **O fenômeno da Pejotização e a Motivação Tributária, 2016**. Disponível em: <<https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos/outros-estudos/o-fenomeno-da-pejotizacao-e-a-motivacao-tributaria-2016/view>> Acesso em 6. Jan. 2025.3

NETO, Miguel Kfourir.; JUNIOR, Fioravante Bizigato.; SOUZA, Tiago Rafael de. A natureza jurídica da relação entre médicos e hospitais: uma análise da pejotização. **Revista Relações Internacionais do Mundo Atual** e-ISSN: 2316-2880, Capa > v. 2, n. 23 (2019) > Kfourir Neto. DOI: <http://dx.doi.org/10.21902/Revrima.v2i26.3898>. Disponível em: <<https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/3898>> Acesso em: 24 out. 2024.

ORDEM DOS MÉDICOS. **Novo relatório sobre a carreira médica em Portugal** / coord. Miguel Guimarães, Mário Jorge Neves, Jorge Seabra. - [S.l.] : Ordem dos Médicos, 2023. - 236, [1] p. : il. ; 23 cm. - ISBN 978-989-98587-7. Disponível em: <<http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2130163>> Acesso em: 05 fev. 2025.

ORDEM DOS MÉDICOS. **Revista da Ordem dos Médicos**. Lisboa: Ordem dos Médicos, n. 236, jun.-nov. 2024. Disponível em: <<https://www.ordemdosmedicos.pt>> Acesso em: 4 mar. 2025.

PEREIRA, Juliana da Gama. **Controvérsias sobre o regime de tributação do imposto de renda na prestação de serviços intelectuais mediante constituição de pessoa jurídica: reflexões acerca da jurisprudência do CARF atinente ao art. 129 da Lei n. 11.196/2005**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito), Instituto de Brasileiro de Ensino e Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília-DF, 2023. Disponível em: <<https://repositorio.idp.edu.br/handle/123456789/4879>> Acesso em 05. jan. 2025

PORTUGAL. **Acordo Colectivo de Trabalho n.º 2/2009, de 13 de outubro**. Acordo colectivo da carreira especial médica. Diário da República. Lisboa, 13. out. 2009. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/acordo-colectivo-trabalho/2-2009-2176842>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. Boletim de Trabalho e Emprego n.º 41/2019, de 8 de novembro. Boletim do Trabalho e Emprego Digital, p. 238. Disponível em: <[https://bte.gep.mtsss.gov.pt/completos/2024/bte41\\_2024.pdf](https://bte.gep.mtsss.gov.pt/completos/2024/bte41_2024.pdf)> Acesso em: 20. fev. 2025.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa de 1976, 25 de abril**. Parlamento Português, 25 de abril de 1976. Disponível em: <<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 9/2024, de 19 de Janeiro.** Alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos. Diário da República, Lisboa, 19 jan. 2024. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2024-83713532>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 45-A/2024, de 12 de julho.** Estabelece um sistema de recompensa do desempenho dos trabalhadores médicos através da atribuição de um suplemento remuneratório, necessário para assegurar o funcionamento dos serviços de urgência. Diário da República, Lisboa, 12 jul. 2024. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/45-a-2024-871917717>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 46/2020, de 24 de julho.** Altera o regime especial para admissão do pessoal médico à categoria de assistente da carreira especial médica e da carreira médica das entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Lisboa, 24 de jul. 2020. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/46-2020-138758378>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto.** Estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. Diário da República, Lisboa, 04 de ago. de 2009. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2009-493009>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto.** Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. Diário da República, Lisboa, 04. de ago. 2009. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/177-2009-493010>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 262/86, de 2 de setembro.** Aprova o Código das Sociedades Comerciais. Diário da República, Lisboa, 02 de set. de 1986. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/262-1986-220107>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 310/2002, de 3 de agosto.** Regula as carreiras médicas. Diário da República, Lisboa, 03. de ago. de 1982. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/310-1982-397295>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 373/79, de 8 de setembro.** Aprova o Estatuto do Médico aplicável a todos os médicos dos serviços públicos. Diário da República, Lisboa, 08 de set. de 1979. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/373-370639>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro.** Ao Decreto-Lei n.º 413/71, que promulga a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, e aos mapas anexos ao mesmo diploma. Diário da República, Lisboa, 27 de set. 1972. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-632738>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro.** Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência. Diário da República, Lisboa, 27 de set. 1971. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/414-632740>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 48.357, de 27 de abril.** Promulga o Estatuto Hospitalar. Diário da República, Lisboa, 27 de abr. 1968. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-1968-274639>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro,** com as alterações introduzidas pela Lei n.º 93/2019, de 4 de setembro. Diário da República, Lisboa, 12 fev. 2009. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>>

PORTUGAL. **Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.** Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República, Lisboa, 08 de nov. 2002. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Lei n.º 57/79, de 15 de setembro.** Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Lisboa, 15 de set. 1979. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.** Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. Diário da República, 27 de fev. 2008. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-a-2008-468663>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Lei n.º 110/2009, de 16 de setembro.** Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social. Diário da República, Lisboa, 16 set. 2009. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1900-34514575>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Lei n.º 2120/1963, de 19 de julho.** Promulga as bases da política de saúde e assistência. Diário da República, Lisboa, 19 de jul. 1963. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2120-1963-693016>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Portaria n.º 79/2018, de 16 de março.** Aprova o Regulamento do Internato Médico. Revoga a Portaria n.º 224-B/2015, de 29 de julho. Diário da República, Lisboa 16. de mar. de 2018. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/79-2018-114880294>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Portaria n.º 240/70, de 14 de maio.** Aprova o Regulamento do Internato Médico - Revoga a Portaria n.º 23903. Diário da República, Lisboa, 14 de mai. 1970. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/240-142285>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Portaria n.º 695/95, de 30 de junho.** Aprova o Regulamento dos Internatos Complementares. Revoga várias portarias. Diário da República, Lisboa, 30 de jun. 1995. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/695-476721>> Acesso em: 15. fev. 2025.

PORTUGAL. **Regulamento n.º 1138/2024, de 9 de outubro.** Aprova o Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos. Diário da República, Lisboa, 09 out. 2024. Disponível em: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/1138-2024-890363657>> Acesso em: 15. fev. 2025.

REY, Julio Isnard. **A flexibilização das relações trabalhistas para os profissionais da medicina: compreendendo a consolidação da profissão no Brasil, os contextos contratuais, as motivações tributárias e suas respectivas problemáticas.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/210002>> Acesso em 05. jan. 2025.

SAMPAIO, Hudson Elísio Câmara Mendes. **Pejotização o direito do trabalho: uma análise do artigo 129 da Lei 11.196/2005.** 2022. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11422/18944>> Acesso em 12. jan. 2025.

SCHEFFER, Mario C.; DAVID, Luiz A.; XAVIER, Mariana O.; ALMEIDA, Cristiane J. Radar da Demografia Médica no Brasil. Informe Técnico N° 5. **Panorama da Residência Médica: Oferta, Evolução e Distribuição de Vagas (2018-2024).** Disponível em: <<https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/estudo-da-fmusp-revela-agravamento-na-falta-de-vagas-para-residencia-medica-no-brasil>> Acesso em: 25. fev. 2025.

SILVA, Renan Cunha da. **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.** 2022. 45 f. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/73210>> Acesso em 10. Dez. 2024.

Sindicato Independente dos Médicos (SIM). **Vagas para ocupar no Internato Médico: a proposta do SIM.** 05 de dezembro de 2024. Disponível em: <[https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5478/vagas-por-ocupar-no-internato-medico-a-proposta-do-sim/?utm\\_source](https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5478/vagas-por-ocupar-no-internato-medico-a-proposta-do-sim/?utm_source)> Acesso em: 25. fev. 2025.

TOMAZETTE, Marlon. **Curso de Direito Empresarial - Teoria Geral e Direito Societário Vol.1** - 15ª Edição 2024. 15. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. E-book. p.I. ISBN 9788553621088. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553621088/>> Acesso em: 20 fev. 2025.

Valério, M. A.; Souza, I. A.; Miranda, C. S. O planejamento tributário no cenário da pejotização médica – Regimes Tributários mais vantajosos. **Revista Tributária e de finanças públicas**, 2023. RtRib 157, ano 31, p. 201-219. Disponível em: <<https://rtrib.abdt.org.br/index.php/rtp/article/view/668>> Acesso em 06. jan. 2025.

VALOR ECONÔMICO. **Carf anula mais de R\$ 1 bilhão em autos de infração da Rede D'Or por pejetização. Valor Econômico, 20. mar. 2024.** Disponível em: <<https://valor.globo.com/legislacao/noticia/2024/03/20/carf-anula-mais-de-r-1-bilhao-em-auto-s-de-infracao-da-rede-dor-por-pejetizacao.ghtml>> Acesso em: 10 jan. 2025.

TOURINHO, Rita. A “pejetização” como precarização do vínculo trabalhista e sua indevida utilização pela Administração Pública na prestação dos serviços de saúde. **Revista de Direito Administrativo e Infraestrutura** | RDAI, São Paulo: Thomson Reuters | Livraria RT, v. 5, n. 18, p. 71–96, 2021. DOI: 10.48143/rdai.18.rt. Disponível em: <<https://rdai.com.br/index.php/rdai/article/view/391>>. Acesso em: 28 out. 2024.

SILVA, Denise dos Santos Vasconcelos.; SILVA, Henrique dos Santos Vasconcelos. O Contrato De Trabalho Individual Do Médico: Requisitos, Características, Regimes De Contratação (Estatutário E Celetista), Jornada De Trabalho (Intervalos, Horas Extras E Plantões), Adicionais, Férias, Décimo Terceiro Salário, Aviso Prévio, Licença (Nos Casos De Maternidade, Paternidade E Adoção) E Vínculos Precários. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, RJLB, Ano 5 (2019), nº 1, p. 433. Disponível em: <[https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2019/1/2019\\_01\\_0433\\_0456.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2019/1/2019_01_0433_0456.pdf)> Acesso em: 28. out. 2024.

SOUZA, Masl. **Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho.** In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-174. ISBN 978-85- 7879-193-3. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/333740697\\_Trabalho\\_em\\_saude\\_as\\_reconfiguracoes\\_do\\_processo\\_de\\_desregulamentacao\\_do\\_trabalho](https://www.researchgate.net/publication/333740697_Trabalho_em_saude_as_reconfiguracoes_do_processo_de_desregulamentacao_do_trabalho)> . Acesso em: 24. out. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Primeira Turma do STF - 22/10/2024.** Os ministros que integram a Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal realizam, nesta terça-feira (22), a sessão de julgamentos. Acompanhe. YouTube, 22. out. 2024. min. 10:20 - 11:28. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=umzy9rOxYps>> Acesso em: 28. out. 2024.

UNIÃO EUROPEIA. **Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia.** Consolidado em 26 de Outubro de 2012. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A12012E%2FTXT>> Acesso em: 12. fev. 2025.

VARGAS, Diogo de Souza.; CAETANO, Rodrigo da Costa. **A Questão do Trabalho no “Programa Mais Médico”: Precarização em Troca do Direito à Saúde?** 2017. Disponível em: <<https://seminariodeintegracao.ucam-campos.br/wp-content/uploads/2018/02/A-quest%C3%A3o-do-trabalho-no-Programa-Mais-M%C3%A9dico-precariza%C3%A7%C3%A3o-....pdf>> Acesso em: 25 out. 2024.

## APÊNDICE A - DECISÕES ANALISADAS DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.

### **Decisão: Rel 57.391 CEARÁ**

Data da Publicação: 01 DE MARÇO DE 2023.

Turma: Primeira Turma

Relator: Min. Alexandre de Moraes

**Ementa:** CONSTITUCIONAL, TRABALHISTA E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NA RECLAMAÇÃO. NULIDADE PELA AUSÊNCIA DE CITAÇÃO DA PARTE BENEFICIÁRIA DA DECISÃO RECLAMADA (ART. 989, III, DO CPC). INOCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DO PREJUÍZO. OFENSA AO QUE DECIDIDO POR ESTE TRIBUNAL NO JULGAMENTO DA ADPF 324 E DO TEMA 725 DA REPERCUSSÃO GERAL. RECURSO DE AGRAVO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1. A parte não demonstrou a ocorrência do prejuízo alegado. Incide, portanto, a regra segundo a qual não haverá declaração de nulidade quando não demonstrado o efetivo prejuízo causado à parte (pas de nullité sans grief). 2. O acórdão recorrido considerou ilegítima a terceirização, pois entendeu evidenciada a prática de pejetização, utilizando-se de um contrato civil entre pessoas jurídicas para descaracterizar o vínculo de emprego. 3. A controvérsia que se apresenta nestes autos é comum tanto ao que decidido no julgamento da ADPF 324 (Rel. Min. ROBERTO BARROSO) quanto no do Tema 725-RG (RE 958.252, Rel. Min. LUIZ FUX), oportunidade em que esta CORTE fixou tese no sentido de ser 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. 4. A conclusão adotada pelo acórdão recorrido acabou por contrariar os resultados produzidos nos RE 958.252 (Rel. Min. LUIZ FUX) e ADPF 324 (Rel. Min. ROBERTO BARROSO), a sugerir, conseqüentemente, o restabelecimento da autoridade desta CORTE quanto ao ponto. 5. Recurso de Agravo a que se nega provimento.

### **Decisão: AG. REG. NA RECLAMAÇÃO 57.917 SÃO PAULO**

Data da Publicação: 05 de junho de 2023.

Turma: Segunda Turma

Relator: MIN. EDSON FACHIN

**Ementa:** Agravo regimental em reclamação. Tema no 725 da Repercussão Geral (RE no 958.252) e ADPF no 324. Prestação de serviços na atividade-fim de empresa tomadora de serviço por sociedade jurídica unipessoal. Fenômeno jurídico da “pejetização”. Existência de aderência estrita entre o ato reclamado e os paradigmas do STF. Agravo regimental provido. Reclamação julgada procedente. 1. O tema de fundo, referente à regularidade da contratação de pessoa jurídica constituída como sociedade unipessoal para a prestação de serviço médico, atividade-fim da empresa tomadora de serviços, nos termos de contrato firmado sob a égide de normas do direito privado, por se relacionar com a compatibilidade dos valores do trabalho e da livre iniciativa na terceirização do trabalho, revela aderência estrita com a matéria tratada no Tema no 725 da Sistemática da Repercussão Geral e na ADPF no 324. 2. A proteção constitucional ao trabalho não impõe que toda e qualquer prestação remunerada de serviços configure relação de emprego (CF/88, art. 7o), sendo conferida liberdade aos agentes econômicos para eleger suas estratégias empresariais dentro do marco vigente, com fundamento no postulado da livre iniciativa (CF/88, art. 170), conforme julgado na ADC no 48. 3. Procedência do pedido para afirmar a licitude do fenômeno da contratação de pessoa jurídica unipessoal para a prestação de serviço a empresa tomadora de serviço, destacando-se não somente a compatibilidade dos valores do trabalho e da livre iniciativa na terceirização do trabalho assentada nos precedentes obrigatórios, mas também a ausência de condição de vulnerabilidade na opção pelo contrato firmado na relação jurídica estabelecida que justifique a proteção estatal por meio do Poder Judiciário. Precedentes. 4. Agravo regimental provido e reclamação julgada procedente.

**Decisão: RECLAMAÇÃO 59.836 DISTRITO FEDERAL**

Data da Publicação: 24 de maio de 2023.

Decisão monocrática.

Relator: MIN. LUÍS ROBERTO BARROSO.

**Decisão: RECLAMAÇÃO 66.877 ESPÍRITO SANTO**

Data da Publicação: 20 de maio de 2024.

Decisão monocrática.

Relator: MIN. NUNES MARQUES

**Decisão: RECLAMAÇÃO 65.011 SÃO PAULO**

Data da Publicação: 11 de janeiro de 2024.

Decisão monocrática.

Relator: MIN. ALEXANDRE DE MORAES.