SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO
04/11/2026 - 9ª - Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR. Fala da Presidência.) - Boa tarde a todos.

Declaro aberta a 9ª Reunião da Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

Submeto aos Srs. e Sras. Senadoras a dispensa da leitura e aprovação da ata da última reunião.

Aqueles que concordam permaneçam como se acham. *(Pausa.)*

A ata está aprovada.

A presente reunião tem como finalidade debater a crescente ocorrência de fraudes em contratos administrativos celebrados com cooperativas e organizações sociais na área da saúde, especialmente no que se refere à intermediação dos serviços de saúde, à precarização das relações de trabalho de todos os profissionais de saúde e ao desvirtuamento do regime cooperativista, à fragilidade da fiscalização contratual e aos riscos assistenciais e financeiros daí decorrentes, assim como sobre a crescente precarização do trabalho médico no Brasil, em atendimento aos Requerimentos 27 e 34, de 2026, da CTFC, de minha autoria, e 32, de 2026, da CTFC, de minha autoria e da Senadora Damares Alves.

Antes de apresentar nossos convidados, comunico que esta reunião será interativa, transmitida ao vivo e aberta à participação dos interessados por meio do Portal e-Cidadania, na internet, no endereço senado.leg.br/ecidadania, ou pelo telefone 0800 0612211.

O relatório completo com todas as manifestações estará disponível no portal, assim como as apresentações que foram utilizadas pelos expositores.

Hoje, receberemos os seguintes palestrantes, aos quais agradeço por aceitarem o nosso convite. *(Pausa.)*

Eu vou chamar para comporem aqui a nossa mesa: o Dr. Marcos Vinícius Soares Pedrosa, Assessor de Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) do Ministério da Saúde, por favor - está presente? Seja muito bem-vindo -; Dr. Antônio França da Costa, Chefe do Serviço do Projeto Eficiência na Saúde da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU) - ele vai nos acompanhar remotamente -; Dr. Daniel Gontijo Motta, Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União - o Dr. Daniel está presente? Dr. Daniel, boa tarde, seja muito bem-vindo -; Dr. Luis de Freitas Lima, Superintendente Substituto do Trabalho e Emprego no Ceará; e Dr. Raphael Câmara - Dr. Raphael Câmara, eu não o tinha visto ainda, Dr. Raphael, seja muito bem-vindo. *(Pausa.)*

Senadora Damares, nós temos 12 expositores. Então, eu vou conceder cinco minutos para cada expositor. Se precisarem, eventualmente, de algum tempinho a mais, eu posso flexibilizar, mas vamos tentar respeitar os tempos, porque, senão, nós vamos... Nós temos Ordem do Dia, então, vai ficar comprometida a nossa audiência.

Eu vou passar inicialmente a palavra ao Dr. Marcos Soares Pedrosa, Assessor de Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Dr. Marcos, por favor.

O SR. MARCOS VINÍCIUS SOARES PEDROSA (Para expor.) - Primeiramente, meu boa-tarde a todas as pessoas presentes.

Em nome do Ministro Alexandre Padilha, queria saudar o nosso Senador Hiran, que convocou esta audiência.

Dentro do Ministério da Saúde, eu atuo na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que justamente tem o papel de propor políticas para a gestão e para a formação na saúde.

Vou adiantando, enquanto a gente não abre a nossa apresentação, mas eu me propus, aqui na apresentação, a trazer alguns elementos para ampliar este debate, em total respeito às outras instituições que também estão convidadas e presentes aqui - sabemos que temos o próprio Ministério Público, o próprio Tribunal de Contas, que é um órgão auxiliar desta Casa, e os demais órgãos de controle. Então, o ponto de vista que a gente vai trazer aqui é o ponto de vista das informações e das políticas públicas que o Ministério da Saúde tem apresentado e que se concentram numa perspectiva, num objetivo de promover o trabalho decente e de valorizar quem faz o SUS, que são os trabalhadores de saúde.

Num primeiro momento, como eu coloquei, a nossa secretaria do Ministério da Saúde atua em duas frentes. Uma é de gestão do trabalho, que envolve diretrizes de desprecarização, de promoção do trabalho decente, de promoção também de ambientes seguros, pensando em segurança e saúde no trabalho, pensando em planejamento, que envolve dimensionamento, mas também provimento de profissionais de saúde; e também toda a parte relacionada à educação, em nível técnico, em graduação, em residências em saúde, em educação permanente. Então, a gente vai ter um conjunto de atividades.

Pode ir passando para o terceiro, para o quarto eslaide - eu coloquei um terceiro eslaide só resumindo as nossas atividades.

É importante colocar que a gente tem, no Brasil, cerca de 3,2 milhões de trabalhadores de saúde. Desses, 82% atuam no Sistema Único de Saúde, e 75% deles são mulheres, reafirmando o protagonismo que as mulheres têm no cuidado. Nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, a gente consegue registrar quase 5 milhões de vínculos profissionais ativos de profissionais de saúde, podendo a gente colocar as três profissões com mais registro: técnicos de enfermagem, cerca de 870 mil, 418 mil enfermeiros, e 540 mil médicos registrados, sendo dados do ano passado.

Eu queria que a gente pudesse passar para o eslaide 6, porque eu acho que ele vai acrescentar um pouco ao debate também.

Estou trazendo aqui um gráfico produzido por um pesquisador da Uerj, o Daniel Gonzaga, que estudou a composição dos vínculos trabalhistas no SUS ao longo da última década

É o eslaide 6, se puder... Eu sei que alguém está me apoiando.

O que ele vai mostrar é uma curva histórica que separa... O Daniel extrai os dados do Cnes (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), que registra não só os trabalhadores, os equipamentos e os serviços habilitados, mas também os trabalhadores de saúde que estão registrados naquele serviço. Nesse gráfico, o Daniel vai traçar como vão se comportar, ao longo do tempo, os trabalhadores...

(Soa a campainha.)

O SR. MARCOS VINÍCIUS SOARES PEDROSA - ... que são pessoas físicas sem vínculos trabalhistas identificados, os trabalhadores com vínculo de trabalho em pessoa jurídica, os celetistas... Ele vai descrever tudo isso - está na sexta página desse PDF que a gente encaminhou. Ele encontra, nos seus achados, o quanto que, a partir de 2017, quando a gente teve uma reforma trabalhista que mudou as relações de trabalho - é uma consequência, um momento no tempo a partir do qual a gente analisa -, a gente teve um crescimento muito expressivo de outras modalidades de contratação. Então, isso é importante a gente detalhar.

Se a gente pegar aqui pessoas jurídicas e pessoas físicas sem vínculo empregatício, a gente vai ter cerca de 0,5 milhão de trabalhadores com esse tipo de vínculo trabalhista que está colocado.

E, para a gente, enquanto Ministério da Saúde, o que a gente quer é valorizar e cuidar de quem cuida, garantindo elementos para a negociação permanente do trabalho. Retomamos a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que existiu ao longo das décadas, chegou a ser interrompida e foi retomada.

Esse era o gráfico que eu estava trazendo - a fonte é o Daniel Gonzaga, pesquisador da Uerj -, em que ele vai mostrar, em linha verde-clara, as pessoas físicas sem vínculo trabalhista. A gente vai ver, a partir de 2015, esses números aumentando, especialmente a partir de 2017, no primeiro semestre - ponto um -, e o quanto que a gente vai ter um crescimento sustentado, de um lado, de celetistas, mas também de trabalhadores pessoas jurídicas e sem vínculo empregatício, que podem ser outros vínculos, como pagamento direto, por exemplo.

E, para a gente, enquanto Ministério da Saúde, já encaminhando para concluir, a gente tem estabelecido estudos tanto para dimensionar... São demografias das diversas profissões de saúde. Lançamos em conjunto com o CFM uma demografia médica, mas também lançamos uma demografia da odontologia e da enfermagem. Estamos avançando para as outras profissões de saúde, porque sem diagnóstico real do mercado de trabalho... Até para produzir política pública a gente tem que preencher essa lacuna. E trazemos também propostas para que a gente possa, de fato, construir carreiras e valorizar o trabalho no SUS.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente produziu um protocolo com recomendações que foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 799, de 2026, que estabelece diretrizes para uma carreira única interfederada para trabalhadores de saúde. Essa é uma proposta que, obviamente, para ser aplicada, precisa de mudanças na legislação, precisa de contribuições também do Congresso Nacional, porque ela tenta estabelecer como proposta um mecanismo parecido com o que a gente tem na educação com o Fundeb, um fundo que possa financiar diretamente as carreiras de forma interfederada, como já acontece na educação. Isso está no âmbito da formulação, mas eu acho que esse é um caminho para a gente poder reduzir as desigualdades entre os diversos entes. A gente sabe que o SUS é interfederado e a gente vai ter contratações de prestação direta do Ministério da Saúde, o que a gente tem, desde o ano passado, com a lei do Programa Agora Tem Especialistas, como também em estados, municípios, filantrópicos, conveniados ao SUS, para que todos possam, de fato, ter nos seus contratos de prestação de serviço regras claras para garantir trabalho decente e valorização dos trabalhadores que compõem esses serviços.

Ainda para finalizar, estamos construindo um indicador que vai ajudar a medir esses diversos elementos do trabalho decente - está no final, os próximos eslaides vão ter... Ele é o Intrad-SUS, que é um indicador nacional justamente para medir a precarização do trabalho e que até este momento a gente não tinha no nosso país. A gente só tinha um debate mais amplo, mas não de forma sistemática e comparativa entre municípios. Isso, de fato, vai ajudar a gente a monitorar e poder propor políticas melhores nessa direção.

É isso.

Não vou me estender, porque estou entendendo que a gente vai ter um debate muito denso hoje, com muitos participantes.

E fico aí à disposição para o debate.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Dr. Marcos.

Nós vamos deixar as perguntas para o final.

E vamos passar em seguida para o Chefe do Serviço do Projeto Eficiência na Saúde da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde do Tribunal de Contas da União, que nos acompanha remotamente, o Dr. Antônio França da Costa.

Dr. Antônio, seja muito bem-vindo.

O SR. ANTÔNIO FRANÇA DA COSTA (Para expor. *Por videoconferência*.) - Obrigado.

Boa tarde a todos.

Cumprimento todos na pessoa do Exmo. Sr. Senador Dr. Hiran.

Eu estou pedindo autorização aqui para poder compartilhar a minha apresentação, mas ainda não está disponível. Então, se alguém pudesse compartilhar... Enquanto isso, eu vou me adiantando.

A minha fala aqui vai se restringir aos trabalhos que o Tribunal de Contas da União realiza. Portanto, vai ficar um pouco de fora a questão do trabalho em si, mas vamos abordar aspectos relativos a riscos de fraude de corrupção e também questões envolvendo a transparência, basicamente com base em dois acórdãos recentes que o tribunal fez.

Acredito que agora eu deva conseguir compartilhar. *(Pausa.)*

Ainda não, ainda não. *(Pausa.)*

Conseguem ver minha apresentação, por gentileza?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Sim, sim.

O SR. ANTÔNIO FRANÇA DA COSTA (*Por videoconferência*.) - Obrigado.

Rapidamente aqui, para dar oportunidade aos demais colegas, vamos tratar de dois acórdãos: o Acórdão 2468/2023, de Relatoria do Ministro Vital do Rêgo, que tratou de levantamento de riscos para o modelo de gestão de equipamento público por organizações sociais e entidades congêneres, foram identificados 78 eventos de risco; e o Acórdão 33/2026, que tratou de questões envolvendo transparência.

Tem várias transparências que eu resolvi deixar numa apresentação até para as pessoas terem acesso depois, mas vou saltando algumas, como essa que trata do histórico das organizações sociais.

Nós temos hoje a legislação federal e a Adin que deu as balizas para as organizações sociais, mas cada ente federado também tem a sua lei, cada estado tem a sua lei, e cada município também. Aqui nós temos 111 normas municipais, o que já joga aí uma complexidade na temática. Apesar de o STF e o próprio TCU dizerem que a lei federal tem caráter geral, parece que esse entendimento só ficou no âmbito dessas duas cortes, estados e municípios não enxergam assim.

Nós temos hoje... Esses aqui são dados lá da UFMG, dados que as pessoas coletam de forma basicamente artesanal, já que não existe um sistema nacional que traga essas informações de forma clara, mas nós temos hoje 158 organizações sociais operando 1.874 estabelecimentos de saúde, a maioria no Estado de São Paulo, seguido de Rio e Minas Gerais. Boa parte deles está no município, está atuando nos municípios, cuidando das unidades básicas de saúde. Depois vem hospital geral. É claro que, em termos de volume de recursos, hospital geral tem mais, mas nós temos muitas unidades básicas de saúde também sendo gerenciadas por organizações sociais. Nós temos vários contratos de gestão, vários estabelecimentos centralizados em poucas organizações sociais - tem até uma sem nome aqui, depois temos que ver com a UFMG por que saiu sem nome -, mas tem um número grande de contratos na mão de poucas instituições. Isso também tem que ser observado.

Nesse acórdão de 2023, foram levantados vários riscos que perpassam todo o macroprocesso, da autorização legislativa à prestação de contas. Vou chamar atenção aqui...

(Alerta de 60 segundos.)

O SR. ANTÔNIO FRANÇA DA COSTA (*Por videoconferência*.) - ... apenas para alguns deles.

Por exemplo, há um marco normativo difuso e confuso, que dificulta selecionar entidades que aceitam assumir o risco.

Nós temos aqui possibilidade de celebração de contrato de gestão sem conhecer adequadamente o equipamento que vai ser entregue, esse é um problema sério também.

Nós temos baixa capacidade gerencial dos entes federados de elaborarem um processo de chamamento público e selecionarem uma entidade apta.

Há celebração de contrato de gestão que não garante entrega de valor ao usuário: você pagar por quantidade de procedimentos dentro do hospital e não por valor em saúde, por exemplo.

Na execução contratual - e esse é um ponto-chave -, há a inexistência de um corpo técnico capaz de acompanhar a execução, capaz de acompanhar esses contratos. São contratos complexos que exigem uma equipe ali envolvendo um médico, um advogado, um contador, um administrador, não um fiscal de contrato simplesmente.

Nós temos também a questão do cômputo do gasto com o pessoal, que eu vou passar, porque está sendo discutido no PL.

Há riscos de fraude e corrupção, com leis desenhadas na origem já para fraudar. Nós temos aqui: captura e redesenho de instituições, mercados de CNPJs... Todos esses assuntos estão no material e nos acórdãos que eu deixei para vocês, principalmente a questão de captura e mercados de CNPJs. Nós temos aqui também, no âmbito das organizações sociais, o associado - que não faz parte do conselho de administração nem da diretoria - exercendo ali as atividades e manobras, exercendo a direção de fato da organização social. Nós temos, nos casos de risco de fraude e corrupção destacados ali, os recursos que são utilizados mediante serviços terceirizados: dentro do hospital, por exemplo, você contrata lavanderia, segurança, alimentação, e esses contratos também podem servir de foco para desvio, com aumento de escopo, maquiagem de quantidade e por aí vai.

No que diz respeito à transparência, foram avaliados se as informações estão disponíveis, se há possibilidade de rastrear os recursos e se há transparência ativa.

Foram enviados questionários para todos os estados e municípios, 72% dos municípios responderam, 28% não - entre os municípios e estados. Das secretarias estaduais, 100% responderam, e 70% delas utilizam o modelo. No caso dos municípios, dos 71% que responderam, 9%, ou seja, 352, utilizam o modelo. O número de estabelecimentos aqui aumenta, 3.221, diferentemente daquele dado da UFMG, porque aqui não envolve só OS, envolve também entidades congêneres, ou seja, estão sendo geridos equipamentos por outras entidades sem fins lucrativos que não são organizações sociais.

O Cnes não fornece dado adequado a respeito disso, apesar de ter um campo lá para dizer se o estabelecimento de saúde é gerido por organização social. Apenas 26% informaram o dado corretamente no Cnes.

No que diz respeito ao rastreamento dos recursos federais, que são passados para o município ou estado e depois vão para a organização social, a União não sabe para onde vai esse recurso, quem é o destinatário final - porque não é OS

-, para quem ela está pagando. A União não sabe disso. Os sistemas como Siafic, Siops e Siconfi ainda não oferecem informações suficientes para isso.

Existe a questão de registrar a despesa com os contratos de gestão no elemento de despesa 85, o que poderia ajudar na identificação desses contratos de gestão, mas 57% dos entes federados, daqueles que disseram que tinham contrato de gestão, não registram o elemento de despesa adequado - isso nem nas consolidações nacionais a gente consegue observar.

No que diz respeito à transparência ativa, foram avaliados portais de estados, municípios e das entidades privadas sem fins lucrativos que atuam nesse modelo quanto a facilidade de acesso, formato e disponibilidade de dados, linguagem simples e informações - se se libera informação desde a seleção, passando pela contratação, parte da execução e prestação de contas. Como é que está isso? No geral, mais de 50% dos portais que foram avaliados têm uma transparência baixa ou insuficiente. A metodologia está disponível no trabalho que foi realizado.

Com isso, tem algumas ações de controle em andamento. Uma delas está rodando agora, junto com o Tribunal de Contas de Goiás: todos os entes federados vão ser avaliados quanto à sua maturidade para transferir equipamento público de saúde para entidade privada sem fins lucrativos - às vezes, é o próprio ente que não tem maturidade.

Enviamos sugestões para aprimoramento do PL 10.720 - inclusive, deixo claro que aquilo ali é uma norma geral -, com ações para aprimorar o Cnes, o Siconfi e o Siops.

Vou passar esta parte.

E há também oportunidades de melhorar o sistema como um todo, como: criar uma lei nacional de normas gerais para parcerias com organizações sociais ou pelo menos deixar claro que existe uma norma geral, porque a legislação esparsa é muita; vedar a organização social como mero veículo de contratação de pessoal, não é para isso que ela foi pensada; criar um cadastro nacional unificado de entidades do terceiro setor - aí não é só OS; são as OS, as OSCs, as OSCIPs, apesar do cadastro do Ministério da Justiça, o serviço social autônomo agora, que vem se alastrando -, criar um cadastro nacional com essas informações aí abaixo. Se é possível fazer isso lá no âmbito do Portal Nacional de Contratações Públicas, por que não no âmbito das parcerias com o terceiro setor? Poderia até integrar os dois portais: de um lado, nós teríamos os contratos; de outro lado, as parcerias com o terceiro setor, de forma bem transparente. E, por fim, uma transparência ativa, parametrizada, com foco na cadeia de fornecimento, garantindo inclusive a movimentação dos recursos em conta bancária exclusiva.

Eu fui rápido na apresentação - tentei ser o mais rápido possível - e fico para os debates. Caso alguém queira mais alguma informação, também pode acessar os acórdãos, que estão bem detalhados lá.

Obrigado pela oportunidade de participar do debate.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Dr. Antônio.

Essa sua exposição ficará à disposição da Comissão? Muito obrigado.

Passo em seguida a palavra ao Dr. Daniel Gontijo Motta, que está aqui à minha esquerda, Coordenador-Geral de Auditoria da Área da Saúde da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União.

Por favor, Dr. Daniel. Muito obrigado pela presença.

O SR. DANIEL GONTIJO MOTTA (Para expor.) - Boa tarde, Sr. Presidente da Comissão, Senador Dr. Hiran; boa tarde, Sra. Senadora, Srs. Senadores, demais convidados.

Em nome da Controladoria-Geral da União, agradeço o convite, principalmente para tratar desse tema, que não é um tema periférico: ele vai tratar da forma como o Estado brasileiro tem contratado seus serviços de saúde.

Os trabalhos mais recentes realizados pela CGU sobre o tema mostram que eventuais falhas observadas nesse contrato não se explicam apenas pela intencionalidade de alguns agentes, mas encontram espaço em fragilidades estruturais dos próprios modelos de contratação. Esse modelo está consolidado em estados e municípios em todo o país e administra recursos expressivos. E a pergunta mais útil não é se o modelo deve ou não existir, mas sim se ele tem salvaguarda suficiente para proteger os recursos públicos e o cidadão.

As fiscalizações realizadas pela CGU ao longo dos últimos anos demonstram que a transferência de gerenciamento e de execução de serviços de saúde a organizações sociais, OSCIPs, OS, serviços sociais autônomos, cooperativas médicas e empresas terceirizadas ocorre frequentemente sem estudo técnico de vantajosidade, com processo de qualificação e seleção direcionados e sem comissões estruturadas de validação de metas e prestação de contas.

A Nota Técnica 47/2025, do CFC, de janeiro do ano passado, consolidou os achados de auditoria da CGU em contratos de gestão com organizações sociais da saúde, a partir dos casos de maior repercussão e das ações de órgãos de controle entre

2015 e 2022. O recorte abrangeu os 15 estados mais populosos e os municípios com mais de 2 milhões de habitantes, que é onde teria estrutura subnacional mais robusta. Porém, o padrão mais recorrente é a subcontratação irregular, chamada quarteirização, presente em todos os conjuntos de casos analisados. Em seguida, aparecem falhas na seleção das entidades, ausência de chamamento público, editais sem parâmetros objetivos para avaliar as propostas, restrição à competitividade e direcionamento, situações de conluio e conflito de interesse com servidores atuando no interesse das organizações sociais e das empresas por elas contratadas, deficiência no acompanhamento dos contratos de gestão pelo ente público, além de organizações sociais utilizadas como mero instrumento de fuga à licitação e ao concurso público e para sonegar tributos, como foi apresentado pelo TCU na palestra anterior, fraudes contábeis e movimentações financeiras irregulares, pagamentos de taxa de administração e de despesas genéricas ou estranhas ao contrato e cargos ocupados por indicados sem perfil para a função, com devolução de padrão de remuneração a agentes públicos.

O efeito conjunto dessas irregularidades recai sobre a população atendida. Elas oneram desnecessariamente o contrato, deturpam a lógica do modelo e da política de saúde e afetam a qualidade e a sustentabilidade dos serviços.

Para cada um desses riscos, foram avaliadas salvaguardas e se elas eram ou não suficientes. Para destacar algumas, a gente observou a supervisão exercida pelo ente público. Muitas vezes, a secretaria de saúde não tem os ritos e os parâmetros suficientes para esse acompanhamento, e se destaca a questão da transparência. A transparência se revelou o elemento central entre todas as salvaguardas avaliadas. A organização social opera fora do aparelho estatal, com sistemas administrativos e financeiros próprios. Sem transparência ativa sobre contratos, itens adquiridos, preços praticados, quantidades, funcionários, receitas e despesas, não há como detectar desvios de finalidade. Essa lacuna também atinge o poder público, que não divulga adequadamente as informações de prestação de contas, renovações, multas e glosas das entidades que contrata.

A CGU atua onde há recursos federais do SUS, que financiam boa parte desses contratos nos estados e municípios. Temos combinado auditorias com ações investigativas conjuntas com a Polícia Federal. A CGU, inclusive, já aplicou a Lei Anticorrupção a uma organização social de saúde, responsabilizando a pessoa jurídica e não apenas os agentes públicos envolvidos. Essa via é promissora por dois motivos. Primeiro, cria um custo real para a entidade, com multas significativas e dano à imagem, que pode afastá-la de novos chamamentos em todo o país; segundo, induz programas de integridade dentro das próprias organizações sociais, uma vez que o regulamento da Lei Anticorrupção exige que o programa seja ajustado aos riscos de cada pessoa jurídica. Para uma organização social da saúde, isso significa transparência das transações, controle das contratações com partes relacionadas e incentivos claros.

A Controladoria-Geral da União está à disposição desta Comissão para contribuir com esse trabalho.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Dr. Daniel.

Passo, em seguida, a palavra - aqui à minha direita - ao Dr. Luis Alves de Freitas Lima, Superintendente substituto do Trabalho e Emprego no Ceará.

O SR. LUIS ALVES DE FREITAS LIMA (Para expor.) - Boa tarde! Boa tarde, Dr. Hiran, boa tarde a todos que nos assistem, a todos os presentes.

Primeiro, quero agradecer o convite. Como o tempo aqui é curto, a gente já pode avançar para a experiência do Ceará no combate às fraudes, na questão das comparativas do Ministério do Trabalho... Aqui eu estou representando a Superintendência do Ceará, mas, de certa forma, o próprio Ministério do Trabalho, como Superintendente substituto.

Aqui a gente tem o papel do Ministério do Trabalho na fiscalização, que é exatamente esse de combater esse tipo de fraude, porque está tendo muita fraude na contratação, principalmente o uso de cooperativas, o uso das organizações sociais - já foi bem relatado aqui pelo TCU, mostrando que essas instituições estão virando, sim, uma forma de contratação de mão de obra, e a gente tem encontrado muita fraude. Infelizmente, o Ceará tem sido, assim, um celeiro na construção dessas cooperativas, e isso tem se alastrado pelo Brasil. Aqui a gente vai falar um pouco da experiência do Ceará no combate - e o nosso foco é mais a contratação dos profissionais, e aí profissionais médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares.

Nesses últimos dois anos, nós fiscalizamos 26 instituições, entre instituições sem fim lucrativo, instituições privadas e também cooperativas de trabalho, e o foco da atuação foi exatamente o nosso combate à fraude. E são fiscalizações longas, demoradas, porque envolvem uma complexidade, não é só a formalização. Se você for olhar pelo aspecto formal, está tudo certo; o problema é a realidade dos fatos. Muitas vezes está certo, às vezes não está certo na parte formal, mas, na parte trabalhista, a realidade se sobrepõe. Aqui a gente não está citando o nome das instituições públicas ou privadas, porque todas elas foram autuadas e estão ainda em processo de defesas administrativas; portanto, não tem ainda condenação definitiva administrativamente.

Então, em uma instituição pública, foram 284 trabalhadores; em um hospital privado, 231; no outro hospital privado, 112; no outro, 90. Ao todo, 700 profissionais de saúde, em quatro estabelecimentos desses 26 fiscalizados. E isso envolve mais de 700 médicos, enfermeiros, técnicos que atuavam em quê? Na informalidade, sob a fachada de uma cooperativa ou de uma organização social, tentando exatamente burlar essa questão do vínculo formal.

Vejam: nesse exemplo desse hospital aqui, 90% dos trabalhadores eram todos cooperados de forma irregular - e aí está incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares, todos os profissionais da área de saúde. E são questões precárias. Na hora das entrevistas, a gente sente o drama. Às vezes, o trabalhador olha para você e diz: "A nossa única esperança são vocês, porque a gente está aqui com problema de atraso, problema de férias, que não tem, décimo, que não tem". Por que não tem? Porque são cooperados, eles usam a forma. E aí nada contra o cooperativismo - ninguém está aqui para detonar o cooperativismo, não é esse o objetivo, a gente sabe que tem cooperativas sérias -, mas, infelizmente, neste ramo aqui, pelo menos especificamente no Estado do Ceará, a gente tem encontrado de forma muito alastrada.

E aí qual é o *modus operandi* dessa intermediação de mão de obra? Eles começam inicialmente ali, selecionados pelo próprio tomador - na verdade, essa entrevista é feita pelo próprio tomador de serviço, que pode ser uma entidade pública ou uma entidade privada. A adesão à cooperativa é compulsória, então não há voluntariedade, não existe aquela história da adesão voluntária, é na marra. Inserção na dinâmica: o trabalhador é inserido nas escalas de plantão. De onde? Do tomador do serviço. Com qual coordenação e supervisão? Do tomador do serviço. E a remuneração, como já foi falado até pelo próprio TCU, muitas vezes é disfarçada e é repassada diretamente para a cooperativa, mas, muitas vezes, isso não chega à ponta. Há atraso, há valores menores, e isso termina impactando também o profissional da saúde, que está lá na ponta.

Então, tem um verdadeiro cooperativismo? Tem, da Lei 12.690, e tem aquele que é uma fraude, que é exatamente a fraude que a gente está combatendo. Então, é verdade que pode existir uma verdadeira cooperativa? Sim, a gente sabe disso, e muitas cooperativas funcionam, mas, nesse caso dessa lei do cooperativismo, ela precisa, sim, passar por um ajuste legislativo, porque infelizmente a gente sabe que tem muitas brechas nessa legislação que permitem esse tipo de situação, que, como eu disse, está se alastrando.

E por que é importante a questão prática, a questão fática? A fiscalização não se contenta só com documentos, porque muitas vezes, no formal, a cooperativa está com tudo certo - no papel, está tudo maravilhoso, tudo certo. O problema é a realidade, que não bate com o papel. Então, você chega à realidade, você tem subordinação, você tem onerosidade, você tem a pessoalidade, você tem todas as características de um vínculo de emprego da CLT, dos arts. 2º e 3º.

E, se tem todos os requisitos do vínculo de emprego, a gente simplesmente desconsidera o formalismo. E de novo: é uma fiscalização longa, demorada, com muitas entrevistas junto aos profissionais; e não só isso: vendo a realidade, porque a gente também vê a realidade dos fatos e não se contenta só com os documentos.

Essas instituições são autuadas. São autos de infração que não são tão leves, porque são vários autos de infração: por não registrar, por não anotar a carteira, por não enviar dados para o eSocial como empregado. Isso, óbvio e evidente, tanto para cooperativas como para organizações sociais, que a gente também fiscaliza e também autua.

E aí vai além da fraude. A gente não tem só a fraude; tem sonegação de direitos, tem excesso de jornada, tem até problema de ergonomia. A gente tem analisado as questões de meio ambiente do trabalho, segurança e saúde no trabalho. Até isso também é descumprido, porque se arvoram pelo fato de serem uma organização sem fins lucrativos ou uma cooperativa e de não cumprir normas de segurança e saúde. A questão ergonômica aqui é sempre uma reclamação dos trabalhadores, e não só uma reclamação: a gente constata isso, de fato.

E aí, para concluir, a gente tem pejotização; a gente tem cooperativa; a gente tem utilização de organizações sociais; a gente tem vulnerabilidade dos profissionais - médicos, profissionais da saúde técnicos, auxiliares e enfermeiros. A fiscalização realmente está em cima, mas é aquela história: a gente não pode ir só, precisamos juntar outros órgãos, inclusive de fiscalização, e o Ministério Público também.

E agora um ponto que muita gente não toca: a questão do risco para o paciente. Você imagine esse profissional mal remunerado, doente, sem receber, com atraso no seu recebimento e que não tem décimo, não tem férias em algumas situações, não tem absolutamente nada, a não ser ganhar aquele valor da hora. Como é que vai atender um paciente de forma digna também? Isso até também vai para a questão do prestador de serviço e daquela pessoa que recebe o serviço desses profissionais.

E aí ainda temos fiscalizações em andamento; inclusive, uma bem grande, de um hospital público, que está contratando uma OS, que subcontratou. Alguém falou aqui da quarteirização, é isso mesmo: uma OS é contratada e essa OS subcontrata uma cooperativa. É o nível que nós estamos vivendo na área de saúde.

E também um detalhe importante: a gente precisa, sim, tomar algumas providências - e aí eu sei que aqui a Comissão é para debater - de também penalizar e ir em cima do CPF dessas pessoas que cometem essas irregularidades. Precisa, sim,

começar a haver condenações no CPF dos fiscais dos contratos, que são de órgãos públicos, e das pessoas que fazem as chamadas fraudes das cooperativas.

Então, fico à disposição para mais esclarecimentos.

Obrigado, mais uma vez, pelo convite.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Dr. Luis.

Passo, em seguida, ao colega Raphael Câmara, Conselheiro Federal pelo Estado do Rio de Janeiro do Conselho Federal de Medicina.

Por favor, Dr. Raphael.

O SR. RAPHAEL CÂMARA (Para expor.) - Obrigado, Senador Hiran, é uma honra estar aqui.

Eu tenho uma apresentação. Obrigado.

Então, antes de começar a apresentação, é importante a gente já passar a posição aqui institucional do CFM, que eu estou representando, em nome do Presidente José Hiran da Silva Gallo.

A OS, lamentavelmente, deixou de ser uma forma que sempre foi essa de pagar direito trabalhista, em tese, para diminuir os custos, e virou uma forma institucional de dar calote médico. Lamentavelmente, é isso que virou.

Eu tenho aqui uma experiência muito grande no Rio de Janeiro, em que a grande maioria das OS realmente é de uma tristeza absurda: não pagam, dão calote e, inclusive, entram na Justiça para derrubar resoluções que proíbem dar calote. Então, é importante isso ficar claro. E, pior, muitas vezes fazem você virar sócio, obrigatoriamente, de uma empresa picareta - eu não estou dizendo que são todas, mas muitas são - e você ser responsável pelo próprio calote que você tomou. E, se você for entrar na Justiça, você vai entrar na Justiça contra você. É algo absolutamente inacreditável.

E ultimamente muitos donos de OS perderam a vergonha na cara completamente. Eu estive em uma reunião recente na secretaria estadual e dizem, com todas as letras, que, após, realmente, esse trabalho muito bem-feito de encher de médico, de faculdades bizarras espalhadas pelo Brasil, podem botar o valor que for que eles vão arrumar médicos. Eles perderam já a vergonha na cara e dizem isso com todas as letras para quem quiser ouvir.

Dito isso, aqui está a posição do CFM, que é contra a pejotização da saúde, é contra qualquer vínculo sem direito trabalhista, como o que a gente está falando, e é contra o modelo de organizações sociais contratando médicos, principalmente dessa forma que eu estou falando aqui.

É importante sempre lembrar de onde veio essa história. Isso começou quando o STF, Senador, decidiu que isso é possível, que pode fazer isso. Então, se a gente não tiver uma lei proibindo isso, isso vai cada vez piorar mais. Então, aqui é só para todos lembrarem isso. Isso está também junto ali com todas aquelas ações que foram feitas nesse período contra a medicina, como a Lei do Ato Médico, tirando prerrogativas dos médicos, contra o Mais Médicos, e por aí vai. Então, é importante a gente lembrar isso daqui.

Então, o entendimento do STF é que é constitucional, que a contratação de pessoal sem concurso público é o.k., e exige aqueles critérios objetivos e impessoais, mas já foi mostrado sobejamente aqui que não é isso o que acontece. A decisão na época não autorizou de forma irrestrita a contratação de médicos como pessoas jurídicas, e a existência de vínculo empregatício, se é lícito, e da pejotização depende de outros fundamentos e das circunstâncias concretas.

Nós fizemos uma resolução recente, Senador, a 2.462, de que eu fui Relator. Tem uma tanto no Rio, porque a do Rio não caiu na Justiça... mas, no federal, um grupo de entidades, lamentavelmente muitas comandadas por médicos, entrou na Justiça porque elas querem ter o direito a dar calote, assim como elas entraram na Justiça também com a resolução contra a violência contra médicos, porque eles querem ter o direito de o médico apanhar no trabalho sem punições.

Hoje a federal está suspensa pela Justiça, mas a do Rio, por exemplo, está vigente, e a gente tem conseguido um resultado muito bom: mais da metade das denúncias de calote a gente tem resolvido só chamando a OS. Em resumo, essa resolução diz que, se a OS for caloteira, o responsável técnico e a OS perdem o registro no CRM. Sem registro no CRM, ela não consegue trabalhar. Então, eles acabam pagando porque eles querem ficar recebendo aquele dinheiro ali todo mês.

Então, aqui é importante todos verem quem são essas pessoas que estão entrando na Justiça, tanto na do calote quanto na da violência: Confederação Nacional de Saúde e Hospitais, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, Sindicato Brasiliense de Hospitais, Casas de Saúde e Clínicas. Então, é importante ver quem são essas entidades, para todos saberem quem são elas. Isso aí é público, essa é uma ação pública, não tem nada escondido aqui não. E nas duas foi deferido, mas a do Rio está funcionando e a de outros estados também.

Aí vem essa tal da quarteirização, que já foi falada aqui, em que você acaba virando sócio da pessoa que acaba dando calote, tem quinteirização. Tem tudo, tudo para facilitar. A gente... Bom, vou falar disso daqui a pouco.

Então, o poder público repassa recursos, organização social, contrato de gestão, empresa intermediária e médico PJ. Então eu, por exemplo, que, graças a Deus, sou da época áurea, nunca tive uma PJ na minha vida. Hoje, qualquer médico que se forma, se não tiver uma PJ, não consegue trabalhar.

Os riscos do modelo: pejotização e possível supressão de direitos trabalhistas - aliás, não tem direito trabalhista nenhum -, transferência de riscos tributários e societários - você acaba virando sócio de uma empresa que, muitas vezes, é picareta, some de um dia para o outro, ninguém consegue cobrar nada; novamente não estou generalizando -, intermediações que podem reduzir recursos para assistência e dificuldade de fiscalização e transparência.

Então, aqui está, mais ou menos, o exemplo.

Eu estou acelerando aqui por causa do tempo.

Totalmente os direitos trabalhistas indo embora, PJ individual e tal.

Vamos passar aqui.

E aqui não faltam notícias. Hoje mesmo saiu no *Metrópoles*, não deu tempo de colocar, um dono de OS que contratou a irmã por mais de R$1 milhão. Então, tem diversas denúncias disso aí. É a coisa mais fácil do mundo alguém que quer roubar fazer esse tipo de coisa aí, porque o dinheiro vai vivo. Então, é importante mostrar.

No Rio de Janeiro, isso virou realmente uma praga, tanto no estado quanto no município. Agora a gente, no estado, na semana passada, conseguiu. Teve uma denúncia... Denúncia, não. Na verdade, iam trocar a OS, aí sai uma OS, a OS some, ia abaixar os plantões dos médicos de R$1,1 mil para R$900. Tivemos uma reunião com o Secretário Ronaldo Damião, que inclusive agiu de forma muito altiva, e virou para aqueles donos de OS, e falou: "Meu filho, vocês vão dar o jeito vocês e vocês vão manter R$1,1 mil" Eles, num primeiro momento, de uma forma muito arrogante, não quiseram, mas depois viram que era aquilo ou era aquilo, não teria jeito. Pelo menos de boca, disseram que iam manter.

Agora mesmo também, o CER do Leblon, lá no Rio de Janeiro, falou que vai demitir todos os médicos com direito trabalhista para contratar por OS. Nós ontem já ligamos para o Secretário Rodrigo, temos uma reunião marcada para sexta-feira, para vermos se conseguimos impedir isso. Mas é enxugar gelo: a gente resolve um lado, vem do outro lado, é uma bomba do outro lado.

Pode passar.

Aqui foi essa reunião, eu, o Presidente Antônio Braga, que foi aparentemente anunciado como Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, nessa conversa com o Secretário, em que a gente conseguiu resolver isso aqui.

Eu estou querendo passar aqui.

Bom, essa nova... E aí, por isso, a gente está agindo por meio de resoluções.

Estou acabando já.

A Resolução Cremerj 374, de que eu também sou Relator, passa a proibir a redução de salários. Novamente, honorários e valores pagos por plantões. Não é para aumento, porque senão já teria algum advogado dizendo que é inconstitucional, mas para não poder diminuir. Então, vale para todas as unidades de saúde do Rio de Janeiro, e quem fizer isso - o responsável técnico - vai ser punido, podendo ser até cassado.

Já foi falado aqui, mas eu acho que é fundamental a forma como essas OS são contratadas. E eu fiquei assustado quando eu soube lá, quando eu estava nessa reunião. Então, não dá tempo de eu falar aqui, mas esse artigo é excelente e tem que ser visto, que é do Marcus Vinicius, que foi Secretário-Executivo. Tem que ver essa forma, do jeito que está, por pregão, por menor preço. O que é que eles fazem? Os donos de OS colocam o menor preço possível, porque com isso eles já contam que vão diminuir o salário do médico. É bem malandrinha essa gente de OS. É uma gente... eu fico até mal de estar no mesmo ambiente com eles.

Assim, é triste o que eles fazem. O médico é tratado como lixo, e eles só querem saber de ter dinheiro para o lucro deles lá. Isto é importante ficar claro: não há nenhum interesse. Eles querem alguém com CRM para fazer aquele papel de estar de branco ali atendendo. Se aquela pessoa é qualificada, é boa, se vai matar a população, isso não importa para eles.

Então, queda no número de vínculos. Todo mundo já sabe disso. Daqui a pouco, vai estar zerado. Quem for como eu, quando se aposentar, vai estar zerado, porque eles não contratam mais ninguém, não tem mais concurso, não tem mais concurso em lugar nenhum. Então, é ano a ano, é que nem escola de Medicina, cada vez aumenta mais, o de vínculo vai cada vez.

Da pejotização, também não vou entrar aqui no detalhe, já foram muito falados todos os efeitos deletérios e tenebrosos da pejotização, pelo tempo aqui. Então, eu não sei nem para onde é para apontar... O negócio não anda, e também não sei se acabou.

Eu aponto para onde? Estou tentando. É só para ver. *(Pausa.)*

Obrigado.

Então, quando a pejotização deixou, aí começa o marco legal em 1998, daquilo que eu já falei do STF - também vou acelerar.

É possível a terceirização de atividades-fim? Novamente pelo médico... Pela atual questão jurídica, sim, mas a gente pede... Vamos reiterar, este é o pedido do CFM: o Congresso Nacional tem que fazer alguma lei dando limite para isso. Do jeito que está, perdeu o rumo, perdeu o freio, e a tendência é só piorar, e quem está sendo colocado em risco é a população.

Além disso, aumentou, só piora o número de denúncias de corrupção; estão todos aí os exemplos. Não tem melhorado em nada. É dinheiro indo para o ralo. Elas somem. De um dia para o outro, um laranja some, dá calote em tudo que é médico, e os médicos ficam chorando. Inclusive, o médico que chorou lá em Balneário Camboriú está aqui assistindo a isto daqui, porque lá também tomou calote.

Proteção contra calote. Todas as resoluções que nós temos feito no CFM e no Cremers.

Senador, como último pedido, por favor, coloque essas resoluções como lei, porque o povo do jurídico das OSSs adora falar que resolução é infralegal e que a gente não tem capacidade de legislar sobre isso. E aí, com isso, eles acabam derrubando tudo, os médicos ficam desprotegidos - eu falo médicos, mas são todos os profissionais de saúde. Eu sou do CFM, estou representando os médicos, mas todo mundo toma calote igual.

Então, é isso. Essa é a posição do CFM.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, querido colega Raphael.

Eu quero agradecer aqui a participação de todos os expositores daqui, da mesa.

Vou pedir licença a eles - vocês fiquem à vontade aqui, na Comissão -, vou chamar os próximos convidados. Que vocês fiquem aqui presentes, porque eu acho que nós vamos ter várias perguntas para vocês ao final.

Eu quero dizer que o médico chorão estava lá no Sul, mas ele é lá do Hemisfério Norte, de Roraima. O pai dele é meu amigo - seja muito bem-vindo. Você tem razão de chorar, porque a nossa situação é muito difícil.

Eu vou chamar o Edmar Fernandes de Araújo Filho, Diretor de Ensino Médico da Federação Nacional dos Médicos (Fenam); o Levi Costa Carioca - o Levi está aqui? -, Delegado Sindical do Sindicato dos Médicos do Ceará; o Luis Paleare, que vai nos acompanhar por videoconferência - está presente -, que é representante da Associação de Estudantes de Medicina do Brasil (Aemed); meu querido Felipe Vasconcelos, meu colega, Vice-Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, um grande craque - seja muito bem-vindo; a Carolina Pereira Mercante, Procuradora do Ministério Público do Trabalho de Brasília - cadê a Carolina? Seja muito bem-vinda, Carolina. *(Pausa.)*

Eu estou sendo informado de que a Carolina está com problema de horário, mas mesmo que não estivesse, por você ser uma dama, e eu ser um perfeito cavalheiro, já lhe passo a palavra.

Seja muito bem-vinda.

A SRA. CAROLINA PEREIRA MERCANTE (Para expor.) - Obrigada, Exmo. Senador Dr. Hiran.

Cumprimento os Exmos. Senadores, Exmas. Senadoras, representantes sindicais e demais pessoas que nos acompanham nesta audiência.

Agradecemos a oportunidade dada ao Ministério Público do Trabalho, para tratarmos desse gravíssimo problema que afeta a saúde pública do país, que é ou a falta do controle dos contratos de gestão na saúde pública ou a insuficiência da fiscalização. Quando o poder público contrata, seja uma organização social, uma empresa, uma cooperativa, e não fiscaliza de perto o contrato, o preço mais alto é pago pelo profissional da saúde ou pelo usuário do SUS.

Nós, do Ministério Público do Trabalho, vivenciamos a nossa experiência, tanto no recebimento de denúncias, como de investigação em todo o país. Eu estou aqui, no Ministério Público do Trabalho, em Brasília, mas somos colegas em todos os estados e municípios no país. Quando nós investigamos essas situações, o que constatamos é um ciclo vicioso de descontrole da gestão pública.

Então, há empresas sem condições financeiras e sem estrutura adequada. Como foi falado aqui pelo colega do TCU, há empresas, inclusive no Distrito Federal, que não têm *expertise* para manipular uma determinada máquina de tomografia, um serviço essencial para o cidadão.

Então, pouco tempo depois de conseguirem, de vencerem as licitações, essas empresas ou organizações sociais, cooperativas, sem uma estrutura financeira e de pessoal adequado, pouco tempo depois, diria que no máximo em um ano, essas empresas ou organizações deixam de pagar os direitos básicos dos trabalhadores e das trabalhadoras e simplesmente desaparecem, decretando falência ou abandonando o serviço público contratado. Esse cenário de abandono atinge todas as trabalhadoras e trabalhadores do setor e se exterioriza principalmente por falsas cooperativas, como já foi falado aqui, principalmente pelo colega do Ministério do Trabalho.

O Ministério do Trabalho não é contrário ao cooperativismo. O cooperativismo genuíno é louvável. Eu estive, nessa semana, numa cooperativa de reciclagem. Então, são trabalhadores e trabalhadoras que se unem, dividem as despesas, mas também recebem igualmente o fruto do seu trabalho.

Uma coisa que uma catadora disse, ali na nossa reunião, me marcou: quando uma trabalhadora ou um trabalhador não executa a meta, na produtividade que se espera ali da maioria, para conseguir uma determinada produtividade, os cooperados se reúnem e tentam ajustar, adequar o perfil daquele trabalhador, para que a coisa flua. Já, geralmente, na iniciativa privada, não. Se um trabalhador não se adéqua, ele é excluído. Então, esse é o princípio do cooperativismo, da solidariedade.

Mas infelizmente não é o que a gente tem visto nas cooperativas de fornecimento de mão de obra na saúde pública. O que a gente vê é que o profissional da saúde é obrigado a ser um cooperado e, muitas vezes, está submetido a jornadas extenuantes, baixos salários e não tem o direito de participar como dono do negócio, como verdadeiro cooperado.

Também, outro problema é o desvirtuamento das organizações sociais. Em muitas organizações que deveriam trazer um modelo de eficiência para a gestão pública, o que a gente verifica é que são organizações que, muitas vezes, ocasionam o desvio do recurso do SUS, deixam de fornecer equipamentos de proteção coletiva, equipamentos de proteção individual. Aqui, no Distrito Federal, inclusive, eu falo porque é a minha experiência local. Também treinamento em saúde e segurança do trabalho para os profissionais. Submetem médicos, enfermeiros, enfermeiras, técnicos a ambientes insalubres e mais: atrasam salários de forma crônica.

Então, muitas vezes, o que acontece - e isso, deságua na Justiça do Trabalho - é que o profissional presta o serviço, trabalha um mês, dois meses, três meses sem receber, mesmo sabendo que o Governo continua repassando o dinheiro para a organização. Então, é um cenário prejudicial a toda a sociedade.

No Ministério Público do Trabalho nós temos uma coordenadoria temática, que é a Conap (Coordenadoria de Promoção da Regularidade do Trabalho na Administração Pública). A partir da nossa interpretação do art. 37 da Constituição, o nosso Gerente Nacional, Procurador Afonso Rocha, e demais colegas - eu integro também a coordenadoria - nós temos aqui algumas sugestões para a questão das organizações sociais, algumas que podem até mesmo ser aperfeiçoadas por meio de construção legislativa.

Então, seria a vedação expressa de contrato de gestão, cujo objeto, na substância, seja o mero fornecimento de mão de obra. A obrigação de o ente público apresentar, antes da celebração do contrato de gestão ou de parceria, o dimensionamento da força de trabalho, do serviço e o planejamento do provimento - concurso, contratos temporários, terceirização -, demonstrando por que razão a gestão por OSS é a opção adequada.

Também outra sugestão: a vedação da quarteirização, como foi dito aqui, porque, na nossa visão, isso afronta o princípio da eficiência do art. 37. Também entre as sugestões: seleção de pessoal da OSS por processo objetivo e público. Regra expressa de cômputo como despesa de pessoal, quando a contratação substituir servidores. Fiscalização trabalhista como parte obrigatória da fiscalização contratual. Comprovação mensal de recolhimentos de FGTS, contribuições previdenciárias, com base nos dados do eSocial e retenção de valores em caso de inadimplência.

Essa última sugestão já é o que diz a Nova Lei de Licitações. O Congresso Nacional construiu um instrumento importantíssimo e poderosíssimo para que os gestores, os fiscais do contrato evitem os calotes, como disse aqui o colega do sindicato dos médicos.

Então, a Nova Lei de Licitações prevê uma série de ferramentas importantíssimas, que são a conta vinculada, ou seja, o bloqueio de determinadas verbas trabalhistas; a prática de reter preventivamente parcelas de encargos trabalhistas, tais como FGTS, décimo terceiro, rescisões e obrigações correlatas, e que isso seja pago diretamente ao trabalhador.

Também a Nova Lei de Licitações permite pagamento direto de salários, quando houver esses casos de atraso injustificado. A exigência de garantia contratual com cobertura trabalhista. O condicionamento do pagamento à comprovação da regularidade dos débitos trabalhistas e a fiscalização diária da gestão de riscos contratuais.

O Ministério Público do Trabalho não atua somente por denúncias, mas também por meio de projetos estratégicos. Nós temos um projeto estratégico lançado recentemente, que é o projeto Municípios Íntegros, Trabalho Digno - íntegros de

integridade, do controle da integridade. Então, compreendemos que a nossa atuação não é apenas punitiva, mas também tem que ser feita de forma preventiva e pedagógica.

Os principais pilares desse projeto: o combate à intermediação ilícita de mão de obra e também ao apadrinhamento político, porque nós sabemos, a nossa experiência nos relata que muitas dessas organizações, infelizmente, são cabides de emprego e formas de contratações de apadrinhamento.

Também um dos pilares do nosso projeto no Ministério Público do Trabalho é a institucionalização da fiscalização mensal - que haja uma auditoria correta desses contratos - e a implementação de salvaguardas financeiras. Então, a gente tem que cobrar dos municípios e aqui, no caso, do DF que regulamentem e adotem obrigatoriamente as contas vinculadas, conforme a nova legislação, e, caso a OSS ou a cooperativa atente contra os direitos trabalhistas, atrase salários ou tente abandonar o serviço, que o município responsabilize os gestores.

Então, o Ministério Público do Trabalho se coloca à disposição de V. Exas. até para compartilhar os dados desse projeto estratégico - Municípios Íntegros, Trabalho Digno -, que é um projeto nacional do Ministério Público do Trabalho, e a gente segue na defesa do cooperativismo autêntico, da lisura do terceiro setor, da aplicação rigorosa das leis trabalhistas e da Nova Lei de Licitações e do sistema de saúde pública que proteja, de fato, as pessoas que cuidam da nossa população.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Dra. Carolina.

Eu sei que a senhora está com compromissos. Se a senhora quiser continuar aqui, será uma honra para nós, mas, se precisar sair, eu quero agradecer a sua presença, em nome de todos aqui.

Próximo expositor, Dr. Edmar Fernandes de Araújo Filho, Diretor de Ensino Médico da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), aqui, à minha direita.

Fique à vontade, Doutor.

O SR. EDMAR FERNANDES DE ARAÚJO FILHO (Para expor.) - Obrigado, Dr. Hiran.

Na pessoa do Dr. Hiran, agradeço a presença de todos vocês.

Eu sou Edmar Fernandes. Além de eu ser Diretor de Ensino Médico da Fenam (Federação Nacional dos Médicos), estou como atual Presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará.

Eu estou realmente muito preocupado e tenso, Senador, porque nós estamos apostando nossas fichas para que esta audiência abra caminhos para a gente resolver essa grave situação que nós estamos vivendo. E por que nós chegamos a esse ponto aqui? Por diversos meses, anos, a gente tem enviado denúncias ao Dr. Hiran de situações que estão acontecendo no Ceará, inclusive em outros estados, e, por fim, ele conseguiu, depois de muitos desafios, abrir esta audiência.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Dr. Hiran Gallo ou Dr. Hiran Gonçalves?

O SR. EDMAR FERNANDES DE ARAÚJO FILHO - Dr. Hiran, ao senhor, ao Senador, e o senhor, com muita sensibilidade, propôs esta audiência para dar seriedade às sérias denúncias que a gente estava fazendo.

Nós precisamos entender que, por mais que a gente seja do Ceará, o *modus operandi* é o mesmo - é o mesmo. Então, o pessoal tem que entender que o SUS está sendo privatizado de uma forma não formal. A gente tem que parar de acreditar que o SUS agora é público; ele está totalmente privatizado, e eles conseguiram, de alguma forma, legalizar a fraude do desvio de dinheiro público dentro da área da saúde. O SUS não foi feito, pessoal, para dar lucro para ninguém; foi feito para cuidar de pessoas. A gente está precisando falar primeiramente essas fases de efeito para que a população que esteja acompanhando entenda e ajude nesse processo.

Nós estamos sofrendo calotes, os médicos, continuamente, estão diminuindo os nossos salários, estão tirando a gente dos postos de saúde e diminuindo nas UPAs e nos hospitais, onde, com o aumento da população, está precisando aumentar.

Quando fizeram as UPAs, por exemplo, em média, eram para ser seis médicos: quatro clínicos e dois pediatras. Já estão tirando os pediatras e colocando um *flex*. Quem vai sofrer são as crianças, são essas famílias.

Eu vou dar um exemplo aqui para vocês, pessoal, eu vou citar um exemplo para ser didático. Eles fazem uma licitação - quando o fazem - e eles vão dar, por mês, a essa UPA R$2 milhões para gerenciar. Entendam que, se o médico está trabalhando como pessoa jurídica, e eu vou falar que médico... Obviamente isso está acontecendo em várias outras categorias - né, Dra. Martinha? Você sabe disso, que é representante da categoria médica lá do Ceará.

Se o médico não for trabalhar, é lucro para a empresa. É por isso que a gente não entende - como é que pode? -, na sazonalidade, com centenas de pessoas para serem atendidas, por que não simplesmente se aumenta o número de médicos para atender! É porque, quanto mais se atender, menos ela vai receber o dinheiro. Então, na verdade, eles estão fazendo o inverso.

A empresa Viva Rio foi contratada inclusive pela CLT, e, no final das contas, estava contratando PJ, e ainda diminuíram de seis para cinco médicos.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Você me dá licença?

Isso é um *capitation* estatal. É o que está se usando na saúde suplementar - a mesma coisa -, diminuindo a sinistralidade para dar mais lucro para a empresa. Pronto. Não é isso?

Desculpe o interromper.

O SR. EDMAR FERNANDES DE ARAÚJO FILHO - Não, não, e é importante, porque esse *modus operandi*...

Aconteceu outra coisa terrível. Pessoa jurídica é uma empresa. Essa empresa Viva Rio e o Instituto Ideias, quando foram instalar lá nas UPAs do Município de Fortaleza, chamaram a atenção, porque eles disseram o seguinte: "Não vai ter mais repouso e não vai ter mais lanche e almoço, porque vocês são empresas". Eles fizeram isso, o absurdo de você tirar o direito trabalhista - realmente eles fizeram isso. E aí, obviamente, teve uma grande gritaria, inclusive outras categorias da saúde entraram, porque elas iam ser afetadas, e foi quando a prefeitura disse que não sabia disso, e aí foi quando se voltou atrás.

E outra coisa, pessoal: olhem como é terrível e maléfico, como o Dr. Raphael falou. Você não consegue falar com essas pessoas. Eles trabalham com o chamado passivo. É o seguinte: todo mês, além daqueles R$2 milhões, eles podem pedir 5% a mais do contrato, porque pode haver urgências, enfim, que acontecem - chuva ou uma fatalidade. Só que a prefeitura ou o governo de estado vai avaliar se cabe ou não pagar a mais esses 5%. Só que na maioria das vezes ela não concorda; é só uma invenção para ter mais lucro. Só que a empresa não esquece esse dinheiro que ela pediu e coloca no passivo dela. Aí todo mês vai se acumulando, vai aumentando. Ela pede, não é aceito, mas está guardado.

Aí, quando chegar a R$1 milhão ou a R$2 milhões, quando ela receber o dinheiro mensal regular que está no contrato, ela vai chegar e não vai pagar os médicos. Aí os médicos chegam para ela e dizem: "Cadê o meu dinheiro?". "Não, a gente está esperando a prefeitura." Aí vem aqui para o sindicato: "Ah, não pagou". A gente pergunta. "Não, a prefeitura pagou os atrasados que ela tinha com a gente." É sempre assim.

A Dra. Thaís é nossa advogada do Sindicato dos Médicos do Ceará. A gente entrou com uma ação, inclusive em nível lá do Cariri, em que se teve que fazer uma intervenção judicial em mais de 20 municípios, porque a Fundação Leandro Bezerra estava usando essa forma, e, quando a gente foi ver, estava sendo repetida por todas as empresas.

Outra coisa, vou dar o segundo exemplo de como, inclusive, eles usam o médico para receber dinheiro.

Outro detalhe da UPA, de que eu falei: quando o médico não recebe dinheiro, o que ele vai fazer com o sindicato? Vão fazer paralisação, vão fazer greve, vão ficar reclamando, vão para a mídia. Aí ele força a prefeitura a ter que pagar a mais para a empresa, porque quem sai na mídia, quem está reclamando é o Prefeito, é o Secretário de Saúde, está o nome dele. Ninguém sabe quem é OSS, ninguém sabe quem é Viva Rio, Coaph, essas empresas. A população acha que o problema é o Secretário de Saúde, o Prefeito e o Governador. Então, elas ficam sempre protegidas.

Segundo exemplo, tem uma empresa chamada Cisne, que contrata via CLT. Aí ela começou a não honrar os compromissos dos acordos coletivos, não pagar décimo terceiro, não pagar férias, não pagar os reajustes. Inclusive outra empresa também, a SPDM. Aí os médicos reclamando, o sindicato dos médicos em cima, pressionando. Aí, por fim, no Conselho Municipal de Saúde, eles fizeram o seguinte: "Nós vamos fazer um aditivo". Nós conseguimos que a prefeitura desse um aditivo para a empresa, para honrar esses pagamentos.

Vocês viram já que absurdo? Eu me senti obviamente usado. É um absurdo eu conseguir pressionar a prefeitura para dar mais dinheiro para uma empresa que está agindo incorretamente, mas mesmo assim, foi assinado o oitavo termo de aditivo, e foi combinado, por diversas vezes, que eles iam... Que esse dinheiro veio a mais, para pagar o que não foi pago: décimo terceiro, reajuste. Por fim, no fechar das luzes, eles mudaram e disseram que não, que esse dinheiro não era para isso; é só se tiver um nono termo aditivo. E aí, com todo o trabalho que a gente fez, eles ganharam dinheiro a mais, e os médicos continuaram sem receber seus direitos. Então, aí logicamente, ficou todo mundo chateado, aí lá vai o sindicato dos médicos ter que lutar contra isso e tal.

Mas vejam como eles estão usando inclusive a nossa categoria, sempre forçando. Eles não recebem, para que a gente grite, para que a gente acione a Justiça, para que a própria prefeitura dê mais dinheiro para eles.

E aí, você perguntou sobre a prefeitura, o posicionamento da prefeitura, os municípios, o gestor fala assim: "Não, eu fiz a minha parte; a OSS que não fez a dela". É outra forma de não se responsabilizar pela fiscalização desses contratos.

E aí, vocês já falaram, vários aqui já falaram, Dr. Hiran, eu estou já começando a ir também para o fim, de vários exemplos de locais onde está acontecendo isso, como no Amazonas, onde foram contratadas as OSSs inclusive sem licitação. Lá no Rio Grande do Sul, com desvio de mais de R$340 milhões. São evidências que estão acontecendo, da contratação dessas empresas. E agora, no Ceará, a Polícia Federal e a CGU, pessoal, foi desvio de R$1 bilhão a R$1,5 bilhão na contratação dessas empresas. Era tanto dinheiro, que eles não conseguiam lavar, porque eles estão sendo denunciados por desvio de dinheiro, corrupção, inclusive com envolvimento, algumas inclusive com a questão de facções. Era tanto dinheiro, Dr. Raphael, que tinha um *bunker*, porque eles não conseguiam lavar, e tinha mais de R$30 milhões num sótão dessa empresa lá. Isso, lá em Fortaleza, Ceará, dessa empresa que está sendo investigada.

Então, assim, inclusive a empresa estava me processando, porque eu disse que saiu no jornal que ela está sendo investigada. É assim, a gente inclusive está sendo perseguido, inclusive eu já fui, várias vezes, ameaçado por essa empresa.

Então, assim, eu só estou indo para finalizar, pessoal.

Isso afeta também, inclusive, o nosso ensino médico. Por quê? Olhem o exemplo das universidades estaduais, que deve acontecer, obviamente, em outros estados. Os estudantes estão sem ter professor nos hospitais regionais - que são da responsabilidade do estado - para terem aula. Você vai pedir o professor. Aí, o secretário de saúde, junto com o secretário - que alguns estados talvez não tenham - da educação superior, diz o seguinte: "Eu tenho que perguntar à Uece como é que a gente faz para contratar mais médicos. Talvez eles vão querer um aditivo para contratar mais médicos, porque os médicos deles, eles não vão colocar à disposição dos estudantes".

Então, nós perdemos o gerenciamento da saúde. Na hora em que vocês colocam uma organização social para gerenciar o município, como já aconteceu lá em Caucaia - foi entregue a Secretaria de Saúde toda para uma empresa -, ou quando você entrega para o hospital, você perde o gerenciamento daquele hospital, porque eles é que assumem para eles.

Vou dar exemplos. O Sindicato dos Médicos do Ceará. Nós estamos fazendo de tudo, contratando, inclusive, jurídico para isso, fazendo um trabalho junto com o MPT, o CGU, o TCU. A gente está fazendo parte de reuniões para buscar formas para resolver isso. E aqui é uma tentativa, Dr. Hiran, de a gente conseguir aumentar essa força, para tentar ajudar a inibir também em todo o Brasil, porque também não adianta só a gente fazer o nosso dever de casa, lutar lá... Inclusive, lá nós conseguimos evitar que entre o modelo de contrato SCP. Existe o modelo de contrato SCP, mas ele não é indicado para os médicos. E aí a gente está conseguindo, a Dra. Thaís foi uma das que, inclusive, reconheceu isso no começo, e a gente quer conseguir evitar isso em outros estados.

Eu estou só dando um fim, um exemplo do próprio Governo Federal para provar que a organização social não presta.

Eu faço parte do Conselho Nacional da AgSUS, dos médicos da AgSUS, e lá foi dito que a saúde indígena, que tem 18 mil profissionais, era gerenciada por oito organizações sociais. Quando a AgSUS fez a conta no papel, ela achou melhor contratar todos os profissionais, porque eles viram que, se os contratassem diretamente, eles iam economizar, e estão economizando R$120 milhões por ano. O próprio Governo Federal. Isso está escrito em ato, inclusive, duas vezes.

Então, é o mesmo o que eu peço, uma das sugestões: voltar a esse modelo da contratação direta. O ideal seria que a gente voltasse, o médico não fosse atividade meio, para que a gente pudesse evitar essa contratação dessas OS.

Eu gostaria de sugerir também que não se pudesse fazer a contratação por essas organizações sociais, como já foi sugerido aqui. A gente já está partindo para as propostas. É porque essas OS, pessoal, têm lastro. Elas não precisariam esperar o dinheiro para pagar aos médicos. Inclusive, isso é em contrato ou é para estar nos contratos. Então, que a gente pudesse fazer de um jeito que não fosse permitido que ela demorasse e que ela fosse penalizada, inclusive o CPF dos responsáveis.

E a gente precisa de transparência na cadeia de pagamento dos médicos, porque o dinheiro, uma vez que sai do setor público, quando entra nas empresas, a gente não sabe para onde vai esse dinheiro. Por isso que é difícil lastreá-lo.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, querido Edmar.

Eu vou passar a palavra para o Dr. Levi Costa Carioca, Delegado Sindical do Sindicato dos Médicos do Ceará, pedindo para que você seja o mais conciso possível, porque nós ainda temos seis expositores. Senão a discussão posterior vai ficar prejudicada por conta do avançado da hora.

Então, passo a palavra ao querido colega Levi.

Por favor.

O SR. LEVI COSTA CARIOCA (Para expor.) - Vocês todos me ouvem bem? Certo.

Dr. Hiran, a palavra que eu trago hoje no meu coração, até antes mesmo de me apresentar e de agradecer, é de que bem-aventurados são aqueles que têm fome e sede de justiça, porque eles serão saciados. Eu creio nisso e eu creio que esta audiência é o começo, realmente, de uma mudança no Ceará, uma mudança no nosso país.

Sr. Presidente, Sras. Senadoras, Srs. Senadores, demais autoridades presentes, a quem eu falo na pessoa do Dr. Hiran, agradeço a todos. Eu me chamo Levi e agradeço, em especial, também ao senhor, porque - e com a devida vênia, Dr. - o senhor não é Senador apenas de Roraima, o senhor é Senador de todos os médicos do Brasil. O senhor é o Senador do Sindicato dos Médicos do Ceará, o senhor é o Senador dos médicos, e, em nome dos médicos do Ceará, eu agradeço o senhor ter convocado esta audiência, porque ela é uma virada de chave, uma mudança na realidade do que está acontecendo no nosso estado.

Eu venho dizer hoje uma coisa muito simples para todos. Os calotes e as fraudes são hoje o maior impedimento real da verdadeira medicina e da manutenção da dignidade médica e da dignidade do paciente. E eles não são, de forma alguma, falhas pontuais isoladas. Como já foi exposto por todos aqui, eles são efeitos previsíveis de um modelo de contrato que parece que foi feito para falhar. Um modelo de contrato em que os pontos, os erros e as críticas, eles são reproduzidos.

O que o Dr. Raphael muito bem expõe é a mesma linguagem que o Dr. Luis no Ministério do Trabalho, que é um baluarte da defesa da categoria da saúde no Ceará, também expôs, assim como os outros representantes da CGU. Então, o que me questiona é que todos conseguem ver a mesma irregularidade, mas a situação se perpetua e não muda. E são vários anos da reprodução desse mesmo modelo.

Vejam, a Constituição brasileira, nos arts. 197 e 199, admite a participação dos outros entes no SUS de forma complementar. Apenas uma Organização Social hoje, no Estado do Ceará, é responsável - e isso quem fala não sou eu, é o Ministério Público Federal, através de uma ação civil pública, juntamente com a Defensoria Pública e o Ministério Público do Ceará -, ela fala que esta organização social administra sozinha sete hospitais, seis UPAs, 134 unidades de atenção primária e 16 Caps, enquanto a própria Secretaria de Saúde administra apenas seis hospitais. Apenas uma OS, no estado, administra mais unidades hospitalares do que a própria Secretaria de Saúde.

Vejam, de que forma pode se cobrar uma entidade como essa de que ela tem mais gerenciamento do que a própria secretaria que a contrata? Como, de alguma maneira, pode se combater esse modelo se o próprio estado está na mão dos entes contratados?

E as denúncias, inclusive, apontam, as denúncias que são recebidas no Sindicato dos Médicos do Ceará, que uma das motivações para tanto se investir em Organizações Sociais seria a fuga da Lei de Responsabilidade Fiscal, porque, vejam: se eu desejo contratar uma empresa ou uma cooperativa da saúde, eu devo me submeter, em contratação direta, aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal. Entretanto, até o momento, ainda não há uma legislação que determine, inclusive nos acórdãos dos tribunais de contas, claramente, qual seria a melhor perspectiva. Se, quando colocar a OS, ela também entra como submissão à Lei de Responsabilidade Fiscal ou não; mas, até o presente momento, não entra.

Então, o estado, o município e os outros entes públicos, eles podem contratar à vontade e não se submetem à Lei de Responsabilidade Fiscal. É uma grande fragilidade do próprio controle do dinheiro público, do cuidado com o bem público, com o patrimônio, com o Erário. Quando isso acontece, o principal prejudicado sempre é o paciente, porque, além da ausência da submissão à lei de responsabilidade fiscal, essas organizações fazem a quarteirização da saúde. Elas contratam uma empresa ou uma cooperativa, ou uma sociedade anônima, ou uma Oscip que, por outro lado, contrata outra empresa que, por outro lado, coloca o médico na ponta.

Cada um desses intermediários cobra para si uma taxa de administração que, muitas vezes, vai além do que está escrito no contrato, como em inúmeras investigações, inclusive da própria CGU, apontam irregularidades em que empresas de fachada são colocadas como prestadoras de serviço, mas na realidade são notas fiscais frias, em que aquele valor não é destinado para uma realização de um serviço ou a compra de um produto efetivo.

Então, no final das contas, quando faltam insumos, quando não há leitos, quando a quantidade de médicos é reduzida, quando o profissional sofre calote, o dinheiro foi distribuído, só que não foi para o fim que ele deveria. E o que precisa se questionar é se esse modelo pode, de fato, se perpetuar, porque o ideal, claro, o padrão ouro, seria que conseguíssemos estabelecer - e aqui esta Casa seria a referência para isso, através dos Srs. Senadores - formas de fazer uma regulação das contratações em saúde de maneira efetiva. Entretanto, eu me espanto, porque parece que você vê novas leis, que são lindas, leis extremamente construídas, belas, com palavras que às vezes eu nem sei o significado por não ser da área do direito; mas as empresas, as OS, os institutos, sempre encontram maneiras de burlar a legislação, sempre encontram maneiras de transformar aquilo e deturpar o que deveria estar dentro da prática médica. E isso cada vez mais se perpetua.

E, se o médico individualmente se levanta e exerce uma denúncia, existe a estranha prática de tentativa de calar aqueles que buscam o cumprimento real da Justiça. Inclusive, todos nós aqui mesmos estamos expostos à represália. E é algo que

se faz por dever de ofício, mas ninguém está impedido de, por exemplo, sofrer o que aconteceu com o meu amigo ali, que lá em Camboriú foi retirado da sua escala por expor a irregularidade que estava acontecendo.

Então, os profissionais se calam por receio, porque essas empresas têm a gestão praticamente do SUS. Eles se calam por receio de serem demitidos, de serem denunciados, de serem coagidos, não encontrar outros trabalhos... E graças a Deus que há ainda instituições fortes na defesa da categoria médica, e eu faço questão de inclusive salutar o trabalho do CFM, o trabalho da Fenam, que têm sido também baluartes na defesa da categoria.

Dr. Hiran, eu recorro ao senhor, porque eu sei que o senhor é, como eu falei no começo, o senhor é o Senador da categoria médica. E a nossa esperança não está apenas nas nossas representações, mas precisa haver também uma modificação que venha de onde vêm as bases do que rege o nosso país, que é a Casa do Senado, que é a posição que o senhor ocupa e em que nós temos confiança.

No Município de Fortaleza, como o Dr. Edmar estava colocando, houve uma situação que foi uma das mais curiosas para não dizer nada com que se perca o decoro. Uma determinada OS foi contratada, foi feito um orçamento público com uma avaliação inicial em que se pressupunha um contrato com CLT. Então, aquela entidade recebeu para contratar 106 médicos por vínculo CLT, ou seja, com todos os encargos, garantias, deveres e direitos; entretanto, ela subcontratou uma sociedade anônima.

Essa sociedade anônima, no ato da sua contratação, tinha R$5 mil de capital social para fazer o gerenciamento de 106 médicos. Uma sociedade anônima que era do Estado de São Paulo viu a licitação, mudou o seu endereço fiscal para Fortaleza, abriu uma filial - R$5 mil de capital social - sem ter nenhum profissional. Ao assumir, declara para todos os profissionais: "Olha, para vocês agora fazerem parte, vocês devem ser sócios". E a pergunta que fica é: para onde foi a diferença do valor? Porque o mais curioso ainda é que o valor do plantão líquido praticado ainda hoje no município, nessas unidades, é inferior ao valor líquido em 2024 pelo vínculo CLT. Hipoteticamente, normalmente a gente pensa: "Não, no CLT você vai receber menos líquido, porque vai ter os encargos, vai ter os tributos e na PJ você vai economizar". Mas na realidade, hoje, o PJ líquido é inferior ao que seria o líquido CLT em 2024, mas o valor dos repasses para essa entidade aumenta a cada ano, e ele não chega ao paciente, ele não chega ao profissional.

Então, precisa ser questionado aonde está indo o dinheiro do SUS, aonde está indo o dinheiro que deveria financiar, efetivamente, a prática da boa medicina e a defesa do paciente com a preservação da dignidade médica.

Nós denunciamos isso em uma denúncia que se tornou inquérito civil no Ministério Público do Trabalho. O Ministério Público do Trabalho requisitou os contratos à prefeitura e questionou a eventual autorização de subcontratação, qual seria o custo estimado e se esse custo orçado foi praticado ou devolvido. O número do inquérito é 2380.2024.07.008.

Houve, em 17 de dezembro de 2024, notificação, em 22 de agosto de 2025, em 26 de novembro de 2025 e em 2 de fevereiro de 2026. Nenhuma das notificações ao ente público obteve resposta. O próprio MPT registrou que o município havia sido diversas vezes notificado e se manteve inerte, e isso não é algo apenas municipal. Entra, inclusive, no que foi colocado também aqui no que se refere à questão da classificação por menor preço.

Hoje, a contratação prevê que o profissional técnico especializado não pode ser contratado por menor preço, tem que ser técnica e menor preço. Entretanto, a categoria médica não se enquadra hoje, nesse regimento jurídico, dentro do profissional técnico especializado, o que dá autorização para os entes públicos licitarem, colocando o critério do menor preço, conforme o que já foi colocado aqui de que eles reduzem o valor para ganhar a licitação e botam essa redução nas costas do profissional, que tem também as suas atribuições.

Então, a cada ano os salários não aumentam. A cada ano os salários são reduzidos. A cada ano os salários são cortados, e é sempre o do profissional.

Então, é uma junção de inúmeros problemas que vão além de somente essa relação e perpassam toda a estrutura da construção que nós temos visto hoje na seleção, contratação e efetiva prática dessas entidades na saúde.

Por último - e aí já encaminhando para o final -, existe uma nova estratégia que eles estão utilizando, porque eles perceberam que as entidades estão cada vez mais atentas, cada vez mais vigilantes e têm recebido a sua devida autoridade ao denunciar esses pontos, e isso é algo que muito agrada a categoria de maneira geral. Então, eles buscam novas estratégias.

E qual é a nova, Dr. Hiran? Eles fazem um contrato, vencem uma licitação, vencem um pregão, assumem um contrato. Quando você vai pressupor um aditivo, imagina-se que seja para um gasto não esperado no começo, uma necessidade nova, uma necessidade de ampliação local. Entretanto, os entes públicos, para continuarem entregando recursos e verbas aos mesmos com os quais eles já têm relação, fazem aditivos contratuais de um objeto contratual diferente.

Tem um caso, em Fortaleza, de uma unidade, de um instituto, que administrava três UPAs. Em determinado momento, a prefeitura decide que vai abrir três "UPinhas", que teriam o objetivo de atendimento pediátrico sazonal. Em outro endereço, bem próximo a uma unidade hospitalar que não tem relação alguma com esse instituto, entretanto, entrou como aditivo de um instituto que não tem nada, nada, a ver com o local físico, com a atribuição do trabalho, em que os funcionários não são os mesmos e o vínculo que foi colocado lá não é o mesmo.

Como se pode fazer um aditivo de um outro objeto dentro de um contrato já preestabelecido? Isso fere o próprio conceito de você fazer uma licitação pública em que você abre a possibilidade de várias entidades participarem. É um claro direcionamento.

Esse é um método que está se perpetuando, se reproduzindo e, a cada medida em que se resolve um problema, eles encontram uma saída. Se resolve um, eles encontram outra.

Então, não vou mais me estender. Vou apenas pontuar e partir para as solicitações, se for possível, para que fique também claro para toda a população que está também assistindo e acompanhando, porque, muitas vezes, essas circunstâncias colocam o paciente contra o médico, quando o verdadeiro responsável está muito bem sentado em uma sala, no ar-condicionado, assistindo ao médico e ao paciente se digladiarem, sem ter nenhum dos dois responsabilidade pela má gestão que é exercida no SUS em muitas ocasiões.

O médico não define o orçamento da saúde; o médico não escolhe as organizações gestoras; o médico não escolhe o número dos profissionais de saúde; o médico não controla o abastecimento dos insumos, do medicamento e da estrutura; mas, ainda assim, é ele quem enfrenta a superlotação; é ele quem enfrenta a violência; é ele quem enfrenta os calotes e é ele quem enfrenta as cobranças. Esse modelo, que criminaliza a medicina, precisa mudar.

Então, Senador, posteriormente, a gente vai fazer o encaminhamento de todas as nossas denúncias, todo o material, ao gabinete do senhor. Colocamo-nos também a instituição, a Fenam, o sindicato, Simers, todas as instituições, eu acredito, à disposição do senhor para subsidiá-lo de conteúdo, para realmente pautar e resolver esse problema.

E eu faço a solicitação de que, se possível, o senhor, enquanto Senador, pleiteie a abertura de um procedimento investigativo dentro daqui, do Senado, juntamente com o TCU, realmente para que a categoria possa tomar as rédeas desse processo e que a gente saia dessa posição em que somos apenas ameaçados, culpabilizados e vitimizados, e que, na figura do Senado, representando com o senhor, seja aberto um procedimento de investigação aqui na Comissão.

Ficam essa minha sugestão e o pedido para que, de fato, as coisas possam começar a mudar, e eu acredito que vão, se Deus permitir.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Levi, muito obrigado. É muito pertinente a sua colocação.

Acatamos a sua sugestão e vamos preparar um requerimento e encaminhar as nossas demandas para o Tribunal de Contas, que é uma das finalidades da nossa Comissão.

Quero passar a palavra, em seguida, ao Dr. Luis Paleare, que é representante da Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (Aemed).

Luis, seja muito bem-vindo.

O SR. LUIS PALEARE (Para expor. *Por videoconferência*.) - Obrigado.

Excelentíssimo Senador Dr. Hiran Gonçalves, autor do requerimento desta audiência; entidades médicas parceiras, CFM, Fenam, Simec, demais entidades, autoridades aqui hoje presentes e colegas estudantes de Medicina de todo o país que nos acompanham, meu nome é Luis Paleare. Eu sou também um estudante de Medicina e hoje eu falo em nome da Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil.

Para ser breve e estar de acordo com os pedidos do Senador Dr. Hiran, já inicio abordando onde tudo o que foi falado até agora encontra o estudante. Eu acredito que entender e mostrar essas consequências desses desvios que estão sendo ditos hoje, da conduta legítima para o estudante de Medicina e para o futuro médico, seja o meu papel, já que tudo que é técnico já foi muito bem explicado aqui por todos esses excelentes profissionais.

Eu dividi os meus estudos em duas partes para repassar aos senhores: o que a gente já sabe e o que tememos. Eu acho que esta Casa merece que não se misturem as duas coisas.

O que já sabemos diz respeito mais ao mercado que nos espera. A demografia médica no Brasil, de 2025, feita pela USP com a AMB e o Ministério da Saúde, mostra que, em 2023, só cerca de um terço dos médicos ativos tinha vínculo formal

de emprego - dez anos antes, era mais da metade -, e mais de 70% desses vínculos formais estão no setor público; ou seja, é tudo o que o SUS determina.

O SUS é o maior empregador da categoria e, portanto, como ele contrata, desenha o meu futuro e o dos meus colegas.

Então, esses dados, que eu apresentei da demografia médica, se somam também ao gargalo da residência. O país está perto de 635 mil médicos, a projeção da demografia, e eles apontam para mais de 1 milhão, em 2035. Consoantemente, em 2024, os residentes eram cerca de 47 mil, 8% desse total. Resumindo então: a gente forma muito mais médicos do que a residência comporta, e grande parte vai ficar de fora. Daí, quem fica de fora é obrigado a negociar de uma posição muito mais fraca e tende a aceitar, com muito menos filtro também, os vínculos de trabalho que aparecem. Então, é crucial que esses vínculos sejam legítimos antes de tudo, para que a gente proteja essa parcela da população médica.

Então, até aqui são fatos; a partir daqui, eu vou entrar no terreno do receio, mas esse receio tem que ser muito bem conhecido, para que não se torne a realidade.

Então, estudante de Medicina, que nos acompanha ou que vai ver os vídeos posteriores da audiência, preste atenção porque isso compete a você também.

O primeiro receio para nós, decorrente da problemática aqui tratada na audiência, por exemplo, é a perda dos campos de estágio e o enfraquecimento da sua preceptoria.

O internato depende de um instrumento formal, de um convênio geralmente entre a instituição de ensino e o serviço de saúde. Então, pode ser um convênio, e esse convênio impede estabilidade. Aí, num vínculo fraudulento, não existe estabilidade porque a rotatividade das equipes é muito elevada, a gestão muda frequentemente e o contrato médico, muitas vezes, como bem disse o Dr. Edmar, não prevê atividades de ensino. Essa instabilidade repercute, com toda certeza, na universidade e, posteriormente, em nós, estudantes.

Então, para mergulhar ainda mais nesse problema, como o médico não pode ser obrigado a atuar como preceptor se não estiver previsto e não fizer parte do seu vínculo contratual - isso está correto -, essas instituições de ensino precisariam, por exemplo, credenciar e remunerar os seus próprios preceptores.

Isso pode parecer uma solução, mas, no final das contas, não é muito benéfico para nós, porque, se isso acontece, a longitudinalidade que, por exemplo, um médico vinculado àquele serviço de saúde teria some, porque o preceptor que vai até aquele serviço de saúde não tem o mesmo acompanhamento próximo e longitudinal daqueles pacientes que o médico vinculado diretamente àquele serviço teria. E mais: a dificuldade de estabelecer vínculos atrativos àquele serviço, atrativos à preceptoria, pode levar, inclusive, à adesão de profissionais menos experientes. Não é muito atrativo, e profissionais menos experientes, justamente por serem potencialmente os mais dispostos a aceitar condições menos favoráveis de trabalho, aceitam esses vínculos, e isso compromete a profundidade e a qualidade do aprendizado que eu e meus colegas recebemos.

Então, essa fragilização e a redução da preceptoria decorrente disso nos levam a uma segunda preocupação, que é a supervisão diluída, que eu explico adiante. A Resolução CFM nº 2.434, de 2025, exige a supervisão direta e contínua durante o internato, enquanto a Resolução CRM-PR 257 estabelece limites para o número de estudantes por preceptor. O que se teme, entretanto, é que, como o Dr. Raphael Câmara evidenciou, as resoluções não sejam cumpridas. E aí isso pode levar à sobrecarga desses preceptores, com mais estudantes sob responsabilidade deles, e isso acaba gerando um aprendizado deficitário e pouco profundo. E, dessa supervisão insuficiente, pode-se decorrer um risco ainda pior, que é o estudante passar a suprir a ausência desse próprio médico.

Então conselhos regionais já identificaram, inclusive, situações em que acadêmicos de Medicina estavam em plantões sem a presença de um médico formado. E, embora esses casos fossem em contextos diferentes, esse alerta é muito parecido. Quando falta um profissional, surge o risco de transferir ao estudante a responsabilidade que não lhe pertence. Nesse cenário, nós ficamos vulneráveis e, antes de tudo e mais importante, o paciente fica vulnerável. Ele tem um acompanhamento muito menos longitudinal, muito menos humanizado, ele fica pulando de médico, de equipe em equipe, e, nesse final de caso, pode acabar até sendo atendido por um estudante de Medicina.

Então, em benefício dos estudantes, a Aemed assume que é de suma importância que os gestores verifiquem a capacidade técnica dessas contratadas, quaisquer que sejam elas, antes de assinar e depois fiscalizem, durante a execução, que o art. 5º da Lei 12.690 seja cumprido e que haja também transparência sobre esses vínculos nos serviços que recebem estudantes.

Muito obrigado, Senador Dr. Hiran, por esta oportunidade ímpar e muito obrigado a todos pela oportunidade de participar do debate.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Luis.

Uma coisa que eu queria lembrar a vocês também é a questão das cotas para residência médica - é uma excrescência.

Nós temos um projeto aqui, nesta Casa, que acaba com essa questão de cota para residência médica, até porque... Eu até votei a favor de cotas para o acesso, porque nós somos um país absolutamente desigual; mas, depois de seis anos de um nivelamento num curso de Medicina, em que nós estivemos com a mesma carga, com a mesma diretriz, com o mesmo corpo docente, você ainda consignar certas benesses a certos estudantes é algo absolutamente injusto.

Eu vou dar um exemplo aqui para vocês. Eu tenho dois filhos que estão fazendo residência, estão fazendo prova de residência; e um filho meu gabaritou duas provas de residência, uma em Goiás e outra aqui, e ele me disse assim: "Pai, eu estou preocupado de não passar". Eu disse: "Por quê?". "Porque tem muita gente que tirou 90, mas tem dez pontos de atividade em Medicina de Família e Comunidade; tem algumas outras cotas, raciais, inclusive; e há subjetividade de análise curricular." Quer dizer, está ficando muito difícil passar na residência estudando. Nós precisamos resgatar meritocracia.

Você falou, Luis, uma coisa muito importante: precisamos também fazer uma reestruturação dos nossos cursos de residência, porque, ao estar dentro de uma UPA, dentro de um cenário de prática sem preceptoria, o risco de aprender errado é muito grande também. É ou não é, Francisco?

O SR. FRANCISCO CARDOSO (*Fora do microfone*.) - Total.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Então, eu quero passar a palavra para esse craque do Rio Grande, que nos recebe tão bem lá, o meu querido colega Felipe.

Eu transmito ao nosso colega do Rio Grande o nosso carinho e o nosso respeito.

O SR. FELIPE VASCONCELOS (*Fora do microfone*.) - Obrigado, Senador Hiran.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Seja muito bem-vindo - e seja rápido.

O SR. FELIPE VASCONCELOS (Para expor.) - Sr. Presidente, Senador Dr. Hiran Gonçalves, Sras. e Srs. Parlamentares, autoridades presentes, colegas médicos de todo o Brasil, é uma honra participar desta audiência pública, representando o Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, o Dr. Marcelo Marsillac Matias, e os médicos gaúchos.

Como Vice-Presidente do Simers e Diretor de Defesa Profissional da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), venho trazer a esta Casa uma realidade que está se tornando cada vez mais preocupante no nosso país: médicos trabalham, cumprem seus plantões e salvam vidas, mas recebem com atraso ou muitas vezes simplesmente não recebem. É o calote no trabalho médico. O que é mais preocupante é que essa situação está, cada vez mais, deixando de ser exceção e se tornando cada vez mais frequente nos serviços de saúde.

Senhoras e senhores, imaginem um médico que passa a noite inteira em uma emergência atendendo crianças, idosos, vítimas de acidentes e pacientes graves. Ele assume responsabilidades, toma decisões difíceis e faz tudo o que está a seu alcance para salvar vidas e, no final do mês, não sabe se vai receber pelo trabalho realizado. Muitas vezes, ele continua trabalhando, porque sabe que existem pacientes que dependem dele ou porque precisa daquele emprego para sustentar sua família. Como se pode exigir tranquilidade de um profissional que não sabe se vai receber pelo trabalho que realizou? Essa é a realidade que precisamos enfrentar.

Nos últimos anos, acompanhamos uma transformação nas relações de trabalho médico. Hospitais, unidades de pronto atendimento e outros serviços públicos passaram a ser administrados por organizações sociais, institutos e empresas terceirizadas. Quero deixar claro: a terceirização, por si só, não é um problema. O problema é quando elas se transformam em um instrumento de precarização, insegurança e transferência de responsabilidades.

Hoje, muitos médicos, por falta de alternativas de trabalho, acabam aceitando condições de contratação que jamais escolheriam livremente. São obrigados, na prática, a construir pessoas jurídicas, ingressar em sociedades empresariais ou aceitar contratos sobre os quais não possuem qualquer poder de negociação.

Em algumas situações, o médico passa a ser sócio cotista de uma empresa que não administra, cujas decisões não acompanha, sobre a qual não tem nenhum controle. Em outras, são utilizadas as chamadas sociedades em conta de participação (SCP), nas quais o pagamento pelo trabalho médico pode ser apresentado como distribuição de lucros.

E qual o risco disso? O médico pode trabalhar durante anos e depois descobrir que está envolvido em uma estrutura empresarial que pode lhe trazer problemas fiscais, cobrança de impostos, juros e multas, tudo isso por uma empresa que ele não administra e sobre a qual ele não tem controle. Não podemos aceitar que o médico seja tratado como trabalhador na hora de cumprir suas obrigações e como empresário na hora de assumir os riscos.

Também precisamos combater as falsas cooperativas e outras formas de contratação utilizadas para retirar direitos e esconder responsabilidades. Não estamos questionando as cooperativas legítimas, nem sociedades médicas verdadeiramente construídas. Estamos questionando os modelos que deixam o profissional sem autonomia, sem garantias e, muitas vezes, sem receber. Essa situação chegou a um ponto tão grave que o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul criou uma ferramenta chamada Devedômetro.

Eu peço para a Thalita colocar a imagem que a gente colocou da ferramenta Devedômetro.

O Devedômetro foi criado para dar visibilidade aos municípios e às instituições de saúde e empresas que atrasam ou simplesmente deixam de pagar os médicos. Infelizmente, esse é o Devedômetro, com vários apontamentos, do mês de outubro de 2026.

Senhoras e senhores, existe a existência de uma ferramenta que demonstra o que nós estamos enfrentando, que é o Devedômetro. Por isso, considero fundamental um órgão de fiscalização e controle que acompanhe essas informações, em parceria com os sindicatos médicos de todo o Brasil. Precisamos de identificar os responsáveis, investigar o destino dos recursos públicos, adotar providências contra as instituições que deixam de cumprir suas obrigações. Não podemos permitir que o calote se transforme em uma prática normal na saúde pública brasileira,

E há situações ainda mais graves: o médico que trabalha durante meses sem receber. A empresa responsável deixa o contrato, outra assume a gestão e a dívida permanece; a empresa vai embora, e o médico fica sem receber. Quem responde por isso? Quem garante que o dinheiro público destinado à assistência chegue a quem realmente prestou o serviço?

Essa situação não prejudica apenas os profissionais. Quando os pagamentos atrasam, médicos deixam os serviços, escalas ficam descobertas e a população acaba sofrendo as consequências. Quando o trabalho médico é desvalorizado, quem também sofre é o paciente.

Sr. Presidente, foi diante dessa realidade que, em fevereiro de 2025, idealizei uma proposta legislativa para enfrentar o calote nos serviços públicos de saúde. Apresentei essa iniciativa à Deputada Federal Carla Dickson, do Rio Grande do Norte, que acolheu a proposta e apresentou o Projeto de Lei 570, de 2025, conhecido como PL anticalote, e quero explicar de uma maneira muito simples o que estamos propondo.

A entidade que recebe o recurso público para prestar serviços de saúde deverá comprovar ao poder público que pagou aos profissionais que efetivamente realizaram os atendimentos. Se não comprovar o pagamento, esses repasses correspondentes ficarão condicionados à regularização das obrigações, conforme regras previstas no projeto. E mais: caso a instituição não apresente essa comprovação, o poder público poderá pagar diretamente ao profissional que trabalhou, descontando esse valor dos recursos destinados à entidade. É uma mudança importante, porque o dinheiro público precisa chegar a quem efetivamente prestou o serviço.

O projeto também estabelece mecanismos de responsabilização do gestor público que se omitir na apuração de denúncias de falta de pagamento, inclusive com a previsão de improbidade administrativa, nos termos da legislação, porque não basta fiscalizar se a empresa recebeu os recursos, é preciso fiscalizar se o médico recebeu pelo trabalho realizado.

E quero destacar outro avanço durante a sua tramitação: o projeto foi ampliado para proteger os demais profissionais da saúde, porque todos que trabalham merecem receber. O PL 570 foi aprovado nas Comissões de Saúde e de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados, e está na Comissão de Justiça, restando a Comissão de Justiça.

Agradeço à Deputada Carla Dickson por ter acolhido essa iniciativa e aos Parlamentares que contribuíram para o seu avanço. Peço o apoio desta Casa para que possamos transformar essa proposta em lei.

Quero também reconhecer a importante iniciativa dos Conselhos de Medicina. Em 2026, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 2.462, inspirada na iniciativa do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Está aí o Raphael, né? Então quero parabenizar vocês pelo trabalho que estão fazendo, junto com o Francisco Cardoso. E essa resolução também estabeleceu medidas administrativas contra empresas que atravessassem ou deixassem de pagar os médicos. Entre penalidades previstas, estavam advertências, multas, suspensão e até cancelamento de registros das empresas no Conselho de Medicina. Foi uma resposta importante para proteger os profissionais. Infelizmente, essa resolução federal teve seus efeitos suspensos por uma decisão judicial do Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Respeitamos a decisão judicial, mas esse episódio reforça a necessidade de uma legislação federal que ofereça segurança jurídica e mecanismos de proteção aos médicos. Precisamos de instrumentos que responsabilizem quem não paga e que impeçam a utilização de estruturas empresariais para esconder obrigações.

Senhoras e senhores, existe algo que considero fundamental nesta discussão: o médico não pode simplesmente abandonar um paciente porque seu pagamento está atrasado, não pode interromper uma emergência porque deixa de cumprir suas obrigações, não pode deixar de atender pessoas em situação de risco porque seus honorários não foram pagos. Esse é

o compromisso ético que assumimos quando escolhemos a medicina, mas esse compromisso com a vida não pode ser utilizado como justificativa para explorar quem cuida. A responsabilidade do médico com o paciente não pode servir de desculpa para a irresponsabilidade de quem administra os serviços de saúde. É justamente por isso que precisamos agir. Não estamos aqui para denunciar problemas, estamos aqui para apresentar soluções aos colegas médicos de todo o Brasil. Quero dizer que conheço as dificuldades de quem trabalha em emergências, nos hospitais, nas unidades de pronto atendimento e nos pequenos municípios do interior. Sei o que significa enfrentar um plantão difícil, assumir decisões de envolver a vida de outras pessoas e ainda precisar lutar para receber por seu trabalho realizado. A nossa profissão exige sacrifícios suficientes. Não podemos aceitar que a insegurança financeira e o desrespeito também façam parte da rotina de quem dedica a vida para cuidar das pessoas.

Aos Srs. Parlamentares deixo um pedido: precisamos transformar essa preocupação em legislação, fiscalização e resultados concretos. Não estamos pedindo privilégios, estamos pedindo respeito, respeito com o médico que trabalha, respeito com o paciente que precisa de atendimento e respeito ao dinheiro público, que deve ser utilizado corretamente.

Quero encerrar com uma reflexão: uma sociedade que exige tanto dos seus médicos não pode aceitar que eles precisem implorar para receber pelo seu próprio trabalho. O médico não pode continuar sendo o último a receber e o primeiro a ser cobrado. Quem trabalha precisa receber. Quem administra o dinheiro público precisa prestar contas. Quem contrata precisa assumir suas responsabilidades. Que esta audiência pública não seja apenas mais um debate, mas um passo concreto para mudar essa realidade, porque pagamento em dia é obrigação, contratação digna é respeito, e defender os médicos também é defender a saúde da população brasileira.

Muito obrigado, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Felipe.

Temos o último inscrito, Dr. Fernando André, Vice-Presidente do Sindicato dos Médicos de Roraima, que vai participar remotamente. Depois, vamos abrir para as perguntas e os debates.

Dr. Fernando, seja muito bem-vindo.

O SR. FERNANDO ANDRÉ MARTINS FERREIRA (Para expor. *Por videoconferência*.) - Obrigado, Senador Dr. Hiran, representante do nosso estado nesta Casa, muito obrigado pelo convite.

Senadora Damares, demais integrantes, representantes de instituições de sindicatos e de estudantes, eu falo aqui de Roraima, Boa Vista, representando o Presidente do Sindicato dos Médicos de Roraima na figura de Tesoureiro, e também como Conselheiro do Conselho Regional de Medicina. A minha fala vai ser bem breve, também não vou me estender muito no tempo dos senhores. É apenas para demonstrar que essa situação que acontece no Brasil inteiro, porém, no extremo Norte, a gente tem algumas particularidades que são um pouco diferentes do resto do Brasil.

Aqui, diferente de outros locais, nós não dispomos, no momento, nem de OSs e nem de cooperativas médicas. Porém, já tivemos anteriormente cooperativa médica, que foi um desastre - até hoje, muitos médicos ainda pagam imposto referente a esse período -, houve muitos desvios de verba, de dinheiro, além da centralização numa única empresa que era responsável pela contratação dos profissionais médicos, que ficavam reféns dessa dita cooperativa. Você só conseguiria fazer plantões no estado, sendo especialista ou não - caso você não tivesse um vínculo efetivo -, através dessa cooperativa.

Há uma ideia, um projeto de OS desde 2020 para ser instituída aqui no estado; felizmente, não vingou. Hoje nós estamos passando por um momento de transição nos valores a serem recebidos pelos médicos; cerca de 70% dos médicos não têm vínculo efetivo, e esses médicos estão trabalhando por PJ e estão sem receber desde julho do ano corrente, inclusive com indicativo de paralisação médica a partir do dia 1º de dezembro, caso não haja regularização. A regra que nós vemos desde que se iniciou o pagamento por PJ no estado é o atraso superior a 90 dias que tem no contrato - permitido o máximo de 90 dias -, que a gente observa que chega a 120 dias ou mais. E, no momento, está tendo essa transição também para os especialistas; muitos colegas só têm vínculo através de empresa e estão passando pela mesma dificuldade.

Além disso, o último concurso público realizado no Estado de Roraima foi em 2013. Nós temos poucas unidades de saúde: temos o Hospital Geral, que é a nossa unidade terciária, de maior complexidade, que centraliza todos os serviços, exceto a maternidade; e, no âmbito do município, nós temos o hospital infantil. Então, a gente tem a gestão municipal, que tende a funcionar melhor aqui no nosso estado, com vínculos e contratos mais efetivos, sem a precariedade, porque já teve diversos concursos públicos nos últimos anos; e, no estado, a gente está nesse momento de transição, como o representante dos estudantes falou, que gera muita preocupação, porque esse médico que se forma hoje não tem abertura no mercado de trabalho local para exercer a função. Ele fica refém de muitos colegas para fazer repasses de plantão, infelizmente, e há demora da efetivação desse profissional na empresa. Sobre a contratação por empresas aqui, leva cerca de três a quatro meses para o médico ser efetivado, ou entrando na empresa que já existe ou constituindo a sua empresa própria.

O que eu tinha para falar era isso. Obrigado pela audiência de vocês.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Fernando. Transmita o nosso abraço ao nosso Presidente do Conselho, Dr. Domingos, e aos nossos colegas médicos.

Essa preocupação é uma preocupação minha também. Eu sou prestador do SUS, eu tenho uma clínica que tem vínculo com o SUS há mais de 21 anos, e nós estamos fazendo mais de 500 cirurgias por mês, de catarata, retina e outros procedimentos, e a nossa realidade também não é diferente: nós estamos sem receber desde abril desse ano. Desde abril. É duro. É muito duro. Então, eu queria aqui também, além de me solidarizar com você, dizer que a dor de vocês também é a minha dor.

Eu vou passar a palavra ao primeiro inscrito, para fazer alguma pergunta, alguma consideração, que é o Dr. Francisco Cardoso, nosso colega.

O SR. FRANCISCO CARDOSO - Boa tarde a todos. Vou ser breve, Senador.

Primeiro, eu queria falar para todos os médicos do Brasil da importância que tem o Senador Hiran Gonçalves nesta Casa, da importância que ele dá para o médico... É um desgaste para ele. Ele poderia estar fazendo pautas que, eleitoralmente, poderiam ser melhores para ele, mas ele é um defensor árduo da medicina, e eu sempre reconheço isso em todos os lugares a que eu vou.

Senador, obrigado por esta oportunidade. Acho que aqui nós tivemos falas do CFM, do Ministério Público do Trabalho, da CGU, do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, de estudantes, de sindicatos, todas unânimes: o modelo de OS atual está falido. É um *pipeline* de desvio de dinheiro no qual a preocupação com a saúde da população está em último lugar. E o SUS, como foi bem dito aqui, foi privatizado para lucro em detrimento do atendimento ao cidadão.

Então, mais que uma pergunta, é um apelo, Senador: nós precisamos dessa liderança sua no Senado. Eu não falo pelo CFM, mas como conselheiro federal, e eu tenho certeza de que a maioria lá vai me apoiar. Nós precisamos de uma CPI das OS. Nós precisamos expor para o Brasil o que está acontecendo, o que foi ouvido aqui nesta audiência. E nós precisamos também de uma lei geral dessas OS, porque tem muitos buracos. A Procuradora do Trabalho aqui listou uma série de situações, e a CGU também.

A pergunta que caberia é: diante da constatação do que está acontecendo na área da saúde, como, por exemplo, usar *capitation* na área da saúde... A gente tem um parecer no CFM, que é da minha autoria, que proíbe *capitation* na oftalmologia, mas é um parecer, nós vamos fazer uma resolução sobre isso e vamos precisar do apoio do Senado, senão essa galera vai querer judicializar a resolução. O que a gente pode fazer para aumentar essa luta? Quais são as armas que a gente tem para fazer isso? É mesmo só uma CPI? O que a gente pode fazer? Quais são os próximos passos? Porque as pessoas têm que saber o que está acontecendo na área da saúde, e a gente precisa da ajuda da sociedade para resolver essa chaga. Era isso.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Francisco. Eu acato a sua sugestão de apresentarmos um pedido de uma CPI. Já havia conversado com a Senadora Damares sobre essas relações de trabalho terceirizado através de OS ou Oscip. Eu acho que a gente precisa esclarecer muito bem isso para o povo brasileiro, porque nós disponibilizamos muito recurso público para essas organizações, e a maioria delas, além de não remunerar adequadamente não só os médicos, mas todo o seu corpo de colaboradores, também a qualidade do serviço... Nós temos algumas OS que funcionam bem, mas temos muitas que são absolutamente risíveis.

Então eu acato essa sugestão. Conversei já com a Senadora Damares, nós vamos tratar de colher as assinaturas para tentar instalar uma CPI, para poder esclarecer todas essas anomalias que foram listadas aqui por todos que me antecederam na fala.

Como você falou, eu procurei aumentar ao máximo o escopo de representantes dos mais diferentes segmentos aqui, CGU, TCU, nossos sindicatos, conselho, enfim, para que pudéssemos montar aqui, firmar um convencimento daquilo que nós podemos acatar como sugestões. E vocês sabem que o meu gabinete é uma projeção das entidades que nos representam, porque nós temos aqui muitas lutas, que vão desde o projeto de lei que aumenta penas de violência contra médicos, ampliei inclusive para professores, enfim, todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional da saúde...

Lutamos pela nossa proficiência, para frear a proliferação indiscriminada de escolas médicas e conseguimos um feito importante, porque o Governo, a partir do momento em que nós começamos a debater, a discutir esse tema, o próprio Governo acordou e mandou para cá uma medida provisória, que foi aperfeiçoada pelo movimento médico. Nós estamos esperando a sanção da Presidência da República e esperamos que não haja veto, e há um compromisso com o Senador Camilo Santana de que não vai haver veto. Ontem mesmo nós conversamos, e ele me garantiu isso, e eu tenho o Senador

em alta conta, é uma pessoa que sempre cumpre com os seus compromissos aqui. Então, eu espero que não haja nenhuma alteração daquilo que nós lutamos aqui para aperfeiçoar.

Eu acredito até que nós transformamos o limão numa limonada ali e garantimos a prerrogativa do Conselho Federal de Medicina na última avaliação de um egresso. E há outras questões, de sanções para cursos de Medicina que não aprovem determinado percentual dos seus alunos e, enfim, a maioria das coisas que estavam no nosso relatório, que está tramitando na Casa, mas que o Presidente Davi não pauta no Plenário - nem precisaria pautar, mas nós tivemos aí um artifício regimental para atrapalhar o nosso projeto, que foi tão discutido por nós, tanto na CAE quanto na CAS. Conseguimos vencer todas as dificuldades, e esse projeto está aí.

Mas, mesmo assim, eu espero que a gente possa ter a sanção presidencial dessa medida provisória, porque todo o movimento médico trabalhou nisso e conseguiu inserir, nessa medida provisória, algumas das reivindicações mais importantes do nosso projeto original.

Eu vou passar, não sei se tem alguém que queira... *(Pausa.)*

Seja muito bem-vindo, meu querido amigo. Apresente-se a todos, porque é uma honra ter você aqui, que é um conterrâneo lá do meu estado, que anda chorando aí pelo Sul do Brasil.

O SR. ALVARO KROETZ GRANGEIRO GOMES - Olha, não foi um plano chorar. Obrigado, Dr. Hiran.

É uma grande satisfação estar aqui sob a Presidência da sua pessoa, nesta Casa, nessa mesa. É muito importante para mim - a gente sabe -, sendo de Roraima, e é uma coincidência absurda isso acontecer e você ser o Presidente.

Acontece que eu nunca esperei que este momento fosse acontecer na minha vida. Jamais. Sempre gostei de política, mas jamais imaginei estar num local da mais alta importância política do nosso país por um problema que, na verdade, nem deveria existir, que é o não pagamento de um profissional, indignidade absurda. Até hoje - eu olhei a conta agora - não fizeram transferência.

Eu não entendo o que acontece com os locais, principalmente com o PIB extremamente alto, como o de Itajaí, que é o segundo de Santa Catarina. E o problema... Quando pensamos que o problema é Norte, Nordeste, nós estamos extremamente enganados, porque o problema é geral.

Aquele vexame que eu passei foi em Santa Catarina, tendo que, num desespero, na vigência de levar o segundo calote, ter que recorrer a meios de comunicação para poder forçar o pagamento, porque... O político responde com respostas vazias, começa aí, eles nunca dão a palavra, a certeza - não podem, também não podem. E aí, quando começaram com aquilo, eu falei: "Eu não vou abrir mão. Do segundo calote, em seis meses, eu não vou dar conta, não; eu vou ter que exigir meus direitos e vou ter que me expor". Já era sabido que teria retaliação. Eu já sentia, mas aquele salário eu ia ter. E os outros se beneficiaram. Eu só fiquei com o salário e, pronto, já fui afastado.

Só que isso mostrou a face de todo o país. Sabe por quê, Presidente? No meu *direct* do Instagram não para de chegar mensagem de denúncia, e é o Norte inteiro, é o Nordeste... Santa Catarina está uma vergonha. Eles vão tentar proteger de várias formas, mas está uma vergonha, e vai ficar ainda cada vez mais... Palhoça, o pessoal de Palhoça, que fica do lado de Florianópolis, pedindo ajuda. Ontem eu falei: "Faça um ofício, que eu tento levar".

Mas enfim, o que acontece é que eles não podem falar, porque a consequência é certa: haverá retaliação. Não podem fazer uso do direito de se expressar e solicitar uma coisa que é sua. Então, isso foi algo que aconteceu, inesperado. Realmente foi uma coisa que eu não queria nem que tivesse acontecido, mas chegou ao ponto de eu precisar chamar a mídia para receber um salário.

É muito bom poder estar aqui e expor isso, porque médicos estão sendo ameaçados - ameaçados. Trancam, cárcere... Pegam o celular. Há relatos: "Por favor não me exponha mais, olhe o que aconteceu comigo". Tirar o celular da mão do médico, colocá-lo numa sala e ameaçá-lo de que vai perder o CRM, para parar de se expressar, para parar de cobrar. Então, é esse tipo de coisa que está acontecendo, é mais grave do que se imagina. É muito mais grave do que se imagina, já não é só mais financeiro. É tão grave que já estão ameaçando, daqui a pouco... Eu não quero nem chegar a pensar no daqui a pouco, porque a gente vai agir a ponto de isso não acontecer mais, mas é muito grave.

Muito obrigado por me deixar me expressar aqui neste momento, porque cada vez mais médicos vêm fazendo esses pedidos de ajuda. Não é à toa que tem dois aqui na minha mão. Um é meu mesmo, para eu poder receber maio, de Itajaí, que ainda não foi pago. Foi uma OS que mudou o padrão, paga com 60 dias. A outra - o país inteiro está desse jeito - é do nosso Estado de Roraima. Se eu soubesse, teria inserido o senhor aqui no meu pedido também, para que o senhor recebesse de lá. O último concurso: em 2013.

Então, são diversas coisas que a gente está começando a fazer. Eu, à distância, estou tendo que dar uma ajuda, porque as pessoas não podem falar. E eles falam: "Olha, não me identifique". Tem que ter uma mudança nisso, porque as outras áreas conseguem se expressar. O médico, quando se expressa... Eu não sei o que ele acha. É porque é muita coisa. Às vezes, só a pessoa sabe o que é, por isso ela não se expressa. E aí eles viram em mim, talvez, uma pessoa que pudesse colocar por elas um problema, expor.

Agradeço demais a oportunidade de falar, de me expressar. Eu espero, realmente, que a partir desta audiência, com todos esses órgãos... Gostei demais da fala de alguns, foram muito boas. Acho que, realmente, poderemos colher bons frutos desta audiência pública.

Parabéns, Dr. Hiran.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Obrigado, querido amigo. Um abraço para a família, por quem tenho profunda amizade e admiração.

Eu volto a ressaltar, com todas as exposições que nos foram apresentadas aqui hoje, que nós já temos um material robusto para dar subsídio a um pedido de instalação de uma CPI sobre a atuação das OS no nosso país. Isso será feito com absoluta certeza.

Vamos ter que trabalhar nas assinaturas dos colegas. Vocês sabem que aqui é a Casa da argumentação e do convencimento, então, vamos exercitar esse mister aqui a partir do final desta nossa audiência pública.

Mas nós estamos tendo também uma participação muito grande de colegas, de pessoas que nos acompanham através do e-Cidadania. Eu vou ler as perguntas e encaminhá-las a cada expositor aqui, dentro daquilo que foi a sua fala nesta audiência pública.

Temos aqui a participação do Kauã, do Pará: "Como verificar se os plantões pagos foram realmente cumpridos, sem depender apenas dos registros da entidade contratada?".

Matheus, do Rio de Janeiro: "As organizações de saúde ainda são a via mais apropriada de captação de profissionais, tendo em vista as diversas fraudes em licitações?".

Bianca, de São Paulo: "Qual o impacto da ausência de planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) unificados na desvalorização do profissional do SUS?".

Sabrina, de São Paulo: "Como serão fiscalizados os contratos de saúde para prevenir fraudes, proteger os profissionais e garantir atendimento de qualidade à população?".

Nicoly, de São Paulo: "Como garantir que o órgão que fiscaliza as fraudes seja efetivo e verdadeiro?".

Victor, do Rio de Janeiro: "A regulamentação dos conselhos municipais de saúde deve ser revista, evitando o predomínio do Poder Executivo em sua formação e funcionamento".

Bianca, de São Paulo: "A 'falsa cooperativa' ou imposição de abertura de PJ elimina direitos trabalhistas, transferindo o risco do negócio para o profissional!!".

Tiago, de Santa Catarina: "Como impedir que a terceirização na saúde burle pisos salariais e jornadas legais, e quem será responsabilizado por essas irregularidades?".

Ana, de São Paulo: "Como o Ministério Público pode atuar na investigação de irregularidades nesses contratos?".

Henzo, de Sergipe: "Por que não exigir a publicação em tempo real da escala de plantões e demonstrativo de pagamentos individuais nos portais de transparência?".

Deivid, de Pernambuco: "Será criado um canal anônimo de denúncias para proteger profissionais de saúde contra demissões e retaliações ao relatarem fraudes?".

Letícia, do Distrito Federal: "A saúde pública merece respeito! Combater fraudes é garantir que os recursos cheguem [realmente] a quem [...] precisa de atendimento".

Passo a palavra a alguém que queira fazer alguma consideração. *(Pausa.)*

Martinha. *(Pausa.)*

Martinha, se apresente, por favor, porque ele não está sabendo apresentá-la. *(Risos.)* Ele disse: Martinha. Martinha...

A SRA. MARTA BRANDÃO DA SILVA - Está me ouvindo?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Sim.

A SRA. MARTA BRANDÃO DA SILVA - Estão?

Bem, quase boa noite já, né?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Seja muito bem-vinda, Martinha!

A SRA. MARTA BRANDÃO DA SILVA - Muito obrigada, Senador.

Quero agradecer demais por essa oportunidade, agradecer aos meus amigos do Sindicato dos Médicos do Ceará, que atuam ao nosso lado nesse enfrentamento, que não é de hoje. O que a gente tem feito, o que a gente tem discutido, o que a gente tem debatido numa perspectiva de encontrar uma solução alternativa para tanto sofrimento com que hoje vivem os profissionais da saúde, que dedicam a vida para cuidar da saúde e da vida das pessoas!

Então, quando eles me falaram da audiência, tinha um tom mais para a questão da discussão da vivência, da situação que os médicos estão vivendo, com foco nas OS, e isso tem tudo a ver com a precarização nas relações de trabalho, que começou com a permissão do Supremo Tribunal Federal em dizer que essas OS, constitucionalmente, poderiam atuar. E daí o que a gente vê hoje é o aprofundamento dessa precarização com a quarteirização. Chegou a OS, que não resolve o problema da situação da saúde nem o das condições de trabalho dos profissionais, e, para piorar mais a vida, ainda, desses profissionais, agora eles estão quarteirizando a força de trabalho.

Os Prefeitos fazem assim, Senador, vou falar os Prefeitos, porque a maioria são os municípios: eles contratam um instituto para legalizar a situação, e o instituto, a OS, a organização social, quarteiriza a força de trabalho por meio dessas falsas cooperativas, o que aqui já foi dito, e não só pelos líderes sindicais, mas os de outros órgãos que têm atuado, têm fiscalizado. E a constatação que a gente faz no Brasil inteiro é de que, na verdade, não é o cooperativismo de verdade, porque os trabalhadores não têm liberdade, não têm autonomia, não participam da divisão dos lucros e só têm o direito de trabalhar sem direito algum. Aqui, acompanhando atentamente o depoimento dos médicos, fiquei impressionada de ouvir que tem médico que tem medo de perder, de denunciar com medo de perder aquele trabalho. Aí nós ficamos imaginando aqui: e o técnico e a técnica de enfermagem, a enfermeira, que estão vivendo essa mesma situação?

Então, no Ceará, são as falsas cooperativas que hoje violam os direitos, a dignidade de pais e mães de família, que são homens e mulheres. Na saúde, o próprio Ministério da Saúde trouxe um dado aqui, 75% da força de trabalho é de mulheres, e mulheres que já têm a sua dupla jornada de trabalho, que passam plantões de 12 horas em um plantão noturno, em uma superlotação, sem insumo, sem medicação, e não têm direito nem de reclamar porque, se reclamarem, são ameaçadas de ir embora, e muitas vezes vão, como a gente diz no Ceará, com uma mão na frente e outra atrás, porque direitos não têm.

Então, essa é uma situação que precisa ser enfrentada por todos nós e pela sociedade civil. Enquanto a população sofre, tem gente desviando recursos bilionários. O que aconteceu no Ceará, a Polícia Federal, na operação que prendeu quase R$2 bilhões, Dr. Edmar, da saúde, desvio da saúde pública, que é dinheiro que poderia resolver o problema dos esparadrapos, da dipirona, do JF, que estão faltando, do Luftal, no HGF, que é o hospital de referência para o Estado do Ceará e vários estados ali próximos, ali falta Luftal, falta esparadrapo, falta dipirona... Está sendo desviado para outra finalidade, não é para cuidar da saúde das pessoas.

E pasme, Presidente: enquanto a Polícia Federal e a CGU fazem essa operação e denunciam tudo isso, nem a Prefeitura de Fortaleza nem o Governo do Estado, que é com quem essas falsas cooperativas detêm os maiores contratos, não deram uma satisfação para a população, nem de exigir que tem que ser investigado e punido, porque não se concebe que dinheiro da saúde pública seja desviado para finalidades pessoais e que isso não tenha uma punição.

Então, eu vim aqui para trazer também a dor dos profissionais de enfermagem, especialmente dos auxiliares, técnicos e enfermeiros, que vivem o mesmo dilema que os médicos estão vivendo hoje, com essa precarização que tem adoecido o nosso povo, o povo que cuida da saúde, e a gente precisa enfrentar isso com todas as forças.

Eu queria falar para o representante do Ministério da Saúde, acho que ele saiu, que o Governo Federal tem responsabilidade nisso porque a maioria dos recursos é dinheiro que é do Ministério da Saúde que sai, e o Ministério da Saúde precisa discutir isso também, precisa fazer força, fazer frente para combater esse mar de corrupção que tomou conta da saúde do nosso país.

Muito obrigada, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito obrigado, Martinha.

Eu quero aqui, antes de encerrar, eu queria pedir a palavra... Aliás, agradeço a sua presença, você ficou aqui até o final, Dr. Daniel Gontijo, isso é um gesto de muito respeito a tudo que foi tratado aqui. Aliás, eu acho que o senhor está meio assustado de tantas denúncias aqui. Eu queria saber a sua opinião, para a gente encerrar essa nossa audiência - se o senhor quiser se sentar aqui também, fique à vontade -, que o senhor fizesse um apanhado, um comentário técnico, como um Controlador da União, em relação a tudo que o senhor ouviu aqui. São coisas muito graves que nós ouvimos e que

precisam de uma atuação muito firme de todos nós para que nós possamos corrigir essas distorções, porque os médicos sofrem, mas quem sofre mais são as pessoas que utilizam esse patrimônio do povo brasileiro, que tem esse tripé pétreo de universalidade, equidade, integralidade, que é o nosso sistema de saúde, que é o maior do mundo.

E ele precisa também ser o melhor do mundo e nós estamos aqui para tentar aperfeiçoá-lo.

O senhor vai fazer suas considerações e eu vou encerrar com suas considerações.

O SR. DANIEL GONTIJO MOTTA (Para expor.) - Muito obrigado, Senador.

Infelizmente, não me assustam tanto essas denúncias porque é o que a gente tem visto em vários trabalhos. Como eu disse, a gente fez um apanhado na CGU nos últimos anos e não é muito diferente do que tem sido apontado. O que a gente percebe é que é um modelo que está escalando cada vez mais, e a tendência é de um aumento cada vez maior, por várias coisas que foram citadas aqui, a própria prefeitura e o estado entendem como uma facilitação do serviço, desburocratização. E a gente não percebe a regulamentação e as leis acompanhando com o que precisaria, principalmente na questão de controle, transparência, estabelecimento das metas e o principal: conhecimento do cenário da saúde dos municípios. Então, o município que não sabe bem qual é o seu cenário, qual é a sua população, como é que está a situação, quando contrata uma entidade ele não tem nem como definir nesse contrato o que ele espera daquela entidade. Transferir essa responsabilidade é que não pode ser aceito nesse modelo.

O trabalho que a gente tem feito na CGU é tentar principalmente fomentar esse papel. Como foi dito aqui, a gente tem feito um trabalho em conjunto com o TCU, com o Ministério Público, para avaliação da maturidade tanto das prefeituras quanto das organizações sociais, para que seja realmente separado o joio do trigo, aquelas que realmente prestam o serviço a contento e aquelas que não prestam; mas é muito importante que o poder público também contrate bem, e para contratar bem teria que conhecer bem o processo.

Para responder a uma das perguntas que foi feita ali pelo pessoal que estava assistindo pelo e-Cidadania, um canal de denúncia que a gente tem é o Portal Fala.BR, uma plataforma em que tanto o médico quanto os cidadãos podem fazer suas denúncias sem precisar se identificar; mesmo se quiserem se identificar, essa identificação é protegida. Isso tem sido a nossa principal ferramenta para dar início a esses trabalhos como os que foram citados aqui, nas operações, nas avaliações.

A gente vai continuar fazendo esse tipo de ação, mas, querendo ou não, a gente não vai ter condições de dar conta só por essas operações. É muito importante que o modelo seja revisto, que a normatização que rege esse tipo de contratação seja atualizada e que ela traga esses princípios de transparência, de governança, de controle e principalmente da qualidade do serviço que está sendo prestado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Ao final, eficiência e economicidade, não é isso, Doutor?

O SR. DANIEL GONTIJO MOTTA - Isso, o que foi a proposta inicial precisa ser retomado agora, uma vez que não está andando por esse caminho.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) - RR) - Muito bem.

Então, eu quero agradecer muito a presença de todos vocês, espero que nós possamos ter um seguimento efetivo desses debates que foram realizados aqui.

Quero agradecer a todos os nossos convidados, aos nossos expositores. Que vocês tenham uma excelente semana. E muito obrigado mais uma vez. Meu gabinete está à disposição de vocês para que nós possamos construir sugestões e encaminhamentos que foram discutidos aqui.

Um grande abraço.

E, não havendo nada mais a se discutir, está encerrada esta sessão.

Que Deus abençoe a todos.

(Iniciada às 15 horas e 07 minutos, a reunião é encerrada às 17 horas e 27 minutos.)