

AVALIANDO A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN E MIGUEL PEREIRA POR MEIO DA DUPLA IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO PARA A CONTINUIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

EVALUATING THE GUARANTEE OF THE RIGHT TO HEALTHCARE IN THE MUNICIPALITIES OF ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN AND MIGUEL PEREIRA THROUGH THE DUAL IMPORTANCE OF EMPLOYMENT BONDS FOR THE CONTINUITY OF PUBLIC HEALTH ACTIONS

Rodrigo dos Santos Borges

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
rodrigo.borges@ifrj.edu.br

Cristiane Moreira da Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro RJ, Brasil
cristiane.silva@ifrj.edu.br

Viviane Gonçalves Jansen Müller

Prefeitura Municipal de Com. Levy Gasparian e Vassouras, RJ, Brasil
mullerviviane6@gmail.com

Isis Paiva de Marins

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
isispaivademarins@gmail.com

Giulia Fernanda Rodrigues Augusto

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
giuliafernanda2002@gmail.com

RESUMO

A saúde é considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) um direito humano, sendo constitucionalmente garantida pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Pensando nessa questão, e considerando a importância dos vínculos afetivos para a melhor adesão aos cuidados em saúde, objetivamos identificar os diferentes tipos de vínculos profissionais encontrados no serviço público dos municípios fluminenses de Engenheiro Paulo de Frontin e Miguel Pereira e sua relação com a qualificação da oferta de saúde nas localidades estudadas. Por meio de uma análise qualitativa dos vínculos funcionais do Sistema Único de Saúde local, precedida de uma revisão de literatura sobre a importância dos vínculos afetivos na promoção e proteção da saúde, pretendemos avaliar a relação entre a continuidade do cuidado e a estabilidade funcional dos servidores, propondo alternativas para a melhoria da oferta dos serviços e a garantia efetiva do direito à saúde. Percebemos, pelos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que, seguindo o padrão nacional imposto pela Emenda Constitucional 19/1998, há, para os municípios estudados, um padrão de contratação multivínculo, que se acentua nos serviços de maior complexidade, ocasionando a alta rotatividade dos servidores, dificultando a formação de vínculos afetivos contínuos. Como alternativa, sugerimos que as administrações locais organizem os serviços baseados em vínculos funcionais permanentes, algo já previsto pelo Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores públicos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Vínculo. Miguel Pereira. Engenheiro Paulo de Frontin. Saúde pública.

ABSTRACT

Healthcare is considered a human right by the United Nations (UN), and it is constitutionally guaranteed by Article 196 of the Brazilian Constitution of 1988. Considering this issue, and acknowledging the importance of emotional bonds for better adherence to healthcare, our goal was to identify the different types of professional bonds found in the public service of the municipalities of Engenheiro Paulo de Frontin and Miguel Pereira in Rio de Janeiro, and

their relationship with the quality of healthcare services in the studied areas. Through a qualitative analysis of the functional bonds of the Unified Health System in these localities, preceded by a literature review on the importance of affective bonds in health promotion and protection, we intend to evaluate the relationship between continuity of care and the functional stability of civil servants, proposing alternatives to improve the offer of services and the effective guarantee of the right to healthcare. Based on data from the National Health Establishment Registry (CNES), we noticed that there is a pattern in line with the national pattern imposed by the constitutional amendment of 19/1998 of multi-linked hiring for the studied municipalities, which is accentuated in the more complex services, causing a high turnover of public servants, making it difficult to form continuous affective bonds. As an alternative, we suggest that local administrations organize services based on permanent functional bonds, something that is already provided for by the Single Legal Regime (RJU) for public servants.

Keywords: Sistema Único de Saúde. Employment Bond. Miguel Pereira. Engenheiro Paulo de Frontin. Public health.

INTRODUÇÃO

No ano de 2018, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) publicou um relatório com avaliações sobre os primeiros 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). No documento, constavam alguns desafios que a saúde pública brasileira deveria enfrentar, visando a um prognóstico futuro pautado na maior vitalidade e consistência do SUS, buscando o cumprimento integral de seus objetivos constitucionais, a saber: a conformação de um sistema público e gratuito de saúde universalizado.

Na prática, o SUS é a fórmula organizada pelo Estado brasileiro para fazer valer os preceitos do artigo 196 da Constituição Federal, que assegura ser a saúde um

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Consideramos importante frisar que todo relatório, estudo ou avaliação que se faça sobre o SUS, suas potencialidades, fragilidades e desafios futuros, precisa levar em conta que o Estado brasileiro deveria, a partir de sua ordem jurídica estabelecida com a constituição vigente, atuar a favor de se consolidar a territorialização de um sistema de saúde que fosse integrado em todo o seu território, visando a garantir a todos os que nele habitam o direito à saúde em todos os seus diversos níveis de complexidade, consolidando no espaço um conjunto de estruturas, serviços e ações que deem suporte ao cumprimento de seu compromisso com a saúde de sua população.

Voltando ao relatório “30 anos de SUS, que SUS para 2030?”, formulado pela OPAS/ONU, chamou-nos a atenção um conjunto de recomendações lançadas para o fortalecimento do SUS, objetivando uma chamada Agenda 2030 (Quadro 1).

Quadro 1 – Desafios e sugestões a uma Agenda 2030 para o SUS (OPAS)

Desafio/Problema	Sugestão
Subfinanciamento crônico	Aumentar os recursos, investindo em saúde ao menos 6% do PIB, e melhorar a gestão deles.
Fragmentação do SUS	Buscar o aperfeiçoamento dos arranjos interfederativos, pesquisando soluções que preservem a autonomia dos municípios assim como facilitem a regionalização dos serviços e a efetiva coordenação do cuidado.
Atenção Primária não universalizada	Estender a cobertura do sistema tendo a APS como base estruturante do SUS, ordenando as redes de atenção à saúde e as integrando aos sistemas de vigilância em saúde.
Reduzir a judicialização associada ao sistema	O aperfeiçoamento do marco jurídico e dos instrumentos de regulação assistencial, visando à garantia dos princípios da integralidade e da equidade, dando segurança à atenção.

Instabilidade dos vínculos funcionais	Investimento na preparação, motivação e estabilização dos recursos humanos do SUS. Para isso, será importante a busca pela criação de dispositivos legais que evitem a redução de direitos trabalhistas nos novos modelos de contratação dos trabalhadores da saúde, com foco apenas na economicidade e flexibilidade contratual.
Melhorar as estratégias de vigilância em saúde	O fortalecimento do SUS é a melhor solução possível para proteger a população brasileira de situações catastróficas determinadas por ameaças epidêmicas, por isso, recomenda-se o fortalecimento das redes de atenção do SUS, baseada na Atenção Primária em Saúde (APS).
Fragilidades nos mecanismos de participação social	Sugere-se observar experiências internacionais de representação popular em sistemas universais de saúde que respondem à natureza, história e maturidade de cada país.

Fonte: OPAS (2018). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>

As sugestões apresentadas no documento, que é fruto de levantamento de dados primários e de revisão de literatura, estão sendo consideradas como um dos marcos de análise de um conjunto de pesquisas que objetivam analisar a organização espacial da saúde nos municípios de Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin, no estado do Rio de Janeiro, pensando na necessária garantia do direito à saúde, por parte do Estado brasileiro, suas instituições e seus entes federados.

A primeira etapa desse processo configura-se por meio de uma avaliação das tipologias de vínculos existentes dentre os profissionais de saúde que atuam na rede pública localizada nos municípios. O ponto central de nosso trabalho reside na contradição expressa entre a constatação, a partir de revisão de literatura, que, ao contrário do discurso reformista que prega a necessidade de contratos de trabalho menos estáveis para os servidores do SUS, tal fórmula de contratação é essencial para a qualificação do atendimento, uma vez que, em saúde, a formação de vínculos afetivos é essencial para a adesão e continuidade aos serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde, especialmente por se caracterizar como “um processo dialético de corresponsabilização, de empoderamento do usuário para seu autocuidado, com garantia de que os serviços estejam de portas abertas, garantindo atendimento efetivo às necessidades de saúde da população” (SANTOS *et al.*, 2018, p. 12). Reside ainda na observação disposta no supracitado relatório acerca da necessidade de se prover o SUS com vínculos empregatícios mais estáveis, sob pena de se reduzir a motivação e adesão deles aos princípios de atuação na saúde pública.

Percebemos aqui uma dupla importância do vínculo como um dos sustentáculos de uma sistemática pautada em um sistema de saúde integral, pautado no acompanhamento próximo e contínuo no tempo e no espaço. A primeira camada de importância da relação entre vínculo e saúde encontra respaldo em diversas pesquisas teóricas e aplicadas que apontam a importância do fortalecimento dos vínculos para o desenvolvimento humano, em suas mais diversas dimensões: emocional, cognitivo e psíquico; a segunda camada refere-se ao fato de que tais laços são formados a partir de uma dinâmica processual contínua, não raras vezes longa, com avanços e regressos durante o percurso. Nesse sentido, consideramos muito importante avaliarmos se, institucionalmente, o SUS dos municípios em análise trabalha com a perspectiva de uma gestão de seus recursos humanos que seja pautada na noção de relações profissionais estáveis, que serão vistas aqui como um dos elementos garantidores da atenção integral aos que necessitam dos serviços públicos de saúde, além de serem uma das formas de se garantir independência e maior satisfação no trabalho, por parte do servidor.

A resposta preliminar, baseada na escala nacional do SUS, indica-nos problemas nesse processo. Quando trabalhou com a relação entre o crescimento do neoliberalismo no contexto de consolidação dos parâmetros do SUS, Rizzotto apontou, dentre outros, como resultado desse processo a:

[...] ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; [a] mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); [a] grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; [além da] terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos (2008, p. 279).

Em sua análise sobre o perfil da atenção primária no SUS, Mendes (2012, p. 98) constatou que “[...] a grande maioria dos profissionais de nível superior tem vínculos precários, especialmente pela via dos

contratos temporários”. Esse cenário tem como resultado uma enorme rotatividade profissional na atenção básica.

Há dois grandes problemas nesse processo, de acordo com Mendes (2012): o primeiro possui relação com o corte da estabilidade funcional, favorecendo as demissões e contratações políticas; o segundo refere-se ao sucateamento e à precarização geral da atenção básica, uma vez que, “[...] no Brasil, verificou-se que 77,7% dos médicos e 46,7% dos enfermeiros [por exemplo] tinham vínculos precários em que os direitos trabalhistas não eram assegurados” (p. 98). Em um horizonte marcado pela alta rotatividade e precarização dos vínculos funcionais, o cotidiano do SUS acaba por ficar envolto em uma contradição com os próprios princípios da atenção primária, que é vista como a porta de entrada e estrutura preferencial para o cuidado preventivo e contínuo da população, pensando no vínculo enquanto um:

[...] processo construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (PNAB, 2012, p. 21).

Se, no contexto nacional, o Sistema Único de Saúde está envolvido nessa problemática, ao nos propormos a avaliar a densidade da oferta e a qualidade dos serviços de saúde pública nos municípios de Engenheiro Paulo de Frontin e em Miguel Pereira, não poderíamos deixar de analisar de que forma esse fenômeno tem se manifestado nessas municipalidades.

METODOLOGIA

A pesquisa é metodologicamente dividida em dois blocos: o primeiro refere-se a uma breve revisão de literatura sobre a teoria do vínculo e sua ligação com estudos que a incorporem no contexto dos serviços de saúde. A estrutura lógica desta etapa foi a busca pela consolidação de uma avaliação da relação entre o nível de estabilidade dos vínculos profissionais e seus impactos na formação do vínculo afetivo, compreendido como fundamental para a melhor adesão ao tratamento e qualificador dos serviços de saúde. Os procedimentos de coleta foram desenvolvidos por meio de pesquisas por palavras-chave realizadas em dois períodos: abril de 2021 e junho de 2023, com base nos portais Google Acadêmico e Scielo. O segundo momento envolveu uma avaliação quali-quantitativa dos dados sobre as especialidades e tipologias de vínculo presentes em cada uma das unidades de saúde dos municípios estudados, com o objetivo de verificar se a constatação inicial relacionada à instabilidade funcional marcante no SUS está refletida em nossa área de estudos. Os dados analisados referem-se ao mês de março de 2021 e foram coletados no portal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além disso, foram consultados os resultados da pesquisa de recursos humanos das prefeituras como parte do projeto MUNIC - Perfil dos Municípios Brasileiros, estudo desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com referência ao ano de 2020.

BREVE REVISITA À TEORIA DO VÍNCULO PARA ESTABELECECER SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quando Barbosa & Bosi (2017) desenvolveram uma revisão de literatura sobre o uso da expressão vínculo nos estudos relacionados a saúde coletiva, perceberam que, apesar da relevância comumente atribuída ao fenômeno para a efetividade dos serviços de saúde, existia uma lacuna na demarcação conceitual do termo. Não raras vezes, as análises relacionadas ao vínculo se desenvolveram a partir de uma espécie de amálgama semântico que o associa a noções como as de acolhimento, responsabilização, diálogo, acesso e longitudinalidade, dentre outras. Tais expressões são geralmente escritas lado a lado, a depender da temática do estudo avaliado e sem a preocupação de diferenciação entre tais conceitos (*Ibid*, 2017). Outra preocupação dos pesquisadores é relacionada com a falta de lastro conceitual do vocábulo, comumente “confundido ou reduzido a um simples contato, qualquer que seja, por meio de consultas, grupos, visitas domiciliares, momento em que acontece algum encontro [...] entre profissionais de saúde e as pessoas que usam os serviços de Atenção Primária à Saúde (BARBOSA; BOSI, 2017, pp. 1006-07).

Como pretendemos traçar um breve percurso teórico sobre a relação entre vínculo afetivo, vínculo profissional e direito à saúde, mesmo considerando os riscos que envolvem inserir no mesmo contexto dimensões diversas do conceito, consideramos relevante compreender a construção teórica do termo para encontrar os pontos de contato que nos interessam para concretizarmos nossa pesquisa.

A expressão vínculo, de origem latina, é comumente utilizada para designar uma relação, contato, relacionamento ou mesmo um nó. De acordo com uma das acepções descritas no dicionário *Michaelis* (2021), o termo é utilizado para caracterizar a ligação afetiva entre duas ou mais pessoas. Poderíamos dizer que é justamente o fato de se relacionar aos contatos interpessoais que faz a questão do vínculo ganhar importância nas discussões sobre as relações humanas, especialmente em áreas do conhecimento que se constituem enquanto campo de análise do ser humano e de suas relações sociais. Foi o que pensou Pichon-Rivière (1998) quando do estabelecimento dos marcos teóricos da chamada teoria do vínculo. Para esse analista, a formulação de sua Psiquiatria do Vínculo não poderia prosperar sem que se concebesse o indivíduo sob a ótica das relações interpessoais, pois somente a partir da análise da relação dele com o grupo e/ou com a sociedade conseguiria se estabelecer uma psiquiatria pautada nos vínculos.

Atualmente, a teoria do vínculo é adaptada para discussões em diversas áreas do conhecimento, especialmente naquelas que trabalham com a perspectiva de se perceber a importância do afeto e das relações sociais pautadas no contato próximo, a exemplo dos serviços de saúde e educação. Por esse fator, consideramos importante abordarmos, ainda que de maneira resumida, alguns elementos estruturantes dessa teoria, para compreendermos sua ligação com os marcos qualitativos da saúde pública.

Para fazer a transposição entre a teoria do vínculo e sua relação com a importância de buscarmos analisar o nível de estabilidade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde, entendemos ser relevante trazer um pouco dos postulados de dois autores dedicados aos estudos sobre a importância do vínculo afetivo: o primeiro deles, Enrique Pichon Rivière (1907-1977), considerado o precursor da discussão, constrói, em 1988, o que chamou de psiquiatria do vínculo, um modelo que se concebe “[...] a partir das relações interpessoais, da relação do indivíduo com o grupo e/ou com a sociedade” (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p. 2); por fim, trabalharemos um pouco com as ideias do psiquiatra e psicanalista inglês John Bowlby (1907-1990), para quem a criação de vínculos se torna uma ação útil para quem os cria e para os demais. Esperamos que essa breve discussão sirva para esclarecer o quão relevante são os estímulos voltados à criação de vínculos positivos e duradouros, para que o desenvolvimento pessoal e coletivo ocorra com melhor qualidade, o que, especificamente nos serviços de saúde configura-se como essencial para a ativação das diretrizes relacionadas ao cuidado longitudinal baseado na existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, construindo vínculos pautados por laços interpessoais fortes entre a população e sua fonte de atenção, consolidando um modelo caracterizado pela cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

A psiquiatria do vínculo, inspirada nos pressupostos psicanalíticos, toma como alvo de observação o modo como o indivíduo se relaciona com outro indivíduo ou outros indivíduos, a partir do qual cria “uma estrutura particular a cada caso e a cada momento” (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p. 3). Essa estrutura criada pelo indivíduo de modo particular para se relacionar é denominada por Pichon-Rivière de vínculo.

É importante apontarmos que esse pesquisador trabalhou com uma perspectiva eminentemente dialética, considerando a relação indivíduo-sociedade de forma integrada, pois considerava o primeiro um ser social, por isso, compreendia que muitas respostas às dificuldades psíquicas de dado paciente estariam ligadas às tensões existentes entre ele e o grupo social ao qual ele faz parte. Para o psiquiatra, o caráter ou personalidade de um indivíduo é resultado do estabelecimento de uma relação particular que esse terá com algum objeto, seja ele animado ou não, ou com um grupo, de uma maneira particular. Por esse fator, Pichon-Rivière reafirma o caráter dialético do vínculo como algo a ser avaliado pela psiquiatria (por meio da análise intrapsíquica, do conhecimento do mundo interno do sujeito) e pela psicologia social, por conta desse caráter dinâmico das relações que cada indivíduo constrói com o mundo externo.

Essas questões o levaram a uma perspectiva de análise que se pauta no “[...] trabalho e observação permanente [d]a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento, o que chamamos de vínculo” (PICHON-RIVIÈRE, 1998 p. 3). A opção pelo termo guarda relação justamente com a capacidade que ele possui de apontar para o dinamismo desse processo, algo em constante movimento, “que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas” (p. 18). No limite, devemos compreender que “[...] o vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através da relação com essa pessoa, repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo

e em espaços determinados” (Ibidem, p. 32). Rivière nos lembra ainda que um indivíduo não possui apenas um tipo de vínculo, pois sua forma de se relacionar com os objetos e com o mundo são plurais, o que pressupõe a existência de vários tipos de vínculo atuando de acordo com as situações e os objetos com os quais o indivíduo se relaciona em determinado tempo e em determinado espaço, de forma particular.

Para chegar até o conhecimento da estrutura mental e àquilo que causou um rompimento do funcionamento equilibrado do indivíduo dentro de seu grupo familiar, Rivière (1998) sugere o estudo de três dimensões relacionais familiares: psicossocial, sociodinâmica e institucional. A primeira dimensão pretende analisar o aspecto do sujeito que se dirige para o exterior, sua relação com os outros membros da família e seu modo de se expressar; a segunda tem como objetivo analisar a estrutura do grupo familiar e as tensões existentes entre os membros que o constitui; a terceira e última dimensão se ocupa em investigar a estrutura, origem, composição, história, economia, política e ideologia presentes nos grandes grupos. Sendo assim, é a alteração dos vínculos e de sua estrutura, bem como a forma de se relacionar com o outro que determinariam o adoecimento do indivíduo.

Na obra do psicanalista John Bowlby (1907-1990), a discussão sobre o vínculo afetivo está desenvolvida em sua teoria do apego (ou da vinculação). Segundo esse pesquisador o apego entre seres humanos oferece um sentimento de segurança. A partir do momento em que percebemos a disponibilidade de alguém disposto a corresponder nossas demandas e necessidades, apresentando uma constância de resposta, desenvolvemos um vínculo afetivo. Na teoria da vinculação, temos, de um lado, a criança e suas competências cognitivas e emocionais, e os adultos com suas habilidades de cuidado, sensibilidade e responsividade que assumem enquanto cuidadores dessa criança. Na vida adulta, Bowlby observou que o estilo de apego de um indivíduo está baseado nas primeiras relações de apego vividas durante a infância.

Outro elemento relevante dos estudos de Bowlby trata da noção de comportamento de apego, fazendo referência “[...] a ações de uma pessoa para alcançar ou manter proximidade com outro indivíduo, claramente identificado e considerado como mais apto para lidar com o mundo” (BOWLBY, 1989; CASSIDY, 1999 *apud* DALBEN; DELL’AGLIO, 2005, p. 15). O comportamento do apego responde, então, a uma necessidade de proteção e segurança, algo muito importante quando falamos da provisão de serviços de saúde, especialmente por se tratar de um serviço contínuo durante todo o processo de desenvolvimento individual e grupal das pessoas, como no caso dos atendimentos de atenção primária, mas também por se configurar, nos casos da atenção visando à recuperação da saúde, como um momento de fragilização do usuário, necessitando de uma intervenção humanizada e pautada no acolhimento e capaz de formar uma relação de confiança com o demandante; neste sentido, a conexão entre os estudos de teoria do vínculo e o serviços de saúde pode ser avaliada a partir do conceito trabalhado por Chakkour (2001) para quem o vínculo envolveria “o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, construindo a interação entre duas pessoas criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e a cada momento” (p. 23).

Por meio dessa rápida revisita aos postulados de Pichon-Riviere e Bowlby, foi-nos possível perceber que o vínculo corresponde a uma necessidade humana de segurança, afeto e manutenção da vida. Estar sob os cuidados de um outro, em um primeiro momento da existência, é o que garante a sobrevivência da espécie humana. Do mesmo modo, o conceito de vínculo encontrado no campo da saúde e visto como “a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente” (BRUNELLO *et al.*, 2010, p. 132), configurando-se como processo central para a garantia da continuidade de um cuidado que se desenvolve ao longo do tempo e horizontalmente, “[...] permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento” (Ibidem). Portanto, não se trata apenas do contato interpessoal, mas, uma forma de atenção baseada em três dimensões: a afetividade, a relação terapêutica e a continuidade (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Como nossa proposta de pesquisa centra-se na relação entre a formação do vínculo terapêutico e a tipologia funcional dos vínculos profissionais dos trabalhadores, é fundamental que consideremos a dimensão continuidade, pois, essa diretriz de cuidado longitudinal “não pode ser alcançada sem tempo para fornecer o conhecimento necessário para atingir a atenção orientada para a pessoa. Os benefícios da longitudinalidade não podem ser alcançados em períodos inferiores a um ano, e quando a utilização não é frequente, geralmente, leva vários anos” (STARFIELD, 2002, p. 197).

Como o elemento temporal é muito relevante para a construção destes vínculos afetivos que são caros ao processo terapêutico e para a efetivação das políticas de humanização no Sistema Único de Saúde, uma das diretrizes relevantes para a conformação dos vínculos terapêuticos é a manutenção das equipes de trabalho nas unidades, por isso, fazer essa transposição da relação entre o vínculo afetivo e a continuidade dos servidores em seus postos de trabalho nos parece importante para compreender se as formas e estratégias de gestão colocadas em prática no serviço público das localidades avaliadas em nossa pesquisa são potencialmente eficazes para estimular a formação de vínculos entre equipe profissional e usuários.

O VÍNCULO E O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Para o desenvolvimento de nossa proposta, partiremos do seguinte pressuposto:

[...] o vínculo está pautado em relações de confiança, fato que demanda um longo tempo e não se estabelece de forma imediata, além disso, para que este aspecto seja garantido, é necessário que o usuário e a família tenham tempo suficiente para expor suas angústias e preocupações e de outro lado, o profissional deve estar disponível para escutá-lo, dar a devida atenção e propor soluções para os problemas e fatos expostos (BRUNELLO *et al.*, 2010, p. 133).

O que se pode perceber, durante todo o percurso de desenvolvimento científico da noção de vínculo, é sua estreita relação com a ideia de contato, ligação afetiva e relacionamento contínuo. Tanto Pichon-Rivière (1998) quanto os analistas do vínculo em um contexto de qualificação dos serviços de saúde compreendem essa relação enquanto um campo relacional entre indivíduo, grupos sociais de entorno e, no limite, as próprias características sociais que engendram o contexto de vida das pessoas. O resultado dessa construção deve ser “uma relação terapêutica usuário-profissional que, para além de contribuir para o acompanhamento longitudinal do indivíduo em seu contexto familiar e comunitário, também [produza] autonomia no cuidado à saúde e à doença” (SANTOS *et al.*, 2018, p. 12).

Com esse perfil estruturante ligado à formulação de laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre cada usuário e os profissionais de saúde, o vínculo da população com sua fonte de atenção (STARFIELD, 2002) possui relação íntima com a necessidade de se garantir a chamada longitudinalidade do cuidado, que, de acordo com as diretrizes propostas por Starfield (2002, p. 62), “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”.

Essa diretriz longitudinal do cuidado é essencialmente relevante nos serviços de atenção primária, que se caracterizam por ofertar serviços contínuos, visando à proteção e prevenção aos problemas de saúde de determinada população, tendo sido incorporada como uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como forma de assegurar:

[...] a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

Esse é um mecanismo importante, pois devemos ter em mente que a atenção primária em saúde tem como foco “um modelo contínuo de atenção, ou seja, sem previsão de término” (BARATIERI; MARCON, 2011, p. 803), sendo esse o fator determinante para a efetividade da construção de vínculos fortes entre as pessoas, a comunidade e os profissionais de saúde, visto que somente assim será possível o estabelecimento da necessária relação terapêutica contínua e duradoura, capaz de permitir, por parte dos profissionais de saúde, o conhecimento do indivíduo em seus aspectos emocional, mental, espiritual e físico (*Ibidem*). Starfield (2002, p. 283) lista que, dentre os resultados positivos de um cuidado longitudinal, estão a “[...] menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo total mais baixo”.

Ao compreendermos a saúde pública universal como direito difuso de todos os brasileiros, avaliando que tal direito deva se consolidar a partir de uma perspectiva holística, contínua e preventiva, tendo por base uma atenção primária calcada, dentre outros princípios, na necessidade de se garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado, visando à construção de:

[...] vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional –

vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do sistema de saúde para o usuário. [...] [Reconhecendo] que o vínculo, mais do que a simples inscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades (CECÍLIO, 2009, p. 119).

Devemos ter em mente que a consolidação desses princípios somente terá efetividade se vierem acompanhadas das estruturas institucionais que permitam a plena evolução profissional dos envolvidos no processo terapêutico, especialmente se considerarmos que, mais que na vinculação dos usuários a determinado local base para atenção contínua, há uma maior adesão a estrutura longitudinal do cuidado quando a relação se dá entre determinado profissional e o paciente (STARFIELD, 2002), o que reafirma a necessidade de se promover fórmulas de organização da força de trabalho do SUS que garantam a ele boas condições de desempenhar suas funções, além de vínculo funcional estável o suficiente para garantir a atenção temporalmente contínua.

O desafio é promover esse modelo em um contexto dominado pela invasão da lógica mercantil na estrutura de gestão do sistema de saúde brasileiro, que tem como uma de suas consequências a relativização dos contratos profissionais estáveis garantidos pela Constituição Federal de 1988, quando da instituição do Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores, com consequente aumento da precarização da mão de obra e alta rotatividade nos serviços de saúde.

AS REFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO, A QUEBRA DO REGIME JURÍDICO ÚNICO E A PRECARIZAÇÃO DOS VÍNCULOS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ao trabalhar com as relações de trabalho no SUS em um contexto de municipalização dos serviços, Junqueira *et al.* (2010) alertam que, dentre os diversos desafios postos para o pleno desenvolvimento do sistema, há os contínuos problemas de fixação dos recursos humanos, um dos resultados das reformas estatais que vem promovendo intensiva desregulamentação nos vínculos empregatícios no SUS, impactando de forma negativa o estabelecimento dos vínculos afetivos entre comunidade e servidores das unidades.

O contexto que engendra o crescimento da precarização das relações de trabalho possui diversas escalas de análise, mas foi particularmente importante o movimento de liberalização reformista proposto pela administração federal, especialmente nos anos 1990, que, sob a lógica neoliberal, propôs uma reforma administrativa do aparelho de Estado, a qual relativizou profundamente o RJU e o concurso público como forma de acesso aos cargos públicos, liberando, pela Lei nº 9.637/1998, a cessão da prestação de serviços públicos a organizações sociais de direito privado, que passariam a atuar, a partir de contratos de gestão, em áreas consideradas não exclusivas do Estado. Nesse sentido, uma das vantagens apontadas pelo modelo seria justamente a possibilidade de que o serviço público pudesse “[...] assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que deverá representar, entre outras vantagens: a contratação de pessoal nas condições de mercado” (BRASIL, 1997, p. 14).

O que se percebe é que a própria legislação criada em 1998 serviu para driblar as regras de contratação estável e com direitos assegurados por lei, que vigiam até então, por conta das garantias constitucionais referentes ao modelo de absorção de mão de obra para o desempenho de funções públicas. Um dos resultados dessa fórmula,

[...] especialmente no que se refere à contratação dos profissionais [...], [é que] observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos modernos movimentos do capitalismo tardio, especialmente ao se considerar o estabelecimento de novos ordenamentos sociais (JUNQUEIRA *et al.*, 2010, p. 919).

A propalada aproximação entre as formas de contratação de mercado, celebrada nos documentos oficiais e consolidada pela lei de transferência de serviços estatais para Organizações Sociais, configura-se como um eufemismo para escamotear uma agressiva “[...] reestruturação produtiva do capital, [que vem] dando lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho, reduzindo fortemente o conjunto de trabalhadores estáveis que se estruturavam por meio de empregos formais” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 336).

Se associarmos as modernizações legislativas com a persistência de uma série de padrões contratuais baseados na dimensão político-eleitoral que domina as admissões por tempo determinado, além de cargos comissionados, veremos que a ação estatal é paradoxal, uma vez que

são os próprios entes federativos aqueles que buscam relativizar as leis trabalhistas estabelecidas pelo texto constitucional (JUNQUEIRA *et al.*, 2010). O resultado é uma conjuntura marcada pelo

[...] crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontra-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PIRES, 2018, p. 318-19).

O que pretendemos, a partir de agora, é compreender de que maneira se enquadram os municípios de Engenheiro Paulo de Frontin e Miguel Pereira, nesse contexto global dos vínculos profissionais associados ao SUS municipal. Para isso, desenvolveremos uma análise dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para apresentar a tipologia dos vínculos existentes nas municipalidades, assim como a taxa de adesão das administrações locais a cada um deles.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

É importante lembrarmos que o SUS não termina nos municípios. A organização do sistema envolve “[...] a concretização de uma experiência de federalismo cooperativo, pois o sistema é constituído por diferentes ações de diferentes instâncias governamentais, redesenhadas segundo uma proposta de regionalização” (VIANA *et al.*, 2001, p. 15). Sendo assim, sua territorialização envolve escalas (geográficas e de gestão) que vão desde a localidade onde se organizam as ações de atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs); passando pela Região de Saúde,

[...] um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011);

Avançando pela organização estadual e pelo controle central de gestão no governo federal. Esse perfil denota o caráter integrado e hierarquizado do sistema, que, por força constitucional, deve se integrar para fortalecer os serviços de saúde em redes regionalizadas (BRASIL, 1988), sob o cuidado de todos os entes federativos, no que tange ao oferecimento da assistência, bem como ao seu funcionamento. O objetivo desse imperativo legal de integração visa a

[...] garantir a integralidade da saúde mediante o processo de referência de serviços, cabendo ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade que exigem escala e outras complexidades administrativas e tecnológicas, os quais poderão ser acessados por municípios de outros municípios [...]. [O objetivo é o de] unir os entes federativos em uma determinada região para delimitar o seu campo de atuação, organizar as referências de serviços dadas suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, é imperativo ao SUS. Sem esse formato organizacional o SUS não consegue se viabilizar como sistema integral, universal e igualitário (SANTOS, 2017).

No estado do Rio de Janeiro, o SUS se estrutura tendo como base de sustentação aos 92 municípios “[...] nove regiões de saúde, cada qual com suas dificuldades e especificidades quanto ao processo de regionalização: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana” (PINHEIRO *et al.*, 2014, p. 1.126), estando Engenheiro Paulo de Frontin e Miguel Pereira no bloco centro sul, um conjunto regional composto por 11 municipalidades, com extensão geográfica de 3.222.162 km², cujo universo de população a ser atendida é de aproximadamente 320 mil habitantes.

Apesar de ser a segunda região de menor contingente populacional do estado, com todos os municípios de porte pequeno e/ou intermediário, o SUS possui um peso muito grande nos serviços de promoção e proteção à saúde regional, pois “cerca de 87% da população residente no Centro Sul é cliente exclusiva do SUS” (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020, p. 10).

Os dois fatores supracitados podem ser elementos relevantes para a explicação de ser o Centro-Sul a região de saúde com maior abrangência de cobertura de Atenção Primária em Saúde (APS), dentre todas as regiões do estado. Ainda assim, o DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO SUL, desenvolvido pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro (2020), apresenta como desafios centrais para a qualificação do SUS regional a necessidade de se resolver um quadro pautado pela formação de equipes de atenção básica e saúde bucal incompletas, além dos problemas para a manutenção

delas, o que denota forte possibilidade de encontrarmos, nos municípios avaliados, uma estrutura de vínculos empregatícios semelhantes àquelas vistas em outras áreas geográficas, estando em consonância com o perfil precarizado da força de trabalho do Sistema Único de Saúde.

Detalhamentos dos vínculos dos profissionais de saúde nos municípios

Preliminarmente, devemos informar que a base de dados sobre a qual os dados foram trabalhados refere-se ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tendo como referência o mês de março de 2021 e sendo organizados, por município, de acordo com a seguinte estratificação: dados gerais; dados por nível de atenção; dados por unidade/bairro.

Para determinar a natureza dos vínculos, estabelecemos dois critérios básicos: o primeiro refere-se à classificação tipológica de vínculos disponível no próprio CNES. Essa estrutura básica de vínculos foi estabelecida pela portaria GM/MS nº 1.321, de 22 de julho de 2016, e complementada pela portaria GM/MS nº 1.130, de 11 de maio de 2017. De acordo com o governo federal, ambas normativas têm função de “estabelece[r] as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde” (BRASIL, 2017). O segundo organiza-se com base em uma simplificação dos dados: os servidores estatutários serão considerados efetivos, todos os demais, com exceção dos empregados públicos, estarão agrupados sob o vínculo temporário.

O CNES estrutura-se a partir de três grupos de dados hierarquizados: descrição do vínculo; descrição do tipo de vínculo; descrição do subtipo de vínculo. No primeiro bloco de dados, a descrição do vínculo está classificada em oito códigos, chamados de “forma de contratação com o estabelecimento”: (1) vínculo empregatício; (2) autônomo; (5) residência; (6) estágio; (7) bolsa; (8) intermediado; (9) informal (10) servidor público cedido para iniciativa privada. Cada bloco principal é complementado com um detalhamento que se refere à “forma de contratação com o empregador”. Para os objetivos de nossa pesquisa, esse parâmetro foi avaliado como o mais adequado, pois nos dá a possibilidade de perceber a existência de diversas possibilidades de vínculo profissional (Tabela 1), para além do estatutário, determinado pelo RJU.

Tabela 1 – Tipologia de vínculos disponíveis no CNES

Forma de contratação com o estabelecimento	Forma de contratação com o empregador
01 Vínculo empregatício	01 Estatutário efetivo
	02 Empregado público celetista
	03 contratado temporário ou por prazo/tempo determinado
	04 Cargo comissionado
	05 Celetista
02 Autônomo	09 Pessoa Jurídica
	10 Pessoa física
	11 Cooperado
05 Residência	01 Residente
06 Estágio	01 Estagiário
07 Bolsa	01 Bolsista
08 Intermediado	01 Empregado público celetista
	02 Contrato temporário ou por prazo-tempo determinado
	03 Cargo comissionado
	04 Celetista
	05 Autônomo
	06 Cooperado
	07 Servidor público
09 Informal	01 Contratado verbalmente
	02 Voluntariado
10 Servidor público cedido para iniciativa privada	01 Servidor cedido
	02 Empregado público celetista
	03 Cargo comissionado

Fonte: Adaptado de Anexo da Portaria nº 1.130, de 11 de maio de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1130_12_05_2017.html.

Os resultados esperados, como parte de uma pesquisa maior sobre a espacialização dos direitos sociais em Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin, referem-se à possibilidade de se constituir uma base preliminar sobre o perfil dos serviços de saúde dos municípios, avançando na discussão acerca de estratégias para a garantia efetiva a esse direito básico para a dignidade humana.

Cenário global dos municípios

É importante apontarmos algumas diferenças sensíveis entre os dois municípios que podem fazer diferença qualitativa na análise dos dados: (1) o município de Miguel Pereira, em uma primeira observação, possui uma dinâmica de tratamento e divulgação de dados mais detalhada que Engenheiro Paulo de Frontin. Ainda que a base central dos dados seja o CNES, foram necessários levantamentos complementares nos portais municipais, para a compreensão do perfil de cada um deles. Em Miguel Pereira, é possível ter acesso digital a diversos documentos de gestão, incluindo o Plano Municipal de Saúde, documento com bom nível de detalhamento do perfil municipal. Essa não é a realidade de Engenheiro Paulo de Frontin. É possível que essa diferença ocorra por conta da própria dinâmica da administração, que nesse último município está em novo mandato, ao passo que, em Miguel Pereira, o atual administrador está em um segundo ciclo de governo, o que possibilitou a esse grupo político um maior tempo para ordenar os parâmetros de transparência; (2) os dados de Engenheiro Paulo de Frontin encerram uma observação importante: a única entidade hospitalar cadastrada como parte do SUS municipal é, na verdade, administrada por uma instituição filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde. Nesse caso, serão contabilizados como vínculos com o SUS municipal todos os trabalhadores cadastrados na unidade, uma vez que, na prática, estão desempenhando funções públicas, ainda que por meio de parceria; (3) percebemos que há certa diferença de complexidade quanto às formas de contratação utilizadas pelas prefeituras.

As observações supracitadas podem ser vistas nos dados globais de vínculo empregatício com o serviço público direto, apresentados na Tabela 2: em Engenheiro Paulo de Frontin, a contratação direta está basicamente associada ao regime estatutário, aos cargos em comissionamento e aos contratos temporários; em Miguel Pereira, a administração usa também o artifício da contratação de empregados públicos, um vínculo misto e considerado não precário, pois, mesmo que o servidor esteja sob a lógica da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), portanto não estável, seu contrato não possui prazo determinado e permite a percepção dos direitos vinculados à legislação trabalhista. Ainda assim, no limite, esse vínculo é considerado não estável, uma vez que empregados celetistas podem ser desligados sem a necessidade dos trâmites administrativos envolvidos na demissão de um servidor estatutário.

Tabela 2 – Relação global de vínculos empregatícios com o SUS nos municípios de Engenheiro Paulo de Frontin e Miguel Pereira, Rio de Janeiro, Brasil

Tipo de vínculo	Eng. Paulo de Frontin	%	Miguel Pereira	%
Estatutário	113	45,56	207	41,65
Emprego público	1	0,40	89	17,91
Celetista	1	0,40	100	20,12
Cargo Comissionado	58	23,39	11	2,21
Pessoa Jurídica	1	0,40	77	15,49
Autônomo	15	6,05	6	1,21
Contrato temporário	44	17,74	5	1,01
Servidor cedido para a iniciativa privada	14	5,65	0	0,00
Outros (bolsista, residente, voluntário)	1	0,40	2	0,40
Total	248	100,00	497	100,00

Fonte: Adaptado de CNES – mar/2021

A análise dos dados estratificados por tipologia de vínculo nos leva a sensação de que, para as prefeituras avaliadas, o perfil de vínculos precários que marca o SUS não é predominante, mas, se fizermos a classificação dos vínculos considerando a relação entre estatutários e as diversas formas de contratação não efetiva (Figura 1), veremos que, o padrão comum dos vínculos empregatícios não estáveis predominam também nessas localidades, corroborando com a lógica hegemônica dos contratos precários no serviço público de saúde.

Figura 1 – Proporção de servidores efetivos e não efetivos nos municípios de Engenheiro Paulo de Frontin e Miguel Pereira, Rio de Janeiro, Brasil



Fonte: Adaptado de CNES – mar/2021.

É possível concluirmos que, em ambas as municipalidades, a metodologia de contratação segue o padrão multivínculo que foi incentivado após a promulgação da Reforma Administrativa de 1998, que se caracterizou pela profunda relativização do Regime Jurídico Único e da estrutura de contratação estável advinda dele. Um dos principais resultados desse processo foi a conformação de dois modelos de gestão pública: a administração direta, não raras vezes associada à ineficiência e ao alto custo; e o modelo de contratação de entidades de direito privado, as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSSs) que poderiam, a partir daquele momento, prestar serviços públicos em diversas áreas.

O Sistema Único de Saúde foi, historicamente, um dos setores mais afetados pela lógica de transferência de gestão. Um dos argumentos, associados ao alto custo da administração direta teve, além da EC 19/1998, um outro incentivo legal, a partir da estrutura reformista do Estado. A Lei Complementar nº 101/2000, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), estabeleceu um limite prudencial de gastos com pessoal que não se aplica àqueles que fizerem a transferência da gestão (e os recursos) para as Organizações Sociais.

Outro ponto relevante a se notar é que as parcerias e transferências para entidades intermediadoras da gestão dos serviços de saúde ocorrem especialmente nos serviços de média e alta complexidade, com as clínicas de especialidades e serviços hospitalares sendo, em sua grande maioria, transferidos à gestão de OSs e entidades filantrópicas, ou mesmo com fim lucrativo expresso. Solla e Chioro (2012) lembram-nos de que essa gestão baseada na iniciativa privada gera algumas distorções, com destaque para a concentração dos serviços especializados nos grandes centros urbanos, por meio da superoferta de clínicas especializadas, geridas por entidades particulares. Além de, no caso das parcerias com o SUS, ocorrer o uso de artifícios que dificultam a resolutividade do sistema, por conta da prioridade à solicitação de procedimentos de maior valor na tabela de ressarcimento do SUS, do excesso de pedidos de consultas com outros especialistas e de exames complementares, nem sempre necessários.

Compreendemos ser importante perceber se nos municípios estudados repete-se a lógica de transferência da gestão das unidades secundárias e terciárias, que tem marcado o ordenamento do SUS. Como nessas unidades boa parte dos serviços não estão sob o controle direto da administração pública, esperamos encontrar maior quantidade de vínculos não estáveis nos serviços de média e alta complexidade.

Na avaliação da distribuição das unidades vinculadas ao serviço público de saúde, devemos ter em mente que os serviços oferecidos pelo SUS municipal concentram-se na atenção básica, ainda que não seja incomum encontrarmos unidades secundárias sob gestão local.

É importante lembrar que, como um sistema concebido para ser regionalizado e hierarquizado, os diferentes níveis de atenção servem justamente para ordenar essa estrutura, tendo sido pensado, de acordo com Solla e Chioro (2010), sob a modelagem de uma pirâmide (Figura 2).

Figura 2 – Pirâmide apontando o perfil dos níveis de atenção à saúde

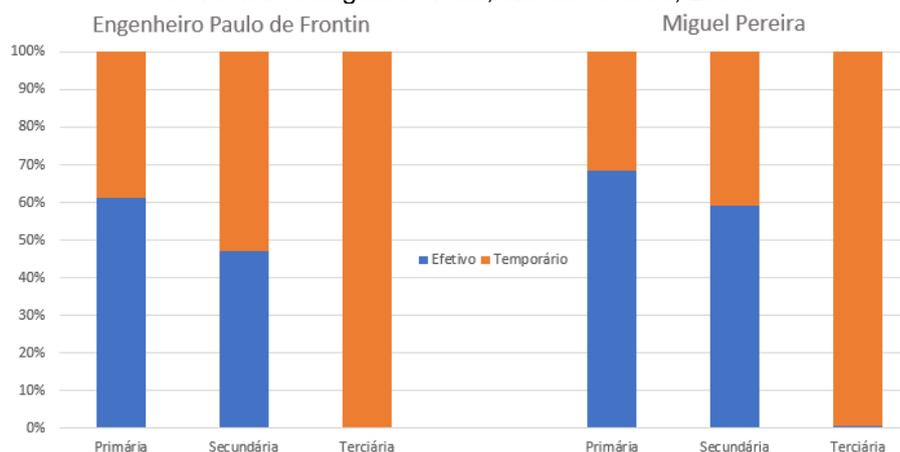


Fonte: Adaptada de Solla e Chioro (2010).

Para a classificação dos níveis de atenção, iremos nos utilizar de critérios semelhantes àqueles dispostos na pirâmide, tendo como base a organização apontada por Brunello *et al.* (2010, p. 132), para quem os níveis de atenção seriam avaliados da seguinte maneira: Primário: Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Secundário: ambulatórios de especialidades; Terciário: hospitais.

Para nós, será relevante a compreensão da lógica de organização de vínculos por nível de atenção (Figura 3), uma vez que é justamente na APS que se encontram a maior parte dos serviços contínuos, cuja lógica de funcionamento pressupõe “a adscrição dos usuários em um determinado território, os quais se vinculam a uma equipe que passa a ser uma ‘porta de entrada’ do serviço de saúde” (JUNQUEIRA, *et al.*, 2010, p. 919).

Figura 3 – Proporção de vínculos por nível de atenção à saúde nos municípios de Engenheiro Paulo de Frontin e Miguel Pereira, Rio de Janeiro, Brasil



Fonte: CNES – mar/2021.

Os dados consolidados por nível de atenção comprovam a característica geral de um SUS plenamente apoiado na lógica multivínculo, com predominância crescente de transferência da gestão e da contratação de profissionais para a iniciativa privada.

Como boa parte dos serviços de média e alta complexidade possui custos maiores, há quem justifique a cessão como forma de conseguir manter a funcionalidade do serviço, sem comprometer as finanças municipais, uma vez que a cessão seria uma forma de redução de custos. Na prática, precisaríamos avançar para o detalhamento das despesas com a cessão, uma vez que tais

instituições recebem transferências governamentais para manter as atividades de assistência. Em nossa pesquisa atual, o objetivo foi principalmente perceber o nível de penetração dos vínculos não estáveis na gestão da saúde dos dois municípios.

Em Engenheiro Paulo de Frontin, os dados de atenção terciária mostram a total cessão da prestação do serviço para uma entidade não estatal. O Hospital Nelson Salles é administrado por uma entidade filantrópica, mas possui reforço de parte da equipe cedida pela municipalidade. Como não faria sentido computar somente parte dos trabalhadores como servidores do SUS, todos os trabalhadores dessa unidade são contados enquanto parte da força de trabalho da saúde pública municipal, sendo avaliados como não efetivos. No caso de Miguel Pereira, a administração da prefeitura sobre o Hospital Geral Luiz Gonzaga é resultado de um processo de municipalização do antigo Hospital Santo Antônio da Estiva, até então administrado por uma entidade filantrópica e cuja administração local, tão logo recebeu a gestão dessa unidade, repassou-a para a Fundação Educacional Severino Sombra, por meio de um termo de colaboração. A consequência principal do procedimento é uma força de trabalho quase integralmente composta por profissionais não estáveis, reafirmando a lógica nacional flagrantemente pautada em uma estrutura multivínculo (Tabela 3).

Tabela 3 – Modalidades de contratação da força de trabalho no Hospital Municipal Luiz Gonzaga, Miguel Pereira, Rio de Janeiro/Brasil

Tipo de vínculo	Quantidade de profissionais	%
Celetista	85	50,30
Pessoa Jurídica	77	45,56
Autônomo	6	3,55
Estatutário	1	0,59
Total	169	100,0

Fonte: CNES – mar/2021.

As estruturas de apoio especializado que compõem a atenção secundária repetem a lógica multivínculo percebida nos ambientes hospitalares, contudo, diferentemente desses espaços, percebemos, na atenção especializada, uma penetração maior da administração direta. Mesmo com essa diferença, não observamos uma opção pela total prestação dos serviços que sejam baseados na contratação de servidores efetivos. O resultado sugere um contexto plenamente alinhado à lógica de contratação proposto pela EC 19/1998 (Reforma Administrativa), que substituiu o RJU pela opção de um vínculo que seja considerado (economicamente) mais adequado à administração, ainda que isso implique perda de qualidade nas relações de trabalho e na prestação dos serviços públicos e coletivos.

Em Miguel Pereira, identificamos a intermediação e contratação temporária de servidores para o Centro de Triage – COVID 19. Sendo uma estrutura vinculada a um serviço de saúde conjuntural, talvez seja justificável a expansão da mão de obra temporária, por ser tratar de uma necessidade de atenção excepcional. Ainda assim, foi possível constatar que há uma combinação de servidores e empregados públicos (não estáveis). Nesse município, mesmo com o cruzamento da lógica de privatização e precarização de vínculos sob o SUS, ainda percebemos certa prevalência dos estatutários, com aproximadamente 60% da força de trabalho estando vinculados ao RJU. Em Engenheiro Paulo de Frontin, percebemos maior nível de instabilidade funcional na atenção secundária. Mesmo com as unidades assim classificadas estando sob a administração direta, constatamos grande variedade de tipos funcionais (Tabela 4), resultando em prevalência de vínculos não estáveis, com aproximadamente 54% dos vínculos caracterizados como não efetivos.

Ao analisarmos o nível primário de cuidado, devemos considerar que, de acordo com o Ministério da Saúde, ele deve ser capaz de resolver, no mínimo, cerca de 80% da demanda pelos serviços de saúde. Como a chamada atenção básica é responsável pelo acompanhamento contínuo e preventivo dos possíveis agravos à saúde, a bibliografia referente à necessária formação de vínculos é mais extensa. Reconhecendo que, por conta de seu perfil de relação longitudinal com a população atendida, a formação de bons e contínuos vínculos é parte fundamental no processo de qualificação na oferta de saúde, tendo impacto direto nas condições de garantia e manutenção das condições dignas de saúde como um direito difuso da população brasileira.

Boa parte das diretrizes estipuladas pela Política Nacional de Atenção Básica (2017) trabalha, em alguma medida, com a importância da construção de vínculos positivos como um dos imperativos para a qualificação da oferta dos serviços de saúde, conforme podemos ver no Quadro 2.

Tabela 4 – Modalidades de contratação da força de trabalho na atenção secundária de Engenheiro Paulo de Frontin, Rio de Janeiro/Brasil

Tipo de vínculo	Quantidade de profissionais	%
Estatutário	31	46,27
Autônomo	16	23,88
Cargo Comissionado	9	13,43
Contrato temporário	9	13,43
Celetista	1	1,49
Pessoa Jurídica	1	1,49
Total	67	100

Fonte: Adaptada de CNES – mar/2021.

Quadro 2 – As diretrizes básicas da PNAB (2017) e sua relação com o vínculo.

Diretriz	Relacionamento com a importância do vínculo
População adscrita	Refere-se ao cadastro da população vinculada a determinado território de saúde de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
Cuidado centrado na pessoa	Como essa diretriz aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, desenvolvendo formas de cuidado construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena, a noção de vínculo passa a ser central, visto que o contato contínuo será elemento primordial para a formação de laços entre população e profissionais.
Resolutividade	Diretriz a qual entende que a atenção básica deve ser capaz de resolver boa parte das demandas relacionadas à saúde das pessoas, reforçando a importância da consolidação de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa e na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.
Longitudinalidade do cuidado	Essa é a diretriz na qual a importância do vínculo fica mais evidente. Como ela pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, há aqui um reconhecimento expresso da importância das relações contínuas entre pessoas, comunidades e profissionais da atenção básica.
Participação da comunidade	Ao propor que se estimule a participação das pessoas, e a concepção de uma atenção pautada na orientação comunitária e na competência cultural do cuidado nas ações de saúde competência cultural no cuidado, a noção de participação é solidificada sob a necessidade de territorialização efetiva das estruturas do SUS nas localidades em que se implantam estruturas de atenção primária. Falamos aqui de vínculo espacial entre UBS (e congêneres), as pessoas e os conjuntos delas, ocasionando um estágio de compartilhamento de responsabilidades sobre a saúde. Para isso, são necessários vínculos fortíssimos entre a população adscrita e os profissionais lotados nas unidades.

Fonte: Adaptado de Política Nacional de Atenção Básica (2017). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Como em nossa pesquisa estamos compreendendo que, no trabalho em saúde, a estabilidade dos vínculos possui uma dupla dimensão de relevância, consideramos fundamental perceber se, ao menos nos serviços de atenção primária, as gestões locais estão buscando trabalhar com estruturas

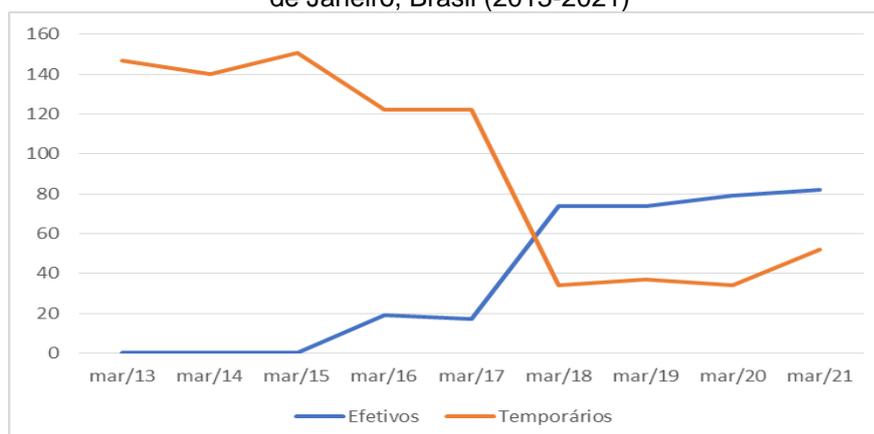
de contratação que potencializem a continuidade do cuidado por meio da estabilização dos profissionais ligados a cada território de saúde.

Notamos que, no geral, mais de 50% dos profissionais cadastrados em Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família dos dois municípios são registrados no CNES como servidores estatutários, conforme detalhamos na figura 2.

O caso de Engenheiro Paulo de Frontin é mais preocupante nesse sentido: além de uma proporção consideravelmente alta de servidores com vínculos não estáveis (cerca de 40%), a prefeitura não conseguiu efetivar integralmente uma promessa expressa em seu Plano Municipal de Saúde de 2013, que orientava a administração pública local a substituir a forma de contratação da força de trabalho do SUS local, dando prioridade à contratação de servidores estatutários, selecionados após concurso público de provas e títulos.

Ainda assim, devemos reconhecer que os dados históricos extraídos do CNES para os meses de março no corte temporal 2013-2021 mostram grande avanço na incorporação de servidores estatutários no quadro de servidores da prefeitura (Figura 4). Nesse contexto, é importante salientar que esse processo não foi suficiente para garantir a contratação estatutária de toda a força de trabalho da atenção básica. Após tais análises, concluímos que a lógica de multivinculação profissional se mantém também nessa modalidade de assistência.

Figura 4 – Estrutura histórica dos vínculos de APS no município de Engenheiro Paulo de Frontin, Rio de Janeiro, Brasil (2013-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>

Esse avanço (ou redução no retrocesso) é relacionado à conversão de profissionais inicialmente contratados por concurso público, mas sob o vínculo em CLT, servidores em estatutários². Foi justamente esse processo que fez a proporção de servidores efetivos saltar de ZERO para os atuais 82. O último concurso público para novos servidores foi feito em 2012 para a contratação de empregados públicos³. Outra redução de retrocesso refere-se à substituição, dentro do grupo de servidores temporários, do grande número de servidores cadastrados como trabalhadores informais sob vínculo de contrato verbal (Tabela 5) para contratos formalizados.

² Não encontramos nos portais oficiais (Diário Oficial e portal da prefeitura) o embasamento legal para esse processo. Os pedidos oficiais de informação serão utilizados para melhor compreensão dessa questão, com o avançar de nossa pesquisa.

³ Houve a publicação de um edital de concurso em 2016 que foi proibido por conta de ação popular contrária à seleção. Desde então, a prefeitura não tem feito contratação de servidores estatutários. Os profissionais hoje sob esse modelo de contratação são oriundos de seleções originalmente publicadas para trabalhadores vinculados ao regime CLT, conforme estipulado pelo item 13.10.2 do Edital nº 01/2012 da Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin.

Disponível em: <https://www.pciconcursos.com.br/concurso/prefeitura-de-engenheiro-paulo-de-frontin-rj-65-vagas>. Acesso em: 2 maio 2021.

Tabela 5 – Distribuição da formalidade/informalidade na APS no município de Engenheiro Paulo de Frontin, Rio de Janeiro, Brasil (2013-2021)

Tipo de servidor	Ano								
	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Informal	111	82	74	29	14	-	-	-	-
Formal (efetivos ou temporários)	36	58	77	112	111	108	111	114	123
Total	147	140	151	141	125	108	111	114	123

Fonte: CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>.

Dentre os servidores considerados formalizados, há grande diversidade na tipologia de contratação, a exemplo de bolsistas, comissionados, contratados por tempo determinado, empregados públicos e servidores estatutários. É justamente a persistência da modelagem multivínculo que nos faz falar em redução do retrocesso porque parte considerável do contingente de trabalhadores ainda é mantida sob a estrutura de contratação temporária, com razoável proporção de servidores comissionados e contratados por tempo determinado, vínculos muito instáveis e sujeitos à precarização da força de trabalho. Ainda assim, é importante notar que, se considerarmos os vínculos individualmente, desde 2018 os servidores estatutários somam maioria dos profissionais atuantes na atenção primária municipal.

Convém ainda apontar que as diretrizes de atuação da gestão municipal são contraditórias, pois, no mesmo ano em que se compromete com a necessária substituição dos vínculos precários por contratação estável, edita a Lei municipal nº 1140/2013⁴, que autoriza a habilitação de OSs para celebração de contratos de gestão no âmbito da saúde⁵, casos em que os profissionais não terão qualquer vínculo estável com a administração pública, conforme aponta o artigo 41 da normativa.

Em Miguel Pereira, o nível de estabilidade dos profissionais da atenção primária é superior ao município vizinho e a prefeitura tem um concurso público para contratação de servidores efetivos sob vigência, o que pode ser um dos fatores para explicar a maior consolidação dos contratos estáveis. Ainda é importante observarmos que, se considerarmos o nível de precarização da mão de obra, poderíamos dizer que parte considerável (perto da totalidade) dos profissionais está contratada sob regimes com garantia de direitos funcionais. Se somarmos a proporção de servidores e empregados públicos contratados por CLT e sem determinação de fim de vínculo, perceberemos que cerca de 94% dos trabalhadores possuem vínculos mais firmes – ainda que sob mais de um regime de trabalho – com a administração pública municipal.

No geral, percebemos que, na atenção primária, há uma tendência maior de estabilização das formas de contratação dos servidores. Ainda assim, não se pode afirmar que esse padrão será contínuo, uma vez que a flexibilização jurídica proposta pelas sucessivas reformas no aparelho de Estado permite a manutenção ou a incorporação da contratação de servidores sob diversas tipologias de vínculo. Consideramos relevante refletir sobre essa questão, pois o tipo de vínculo deve ser visto como um fator determinante na fixação da mão-de-obra.

Se compreendermos ser necessário desenvolver um modelo centrado na continuidade do atendimento, seria essencial garantir o acompanhamento efetivo da população por parte dos profissionais de saúde, o que pode ser dificultado quando a gestão pública opta por prestar o serviço com base em contratos instáveis e com prazo determinado (BARBOSA, 2017).

Os resultados encontrados em nossa pesquisa evidenciam que, mesmo na atenção primária, nível de cuidado em que a longitudinalidade é considerada um elemento central, a rotatividade da força de trabalho pode comprometer o vínculo das equipes com a comunidade, influenciando o alcance dos resultados e a efetividade do modelo (GIOVANI; VIEIRA, 2013).

⁴ A íntegra da lei foi publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro no dia 31/12/2013.

Edição 1072. Disponível em: http://www-storage.voxtecnologia.com.br/?m=sigpub_publicacao&f=265&i=publicado_23269_2013-12-30_3f387f5c7bf9249abd4d8e10eaaefea9.pdf Acesso em: 2 maio 2021.

⁵ A lei autoriza, inclusive, que a prefeitura coloque o servidor efetivo à disposição das organizações sociais, sendo pagos todos os seus direitos pela administração direta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos vínculos e de sua dupla importância para a conformação de bons resultados no desenvolvimento qualitativo da saúde pública faz parte de um projeto de pesquisa maior, que busca avaliar a oferta e a qualidade dos serviços públicos e sociais, no interior de uma discussão sobre o direito à saúde como um dos parâmetros que norteiam o direito à cidade. Isso significa dizer que, ao avaliar o potencial positivo da estabilização dos vínculos funcionais para a garantia de um atendimento humanizado, pautado pela regularidade da oferta e longitudinalidade do cuidado, estamos, no limite, lembrando que tanto os preceitos constitucionais quanto diversos estatutos legais infraconstitucionais, a exemplo da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1991) e do Estatuto da Cidade (Lei nº 10.257/2001), expressam claramente que há um conjunto de direitos difusos – não raras vezes integrados – que devem ser garantidos pelo Estado brasileiro, dentre os quais a garantia de um serviço de saúde que se proponha a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1991).

Quanto às observações específicas desse bloco de análise, percebemos que, a despeito de discussões cientificamente embasadas darem conta de que a garantia de vínculos estáveis é fator positivo para a construção de vínculos afetivos entre profissionais e pacientes, há uma persistência de um discurso reformista que, sob a promessa de melhoria da eficiência e redução da rigidez administrativa do estado, alterou profundamente a lógica de contratação no serviço público, relativizando a necessária contratação estatutária que garante aos servidores a estabilidade funcional. O que se consolidou foi um marco legal que incentiva uma lógica de contratação multivínculo, aumentando a rotatividade da mão de obra, assim como abrindo flancos para a precarização.

Essa realidade, delineada a partir da Reforma Administrativa proposta em 1998 converte o Estado brasileiro em um ente alinhado ao mercado, possibilitando a contratação de servidores dentro do prazo estipulado pela administração e sob diversos tipos de vínculo.

Para o caso dos municípios estudados, pode-se dizer que ambos reproduzem essa lógica de contratação multivínculo, ainda que em níveis crescentes, conforme aumenta a complexidade do serviço ofertado.

Percebe-se ainda que não há qualquer indício de que a atuação das entidades filantrópicas conveniadas ao SUS municipal tenha servido para produzir um aumento exponencial da qualidade dos estabelecimentos. Em certa medida, poderíamos dizer que tal modelo fracassou, ensejando a intervenção do poder público municipal nos dois casos. O problema é que tais intervenções não serviram para a modificação estrutural da modelagem dos serviços hospitalares que continuam pactuados por contrato de gestão com uma OS para o caso de Miguel Pereira e sob a mesma mantenedora filantrópica que motivou a intervenção, no caso de Engenheiro Paulo de Frontin.

Esse primeiro bloco da pesquisa nos levou ao entendimento de que a manutenção da dinâmica reformista com teor econômico-fiscalista, tendo como base a aproximação dos serviços públicos da lógica de ação da iniciativa privada e do mercado, pode comprometer a melhoria na qualificação dos serviços de saúde. Essa conclusão pode ser obtida a partir da própria análise da OPAS, que apresenta como desafio para o SUS a redução do quadro de grave instabilidade funcional no interior do sistema público de saúde no Brasil, o que, de certa forma, está comprovado com os dados apresentados em nosso estudo.

Nesse contexto, é importante darmos destaque ao movimento da Prefeitura Municipal de Engenheiro Paulo de Frontin que, mesmo com a manutenção da ordem multivínculo de contratação, propôs e iniciou a materialização de uma reorganização de sua força de trabalho, tendo por base a contratação de servidores efetivos. Um dos desafios para os próximos ciclos da pesquisa inclui a avaliação da efetivação desse compromisso por parte do poder público municipal.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, v. 25, n. 87, p. 335–351, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200003>

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 802–810, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. *Revista de Administração de Empresas*, v. 57, n. 2, p. 178–195, mar. 2017.

<https://doi.org/10.1590/s0034-759020170207>

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1003-1022, 2017.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400008>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 05 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.321, de 22 de julho de 2016. Estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (CNES). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1321_22_07_2016.html Acesso em: 03 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 11 de maio de 2017. Altera o anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1130_12_05_2017.html Acesso em: 03 abril 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm Acesso em 04 abril de 2021.

BRASIL. Lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm Acesso em: 04 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20gerais%20para%20a,que%20lhe%20conferem%20o%20art. Acesso em: 26 abril 2021

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 25 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

[internet]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-_ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em 13 abril 2021.

BRASIL. Lei nº 10.157 de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Acesso em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm Acesso em: 06 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E.

Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. Brasília, 2012. 110 p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 06 abril 2021.

BRASIL. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 15 de maio de 1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 24 abril. 2021.

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2). Disponível em:

<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/os/caderno2.pdf> Acesso em: 24 abril 2021.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino; PONCE, Maria Amélia Zanon; ASSIS, Elisângela Gisele de; et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131–135, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde *in* Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

DALBEM, Juliana Xavier; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, jun. 2005. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 abril 2021.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 7, n. 4, 2013. DOI: 10.3395/reciis.v7i4.572. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572> Acesso em: 10 mar. 2024.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Diagnóstico de saúde da região Centro Sul. Rio de Janeiro. Julho/2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzE%2C> Acesso em: 02 abril 2021.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 918–928, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500014>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663?show=full> Acesso em: 07 abril 2021.

PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHEIRO, Roseni; PERES, Ana Maria Auler Matheus; VELLOSO, Gabriel; et al. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 1125–1133, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0375>

PIRES, Denise Elvira. Precarização do trabalho em saúde. *In* PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Acesso em: 26 abril 2021.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e Saúde. *In* PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. Dicionário da educação profissional em saúde, 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf> Acesso em: 15 abril 2021.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280206, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280206, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade**: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p.241-57

STARFIELD, Barbara; UNESCO; SAÚDE, Brasil Ministério da. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. [s.l.]: Brasília, DF: Unesco, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>>. Acesso em: 12 maio 2021.

VIANA, Ana Luiza D.Ávila; VITZ, Eduardo Levco; DAL POZ, Mário Roberto. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 11, p. 11-17, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312001000200002>

VILAÇA MENDES, Eugênio. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1–3, 2018. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7839>