

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARISTEL SILVA KASPER

Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França

RIBEIRÃO PRETO

2021

MARISTEL SILVA KASPER

Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França

(As normas de formatação da tese foram adaptadas visando atender as exigências dos dois Programas de Pós-Graduação e o convênio de cotutela)

(Les normes de formatage ont été adaptées afin de répondre aux exigences des deux Programmes de Post-Graduation et à la convention de cotutelle)

Tese em cotutela, com vistas à dupla-titulação, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública e à *CY Cergy Paris Université*, para obtenção do título de Doutor em Ciências da Educação e da Formação, Escola de Doutorado *Éducation, Didactiques e Cognition*.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde (Brasil)

Campo: Atores, Políticas e Práticas (França).

Orientadora do Brasil: Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Orientador da França: Prof. Dr. Gilles Monceau

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Kasper, Maristel Silva

Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França. Ribeirão Preto, 2022.

343 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora no Brasil: Cinira Magali Fortuna

Orientador na França: Gilles Monceau

1. Enfermagem. 2. Prática Profissional. 3. Saúde Pública. 4. Atenção Básica.
5. Análise Institucional. 6. Socio-clínica Institucional.

KASPER, Maristel Silva Kasper

Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França

Tese em cotutela apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: 28/01/2022

Presidente

Prof(a). Dr(a): Cinira Magali Fortuna

Instituição: Universidade de São Paulo (Orientadora no Brasil)

Prof. Dr.: Gilles Monceau

Instituição: *CY Cergy Paris Université* (Orientador na França)

Comissão Julgadora

Prof(a). Dr(a): Ana Lúcia Abrahão da Silva

Instituição: Universidade Federal Fluminense

Prof(a). Dr(a): Liane Beatriz Righi

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr.: Sébastien Roger Michel Pesce

Instituição: *Université d'Orléans*



UNIVERSITÉ DE SÃO PAULO
ÉCOLE DE SCIENCES INFIRMIÈRES DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMME DE POST GRADUATION SCIENCES INFIRMIÈRES EN SANTÉ
PUBLIQUE
DOCTORAT EN SCIENCES

CY CERGY PARIS UNIVERSITÉ
ÉCOLE DOCTORALE ÉDUCATION, DIDACTIQUES ET COGNITION ED EDC 627
LABORATOIRE ÉCOLE, MUTATIONS ET APPRENTISSAGES EMA 4507
DOCTORAT EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

RECHERCHE DOCTORALE RÉALISÉE EN COTUTELLE

Maristel Silva Kasper

**RÉPERCUSSIONS DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE SUR LES
PRATIQUES INFIRMIÈRES DANS L'ATTENTION BASIQUE AU BRÉSIL ET LES
SOINS PRIMAIRES EN FRANCE**

(Mémoire en portugais comportant un résumé long en français conformément à la convention de cotutelle)

Thèse soutenue 28 janvier 2022
Sous la direction de Gilles Monceau et Cinira Magali Fortuna

Jury :

Cinira Magali Fortuna : professeure en Sciences Infirmières, École de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de São Paulo, Brésil (Directrice de Thèse pour le Brésil)

Gilles Monceau : professeur en Sciences de l'Éducation et de la Formation, CY Cergy Paris Université, France (Directeur de Thèse pour la France)

Ana Lúcia Abrahão : professeure en Sciences Infirmières, École de Sciences Infirmières, Université Fédérale Fluminense, Brésil (membre du jury)

Liane Beatriz Righi: professeure en Santé Collective, Centre de Sciences de la Santé, Département de Santé Collective, Université Fédérale Fluminense, Brésil (membre du jury et Rapporteuse)

Sébastien Roger Michel Pesce: professeur en Sciences de l'Éducation et de la Formation, Université d'Orléans, France (membre du jury et Rapporteur)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM CIÊNCIAS

CY CERGY PARIS UNIVERSITÉ
ESCOLA DE DOUTORADO EDUCAÇÃO, DIDÁTICAS E COGNIÇÃO ED EDC 627
LABORATÓRIO ESCOLA, MUTAÇÕES E APRENDIZAGENS EMA 4507
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO

PESQUISA DE DOUTORADO REALIZADA EM COTUTELA

Maristel Silva Kasper

**REPERCUSSÕES DA NOVA GESTÃO PÚBLICA NAS PRÁTICAS DE
ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E NOS CUIDADOS
PRIMÁRIOS NA FRANÇA**

(Tese em português comporta um resumo expandido em francês em conformidade com o convênio de cotutela)

Tese de Doutorado defendida em 28 de janeiro de 2022
Orientadores: Cinira Magali Fortuna e Gilles Monceau

Banca Examinadora:

Cinira Magali Fortuna: professora de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil (Orientadora no Brasil)

Gilles Monceau: professor em Ciências da Educação e da Formação, CY Cergy Paris Université, França (Orientador na França)

Ana Lúcia Abrahão: professora de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Brasil (membro da banca)

Liane Beatriz Righi: professora em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil (membro da banca e Relatora)

Sébastien Roger Michel Pesce: professor em Ciências da Educação e da Formação, Université d'Orléans, França (membro da banca e Relator)

Dedico esta tese ao meu filho,
Thomaz Kasper Florence,
meu tesouro nesta vida.

AGRADECIMENTOS

À Cinira Magali Fortuna e ao Gilles Monceau *un grand merci* pela sintonia fina no trabalho de orientação, requisito fundamental para o desenvolvimento da tese em cotutela, pois apoiam e encorajam diante das dificuldades do processo. Ser estudante de doutorado com 100% de orientação brasileira e 100% de orientação francesa é sinônimo de trabalho dobrado.

À Cinira Magali Fortuna, agradeço pelo aceite em me orientar no doutorado, pelos ensinamentos sobre as práticas de enfermagem na atenção primária, à saúde coletiva e a análise institucional. Agradeço, especialmente, pela pessoa generosa e pela relação afetuosa que busca construir com os orientandos, cultivando um ambiente de cooperação e autogestão do coletivo. Agradeço pelo convite do doutorado em cotutela e por me apoiar firmemente diante dos desafios vividos, dentre eles o financiamento, a pandemia de Covid-19 e familiares. Sou grata pela oportunidade de participar dos dois projetos PPSUS/FAPESP, em que pude aprofundar estudos sobre o apoio institucional, a humanização e a educação permanente em saúde. Estendo os agradecimentos ao seu esposo Carlos, pelo churrasco aos domingos e ao neto Lucas, pela amizade com o Thomaz.

Ao Gilles Monceau agradeço o aceite em me orientar no doutorado, pela confiança construída nesse processo e na pesquisa, sob o referencial teórico-metodológico da socio-clínica institucional. Agradeço, especialmente, a oportunidade de conhecê-lo, pela simplicidade como pessoa e pelo respeito que demonstra construir em suas relações no Brasil e na França. Agradeço muito por ter proporcionado abertura nas pesquisas-ação conduzidas pelo Laboratório EMA, como o *Programme de Réussite Éducative* de Goussainville e *La Sauvegarde* de Val d'Oise, possibilitando-me conhecer tanto o desenvolvimento das intervenções socio-clínicas no contexto francês, quanto o dispositivo da Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP). Agradeço também pela abertura oferecida nas aulas dos mestrados FFAP, EPDIS e CPA.

Às colegas dos projetos PPSUS/FAPESP, Cinira Magali Fortuna, Adriana Barbieri Feliciano, Monica Vilchez da Silva, Marcia Niituma Ogata, Priscila Norié, Gláucia Braghetto, Thalita Caroline Marcussi, Gabriela Alvarez Camacho, Karemme Ferreira de Oliveira, Rosenéia Braz de Souza, Érika Cristina Diniz Mortati, Siliani Martinelli, Flávio Adriano Borges Melo, Kisa Valladão, José Renato Gatto Júnior, Karen da Silva Santos, Samara Letícia, Viviane Rocha, Angelina Lettiere, Leandra de Sousa e Ana Beatriz Franceschini, pelos ricos compartilhamentos e aprendizados construídos na pesquisa-intervenção, na pesquisa-ação, no apoio institucional, na política de humanização e na educação permanente

em saúde no SUS. Foi neste grupo que pude aprofundar estudos e experiências na análise institucional e na socio-clínica institucional. Especialmente agradeço o afeto e o carinho que tiveram com o Thomaz durante esses anos, sendo recíproco na parte dele: - Adoro suas colegas mãe.

Ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (NUPESCO) e ao Grupo de Estudos em Análise Institucional (GEPAI), pelo rico aprendizado, sinto-me honrada em integrar esses coletivos que são referências na produção de conhecimento na enfermagem, na saúde coletiva e em análise institucional. Agradeço especialmente às profas. Cinira Fortuna, Silvia Matumoto, Silvana Mishima e Angelina Lettiere Viana. Meu agradecimento com muito carinho vai aos colegas que se tornaram amigos, Fabiana Ribeiro Santana, José Renato Gatto Júnior, Priscila Norié de Araujo, Karen da Silva Santos, Poliana Silva de Oliveira, Kisa Valladão, Marta Francisco, Felipe Santos e Janaína Pereira da Silva pelo afeto e carinho que chegaram na forma de palavras, links, documentos, editais, textos, por vezes até no cuidado das plantas e dos animais de estimação.

Ao Laboratório *École, Mutations et Apprentissages (EMA)*, especialmente ao Gilles Monceau (diretor do laboratório), Benjamin Moignard (diretor da Escola de Doutorado), Guilhem Labinal, Claire de Saint Martin, Bruno Robbes, Pascal Fugier, pesquisadores associados, Dominique Samson, Arnaud Dubois e Anne Pilotti, pela forma com que acolhem e oportunizam a integração do estudante de doutorado estrangeiro.

Agradeço ainda aos colegas de doutorado franceses Catherine Aubouin, Rosa Bortolotti, Katia Barrial-Thuilot, Lucile Berthod, Odile Amadou Lassauze, Saber Ayachi, Cyrille Bock, Clarissa Figuera, Célia Cyrille, Frédérique Graillot Masson, Sofia Hachemi, Ivanete Souza dos Santos, Audrey Teko e Armelle Thivet pela relação amistosa e de aprendizado vividos nesse período.

Ao Diretório, Análise Institucional e Saúde Coletiva da UNICAMP, especialmente à profa. Solange L'Abbate, Lúcia Mourão, Luciane Pezzato, Núncio Sól, Carla Spagnol, Daniel Dobies, Disete Devera, Lia Bissoli e Ana Cristina Vangrelino, pelo acolhimento e generosidade no compartilhamento de obras, de textos e de discussões. Agradeço a oportunidade de cursar duas vezes (uma presencial e outra virtual) a disciplina de Análise Institucional: teoria e prática em saúde coletiva, sendo fundamental para meu aprofundamento teórico no referencial da análise institucional.

À Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau, Silvana Mishima, Silvia Matumoto, Solange L'Abbate, Angelina Lettiere, Fabiana Ribeiro Santana, José Renato Gatto Júnior,

Monica Vilchez, Adriana Barbieri Feliciano, Priscila Norié, Poliana Silva de Oliveira, Luana Pinho de Mesquita Lago, Kisa Valladão, Karen da Silva Santos, Simone Santana da Silva, Flávio Adriano Borges Melo, Karemme Ferreira de Oliveira, Thalita Caroline Marcussi, Rita de Cássia Quáglio, Marcela Gonçalves, Letícia Caetano, que fizeram vaquinha (em reais e euros) para que eu pudesse pagar a mensalidade da universidade francesa, no período que eu buscava a aprovação de bolsa no exterior e recebia respostas negativas.

Ao *Réseau Recherche Avec*, rede de pesquisas Com, pela oportunidade de integrar uma rede internacional de pesquisa e compreender os modos de produção compartilhada de conhecimento entre diferentes países. Agradeço especialmente ao Gilles Monceau, por ter me incluído na organização do *Symposium Recherche Avec* no México (virtual), pois pude compreender melhor as funções de cada integrante da rede e contribuir, a partir do lugar de estudante de doutorado Brasil-França. Agradeço também à Marguerite Soulière, Maria José Oramas Garcia, Maria Lívia do Nascimento e Claire de Saint Martin, pela forma acolhedora e respeitosa com que integram o estudante nas atividades da rede.

À *Red Internacional de Análisis Institucional*, que se constituiu em 2019 e integra pesquisadores da Argentina, México, Chile, Uruguai e Brasil. Agradeço especialmente ao prof. Luis Marcelo Dobry, Ana María Escurra, Danielle da Cruz Rodrigues e Richard Schmidt, a qual contribuiu para a ampliação do meu olhar sobre a análise institucional no contexto latino-americano.

À Claire de Saint Martin, *un grand merci* pela acolhida em sua casa, pelas longas conversas sobre o referencial da análise institucional, sobre a carreira acadêmica na França e por me auxiliar na compreensão dos modos de funcionamento das pessoas na cultura francesa, um aprendizado que ajudou durante os contatos com os participantes da pesquisa. Mas, agradeço profundamente pelo aprendizado na língua, na culinária, na dança folk, no teatro, no cinema, na música e a *promener le chien à la française*. Estendo agradecimentos ao esposo Michel Denis, pelos diálogos sobre a história da França, sobre a política, as manifestações sociais, com o acordeon e por auxiliar na compreensão do sentido dos textos nas publicações francesas. Agradeço também ao filho Drystan Denis pelo companheirismo e aprendizado sobre o movimento *gillets jeunes*, À filha Aloise Denis pela ajuda com a língua francesa e o compartilhamento de livros de conjugação.

Aos representantes discentes da EERP/USP, Fabiana Costa Machado Zacharias, Eduarda Souza Dillegi, Nágela Thaysa Bier de Sousa, Carla Gonçalves da Silva Oliveira, Belisa Vieira da Silveira, Rhyquelle Rhibna Neris, Tassia Ghissoni Pedroso, Josué Souza Gleriano, Aline Conceição Silva, Denise Batista, Helena Cristina Schmidek, Laura Campoy,

Vinícius Moraes, Márcia Giacomini, Gisele Fabro, Luiz Henrique Arroyo, Natália Nigro de Sá, pelo aprendizado, compartilhando a tarefa de representação junto às mais diversas comissões, onde eu exerci representação na Comissão de Relações Internacionais (CRInt).

Aos representantes discentes da Escola de Doutorado *Éducation, Didactiques et Cognition* de *CY Cergy Paris Université*, Estele Tison, Rosa Bortolotti, Eric Iacono, Anne-Marie Sanchez, Evi Ketsea, Youness Rsaissi e Héléne Soler, pelo aprendizado da representação em outra cultura, pois compartilharam comigo a tarefa de representar os estudantes de doutorado dos laboratórios EMA, Paragraphe, LDAR e BONHEURS, onde exerci representação dos estudantes do laboratório EMA junto à Escola de Doutorado.

Aos representantes discentes junto ao laboratório EMA Clarissa Figuera, Cyrille Bock, Célia Cyrille, Audrey Teko, pela abertura e apoio a todas as vezes que tive dúvidas sites sobre os modos de funcionamento das atividades em *CY Cergy Paris Université* e necessitei de dicas e auxílios.

À Ana Lúcia Abrahão e Claire de Saint Martin pelas valiosas orientações durante a realização do *Comité de Suivi de Thèse* e por acompanharem minha trajetória no período da cotutela.

Aos colegas de doutorado e de mestrado franceses Catherine Aubouin, Gilles Boutthe, Laurence Sierra, Mellina Waymel, Carole Roguigny, Marie Chapellier, Caroline Trachez, Isabelle Iatrides, Gaelle Caille, Ghislaine Malle, Domitile Arnaud e a Turma do mestrado FFAP 2020-2021, pelas valiosas indicações de enfermeiras e enfermeiros franceses dos cuidados primários, para a realização das entrevistas. O apoio foi imprescindível para o avanço da produção de dados na França.

Aos colegas do curso de extensão “A análise institucional da saúde”, promovido pelo NUPESCO/EERP, pelo rico espaço de trocas e discussões compartilhadas sobre os conceitos da Análise Institucional.

À Liliane Santos, trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelas preciosas indicações de nomes de enfermeiras para a realização das entrevistas. A ajuda foi fundamental para o avanço da produção de dados no sul do Brasil, em meio às paralisações, greves e pandemia.

À Banca de Defesa de Tese, professoras Ana Lúcia Abrahão, Liane Righi e professor Sébastien Pesce pelos valorosos apontamentos e questionamentos que serão realizados sobre a pesquisa e o percurso do doutorado.

Às enfermeiras e enfermeiros que trabalharam arduamente na concretização da atenção básica à saúde no Brasil e nos cuidados primários na França, que passaram por um período difícil durante a pandemia de Covid-19.

À Mirella Greco, *ma très chère professeure de français*, pelo apoio incansável com as aulas de francês, sua experiência com os testes de proficiência, seus esquemas e resumos me auxiliaram na aceleração e aprendizagem com a língua.

À Aliança Francesa de Ribeirão Preto e à *Plus Language School* (Santa Maria) agradeço pela iniciação na língua francesa.

À Nelma Campos Aragon e ao Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichon Rivière pelas valiosas formações em coordenação de grupos e em análise institucional. Agradeço pelos afetos e continuidade de nossos contatos e compartilhamentos de aprendizagens nesses temas.

Às professoras do período de graduação em enfermagem na UFSM, Maria de Lourdes Denardin-Budó (UFSM), Ana Lúcia Cardoso Kirchhof (UFSC), Maria Denise Schimith (UFSM) e Maria Celeste Landerdahl (UFSM) pela oportunidade de iniciação científica e na pesquisa em enfermagem, mas, especialmente, pelas palavras de incentivo ao doutorado.

À Irene Zuleica Silveira, minha querida amiga e colega de profissão, agradeço o apoio incondicional há 21 anos, as palavras de carinho e ao incentivo no doutorado.

Ao Vantoir Brancher, querido amigo e colega da área da educação, pela cumplicidade no trabalho, pelos convites recebidos para integrar os grupos GEPEIS da UFSM e o Magma, do Instituto Federal Farroupilha (IFF). Agradeço as palavras de incentivo e de apoio ao Doutorado.

Aos meus pais, Marli Helena Silva Kasper e Edir Kasper, pelo apoio incondicional aos estudos, desde muito cedo. Agradeço a referência de vida e a fortaleza que representam para mim.

Aos profissionais técnico-administrativos e das bibliotecas da EERP/USP e de CY pela competência e presteza com que atendem nossas demandas institucionais.

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

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo apoio e financiamento à pesquisa.

Caminhos

(Raul Seixas)

Você me pergunta aonde eu quero chegar
Se há tantos caminhos na vida
E pouca esperança no ar
E até a gaivota que voa
Já tem seu caminho no ar

O caminho do fogo é a água
O caminho do barco é o porto
O do sangue é o chicote
O caminho do reto é o torto
O caminho do bruxo é a nuvem
O da nuvem é o espaço
O da luz é o túnel
O caminho da fera é o laço
O caminho da mão é o punhal
O do santo é o deserto
O do carro é o sinal
O do errado é o certo
O caminho do verde é o cinzento
O do amor é o destino
O do cesto é o cento
O caminho do velho é o menino
O da água é a sede
O caminho do frio é o inverno
O do peixe é a rede
O do pio é o inferno
O caminho do risco é o sucesso
O do acaso é a sorte
O da dor é o amigo
O caminho da vida é a morte

RESUMO

KASPER, Maristel Silva. **Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França.** 2022. 343f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - Escola de Doutorado em Educação, Didática e Cognição, CY Cergy Paris Université, 2022.

Esta tese em cotutela teve como objetivo analisar as repercussões da institucionalização do *New Public Management* (NPM) e da Nova Gestão Pública (NGP) nas práticas profissionais dos enfermeiros da atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França. A NGP tem sido considerada um novo modelo de gestão na administração dos serviços de saúde nos dois países, substituindo a administração burocrática. Material e Método: Esta é uma pesquisa sob o referencial teórico e metodológico da Análise Institucional, linha Socio-clínica Institucional. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, parecer nº 3.134.647, Certificado de Apreciação de Apresentação Ética (CAAE) 03164018.8.0000.539 e pelo Comitê da Secretaria de Saúde de Porto Alegre/RS, parecer nº 3.267.686, CAAE 03164018.8.3001.5338. O campo de intervenção da pesquisa integra o Brasil e a França. No Brasil, participaram do estudo 15 enfermeiros e 1 médico de Equipes de Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Saúde da Família (NSF), em Ribeirão Preto/SP, de Unidade Básica de Saúde (UBS), de ESFs e de consultório na rua, em Porto Alegre/RS. Na França participaram 15 enfermeiros de cinco departamentos, Yvelines, Val d'Oise, Maine e Loire, Essone e Bouches-du-Rhône. Dentre os serviços de saúde investigados estavam o Centro Municipal de Saúde (*Centre Municipal de Santé*), a Casa de Saúde (*Maison de Santé*), o Polo de Saúde (*Pôle de Santé*), o Centro de Planejamento e Educação Familiar (CPEF), o Centro de Proteção Materno-Infantil (PMI), o Centro Médico-Psicológico (CMP), o Serviço de Enfermagem Domiciliar (SSIAD), o Consultório de Enfermagem privado, a Creche, o Colégio e o Liceu. As fontes e instrumentos de pesquisa utilizados foram a análise documental, o diário de pesquisa, as entrevistas individuais e a restituição. A organização e a análise dos dados foram realizadas por meio da interrogação cruzada das práticas. Os resultados foram organizados em quatro eixos temáticos interdependentes: 1) Eixo 1 – Singularidade dos cuidados de enfermagem extramuros do hospital: a tríade cuidado-gestão-clínica na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França; 2) Eixo 2 – Contradições institucionais da NGP mais fortes no público que no privado; 3) Eixo 3 – Contradição entre a valorização atual da autonomia e da reflexividade dos profissionais e um formato burocrático da NGP; 4) Eixo 4 - Resistências das enfermeiras à institucionalização da NGP. Os resultados apontaram que as interferências entre a NGP e o modelo biomédico amplificam a fragmentação dos cuidados e da gestão, com o centramento no cuidado individual e a ênfase no corpo biológico. Dentre os efeitos, a NGP transformou as práticas de enfermagem em atos técnicos, quantificáveis, com perda de autonomia, ao mesmo tempo em que pareceu dar visibilidade ao trabalho executado. Conclui-se que as transformações nas práticas profissionais dos enfermeiros, produzidas pela NGP não demonstraram desburocratizar a gestão, ao contrário, resultaram na redução do acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestados.

Palavras-chave: Enfermagem. Prática Profissional. Saúde Pública. Atenção Básica. Análise Institucional. Socio-clínica Institucional.

RÉSUMÉ

KASPER, Maristel Silva. **Répercussions de la Nouvelle Gestion publique sur les pratiques infirmières dans l'attention basique au Brésil et les soins primaires en France.** 2022. 343f. Thèse (Doctorat en cotutelle) – École Soins Infirmiers de Ribeirão Preto, Université de São Paulo – École Doctorale Éducation, Didactiques et Cognition, CY Cergy Paris Université, 2022.

Cette thèse en cotutelle vise à analyser les répercussions de l'institutionnalisation du Nouveau Management Public (NMP) et de la Nouvelle Gestion Publique (NGP) dans les pratiques professionnelles des infirmières de l'attention basique au Brésil et en soins primaires en France. Le NPM a été considérée comme un nouveau modèle de gestion dans l'administration des services de santé dans les deux pays, remplaçant l'administration bureaucratique. Matériel et Méthode: Il s'agit d'une recherche avec le référentiel théorique et méthodologique de l'Analyse Institutionnelle, ligne Socio-clinique Institutionnelle. La recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'École d'Infirmières de Ribeirão Preto de l'Université de São Paulo, avis n° 3.134.647, Certificat d'Appréciation de la Présentation Éthique (CAAE) 03164018.8.0000.539 et par le comité du secrétaire de la santé de Porto Alegre/RS, avis numéro 3.267.686, CAAE 03164018.8.3001.5338. Le champ d'intervention de la recherche intègre le Brésil et la France. Au Brésil, 15 infirmières et un médecin ont participé de l'étude des équipes de Santé Familiale (ESF), les Nucleos de Santé Familiale, à Ribeirão Preto/SP, l'Unité Basique de Santé (UBS), ESF et le « consultório na rua » à Porto Alegre/RS. En France, 15 infirmières ont participé de cinq départements, le Yvelines, le Val d'Oise, le Maine et Loire, l'Essonne et les Bouches-du-Rhône. Parmi les services de santé enquêtés figurent un Centre Municipal de Santé (CMS), une Maison de Santé (MS), un Pôle de Santé (PS), un Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), un Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), un Centre Médico-Psychologique (CMP), un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), deux Cabinets de Soins Infirmiers, une Crèche, une Collège et une Lycée. Les sources et instruments de recherche utilisés dans les deux pays ont été l'analyse de documents, le journal de recherche, les entretiens individuels et la restitution. L'organisation et l'analyse des données ont été réalisées par l'analyse croisée des pratiques. Les résultats ont été organisés en quatre axes thématiques interdépendants: 1) Axe 1 - Singularité des soins infirmiers "hors les murs" de l'hôpital : la triade soins-gestion-clinique dans l'attention basique au Brésil et les soins primaires en France 2) Axe 2 - Contradictions institutionnelles de la NGP plus fortes dans le public que dans le privé; 3) Axe 3 - Contradiction entre la valorisation actuelle de l'autonomie et de la réflexivité des professionnelles et le cadre bureaucratique de la NGP; 4) Axe 4 - Résistances des infirmières à l'institutionnalisation de la NGP. Les résultats ont mis en évidence que les interférences entre la NGP et le modèle biomédical renforcent ce dernier en amplifiant la fragmentation des soins et de la gestion, avec une focalisation sur les soins individuels et un accent mis sur le corps biologique. Parmi les effets, la NGP a transformé les pratiques infirmières en actes techniques, quantifiables, avec perte d'autonomie, alors qu'il semblait donner une visibilité au travail effectué. Nous concluons que les transformations des pratiques professionnelles infirmières produites par la NGP n'ont pas démontré qu'elles débureaucratisaient la gestion, au contraire, elles ont entraîné une réduction de l'accès et de la qualité des services en santé fournis.

Mots-clés : Sciences Infirmières. Pratique Professionnelle. Analyse Institutionnelle. Santé Publique. Soins Primaires. Analyse Institutionnelle. Socio-Clinique Institutionnelle.

ABSTRACT

KASPER, Maristel Silva. **Repercussions of the New Public Management on the practices of nurses in primary health care in Brazil and in primary care in France.** 2022. 343f. Thesis (Doctorate in cotutelle) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo - Doctoral School of Education, Didactics and Cognition, CY Cergy Paris University, 2022.

This cotutelle thesis aims to analyze the repercussions of the institutionalization of the New Public Management (NPM) and the "Nouvelle Gestion Publique" (NGP) in the professional practices of primary care nurses in Brazil and France. The NPM was considered a new management model in the administration of health services in the two countries, replacing the bureaucratic administration. Material and Method: This is a research with the theoretical-methodological framework of the Institutional Analysis, Institutional Socioclinic line. The research was approved by the Ethics Committee of the Ribeirão Preto School of Nursing of the University of São Paulo, report number 3.134.647, Certificate of Presentation for Ethical Consideration 03164018.8.0000.539 and by the Porto Alegre/RS Secretary of Health Committee, report number 3.267.686, Certificate of Presentation for Ethical Consideration 03164018.8.3001.5338. The scope of the research includes Brazil and France. In Brazil, 15 nurses and one doctor participated in the study of the Family Health Teams (ESF), Family Health Nucleos (NSF) of Ribeirão Preto/SP, Basic Health Unit (UBS), ESF and "consultório na rua" of Porto Alegre/RS. In France, 15 nurses from five departments, Yvelines, Val d'Oise, Maine and Loire, Essone and Bouches-du-Rhône participated. The health services surveyed included a the Municipal Health Center (CMS), a Maison de Santé, a Pôle de Santé, a Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), a Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), a Centre Médico-Psychologique (CMP), a Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), a Cabinet de Soins Infirmiers (PS), a Crèche, a Collège and a Lycée. The research sources and instruments used in both countries were, document analysis, research diary, individual interviews and feedback. The organization and analysis of the data were performed by cross-questioning the practices. The results were organized into four interdependent thematic areas: 1) Axis 1 - Singularity of nursing care "outside the hospital walls": the triad of care-management-clinic in basic care in Brazil and primary care in France; 2) Axis 2 - Institutional contradictions of NGP stronger in the public than in the private sector; 3) Axis 3 - Contradiction between the current valorisation of autonomy and reflexivity of professionals and the bureaucratic framework of NGP; 4) Axis 4 - Nurses' resistance to the institutionalization of NGP. The results showed that the interference between NGP and the biomedical model reinforces the latter by amplifying the fragmentation of care and management, with a focus on individual care and an emphasis on the biological body. Among the effects, NGP has transformed nursing practices into technical, quantifiable acts with a loss of autonomy, whereas it seemed to be able to give visibility to the work done. We conclude that the transformations in professional nursing practices produced by NPM have not shown to debureaucratise management, on the contrary, they have led to a reduction in access to care and in the quality of services provided.

Keywords: Nursing Sciences. Professional Practice. Public Health. Primary Health Care. Institutional Analysis. Institutional Socio-Clinical.

RESUMEN

KASPER, Maristel Silva. **Repercusiones de la Nueva Gestión Pública en las prácticas de las enfermeras de atención básica en Brasil y en la atención primaria en Francia.** 2022. 343f. Tesis (Doctorado en cotutela) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo - Escuela de Doctorado en Educación, Didáctica y Cognición, CY Cergy París Universidad, 2022.

Esta tesis en cotutela pretende analizar el impacto de la institucionalización del “New Public Management (NPM) Nueva Gestión Pública (NGP) en las prácticas profesionales de las enfermeras de atención básica en Brasil y los cuidados primarios en Francia. La Nueva Gestión Pública (NGP) ha sido considerada como un nuevo modelo de gestión en la administración de los servicios públicos de salud en Brasil y Francia, en sustitución de la administración burocrática. Material y Método: Se trata de una investigación con el referente teórico y metodológico del Análisis Institucional, línea Socio-clínica Institucional. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, número 3.134.647, Certificado de Apreciación de la Presentación Ética (CAAE) 03164018.8.0000.539 y por el Comité de la Secretaría de Salud de Porto Alegre/RS, número 3.267.686, CAAE 03164018.8.3001.5338. El campo de intervención de la investigación integró a Brasil y Francia. En Brasil, participaron en el estudio 15 enfermeras y 1 médico que trabajan en los Equipos de Salud de la Familia (ESF), en los Núcleos de Salud de la Familia (NSF) de Ribeirão Preto/SP, en la Unidad Básica de Salud (UBS), en la ESF y en le consultório na rua de Porto Alegre/RS. En Francia, participaron 15 enfermeras de cinco departamentos, Yvelines, Val d'Oise, Maine y Loire, Essone y Bouches-du-Rhône. Entre los servicios sanitarios investigados estaban el Centro Municipal de Salud (Centre Municipal de Santé), la Casa de Salud (Maison de Santé), el Polo de Salud (Pôle de Santé), el Centro de Planificación y Educación Familiar (CPEF), el Centro de Protección Materno-Infantil (PMI), el Centro Médico-Psicológico (CMP), el Servicio de Enfermería a Domicilio (SSIAD), le consultório de enfermería privada, la guardería, la escuela y el Liceo. Las fuentes e instrumentos de investigación utilizados fueron el análisis de documentos, el diario de investigación, las entrevistas individuales y la restitución. La organización y el análisis de los datos se llevaron a cabo mediante un análisis cruzado. Los resultados se organizaron en cuatro ejes temáticos interdependientes: 1) Eje 1 - Singularidad de los cuidados de enfermería "fuera de los muros del hospital": la tríada cuidados-gestión-clínica en la atención básica en Brasil y en la atención primaria en Francia; 2) Eje 2 - Contradicciones institucionales de la NGP más fuertes en el sector público que en el privado; 3) Eje 3 - Contradicción entre la actual valorización de la autonomía y reflexividad de los profesionales y el marco burocrático de la NGP; 4) Eje 4 - Resistencia de las enfermeras a la institucionalización de la NGP. Los resultados mostraron que la interferencia entre la NGP y el modelo biomédico refuerza este último al ampliar la fragmentación de los cuidados y la gestión, con un enfoque en los cuidados individuales y un énfasis en el cuerpo biológico. Entre los efectos, la NGP ha transformado las prácticas de enfermería en actos técnicos y cuantificables con pérdida de autonomía, mientras que parecía poder dar visibilidad al trabajo realizado. Concluimos que las transformaciones en las prácticas profesionales de enfermería producidas por la NGP no han demostrado desburocratizar la gestión, al contrario, han provocado una reducción en el acceso a los cuidados y en la calidad de los servicios prestados.

Palabras-clave: *Enfermería. Práctica Profesional. Salud Pública. Atención primaria. Análisis Institucional. Socio-Clínica Institucional.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo - Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.....	110
Figura 2 - Notícia de jornal sobre os cuidados primários, publicada em 1984.....	135
Figura 3 - Trabalho de campo da pesquisa - campos de intervenção, 2021.....	157
Figura 4 - Mapa do Brasil, Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, 2020.....	159
Figura 5 - Mapa da França, Departamentos de Bouches-du-Rhône, Maine e Loire, Yvelines, Essone e Val d'Oise, 2021.....	161
Figura 6 - Cartografia das redes de atenção à saúde dos dois países, demonstrando a influência e a distância da lógica hospitalar dos estabelecimentos de cuidados primários e APS, 2021.....	220
Figura 7 - Formulário de autorização médica para práticas de enfermagem em situação de urgência, 2021.....	229
Figura 8 - Publicação da OMS <i>Motivation and health service performance</i> , 1988.....	242
Figura 9 - Publicação da OMS <i>Indicateurs des besoins em personnel par rapport à la charge de travail</i> , 2021.....	244
Figura 10 - Programa de Metas 2017-2020.....	248
Figura 11 - Programa de Metas 2021-2024, Porto Alegre, Brasil, 2021.....	248
Figura 12 - Meta 5 não atingida em 2019.....	249
Figura 13 - Comunicação interna da Divisão de Enfermagem, Ribeirão Preto, Brasil, 2018.....	271
Figura 14 - Comunicação interna da Divisão de Enfermagem, Ribeirão Preto, Brasil, 2018.....	272
Figura 15 - O tempo de acordo com o tipo de cuidado nos NSF's, Ribeirão Preto, Brasil, 2018.....	273
Figura 16 - O tempo de acordo com o tipo de cuidado na atenção básica, 2017.....	274
Figura 17 - Carteira de Serviços da APS de Porto Alegre, 2019.....	288

LISTA DE FOTOS

Foto 1 - Manifestações de trabalhadores de saúde em processo de demissão do IMESF que atuavam em unidades de saúde, Porto Alegre, 2019.....	121
Foto 2 - Manifestações de trabalhadores de saúde em processo de demissão do IMESF que atuavam em unidades de saúde, Porto Alegre, 2019.....	121
Foto 3 - Manifestações na França pelos cortes de recursos aos hospitais públicos, 2019.	121
Foto 4 - Manifestações na França pelos cortes de recursos aos hospitais públicos, 2019.	121
Foto 5 - Manifestações com o <i>slogan</i> “O hospital não é uma empresa, o paciente não é uma mercadoria, 2019.....	122
Foto 6 - Manifestação na praça dos Três Poderes, Brasília, 1º de maio de 2020.....	122
Foto 7 - <i>Centre Municipal de Santé</i> , França, 2021.....	210
Foto 8 - <i>Maison de Santé</i> , França, 2021.....	212
Foto 9 - Área interna <i>Maison de Santé</i> , França, 2021.....	213
Foto 10 - Agenda dos enfermeiros e auxiliares de cuidado por turno de trabalho, SSIAD, França, 2019.....	278
Foto 11 - Distribuição das atividades no tempo, SSIAD, França, 2019.....	279
Foto 12 - Horários de funcionamento do setor de enfermagem, colégio, França, 2019....	280

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Probabilidade média de mudar de modo de exercício entre dois anos consecutivos segundo idade e modo de exercício, 2020.....	144
Tabela 2 - Esperança de vida, 2020.....	162
Tabela 3 - Taxa de mortalidade e mortes em domicílio nos departamentos que integraram a pesquisa, 2020.....	163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características gerais dos estudos publicados entre 2013 e 2021 sobre a Nova Gestão Pública nas práticas profissionais do enfermeiro, Ribeirão Preto, Brasil, 2021.....	111
Quadro 2 - As profissões paramédicas, 2020.....	141
Quadro 3 - Situação demográfica da profissão enfermagem, 2020.....	142
Quadro 4 - Profissão enfermagem por setores de atividades, 2020.....	142
Quadro 5 - Modo de exercício da profissão enfermagem, 2020.....	144
Quadro 6 – Ordem de produção das entrevistas, realizando um cruzamento de dados entre os dois países, 2019-2021.....	178
Quadro 7 - Caracterização dos participantes da pesquisa, no Brasil, 2021.....	180
Quadro 8 - Caracterização dos participantes da pesquisa, na França, 2021.....	181
Quadro 9 - Documentos analisados na pesquisa, 2021.....	185
Quadro 10 - Caracterização do tipo de gestão nos serviços de saúde estudados, 2021.....	235

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Análise institucional
AIPP	<i>Analyse Institutionnelle des Pratiques Professionnelles</i>
ANAPH	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANFIPA	<i>Association Nationale des Infirmières de Pratique Avancée</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Agências Regionais de Saúde
ASALÉE	<i>Action de Santé Libéral en Équipe</i>
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BDSP	<i>Banque de Données en Santé Publique</i>
BPCO	<i>Broncho-pneumonie Chronique obstructive</i>
BRA	Brasil
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAIRN	<i>Bibliothèques numériques françaises et canadiennes</i>
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CBEXs	Colégio Brasileiros de Executivos da Saúde
CF	Constituição Federal
CIEPs	Centros Integrados de Educação Pública
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CMP	<i>Centre Médico-Psychologique</i>
CMS	<i>Centre Municipal de Santé</i>
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPEF	<i>Centre de Planification et d'Éducation Familiale</i>
CPTS	Comunidades Profissionais Territoriais de Saúde
CRInt	Comissão de Relações Internacionais
CSP	Código da Saúde Pública
CSP*	<i>Centre de soins primaires</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPSF	Departamento do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre
DRS III	Departamento Regional de Saúde III
ED EDC	<i>École de Doctorat Éducation, Didactiques et Cognition de CY Cergy Paris Université</i>
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EMA	<i>École, Mutations et Apprentissages</i>
EMA/CY	<i>École, Mutations et Apprentissagesde CY Cergy Paris Université</i>
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
FAAP	Fundação Armando Alvares Penteado
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAMURGS	Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FAURGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FFMSP	Federação Francesa das <i>Maisons de Santé</i> Pluriprofissionais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FRA	França
FUC	Fundação Universitária de Cardiologia
GEASE	<i>Groupe de Entraînement et d'Analyse des Situations Éducatives</i>
GEPAI	Grupo de Estudos em Análise Institucional
GEPEIS	Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Imaginário Social
HAL	<i>Archive Ouverte Pluridisciplinaire</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HPST	<i>Hôpital, Patients, Santé, Territoires</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOS	Instituto Coalisão Saúde
IDQ	Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade dos Serviços
IFSI	Institutos de Formação em Cuidados de Enfermagem
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPA	<i>Infirmière de Pratique Avancée</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEF	<i>Métier de l'enseignement, de l'éducation et de la formation</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analyses and Retrieval System online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MSP	<i>Maisons de Santé Pluri Professionnelles</i>
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
NMP	<i>Nouveau Management Public</i>
NPM	<i>New Public Management</i>
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NUPESCO	O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva
OCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPH	<i>Ophthalmologie</i>
OS	Organizações Sociais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OSS	Organização Social e Solidária
PA	Pronto Atendimento
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAM	<i>Poste de Soins Médicaux</i>
PCC	População, Conceito e Contexto
PCR	Proteína C reativa
PIB	Produto Interno Bruto

PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMG	Programa de Melhoria de Gestão
PMI	<i>Centre de Protection Maternelle et Infantile</i>
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPSUS	Programa de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QPV	<i>Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REDEF	<i>Recherches en Éducation, Didactique et Formation</i>
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	Saúde Coletiva
SP	São Paulo
SSIAD	<i>Services de Soins Infirmiers à Domicile</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TDR	<i>Test de diagnostic rapide</i>
TT3	Treinamento Técnico 3
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF Unidades de Saúde da Família
USP Universidade de São Paulo

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro temático das entrevistas individuais com enfermeiras da atenção básica no brasil.....	336
APÊNDICE B - <i>Plan des entretiens individuels avec les infirmières des soins primaires en France</i>	337
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	338
APÊNDICE D - <i>Formulaire de Information et Consentement</i>	341

SOMMAIRE

RÉSUMÉ DÉVELOPPÉ EN FRANÇAIS CONFORMÉMENT À L'ACCORD DE COTUTELLE.....	36
1. PARTIE 1 - CONTEXTUALISATION INITIALE DE LA NGP ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES DANS L'ATTENTION BASIQUE ET EN SOINS PRIMAIRES.....	102
1.1 INTRODUCTION ET ARGUMENT.....	103
1.1.1 Problème et état de l'art.....	107
1.2 OBJECTIFS.....	117
1.2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL.....	117
1.2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	117
2. CHAMP DE L'ANALYSE : LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC (NMP), LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE (NGP) ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES DANS L'ATTENTION BASIQUE ET EN SOINS PRIMAIRES.....	118
2.1 LE PROCESSUS DE L'INSTITUTIONNALISATION DE LA NGP DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES.....	118
2.2 SYSTÈME DE SANTÉ AU BRÉSIL.....	123
2.2.1 La Santé Collective.....	124
2.2.2 La place de l'attention basique dans les réseaux de santé.....	125
2.2.3 Le Stratégie Santé de la Famille (ESF) comme modèle prioritaire dans l'attention basique.....	127
2.2.4 Les réformes de l'attention basique.....	128
2.2.5 Les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique.....	129
2.3 SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE.....	131
2.3.1 La santé publique.....	132
2.3.2 La place des soins primaires dans les réseaux de santé.....	133
2.3.3 Le Maison de santé comme stratégie plus visible dans les soins primaires	138
2.3.4 Les réformes des soins primaires.....	140

2.3.5	Les pratiques professionnelles infirmières en soins primaires.....	141
2.4	CONSIDÉRATIONS SUR LA PREMIÈRE PARTIE.....	146
3	PARTIE 2 - LA CONSTRUCTION DU CHEMIN DE LA RECHERCHE.....	147
3.1	CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	148
3.1.1	L'Analyse Institutionnelle et la Socio-clinique Institutionnelle.....	148
3.1.2	Le praticien-chercheur.....	155
3.1.3	Champs d'intervention de la recherche.....	156
3.1.4	Brasil.....	159
3.1.5	Ribeirão Preto.....	159
3.1.6	Porto Alegre.....	160
3.1.7	France.....	160
3.1.8	Bouches-du Rhône : Marseille.....	164
3.1.9	Maine-et-Loire : Angers.....	164
3.1.10	Yvelines : Sartrouville.....	164
3.1.11	Essonne : Wissous.....	164
3.1.12	Val-d'Oise : Survilliers, Arnouville, Cormeilles-en-Parisis, Gennevilliers	165
3.2	LE DISPOSITIF SOCIO-CLINIQUE INSTITUTIONNEL.....	165
3.2.1	Le journal de recherche.....	166
3.2.2	L'analyse des documents.....	168
3.2.3	Les entretiens individuels semi-directifs.....	168
3.2.4	Les restitutions.....	170
3.2.5	Le questionnement croisé des pratiques.....	171
3.2.6	Considérations éthiques.....	172
3.3	CONSIDÉRATIONS SUR LA DEUXIÈME PARTIE.....	174
4	PARTIE 3 - LE PROCESSUS DE L'INSTITUTIONNALISATION DE LA NGP DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES DANS L'ATTENTION BASIQUE ET DANS LES SOINS PRIMAIRES.....	176
4.1	RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	177
4.1.1	CARACTÉRISATION DES PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE.....	178

4.1.2	AXE 1 – SINGULARITÉ DES SOINS INFIRMIERS « HORS LES MUR » DE L'HÔPITAL : la triade soins-gestion-clinique dans l'attention basique au Brésil et dans les soins primaires en France.....	186
4.1.2.1	L'ÉVOLUTION DES SOINS DANS L'ATTENTION BASIQUE AU BRÉSIL ET DANS LES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE.....	186
4.1.2.2	L'IMPORTANCE DE LA DIMENSION HISTORIQUE POUR MIEUX COMPRENDRE LA PROFESSION ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES EN ATTENTION BASIQUE AU BRÉSIL ET DANS LES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE.....	221
4.1.2.3	L'ANALYSEUR HISTORIQUE PANDÉMIE DE COVID-19.....	231
4.1.3	AXE 2 – CONTRADICTIONS INSTITUTIONNELLES DE LA NGP PLUS FORTES DANS LE PUBLIC QUE DANS LE PRIVÉ.....	235
4.1.3.1	RELATIVISATION DES LIMITES PUBLIC-PRIVÉ.....	235
4.1.3.2	LE NMP, QUI INSPIRE LA NGP, A ÉTÉ PENSÉ POUR TRANSFORMER LES ORGANISATIONS PUBLIQUES.....	242
4.1.3.3	DANS LE PUBLIC IL MANQUE DES RESSOURCES, IL MANQUE DE L'ARGENT, IL Y A UNE SURCHARGE DE TRAVAIL.....	256
4.1.4	AXE 3 – CONTRADICTION ENTRE LA VALORISATION ACTUELLE DE L'AUTONOMIE ET DE LA RÉFLEXIVITÉ DES PROFESSIONNELLES ET L'ENCADREMENT BUREAUCRATIQUE DE LA NGP.....	262
4.1.4.1	LE FORMAT BUREAUCRATIQUE DE LA NGP.....	262
4.1.4.2	RETOUR À L'ORGANISATION SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL (TAYLORISME).....	266
4.1.4.3	LE TEMPS DE LA DURÉE DES ACTIVITÉS ET LES ACTES SONT QUANTIFIÉS.....	269
4.1.5	AXE 4 – RÉSISTANCES DES INFIRMIÈRES À L'INSTITUTIONNALISATION DE LA NGP.....	289
4.1.5.1	LES OUTILS QUI PERMETTENT DE TRICHER AVEC LA COMMANDE.....	289

4.2	CONSIDÉRATIONS SUR LA TROISIÈME PARTIE.....	298
	CONSIDÉRATIONS FINALES.....	300
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	306
	APPENDICES	
	APPENDICE A – Roteiro temático das entrevistas individuais com enfermeiras da atenção básica no Brasil.....	336
	APPENDICE B – Plan des entretiens individuels avec les infirmières des soins primaires en France.....	337
	APPENDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	338
	APPENDICE D – Formulaire d’Information et de Consentement.....	341

SUMÁRIO

RESUMO EXPANDIDO EM FRANCÊS CONFORME O CONVÊNIO DE COTUTELA.....	36
1. PARTE 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO INICIAL DA NGP E DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS.....	102
1.1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	103
1.1.1 Problema e estado da arte.....	107
1.2 OBJETIVOS.....	117
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	117
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	117
2. CAMPO DE ANÁLISE: O <i>NEW PUBLIC MANAGEMENT</i> (NPM), A NOVA GESTÃO PÚBLICA (NGP) E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS.....	118
2.1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA NGP NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS.....	118
2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	123
2.2.1 A Saúde Coletiva.....	124
2.2.2 O lugar da atenção básica nas redes de saúde.....	125
2.2.3 A Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário na atenção básica.....	127
2.2.4 As reformas da atenção básica.....	128
2.2.5 As práticas profissionais de enfermagem na atenção básica.....	129
2.3 SISTEMA DE SAÚDE NA FRANÇA.....	131
2.3.1 A saúde pública.....	132
2.3.2 O lugar dos cuidados primários nas redes de saúde.....	133
2.3.3 A <i>Maison de santé</i> como modelo mais visível nos cuidados primários.....	138
2.3.4 As reformas nos cuidados primários.....	140
2.3.5 As práticas profissionais de enfermagem nos cuidados primários.....	141
2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIMEIRA PARTE.....	146
3 PARTE 2 - A CONSTRUÇÃO DO CAMINHO DA PESQUISA.....	147

3.1	QUADRO TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	148
3.1.1	Análise Institucional e a Socio-clínica institucional.....	148
3.1.2	O pesquisador-prático.....	155
3.1.3	Campos de intervenção da pesquisa.....	156
3.1.4	Brasil.....	159
3.1.5	Ribeirão Preto.....	159
3.1.6	Porto Alegre.....	160
3.1.7	França.....	160
3.1.8	Bouches-du Rhône : Marseille.....	164
3.1.9	Maine-et-Loire : Angers.....	164
3.1.10	Yvelines : Sartrouville.....	164
3.1.11	Essonne : Wissous.....	164
3.1.12	Val-d'Oise : Survilliers, Arnouville, Cormeilles-en-Parisis, Gennevilliers	165
3.2	O DISPOSITIVO SOCIO-CLÍNICO INSTITUCIONAL.....	165
3.2.1	O diário de pesquisa.....	166
3.2.2	A análise documental.....	168
3.2.3	As entrevistas individuais semi-estruturadas.....	168
3.2.4	As restituições.....	170
3.2.5	O questionamento cruzado de práticas.....	171
3.2.6	Considerações éticas.....	172
3.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGUNDA PARTE.....	174
4	PARTE 3 – O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA NGP NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS.....	176
4.1	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	177
4.1.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	178
4.1.2	EIXO 1 – SINGULARIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EXTRAMUROS DO HOSPITAL: a tríade cuidado-gestão-clínica na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários em saúde na França...	186
4.1.2.1	A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS NA FRANÇA.....	186
4.1.2.2	A IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO HISTÓRICA PARA A COMPREENSÃO DA PROFISSÃO E DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS	221

DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA, NO BRASIL E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS, NA FRANÇA.....	
4.1.2.3 O ANALISADOR HISTÓRICO PANDEMIA DE COVID-19.....	231
4.1.3 EIXO 2 – CONTRADIÇÕES INSTITUCIONAIS DA NGP MAIS FORTES NO PÚBLICO QUE NO PRIVADO.....	235
4.1.3.1 RELATIVIZAÇÃO DOS LIMITES PÚBLICO-PRIVADO.....	235
4.1.3.2 O NPM, QUE INSPIROU A NGP, FOI PENSADO PARA TRANSFORMAR AS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS.....	242
4.1.3.3 NO PÚBLICO FALTAM RECURSOS, FALTA DINHEIRO, HÁ UMA SOBRECARGA DE TRABALHO.....	256
4.1.4 EIXO 3 – CONTRADIÇÃO ENTRE A VALORIZAÇÃO ATUAL DA AUTONOMIA E DA REFLEXIVIDADE DOS PROFISSIONAIS E O FORMATO BUROCRÁTICO DA NGP.....	262
4.1.4.1 O FORMATO BUROCRÁTICO DA NGP.....	262
4.1.4.2 RETORNO À ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO (TAYLORISMO).....	266
4.1.4.3 O TEMPO DE DURAÇÃO DAS ATIVIDADES E DOS ATOS SÃO QUANTIFICADOS.....	269
4.1.5 EIXO 4 - RESISTÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA NGP.....	289
4.1.5.1 FERRAMENTAS QUE PERMITEM TRANSFORMAR A ENCOMENDA..	289
4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERCEIRA PARTE.....	298
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	300
REFERÊNCIAS.....	306
APÊNDICE A – Roteiro temático das entrevistas individuais com enfermeiras da atenção básica no Brasil.....	336
APÊNDICE B – <i>Plan des entretiens individuels avec les infirmières des soins primaires en France.....</i>	337
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	338
APÊNDICE D – <i>Formulaire d’Information et de Consentement.....</i>	341

RESUMO EXPANDIDO EM FRANCÊS CONFORME O CONVÊNIO DE COTUTELA

Résumé long en français conformément à la convention de cotutelle

Répercussions de la Nouvelle Gestion publique sur les pratiques infirmières dans l'attention basique au Brésil et les soins primaires en France

Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França

Avertissement

Cette thèse en cotutelle a été réalisée à partir d'une convention individuelle établie dans le cadre d'un accord de collaboration internationale, signé en 2012, entre le Programme de Post Graduation en Soins Infirmiers en Santé Publique, de l'École de Soins Infirmiers de Ribeirão Preto de l'Université de São Paulo (EERP/USP) et l'École doctorale Éducation, Didactiques et Cognition de CY Cergy Paris Université (ED EDC).

La recherche doctorales est liée à l'axe Recherche Pratiques, Savoirs et Politiques de Santé, du Programme de Post Graduation en Sciences Infirmières en Santé Publique, développé par les enseignants du Noyau de Recherche et d'Études en Santé Collective (NUPESCO), créé par Maria Cecília Puntel de Almeida, et au travaux portant sur l'évolution des pratiques professionnelles et des transformations institutionnelles, menés en référence à l'Analyse institutionnelle et à la Socio-clinique institutionnelle, du Laboratoire École, Mutations et Apprentissages (EMA) de CY Cergy Paris Université (EMA/CY).

Mes travaux s'inscrivent dans un travail interdisciplinaire entre les domaines de la santé et de l'éducation, analysant l'évolution des pratiques professionnelles infirmières dans l'Attention basique au Brésil et en Soins primaires en France, en fonction des transformations introduites par la Nouvelle Gestion Publique (NGP) inspirée du Nouveau Management Public (NPM). La recherche a été soutenue par le cadre théorique et méthodologique de l'analyse institutionnelle (Lourau, 2014 [1970]) selon la démarche Socio-clinique institutionnelle (Monceau, 2009; Monceau 2019).

Cette thèse est une recherche internationale qui part d'un objet commun, transversal aux deux pays, qui est l'institutionnalisation de la NGP comme réalité globale et analyse les

effets de sa mise en œuvre sur les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique, au Brésil et en soins primaires, en France.

Dans le domaine de l'éducation, particulièrement dans les domaines de l'éducation infantile (Valentim, 2016) et l'éducation scolaire (Carpanetti, 2018) des travaux ont déjà été menés sur l'institutionnalisation de la NGP et ses effets sur des pratiques professionnelles avec le même référentiel théorique-méthodologique. Dans la santé, on peut également citer la recherche doctorale de Gatto Júnior (2018) sur les effets de la NGP dans la formation en soins infirmiers.

Il s'agit d'une approche par interrogation croisée qui montre la manière dont les pratiques professionnelles sont traversées par les politiques et les logiques de gestion. Le plus souvent, les recherches sur les politiques publiques ne prennent pas en compte l'analyse fine des pratiques professionnelles et la manière dont ces pratiques contribuent ou non à la mise en œuvre de ces politiques et de leurs modes de gestion.

Le format de présentation de la thèse est le produit de la conciliation entre les recommandations brésiliennes et françaises pour les travaux universitaires. Ce résumé long en français, prévu par la convention, fait une place importante aux résultats de la recherche mais informe aussi sur les autres aspects de la recherche.

Contextualisation initiale du NMP et de la NGP et des pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique et en soins primaires

Le Nouveau Management Public (NMP) a été considéré comme un nouveau modèle de gestion de l'administration des services de santé publique au Brésil et en France, en remplacement de l'administration bureaucratique qui a fait l'objet de nombreuses critiques depuis les années 1960 (Crozier, 1981, [1964]). Les littératures brésilienne et française dans le domaine de l'économie et de l'administration mentionnent le NMP comme une nouvelle pensée liée à la gestion, introduite en France et au Brésil à la fin du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle. En France et au Brésil, on parle aujourd'hui de Nouvelle Gestion Publique (NGP) pour désigner le nouveau mode de gestion publique systématisé depuis le début des années 2000 (Bresser-Pereira, 2018; Pesqueux, 2020).

Le modèle intègre de nouveaux concepts pour la gestion publique, tels que la flexibilisation, la responsabilité, la réforme, la modernisation, l'équilibre budgétaire, la gestion stratégique, l'amélioration de la qualité, l'efficacité, l'amélioration de l'efficacité, la définition des objectifs stratégiques, la définition des indicateurs et des cibles, la contractualisation des

résultats, l'évaluation de la performance institutionnelle et de la productivité des équipes, la rationalisation des dépenses, entre autres (Paula, 2014, Dasso Júnior, 2016, Bresser-Pereira, 2017).

Pour certains auteurs, le NMP doit être considéré comme la théorie de l'administration publique de l'État néolibéral. Il s'agit d'un modèle qui transfère à la gestion publique les théories de l'administration et de la gestion privée : a) La référence doit être la "logique privée"; b) Le marché est le régulateur des politiques publiques; c) Les services publics devraient donc abandonner les fonctionnements bureaucratiques pour adopter la modalité de la concurrence commerciale; d) Le citoyen devient un client; e) La gestion doit être libérée de la politique (Paula, 2014 ; Dasso Júnior, 2016).

Certains auteurs considèrent le NMP comme une proposition qui peut rendre efficaces les services sociaux fournis par l'État. Il légitime politiquement l'État social sans l'affaiblir, même s'il a pour origine un contexte néolibéral (Bresser-Pereira, 2017).

Le NMP a vu le jour en 1975, en Angleterre et dans des pays d'influence britannique, tels que l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Il propose une alternative à l'administration publique bureaucratique afin d'améliorer la qualité des services et réduire les coûts. L'expression « Nouvelle Gestion Publique » (NGP) a été mentionnée pour la première fois dans *La nouvelle gestion publique*, de Michel Messenet et Octave Gélienier (1975). Mais le terme a pris un sens plus large avec Christopher Hood (1991), dans l'ouvrage : *Une gestion publique pour toutes les saisons?* (Dasso Júnior, 2016). En anglais, l'expression « Nouveau Management Public » (NMP) est utilisée, mais dans des langues qui dérivent du latin (espagnol, portugais et français) on observe différentes variantes: *gerencialismo*, *novo gerencialismo*, *nova gerência pública*, *gerência baseada no desempenho*, *reforma gerencial*, *atenção gerenciada*, *administration flexible*, *administração gerencial*, *administration publique*, *nouvelle administration publique*, entre autres.

En contrepoint critique à cette logique, des spécialistes brésiliens ont analysé les contextes et les pratiques de santé en mettant les familles et la valorisation du travailleur au centre de leurs travaux. Ils ont ainsi développé des outils, des méthodes de planification et d'organisation du travail, des processus de gestion basés sur les principes et les directives du Système Unique de Santé (SUS). Certains ont souligné la précarité, l'aliénation, la capture de la subjectivité¹ des travailleurs et du travail vivant, la maîtrise du processus de travail par des

¹ Franco & Merhy (2013) affirment qu'il y a production de subjectivité dans le travail, en particulier dans le travail en santé. Le processus de production de la santé est un processus contradictoire, le travail vivant (qui évolue, se transforme, invente...) peut être capturé par la logique instrumentale du travail mort (qui ne fait que

technologies dures², l'hyperspécialisation, comme effets parmi d'autres de la Nouvelle Gestion Publique, ceci depuis la fin du XX^e siècle (Merhy, 2003).

Dans la recherche brésilienne en soins infirmiers, la construction d'un corpus de connaissances spécifiques s'est articulée autour des « modèles de soins de santé, des luttes internes des agents pour une participation partagée au processus de travail, du cadre économique, social et politique et de la possibilité d'étendre la couverture des soins de santé », depuis les années 1970 (Almeida; Rocha, 1989, p. 116). Le concept de soins infirmiers en tant que science et art de soigner se matérialise dans une pratique professionnelle dynamique et sensible aux transformations.

La production de soins infirmiers en santé collective est une pratique sociale configurée par la relation entre travailleurs et usagers, familles ou communautés et influencée par un contexte sociopolitique plus large (Almeida et al., 1991). Cette conception, venant du courant de la Santé Collective, élargit la manière de penser les soins infirmiers en santé publique à partir des années 1990.

Pour Fortuna et al (2019), les soins infirmiers en Santé Collective ne sont pas synonymes de santé publique. Leurs pratiques sont interdisciplinaires, intégrant les dimensions politiques et sociales à la dimension biologique. Les pratiques infirmières en Santé Collective sont prises comme des actions politiques, elles sont porteuses d'intentionnalités et de projets (Fortuna et al., 2019).

Dans ma conception et sous le regard de l'analyse institutionnelle, les soins infirmiers en Santé Collective sont une pratique sociale produite par la rencontre de différentes dynamiques institutionnelles. Ces pratiques sont traversées par plusieurs institutions, comme le travail, la santé, la gestion, l'économie, d'entre autres. Selon L'Abbate (2003) la Santé Collective peut elle-même être analysée comme une institution.

La première conférence sur les soins primaires, qui s'est tenue à Alma Ata (1978), a constitué une étape importante dans l'histoire des soins primaires dans le monde. Cependant, les sens attribués aux soins primaires, leur place dans le système de santé, la forme de l'organisation des services de santé, l'offre des actions de soins en santé, le financement sont développés selon les particularités de chaque pays. Les pratiques professionnelles infirmières prennent également des formes différentes selon l'organisation des services de soins primaires.

reproduire). Le travail mort est constitué par le travail vivant antérieur, matérialisé en objets concrets, comme des outils et des machines. Le terme « capture » vient de la schyzoanalyse.

² Les « technologies dures » sont du type qui valorisent l'utilisation des d'équipements technologiques tels que des machines, des normes et des structures organisationnelles (Merhy, 2003).

Au Brésil, les soins primaires évoluent en attention primaire et, plus tard, en attention basique, à partir du développement du champ de la Santé Collective. L'Attention Basique est comprise comme

un ensemble d'actions individuelles, familiales et collectives, responsables de la promotion, de la protection et de la prévention des maladies, du diagnostic, du traitement, de la réhabilitation, de la réduction des dommages, des soins palliatifs, de la vigilance en santé, développé par des pratiques de soins intégrés et une gestion qualifiée, réalisés par une équipe multiprofessionnelle à l'adresse de la population d'un territoire défini, sur lequel cette équipe assume la responsabilité sanitaire (Brasil, 2017, p. 2).

Le Brésil possède un système universel de santé, le Système Unique de Santé (SUS). La santé est considérée comme un droit humain et un devoir de l'État, assurée depuis la Constitution Fédérative du Brésil (CF) de 1988. Du point de vue organisationnel, les soins primaires en santé sont la porte principale d'entrée dans le système public de santé brésilien et occupent la place centrale de coordination des réseaux de santé (Brasil, 2017).

Les principaux services de soins primaires au Brésil sont les Équipes de Santé Familiales (ESF) et les Unités Basiques de Santé (UBS). Les USBs fournissent des soins plus curatifs et focalisés dans certains domaines, comme les soins aux femmes, les vaccins, entre autres. Ce sont des dispositifs plus anciens que les ESFs. Les ESFs sont des dispositifs prioritaires dans la politique de santé, depuis l'année 1994. Ils prennent en compte plus globalement la famille et son environnement.

Les transformations des soins primaires en France sont plus récentes, depuis les années 2000 (Bourgueil, 2010). Le concept de soins primaires est très proche des notions de soins de proximité, de soins de premier recours et de soins de première ligne. Toutefois, il existe des différences très importantes entre eux. Les soins de proximité sont réalisés dans une coopération entre les services de santé et les services sociaux d'une région de santé, dénommés Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ils sont coordonnés par les Agences Régionales de Santé (ARS)(Varroud-Vial, 2019a).

La notion de soins de premier recours se superpose à celle de soins primaires, initialement développée par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) à destination des pays en voie de développement, mais « elle est déclinée de façon plus générale pour désigner la provision de soins et de services accessibles à tous afin de satisfaire à une large majorité des

besoins de santé, dans une approche familiale et communautaire » (Varroud-Vial, 2019a, p. 10).

Cependant, les notions de soins primaires en santé et soins de premiers recours ne se superposent pas totalement : « ainsi les établissements de santé, qui n'appartiennent pas aux soins primaires, ont un rôle dans le premier recours ne serait-ce que par leurs services d'urgences » (Varroud-Vial, 2019a, p. 10).

Une particularité est trouvée dans le travail réalisé par les professionnels de santé en école, collège et lycée, qui ne sont pas considérés comme des soins primaires. Ces professionnels sont rattachés au Ministère de l'Éducation Nationale et non au Ministère de la Santé et Solidarités, toutefois il s'agit d'un travail au sens de soins primaires.

Ainsi, en France les soins primaires occupent un rôle important dans la continuité et la coordination des soins. Les services de santé sont formés par trois modèles de l'exercice en équipes pluriprofessionnelles : les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), à statut libéral, les centres de santé polyvalents, à statut salarié et les équipes de soins primaires, encore émergentes, quelques dizaines d'équipes concentrées dans quelques régions du pays (Varroud-Vial, 2019 b).

Les équipes de soins primaires en santé sont généralement constituées par un médecin généraliste, des infirmiers, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, ainsi que des services sociaux et médico-sociaux (Varroud-Vial, 2019a).

Deux moments importants dans l'histoire des soins primaires sont le Code de la Santé Publique de 2007 et la loi de réforme du système de santé, appelée Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), de 2009. Le premier a autorisé la création et le financement de la Maison de Santé (le dispositif prioritaire des soins primaires) et le second conceptualise les soins de premier recours, créant une modalité de soins qui doit être produite en équipe, dans une collaboration territoriale. Avant la loi HPST, l'accent était mis sur le médecin généraliste et le médecin traitant (Hassenteulfel; Naidith; Schweyer, 2020).

La loi HPST définit les soins de premier recours comme des « actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales » (République Française, 2009, p. 4). Les soins de premiers recours comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation

dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. » (République Française, 2009, p. 24).

Les différentes significations attribuées aux soins primaires dans les deux pays démontrent la présence d'idéologies en tension. En France, le terme de soins de premier recours a été utilisé par les économistes (Perrot, 2006). Plus récemment les documents de l'OCDE utilisent les termes, soins de premiers recours et soins primaires ensemble, comme synonymes. Les soins de proximité sont utilisés dans une perspective d'organisation de soins plus régionaux, où s'articulent les actions d'établissements fournissant différents niveaux de soins. Les termes « soins primaires » ont été utilisés par des sociologues et des médecins, avec une idéologie axée sur des soins produits de manière multiprofessionnelle et coordonnée.

L'attention basique au Brésil et les soins primaires en France ont fait l'objet de réformes du système de santé à l'époque contemporaine, dans un contexte de politiques d'austérité budgétaire et de rationalisation des coûts. Dans cette recherche, j'ai choisi le terme « attention basique » au Brésil et les « soins primaires » en France, considérant que ces deux expressions se rapportent davantage à des soins primaires liés à la santé en tant que droit de l'homme et à la production d'une prise en charge intégrale (promotion de la santé, prévention des maladies et guérison), réalisée au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Moyal (2019) indique que la plupart des études, dans la littérature française et internationale, sur les effets de la rationalisation dans les soins de santé se concentrent sur la profession médicale et qu'ils sont moins documentés dans les autres professions. Au Brésil, trois études ont analysé les effets de la NGP sur les pratiques professionnelles médicales, dont une dans un hôpital et deux autres dans l'attention basique en santé (Chiavegato Filho; Navarro, 2014; Jamra; Cecílio; Correia, 2016; Terra; Campos, 2019).

Ainsi, afin de connaître la production nationale et internationale dans le champ de la santé et des soins infirmiers faisant référence au NMP et à la NGP, j'ai réalisé une *scoping review*. La recherche a été effectuée dans les bases de données suivantes : *Littérature Latino-Américaine et Caribéenne en Sciences de la Santé* (LILACS) et *Medical Literature Analyses and Retrieval System online* (MEDLINE) et dans certaines bibliothèques numériques françaises et canadiennes, comme CAIRN (bibliothèque numérique francophone), Érudit, la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) et l'Archive Ouverte Pluridisciplinaire HAL.

Pour la sélection des études, ont été inclus 16 articles de recherche et réflexions théoriques, publiés dans la période 2013 à 2021. En contexte international, peu d'études traitent des effets du NMP et de la NGP dans le champ des soins infirmiers et celles qui

existent se réfèrent principalement au contexte hospitalier. Nous n'avons pas trouvé d'enquête brésilienne ou française sur le sujet dans le domaine de l'attention basique au Brésil ou en soins primaires, en France, dans cette période, ce qui justifie la réalisation de la présente recherche doctorale.

Les résultats de la revue de littérature ont montré que quelques avantages, des processus de gestion plus efficaces sont apparus, notamment dans le contrôle des escarres et le contrôle nutritionnel (Winblad, 2017).

En ce qui concerne les limites, les études ont souligné que les décisions étaient centrées sur les objectifs, les audits, les budgets et peu sur l'impact des décisions pour les soins. Elles montrent aussi la priorité donnée aux questions organisationnelles, financières, médicales et juridiques, le rapport coût-efficacité, la réduction des activités d'éducation sanitaire liées à la prévention et à la promotion de la santé, la réduction du nombre de professionnels infirmiers dans les services privés, la pression constante et la maladie des professionnels infirmiers (dépression), l'augmentation des tâches de gestion par rapport aux soins, l'intensification du travail des infirmières, la perte de contrôle sur leur propre travail, l'allongement des heures de travail, la flexibilité fonctionnelle, les déplacements de personnel entre services par décision hiérarchique et la réduction de la capacité à fournir des soins infirmiers au patient. Enfin, les études font apparaître une résistance des infirmières aux réformes de la santé car elles les concevaient comme contraires aux valeurs et au sens des soins et de la profession (Hoyle, 2014; Bergh et al., 2015; Roque et al., 2015; Tingvoll et al., 2016; Henderson et al., 2016 ; Willis et al., 2016; Willis et al., 2017; Cooper; Mercer, 2017; Bogeskok et al., 2017; Sebai, 2018; Rivière, 2019, Drolet, 2020).

Ainsi, la question centrale de la présente recherche doctorale est la suivante : Quelles sont les répercussions de l'institutionnalisation de la NGP sur les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique au Brésil et en soins primaires en France?

L'Analyse Institutionnelle et la socio-clinique institutionnelle

L'analyse institutionnelle (AI) en tant que choix théorique et méthodologique de cette recherche offre des outils pour analyser les processus d'institutionnalisation, car elle découle de « l'articulation entre intervention et recherche dans le but de comprendre, à partir des discours et des pratiques des sujets, une certaine réalité sociale et organisationnelle » (Fortuna et al., 2017, p. 2).

La genèse théorique de l'analyse institutionnelle trouve son origine dans plusieurs courants institutionnels, la psychothérapie institutionnelle, la psychiatrie démocratique, la psychosociologie et les pédagogies institutionnelles (courant psychanalytique et courant socio-pédagogique autogestionnaire). Sa genèse sociale est liée au mouvement contestataire de mai 1968 en France (Lourau, 2014, [1970]).

Guillier (2002) cité par Monceau (2003) indique que Lourau avait l'habitude de dire que l'analyse institutionnelle a été inventée en 1962, lors d'un stage organisé à l'Abbaye Royaumont, lorsque Lapassade a élargi le champ d'intervention en utilisant l'analyseur argent³

Entre 1967 et 1969, Lourau et Lapassade ont développé des interventions socio-analytiques à Paris, Tours et Hendaye (Lourau, 2014, [1970]) qui ont contribué à la systématisation de la socialanalyse, considérée comme la méthode d'intervention de l'analyse institutionnelle. La socialanalyse repose sur six opérations:

- 1) L'analyse de la commande officielle du staff-client (Analyse de la commande et des demandes) ;
- 2) L'autogestion de l'intervention par le staff-client ;
- 3) La règle du "tout à dire" ou de la libre expression ;
- 4) L'élucidation de la transversalité ;
- 5) L'analyse des implications de l'analyse du praticien- chercheur ;
- 6) L'élaboration ou l'élucidation des analyseurs (Lapassade; Lourau, 1971, p. 28).

Pour Lourau et Lapassade (1971, p. 171), l'institution « est ce qui reproduit les relations sociales dominantes au sein d'une organisation ou d'une collectivité ». Dans une perspective plus actuelle, pour Monceau (2012, p. 1) l'institution désigne une dynamique où agissent tous les acteurs qui s'y trouvent et où s'articulent des relations de pouvoirs, des enjeux personnels et collectifs, affectifs, des contradictions multiples.

En accord avec Lourau, l'institution « n'est pas 'au-dessus' des pratiques, mais à l'intérieur » (Mourão et al., 2012, p. 135; Monceau, 2012, p. 1; Saint Martin, 2013, p. 467).

L'institution est constituée d'une partie matérielle et d'une partie immatérielle, étant produite par la dynamique de trois moments : l'institué, l'instituant et l'institutionnalisation

³ Cette invention de l'analyse institutionnelle fait débat car Félix Guattari est aussi considéré comme son inventeur dans le courant schizoanalytique.

(Lourau, 2014, [1970]). Les trois moments ou concepts sont compris comme un tout, car ils sont issus de la dialectique hégélienne : l'universalité, la particularité et la singularité.

Selon Fortuna (2014, p. 256) les institutions:

(...) sont des logiques abstraites, mais aussi matérielles, issues d'un processus dialectique constitué d'une partie plus fixe (l'institué) qui en est la partie la plus apparente, une partie changeante (l'instituant) qui provoque des ruptures avec les pactes traditionnels et un troisième moment appelé institutionnalisation dans lequel l'instituant est incorporée par l'institution en cours de création (Fortuna et al., 2014, p.256).

Une revue intégrative de littérature réalisée sur des études brésiliennes dans le domaine de la santé, qui étaient basées sur l'analyse institutionnelle, a montré une utilisation partielle du concept d'institution, souvent plus proche d'un moment ou d'un autre (institué, instituant et institutionnalisation). Le moment de l'institutionnalisation est moins abordé souvent pris en compte (Kasper et al., 2020).

Le moment/concept institué se présente comme universel, il est composé des normes et règles acceptées dans un contexte, ce qui est normal, habituel (Lourau, 2014, [1970]). Il existe des règles prescrites (ce qui est permis) et des règles proscrites (ce qui est interdit) (Baremblytt, 2002). L'instituant est la particularité, la négation de l'institué, il peut s'exprimer dans des mouvements contestataires de l'institué. L'institutionnalisation est la singularité et, selon Monceau & Fortuna (2020, p.112),

(L'institutionnalisation) n'est pas la résolution de la tension institué/instituant mais le processus dans lequel l'institué et l'instituant participent en continu à la production de l'institution. L'institutionnalisation est donc un processus constitutivement contradictoire (Monceau & Fortuna, 2020, p. 112).

L'analyse institutionnelle propose un nouveau champ de cohérence qui repose sur l'analyse des contradictions institutionnelles, ayant comme grande contribution la démonstration que toute connaissance est le produit de la relation entre l'objet d'étude et son chercheur. C'est un cadre théorique et méthodologique qui admet la non-neutralité dans la production de la connaissance, qui explicite les modes et les conditions de cette production, sur la base de ce que Lourau appelle l'implication (Lourau, 1993).

Il existe des relations directes et indirectes entre le chercheur et l'objet de la recherche, ce sont ses implications dans cet objet. Ces relations ne peuvent pas être effacées, elles sont précisément ce qui conduit le regard du chercheur dans la relation avec l'objet de recherche, dans un processus de coproduction sujet-objet.

Dans la position de praticien-chercheur, autrement dit, comme infirmière-chercheuse je me suis appuyée sur ma propre pratique pour comprendre les transformations dans les pratiques professionnelles infirmières aujourd'hui, alors qu'elles sont traversées par la NGP. Selon Monceau (2013) la condition praticien-chercheur porte une contradiction en elle-même : « entendre certains implicites dans le discours des sujets (qui sont aussi des collègues) est un avantage qui se paie par une grande difficulté à percevoir les évidences non questionnées, les routines du milieu en question » (Monceau, 2013, p. 95).

De ce point de vue de chercheur, j'ai cherché à construire un texte de manière diachronique, afin de présenter et d'analyser mon dispositif de recherche et le mode de production de la recherche. La cohérence à laquelle nous invite l'analyse institutionnelle est la production d'un dispositif conçu au fur et à mesure de la production de la recherche, en considérant le mouvement et les transformations de la recherche elle-même.

Ma recherche a commencé à prendre forme dans l'émergence du présent, dans un processus où il s'agissait de faire et de penser l'objet et le dispositif, en intégrant ce qui était possible dans cet espace-temps vécu.

Le dispositif de recherche, dans le cadre théorique et méthodologique de l'Analyse Institutionnelle et selon la démarche Socio-clinique institutionnelle (Monceau, 2009), met la question politique et les relations de pouvoir au centre des analyses. De cette manière, j'ai produit un dispositif avec un ensemble d'outils pour provoquer les analyses et faire parler la structure de l'institution, pour faire apparaître les contradictions (Lourau, 2014 [1970]) afin de produire ainsi de nouvelles connaissances scientifiques (Monceau, 2013).

La Socio-clinique institutionnelle identifie huit principes qui sont des balises à observer dans les études de ce type :

- 1- l'analyse de la commande et des demandes,
- 2- la participation des sujets au dispositif,
- 3- le travail des analyseurs,
- 4- l'analyse des transformations qui se produisent au fur et à mesure du travail,
- 5- l'application de modalités de restitution,
- 6- l'analyse des implications primaires et secondaires,

- 7- l'intention de la production de connaissances,
- 8- l'attention au contexte et aux interférences institutionnelles (Monceau, 2013, p. 93).

Dans les recherches socio-cliniques les objets « sont situés dans des processus institutionnels dont l'analyse nécessite une démarche sensible au « travail du négatif ». (Monceau, 2009, p. 8). Selon l'auteur, les résistances, les interférences et les transducteurs institutionnels sont des outils qui soutiennent les analyses.

L'un des effets que j'attendais du dispositif était de produire des données sur la résistance des infirmières à la NGP. Cette attente était probablement liée à mon implication idéologique dans le service public et le SUS, le système de santé brésilien. Je sais que les effets ne sont pas prévisibles a priori, mais mon désir était de créer un dispositif d'analyse de type contre-institutionnel qui pourrait interroger, rendre visible et perturber la NGP instituée dans les services que j'ai étudiés.

Selon l'Analyse Institutionnelle, les institutions vivent un processus de permanente institutionnalisation. Comment faut-il faire pour l'analyser ? J'ai dirigé mon regard vers l'instituant (le négatif) dans les pratiques professionnelles des infirmières, ce qui interroge et résiste à la NGP. Pour composer cette idée, je me suis inspirée d'un fragment d'un texte de Lourau: « Révolution? Mise en place des contre-institutions. Mise à jour de la négativité qui ronge toutes les institutions » (Lourau, 1969, p. 194). Autrement dit, les institutions vivent dans le processus de l'institutionnalisation la permanente tension d'auto-dissolution.

Par contre, j'ai eu l'inquiétude que mon dispositif fonctionne comme une imposition de mon implication idéologique aux infirmières, ceci parce je croisais durant l'enquête des éléments d'un terrain à un autre, d'un entretien à un autre. Je provoquais des interférences entre les différents champs d'intervention en faisant circuler entre eux des discours entendus et des observations concernant les résistances exprimées par les infirmières. Le croisement des données entre les champs d'intervention ont provoqué des réactions entre les participants, comme « pas ici », « ici aussi » entre autres manifestations d'accord ou de désaccord, par rapport à d'autres terrains dont je leur restituais des éléments.

La recherche a été développée dans une période très chaude, au sens de l'Analyse institutionnelle, avec les grèves dans les deux pays et la pandémie provoquée par la Covid-19. Ceci a compliqué la réalisation des analyses, à cause de la temporalité plus rapide des

événements. Selon Savoye (2021)⁴, la compréhension de ce qui se passe en période chaude échappe le plus souvent à la compréhension des acteurs, ce qui se passe est ramassé, condensé et demande un travail ultérieur d'analyse, en période plus froide.

Les analyses des implications dans les groupes de recherches auxquels je participe et l'utilisation du journal de recherche m'ont aidé à déplacer mon regard et à éclairer mes implications idéologiques, libidinales et organisationnelles, particulièrement mon militantisme pour le SUS. Monceau (2003) souligne qu'il y a, pour le clinicien, le défi d'oser penser les jeux politiques au-delà de l'idéologie :

échapper à la fois à l'impuissance d'une culpabilisation morbide et à la fausse innocence d'une bonne conscience camouflée par un militantisme plus ou moins affiché exige du clinicien de se situer dialectiquement dans l'évolution permanente des contradictions institutionnelles, c'est-à-dire dans les rapports de savoirs et de pouvoirs qui s'affrontent sans ménagement dans nos société (Monceau, 2003, p. 102-103).

Le choix de la diversification des sources et des outils de recherche mène à comprendre la capillarité de la NGP dans les pratiques professionnelles infirmières au Brésil et en France, ceci à partir de l'analyse de sources documentaires, de l'utilisation du journal de recherche, d'entretiens individuels et de restitutions.

Au Brésil, la recherche a été approuvée par le Comité d'Éthique en Recherche à l'EERP-USP, Avis n° 3.134.647, CAAE 03164018.8.0000.539 et par le Comité d'Éthique de Recherche en Santé du Secrétariat de Santé à Porto Alegre/RS, avis n° 3.267.686, Certificat de Présentation de l'Appréciation Éthique (CAAE) 03164018.8.3001.5338.

En France, l'approbation d'un Comité d'Éthique n'était pas nécessaire, mais j'ai suivi le règlement brésilien et j'ai présenté aux participants français le Formulaire d'Information et de Consentement afin d'autoriser l'utilisation des données de la recherche dans une publication scientifique. Au lycée, il a été nécessaire de présenter au proviseur de l'établissement une lettre du directeur de thèse pour obtenir l'autorisation d'entrer dans l'établissement pour enquêter.

⁴ Information donnée par Antoine Savoye pendant le Séminaire "*Le concept d'institution dans les pratiques de l'institutionnel*", *La dynamique sociale au prisme de l'institutionnalisation*, Gennevilliers, France, le 27 septembre 2021. Lien:

<https://www.youtube.com/watch?v=b60x6Ro5kXc&list=PLD8MpArtoF6ArmjaaOeHlf7ZLqzyDqEk2&index=1>

Les champs d'intervention de la recherche

Selon Lourau (2004, p. 218 [1970]), le champ d'intervention comprend

l'ensemble de l'espace-temps accessible aux intervenants [...] il inclut l'ensemble de la population directement ou indirectement concernée par la commande. Les frontières de l'espace-temps et de la population sont métastables. Les références du champ sont appréhendées dans la dynamique qu'elles instaurent. Nous sommes ici et maintenant. (Lourau, 2004, p. 218).

Les champs d'intervention de la recherche ont été constitués par les établissements de santé qui avaient la mission le développement de l'attention basique, au Brésil et en soins primaires en France. Au Brésil, j'ai choisi les villes de Ribeirão Preto, dans l'État de São Paulo et Porto Alègre, dans l'État de Rio Grande do Sul parce, dans ces deux régions éloignées, des modèles de gestion semblant liés à la NGP étaient mis en œuvre.

En France, le travail de terrain a été mené dans cinq départements : Bouches-du-Rhône, Maine et Loire, Yvelines, Essonne et Val d'Oise. La réalité des soins primaires en France m'était inconnue et trouver des établissements de santé travaillant dans ce domaine était un défi. Mes références étaient l'histoire, les significations et la cartographie⁵ de la santé collective brésilienne. Mes deux directeurs de thèse et moi-même étions conscients qu'en dehors des murs de l'hôpital, le pays avait une forte tradition libérale en matière de prestation de soins dans les cabinets privés.

Une infirmière française, doctorante au laboratoire EMA, a aidé aux premières démarches et à l'entrée sur le terrain. Les services hors les murs de l'hôpital où j'ai pu me rendre ont été les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), le cabinet libéral et les infirmières en crèche et milieu scolaire (collège et lycée).

La collègue doctorante m'avait également expliqué que la santé publique était le terme le plus courant, les soins primaires étant moins connus. Cependant, d'autres termes ont également été utilisés, tels que soins de proximité, soins de premier recours, soins de première ligne. De nombreux mots ont été utilisés, me semblant différencier les niveaux de soins de santé, mais indiquant également les idéologies présentes.

⁵ Le terme " cartographie", ici désigne une représentation des établissements qui constituent les réseaux de l'attention basique au Brésil et des soins primaires France.

La manière la plus évidente de le constater est d'observer les conflits de sens qui se produisent à propos des mots utilisés par les différents protagonistes. Ces significations flottantes ne doivent pas être vues comme des confusions ou des malentendus. Elles sont bien souvent porteuses d'idéologies professionnelles à explorer (Monceau, 2009, p. 7).

J'ai commencé le travail de terrain en février 2019, au Brésil, par deux entretiens réalisés avec des infirmières à Ribeirão Preto/SP, dans une ESF appelée localement: "Nucleo d'ESF" (NSF). Ces services sont publics et gérés par une Fondation d'Appui à l'Enseignement, à la Recherche et à l'Assistance de l'Hôpital des Cliniques de la Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo (FAEPA) à Ribeirão Preto. Cette fondation privée sans but lucratif a été créée en 1988. J'ai choisi de commencer par ce Nucleo, à partir de l'idée que dans un service public géré par le service privé, la NGP serait plus institutionnalisée et je souhaitais confirmer cette hypothèse de recherche.

Après la transcription et l'analyse des deux premiers entretiens à Ribeirão Preto/RS, j'en ai produit quatre autres avec des infirmières à Porto Alegre/RS, au sud du Brésil, deux d'entre elles travaillaient dans des équipes d'ESF gérée par l'Institut Municipal de Stratégie de Santé Familiale (IMESF), une fondation publique de droit privé, créée en 2011. Deux étaient des infirmières statutaires du service public et les deux autres étaient des infirmières coordinatrices - l'une de l'ESF public et l'autre de l'ESF géré par l'IMESF.

A la suite, je suis revenue à Ribeirão Preto, pour produire des entretiens avec des équipes d'ESF publiques, gérées par la municipalité. J'ai essayé de réaliser un mouvement dans la production de données entre Ribeirão Preto/SP et Porto Alegre/RS, entre le service public géré par le privé et le service public géré par le public.

C'est ensuite que je suis allée en France pour continuer la production de données de la recherche, mais dans un champ inconnu pour moi. J'ai alors croisé les champs Brésil-France afin de faire circuler les données d'un pays dans l'autre et de conduire le dispositif d'interrogation croisée des pratiques. Quand je suis rentré au Brésil, j'ai poursuivi la production de données à Ribeirão Preto et Porto Alègre et j'ai terminé les entretiens pour la France.

J'ai produit des entretiens avec cinq infirmières ayant une ancienneté importante dans les équipes (3 au Brésil et 2 en France) pour mieux comprendre l'évolution des pratiques professionnelles sur le long terme dans l'attention basique au Brésil et les soins primaires en

France. J'ai ainsi eu également accès à une meilleure compréhension du contexte de création de certains services et établissements. J'ai également réalisé des entretiens avec des infirmières cadres et un médecin coordinateur général d'équipes (3 au Brésil et 6 en France) pour comprendre le processus de l'institutionnalisation de la NGP pour les cadres intermédiaires et leurs effets dans les pratiques professionnelles infirmières.

En France, les premiers entretiens ont été effectués avec une infirmière de crèche, une infirmière de collègue, une infirmière de lycée, trois infirmières et infirmiers coordinateurs du SSIAD et une infirmière de cabinet privé. Ces entretiens avaient une durée de 20 minutes à 1h 30 et étaient interrompus 3 à 7 fois par les personnes des équipes ayant des demandes diverses.

C'est à partir d'un dialogue tenu avec deux autres formateurs de l'IFSI, étudiants du master MEEF - Recherches en Éducation, Didactique et Formation (REDEF), à CY Cergy Paris Université, que le mot « dispensaire » a émergé pour la première fois et m'a aidé à rencontrer les Centres de Santé et les Maisons de Santé, ces dernières constituant le modèle français de soins primaires.

C'est à partir des dialogues avec les infirmiers formateurs et les professionnelles de terrain que le dispositif a été créé. L'avance dans la production de données s'est faite en France, avec des entretiens réalisés en Centre Municipal de Santé (CMS), en Maison de Santé, en Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), en Pôle de Santé territoriale, en Centre Médico-Psychologique (CMP) et en Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

La production de données avait bien avancé avant la pandémie, mais elle a été bousculée pendant cette période. La production de données a continué à être développée de façon hybride en présentiel et en virtuel, à travers de l'utilisation de logiciels (Google meet et Zoom), en respectant les consignes sanitaires et la disponibilité des participants. La majorité des entretiens ont été produits en présentiel mais deux au Brésil et cinq en France ont été réalisés par visioconférence.

Afin de garantir l'anonymat des participants, les verbatims seront présentés par E1, E2, E3 pour les infirmières, M14 pour le médecin, suivies par l'abréviation du nom de l'établissement, ESF, CMP e du pays, BRA ou FRA.

L'analyse croisée entre Brésil et France

Le processus d'analyse des données répond à une démarche méthodologique fondée sur un regard croisé à partir des convergences et divergences, des différences et des ressemblances concernant l'évolution des pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique au Brésil et en soins primaires en France suite à la mise en oeuvre de la NGP.

La proposition de l'interrogation croisée des pratiques vise à valoriser la particularité et la singularité des cas, non seulement ce qui semblerait universel car commun aux deux pays. C'est-à-dire qu'il s'agit de mettre en évidence les caractéristiques d'un cas pour qu'il puisse éclairer l'autre cas et permettent ainsi de mieux comprendre chacun d'eux. En suivant cette démarche, les analyses sont plus complexes car elles intègrent la particularité, la singularité et l'universalité.

L'intérêt de l'interrogation croisée est donc d'éclairer et de voir autrement ce que l'on connaît déjà, en le rapportant à un autre cas. L'utilisation du questionnement croisée dans l'analyse des effets de l'institutionnalisation de la NGP dans l'attention basique au Brésil et les soins primaires en France déplace le regard porté sur le sens de ce type de gestion, sur l'organisation des soins, sur la relation public-privé et les transformations dans les pratiques professionnelles infirmières.

La cohérence de ce type d'approche méthodologique est de favoriser l'étude des effets des questions macrosociales sur une profession qui a le même nom dans les deux pays bien qu'ayant une histoire, une formation et un métier différents dans chacun d'eux. Santana et al. (2016) ont réalisé une recherche portant sur la formation infirmière au Brésil et en France et en ont montré les importantes différences. Les infirmières françaises et brésiliennes ne portent ni la même identité professionnelle, ni le même rôle dans les services ni le même statut. L'universitarisation s'est développée dans des temps et des espaces différents dans les deux pays, produisant une certaine distance entre les deux réalités.

Le méthode d'interrogation croisée des pratiques produit une mise en miroir des pratiques où les particularités de l'une éclairent celles de l'autre, comme dans le processus de réflexion de la lumière. En optique, les points éclairés dépendent de l'angle d'incidence, des caractéristiques de l'objet et du positionnement de la source lumineuse. Dans le processus d'interrogation croisée des données françaises par les données brésiliennes et réciproquement, tout se passe comme si l'objet et la source lumineuse s'inversaient au cours du processus.

Le processus d'institutionnalisation de la NGP dans les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique au Brésil et en soins primaires en France

Caractérisation des participants de la recherche

Le travail de terrain a été développé au Brésil et en France avec des infirmières et infirmiers qui exerçaient leur métier dans les établissements de l'attention basique et des soins primaires. La production de données a intégré les professionnelles infirmières engagées dans les soins directs et les infirmiers cadres des établissements. Un médecin, cadre général d'un établissement de santé brésilien a été inclus dans la recherche.

Au Brésil, quinze infirmières et un médecin ont participé à la recherche. Leurs établissements de santé étaient les suivants : Nucleus de Santé Familiale (NSF), Unité Basique de Santé (UBS), Consultation de Rue (Consultório na rua), Unité de Santé Familiale (USF) et Équipe de Santé de la Famille (ESF) (Tableau 1). Au Brésil, ce sont ces services qui assurent les interventions en crèche, en milieu scolaire et les soins à domicile.

Tableau 1 - Les participants de la recherche réalisée au Brésil, 2019-2021.

Identification du Participant.e	Âge	Formation	Fonction	Temp de travail comme infirmière	Temp de travail dans l'attention basique	Temp de travail dans cet établissement
E1	32 ans	Infirmière	Infirmière	10 ans et 10 mois	4 ans et 4 mois	3 ans et 10 mois
E2	33 ans	Infirmière	Infirmière	10 ans et 3 mois	10 ans et 3 mois	7 ans et 6 mois
E3	38 ans	Infirmière	Infirmière	14 ans et 10 mois	8 ans	4 ans
E4	36 ans	Infirmière	Infirmière	6 ans	5 ans	1 an
E5	45 ans	Infirmière	Infirmière	12 ans	8 ans	5 ans et 8 mois
E6	38 ans	Infirmière	Infirmière	17 ans	6 ans et 4 mois	1 an et 4 mois
E7	32 ans	Infirmière	Infirmière	11 ans	10 ans	7 ans et 11 mois
E8	45 ans	Infirmière	Infirmière	21 ans	15 ans	1 an

E9	44 ans	Infirmière	Infirmière	19 ans	10 ans	1 an
E10	42 ans	Infirmière	Infirmière	20 ans	18 ans	6 ans
E11	60 ans	Infirmière	Infirmière	34 ans	33 ans	20 ans
E12	33 ans	Infirmière	Infirmière	8 ans	7 ans	3 ans
E13	57 ans	Infirmière	Manager de deux établissements	19 ans	10 ans	6 ans
M14	60 ans	Médecin	Manager de cinq établissements	-	10 ans	-
E15	45 ans	Infirmière	Manager	13 ans	11 ans	8 ans
E16	45 ans	Infirmière	Infirmière	22 ans	20 ans	1 an et 1 mois

Source : Informations produites par la chercheuse (2021).

En France, quinze infirmières et infirmiers ont été participants de la recherche et travaillaient dans le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Cabinet de Soins Infirmiers, dans le milieu scolaire (crèche, collège et lycée), le Centre Municipale de Santé (CMS), la Maison de Santé, le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), le Pôle de Santé, le Centre Médico-Psychologique (CMP) et le Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (Tableau 2).

Tableau 2 - Les participants de la recherche réalisée en France, 2019-2021.

Identification du Participant.e	Âge	Formation	Fonction	Temp de travail comme infirmière	Temp de travail dans les soins primaires	Temp de travail dans cet établissement
E1	37 ans	Infirmière Diplômée d'État	Cadre de santé	16 ans	4 ans	4 ans
E2	29 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière coordinatrice	8 ans	3 ans	3 ans
E3	46 ans	Infirmier Diplômé d'État	Infirmier coordinateur	20 ans	20 ans	3 ans

E4	49 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière	3 ans	3 ans	2 ans
E5	61 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière scolaire	30 ans	15 ans	9 ans
E6	43 ans	Infirmière Diplômée d'État	Cadre, Directrice de crèche	20 ans	20 ans	2 ans
E7	40 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière scolaire	13 ans	1 an	1 an
E8	59 ans	Infirmière Diplômée d'État	Cadre de santé	28 ans	22 ans	10 ans
E9	37 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière	15 ans	9 ans	2 ans
E10	31 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière	10 ans	4 ans	1 an et 6 mois
E11	52 ans	Infirmière Diplômée d'État	Cadre de santé	16 ans	12 ans	12 ans
E12	27 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière	5 ans	2 ans	1 an
E13	32 ans	Infirmier Diplômé d'État	Infirmière	11 ans	10 ans	1 an
E14	45 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière	23 ans	23 ans	15 ans
E15	34 ans	Infirmière Diplômée d'État	Infirmière Puéricultrice	14 ans	14 ans	1 an

Source : Informations produites par la chercheuse (2021).

Résultats de la recherche

Les résultats de la recherche seront présentés selon quatre axes interdépendants:

AXE 1 - Singularité des soins infirmiers “hors les murs” de l’hôpital : la triade soins-gestion-clinique dans l’attention basique au Brésil et les soins primaires en France;

AXE 2 - Contradictions institutionnelles de la NGP plus fortes dans le public que dans le privé;

AXE 3 - Contradiction entre la valorisation actuelle de l’autonomie et de la réflexivité des professionnelles et le cadre bureaucratique de la NGP;

AXE 4 - Résistances des infirmières à l’institutionnalisation de la NGP.

AXE 1 – Singularité des soins infirmiers “hors les murs” de l’hôpital : la triade soins-gestion-clinique dans l’attention basique au Brésil et les soins primaires en France

L’évolution des soins dans l’attention basique au Brésil et dans les soins primaires en France

L'histoire des soins décrit l'évolution des significations, des modes de soins, des lieux de soins et des prestataires de soins à différentes époques et dans différentes civilisations. Je comprends ces évolutions des pratiques de soins comme des processus d'institutionnalisation qui vont au-delà des réajustements ou des recompositions de l'institué, je comprends qu'il existe de multiples mouvements de négation et d'assimilation de l'instituant par l'institué qui façonnent de nouveaux modes de soigner. Pour Lourau, l'institutionnalisation est un mouvement qui va de pair avec la genèse sociale " c'est la négation des mouvements sociaux de libération, de contestation de l'institué " (Lourau, 2014, p. 316).

Afin de comprendre la manière dont le processus d'institutionnalisation de la NGP s'est déroulé dans les pratiques professionnelles infirmières dans l’attention basique, au Brésil et dans les soins primaires, en France, j'ai cherché à regarder les tensions, les contestations, là où les contradictions institutionnelles étaient présentes. En se concentrant sur le négatif, l'institué se révèle dans la négation de l'instituant, déclenchant le processus d'institutionnalisation.

L'infirmière E1-BRA travaillait au Nucleo de Santé Familiar (NSF). Au début de l'entretien, elle a critiqué les modes institués des pratiques professionnelles infirmières dans le domaine de la santé des femmes et du planning familial :

[E1] Alors, qu'est-ce qu'on fait, puis je veux en parler un peu, je n'ai pas honte d'en parler, je pense que c'est ma critique parce que je pense que les infirmières ont beaucoup à faire et notre travail est... bloqué, avec des barrières, si elles sont, je ne sais pas... c'est... comment dire... du corporatisme, de la gestion infirmière mal faite... c'est ma critique [...] Première consultation de puériculture, on ne se relaie pas non plus avec le médecin, parce qu'il n'y a pas de protocole qui nous soutient. Je fais une consultation de planification familiale, je peux indiquer la méthode contraceptive irréversible, la stérilisation et la vasectomie, mais je ne peux

pas indiquer la méthode contraceptive réversible, ou mieux, je peux indiquer, mais je ne peux pas prescrire (NSF-BRA).

L'infirmière avait le sentiment que sa pratique professionnelle était limitée, mais ne pouvait pas dire clairement pourquoi. Ses premières analyses la renvoient à la présence du corporatisme (médical) et de la gestion locale, identifiant dans le protocole une voie viable pour soutenir sa pratique.

Dans ce fragment du discours de E1-BRA, une contradiction était présente dans sa pratique professionnelle: elle pouvait indiquer une méthode contraceptive irréversible⁶ et ne pouvait pas prescrire une méthode réversible⁷. Le rôle de la prescription de la méthode réversible et la chirurgie de la méthode irréversible sont des domaines de la pratique médicale, dans ce contexte étudiés. Dans d'autres villes, cette pratique de l'infirmière est autorisée par l'utilisation d'un protocole.

L'analyse du discours de l'infirmière E1-BRA démontre l'existence de la division technique et sociale du travail avec la fragmentation des actions de soins dans ce contexte, maintenant un soin médico-centré. Dans les pratiques de santé quotidiennes, le modèle biomédical compose les modes de soins établis, avec un modèle de soins guidé par des pratiques fragmentées, centrées sur la maladie, à visée curative et qui renforcent le pouvoir médical.

Une étude récente, menée auprès des travailleurs de ce même type d'établissement, a mis en évidence des tensions produites par le modèle biomédical dans l'ESF, révélant la coexistence difficile entre ce modèle et les principes de l'ESF et ses limites comme modèle substitutif pour les soins primaires (Esmeraldo, 2017).

Le modèle biomédical est un modèle de soins de santé dont l'origine remonte au milieu du XVIII^e siècle. Les soins dispensés dans les hôpitaux ont donné lieu à la subordination des pratiques infirmières à la médecine, du fait de la nécessité de disposer d'une base théorique et scientifique pour leurs pratiques (Andrade, 2007). C'est dans ce contexte que se crée la division technique et sociale du travail en santé, la division entre le travail intellectuel et le travail manuel, entre ceux qui pensent et ceux qui exécutent. Des éléments de

⁶ Les méthodes irréversibles sont des méthodes de planification familiale définitives impliquant la ligature des trompes pour les femmes et la vasectomie pour les hommes.

⁷ Les méthodes réversibles sont des méthodes comportementales ou de barrière, comme les dispositifs hormonaux ou intra-utérins. Les exemples sont la pilule contraceptive, le diagramme et le dispositif intra-utérin (DIU).

cette division sont encore présents aujourd'hui et ont été démontrés dans le verbatim de l'infirmière E1.

Pendant plus de 200 ans, le modèle biomédical a accompagné les transformations des lieux de soins, s'institutionnalisant dans les établissements de santé publique. Les hôpitaux et les UBS sont considérés comme des formes récentes de prestation de soins de santé. Bien que les hôpitaux existent depuis plusieurs siècles, leur conception en tant qu'instrument thérapeutique de traitement et de cure est récente. La transformation d'un lieu mouvoir en un espace de médicalisation et de suivi professionnel s'est produite à la fin du XVIII^e siècle (Foucault, 1984).

Les modèles de soins de santé comportant des actions préventives sont apparus au milieu du XIX^e siècle en Europe et au début du XX^e siècle en Amérique latine, formant un nouveau domaine d'action, la médecine sociale et la santé publique. Au Brésil, les progrès dans le contrôle des maladies transmissibles ont été possibles sur la base du développement de vaccins et de la création de programmes de santé publique, avec un focus mis sur des campagnes d'éducation sanitaire (Faria, 2016).

Hors des murs de l'hôpital, l'émergence et l'expansion de nouveaux types d'établissements de santé au Brésil se sont produites dans les années 1920, avec la création des Centres de Santé (CS), stimulée par la crise du modèle biomédical, le développement du champ de la santé publique et la diffusion de la pensée nord-américaine sur l'organisation de la santé (Mello, 2017).

La matérialisation d'un nouveau format de centres de santé s'est produite dans les années 1980, avec la création des UBSs, motivée par les progrès de la santé publique, le mouvement de réforme sanitaire et les répercussions de la Conférence Internationale des Soins Primaires, Alma Ata (1978).

En 1994, le Brésil a commencé à mettre en œuvre un modèle de services de santé aligné sur les principes et les directives du SUS, le Programme de Santé Familiale (PSF), à la même période que l'expansion de la NGP dans le pays, avec les réformes de l'état brésilien. Considéré comme une expérience réussie, le modèle s'est étendu à l'ensemble du territoire brésilien et a pris le nom de Stratégie de Santé Familiale (ESF).

En France, les premiers établissements hors des murs de l'hôpital sont les dispensaires, créés en 1879 à Angers, une région située à l'ouest du pays, dans le département du Maine et Loire (Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2021). L'expansion des dispensaires et les progrès de la santé publique ont conduit à la création des Centres de Santé,

destinés au traitement de la tuberculose et à la vaccination. La région de Lille a été le précurseur de ce modèle.

Dans les années 1980, il y a le développement des Unités Sanitaires de Base (USB) (Vezinat, 2020) et en 1990 les politiques des réseaux de soins (Robelet, 2008). Dans la région des Pyrénées-Atlantiques (Jeanson, 2021)⁸, il y a eu l'émergence des Maisons de santé qui, en 2007, ont commencé à se développer sur l'ensemble du territoire français et sont actuellement considérées comme le modèle prioritaire de soins primaires.

Les premiers entretiens réalisés en France, l'ont été dans les SSIAD, dans des espaces éducatifs tels que la crèche, le collège et le lycée. Le SSIAD s'est révélé être un établissement de santé situé hors des murs de l'hôpital, mais marqué par une organisation fortement hospitalière. La première question que j'ai posée à l'infirmière E1-FRA était de demander une description des activités réalisées dans cet établissement au cours d'une journée de travail.

[E1-FRA] Ma mission est ce de... d'encadrer des équipes des soignants et des aide-soignants, donc... et des infirmières qui sont... que vont à domicile pour faire les soins d'hygiène et des soins techniques, c'est aussi de me mettre en relation avec les partenaires libéraux du terrain, donc le médecin, les infirmières, le kiné et pédicure-podologue et tout l'environnement médico-social... ah... de ville... pour travailler autour du patient et faire en sorte qu'il reste à la maison. on accompagne le patient, c'est-à-dire que le patient, il y a une demande... qu'on vienne, d'aller à la maison pour le faire le soin infirmier, le pansement, et aussi le traitement, etc, qu'on lui fasse sa toilette, qu'on lui fasse le soin de kiné, etc, moi j'appelle le kiné, l'infirmier etc, qu'ils viennent à domicile, moi je fais pas de toilette, je fais pas de soin, je ne fais plus de soin, je ne fait que la coordination, de temps en temps je fais des toilettes évaluatives ou des soins s'il y a besoin, mais ce n'est pas ma première mission, ma mission c'est d'envoyer les autres travailler (SSIAD-FRA).

Le discours de E1-FRA explique que sa mission consiste à gérer des équipes composées d'infirmières et d'aides-soignantes qui fournissent des soins à domicile. Elle indique que l'une de ses activités consiste à réunir des professionnels libéraux du territoire pour assurer des soins à domicile, tels que des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes,

⁸ Information donné par Françoise Jeanson, conseillère régionale déléguée à la santé et à la silver économie, Nouvelle Aquitaine, pendant le Congrès virtuel Avec les Équipes, *Plénière inaugurale « Avec les équipes »*, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), Bordeaux, France, 2021.

des pédicures-podologues⁹ et d'autres personnes du domaine médico-social. Ce fragment explique que la continuité des soins se produit entre les structures publiques et privées, dans l'articulation entre les différents acteurs du territoire.

Ce SSIAD comptait deux infirmières, un infirmier et quelques autres professionnels administratifs. Ces trois infirmiers coordinateurs étaient des fonctionnaires (statutaires) qui géraient 2 infirmières libérales et 50 aides-soignantes libérales, réparties dans de petits cabinets privés, sur un territoire formé de 41 communes¹⁰.

Un entretien réalisé avec un infirmier de cabinet de soins infirmiers privé a encore enrichi ma compréhension des réseaux de soins français en ajoutant des éléments à la relation entre les établissements de soins à l'intérieur et à l'extérieur des murs de l'hôpital. E13-FRA a démissionné d'un poste public de 11 ans, où il avait travaillé pendant six ans dans un hôpital public et cinq autres années dans un service de cardiologie. Après avoir quitté l'hôpital public, il a exercé pendant six mois une activité de *vacataire*¹¹ et cinq ans dans un SSIAD, avant de rejoindre un cabinet privé libéral.

[E13-FRA] Je suis parti en 2016, parce qu'à l'hôpital il manque des conditions de travail (satisfaisantes)... il y a la même quantité (de travail)... moins d'effectif et je devais faire les choses en moins de temps, aller vite. Dans le cabinet libéral il y a... je peux faire mon agenda, je peux prendre le temps nécessaire pour les soins. À l'hôpital je ne pouvais pas faire mon travail correctement, par rapport à mes valeurs et le salaire n'était pas satisfaisant (Cabinet de Soins Infirmiers privés-FRA).

L'abandon du travail hospitalier et le choix d'une performance plus autonome est ce qui a mobilisé un nombre croissant d'infirmières. Elles restent une courte période à l'hôpital voire dans la profession en France. Une infirmière brésilienne a également déclaré avoir renoncé à travailler dans un hôpital. L'un des effets de la NGP est la perte de prestige de

⁹ Le pédicure-podologue est une profession de santé, parmi les professions paramédicales, avec une formation de 3 à 4 ans. Elle traite des troubles des pieds et des ongles. Ses interventions sont nombreuses et variées : traitement des cors, callosités, ongles incarnés, verrues plantaires, orteils superposés, voûtes plantaires, entre autres. Le pédicure-podologue traite également certaines pathologies du pied (diabète, problèmes de circulation sanguine, malformations). En podologie, ils conçoivent et fabriquent leurs propres semelles orthopédiques et orthèses plantaires pour corriger les pieds plats, les pieds bots ou pour compenser des défauts statiques (asymétrie, problèmes de genoux ou douleurs dorsales). La connaissance de l'anatomie et de la biomécanique est essentielle. Le professionnel détecte parfois une fracture, de l'arthrite ou des problèmes circulatoires. Il oriente ensuite le patient vers des médecins spécialistes (République Française, 2021).

¹⁰ Comunas são territórios menores situados dentro das cidades.

¹¹ Il est recruté pour accomplir une tâche précise et ponctuelle. Le vacataire n'est pas recruté sur un emploi. Il ne bénéficie de congés, formation, indemnité de fin de contrat, etc. (République Française, 2021).

l'hôpital public, considéré comme précaire. Les infirmières disent y avoir peu d'autonomie professionnelle et peu de reconnaissance de leurs maladies liées au travail. La perte du sens du travail et le sentiment de ne pas bien faire son travail sont des phrases récurrentes verbalisées par les infirmières lors des entretiens.

Les entretiens ont souligné que la NGP provoque l'amplification de la fragmentation des soins et de la gestion, avec un accent mis sur les soins individuels et le corps biologique. La NGP semble donc amplifier le modèle biomédical.

En France, une grande partie des postes administratifs des hôpitaux et des soins de ville sont occupés par des administrateurs et des comptables, qui n'ont aucune expérience dans le domaine des soins. J'ai pu rencontrer l'un d'eux et avoir avec lui un entretien informel. Ce dialogue m'a permis de mieux comprendre la tension entre les soins et la gestion. Selon cet administrateur, la NGP est "un nouveau mode de gestion qui rapproche les institutions des personnes, des usagers". (Journal de recherche, février 2021).

Le modèle français de soins primaires, en cours d'expérimentation, est celui de la Maisons de Santé. La Maison de Santé que j'ai visitée avait pour priorités la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, les problèmes cardiovasculaires, les addictions et l'obésité infantile. L'établissement proposait une éducation thérapeutique aux patients souffrant de diabète, d'hypertension, d'obésité infantile, de broncho-pneumonie chronique obstructive (BPCO), des vaccinations et des tests de dépistage du cancer. Les protocoles existants par ailleurs étaient le dépistage et la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire, le mal perforant plantaire (plaie du pied diabétique), le suivi des plaies, anticoagulants oraux, lombalgies et BPCO. L'équipe proposait aussi le protocole d'insulinothérapie (médicaments oraux ou injectables pour le traitement des patients diabétiques).

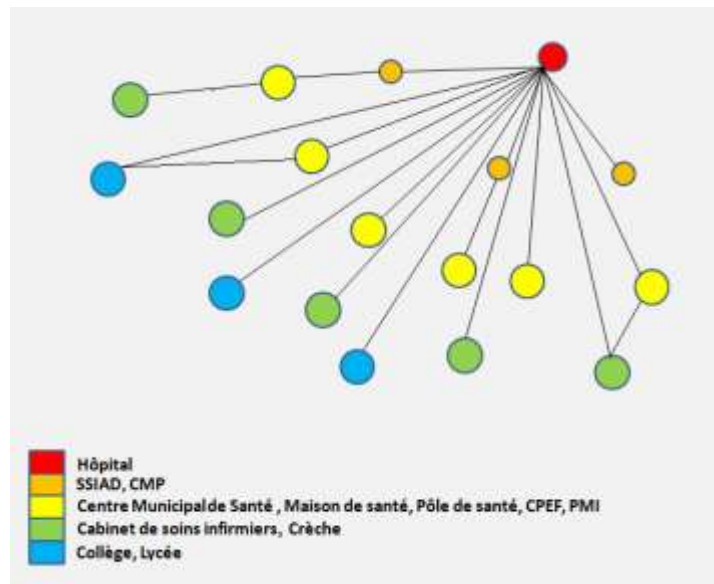
Le modèle de soins primaires expérimenté en Maison de Santé se révèle instituant en termes d'intégration horizontale dans la production des soins, avec la constitution d'une équipe pluri-professionnelle chargée de mettre en oeuvre des soins coordonnés, ce qui est une rupture par rapport au modèle établi par les cabinets privés libéraux. Un autre élément institutionnel est la tentative d'intégration verticale de la production de soins avec les autres niveaux de soins, comme les CPTS et les hôpitaux.

En même temps, le modèle me semblait reproduire la caractéristique libérale des professions de santé dans ce pays, le modèle médico-centré et les soins curatifs individuels. Moyal (2019) a mené une étude auprès de six Maisons de Santé entre les années 2016 et 2019 et a identifié des effets paradoxaux sur les professions de santé: en même temps que le modèle

rationalise les pratiques professionnelles dans un format standardisé, initialement vu comme une menace pour l'autonomie professionnelle et un facteur de déprofessionnalisation, il semble renforcer la caractéristique libérale.

A partir des entretiens réalisés et de mes observations dans les établissements, il m'a été possible, en me focalisant sur la triade soins-gestion-clinique, d'établir une cartographie des soins primaires en France. Elle situe les établissements de santé comme étant plus ou moins proches de la logique hospitalière, en termes d'influence sur la production de soins, l'institutionnalisation du modèle biomédical et la NGP (Figure 1).

Figure 1 – Cartographie du réseau de santé français montrant l'influence et la distance de la logique hospitalière sur les établissements des soins primaires, 2021.



Source: Figure élaborée par la chercheuse (2021).

Les résultats de la recherche doctorale présentés dans cet axe 1 montrent que les murs de l'hôpital ne sont pas figés ou qu'ils n'existent presque pas car certains établissements de l'attention basique et des soins primaires sont fortement subordonnés à la coordination hospitalière. La logique de gestion de la NGP, bien institutionnalisée à l'hôpital, arrive dans les établissements de l'attention basique et des soins primaires. Les exemples sont le SSIAD et le CMP, en France et le NSF, au Brésil le montrent. Bien qu'ils soient situés hors des murs de l'hôpital, ils sont fortement liés à la logique hospitalière et aux effets de la NGP.

En France, le Collège et le Lycée ont révélé une plus grande autonomie et liberté d'action pour les infirmières que les autres établissements étudiés. Ces espaces ont également

montré moins d'effets ou peut-être moins visibles de la NGP dans les domaines de la santé et de l'éducation.

La singularité de la façon dont les soins primaires sont conçus et opérationnalisés en France m'a permis d'éclairer certains aspects naturalisés dans le champ d'intervention brésilien. En ce sens, le NSF a révélé une grande proximité avec la logique hospitalière, médico-centrée et la fragmentation des actions de soins. La « consultation de rue » semblait plus distante, mais présentait également les caractéristiques d'un soin médicalisant et curatif, centré sur l'individu malade.

L'ESF, en tant que modèle brésilien de l'attention basique, se concentre sur la famille et le territoire dans la production de soins complets. Dans ce modèle, les services de santé sont plus que des lieux de traitement, ils sont considérés comme des lieux de production de santé et de production de soins (Viegas & Penna, 2015). L'analyse des contradictions et des paradoxes présents dans ces services a permis d'interroger les pratiques instituées, révélant comment les forces en dispute sont institutionnalisées. Les établissements dont la mission était de se concentrer sur la famille réalisaient des actions centrées sur la maladie.

J'ai choisi de ne pas restreindre les champs d'intervention de la recherche aux modèles les plus visibles dans les deux pays, tels que les Maisons de Santé et les ESF, car j'ai compris que d'autres établissements, même s'ils n'étaient pas considérés comme des établissements de l'attention basique et des soins primaires, menaient des actions répondant à ces deux logiques et servaient de portes d'entrées vers les systèmes de santé, comme les pratiques infirmières scolaires, dans les SSIAD et dans les CMP.

L'observation des répercussions de la logique hospitalière sur les pratiques infirmières en soins primaires en France a éclairé son influence sur l'attention basique au Brésil. Le mode de gestion de l'hôpital exerce une influence hors de ses murs et l'analyse de la manière dont cela se produit peut aider à comprendre l'institutionnalisation de l'attention basique au Brésil et des soins primaires, en France.

Importance de la dimension historique pour mieux comprendre la profession et les pratiques professionnelles infirmières en attention basique au Brésil et en soins primaires en France

Dans la perspective théorique de l'analyse institutionnelle, les pratiques professionnelles sont toujours institutionnelles, elles sont traversées par les institutions, tant

par les institutions dans lesquelles elles s'inscrivent que dans des interférences avec d'autres (Monceau, 2003). Dans l'exercice de la profession infirmière, on retrouve les traces de l'histoire de l'institution infirmière, tels que les vestiges des soins de charité, l'exercice de la profession par des prostituées (comme punition ou réhabilitation) mais aussi les principes de l'administration scientifique. Des éléments de ces différentes périodes historiques se retrouvent dans le présent et peuvent provoquer des tensions, composant le processus d'institutionnalisation de l'institution infirmière.

L'institution infirmière est l'une des plus anciennes du monde, ainsi que l'institution de l'Église, étudiée par René Lourau, dans l'ouvrage *Interventions Socianalytiques: les analyseurs de l'Église* (1996) (Lourau, 1996). Son origine est liée aux soins apportés aux malades.

Gonçalves et Sena (1998) affirment que l'Église, en se consolidant en tant qu'autorité morale, intellectuelle et financière a pris la responsabilité des soins aux malades. Selon les auteurs, au IV^e siècle, des hôpitaux ont été créés dans les villes dotées de cathédrales. Les soins infirmiers ont été institutionnalisés dans les hôpitaux à partir du 13^{ème} siècle (Gonçalves & Sena, 1998).

Wiggers et Donoso (2020) expliquent que les ruines découvertes dans la région du Danube conservent la mémoire des hôpitaux militaires romains du IV^e siècle. Selon les auteurs, l'un des hôpitaux les plus importants de l'histoire fut l'Hôtel Dieu de Lyon, en l'an 542.

La professionnalisation des soins infirmiers est considérée comme récente, tant au Brésil qu'en France. La reconnaissance en tant que profession, discipline, avec la définition de statuts, de règles et de formation professionnelle, commence au 19^{ème} siècle, mais progresse vers la formation universitaire au 20^{ème} siècle.

Au Brésil, la reconnaissance officielle de la profession a eu lieu en 1923, avec la création de l'école Ana Nery, à Rio de Janeiro. En France, en 1922, il y a eu la reconnaissance du brevet de capacité professionnelle. Mais c'est seulement à 1947 que la profession est véritablement reconnue par le décret du 31 décembre et les actes infirmiers sont autorisés comme auxiliaires médicaux (Auboin, 2021).

Les soins infirmiers avec formation universitaire sont apparus à la fin des années 1930 au Brésil et plus récemment en France, en 2009 (Santana, 2016). Des études indiquent que la formation de niveau universitaire a permis des avancées importantes pour la profession comme la création de postes d'encadrement et de gestion des soins, de gestion d'équipe de

santé ou la production de recherches en soins infirmiers, entre autres (Fortuna, Santana & Spagnol, 2014).

Les transformations de l'Institution infirmière constituent des remaniements de son cadre institutionnel qui influencent le mode de production des soins. Selon Monceau (2009, p. 7),

Ce qui s'y joue ne dépend pas que de la manière dont le professionnel mobilise ses compétences dans une situation complexe mais bien aussi du remaniement permanent du cadre institutionnel dans lequel il exerce (MONCEAU, 2009, p. 7).

Les interférences produites par d'autres institutions étaient présentes et ont été mises en évidence dans l'axe 1, comme la médecine, l'hôpital et la gestion. Les réponses des infirmières aux dilemmes sont produites par les compétences qu'elles mobilisent, mais surtout par les institutions avec lesquelles elles sont impliquées. L'analyse des implications professionnelles permettra d'éclairer les appartenances. Le principal outil théorique mobilisé dans l'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles est l'implication professionnelle (Monceau, 2003).

L'infirmière E13-BRA a évoqué le retrait de l'École d'infirmières de la coordination des NSF. Auparavant, celle-ci était conjointe entre la Faculté de médecine et l'École d'infirmières mais les tensions historiques entre les professions infirmière et médicale ont fini par dissoudre cette coopération. E13-BRA s'interroge sur ce processus :

[E13] C'est... c'était difficile, c'était très difficile, le personnel là-bas... la Faculté de Médecine est difficile, parce que... je pense que c'est un peu un choix historique, je ne peux même pas expliquer d'où ça vient. (ESF-BRA).

Au cours de l'entretien, E13-BRA a analysé le déroulement de sa propre carrière professionnelle et a fait part d'une difficulté rencontrée au début de celle-ci. Avant de travailler dans les NSF, E13-BRA exerçait son activité professionnelle à l'hôpital, ce qui l'a amenée à envisager de changer de profession. Les difficultés de l'infirmière brésilienne E13-BRA par rapport à la profession d'infirmière présentent des similitudes avec ce qu'a vécu l'infirmier français E13-FRA. Tous deux ont décidé de quitter l'hôpital public, elle a opté pour travailler dans le NSF (l'attention basique) et lui a opté pour un cabinet privé libéral.

Ce dilemme, entre continuer à travailler à l'hôpital ou bien le quitter, met en analyse les croyances et les valeurs attachées à la profession. Tous deux ont déclaré qu'ils ne trouvaient plus ces "valeurs" à l'hôpital et ont opté pour d'autres lieux de travail. Ce choix met en lumière les implications idéologiques des professionnels et le fait que celles-ci sont en tension avec les modalités, aujourd'hui instituées, de la production des soins dans les hôpitaux.

Monceau (2010) mentionne une expression utilisée par René Lourau pour expliquer comment les individus sont impliqués dans les institutions : " les institutions qui parlent par le ventre en parlant par la bouche de l'individu " (Monceau, 2010. p. 30). Ainsi, la longévité professionnelle réduite des infirmières à l'hôpital est analysée d'une forte tension entre leurs implications idéologiques (produites au cours de l'histoire de la profession infirmière) et la réalité des modes de gestion actuels.

Selon Amouroux (2019), en France, 30% des jeunes diplômées abandonnent la profession infirmière dans les cinq ans de travail. Après la crise du Covid-19, 37% ont envie de changer de métier et 47% ne savent pas s'ils vont rester dans la profession dans les cinq ans (Ordre national des infirmiers, 2021).

Dans les domaines de l'attention basique et des soins primaires, des infirmières expriment certaines tensions qu'elles vivent dans leur quotidien professionnel, comme par exemple leur désaccord avec le fait de devoir réaliser certaines tâches qu'elles estiment être « hors exercice professionnel » ou indirectement liées aux soins, mais nécessaires au fonctionnement du service de santé. L'infirmière E1-BRA s'interroge ainsi sur sa responsabilité dans la gestion du remplacement d'une ampoule, la réparation d'un robinet ou d'un ordinateur.

Ce que E1-BRA refuse lorsqu'elle dit « je suis mal utilisée », c'est la division du travail et de la distribution des tâches existant dans ce service de santé. Fortuna (2016) remarque que l'analyseur argent dévoile la hiérarchie et la valeur sociale attribuées aux différentes fonctions. Elle montre également le renforcement de la place des tâches "domestiques" dans le travail des infirmières.

Dans le contexte français, le Centre de Santé a révélé une pratique infirmière également soumise au pouvoir médical. L'infirmière E8-FRA m'a fourni la photocopie d'une liste manuscrite des activités réalisées au cours d'une journée de travail, qu'elle venait de compléter à la demande du coordinateur de services. L'analyse des documents a montré une pratique professionnelle infirmière en soins primaires assez liée à la gestion du matériel et des fournitures.

En plus d'une liste d'activités, l'infirmière E8-FRA a photocopié pour moi un formulaire d'autorisation médicale pour effectuer certaines pratiques professionnelles en cas d'urgence. Le formulaire contenait certaines informations telles que le nom et le numéro du dossier médical, des options pour cocher le type de soins effectués et, à la fin, une signature médicale. Le formulaire semble être signé par le médecin avant même de le remplir, ce qui démontre une pratique habituelle de l'établissement.

La singularité française éclaire ici, par contraste, l'autonomie acquise depuis des décennies par les infirmières brésiliennes dans ce type de soins. Le formulaire est un analyseur qui révèle la production d'un soin médico-centré, montrant que la décision de certaines pratiques de santé relève de la responsabilité médicale et que ce n'est que dans les situations d'urgence que la décision revient à l'infirmière.

Un autre point important qui apparaît à la lecture de ce formulaire est que des actions telles que la vaccination, les pansements, la vérification des signes vitaux et la mesure de la glycémie sont couramment effectuées par l'infirmière, mais sur prescription médicale. Contrairement au Brésil où ces pratiques ne requièrent pas d'autorisation médicale et où l'infirmière et les techniciens en soins infirmiers ont l'autonomie de décider et d'effectuer ces procédures. Cette autonomie est le fruit de nombreux débats et confrontations entre le Conseil Fédéral des soins infirmiers et celui de la médecine.

L'analyseur historique pandémie de COVID-19

Au début de l'année 2020, la pandémie causée par la Covid-19 est apparue comme un important analyseur historique révélant l'institué de plusieurs institutions, leurs modes de fonctionnement, provoquant ruptures et dysfonctionnements. Les temporalités ont été modifiées, les processus qui prenaient normalement un certain temps pour être transposées, se sont déroulées plus rapidement. Les analyseurs historiques sont "des événements qui révèlent les contradictions d'une époque et produisent une analyse en acte dont le savoir institué est effectivement incapable" (Lourau, 2004, p.146).

Au Brésil, durant la pandémie, les soins hospitaliers étaient considérés comme des soins de première ligne, c'est-à-dire que l'hôpital était considéré comme l'établissement de santé le plus important durant la crise. Certains établissements de l'attention basique ont été transformés en services d'urgence ou ont dû transférer leurs professionnels dans des hôpitaux de campagne pendant la crise sanitaire. Un affaiblissement et une discontinuité des soins d'attention basique se sont alors manifestés par la réduction des interventions auprès des

femmes enceintes et des usagers souffrant de maladies chroniques, ceux-ci n'étaient plus suivis régulièrement.

Une étude documentaire sur les contradictions que la pandémie de Covid-19 a mises en évidence dans la gestion, au Brésil et en France, a révélé l'investissement dans l'hôpital et la médicalisation, avec le montage de centres spécialisés, au détriment de l'attention basique et de la prévention et de la promotion de la santé. En outre, elle a également mis en évidence la normalisation et la vulnérabilité de certaines classes sociales, ceci en invisibilisant la pauvreté et les différences entre classes sociales et en affirmant l'hégémonie scientifique (Santana et al., 2020).

En France, la pandémie a mis en évidence l'importance des investissements dans les hôpitaux publics. Les établissements de soins primaires ont développé les consultations vidéo et les activités de groupe ont été interrompues.

Fournier et al. (2021) ont mené une étude, entre mars et décembre 2020, sur les reconfigurations des soins primaires dans six territoires de l'hexagone. Ils ont observé deux mouvements antagonistes: l'affaiblissement ou le renforcement des dynamiques préexistantes. Selon le contexte, la pandémie a suspendu, activé ou élargi la coopération multiprofessionnelle et la coordination intersectorielle préexistantes, sans toutefois créer de nouvelles initiatives.

Il apparaît que la singularité des soins infirmiers en attention basique et en soins primaires est réduite par l'institutionnalisation de la NGP via la généralisation d'un mode de gestion de type hospitalier. Ceci étant particulièrement visible en période de pandémie.

AXE 2 - Contradictions institutionnelles de la NGP plus fortes dans le public que dans le privé

Relativisation des limites public-privé

Dans l'étude, la relation public-privé dans l'attention basique et dans les soins primaires a révélé différents types de modalités de gestion, comme le montre le tableau 1. Au-delà de la configuration juridique ou administrative, la relation public-privé présente des modes de mise en œuvre variés dans chaque contexte investigué, notamment dans le contexte français.

Tableau 1 – Caractérisation du type de gestion des établissements de santé étudiés

Brésil	Type de Gestion
NSF (Ribeirão Preto)	Public avec l'administration hospitalier
USF (Ribeirão Preto)	Public avec administration directe municipale
UBS (Ribeirão Preto)	
Consultório na Rua (Porto Alegre)	Public avec l'administration par Organisation Sociale (OS)
USF (Porto Alegre)	
UBS (Porto Alegre)	Public avec l'administration directe municipale
ESF (Porto Alegre)	Public sous administration par Organisation Sociale (OS)
France	Type de gestion
Collège	Public sous administration directe de l'État
Lycée	
CMP	Public sous administration hospitalière
CPEF	Public sous administration directe du département
PMI	
CMS	Public sous administration directe municipale
SSIAD	Association avec financement public
Crèche	Privé avec le financement public
Maison de Santé	
Pôle de Santé	
Cabinet soins infirmiers	

Source: Produit par le chercheuse (2021).

La séparation entre le financement et la gestion d'une part et l'exécution des soins d'autre part trouve son origine dans la généralisation de la NGP qui instaure une spécialisation croissante des tâches de gestion. Cette division crée une fragmentation et une complexification des relations entre la gestion et les soins et peut générer l'effet inverse de ce qui est attendu. En effet, la volonté affichée de rationaliser l'organisation des soins selon une logique de type privé, centrée sur les clients, peut produire une augmentation des coûts par la

duplication des actes, comme l'augmentation des demandes d'examens entraînant celle des procédures, entre autres (Santos, Ugá & Porto, 2008).

Dans cette recherche, la relation public-privé a été mise en évidence par les tensions produites entre les travailleurs et les usagers du SUS. Une manifestation de ces tensions a été la grève des travailleurs de l'IMESF à Porto Alegre. Ce mouvement de protestation a entravé la production de données sur ce terrain.

En 2011, lors de la création de l'IMESF, les syndicats avaient lancé une action judiciaire pour que soit considérée comme illégale la gestion de services publics par une fondation publique de droit privé. En 2019, cette action judiciaire a été jugée inconstitutionnelle par le Ministère de la Justice et les professionnelles ont commencé à être licenciées par l'IMESF. L'administration de Porto Alegre/RS, au lieu d'ouvrir le concours public pour recruter des professionnels municipaux, a alors décidé de maintenir l'administration indirecte par une fondation privée, sans fins lucratives, appartenant à un hôpital privé. Donc, au moment de mon enquête sur ce terrain, il y avait un contexte très chaud, de disputes politiques et économiques. Ces mouvements m'ont informé sur les tensions politiques et institutionnelles produites par la NGP mais ont limité l'accès direct aux terrains et aux personnes.

La difficulté à obtenir des rendez-vous pour réaliser des entretiens à ce moment-là était liée à cette situation. Comment les infirmières pourraient-elles faire des analyses du travail, sans travail? Elles souhaitaient l'annulation de la décision des gestionnaires publics. J'ai décidé d'accompagner quelques manifestations pour mieux comprendre le processus et échanger, de manière directe et informelle, avec les infirmières et infirmiers.

Je me suis alors souvenu du texte que Lapassade a écrit en préface de l'ouvrage *L'illusion pédagogique*, de René Lourau. Lapassade y rapporte que, pendant mai 1968, Lourau essayait de réunir le groupe d'analyse institutionnelle, mais que Georges Lapassade et Daniel Cohn-Bendit étaient absents car ils avaient décidé de participer à l'occupation du bâtiment de la présidence de l'Université de Nanterre, avec les manifestants. Lapassade a préféré vivre par l'intérieur le mouvement. Ailleurs, il a aussi aidé les manifestants à mettre un piano dans l'espace extérieur de la Sorbonne (Lapassade, 1969, cité par Rodrigues, 2020).

Les refus des professionnels de répondre à mes demandes d'entretiens à Porto Alegre ne peuvent pas être interprétés uniquement comme des « échecs », ils sont à comprendre dans le contexte spécifique du champ d'intervention :

D'une part, ils peuvent être provisoires: si vous savez patienter, une autre conjoncture d'enquête peut s'avérer favorable. D'autre part, les refus

d'entretien sont *toujours instructifs*, à condition que vous preniez le temps d'en analyser les raisons. À chaud vous n'avez pas tout de suite la clé d'interprétation, mais vous la trouverez en progressant dans votre enquête. Vous pouvez aussi vous faire aider par vos alliés pour comprendre pourquoi Untel a refusé de vous parler à tel moment. Vous pouvez aussi vous décider, grâce à ces refus, à travailler par observation (Beaud; Weber, 2010, p.169).

L'expérience brésilienne éclaire le contexte français au regard d'une réalité plus avancée de la mise en œuvre de la NGP. Une scène observée au SSIAD, suite à un entretien, a attiré mon attention sur la relation public-privé. Après l'entretien avec l'infirmière E4-FRA, travaillant pour un cabinet privé prestataire de soins à domicile de l'établissement public, s'est assis devant l'un des ordinateurs du SSIAD et a commencé à l'utiliser. Intrigué, j'ai décidé de poser des questions sur l'utilisation des équipements du service public. L'infirmière m'a confirmé que le prestataire avait accès aux dossiers médicaux du patient.

[Chercheuse] J'ai été étonnée par une scène que j'ai observée au SSIAD. Au cours de l'entretien, l'infirmière m'a dit qu'elle travaillait dans un cabinet privé, un service associé au SSIAD. Une fois l'entretien terminé, nous nous sommes dit au revoir, je suis allé sur le canapé pour organiser mes affaires. L'infirmière s'est assise devant l'un des ordinateurs du SSIAD et a commencé à l'utiliser. J'ai immédiatement pensé, j'ai dû mal comprendre, elle doit être une infirmière SSIAD. J'ai décidé de demander confirmation. Elle était infirmière de cabinet privé et avait accès au matériel du SSIAD afin d'accéder aux dossiers médicaux des patients. Je trouvais étonnant qu'un professionnel de cabinet privé utilise les ressources publiques (Journal de recherche, décembre 2019).

La difficulté de trouver les limites entre le secteur public et le secteur privé en France suggère que la ligne de démarcation entre eux est très fine. Faire connaissance avec la Maison de Santé, un établissement privé financé par des fonds publics, a confirmé une plus grande mise en œuvre de la NGP dans ce pays.

La Maison de Santé consiste en un regroupement de professionnels libéraux, visant à la constitution d'une équipe de soins coordonnés. Le contexte français a montré une pratique professionnelle infirmière en soins primaires, fortement basée sur une performance libérale, qui résiste au contrôle de l'État et défend l'autonomie professionnelle.

L'institutionnalisation de ces partenariats public-privé soulève de nombreuses questions, comme la nature et l'effectivité de la coopération entre acteurs, les relations de pouvoir qui s'y développent, les asymétries de ressources qui persistent, les conséquences de la participation accrue et formalisée des entreprises à la coopération sanitaire (Guilbaud, 2015).

En France, la discussion sur les transformations des missions du service public n'est pas nouvelle, les intentions liées à la NGP sont de faire évoluer sa mission dans le temps, en fonction des besoins sociaux et des changements technologiques :

la philosophie implicite est qu'il existe une différence entre être responsable d'une activité et la mettre en œuvre soi-même. L'État peut être responsable et l'activité exercée ou mise en œuvre par un organisme privé. L'idée n'est pas nouvelle dans le droit français, mais les techniques le sont. L'État doit-il nécessairement être propriétaire ou employeur pour fournir des services aux citoyens, ou peut-il acheter des services au meilleurs prestataires ? C'est ainsi qu'est posée la question de la révision des missions dans les pays de l'OCDE. (Trosa, 2007, p. 3).

L'infirmière E8-BRA a rapporté son expérience dans l'ESF de la ville de São Paulo gérés par OSS. Au cours de l'entretien, elle établit des parallèles avec la ville de Ribeirão Preto, où elle travaille au moment de l'entretien. Son discours met en évidence les signes d'institutionnalisation de la NGP, selon une logique de gestion privée, dans les services de santé publique gérés par l'administration municipale directe.

[E8-BRA] la différence... c'est très différent, j'ai travaillé là-bas [São Paulo] dans la santé familiale, c'est différent. Là, la demande (parle plus fort) de cibles est... c'est comme ça... c'est flagrant. Ici, je ne ressens pas cette pression, je sais que nous avons un nombre de visites à effectuer, la couverture, mais nous n'avons pas ce contrôle strict (ton de voix plus fort). Mais il y a le secrétariat, il est là depuis peu de temps, mais d'après ce que les filles [les autres infirmières] m'ont dit... avant, il n'y avait pas un nombre X de consultations (à réaliser obligatoirement), aujourd'hui il y a (ESF - BRA).

Les résultats de ma recherche font apparaître des rapports avec les résultats de Valentim (2016) dans sa thèse de doctorat réalisée sur les effets de la NGP dans le secteur de la petite enfance au Brésil en France, ceci en adoptant la même démarche socio-clinique institutionnelle que moi-même. L'étude conclut que les effets sont plus forts dans les établissements éducatifs publics que dans les structures privées. Dans le service public, il y a un manque de ressources matérielles, d'argent et de personnel.

Le NMP, qui inspire la NGP, a été pensé pour transformer les organisations publiques

La NGP a été construite avec l'objectif de transformer le modèle de gestion bureaucratique, son but est aussi de réduire la taille de l'État en déléguant ses missions à des services privés.

Par le biais d'une analyse documentaire, j'ai cherché à identifier les premiers documents publiés dans le champ de la santé qui présentaient les caractéristiques de la NGP, en recherchant par mots clefs tels que: indicateurs, objectifs, résultats, performance, excellence, qualité, entre autres. J'ai ainsi identifié un vaste ensemble : publications, manuels, recommandations, programmes informatiques (logiciels)... qui documente le large processus d'institutionnalisation de la NGP dans la santé. Ce processus apparaît dans les documents des organisations internationales comme les documents fonctionnels des services locaux. Il existe aujourd'hui, concernant le NMP et la NGP, une relation globale-locale bien établie.

L'un des plus anciens documents identifiés se trouve sur le site de l'OMS et s'intitule *Motivation and Health Services Performance*, il a été publié en 1988. Il s'agit d'un manuel de sept chapitres qui aborde les bases de la motivation et de la performance au travail pour les gestionnaires de la santé. Fondé sur la théorie des besoins humains fondamentaux de Maslow et sur la théorie des deux facteurs de Herzberg. Ce manuel se termine par une proposition de questionnaire destiné aux professionnelles de santé.

Le document *Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail*, en portugais, publié en 2014, est la mise à jour d'un document de 1998. Le manuel traite d'une méthode de calcul, produite par l'OMS, afin d'estimer le nombre de professionnels nécessaire en fonction du type de service de santé. Il présente des outils permettant d'examiner et d'harmoniser la répartition des tâches entre les catégories professionnelles, en uniformisant les temps nécessaires aux soins.

Dans les entretiens individuels, l'infirmière E15-BRA a décrit comment le double processus de désinstitutionnalisation d'un modèle d'attention basique et d'institutionnalisation d'une nouvelle logique s'est déroulé, avec le Programme « Saúde na Hora » (Santé dans l'heure), dans l'établissement qu'elle dirige situé dans le sud du Brésil.

Cet établissement de santé a été construit dans les années 1970, lors de la création de l'Institut National de la Sécurité Sociale (INPS) et a reçu le nom de Poste de Soins Médicaux (PAM). En 1989, il était géré par l'État et ce n'est qu'en 1996 qu'il est passé sous gestion municipale, recevant le nom de Centre de Santé (Araújo, 2005).

En 2019, ce service de santé était composé d'une UBS, avec des professionnels statutaires et de 4 équipes ESF embauchées par l'IMESF. Ces professionnels travaillaient depuis 7 ans sur le territoire où j'ai enquêté. De nombreuses tensions sont apparues durant cette période, des manifestations sociales et grèves ont été organisées par les professionnels de l'IMESF avec un soutien social, mais elles n'ont pas suffi à empêcher les licenciements, entraînant la fermeture partielle de 68 unités de santé (Weber, 2019). Tout au long de l'année 2020, en pleine pandémie, il y a eu la fermeture totale d'au moins 4 unités de santé (Laranjeiras, Jenor Jarros, Vila Elisabeth et Pitinga) la plupart dans une région de grande vulnérabilité sociale (Bitencourt, 2020).

En huit ans de gestion, l'infirmière E15-BRA présente le processus de réduction du nombre de professionnels médicaux et la précarisation du service, ce qui se traduit par une moindre capacité à servir la population de ce territoire.

[E15-BRA] Au moment de l'union de ces deux unités [UBS + ESF], nous avions 70 heures de médecin clinicien pour 60.000 habitants... c'était une grosse demande... Tout ce que nous avons essayé de mettre en place les années précédentes, l'accueil de l'infirmière a été ruiné parce que quand vous ouvrez la porte le matin et qu'il y a 50 personnes qui attendent et que dans votre planning il y a 20 consultations disponibles... c'est soit le choix de Sofia, soit la personne qui est arrivée à 4h30 du matin, même si elle n'est pas la plus importante dans la file d'attente, avez-vous le courage de dire qu'elle n'aura pas ce qu'elle veut? A la fin, l'accueil s'est terminé et est devenu inévitablement une fiche parce que... physiquement, nous n'avons pas distribué une fiche, nous avons distribué un mot de passe pour organiser la file, que celui qui arrive en premier soit vu en premier, mais quand j'ai fini d'écouter 20 personnes ou quand j'ai fini d'écouter 25, 30... jusqu'à 10 heures du matin nous en avons fait 90, donc tout ce travail que nous avons essayé

de mettre en place les années précédentes. ... on avait assez d'infirmières, on avait assez de techniciens [d'infirmiers], c'est parti à vau-l'eau... quand en 2013... l'unité est arrivée avec 20, avec 3 techniciens infirmiers, même s'ils sont tous 40h... et un peu avant la mise en place de tout ça il y en avait 11, je suis arrivé avec 179h de médecin et à la fin de ça j'étais avec 70h, donc il y a eu une fabuleuse précarisation [ton élevé] (CS – BRA).

Bien que l'infirmière cadre ait évité le « choix de Sophia »¹², celle-ci devait faire un choix. Faire des choix et prendre des décisions les mettant en situation de dilemme a été le quotidien des cadres et des professionnels de la santé face aux transformations introduites par la NGP qui, pour ce service, consistent principalement en une réduction des effectifs et à la détérioration du service rendu à la population.

L'accès avancé agit comme un transducteur institutionnel de la NGP, selon la conceptualisation de Monceau (2009), en se présentant comme un outil utile de rationalisation des coûts, alors que le résultat produit est précisément l'inverse de ce qu'il propose. Au lieu d'élargir l'accès, elle le réduit, mais a des effets sur les pratiques professionnelles et sur la façon dont les soins de santé sont produits.

Les pratiques infirmières avancées ont été mentionnées dans les entretiens comme une solution dans les situations où il y a une pénurie de professionnels médicaux dans le service de santé et comme un moyen d'élargir l'accès des usagers aux services de santé. Certaines infirmières ont entrevu un nouvel espace professionnel dans la pratique avancée, recherchant une valorisation sociale et l'acquisition de nouvelles compétences. D'autres ont lié cette nouveauté à la précarité du travail dans le champ de la santé et à la surcharge de travail des infirmières.

En France, dans un CMP, j'ai aussi entendu le désinvestissement dont ont souffert des établissements publics au cours des dernières décennies. E14-FRA explique l'augmentation du contingent d'usagers sur ce territoire par le besoin accru d'actions de santé mentale. La pratique habituelle est alors d'orienter les usagers excédentaires vers des structures privées:

[E14] Et également on a... le CMP ah... il existe depuis, donc j'ai dit depuis les années 70 et à l'époque il y avait un certain nombre d'habitants et il y

¹² La métaphore "le choix de Sophia" est une expression utilisée en référence au roman de William Styron, publié en 1979, dans lequel le personnage est confronté à un dilemme dans lequel il doit prendre une décision entre deux situations considérées comme antagonistes ou incompatibles.

avait un CMP pour ce nombre d'habitants et depuis il y en a eu beaucoup plus... plus de personnes qui habitent la ville et il n'y a toujours qu'un seul CMP, et ils devraient normalement créer... ouvrir un deuxième, mais ça sera dans l'avenir ... puisque il y a beaucoup de patients qui nécessitent des soins psychiatriques... donc il y a certains patients qu'on ne peut pas prendre en charge, nous on leur propose la gratuité, quand ils viennent nous voir... voir le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière, tout est gratuit et certains patients... quand il est... le patient qui a les moyens (financiers), je le demande d'aller voir un médecin... de voir un psychiatre libéral, de voir l'infirmière libéral, on ne peut pas s'occuper de tout le monde (CMP-FRA).

Dans les domaines d'intervention de cette recherche, les pratiques de santé et les pratiques professionnelles infirmières ont été fortement impactées dans les deux pays. Dans le sud du Brésil, l'infirmière E15-BRA est responsable d'un centre de santé depuis 8 ans. Dans cette interview, elle a fait état de la mise en œuvre d'un nouveau programme fédéral, le "Health on Time". Dans son discours, elle décrit et analyse la mise au rebut vécue dans l'établissement de santé.

[E15-BRA] Depuis que j'y suis entrée, c'est un immense chantier de ferraille, ha..... c'était une sorte de chose qui nous torture... quelque chose presque comme le mal avec la population, considérant que la USF avait presque 12 000 habitants, notre... à ce moment-là il a été décidé d'unir les deux unités et l'union des deux unités apporterait la "Santé dans l'heure"... pour rendre possible la "Santé dans l'heure", ils ont voulu s'unir et l'unité de base a été complètement mise au rebut. L'ordre était, comme vous l'avez, de commencer. Même s'ils avaient voulu dire non, ils (la direction) se fâchent... je dis, ils se fâchent avec ce discours. En fait c'est une grosse arnaque, on est devenu un PA, on est devenu une salle d'urgence. (Centre de Santé-BRA).

Le verbe "torturer", utilisé par l'infirmière E15-BRA, exprime l'un des différents effets des nouvelles politiques de santé en cours au Brésil, sur les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique. À partir de 2019, le gouvernement fédéral a avancé dans la création de nouvelles politiques de santé considérées, les " bases de la réforme de l'APS ", parmi lesquelles Previne Brésil, "Santé dans l'heure" et Médecins par le Brésil (HARZHEIM, 2020).

Dans le public, il manque des ressources, il manque de l'argent, il y a une surcharge de travail

La logique de précarisation de l'établissement public, notamment ceux gérés par le public (administration directe), entraîne une surcharge de travail pour les infirmières dans les deux pays. Deux mouvements simultanés ont été mis en évidence dans la recherche: en même temps qu'il y avait une réduction du personnel, il y avait aussi une augmentation des activités de gestion et des objectifs à mettre en place.

[E6-BRA] Il y a une pénurie de ressources humaines pour les soins infirmiers, pour le médecin, pour le dentiste. (UBS-BRA)

[E1-FRA] Pour tout le monde il y a la surcharge de travail parce qu'on nous demande plus avec moins de moyens, donc... on a toujours le même financement mais beaucoup plus de patients. (SSIAD-FRA)

[E14-FRA] Oui, et là il manque aussi de... on manque beaucoup de personnel aussi, là nous... normalement il y avait trois infirmières et nous... nous ne sommes que deux... et on ne trouve personne... enfin... on publie le poste, le poste est publié, personne... pourtant... le CMP c'est... un service en général qui plaît surtout parce que... on a des horaires qui sont agréables, on commence à 9 heures le matin et on finit à 16 heures 45, ce sont des horaires de journée, donc ce sont souvent des infirmières qui ont travaillé longtemps dans les services qui ont commencé tôt et fini tard. A un moment, elles veulent aller travailler au CMP par rapport à cette facilité, enfin... par rapport aux horaires plus agréables. Et donc normalement il y a une demande pour le CMP, mais là... en ce moment les infirmières sont un peu épuisées, elles n'ont pas envie de changer de service. Enfin, donc...c'est compliqué et donc... on est effectivement sur (ce manque de personnel infirmier) et aussi médical, on manque de psychiatre, cruellement de psychiatre (CMP-FRA).

En tant que transducteur institutionnel de la NGP, les "pratiques avancées" transforment les pratiques professionnelles infirmières en attention basique en pratiques standardisées. Les infirmières disposent d'une faible autonomie et c'est la clinique basée sur les consultations individuelles qui est valorisée au détriment des activités collectives

d'éducation et de promotion de la santé. L'approche quantitative et les statistiques font référence pour évaluer la qualité du service.

En France, l'institutionnalisation de la pratique avancée en soins infirmiers est récente, elle a été instaurée à partir de la loi de modernisation du système de santé, n°2016-41, du 26 janvier 2016 (République Française, 2016). Dans ce pays, il existe 28 universités qui proposent des cours sous la forme de masters, d'une durée de trois ans. On estime que 3 à 5% des infirmières françaises ont le titre d'Infirmière de Pratique Avancée (IPA), ceci selon les données de l'Association Nationale des Infirmières de Pratique Avancée (ANFIPA, 2021).

AXE 3 - Contradiction entre la valorisation actuelle de l'autonomie et de la réflexivité des professionnelles et le cadre bureaucratique de la NGP

Réflexivité des infirmières dans un cadre très bureaucratique

La réflexivité est une compétence qui, selon les programmes de formation, doit être développée au cours de la formation et dans la pratique professionnelle infirmière dans les deux pays. Au Brésil, la formation à une posture critique-réflexive est prévue dans les Directives Curriculaires Nationales (DCN) de 2001 et la résolution n° 573 de 2018 (Brasil, 2001; Brasil, 2018). En France, la formation est menée en vue de la formation d'un professionnel autonome, responsable et réflexif (République Française, 2008).

Monceau (2005) mentionne que la valorisation d'une posture individuelle du praticien réflexif trouve son origine dans les études sur la professionnalisation de l'enseignement en Europe dans les années 1990. L'auteur souligne que cette perspective tend à renvoyer l'individu à l'analyse de ses propres difficultés et contradictions, laissant les dimensions institutionnelles au second plan.

De nombreuses modalités et dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles sont nés en France à cette époque, comme le Groupe d'Entraînement et d'Analyse des Situations Éducatives (GEASE) et la modalité liée à l'analyse institutionnelle, appelée Analyse Institutionnelle des Pratiques Professionnelles (AIPP), initiée principalement par Gilles Monceau (Monceau, 1998; Monceau, 2002; Guillier, 2005; Monceau, 2008).

Au Brésil, les dispositifs de la méthodologie de problématisation (Freire, 2019), les dispositifs des politiques EPS et PNH (Fortuna, 2016), en plus de théories comme celles du groupe opératif (Pichon-Rivière, 2009), permettent le développement d'espaces pour la

production de la réflexivité, dans une perspective critique, en considérant les relations de savoir et de pouvoir dans un objectif de production de l'autonomie.

L'analyse institutionnelle et la socio-clinique institutionnelle offrent également des contributions à l'analyse et à la discussion de l'autonomie des sujets dans les institutions, comme la transformation des pratiques pour les connaître (Monceau, 2005), l'épistémologie de l'action et la rhétorique de l'intervention - l'agir collectif (Pesce, 2016; Pesce, 2017) et la transformation des pratiques institutionnelles pour lutter contre l'aliénation au travail (Monceau; Soulière; Fortuna, 2020b).

Dans cette recherche doctorale, la contradiction entre le sentiment d'autonomie qu'éprouvent certaines infirmières lorsqu'elles organisent leur travail et leur expérience de manquer de temps de travail pour remplir toutes leurs missions indique que la quantité de travail peut être supérieure à ce que peuvent assurer les professionnels présents dans l'établissement. Cette observation s'est avérée être l'un des principaux effets de la NGP sur les pratiques professionnelles infirmières en soins primaires.

[E14-FRA] Notre cas c'est différent... nous sommes très autonomes... c'est pour ça que j'aime mon métier, j'ai la chance de faire ce travail et vraiment (pour) moi c'est un plaisir d'aller travailler aujourd'hui, je travaille avec le patient aussi... nous on est assez autonome, mais à côté on manque de temps... là... par exemple, pendant 15 jours il y avait des vacances... On est deux infirmières, sur trois, il y avait des vacances pendant 15 jours, donc je me retrouve toute seule pendant 15 jours et j'ai deux médecins qui m'ont demandé à avoir des entretiens pour le petit et j'ai... j'ai... j'ai pris mon agenda... (CMP-FRA).

Retour à l'organisation scientifique du travail (taylorisme)

Les participants à la recherche évoquent une organisation du travail encore plus bureaucratique, soit précisément l'effet inverse de ce que proposait la NGP, ce que j'appellerais la "Nouvelle Bureaucratie Publique". Les infirmières ont rapporté le sentiment d'un temps accru pour les activités de gestion, par rapport à l'activité de soins directs à l'utilisateur et d'éducation à la santé.

[E8-BRA] Quand j'ai commencé en 2002... la partie bureaucratie (actuellement) est très, très, très augmentée, je pense... plus de 100% de papier. Et nous n'avions pas ça au début. (USF-BRA)

[E9-BRA] Cette question de temps et de bureaucratie ... je suis totalement d'accord avec la systématisation [système des soins infirmiers], je pense que nous devons documenter, nous devons avoir les outils pour vraiment nous guider et même qualifier le soin, mais parfois cela devient très bureaucratique, vous remplissez 2, 3 systèmes avec les mêmes informations. (USF-BRA)

[E6-FRA] Par rapport au moment où je travaillais... il y a vingt ans où il n'y avait pas la nouvelle gestion publique... et maintenant, je gère. Mon employeur me demande plus de choses. J'avais le temps, par exemple, de faire de la diététique, de préparer des outils sur la diversification alimentaire des enfants. Au jour d'aujourd'hui, je n'y arrive plus. Ce n'est pas possible parce qu'il faut remplir plein de tableaux de gestion, de suivi de l'activité. Voilà que je n'avais pas (ça) il y a quand j'ai commencé ma carrière (Crèche – FRA).

Selon Monceau (2009) ces processus sont à la fois porteurs d'une positivité institutionnelle (production de nouveaux cadres de référence), d'une négativité par la «déprofessionnalisation» qui perturbe les repères anciens et d'une négation de cette négation par une «reprofessionnalisation» qui réarrange les manières d'agir et de penser.

Plusieurs infirmières ont déclaré lors des entretiens que l'un des aspects "positifs" de la NGP serait la plus grande visibilité donnée au travail des infirmières. Lors des premiers entretiens où cet aspect est apparu, j'ai résisté à approfondir la discussion, car mes implications idéologiques voyaient davantage dans la NGP un modèle nuisible aux pratiques professionnelles infirmières et au SUS. Lors de la transcription des entretiens, je me suis rendu compte que j'avais redirigé le dialogue vers d'autres sujets.

Lorsque cette question est apparue de nouveau et que j'ai osé regarder au-delà de mes idéologies (Monceau, 2003), j'ai pu approfondir l'analyse avec les infirmières, ce qui était important pour accéder aux significations attribuées à cette " positivité ".

Selon les participants à la recherche, la NGP a contribué à augmenter la visibilité du travail produit par les infirmières dans les soins primaires, car le fait de présenter une liste

d'activités au manager, ou d'avoir un agenda avec des temps et des actes spécifiés, ou encore la réalisation du SAE, avec des enregistrements standardisés des actes, étaient des formes de délimitation du domaine de performance des infirmières, permettant de faire face aux autres professionnels de santé, les managers et les usagers.

La nécessité de rendre visible ce qui est fait est liée à des enjeux historiques de scientificité de leur savoir, de reconnaissance sociale et salariale, qui remontent aux origines de la professionnalisation des soins infirmiers. Le problème posé par cette "transparence" de ce qui est fait est le risque de réduire ce que Crozier et Friedberg ont appelé la zone d'incertitude et ainsi d'être contrôlé plus étroitement par le pouvoir établi.

La zone d'incertitude est un concept de la sociologie des organisations, élaboré par Crozier et Friedberg (1977). Selon les auteurs, les travailleurs exercent un plus grand pouvoir de négociation avec leurs supérieurs lorsqu'ils contrôlent une certaine zone d'incertitude du travail produit.

La durée des activités et les actes sont quantifiés

Les données ont révélé des pratiques professionnelles très en cohérence avec la NGP. La haute performance et l'excellence sont mesurées par des outils numériques qui quantifient les actes de soin, l'uniformisation des actes de soins par les protocoles et par un planning de travail (agenda) rigide et contrôlé dans le temps. J'ai été étonnée par certains plannings de travail car je n'en avais jamais vu d'aussi surchargés. C'est ce que j'écrivais en février 2019 dans mon journal de recherche:

[Chercheuse] Je suis arrivée à l'USP et Cinira m'a demandé: « Comment ça s'est passé? » J'ai répondu: « Magnifique, je suis étonnée du planning de travail. Je n'ai jamais vu un planning comme celui-là. C'est étonnant de prendre des rendez-vous avec les patients chaque 30 minutes. Mon objet est confirmé, les pratiques ne sont pas les mêmes. Il y a des interférences avec la NGP. J'ai pris plusieurs photos du planning de travail. (Journal de recherche, février 2019).

Un document partagé par l'une des infirmières brésiliennes, de Ribeirão Preto, a révélé une proposition d'agenda prédéfinie par le Cadre de la Division des Soins Infirmiers, qui établissait le temps d'exécution de certaines pratiques professionnelles individuelles,

comme la consultation puerpérale (30 minutes), la consultation des puericultrices (30 minutes), soins généraux avec les usagers chroniques souffrant d'hypertension, de diabète, collecte des examens cytopathologiques, consultation avec les usagers souffrant d'infections sexuellement transmissibles, consultation prénatale, réalisation de pansements, retours en général (30 minutes), planning familial (60 minutes), 1^{ère} consultation prénatale (60 minutes). La visite à domicile et l'activité éducative collective ont été répertoriées, mais sans détermination de temps.

Selon l'infirmière E2-BRA, ces temps ont été estimés selon des calculs effectués par le Secrétariat de la santé, sur la base des paramètres d'assistance prévus par l'ordonnance n° 1.631 de 2015 (Brasil, 2015), en tenant compte des caractéristiques de population du territoire et de la capacité de l'équipe sanitaire. Dans son cas :

[E2-BRA] C'est nous qui déterminons l'offre, combien de rendez-vous j'ai mis à disposition, combien j'en ai mis dans l'agenda, combien (de personnes) étaient absentes, combien sont venues. Ensuite, il s'agissait de calculer toutes les pertes. Pour la consultation infirmière, je devais programmer 533 places (selon les prescriptions de l'administration), je n'en ai programmé que 400 (NSF-BRA).

À Ribeirão Preto et à Porto Alegre, l'organisation du travail était contrôlée par le coordinateur, avec l'appui du numérique. Dans certains établissements, la durée de la consultation était de 30 minutes et elles devaient réaliser un minimum de 14 rendez-vous par semaine en plus de toutes les autres activités dont une part croissante de tâches de gestion. Une tension très présente dans les déclarations des infirmières était l'équilibre à trouver entre le temps consacré aux soins et le temps consacré aux activités de gestion.

[E2] Nous avons un modèle, un planning, c'est une modulation du planning du Secrétariat de la Santé. (NSF-BRA)

[E8] Il n'y avait pas un certain nombre de rendez-vous, aujourd'hui vous avez déjà, vous devez avoir un certain nombre de rendez-vous dans votre planning, vous devez avoir un planning pour visiter et ça vient de commencer ici. (USF-BRA)

En France, le contrôle du temps sur les carnets dans l'agenda du SSIAD et des infirmières était rigide. Les infirmières coordinatrices suivaient la réalisation des soins presque en temps réel. Les professionnels qui assuraient des soins à domicile disposaient d'un téléphone portable et étaient tenus de le badger lorsqu'ils arrivaient et quittaient le domicile du patient. L'infirmière coordinatrice contrôlait sur l'ordinateur si l'agenda était respecté, la couleur verte indiquant les soins fournis, la couleur jaune les soins en cours et la couleur bleue les soins à fournir.

AXE 4 - Résistances des infirmières à l'institutionnalisation de la NGP

Des outils qui permettent de tricher avec la commande

En analyse institutionnelle, la résistance est une force importante dans le processus d'institutionnalisation et d'auto-dissolution des institutions. Selon Monceau (1997), les contradictions présentes évoluent à partir de tensions et de conflits plus ou moins latents. Toutefois, ces contradictions peuvent demeurer imperceptibles pendant de longues périodes ou, éventuellement, apparaître soudainement au grand jour.

Monceau (1997) définit la résistance comme une force sociale qui s'oppose à une autre, appelée pouvoir. La résistance est une dynamique constituée par la contestation de ce qui est établi, par sa conservation ou par la production de nouvelles formes de pouvoir. L'auteur propose une analyse "par les résistances" et non pas "des résistances". Dans l'analyse par les résistances, il s'agit de comprendre ce à quoi résistent ceux qui résistent (Monceau, 1997).

Dans cette perspective, la résistance est définie par une dynamique de trois moments (figure 14) : intégratif, défensif et offensif. Le moment 'intégratif compose avec ce qui est établi, le défensif agit dans le sens de la disparition du pouvoir établi, l'offensif cherche la production d'un pouvoir alternatif (Monceau, 1997).

Les infirmières des deux pays ont révélé des techniques pour contourner la NGP dans leurs pratiques professionnelles et assurer les soins nécessaires à l'usager. Elles prévoient par exemple plusieurs créneaux horaires pour un même rendez-vous, utilisent le temps nécessaire aux soins et non le temps prescrit ou encore n'obéissent pas à certaines normes de productivité. Il s'agit là d'une sorte de désobéissance civile.

[E12-BRA] Notre horaire est structuré, 30 minutes à chaque rendez-vous, mais nous changeons par exemple, pour le premier rendez-vous prénatale, qui prend plus de temps, nous réservons 2 horaires. (Pour les rendez-vous de) santé des femmes, où en plus de collecter des examens, on doit faire un test rapide aussi, pour le premier rendez-vous mère-bébé, nous laissons généralement 2 horaires. (NSF-BRA).

[E1-FRA] Nous déterminons le temps qui va s'adapter à la mesure des actions de soins qui vont mettre en place, donc... si par exemple, le patient il se dégrade et il y a besoin de rajouter de temps, on en rajoute, point.» (SSIAD-FRA).

[M14-BRA] L'un des mots d'ordre du service est le suivant: d'abord le service, après le Secrétariat de la Santé. Si vous respectez toutes les commandes, vous ne travaillez pas dans le domaine de la Santé Familiale (...) ce n'est pas de la désobéissance civile, mais presque cela (rires). Le secrétariat¹³ demande beaucoup, j'essaie d'expliquer, vous voulez massacrer l'équipe là-bas, sans raison, comment faire le soin, c'est une confrontation. Les niveaux centraux demandent des choses aux services, ils doivent les repenser.» (Coord, Privé, BRA).

Les résultats indiquent des ressemblances avec les résultats de la recherche de Pilotti (2016), menée dans le cadre de sa thèse de doctorat réalisée sur la professionnalisation des masseurs-kinésithérapeutes à l'ère du numérique qui portait sur la manière dont le courrier électronique a transformé les pratiques professionnelles. Cette thèse était aussi menée, dans le cadre théorique et méthodologique de l'analyse institutionnelle. L'étude avait montré des formes de résistances des professionnels aux normes et aux règles institutionnelles, par exemple dans la manière dont les masseurs-kinésithérapeutes géraient les salles de soins afin de disposer d'un maximum de salles pour ne pas avoir à presser les patients.

Dans d'autres cas, le type de résistance semble s'intégrer au pouvoir établi, c'est la résistance de type intégratif (Monceau, 1997). L'infirmière E16-BRA a déclaré, par exemple, qu'elle savait que l'équipe réagirait mal à un nouvel objectif, elle a donc cherché un moyen

¹³ Il s'agit du secrétariat de la santé. Il administre les services de santé municipaux.

d'annoncer les nouvelles consignes d'une manière qui puissent être mieux acceptée par l'équipe :

[E16-BRA] Donc c'est une chaîne de charges... parfois je me surprends comme ça... (je me dis) qu'est-ce que je fais?... ce n'est pas parce que les choses viennent d'ailleurs que je vais les transmettre. Parfois on fait ça, de ne pas le mettre en avant, de traduire un ordre, une définition qui arrive ici... parce que je sais que si je le transmets comme je l'ai reçu, c'est fini... donc j'ai besoin de l'affiner... je vais avoir besoin de cette information, de ce nouvel objectif qui est en train de se mettre en place et le dire d'une manière différente que les choses circuleront mieux dans l'équipe (USF-BRA).

Il était très intéressant de suivre les contradictions présentes dans les déclarations des infirmières elles-mêmes, tout au long des entretiens. Les changements de position étaient fréquents, parfois contraires, parfois favorables, révélés par des moments de bégaiement, dans des phrases interrompues à mi-chemin, dans des moments de "réalisation" de ce qui était en train de se faire, ouvrant la voie à la production de nouvelles analyses.

Les résultats de cet axe montrent que les infirmières en soins primaires se trouvent sous la pression de fortes tensions économiques qui, avec la NGP comme modèle de gestion en santé, les poussent à être plus productives. Les résultats sont en résonance avec d'autres études qui discutent des limites de la NGP dans l'éducation et la santé.

Stiglitz (2017; 2021), économiste et prix nobel d'économie, considère que les quarante années de néolibéralisme ont provoqué l'affaiblissement de l'État. Selon lui, la dérégulation et la libéralisation financière produisent aussi de l'instabilité économique. En France, des spécialistes en sciences économiques et sociales soulignent l'inefficacité économique des politiques d'austérité menées pendant la crise de la zone euro et suggèrent d'écarter ce type de solution des manuels de gestion (Charles, Dallery & Marie, 2019).

Santos & Vieira (2018) citent une étude réalisée dans 25 pays européens, les États Unis et le Japon. On y a constaté que les coûts de la santé et de l'éducation sont multiplicateurs fiscaux par trois, c'est-à-dire qu'à chaque dépenses d'une unité monétaire dans ces champs, l'augmentation du Produit Interne Brut (PIB) serait de trois unités monétaires (Stuckeler & Basu, 2013 cité par Santos & Vieira, 2018).

Au Brésil, les recherches en sciences sociales et en économie en santé affirment que les politiques d'austérité implémentées, comme le gel des investissements publics pour 20 ans, peuvent être considérés comme de l'austérité sélective parce que leurs répercussions ne

sont pas les mêmes pour tous. Elles préservent et amplifient les gains des strates sociales les plus riches et ne contiennent pas la crise, elles visent la réduction de la taille de l'État (Santos & Vieira, 2018).

Considérations finales

Dans cette thèse de doctorat en cotutelle, j'ai cherché à analyser les répercussions de l'institutionnalisation de la Nouvelle Gestion Publique inspirée du New Public Management (NPM) sur les pratiques professionnelles des infirmières en attention basique au Brésil et en soins primaires en France, en m'appuyant sur le cadre théorique et méthodologique de l'analyse institutionnelle et la démarche socio-clinique institutionnelle.

Parmi les objectifs spécifiques, j'ai analysé des documents que j'ai identifiés tout au long de la recherche ou qui m'ont signalés par les infirmières elles-mêmes pendant le travail de terrain. En outre, j'ai cherché à caractériser les facteurs qui semblaient favoriser ou entraver ce processus d'institutionnalisation de la NGP dans le domaine de la santé et dans les pratiques professionnelles des infirmières.

Le questionnement croisé des pratiques infirmières des deux pays, en tant que méthode de production et d'analyse de données, a été un outil puissant pour analyser comment le modèle de la NGP traverse la profession dans deux pays ayant des histoires, des cultures, des économies et des systèmes de santé différents. La méthode de l'analyse croisée consiste à ce qu'une observation réalisée dans un pays devienne une question adressée à l'autre pays. Dans ce mémoire de thèse, différents exemples sont donnés de cette manière de procéder.

Il s'agit d'une méthode innovante pour les études qui s'intéressent à l'analyse des répercussions des politiques de santé et des modèles de gestion sur les pratiques professionnelles. Elle fournit des indices de la manière dont les professionnels conçoivent, transforment et mettent en œuvre les politiques publiques. L'étude a révélé que les implications professionnelles (idéologiques, libidinales et organisationnelles) influencent la manière dont ces politiques s'appliquent dans la vie quotidienne des services de santé.

Les dilemmes, les tensions et les contradictions vécus dans les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique, au Brésil et en soins primaires, en France ont montré que la NGP poursuit son institutionnalisation et que les transformations des logiques de gestion dans le domaine de la santé ont provoqué des transformations dans les pratiques professionnelles et dans la production de soins.

Dans l'axe 1, les résultats produits indiquent que les interférences entre la NGP et le modèle biomédical ont renforcé ce dernier. Au Brésil, les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique étaient centrées sur la famille et le territoire, elles mettaient en oeuvre un type de l'attention basique couvrant de nombreux besoins de la population, mais elles ont été traversées par la logique hospitalière (curativiste et médico-centrée), amplifiées par la NGP. En France, les pratiques professionnelles infirmières en soins primaires sont centrées sur l'individu, révélant un type de soins primaires sélectif car l'offre de soins était liée à un ensemble limité d'actions, avec des avancées dans la production de soins en équipes multiprofessionnelles.

Certains services de l'attention basique sont encore coordonnés par des médecins ou d'autres professionnels hospitaliers, s'éloignant ainsi de la logique de l'attention basique et des soins primaires en tant que coordinateurs des réseaux de soins, comme l'illustre le cas des Centres de santé familiale (Núcleos de Saúde da Família - NSF) au Brésil et des Centres Médico-Psychologiques (Centros Médico-Psicológico - CMP) en France.

Certains analyseurs ont émergé tout au long de l'étude, soulignant les contradictions institutionnelles présentes, telles que l'absence d'une salle pour la consultation infirmière, le temps prescrit pour la consultation infirmière, la nécessité d'une autorisation médicale pour effectuer certains actes, entre autres. Parmi les institutions les plus visibles de l'étude figurent la santé, la gestion, le travail, la médecine et le modèle biomédical.

Le terme "torturer", employé par une infirmière, décrit le processus de transformation vécu par les services publics en santé dans la réduction progressive du nombre de professionnels et celle des ressources, ce qui a un impact sur la capacité à répondre aux besoins de santé sur le territoire. L'étude a rendu explicite la manière dont la NGP a transformé l'attention basique et les soins primaires au cours des dernières années.

Sur l'axe 2, les résultats ont montré que la division entre ce qui est public et ce qui est privé est devenue très floue. Les politiques d'inductions gouvernementales en faveur des partenariats public-privés, poussées par les forces économiques et les organisations internationales, contribuent à la diffusion de cette logique.

Les pratiques professionnelles infirmières en attention basique et en soins primaires ont été fortement bousculées par les nouvelles logiques de gestion, avec la précarisation du travail, la réduction du personnel et l'augmentation du travail lié aux questions managériales. Deux mouvements simultanés ont été mis en évidence. En même temps qu'il y avait une précarisation du travail, avec une réduction du personnel, il y avait une augmentation des

activités managériales dans les pratiques professionnelles infirmières dans l'attention basique et en soins primaires.

Certaines politiques de santé, qui ont été mises en œuvre dans le cadre d'un ensemble de réformes des soins primaires, ont agi comme des transducteurs institutionnels, c'est-à-dire qu'au lieu d'élargir l'accès des usagers aux services publics de santé, elles ont provoqué l'effet inverse, à savoir la réduction de l'accès. Ces transducteurs transforment les pratiques professionnelles car ils réorientent les professionnels vers des activités individuelles et curatives, au détriment des activités collectives et de promotion de la santé.

Certaines infirmières ont rapporté la constance des situations de dilemmes au travail, ce qu'elles ont appelé "le choix de Sophia", car sans avoir la capacité de satisfaire tous les usagers du service de santé, elles devaient choisir ceux qui recevraient des soins et ceux qui seraient renvoyés ou orientés vers d'autres services. D'autres points mis en avant sont le sentiment de ne pas bien faire son travail et le sentiment de produire une pratique sans sens et éloignée des valeurs de la profession.

Dans les deux pays, les infirmières ont fait état d'expériences négatives du travail en milieu hospitalier et ont choisi de travailler dans l'attention basique ou en cabinet libéral, car elles y voyaient la présence d'une plus grande autonomie dans la production des soins.

L'axe 3 fait apparaître une contradiction entre l'autonomie et la réflexion au sein d'un travail de plus en plus bureaucratique. Les objectifs de contrôle du temps et du nombre de consultations pèsent sur la pratique professionnelle des infirmières. Il a été possible de percevoir comment les outils managériaux de la NGP ont été introduits dans la santé, sur la base d'indicateurs, d'objectifs et d'évaluations.

Le retour au taylorisme a été un autre effet de la NGP sur les pratiques professionnelles des infirmières, par l'augmentation des activités managériales. Les résultats indiquent que la réduction de la bureaucratie dans les services de santé publique est un mythe de la NGP, qui ne s'est pas concrétisé dans les domaines d'intervention étudiés.

L'évaluation "positive" de la NGP a été mentionnée par certaines infirmières, qui considèrent les protocoles, l'agenda structuré, les pratiques avancées et la systématisation des soins infirmiers (SAE) comme des formes de reconnaissance de leur savoir. Ainsi, il apparaît que les infirmières en attention basique et en soins primaires ne portent pas toutes le même regard sur la NGP.

En approfondissant l'analyse avec ces mêmes infirmières, il a été possible de comprendre que la profession poursuit sa recherche de valorisation sociale et de reconnaissance de ses savoirs/pouvoirs par rapport aux autres professions et qu'elle pourrait

voir dans la NGP un soutien en ce sens. Cependant, cette recherche permanente de valorisation conduit les professionnels à adhérer très vite à toute nouvelles connaissances susceptible de renforcer leur auto-affirmation.

L'étude montre que le risque d'être trop forte rationalisation du travail, par des listes d'actes accomplis et des agendas bien structurés, est de réduire le degré d'autonomie sur son propre travail et de se laisser contrôler par le pouvoir institué. Ainsi, maintenir une certaine zone d'incertitude dans son travail permet de conserver un certain pouvoir sur son propre travail.

L'axe 4 a montré que les professionnels peuvent être critiques, réfléchissent et analysent le travail qu'ils font. Il a été possible de percevoir différentes formes de résistance à la NGP dans l'attention basique et en soins de santé primaires, tantôt une résistance intégrative, tantôt une résistance défensive.

Les infirmières ont contourné la NGP en affichant plusieurs créneaux horaires pour un même rendez-vous, en utilisant le temps nécessaire aux soins et non le temps prescrit, en n'obéissant pas à certaines normes de productivité, en pratiquant une sorte de "désobéissance civile", entre autres.

L'analyse par les résistances a permis de prendre conscience des moments où les pratiques fonctionnaient selon l'institué ou selon l'instituant, ouvrant la voie à de nouvelles pratiques. Le fait de reconnaître que les infirmières sont traversées par des contradictions institutionnelles, que les sujets produisent les institutions et sont produits par elles, est une force du cadre théorique et méthodologique utilisé.

La présente recherche dialogue avec les résultats d'autres études traitant des effets de la NGP sur les pratiques professionnelles infirmières dans le domaine hospitalier et avec les études produites sur ses effets sur les pratiques professionnelles médicales, dans les deux pays.

En outre, les résultats sont en résonance avec des études plus larges produites par des sociologues et des économistes, qui s'intéressent aux répercussions de la NGP dans les domaines de la santé et de l'éducation. Certains de ces chercheurs sont catégoriques et considèrent la NGP comme une doctrine ou un militantisme réformateur qui devrait être supprimé des manuels de gestion, en particulier de la gestion dans les domaines sociaux.

Parmi les limites de cette étude, je voudrais souligner la non-inclusion des techniciens et auxiliaires infirmiers (au Brésil), des aides-soignants (en France) et d'autres catégories professionnelles dans le domaine de la santé, qui auraient pu apporter plus

d'éléments à l'analyse et aider à la compréhension de certaines des tensions soulevées dans l'étude, comme celles qui se produisent avec la profession de la médecine.

En ce qui concerne les apports de cette recherche doctorale en cotutelle pour d'autres études, la méthode de questionnement croisé des pratiques favorise les déplacements de l'analyse et la dénaturalisation des pratiques. La méthode aide à visualiser les autres éléments présents, ce qui nous permet de voir ce qui est déjà connu d'une manière différente.

À propos des contributions aux pratiques des infirmières dans l'attention basique et en soins primaires, la recherche a montré que les changements en cours ne représentent pas forcément des avancées dans la profession, comme la valorisation sociale et salariale. Au contraire, le résultat a été principalement de constater des répercussions en termes de précarité, de surcharge de travail et même des changements de profession dans le cas de la France.

Pour le domaine de la formation des professionnels infirmiers, cette recherche permet de mieux comprendre comment les pratiques infirmières circulent et se transforment dans l'attention basique et les soins primaires. Elle peut contribuer à la formation initiale et permanente des professionnels de la santé (EPS).

Pour les infirmières françaises, l'étude peut contribuer au récent processus d'universitarisation, initié en 2009, dans lequel la formation au niveau universitaire les rapproche du niveau de formation des professionnels médicaux et des autres professions de santé.

Dans le domaine de la gestion, la recherche contribue à la compréhension des modes de mise en œuvre des politiques de santé et de gestion. Elle montre comment ces politiques et cette gestion traversent les pratiques professionnelles et comment elles sont conçues, transformées et mises en œuvre par les professionnels de la santé, guidés par les implications professionnelles.

En ce qui concerne les contributions à la société, l'étude montre que les réformes en cours, fondées sur une priorité donnée à la réduction des coûts, ont aussi réduit l'offre d'actions et de services de santé publique, sans améliorer la qualité des soins. Les services de santé publique ont révélé la réduction continue de leur capacité à servir la population, renvoyant les usagers vers les services privés, les usagers que les services publics ne peuvent pas recevoir.

Sur la base de ce qui a été présenté tout au long de cette étude, j'espère qu'elle puisse contribuer à la production de contre-institutions, en potentialisant les petites révolutions

quotidiennes qui se matérialisent dans la pratique professionnelle des infirmières sous forme de tensions, de remises en question et de contradictions institutionnelles.

J'espère également que les résultats actualisent des pistes susceptibles de conduire la profession vers la recherche d'autonomie, de meilleurs salaires et de reconnaissance sociale tant souhaitée tout en améliorant le service rendu à la population.

Análise das implicações da pesquisadora no doutorado e na produção da pesquisa

A análise das implicações do pesquisador na produção da pesquisa constitui um dos princípios centrais nos estudos sob o referencial da análise institucional e da socio-clínica institucional. A história pessoal do pesquisador influencia as escolhas profissionais e vice-versa, em um entrelaçamento nem sempre visível, mas determinante no modo de olhar para o seu objeto em estudo.

As pesquisas que assumem a existência da relação entre pesquisador e seu objeto, buscando demonstrar o modo de fabricação deste estudo, propõem um novo campo de coerência do que seja pesquisa científica, pois interrogam as noções de neutralidade e distanciamento, como requisitos únicos do método científico.

A escolha do objeto de pesquisa não se dá ao acaso, ele é construído a partir das experiências e caminhos trilhados pelo pesquisador. A conformação do objeto de pesquisa passa pelas implicações primárias e secundárias. As implicações primárias são aquelas ligadas diretamente ao objeto de pesquisa, à demanda inicial e às demandas sociais. As implicações secundárias estão relacionadas às questões históricas, sociais e epistemológicas (LOURAU, 2004). As implicações podem ser sistematizadas como implicações organizacionais, ideológicas e libidinais (LOURAU, 1970; 2014).

Outro autor da corrente institucionalista propõe uma configuração diferente para a análise das implicações, sendo elas, implicações psico-afetivas, implicações históricas-existenciais e implicações estruturais-profissionais (BARBIER, 2007).

Início minha análise das implicações propondo uma análise diacrônica, não-linear, com tempos, momentos e coletivos que considero chaves nos caminhos que trilhei, pontuando aspectos que influenciaram minhas escolhas, sendo decisivos na constituição da pessoa/profissional, aspectos esses que são de natureza acadêmica e experiencial. Desse modo, ao lançar-me no desafio de rememorar questões que integraram minha formação, as rupturas, (des)continuidades, explícito e analiso nessa narrativa algumas entre tantas representações imaginárias sobre eu mesma, de minha existência e que significações atribuo a esse processo.

Para Peres (2009, p. 113),

incansavelmente rodamos e rastreamos a origem, a verdade e a *épistème* das coisas através do conhecimento, dos diferentes saberes, em diferentes

tempos e espaços. Assim também nos construímos e “marcamos” nossa relação no mundo, bem como experienciamos nossa subjetividade, que *pari passu* se apropria do que está fora e dentro de nós mesmos como novas demandas formadoras. Por isso, o fora e o dentro compõem a complexidade de viver e de estar no mundo. Perguntar e responder pressupõem a apreensão e a análise de um conhecimento imediato (por meio da percepção, do julgamento, da memória ou da imaginação) de um objeto relativamente simples, que por sua presença à consciência nos impulsiona para fora e para frente de nós próprios. Eis um dos tantos fomentos do viver humano, que faz com que sejamos “caçadores de nós mesmos”.

De descendência de imigrantes alemães e portugueses, bem como de indígenas, sou a primogênita de uma família constituída por duas irmãs e um irmão mais velho fruto do primeiro casamento de meu pai. Proveniente de uma família católica não praticante, meu pai estudou até a quarta série do ensino fundamental e foi um profissional de segurança privada, hoje ele está aposentado. Minha mãe estudou até o sexto ano do ensino fundamental, completando seus estudos do ensino médio, recentemente. Atualmente ela é dona de casa.

Criada num contexto de valores tradicionais, eu diria que próprios da cultura alemã, desde cedo fui estimulada a investir nos estudos. Mesmo diante de muitas exigências, não guardo más recordações de minha infância, pelo contrário, a curiosidade em saber como se escrevia a palavra “bicicleta” e o desejo de aprender a ler me marcaram como experimentações muito prazerosas do período de alfabetização.

Em 1991, com 12 anos de idade, aluna do ensino fundamental, descobri um problema de saúde de natureza auto-imune, que me exigiu transitar pelo hospital para realizar o acompanhamento médico. Acredito ter sido esse, um dos fatores que me fizeram optar por um curso da área da saúde. Acredito também que minha facilidade com ciências e biologia foi um segundo fator indicativo dessa escolha.

Minha vida profissional iniciou muito antes do ingresso na universidade. Aos 18 anos de idade comecei minha vida laboral em uma empresa privada de medicamentos e produtos farmacêuticos. Acredito que esse foi o terceiro fator que contribuiu para a escolha da carreira na área da saúde.

No ano de 2000 ingressei no vestibular, optando pelo curso de Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Vivências na disciplina de políticas de saúde me despertaram para a relevância do trabalho educativo, numa perspectiva crítico-reflexivo e

me aproximaram com a saúde coletiva e a atenção primária à saúde. No terceiro semestre do curso, surgiu a oportunidade de participar como voluntária na coleta de dados com Equipes de Saúde da Família (ESF), de uma dissertação de mestrado, realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Creio que foi nesse período que tomaram forma minhas implicações ideológicas com o Sistema Único de Saúde, a saúde coletiva, a atenção primária à saúde e a pesquisa. A experiência como observadora de campo despertou-me grande encantamento pelo trabalho realizado na Estratégia Saúde Família (ESF). Nessa ocasião eu experienciei um modelo de atenção primária à saúde desenhado nos moldes do SUS, com a missão de mudança do modelo assistencial médico-centrado e curativista. Eu visualizava um modo diferente de produção do cuidado em saúde, considerando a valorização da vida nos territórios, onde ela acontece.

Nas minhas vivências em pesquisa, incluiu também o convite para ser bolsista de iniciação científica em um projeto em saúde do trabalhador. A partir daí passei a integrar o Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM, que me ofertou leituras e discussões sobre os referenciais com grupos e equipes. Fortaleceu-se o estudo e a pesquisa na área de saúde coletiva.

No 5º semestre, assumi uma bolsa assistencial na sala de recuperação anestésica, com o intuito de adquirir maior segurança nas técnicas e procedimentos de enfermagem, necessários ao trabalho do enfermeiro. A aprendizagem construída nesse espaço abriu portas para a aprovação no concurso público para professora substituta na UFSM, na disciplina assistência de enfermagem ao adulto B, 30 dias após a formatura.

O encontro com a pesquisa e a atenção primária à saúde na minha formação, mobilizou-me a prestar, simultaneamente, o concurso público para enfermeiro no município de Santa Maria/RS, o processo seletivo para a Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) o Murialdo e, o processo seletivo do Mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Como obtive a aprovação nos três e precisei fazer escolhas.

Há 17 anos com o título de enfermeira, hoje vejo que minha maior experiência profissional é como professora universitária em instituições privadas (Santa Maria, Santiago, Erechim e Porto Alegre). Entendo que essa escolha não foi casual, havia mais reconhecimento social e financeiro para os professores universitários do que para os enfermeiros de campo. Por outro lado, os contratos de trabalho eram mais frágeis e o que levou a mudar de instituição, buscando garantir um salário melhor. No início, eu pensava que um dos benefícios

da carreira de professor era não precisar trabalhar nos fins de semana e feriados. Mas, rapidamente percebi que esta não era a realidade.

Como professora universitária, trabalhei em aulas práticas e estágios nos serviços de APS e em aulas teóricas na universidade. Inúmeras vezes estive em serviços de saúde sem enfermeiras, onde precisei assumir atividades como enfermeira e professora. Além disso, construí e participei de vários projetos de pesquisa e de extensão em escolas, rádios comunitárias, empresas públicas e privadas, com mulheres em prisões, desenvolvendo atividades de educação e promoção da saúde.

No exercício do trabalho docente senti necessidade de estudar sobre formação docente, visto que minha graduação era de bacharel. Visando essa busca, ingressei no Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Imaginário Social (GEPEIS) da UFSM, onde tive contato não só com o tema da formação docente, mas também com outros autores, como Cornelius Castoriadis, Gaston Bachelard e Christine Delory-Momberger. Alguns deles despertaram meu interesse no tema das representações imaginárias grupais e outros dialogavam com referenciais institucionalistas.

Ao longo dos últimos anos, temos dito (e repetido) que o professor é a pessoa, e que a pessoa é o professor. Que é impossível separar as dimensões pessoais e profissionais. Que ensinamos aquilo que somos e que, naquilo que somos, se encontra muito daquilo que ensinamos. Que importa, por isso, que os professores se preparem para um trabalho sobre si próprios, para um trabalho de auto-reflexão e de auto-análise. (NÓVOA, 2009, p. 212)

No curso de pós-graduação em nível de mestrado, me interessei em aprofundar estudos sobre a dinâmica grupal de trabalhadores em saúde, tema que minha orientadora estudava. O que mais me gerava curiosidade era compreender e intervir nos aspectos ou fenômenos que permitem ou impedem uma equipe trabalhar de forma integrada, em especial durante as reuniões de trabalho.

Os aspectos de análise e intervenção com grupos, que constituem a dinâmica grupal, foram adquirindo para mim um contorno mais definido com a sistematização dos conhecimentos adquiridos na disciplina “Grupo Operativo: Dinâmica e Fundamentos Teóricos”. Nessa disciplina, pude conhecer a Técnica de Grupo Operativo, introduzida pelo psicanalista argentino Enrique Pichón-Rivière, na década de 40, o qual desenvolveu uma

teoria para explicar os fenômenos grupais e demonstrar que um grupo pode ser mobilizado para trabalhar operativamente.

Aliado a isso, desenvolvi formação paralela ao mestrado, com foco em “Coordenação de Grupos: Experiência Teórico-vivencial” no Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichon-Rivière, com carga horária de 105 horas, tendo em vista uma maior qualificação teórico-metodológica para a realização da pesquisa.

Assim, como objeto de estudo do mestrado estudei a análise das reuniões da equipe da ESF, a partir do Referencial Pichoniano de Grupo Operativo. Entre os resultados, foram encontradas reuniões protocolares, com a existência de conflitos, a idealização de uma equipe modelo, além da sobrecarga de trabalho, a instabilidade dos contratos de trabalho e a rotatividade (KASPER; DALL'AGNOL, 2010).

No desejo de ingressar no doutorado, decidi dar seguimento nos estudos na perspectiva institucionalista e busquei outra formação, desta vez em análise institucional, no Instituto de Psicologia Social Pichon-Rivière de Porto Alegre/RS, com autores que trabalham com o tema da dinâmica institucional. Paralelo ao curso, em 2016 iniciei o estudo na língua francesa, na cidade de Santa Maria/RS, porque percebi necessidade de acessar a produção científica em análise institucional, grande parte publicada em francês.

Todavia, o aprofundamento desta perspectiva teórica e a conformação inicial do meu objeto de pesquisa do doutorado foram feitos nas sucessivas abordagens e discussões coletivas durante as aulas da disciplina Gestão do processo de trabalho em saúde, na Universidade de São Paulo, em 2017. Autores como Karl Marx, Peter Drucker, Emerson Merhy, Gastão Campos, Marina Peduzzi foram trabalhados.

Além disso, participei de duas pesquisas-intervenção do Programa de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (PPSUS/FAPESP), coordenadas por Cinira Magali Fortuna. Também participei de atividades com Gilles Monceau, que esteve algumas vezes como pesquisador visitante na Universidade de São Paulo (USP). Assim comecei a participar de grupos de pesquisa na USP, no Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO), no Grupo de Estudos em Análise Institucional (GEPAI) e no grupo Análise Institucional e Saúde Coletiva (AI & SC), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Na sequência, tive contato com o trabalho de outros pesquisadores do *Réseau International Interdisciplinaire Francophone Recherche Avec*, que também estiveram na USP como professores visitantes, como Sébastien Pesce, Patrícia Alonso e Julitte Huez.

Em abril de 2018, fui admitida no programa de doutorado Enfermagem e saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), considerada a melhor universidade da América Latina, com um programa de pós-graduação avaliado em nota 7 (a nota máxima no Brasil). Fiquei muito feliz, mas logo comecei a entender o grau de exigências para manter a bolsa, para a obtenção do financiamento para a pesquisa no exterior e para concluir o curso.

Ao olhar para a minha produção científica do período do doutorado, vejo o quanto a experiência foi intensa, mas sinto que a carga foi compartilhada com o coletivo de trabalho. Em um ambiente altamente competitivo, construiu-se um modo de produção cooperativo e de autogestão do grupo.

Alguns dias após a aprovação no doutorado participei do terceiro Simpósio *Recherche Avec* e comecei a trocar mais experiências com colegas europeus e latino-americanos. A experiência no simpósio revelou minhas fragilidades com a língua francesa e a necessidade de intensificar os estudos.

Neste mesmo ano iniciei um trabalho de intervenção com gerentes de equipes da APS e do trabalho social, em um município da região do Departamento Regional de Saúde III (DRS III), Araraquara/São Paulo. O trabalho estava relacionado com o projeto PPSUS e integrava o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS). Foram realizados oito encontros e por decisão do grupo de trabalho, o acompanhamento precisou ser pausado no início da pandemia. Para mim, a experiência representava uma nova possibilidade de continuidade no acompanhamento de coletivos.

No início de 2019, fui eleita representante discente junto à Comissão de Relações Internacionais (CRInt) da EERP/USP. O exercício nessa função agregou experiências na relação com os colegas, no que tange ao compartilhamento de informações sobre estágio no exterior e a cotutela. A experiência contribuiu também para a compreensão dos modos de funcionamento da universidade e da EERP.

Pude perceber nesse espaço interesses e motivações heterogêneas que moviam o vir-a-ser representante discente, que iam desde a escuta e a construção de novas formas de viver a pós-graduação, passando por interesses pessoais, por vezes, perdendo a potência de espaço de reivindicações (o negativo, a antítese) e promotor de movimentos instituintes. Tive a impressão de que estar representante discente oferece prestígio e aproximação com os professores, podendo ser um espaço utilizado para fins pessoais, pelos alunos que desejam o ingresso como docente na universidade. Outros representantes pareciam inclinados a seguir as

posições de seus orientadores em determinadas votações e menos o interesse dos alunos representados, correndo o risco de ser um espaço colonizado e reprodutor do poder instituído.

Nesse mesmo ano, participei de dois eventos na Universidade Federal de Goiás (UFG), o *IER Colloque Internationale sur la Socio-clinique Institutionnelle et Santé Collective* e do 1º Simpósio Temático do CONPEEX – Análise Institucional e Saúde Coletiva: análise das instituições, organizações e práticas sociais. Também participei do I Congresso Internacional de Análise Institucional, na Argentina. No evento, foi o início da constituição da *Red Internacional de Análisis Institucional*, tendo como participantes estudiosos, estudantes e profissionais da Argentina, Brasil, Chile, México e Uruguai. As discussões continuaram pós-evento, por meio de encontros presenciais e virtuais.

As diversas atividades, as pessoas e os momentos trilhados nesse percurso foram importantes para o aprofundamento no referencial teórico e contribuíram para a construção do pesquisador coletivo (LOURAU, 1993). Os conceitos da análise institucional e da socio-clínica foram tornando-se mais claros e concretos para mim.

Também em 2019, obtive a aprovação do convênio de tese em cotutela/dupla-titulação e a efetivação da minha inscrição nas duas universidades. Oficialmente passei a trabalhar com dois orientadores de tese. A sensação foi de trabalho dobrado, haviam créditos a serem cumpridos, os exames de qualificação da tese, a produção de dados em duas línguas, pois eram dois países. Penso que o trabalho bem alinhado entre os dois orientadores foi fundamental para o seguimento das atividades.

A necessidade de financiamento da pesquisa no exterior foi uma das maiores preocupações nesse período. Tive três negativas em editais para pedido de bolsa, duas brasileiras e uma francesa. A cada negativa, havia a frustração e a tristeza, mas com elas nasciam a resiliência, e a reinvenção. Os pareceres negativos foram utilizados para o aprimoramento do projeto nos pedidos que se seguiram.

Cursar uma pós-graduação em tempos ultraliberais é prova de resistência, resistência da vida e pela vida. Em um dos pedidos de bolsa ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), a nota final foi excelente e o projeto bem avaliado. No entanto, a resposta foi negativa devido à ausência de recursos orçamentários, sendo o edital cancelado por esse motivo. Somente ao final do ano, obtive a aprovação da bolsa de estudos.

Entendo que a pesquisa começou a ganhar forma na emergência do presente, na processualidade do fazer e do pensar o objeto e o dispositivo, integrando o que era possível naquele espaço-tempo vivido. Fui então, “caçando” um campo de coerência nas condições do presente. Guillier (2004) afirma que “para Lourau é preciso se abrir ao máximo para os

acontecimentos que aparecem e que garantem os desvios, para o acaso dos encontros, para as associações (GUILLIER, 2004, p. 5).

A construção do projeto de pesquisa se deu a partir da seguinte dedução: se a literatura aponta que a NGP está institucionalizada nos hospitais, portanto ela também deve estar institucionalizada na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França. Minhas implicações ideológicas com o SUS e com a atenção primária me levavam a pensar que a empresa privada que administra o serviço público não segue a missão do público, o serviço privado coloniza o público, provocando a fragmentação das redes de cuidado e a elevação de custos.

Nesse processo, estudando sobre os *libertarians* e os *igualitarians*, fui encontrando novos nomes dos produtores do liberalismo e neoliberalismo mundiais, especialmente no Brasil e na França. Descobri que Friedrich Hayek, economista e prêmio Nobel, pai do liberalismo econômico, esteve três vezes no Brasil entre 1977 a 1981, uma delas em Santa Maria/RS, minha terra natal. Essa descoberta me permitiu compreender a produção e continuidade desses ideais no imaginário local.

À medida que o trabalho avançou, o objeto de pesquisa vai ganhando novas nuances. Descobri que a NGP pode ser mais ou menos institucionalizada em ambos os países e no serviço de saúde. Além disso, percebi que a relação público-privada não era a mesma nos campos de intervenção estudados. São movimentos transdutivos propiciados pela análise de implicação.

Inicialmente pensei que um dispositivo constituído pelo uso do diário de pesquisa, pela análise documental, encontros coletivos para a análise de práticas profissionais e as restituições, pudesse “fazer falar as instituições” (LOURAU, 2014).

Com o avanço da produção de dados, o dispositivo foi sendo transformado no processo de pesquisar e foi integrando os efeitos da intervenção. Nos estudos socio-clínicos, existe uma análise clínica que integra os efeitos do próprio trabalho, não analisamos somente a atividade das equipes, mas o trabalho das equipes transformadas pelo trabalho que realizamos (MONCEAU, 2019)¹⁴.

Os primeiros passos concretos de produção do dispositivo se deram no uso de um diário de pesquisa e pela análise documental. As dificuldades com o domínio da língua

¹⁴ Informação oferecida por Monceau durante *IER Colloque Internationale sur la Socio-clinique Institutionnelle et Santé Collective*, Conferência de abertura – Socio-clínica Institucional e Saúde Coletiva: diálogos entre o Brasil e a França, Goiânia-GO, Brasil, 2019.

francesa restringiam um pouco o trabalho, exigindo-me a aceleração dos estudos, por meio de aulas individuais e do estudo diário.

A produção de dados nos campos de intervenção - Brasil e França - foi iniciada no Brasil, pela cidade de Ribeirão Preto. Optei por ir intercalando a produção das entrevistas entre Ribeirão Preto e Porto Alegre, com o objetivo de cruzar os dados dos dois territórios, cruzando os elementos de um território que pudessem interrogar o outro.

Penso que a entrada em campo me possibilitou mais um ponto de mutação, entre tantos produzidos no processo de pesquisar. O pesquisador para ir ao território é necessário sentir-se como território, como alguém que faz parte dele. O pesquisador percebendo-se enquanto parte da pesquisa, tem um determinado campo de visão do seu objeto de pesquisa, que é modulado pelo movimento de suas implicações (LOURAU, 2004).

Tendo em vista que a França tem uma tradição liberal nos cuidados primários e que grande parte dos serviços “fora dos muros do hospital” ou *les soins de ville*, em português, cuidados de vila/cidade são ofertados por consultórios privados que recebem financiamento público, foi um desafio encontrar os estabelecimentos para compor o dispositivo desta pesquisa. As entrevistas e conversas informais com formadores de enfermagem, com os colegas dos cursos de mestrado e doutorado foram decisivos para a identificação dos serviços de saúde nesse país.

Um dos pontos que considero muito importantes durante a pesquisa, foi o processo de análise das implicações do pesquisador, por meio da escrita em diário e por diálogos tecidos com colegas dos grupos de pesquisa, nos quais integro. Destaco, em especial, que a análise da minha sobreimplicação na defesa do público e com o SUS foi muito importante para que eu pudesse acessar os diferentes e contraditórios sentidos atribuídos à NGP, pelas enfermeiras e enfermeiros dos dois países.

O uso do diário foi fundamental, nele redigi de forma livre os sentimentos, as situações e as dificuldades do processo de produção da pesquisa. Destaco que na tese, selecionei apenas alguns deles, tendo dificuldades de explicitar minha decepção, por exemplo, com as posições das minhas colegas enfermeiras quando mencionavam aspectos “positivos” da NGP para a profissão. Minha indignação transparecia no meu tom de fala nas entrevistas, percebido durante as transcrições.

Quando isso apareceu mais vezes, resolvi “ousar olhar além das minhas ideologias” (MONCEAU, 2003) e aprofundar análises com os participantes. Foi aí que um resultado importante foi revelado: os enfermeiros aderem muito rapidamente às agendas estruturadas, às

sistematizações, às listas de tarefas e inclusive às metas da NGP porque visualizavam afirmação do seu saber diante dos demais profissionais, gestores e sociedade.

A oportunidade de participar do Comitê Científico de organização do Simpósio *Recherche avec* no México, que ocorreu de forma remota, em 2021, possibilitou-se compreender como uma rede internacional de pesquisa funciona, de que forma os quatro países (Brasil, Canadá, França e México) constroem suas parcerias e qual o papel de cada integrante do comitê. Como única estudante presente no grupo de pesquisadores, funcionei como um “analisador” dos modos de funcionamento do próprio coletivo.

À medida que as reuniões e as tarefas iam sendo desenvolvidas, fui buscando compreender meu papel no grupo, facilitado por alguns integrantes, que muito rapidamente acolheram e demonstraram sensibilidade com a diferença de estatuto (aluno, professor) e a questão geracional dentro da rede.

O processo de escrita na construção da tese, especialmente a escrita do diário e a escrita de diversos textos produzidos ao longo da pesquisa, a fim de apresentar e analisar o dispositivo, os principais conceitos e o referencial teórico, exerceram um papel importante na elaboração da escrita final. Embora muitos deles tenham ficado de fora de tese, os chamados “extra-textos”, guardam elementos ricos do processo e da temporalidade de elaboração do estudo.

Dessa maneira, destaco a força da análise das implicações para a produção da pesquisa e, de uma forma mais geral, para a produção de novos conhecimentos. Os argumentos que visam sustentar uma certa neutralidade na produção de conhecimentos, são desnudados pela análise das implicações.

Assim, desejo que esta pesquisa inspire outros pesquisadores na produção de novos caminhos em suas pesquisas e que a saúde continue sendo considerada um direito humano fundamental, acima de qualquer doutrina ou militância reformadora, presentes nas lógicas de mercado.

**PARTE 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO INICIAL DA NGP E DAS
PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO BÁSICA E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

1.1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Esta tese foi realizada com base numa convenção individual de cotutela estabelecida no âmbito de um acordo de colaboração internacional, existente desde 2012, entre o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e a Escola de Doutorado Educação, Didática e Cognição de CY Cergy Paris Université (ED EDC), na França.

A pesquisa está ligada à Linha de Pesquisa Práticas, Conhecimento e Políticas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, com professores do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (NUPESCO) e à evolução das práticas profissionais e transformações institucionais, com os referenciais da Análise Institucional e da Socio-clínica Institucional, do Laboratório Escola, Mutações e Aprendizagens (EMA) de CY Cergy Paris Université (EMA/CY).

A pesquisa é o resultado de um trabalho interdisciplinar entre os campos da saúde e da educação, analisando a evolução das práticas profissionais de enfermagem na Atenção Básica no Brasil e na Atenção Primária na França, de acordo com as transformações introduzidas pela Nova Gestão Pública (NGP). A pesquisa foi sustentada pelo quadro teórico e metodológico da análise institucional (LOURAU, 2014 [1970]), na linha de Socio-clínica Institucional (MONCEAU, 2009; MONCEAU, 2019).

A tese é uma pesquisa internacional que parte de um objeto comum, transversal aos dois países, que é a institucionalização da NGP como uma realidade global e analisa os pontos de convergência e divergência de sua implementação nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França.

Na área da educação, especialmente nos campos da educação infantil (VALENTIM, 2016) e da educação escolar (CARPANETTI, 2018) já existem trabalhos sobre a institucionalização da NGP e seus efeitos nas práticas profissionais, sob o mesmo referencial teórico-metodológico. Na saúde também, a pesquisa de Gatto Júnior (2018) trata sobre os efeitos da NGP na formação universitária de enfermeiros.

Esta é uma abordagem de interrogação cruzada de práticas que mostra como as práticas profissionais são atravessadas pelas políticas e pelas lógicas de gestão. Normalmente, as pesquisas sobre políticas públicas nem sempre levam em conta a análise fina das práticas profissionais e a forma como essas práticas contribuem ou não para a implementação dessas políticas e seus modos de gestão.

A presente pesquisa foi desenvolvida em cotutela visando analisar a evolução das práticas profissionais do enfermeiro na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França, a partir das transformações introduzidas pela NGP como novo modelo de gestão das organizações públicas de saúde, sob a perspectiva teórica e metodológica da Análise Institucional.

Nesta pesquisa, optei pela utilização dos termos atenção básica, no Brasil e cuidados primários, na França, ao invés de padronizar Atenção Primária à Saúde (APS) para os dois países porque não se pode apagar as particularidades, conceituais, ideológicas, culturais, econômicas na produção de ações e serviços de saúde dessa natureza, que tais termos representam nos dois contextos. Cecílio e Reis (2018) ao tratarem sobre a discussão dos termos atenção básica ou APS, no Brasil ressaltam a importância de demarcar essas diferenças.

Ao longo do estudo, explicarei alguns dos termos que designam esse tipo de cuidado em saúde, os atores que os utilizam e com quais finalidades. Em alguns momentos no texto, utilizei o termo APS para me referir especificamente à nível internacional, associada com a lógica da Saúde Pública.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica vem experimentando duas formas principais de gestão: a administração direta, ainda presente em 77% das equipes de Saúde da Família e, a segunda é a administração indireta, encontrada em 21,8% dos municípios brasileiros (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018).

A administração direta apresenta como base teórica a teoria administrativa burocrática que tem resultado em rigidez e ineficiência nos processos decisórios, exigindo a criação de modelos alternativos de gestão e de ferramentas gerenciais, dentre esses modelos alternativos, estão o Método Paideia (CAMPOS, 2000; FRANCO; MERHY, 2003).

A administração indireta é baseada no modelo gerencialista ou, também nominada Nova Gestão Pública (NGP), que introduz novos arranjos na prestação de serviços públicos de saúde, como as Organizações Sociais (OS), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018).

A NGP sistematizou novas ferramentas gerenciais que passaram a servir de subsídio técnico para a tomada de decisão do gestor, como a avaliação de desempenho, o alcance de metas, indicadores e resultados, o *accountability* (responsabilização), distintas formas de contratação, além de outras.

Nesse contexto de mudanças estruturais dos modos de gerir as organizações de saúde, os processos de trabalho e as práticas profissionais também se modificaram, os

profissionais que antes eram contratados para realizar uma jornada de trabalho passaram a ser remunerados por produtividade ou por *performance*, recebendo um incentivo financeiro no salário, caso alcance os indicadores estabelecidos.

No Brasil temos o desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a experiência do Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade dos Serviços (IDQ), em Curitiba, dentre outros (MARTY, 2012; BARRETO, 2015).

A França, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como criadora de um dos melhores sistemas públicos de saúde, também encontra limites no modelo de gestão burocrático e vem adotando a NGP como alternativa de gestão das organizações públicas. Os cuidados primários, dito em francês “*les soins primaires*”, termo equivalente à atenção básica no Brasil, é fortemente desenvolvido por profissionais liberais, em sua maioria médicos.

No contexto francês, o pagamento pelo desempenho ocorre mediante o alcance de quatro tipos de indicadores: indicadores clínicos para diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, indicadores de prevenção e saúde pública, indicadores organizacionais da firma, indicadores de eficiência. Um exemplo é o pagamento realizado ao profissional pelo número de usuários fumantes que param de fumar (GAY, 2013). A enfermagem também desenvolve algumas práticas liberais, como na atenção domiciliar e igualmente recebe por metas.

Com a implementação de novos modelos de gestão e ferramentas gerenciais no campo da saúde, a presente pesquisa de doutorado tem como foco a análise das repercussões introduzidas pela NGP nas práticas profissionais do enfermeiro na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França. Não se trata de comparar as práticas profissionais nesses dois países, pois um estudo mostra que embora sejam chamadas de enfermeiras, elas desenvolvem trabalhos muito diferentes, sendo assim, as práticas profissionais resultam do contexto social, econômico e histórico (SANTANA; FORTUNA; MONCEAU, 2017).

Tratou-se de estudar os dois contextos fazendo-os dialogar em suas semelhanças e diferenças. O trabalho de enfermagem na atenção básica é constituído por práticas de cuidado e práticas gerenciais, resultantes da prestação de cuidados direto ao usuário a ações que envolvem a gestão central do cuidado na equipe. Essa amplitude de atividades assistenciais, educativas e gerenciais desenvolvidas, vem sendo tensionada pela exigência do cumprimento de metas estatísticas e pelo alcance de produtividade, que acarreta na falta de tempo, no excesso de atividades e em sobrecarga de trabalho (KEBIAN; ACIOLI, 2014; SANTOS et. al., 2016).

Na França, as enfermeiras com diploma universitário, obtido a partir de 2009, vêm suas práticas transformadas pela forma de organização do sistema de saúde, com anúncios de investimentos na prevenção e educação terapêutica dos pacientes.

A saúde, enquanto área do campo social, foi buscar no aporte teórico e metodológico da Análise Institucional conceitos e ferramentas capazes de aumentar a capacidade de análise e de intervenção nos serviços de saúde. Além de pesquisas acadêmicas com base nesse referencial, alguns conceitos inspiraram o arcabouço teórico e a proposição de políticas públicas do SUS, tais como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), nas quais algumas expressões como instituído, instituinte, institucionalização, transversalidade, autoanálise, autogestão, são conceitos que remetem a esse referencial teórico e metodológico (FORTUNA et al., 2017).

Entende-se que a presente experiência de doutorado em cotutela, visando à dupla-titulação, dá continuidade à parceria entre o programa de pós-graduação da EERP/USP e o laboratório EMA, de *CY Cergy Paris Université*. O Laboratório EMA integra um grupo de pesquisadores que vem dando seguimento na produção de conhecimento sobre os referenciais da Análise Institucional, Pedagogia Institucional e Socio-clínica Institucional. O professor e pesquisador Gilles Monceau foi orientado no doutorado pelo professor e sociólogo René Lourau, um dos criadores da Análise institucional, juntamente com Georges Lapassade. Dentre os temas de estudo, ele trabalha com a evolução das práticas profissionais e as transformações institucionais.

O meu interesse pelos temas ligados ao trabalho de enfermagem na atenção básica esteve presente durante a graduação, na experiência proporcionada pela bolsa de iniciação científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e na pós-graduação, tendo no mestrado como objeto de estudo, a análise das reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir do referencial pichoniano de Grupo Operativo. O Grupo Operativo é considerado um dos referenciais que integram o movimento institucionalista (BAREMBLITT, 1998).

Dentre os resultados da pesquisa desenvolvida no mestrado, encontrou-se reuniões protocolares, com resistência no enfrentamento dos conflitos, a idealização de uma equipe modelo, além da sobrecarga de trabalho, da instabilidade empregatícia e do *turnover* (KASPER; DALL'AGNOL, 2010).

Seguindo na perspectiva institucionalista, buscou-se a formação em Análise Institucional do Instituto de Psicologia Social Pichon-Rivière, de Porto Alegre-RS, com autores que trabalham sobre dinâmica institucional. Contudo, o aprofundamento nessa

perspectiva teórica foi ocorrer na experiência como bolsista de Treinamento Técnico 3 (TT3) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), na pesquisa do Programa de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) 2016/15199-5 “Apoio Institucional e Educação Permanente em Saúde em uma região de saúde do interior de São Paulo: uma pesquisa intervenção”, coordenado pela profa. Cinira Magali Fortuna da EERP/USP, em parceria com o Departamento Regional de Saúde III (DRS III) de Araraquara e a Universidade Federal de São Carlos. Nessa investigação acompanharam-se os apoiadores institucionais e articuladores de Educação Permanente dos 24 municípios do DRS III no desenvolvimento da PNH e da PNEPS.

Assim, nesse contexto emergiu a proposição do presente estudo, em cotutela e foi pensado em interlocução com o Laboratório EMA, durante a última visita do professor Gilles Monceau, em novembro de 2017, como professor visitante na EERP/USP, que assessorou a pesquisa PPSUS e participou de oficinas de análise dos dados.

O período de estudos em *CY Cergy Paris Université* permitiu a realização da análise de dados do Brasil e a produção de dados na França, possibilitando estabelecer aproximações e/ou distanciamentos sobre o trabalho do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários, sobre os modelos de gestão e ferramentas gerenciais nos dois países. O estágio contribuiu também para o aprofundamento do quadro teórico e metodológico para análise dos dados, com a participação nas discussões da equipe de pesquisa, participação nas pesquisas e nas intervenções realizadas em associações, nos serviços de saúde e no serviço social realizadas pelo orientador francês.

1.1.1 Problema e estado da arte

A literatura no campo da administração menciona um novo pensamento ligado à gestão, denominado *New Public Management* (NPM), introduzido no Brasil no final do século XX. O modelo incorpora novos conceitos à gestão pública, como, a flexibilização, a *accountability* (responsabilização), a reforma, a modernização, o equilíbrio fiscal, a gestão estratégica, a melhoria da qualidade, a eficácia, o aumento de eficiência, a definição de objetivos estratégicos, a definição de indicadores e metas, a contratualização de resultados, a avaliação de desempenho institucional e de produtividade de equipes, a racionalização de gastos, dentre outros (PAULA, 2014; DASSO JÚNIOR, 2016; BRESSER-PEREIRA, 2017).

O NPM tem origem em 1975, na Inglaterra e em países com influência britânica, como Austrália e Nova Zelândia, como alternativa à administração pública burocrática,

propõe o aumento da qualidade dos serviços e a redução de custos. A expressão NGP foi mencionada pela primeira vez na obra *La Nouvelle Gestion Publique: pour un Etat sans Burocracie*, de Michel Messenet e Octave Gélínier (1975).

Mas o termo obteve uso ampliado com Christopher Hood (1991), na obra *A public management for all seasons?* (DASSO JÚNIOR, 2016). O termo em inglês *New Public Management* (NPM) ganhou outros sentidos e traduções, nas línguas que derivam do latim - espanhol, português e francês - assumindo variações: Gerencialismo, Novo Gerencialismo, Nova Gerência Pública, Gerência Baseada no Desempenho, Reforma Gerencial, Atenção Gerenciada, Administração flexível, Administração gerencial, Administração pública gerencial, Nova administração pública, dentre outros.

Na França e no Brasil, falamos hoje em Nova Gestão Pública (NGP) para designar o novo modo de gestão pública sistematizada a partir do início dos anos 2000 (BRESSER-PEREIRA, 2018; PESQUEUX, 2020).

Os Estados Unidos incorporam o NPM em 1980, sendo o Banco Mundial a agência encarregada de implantar as reformas neoliberais. Na América Latina, o Brasil e o Chile foram os primeiros países a iniciarem a reforma gerencial, em 1995 (BRESSER-PEREIRA, 2017). Em curso, aparece o Programa de Melhoria de Gestão (PMG) do Chile, com o propósito de modernização da administração pública.

No Brasil, percebe-se atualmente a implantação e a implementação do SUS sob influência dessa lógica. Recentemente, o Banco Mundial divulgou um relatório de ajuste fiscal para o Brasil, com propostas de aumento da eficiência e equidade do gasto público (BANCO MUNDIAL, 2017). No documento, as palavras, ajuste, eficiência, reforma e economia fiscal, indicam o direcionamento sugerido para a gestão pública brasileira, o que pode produzir efeitos nos processos produtivos e no trabalho no campo social (saúde, educação e assistência social).

Nos últimos cinco anos, estudos sobre o assunto vêm sendo desenvolvidos no Brasil e na França, nas áreas da administração e da saúde, alguns com foco nas OSs (CONTREIRAS, MATTA, 2015; COELHO, GREVE, 2016; BRITO; OLIVEIRA, 2016), outros sobre as FEDP (ANDRADE; TEIXEIRA; MACHADO, 2012; SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015; CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016) e outro sobre a avaliação de desempenho (CARNUT; NARVAI, 2016).

Na França, aparecem estudos sobre a reorganização das profissões e outro sobre indicadores de *performance* (BEZES, 2016; GAY, 2013). Todavia, nenhum específico da área de enfermagem nos cuidados primários. Moyal (2019) afirma que a maior parte dos estudos,

na literatura francesa e internacional, sobre os efeitos da racionalização na saúde se concentra na profissão médica, sendo menos documentada nas demais profissões.

No Brasil, três estudos analisaram os efeitos do gerencialismo nas práticas profissionais médicas, um deles em hospital e outros dois na rede de saúde municipal, sem inclusão do hospital (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014; JAMRA; CECÍLIO; CORREIA, 2016; TERRA; CAMPOS, 2019).

Assim, no propósito de conhecer a produção nacional e internacional na área da saúde e de enfermagem que faz referência à NGP, realizou-se uma revisão de escopo, conforme as recomendações metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (PETERS et al., 2020). Para a construção da questão, seguiu-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). Foi definida como População, a enfermagem, como Conceito, a Nova Gestão Pública e, no Contexto, a Atenção Primária à Saúde.

Com base nessas definições foi estabelecida como pergunta de pesquisa da revisão de escopo: quais os efeitos da Nova Gestão Pública nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários à saúde?

A busca foi realizada nas bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analyses and Retrieval System online* (MEDLINE) e em algumas bibliotecas digitais francesas e canadenses, como CAIRN (biblioteca digital francófona), *Érudit, Banque de Données en Santé Publique* (BDSP) e no *Archive Ouverte Pluridisciplinaire HAL*.

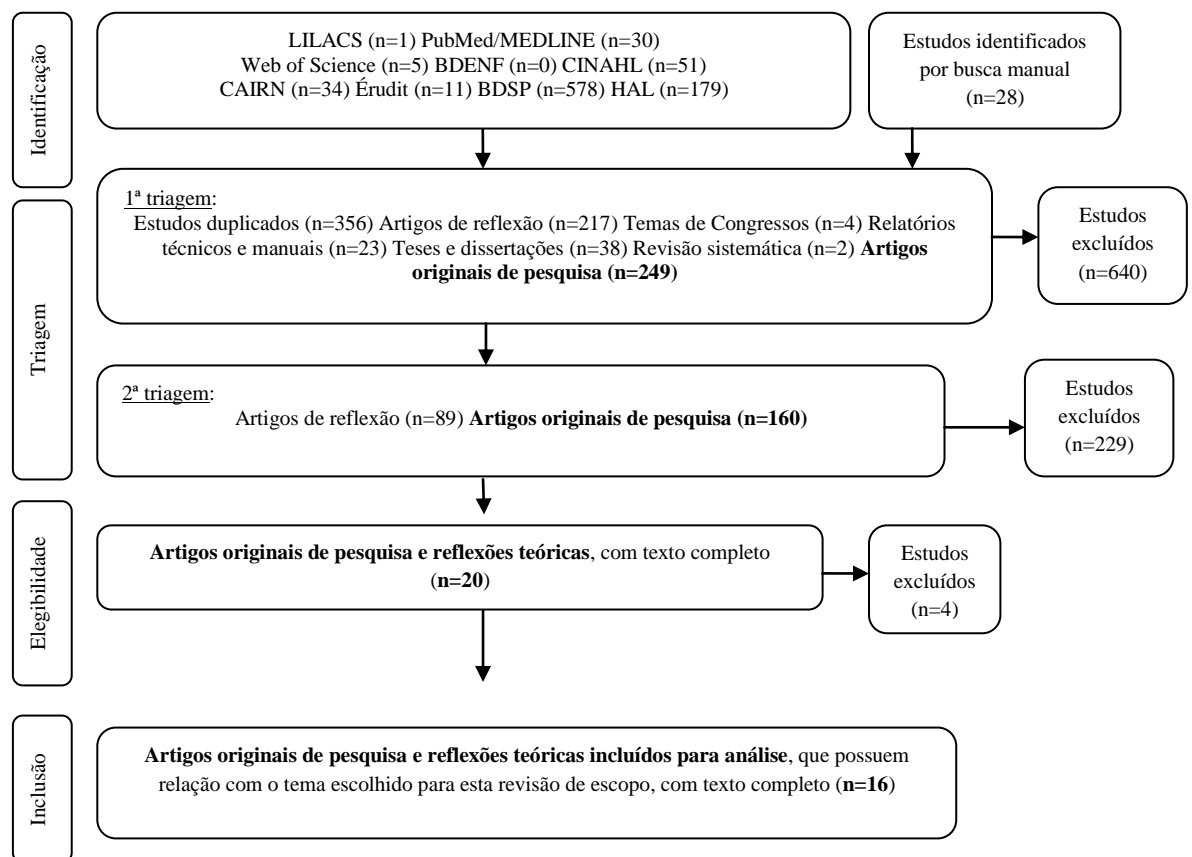
A estratégia de busca utilizada nas bases de dados foi a seguinte: ("saúde" OR "*health*" OR "*salud*" OR "*santé*") AND ("enfermagem" OR " "*nursing*" [Mesh] OR "enfermer*" OR "*infirmier**") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção básica à saúde" OR "*Atención Primaria de Salud*" OR "*Primary Health Care*" [Mesh] OR "*soins primaires*" OR "*soins de premier recours*") AND ("nova gestão pública" OR "gerencialismo" OR "*new public management*", OR "*nueva gestión pública*" OR "*nouvelle gestion publique*" OR "*nouveau management public*"). A pesquisa primária ocorreu dia 06 de setembro de 2021, via formulário avançado.

Para seleção dos estudos, foram considerados como critérios de inclusão: a) artigos originais de pesquisa e reflexões teóricas, b) publicados no período de 2013 a 2021, d) idiomas português, francês, espanhol e inglês. O período foi definido considerando como marco temporal o ano de 2013, em que os cuidados primários em saúde foram considerados prioridade governamental na França, estabelecidos na Estratégia Nacional de Saúde (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2013). Em um período paralelo, no Brasil ocorreu a

promulgação da Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010 que desencadeou a estruturação das redes prioritárias de atenção à saúde, tendo a atenção básica o papel de coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

Na pesquisa nas bases de dados, encontrou-se um total de 889 artigos: LILACS (n=1), PubMed/MEDLINE (n=30), Web of Science (n=5), BDENF (n=0), CINAHL (n=51), Scopus (n=16), CAIRN (n=34), Érudit (n=11), BDSP (n=578) e HAL (n=179). O processo de busca e seleção dos estudos está apresentado na Figura 1, seguindo o checklist do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). No total, foram incluídos na análise 16 artigos.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

No quadro 1 apresento uma caracterização geral dos estudos incluídos na análise, como título, revista e país de realização do estudo.

Quadro 1 – Características gerais dos estudos publicados entre 2013 e 2021 sobre a Nova Gestão Pública nas práticas profissionais do enfermeiro, Ribeirão Preto, Brasil, 2021.

Autor (ano)	Título	Revista	País do estudo
Simonet D (2013)	<i>New public management and the reform of French public hospitals</i>	<i>Journal of Public Affairs</i>	França
Resenterra F, Siggen M, Giaouque D (2013)	<i>Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des Hôpitaux de Suisse Romande</i>	<i>Humanisme & Entreprise</i>	Suíça
Hoyle L (2014)	<i>Nurses' perception of senior managers at the front line: people working with clipboards</i>	<i>Journal of Advanced Nursing</i>	Escócia
Bergh AL, Friberg F, Persson E, Dahlborg-Lykhage E (2015)	<i>Perpetuating "New Public Management" at the expense of nurses" patient education: a discourse analysis</i>	<i>Nursing Inquiry</i>	Suécia
Roque H, Veloso A, Silva I, Costa P (2015)	Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal	Ciência e Saúde Coletiva	Portugal
Tingvoll WA, Saeterstrand T, Mcclusky LM (2016)	<i>The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway</i>	<i>BMC Nursing</i>	Noruega
Henderson J, Willis E, Toffoli L, Hamilton P, Blackman I (2016)	<i>The impact of rationing of health resources on capacity of Australian public sector nurses to deliver nursing care after-hours: a qualitative study</i>	<i>Nursing Inquiry</i>	Austrália
Willis E, Toffoli L, Henderson J, Couzner L, Hamilton P, Verrall C, Blackman I (2016)	<i>Rounding, work intensification and new public management</i>	<i>Nursing Inquiry</i>	Austrália ou Nova Zelândia
Willis E, Carryer J, Harvey C, Pearson M, Henderson J (2017)	<i>Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand</i>	<i>Journal of Advanced Nursing</i>	Austrália/ Nova Zelândia
Winblad U, Blomqvist P, Karlsson A (2017)	<i>Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden</i>	<i>BMC Health Services Research</i>	Suécia

Cooper D, Mercer D (2017)	<i>Professional and political reflections on the “grand round” : a critical case study</i>	<i>British Journal of Nursing</i>	Reino Unido
Bogeskov BO, Rasmussen LD, Weinreich E (2017)	<i>Between meaning and duty – leaders’ uses and misuses of ethical arguments in generating engagement</i>	<i>Journal of Nursing Management</i>	Dinamarca
Belorgey N (2018)	Nova Gestão Pública e profissões hospitalares	Saúde e Sociedade	França
Sebai J, Yatim F (2018)	<i>Approche centrée sur le patient et Nouvelle Gestion Publique : confluence et paradoxe</i>	<i>Santé Publique</i>	França
Rivière A (2019)	<i>Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l’hôpital public : L’effet modérateur des stratégies d’ajustement</i>	<i>Revue Française de Gestion</i>	França
Drolet MJ, Lalancette M, Coty ME (2020)	<i>« Brisées par leur travail! OU Au bout du rouleau » : réflexion critique sur les modes managériaux en santé</i>	<i>Canadian Journal of Bioethics</i> <i>Revue canadienne de bioéthique</i>	Canadá

Dentre a origem dos países, 25% (4) França, 18,7% (3) Austrália e Nova Zelândia, 12,5% (2) Suécia, 6,2% (1) Suíça, 6,2% (1) Dinamarca, 6,2% (1) Escócia, 6,2% (1) Noruega, 6,2% (1) Portugal, 6,2% (1) Reino Unido e 6,2% (1) Canadá.

Quanto ao ano de publicação, 25% (4) 2017, 18,7% (3) 2016, 12,5% (2) 2018, 12,5% (2) 2015, 12,5% (2) 2013, 6,2% (1) 2014 e 6,2% (1) 2019.

Nos resultados dessa revisão de escopo, não houve consenso sobre o tema, as vantagens e os limites da adoção da NGP no campo da saúde estavam relacionados com sua maior ou menor amplitude de implementação no contexto estudado. Quanto às vantagens, apareceram processos de gestão mais eficientes, especialmente no controle das úlceras por pressão e controle nutricional (WINBLAD, 2017). Já, no que se refere aos limites, todos os estudos enumeraram paradoxos, críticas e efeitos no trabalho em saúde, no contexto hospitalar.

No primeiro estudo analisado, Simonet (2013) investigou os mecanismos centrais da implementação do NPM nos hospitais franceses. O autor discute a (re) desorganização do sistema de saúde sob o NPM, a reafirmação do poder do governo central sobre as regiões e alienação da profissão médica. O documento destaca as contradições inerentes e falsas

promessas, como a incapacidade de conter custos e o não aumento da responsabilidade ou participação dos trabalhadores (médicos e enfermeiros) na governança.

A segunda investigação, realizada por Resenterra, Siggen e Giaque (2013), discutiu a evolução da identidade profissional dos gerentes hospitalares (enfermeiros) sob as transformações gerenciais. Os autores apontaram paradoxos e dilemas vividos pelos gerentes na implementação de decisões tomadas pela administração hospitalar, ao mesmo tempo em que têm de proteger os profissionais das consequências negativas dessas decisões. No trabalho de enfermagem há aumento e complexificação das tarefas administrativas, com escassez de meios humanos e financeiros.

Em um terceiro estudo, Hoyle (2014) investigou a percepção dos enfermeiros sobre os gerentes não enfermeiros, em um serviço de saúde da Escócia, após as reformas de saúde. Nos resultados, havia conflitos sobre a formação não clínica dos gerentes, nos quais o foco das decisões era centrado em torno de metas, auditorias, orçamentos e pouco no impacto das decisões para o cuidado.

No quarto e quinto estudos, de Bergh et al. (2015) e Winblad et al. (2017), enfocaram a influência da NGP nos cuidados hospitalares e em *Home Cares*, na Suécia. Um deles analisou a competência pedagógica do enfermeiro, na ótica do gestor, relativa à educação em saúde. Dentre os resultados, havia uma prática discursiva hegemônica de priorização das questões organizacionais, financeiras, médicas e legais, de relação custo-eficácia, sobre as atividades de educação em saúde. O outro, investigou 14 indicadores de qualidade em 2324 serviços públicos e 386 privados. Os pesquisadores indicaram não haver diferença significativa da qualidade do serviço, devido ao importante controle estatal. No entanto, os serviços privados dispunham de menor número de profissionais de enfermagem e processos de gestão mais eficientes, especialmente no controle das úlceras por pressão e controle nutricional.

Na sexta investigação, Roque et al. (2015) estudaram o estresse ocupacional em serviços primários em Portugal, com a reforma do Estado. Participaram 305 profissionais de saúde e 392 usuários. Os achados evidenciaram 84% de níveis moderados a elevados de estresse, sendo o enfermeiro a categoria com índices mais elevados.

Um sétimo estudo, de Tingvoll, Saeterstrand e McCiusky (2016) investigou os desafios enfrentados por líderes de enfermagem de lares de idosos, com a introdução da reforma administrativa, em 10 municípios da Noruega. Emergiram resultados sobre a pressão constante, a exigência de práticas colaborativas, a necessidade de apoio, preocupações com a qualidade do serviço e o aumento de tarefas não relacionadas à liderança.

Em três estudos pertencentes a um mesmo grupo de pesquisadores, Henderson et al. (2016) e Willis et al. (2016, 2017) investigaram sobre mudanças nos cuidados de enfermagem advindas da implementação da NGP, em hospitais da Austrália e Nova Zelândia. Um dos estudos integrou 7302 enfermeiros. Os autores apontaram para a intensificação do trabalho do enfermeiro, a perda do controle do próprio trabalho, o prolongamento da carga horária, a flexibilidade funcional, a substituição constante de pessoal e a redução da capacidade de fornecer cuidados de enfermagem ao paciente.

Outros dois estudos analisados, de Cooper e Mercer (2017) e Bogeskov, Ramussen e Weinreich (2017) investigaram mudanças nas práticas de trabalho hospitalares do enfermeiro no Reino Unido e de chefias de enfermagem na Dinamarca, respectivamente. Os dois estudos indicaram resistência dos enfermeiros após as reformas de saúde, pois as concebiam como contrárias aos valores e ao significado do cuidado para a profissão, o cuidado como arte. No estudo dinamarquês, os líderes usavam argumentos éticos para tornar as reformas eticamente significativas e atraentes.

O estudo de Belorgey (2018) analisou transformações nas práticas profissionais em hospitais franceses, na década de 2000. Os resultados apontaram que a sensibilidade aos efeitos da gerencialização (termo usado no artigo) no trabalho de médicos e enfermeiros é diferente. O autor faz uma discussão sobre a relação entre a divisão do trabalho hospitalar e gênero, afirmando que os trabalhadores mais expostos às demandas do paciente são mais sensíveis à gerencialização.

A investigação de Sebai e Yatim (2018) analisou sobre a busca pela eficiência, com o foco nas necessidades e satisfação dos pacientes, como centro dos conceitos atuais de qualidade e organização dos serviços de saúde. As autoras discutem sobre os modelos atuais de cuidados centrados no paciente e na satisfação como parâmetro de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Estabelecem críticas sobre as influências do NPM na produção de cuidado e apontam a fragmentação do sistema de saúde. Outro aspecto levantado foi a análise de dispositivos de produção de cuidados globais e na pluridisciplinaridade, como os *réseaux de santé polyvalents*, as *maisons de santé* e os *pôles de santé pluridisciplinaires*.

Rivière (2019) estudou as tensões e o estresse, relacionados ao trabalho, entre os gerentes assistenciais de hospitais públicos franceses. A pesquisa foi realizada com 445 gerentes de saúde, de profissões variadas, dentre elas, enfermeiros. Os resultados mostraram várias formas de tensão e as estratégias de ajuste, a fim de reduzir o estresse gerado nessa função. Os gerentes enfermeiros apresentaram as seguintes estratégias de ajuste: mecanismos de controle (construção de um bom relacionamento com a hierarquia, cooperar, planejar),

mecanismos de fuga (sair do trabalho, sair com a família ou amigos), tratamento dos sintomas de estresses (lazer, religião, uso de substâncias), apoio social, estratégias focadas na emoção (evitar, recuar), estratégias focadas em problemas (controle e resolução do problema).

A última investigação analisada, de Drolet, Lalancette, Caty (2020) descreve alguns modelos atuais de gestão em saúde e articula uma reflexão crítica sobre quatro questões éticas que surgem desse contexto: 1) perda de autonomia profissional; 2) Sistema desigual e médico-centrado; 3) Injustiça de gênero; 4) Injustiça Epistêmica.

Internacionalmente o contingente de estudos que tratam sobre os efeitos da NGP na área de enfermagem não é numeroso e os existentes, referem-se ao contexto hospitalar. Não se localizou investigações brasileiras ou francesas sobre o tema na área de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários, **justificando**-se assim a realização do presente estudo. Desse modo, propõe-se uma pesquisa tendo como questão de estudo: Quais as repercussões produzidas pela institucionalização da Nova Gestão Pública nas práticas profissionais do enfermeiro na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França?

Alguns pressupostos foram delineados nesta pesquisa de doutorado, a partir das minhas inquietações com o tema e diante das produções científicas já existentes quanto às mudanças das práticas profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar:

- As práticas profissionais do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários vêm se transformando nos últimos anos, com a introdução de novos modelos de gestão em saúde e de ferramentas gerenciais, tendo como expectativa maior governança e alcance de melhores resultados em saúde.
- A construção de planos institucionais de gestão tem sido pautada no alcance de metas e resultados, a partir de em um rol de ofertas pré-determinadas no nível central, com algum grau de participação dos profissionais na tomada de decisão.
- Há acentuação na fragmentação do cuidado com perda gradual da tomada de decisão pelo enfermeiro, tendo como foco o alcance de metas, indicadores e a produtividade.
- O cuidado passa a ser constituído por vários pequenos atos de cuidar, não mais gerenciado pelos profissionais de saúde e pelo enfermeiro, mas também por gestores com formação na área da administração ou afins, com base em um plano de gestão pautado no alcance de indicadores, de eficiência, de eficácia e de qualidade, que podem ser tomadas por distintas perspectivas teóricas, como o taylorismo e o gerencialismo.

- Há perda do controle do próprio trabalho pelo enfermeiro com a adoção de protocolos, normas e rotinas que padronizam as ofertas de cuidado e que podem reduzir a capacidade de pensar o trabalho e fornecer cuidados ao usuário.
- Alguns efeitos da implementação de planos de gestão ligados à NGP podem ser a redução do número de profissionais, a intensificação do trabalho do enfermeiro, o prolongamento da carga horária, a flexibilidade funcional, a substituição vertical de pessoal, a precarização dos vínculos empregatícios e os baixos salários.
- Há a presença de modelos e/ou ferramentas de gestão com a centralidade no usuário e a valorização do trabalhador, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões da institucionalização da Nova Gestão Pública nas práticas profissionais do enfermeiro da atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França.

1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o processo de institucionalização da Nova Gestão Pública nas práticas profissionais do enfermeiro presente em documentos.
- Caracterizar no contexto do trabalho dos enfermeiros na atenção básica e nos cuidados primários, fatores que possam favorecer e/ou dificultar a institucionalização da NGP.

2. CAMPO DE ANÁLISE: O *NEW PUBLIC MANAGEMENT* (NPM), A NOVA GESTÃO PÚBLICA (NGP) E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

2.1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA NGP NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS

O campo de análise compreende o sistema de referência teórica que se faz operatório em uma situação de pesquisa ou de intervenção, de uma determinada situação social (Lourau, 1993). Antes de 2013, o contexto social, político, econômico, histórico e cultural passou por um período frio, visto sobre a perspectiva da Análise Institucional LOURAU, 2004), onde havia certas normalidades nas práticas, um período tranquilo com práticas naturalizadas. Nesse período, as instituições não são muito visíveis e nem interrogadas.

Estudos recentes indicam as transformações nos serviços de saúde, em particular nos hospitais, com poucos estudos sobre as práticas profissionais de enfermeiros na atenção básica ou cuidados primários. A cultura da alta performance e da excelência são características das novas formas de subjetividade contemporânea introduzidas pelo neoliberalismo (GAULEJAC, 2007), comuns nas empresas privadas e que hoje aportam transformações também nos serviços públicos, sobretudo nos serviços de saúde.

A NGP sistematizou novas ferramentas de gestão que servem agora de base à tomada de decisão em matéria de gestão, como avaliação das performances, a realização de objetivos, os indicadores e os resultados, o accountability(ou auto-responsabilização). No quadro teórico e metodológico da análise institucional, as instituições produzem e são produzidas pelas práticas profissionais, no transcorrer do processo de institucionalização (LOURAU, 2004). Em consequência, penso que essas mudanças de modelo da gestão tem efeitos sobre as práticas profissionais de enfermeiros e no quadro desta investigação, pretendi estudá-las e identificar suas repercussões.

A NGP é um novo pensamento ligado à gestão privada, que se apresenta como uma alternativa à administração pública burocrática, mas seu principal objetivo é a redução do tamanho do Estado e de seu papel. Ela introduz políticas de reformas e de austeridade com redução de custos e desinvestimentos em políticas públicas sociais.

O sentido de “reformas” no Brasil é duplo e contraditório: de um lado, no transcorrer dos anos 1970 nasce o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, compreendendo um

conjunto de ideias ligadas às mudanças e transformações necessárias no domínio da saúde e da sociedade pela redemocratização do país. O produto desse movimento foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Por outro lado, as reformas do Estado avançaram mais a partir de 1995, na direção do enxugamento da máquina estatal.

Na França, as reformas são principalmente de Estado. Na Europa, certos estudos mostram os efeitos dessas reformas sobre os hospitais, que passaram a ser geridos como uma empresa privada (CARVALHO, 2006, BELORGEY, 2010, BERGH et al., 2015, ROQUE et al., 2015, DOMIN, 2016, TINGVOLL et. al., 2016, WINBLAD et al., 2017).

Dentre os últimos oito séculos, as práticas de “cuidado de enfermagem” tiveram, pelo menos, quatro períodos de destaque: 1) No século 12, as ordens religiosas organizavam a profissão segundo critérios de caridade e religião; 2) do século XVI ao XIX, o cuidado de enfermagem evolui com a história da medicina e com a filosofia das ciências. 3) Do século XIX ao XX, houve a criação das primeiras “escolas de enfermagem”, com os conselhos, as leis, as regras, os deveres e os direitos. Na França, houve a implementação de uma perspectiva laica e a tecnificação dos cuidados; 4) No final do século XX, no Brasil, houve a criação do Sistema Único de Saúde e da Saúde Coletiva. Na França é criada a Seguridade Social, o novo sistema de saúde, após a 2ª Guerra Mundial. Nesse período ocorreu a autonomização e a criação da Federação das profissões de cuidados e da Saúde Pública (GONÇALVES; SENA, 1998; WIGGERS; DONOSO, 2020, AUBOUIN, 2021).

Uma tese em cotutela produzida por uma colega do grupo de pesquisas da USP, estudou “A Promoção da saúde e a prevenção de doenças na formação de enfermeiros: pesquisa socio-clínica no Brasil e na França”. Os resultados mostraram que a profissão enfermeiro não é a mesma nos dois países, as práticas profissionais são diferentes (SANTANA, 2016). No século XXI, quais serão as transformações nas práticas profissionais de enfermeiros sob efeitos da NGP?

No processo de institucionalização da instituição enfermagem, os cuidados de enfermagem não são mais os mesmos desde sua criação, as normas, as regras, as vestimentas, as tarefas se modificaram durante as mudanças sociais.

No momento da criação da instituição, há um processo de institucionalização fundador, pelo qual a instituição toma forma, cria-se as condições de sua continuidade (SAVOYE, 2007). Depois, há o processo de institucionalização permanente (SAVOYE, 2007), no qual a tensão entre instituído e instituinte resulta na integração do instituinte pelo instituído, modificando a instituição.

No caso da Instituição Enfermagem, as transformações da profissão, descritas acima, guardam as características encontradas até nossos dias de práticas profissionais, por exemplo, a vocação e a submissão aos demais profissionais, entre outras. O trabalho socio-clínico consiste em identificar as implicações presentes nas práticas profissionais, analisar como as pessoas estão ligadas aos sentidos atribuídos ao trabalho, que permitem materializar a instituição (MONCEAU, 2018). Na pesquisa, analisei a evolução da instituição enfermagem a partir dos efeitos da NGP.

Há assim, uma parte material, visível, que se manifesta nas organizações e uma outra parte imaterial, que é formada pelas normas, as regras e as leis (LOURAU, 2014). Nessa perspectiva, podemos pensar os cuidados de enfermagem como uma instituição (FORTUNA, 2017), segundo o quadro teórico e metodológico da análise institucional.

Na história da profissionalização da enfermagem, a profissão atualiza certos elementos de diferentes épocas históricas, que vão sofrer interferências da NGP. Segundo a perspectiva teórica da análise institucional, a NGP também pode ser também considerada uma instituição.

A partir de 2013, crescentes agitações políticas, sociais e econômicas, no Brasil e na França, tais como a destituição da presidente brasileira, numerosas manifestações, as greves nos dois países, vão interrogar as instituições. As agitações tinham o propósito de interrogação dos processos instituídos, no entanto, elas eram difusas, variáveis e contraditórias. Trata-se do período “quente” para a análise institucional (LOURAU, 2004), em que as instituições e as práticas institucionais são fortemente “mexidas”.

A pesquisa se desenvolveu em um período quente com as greves nos dois países e com a pandemia provocada pelo vírus SARS-COV 2, o que dificultou um pouco a realização das análises, devido a temporalidade mais rápida dos eventos.

No Brasil, em Porto Alegre/RS, as enfermeiras do serviço público, gerido por uma organização social (IMESF), fizeram também greve (fotos 1 e 2). Em Ribeirão Preto/SP, a agitação é menos intensa.

Fotos 1 e 2 - Manifestações de trabalhadores de saúde em processo de demissão do IMESF que atuavam em unidades de saúde, em Porto Alegre, 2019.



Fonte: redes sociais do Sindicato dos Municipários de Porto Alegre.

Na França, se produziram diversas manifestações das enfermeiras hospitalares. Eu participei de uma no final de 2019 (fotos 3 e 4).

Fotos 3 e 4 - Manifestações na França pelos cortes de recursos aos hospitais públicos, 2019.



Fonte: Fotos produzidas pela pesquisadora.

Figura 5 - Manifestações com o *slogan* “O hospital não é uma empresa, o paciente não é uma mercadoria”, 2019.



Fonte Hans Lucas, site <https://hanslucas.com/qbelloir/photo/28101>.

No primeiro de Maio de 2020, as enfermeiras fizeram uma manifestação em Brasília na Praça dos Três Poderes (legislativo, executivo e judiciário), diante do Ministério da Justiça, pela falta de equipamentos de proteção individual, de condições de trabalho e pelas mortes de profissionais de saúde pela Covid-19 (foto 6).

Foto 6 - Manifestação na praça dos Três Poderes, Brasília, 1º de maio de 2020.



Fonte: Jornal O Globo, 1º de Maio de 2020.

2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O SUS é um sistema universal de saúde, criado a partir das lutas sociais vividas no final dos anos 1960 e nas décadas de 1970 e 1980, em um período político de regime militar (1964-1985). Instituído na Constituição Federal (CF) de 1988, também chamada de “constituição cidadã”, o SUS estabeleceu a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Andrade (2001) menciona a produção de um sistema de saúde “esculpido a golpes de portarias”, representados não por uma ação truculenta, mas pela ação do escopro na pedra, visando à produção de uma escultura, conforme assinalava Rodin sobre suas obras.

Para Paim (2020), o Brasil mostrou de forma contundente os esforços e a correlação de forças na construção de um sistema de saúde universal, com grandes desigualdades sociais e de saúde, produzido por um país capitalista e periférico.

Com base no conceito ampliado de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a saúde no Brasil é concebida como resultante das condições de vida, tendo como determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde públicos, com participação complementar da iniciativa privada. A direção do sistema de saúde é única, sendo exercida pelas três esferas de governo, União, Estados e Municípios. São diretrizes do SUS, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No que se refere ao financiamento, cabe à União o montante aplicado no ano anterior, acrescido da variação do PIB, os Estados devem investir ao mínimo 12% dos impostos arrecadados e os Municípios o valor mínimo de 15% (BRASIL, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019 menos de 1/3 da população brasileira, 28,5% possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico. Dentre as pessoas com plano de saúde, 86,8% estavam na faixa de cinco salários mínimos (IBGE, 2020).

Outros dados dessa mesma pesquisa indicaram que 76,5% dos brasileiros costumavam procurar o mesmo serviço de saúde e desse contingente, 69,8% optavam pelos

estabelecimentos públicos (IBGE, 2020). Dentre os tipos de estabelecimentos escolhidos, a UBS foi a mais citada, com 46,8%, chegando a 55,3% na região norte do país.

O SUS é um sistema público de saúde que tem por responsabilidade acompanhar a qualidade da água, o meio-ambiente, o alimento, chegando ao custeio de tratamentos especializados como, a quimioterapia para o câncer e os transplantes. Muitos tratamentos de custo elevado são ofertados somente pelo SUS.

Segundo Soares (2017, p. 930) a configuração dos sistemas de proteção social na América Latina se sobrepõem “formas avançadas e atrasadas de organização política, social e econômica, conformando uma complexidade particular e única - frágil, instável e contraditória”. A autora destaca o não consenso sobre a existência ou não de um Estado de Bem-Estar Social nos países latino-americanos, apresentando traços desse modelo.

Dentre os países latino-americanos, o Brasil se destaca com a constituição de um sistema universal de saúde, em um conjunto diverso de formatos, sendo a maioria do tipo seguro social (SOARES, 2017).

2.2.1 A Saúde Coletiva

A saúde coletiva nasce na década de 1970, como uma nova forma de articular saberes e práticas de diferentes instituições que atuavam nas lógicas da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social no Brasil (L'ABBATE, 2018). Impulsionada pelo movimento da reforma sanitária brasileira, pelos avanços na ciência, na industrialização, o campo da saúde coletiva é concebido em um primeiro momento, a partir das crises na medicina, mas amplia-se para a constituição de um campo inter e transdisciplinar (L'ABBATE, 2018).

De acordo com Donnangelo (1983) citada por L'Abbate (2018), a saúde coletiva constitui “um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de seu espaço de intervenção ou, correspondentemente, de seu campo de saber e de prática” (DONNANGELO, 1983, p. 19 apud L'ABBATE, 2018).

Nunes (1994), aponta três fases que marcaram o processo de institucionalização da saúde coletiva no Brasil. A fase “pré-saúde coletiva” ou preventivista, teve como base a medicina comunitária e uma atuação extra-muros. A segunda fase foi marcada por um reforço da Medicina Social. A terceira fase consagrou a criação do campo da saúde coletiva, com a estruturação do conceito, de cursos de pós-graduação e a produção de novos saberes.

As produções da saúde coletiva, a partir da valorização das ciências sociais na saúde, com a incorporação de referenciais críticos, como o paradigma marxista, marcaram a produção de novos saberes e a formação dos profissionais de saúde, inclusive na enfermagem.

A compreensão da enfermagem enquanto uma prática social nasce nesse período, com as produções da Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (SCOCHI; MISHIMA; PEDUZZI, 2015).

2.2.2 O lugar da atenção básica nas redes de saúde

No Brasil, a construção da APS foi marcada pelas influências internacionais, como as discussões produzidas na I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata (1978), mas ao mesmo tempo, pelos avanços dentro do país, no campo da saúde coletiva, que corroboraram para a conformação particular de APS no Brasil.

O conceito de APS, formulado na Conferência de Alma Ata, definiu cuidados primários como sendo

cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (BRASIL, 1978, p.1).

A 1ª Conferência de Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata (1978) foi um marco importante na história da APS mundial. No entanto, os sentidos atribuídos à APS, seu lugar no sistema de saúde, a forma de organização dos serviços de saúde, a oferta de ações em saúde e o financiamento foram desenvolvidos segundo as particularidades de cada país. As práticas profissionais de enfermagem tomaram formas diferentes também, segundo a organização dos serviços de APS.

No Brasil, os cuidados produzidos por serviços de saúde fora dos muros do hospital já existiam, desde a década de 1920, mas evoluíram com o desenvolvimento do campo da

Saúde Coletiva. Os novos saberes e práticas passaram a ser nominados de atenção básica. A Atenção Básica é definida como um

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017. p. 2).

São considerados atributos da APS abrangente: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, enfoque comunitário e abordagem na família (STARFIELD, 2002). Há diversas formas de organização e implementação da APS no mundo. Dentre os tipos mais prevalentes estão a seletiva ou focalizada, a abrangente ou integral, primeiro nível ou contato e uma abordagem de saúde e direito humanos (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2017).

Atualmente, os estabelecimentos da atenção básica ocupam um lugar estratégico no SUS. Do ponto de vista organizacional, a atenção básica é a principal porta de entrada para o sistema de saúde, ocupando o lugar central de coordenação das redes de saúde (BRASIL, 2017).

Em 2019, cerca de 60% dos domicílios brasileiros estavam cadastrados em uma ESF, a estratégia considerada prioritária da atenção básica. No entanto, reformas no sistema de saúde vêm modificando a composição da equipe, o financiamento e a ampliação do número de equipes. Um dado recente evidencia uma queda importante de 47,2%, no percentual de visitas mensais realizadas pelo ACS, em relação aos anos anteriores (IBGE, 2020).

A atenção básica é responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde. No Brasil, as redes de saúde assumem formatos diversos, tendo em vista as características continentais do país. As redes de saúde consideradas prioritárias estão organizadas em quatro temas: os serviços de emergência, o atendimento psicossocial, a rede de cegonha, e, a prevenção e controle do câncer (MENDES, 2011).

Righi et al. (2014, p. 67), em um estudo realizado em três regiões do país, destacaram que a excessiva importância atribuída à determinados temas, “sejam eles redes

temáticas, dispositivos ou a própria Humanização”, podem dificultar a visualização das redes que já existem nos territórios.

A atenção básica, enquanto um dos principais eixos estruturantes do SUS, é responsável pela resolução de 70 a 85% das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). No que se refere à responsabilidade e o lugar dos estabelecimentos hospitalares no SUS, alguns estudiosos apontam divergências, avanços e contradições (SANTOS; PINTO, 2017; FINKELNSTEIN; BORGES JÚNIOR; HONORATO, 2020).

Segundo Takeda (2006), em um estudo realizado sobre a estimativa mensal de hospitalização em uma população de 1000 adultos, seriam de apenas nove pessoas. Desse contingente 250 pessoas buscariam atendimento em serviços de saúde (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961, citados por TAKEDA, 2006).

Na perspectiva de outra autora, uma parcela da população, não necessitará de atendimento hospitalar ao longo da vida (CACCIA-BAVA, 2017). Isso quer dizer que serviços de atenção básica são potentes para assegurar as ações de cuidados mais prevalentes da população.

Dados recentes do IBGE demonstram que 6,6% da população passou por internação hospitalar, nos últimos doze meses (2019-2020). Dessas internações, 64,6% foram atendidas pelo SUS (IBGE, 2020).

Segundo Finkkeltein, Borges Júnior e Honorato (2020), as principais causas de internação (mais de 32 dias), entre julho de 2018 a agosto de 2019, foram os transtornos mentais e comportamentais, as doenças circulatórias, algumas doenças infecciosas e parasitárias e, doenças respiratórias. Esse conjunto de doenças representou mais da metade das causas de internação hospitalar, no período estudado.

A concretização da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), ocorrida em 2013, teve como propósito, discutir o lugar e o papel do hospital no SUS, a fim de experimentar a produção de um modelo hospitalar, alinhado com as diretrizes e princípios do SUS. Borges e Pinto (2017) afirmam que algumas das ações implementadas nessa direção, entre 1988 e 2013, não resultaram na ruptura com o modelo hospitalar vigente, mas um alinhamento à perspectiva gerencialista com a valorização da administração indireta.

2.2.3 A Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário na atenção básica

Os principais serviços de saúde da atenção básica no Brasil são as ESFs e as UBSs. As ESFs são os dispositivos prioritários na política de saúde, desde 1994. As ESFs

originalmente eram constituídas por 1 enfermeiro, 1 médico, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, 1 ACSs em um território de, no máximo, 750 pessoas (BRASIL, 2017).

Além das ESFs, há as Equipes de Saúde Bucal (ESB), formadas por um cirurgião dentista e um técnico ou assistente odontológico, e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que podem ser constituídos por profissional de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra, ginecologista, pediatra, acupunturista, médico homeopata, ginecologista/obstetra, geriatra, internista (medicina interna), médico do trabalho, veterinário, profissional formado em arte e educação (educador de arte).

A ESF tem como diretriz o conceito de saúde enquanto direito e suas ações pautadas no cuidado integral. Seu foco é a família e o território, produzindo um cuidado em atenção básica do tipo abrangente e coerente com um sistema de saúde universal. Inicialmente, sua implantação foi realizada em regiões com populações em situações de vulnerabilidade social e econômica, mas atualmente está presente em territórios mais abastados.

O modelo brasileiro, prioritário para a atenção básica, distancia-se das concepções focalizadas e seletivas, encontradas em outros países, embora venha sendo fortemente tensionado por modelos de atenção mais restritivos e guiados pela lógica de mercado. De forma paradoxal, a implantação das ESFs no Brasil se deu no mesmo período de importantes avanços das políticas de austeridade e da NGP, na década de 1990.

2.2.4 As reformas da atenção básica

Influências internacionais de reformas na APS, presentes nas recomendações da OCDE, da OMS, da OPAS, do Banco Mundial, entre outros, são forças que vêm tensionando transformações na APS, a fim de garantir uma maior cobertura e acesso aos serviços de saúde, por meio do aumento das relações público-privadas (OCDE, 2020a; OCDE, 2020b; OCDE, 2019; OMS, 2019; OMS, 2018; OMS, 2014; OMS, 2010, OPAS, 2015). Convém destacar que nem todas as propostas estão em consonância com a lógica da saúde enquanto direito.

A última Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 2017, em Astaná vem sendo considerada uma guinada à lógica de mercado, com maior participação do setor privado e menor controle estatal (GIOVANELLA et al., 2019).

Sob o slogan de “cobertura universal” e em nome da ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, as propostas não parecem valorizar o fortalecimento e criação de sistemas

universais de saúde, distanciando-se das premissas elencadas na Conferência de Alma Ata (1978).

No Brasil, o setor privado vem produzindo recomendações para o SUS, como o Instituto Coalisão Saúde (ICOS), o Colégio Brasileiros de Executivos da Saúde (CBEXs) e a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAPH). Alguns documentos demonstram o alinhamento à proposta da cobertura universal de saúde, como: Proposta para o sistema de saúde brasileiro (ICOS, 2015), Modelos de pagamentos baseados em valor (ICOS, 2017), Brasil Saúde 2016: um olhar para a saúde das grandes cidades, Livro Branco (2014), Livro Branco Saúde (2019).

Menezes, Moretti e Reis (2019) discutem efeitos do novo regime fiscal implementado a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, que trata do congelamento do financiamento da saúde por 20 anos. Dentre os efeitos já sentidos estão a desassistência médica com o fim do programa Mais Médicos, o fim do financiamento aos NASFs, a ampliação de leitos hospitalares de saúde mental, com um retorno à prática curativa em detrimento da preventiva e de promoção, a liberalização de agrotóxicos, dentre outras.

Além desses efeitos, acrescenta-se o aumento das taxas de mortalidade infantil e materna, a partir de 2016 (ABRASCO, 2018). Segundo o documento, a mortalidade infantil voltou a crescer, o que não ocorria no Brasil desde 1990.

Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) e Freire et al. (2021) apresentam resultados de pesquisas, demonstrando o impacto da atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, na redução do número de ACSs nas ESFs e a redução da oferta de ações em saúde no território.

Em 2019, o governo federal avançou na criação de novas políticas de saúde consideradas, as “bases da reforma da APS”, dentre eles o Previne Brasil, o Saúde na Hora e o Médicos pelo Brasil (HARZHEIM, 2020). No ano seguinte, o governo criou uma proposição de Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) (BRASIL, 2020), anunciando um conjunto mínimo de ações que devem ser ofertadas pelos serviços de APS.

As críticas e discussões em torno da carteira de serviços evidenciam a intenção de transformação da atenção básica, em direção a uma redução do escopo de ações, propondo um modelo mais focalizado e restritivo, dirigido às populações vulneráveis ou às doenças e agravos mais prevalentes, como por exemplo, as doenças crônicas não-transmissíveis.

2.2.5 As práticas profissionais de enfermagem na atenção básica

A prática profissional de enfermagem no campo da coletiva de saúde é uma prática social configurada na relação entre trabalhadores e usuários, famílias ou comunidades e influenciada por um contexto sócio-político mais amplo (ALMEIDA et al., 1991). Esta concepção possibilitou alargar a concepção do trabalho de enfermagem em saúde pública para o trabalho de enfermagem na saúde coletiva, nos anos de 1990.

Para Fortuna et al. (2019) a enfermagem em saúde coletiva não é sinônimo de saúde pública, suas práticas são constituídas de forma interdisciplinar integrando à dimensão biológica, as dimensões política e social. As práticas de enfermagem em saúde coletiva são tomadas como ações políticas, revestidas de intencionalidades e projetos (FORTUNA et al., 2019).

Na minha concepção e considerando a ótica da análise institucional, a enfermagem em coletiva de saúde é uma prática social produzida entre diferentes dinâmicas institucionais. Estas práticas são atravessadas por instituições, tais como o trabalho, a saúde, a gestão, a economia, a família, a religião, entre outras.

A enfermagem em saúde coletiva tem na atenção básica seu lócus principal, onde o enfermeiro tem o papel de desenvolver ações conjuntas com os demais profissionais da equipe e ações específicas de sua competência. São atribuições específicas do enfermeiro na atenção básica:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017, p.4).

Um estudo recente realizado pela OMS sobre a situação da enfermagem no mundo, com a participação de 191 países, revelou que a categoria no Brasil representa 59% da força de trabalho em saúde. Dentre o perfil dos enfermeiros, 87% era do sexo feminino e 13% do sexo masculino, com um média de idade entre 35 a 54 anos (OMS, 2020).

De acordo com a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sobre o perfil da enfermagem no Brasil, evidenciou que a maioria (mais de 50%) dos profissionais atuava como estatutário em serviços públicos, nos níveis municipal, estadual e federal (COFEN, 2015).

Quanto aos profissionais que atuavam nas ESFs, a mesma pesquisa identificou um contingente de 3,5%. Já, os enfermeiros atuantes em empresas terceirizadas que prestavam serviços ao público, como OS e OSCIPs, o percentual era de 1,9% e 0,2%, respectivamente. No quesito rendimento, a faixa salarial mais prevalente do enfermeiro estava entre R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00, em um percentual de 21,5% do total (COFEN, 2015).

Um estudo recente, realizado por Pilotto e Junqueira (2017) destacou a alta rotatividade de enfermeiros e médicos em OSs, visto que estes recebem um melhor salário no serviço público do que na iniciativa privada.

2.3 SISTEMA DE SAÚDE NA FRANÇA

O sistema de saúde francês, chamado *Sécutité Sociale*, em português, Seguridade Social, foi instituído em 1945, após o fim da 2ª Guerra Mundial. Sua origem está ligada à evolução e lutas sociais do século XIX, com a criação da primeira lei de seguro social sobre os acidentes de trabalho. Em 1945 ocorreu a fusão dos regimes de seguro-doença, seguro-aposentadoria, seguro-licenças, entre outros, formando o sistema de proteção social, compondo uma cobertura universal a toda população.

A saúde na França é considerada um direito fundamental do homem e a Seguridade Social é compreendida como um conjunto de meios e atividades com a função de produção de saúde, de promoção, de prevenção, de reparação, de reeducação e de reinserção (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1994). Os princípios bases são a Unidade e a Universalidade.

O sistema de saúde francês é sistema do tipo seguro-saúde, em sua origem cobria os trabalhadores assalariados, mas foi ampliando progressivamente a cobertura e hoje é um regime universal a toda população. Além da Seguridade Social, é obrigatório aos trabalhadores o pagamento de um seguro privado, uma *mutuelle*, em português, uma mútua, de acordo com a natureza do trabalho que executam.

A Seguridade Social atua com um método de co-pagamentos, mas muitos serviços de saúde ofertam cuidados sem necessidade de pagamento. As despesas com saúde, realizadas pela população, são reembolsadas pela Seguridade Social, em percentuais que variam de 70% a 90%. O restante da despesa é reembolsável pela *mutuelle*.

Faure (1984) e Laget (1984) apresentam aspectos históricos e sociais da evolução dos cuidados e de certo modo, do sistema de saúde, que vão desde a gratuidade até a assistência assumida pelo Estado. Laget (1994) menciona a existência dos livretos de saúde dos pobres, utilizados entre os séculos XVII e XVIII, que mantinham prescrições e receitas que eram fornecidas no cuidado às pessoas indigentes ou com baixo poder aquisitivo.

O sistema de saúde estabelece como níveis de gestão, os âmbitos Nacional, Regional, Departamental e Municipal. No âmbito Nacional está o ministério da saúde, as agências de responsabilidade do Estado e a *Haut Autorité de Santé* (HAS), em português, Alta Autoridade de Saúde. No âmbito Regional, encontram-se as Agências Regionais de Saúde (ARS). Na esfera Departamental, a gestão da saúde é produzida de forma compartilhada com os Municípios ou Comunas, como por exemplo, a gestão local dos centros de Proteção Materno-Infantil (PMI).

As ARSs são os órgãos mais recentes, tendo sido criadas em uma das reformas do sistema de saúde, ocorrida em 2009. As agências foram instituídas pela Lei *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* (HPST).

2.3.1 A saúde pública

Na França, o Código da Saúde Pública (CSP) foi criado em 1953, oito anos após a criação da Seguridade Social (o sistema de saúde). Segundo Bourdillon, Brücker e Tabuteau

(2016), o conceito de saúde pública é complexo e não há uma definição única, aceita por todos. Na visão dos autores, o que é consenso é que a saúde pública

integra as noções de prevenção, promoção da saúde, avaliação de riscos à saúde, acompanhamento de patologias, definição de políticas de saúde pública e organização dos cuidados e do sistema de saúde. A saúde pública diz respeito às populações, a todos os cidadãos e não apenas ao indivíduo ou a uma pessoa doente (BOURDILLON; BRÜCKER; TABUTEAU, 2016, p. 1) (tradução livre)

A saúde pública é constituída por um conjunto de estabelecimentos públicos e privados, que integra os hospitais, os cuidados ambulatoriais *de ville* ou de cuidados primários, os consultórios privados (profissionais liberais) e os estabelecimentos médico-sociais.

Alguns dos estabelecimentos que compõem o sistema de saúde são os Serviços de Enfermagem de Cuidado à Domicílio (SSIAD), os Consultórios privados liberais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, dentista, fonoaudiólogo, *sage-femme*, terapeuta ocupacional, psicólogo, *psicomotrician*, dentre outros), os Centros Municipais de Saúde (CMS), as Casas de Saúde (*Maison de Santé*), os Centros de Planificação e de Educação Familiar (CPEF), os Polos de Saúde (*Pôle de Santé*), os Centros Médico-Psiquiátrico (CMP), os Centros de Proteção Maternal e Infantil (PMI), as Casas Departamentais de Solidariedade (MDS), os Centros Gratuitos de Informação, Testagem e Diagnóstico (CEGIDD), as equipas de saúde dos espaços escolares (creche, colégio e liceu), os Centros de Saúde Universitários (CSU), estes últimos mantidos pelas universidades, dentre outros.

2.3.2 O lugar dos cuidados primários nas redes de saúde

A história de criação das *mutuelles* na França tem relação com os trabalhadores das minas de carvão, ferro e alumínio que necessitavam de atendimento médico para eles e suas famílias, no século XIX. Os trabalhadores criaram associações, nas quais, parte dos salários financiaram a construção de hospitais próprios e dispensários, que posteriormente no século XX tornaram-se *centres de santé*, em português, centros de saúde (RÉGEREAU, 2018).

A Federação Nacional pela Mutualidade Francesa (FNMF) menciona a criação do primeiro dispensário em Angers, ocorrido em 1879 (FNMF, 2021). Faure (1994) refere a

criação dos dispensários de Reims, em 1880 e Rouen, em 1881. Os dispensários eram estruturas que ofertavam consultas médicas, atendimentos de enfermagem, curativos, distribuição de medicamentos, entre outras ações.

Entre 1920 e 1930, os dispensários ampliaram sua atuação, com o movimento da Higiene Social, fruto de debates realizados em congressos e colóquios, ofertando cuidados ligados à tuberculose e a mortalidade infantil (LESTIENNE, 2017; VALOUGEORGIS, 2019). Nesse período são criados os dispensários de higiene maternal e infantil (VALOUGEORGIS, 2019). Alguns deles passaram a ser nomeados de *Centres de Santé* e outros municipalizados, ampliando acesso não somente para os trabalhadores da minas e suas famílias, mas para toda a população do território, que buscasse atendimento.

Henry (2020) e Valougeorgis (2019) afirmam que, além terem a missão de controle da tuberculose, os dispensários eram locais de vacinação e foram se especializando como dispensários de higiene social, de higiene materno e infantil, de luta contra a tuberculose e etc. A região de Lille foi precursora dos dispensários de cuidados às pessoas com tuberculose (VALOUGEORGIS, 2019).

Na década de 1970 criaram-se os dispensários de higiene mental, com a finalidade de prestar assistência, a nível ambulatorial, aos pacientes com doenças mentais. Nos anos 80, houve o desenvolvimento das Unidades Sanitárias de Base (USB) (VEZINAT, 2020) e em 1990 os debates ampliados sobre políticas de redes de assistência (ROBELET, 2008).

A USB foi uma estrutura de centro comunitário de saúde organizada, entre os anos de 1983 e 1986, fruto do movimento do sindicato de medicina e de estudantes da área da saúde que reivindicavam valores de solidariedade e uma visão global da saúde. O movimento mantinha a publicação de uma revista chamada “Práticas, cadernos da medicina utópica”, associando os olhares de profissionais de saúde e das ciências humanas e sociais (DELEST, 2019).

O termo cuidados primários, na França, é originário das discussões realizadas a partir da I Conferência Internacional de Cuidados Primários, ocorrida em Alma Ata, em 1978. No entanto, muitos termos são usados para se referir aos cuidados primários, como cuidados de primeiro recurso, cuidados de primeira linha, cuidados ambulatoriais, cuidados de primeiro contato, cuidados de proximidade, cuidados fora do hospital, cuidados de *ville*, em português, cuidados de cidade (expressão de difícil tradução, pois refere-se aos cuidados produzidos fora do hospital), que carregam diferentes sentidos e são utilizados por diferentes atores, com diferentes escopos (profissionais de saúde, gestores e economistas).

A figura 2 apresenta uma reportagem publicada em 1984, em que trata sobre os cuidados primários como uma nova exigência dentro do sistema de saúde de francês. Ela destaca que não se pode mais investir somente em tecnologia de ponta, coincidindo com as discussões de crise do sistema de saúde e necessidade de redução das despesas médicas.

Figura 2 - Notícia de jornal sobre os cuidados primários, publicada em 1984.

RENCONTRES
medicales



JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE D'ÉQUIPE
Mensuel - Janvier 1984 - N° 16 Prix 5 F

UNE NOUVELLE EXIGENCE: LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Aujourd'hui, on ne peut plus se contenter de favoriser uniquement la recherche et la technologie de pointe. Pour faire reculer encore, de façon décisive, la morbidité et la mortalité, les « soins de santé primaires » sont devenus une nécessité. Et une urgence. Les centres de santé intégrés apportent à une réponse d'avenir.

Dans notre pays, le système de soins est organisé principalement autour de l'hôpital. Ses services spécialisés s'inscrivent dans chaque secteur géographique au centre d'un réseau constitué de spécialistes et de généralistes. Ces derniers représentent, pour la population, le premier maillon d'entrée dans une filière qui peut se prolonger de service polyvalent en service plus spécialisé. Beaucoup d'exigences se font jour pour affirmer que ce mode d'organisation doit évoluer.

Santé et plus seulement soins

Des progrès dans l'état de santé de la population, mesurables par les indices de morbidité et de mortalité, nécessitent des actions concernant les plus larges tranches de cette population. On ne peut plus en effet se contenter de favoriser uniquement la recherche et le développement de technologies qui à prix d'or, apportent tout juste quelques semaines de bénéfice en terme

un spectre hante la France...

La formule ne doit rien à de « dangereux » révolutionnaires... Elle est celle d'un journal, défenseur vigilant de l'ordre établi, qui veille jalousement à ce que personne ne modifie, si peu que ce soit, le paysage.

Quel est donc ce « spectre » ? Il s'agit des centres de santé, des expériences nouvelles, telle celle inaugurée récemment à Saint-Nazaire. Et voici que maintenant se profile « l'expérience nouvelle » de L'Isle-d'Abeau (Isère), le centre de santé de Meythet, en Haute-Savoie, et d'innombrables autres projets que les collectivités locales ou le mouvement mutualiste se proposent, avec les professionnels de la santé, de mettre en place.

Pourquoi un tel acharnement si ces structures sont seulement « inutiles et coû-



Fonte: Jornal da Associação Médica pelo Desenvolvimento da Medicina de Equipe, 1984, França.

Segundo Alonso et al. (2018), o conceito de cuidados primários permaneceu indefinido por muito tempo na França. De acordo com esses autores, foi em 2016, na Lei de Modernização do Sistema de Saúde, que mencionou-se a criação de equipes de cuidados primários, como sendo um conjunto de profissionais em torno de médicos generalistas de primeiro recurso.

Bourgueil, Roquin e Schweyer (2021) afirmam que o termo *soins primaires* é relativamente novo na França, correspondendo aos cuidados de primeiro recurso ou cuidados de proximidade. As transformações dos cuidados primários na França é mais recente e se deu a partir dos anos 2000 (BOURGUEIL, 2010).

O conceito de cuidados primários está muito próximo de outras noções, como mencionado nos parágrafos. No entanto, alguns autores destacam diferenças entre eles. O cuidado de proximidade consiste no elo entre os serviços de saúde e os serviços sociais em uma região de saúde, chamada Comunidades Territoriais de Saúde Profissional (CPTS). Elas são coordenadas pelas Agências Regionais de Saúde (ARS) (VARROUD-VIAL, 2019a).

A noção de cuidados de primeiro recurso se sobrepõe à de cuidados primários, inicialmente desenvolvida pela OMS para países em desenvolvimento, mas "é utilizada de forma mais geral para designar a prestação de cuidados e serviços acessíveis a todos a fim de atender a grande maioria das necessidades de saúde, numa abordagem familiar e comunitária" (VARROUD-VIAL, 2019a, p. 10).

No entanto, as noções de cuidados primários e cuidados de primeiro recurso não se sobrepõem completamente: "assim os estabelecimentos de saúde, que não pertencem aos cuidados primários, têm um papel no primeiro recurso, como os serviços de urgência" (VARROUD-VIAL, 2019a, p. 10).

Uma particularidade é encontrada no trabalho realizado por profissionais de saúde na escola, colégio e liceu (ensino médio), que não é considerado como de cuidados primários. Essas ações estão ligadas ao Ministério da Educação Nacional e não ao Ministério da Saúde e Solidariedade, porém são ações que podem ser consideradas como de cuidados primários, pois nesses estabelecimentos há equipes de saúde constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Assim, na França, os cuidados primários desempenham um papel importante na continuidade e coordenação dos cuidados. Os serviços de saúde são formados por três modelos de práticas de equipes pluriprofissionais: as *maisons de santé* pluriprofissionais (MSPs), com status liberal, os centros de saúde polivalentes, com status assalariado e as equipes de cuidados primários, ainda emergentes, com algumas dezenas de equipes concentradas em algumas regiões do país (VARROUD-VIAL, 2019b).

As equipes de cuidados primários são constituídas principalmente por um clínico geral, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, assim como profissionais dos serviços sociais e médico-sociais (VARROUD-VIAL, 2019a).

Dois marcos importantes no tema dos cuidados primários foram o *Code de la Santé Publique* de 2007 e a Lei de reforma do sistema de saúde chamada *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* (HPST), de 2009. O primeiro autorizou a criação e financiamento da *Maison de Santé* (o dispositivo prioritário dos *soins primaires*) e o segundo conceitua cuidados de primeiro recurso, criando uma modalidade de cuidado que deve ser produzido em equipe, sob colaboração territorial. Antes da criação da lei HPST, a ênfase era no médico generalista e médico de referência (HASSENTEULFEL; NAIDITCH; SCHWEYER, 2020).

A lei HPST define cuidados de primeiro recurso como "ações de saúde pública, bem como ações de prevenção, de educação para a saúde, de educação terapêutica dos pacientes e ações sociais" (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2009, p. 4). Os cuidados de primeiro recurso compreendem:

1° A prevenção, a testagem, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de pacientes; 2° Distribuição e administração de medicamentos, produtos e dispositivos médicos, assim como aconselhamento farmacêutico; 3° Orientação no sistema de cuidados e o setor médico-social; 4° A educação para a saúde. (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2009, p. 24) (tradução livre).

A atenção básica e os cuidados primários têm sido o foco das reformas dos sistemas de saúde na contemporaneidade, com as políticas de austeridade¹⁵ e racionalização de custos. Nesta pesquisa, optei pela denominação Atenção Básica, no Brasil e Cuidados Primários, na França, considerando que essas duas expressões se relacionam mais com uma APS ligada à saúde enquanto direito humano e à produção de um cuidado integral, que integre a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a cura.

No que diz respeito ao território, a construção das Comunidades Profissionais Territoriais de Saúde (CPTS) reúne profissionais de um determinado território e constitui uma estrutura para a cooperação em redes de cuidado. As CPTSs têm a missão de oferecer cuidados de proximidade a nível regional.

As CPTS foram criadas no âmbito da Lei de Modernização do Sistema de Saúde de 2016 (Artigo 65). Dentre seus objetivos estão assegurar uma melhor coordenação das ações

¹⁵ A austeridade fiscal caracteriza-se por políticas de ajustes com escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais (SANTOS; VIEIRA, 2018, p. 2305).

dos profissionais de saúde, ajudar a estruturar os caminhos do cuidado com a saúde, apoiar a realização dos objetivos do Projeto Regional de Saúde (PRS), organizar respostas às necessidades de saúde com uma abordagem baseada na população sobre um determinado território (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016).

Os hospitais e os consultórios privados liberais constituem os estabelecimentos tradicionais do sistema de saúde francês. Os cuidados primários vêm sendo foco principal das reformas no sistema de saúde, tendo em vista a necessidade do controle das despesas e as políticas de austeridade.

A necessidade de coordenação das redes de cuidados é tema de debates desde os anos 2000, conforme discutem Robelet, Serré e Bourgueil (2005). Novas profissões surgiram com a criação de novos arranjos territoriais para a produção do cuidado, como os cargos de coordenadores das redes de cuidados. Em vários estabelecimentos de saúde extra-hospitalares, é o hospital o coordenador do cuidado, como no caso dos Centros Médico-Psicológicos (CMP).

O tema dos cuidados primários tem sido foco de alguns congressos e eventos promovidos por federações e redes de pesquisa, tais como:

- o Colóquio atualidade da proteção social: qual organização da oferta dos cuidados primários ao horizonte 2025?, ocorrido em 2013;
- o Fórum Europeu dos Cuidados Primários, ocorrido em Nanterre, em setembro de 2019;
- o 60º Congresso Nacional dos Centros de Saúde, ocorrido em outubro de 2021;
- o Congresso virtual *Avec les Équipes*, promovido pela Federação Francesa das *Maisons e Pôles de Santé* (FFMPS), ocorrida em Bordeaux, em setembro de 2021.

Segundo Afonso et al. (2018), a pesquisa nos cuidados primários vem se desenvolvendo há vários anos na França, mas é desde 2013, que há a menção explícita aos *cuidados primários*, enquanto prioridade temática dos editais para pesquisas sobre cuidado e oferta de cuidado, pela Direção Geral da Oferta de Cuidados (DGOS).

2.3.3 A *Maison de santé* como modelo mais visível nos cuidados primários

Um dos principais pontos que vêm impulsionando o desenvolvimento dos cuidados primários na França é a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, por isso as mudanças e reformas recentes têm por objetivo torná-lo mais eficiente e eficaz (menor custo), conforme apontam Heymans (2006) e, Gay e Duhamel (2019).

Outro elemento que vem favorecendo o avanço na organização dos cuidados primários são os desertos médicos, constituídos por áreas sem cobertura de serviços de saúde ou sem médicos (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2017). Um levantamento publicado em 2019, divulgado pela Direção de Pesquisas, Estudos, Avaliação e Estatísticas (DREES) apontou que cerca de 5,7 % da população, em torno de 3,8 milhões, estão em áreas de desertos médicos (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2019).

A *Maison de Santé* é uma estrutura pluriprofissional composta por um conjunto de profissionais liberais que exercem o cuidado de forma coletiva e de acordo com um projeto de saúde estruturado para um determinado território. Esses dispositivos foram criados em 2007, em uma atualização no *Code de la Santé Publique* (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde e Solidariedade, até junho de 2021 havia 1889 *Maisons de Santé* em funcionamento e 366 projetos de constituição em andamento (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021).

No início de sua implantação, a Seguridade Social efetuava o pagamento de forma individual para cada profissional de saúde. Desde 2011, as equipes devem constituir uma Sociedade Interprofissional de Cuidados Ambulatoriais (SISA) (CASSOU; MOUSQUÈS; FRANC, 2021).

Cada *Maison de Santé* deve produzir um projeto de saúde para apreciação da Agência Regional de Saúde (ARS). Este projeto deve indicar o foco principal de atuação da equipe e o público a quem serão dirigidas as ações. Há equipes que atuam com enfoque nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças cardiovasculares, outras na área de saúde mental, outras com idosos, dentre inúmeras configurações.

Desse modo, as equipes ofertam um determinado conjunto de ações de promoção, prevenção e recuperação focalizadas, o que caracteriza um tipo de APS seletiva ou restritiva, comum nos países europeus (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2017). Destaca-se que as equipes recebem e podem acompanhar usuários fora do seu escopo de atuação principal.

Cartier et al. (2012) tecem críticas a esse modelo, afirmando a não superação da fragmentação das ações e serviços de saúde, não contribuindo para uma profunda transformação do sistema de saúde. Na França, a centralidade é no hospital e na livre escolha dos pacientes, característica de uma cultura liberal na saúde e com resistência ao controle estatal.

Dois estudos desenvolvidos por Moyal (2019) e Moyal (2020) pontuam que perpetua-se nas *Maisons de Santé* a centralidade no profissional médico, enquanto um “orquestrador” dos cuidados primários. Além disso, a autora destaca a continuidade dos

médicos generalistas na posição de gestores na coordenação do cuidado, bem como a divisão do trabalho marcada pelo uso de protocolos e as tensões que surgem entre as profissões ao realizar um cuidado de forma pluriprofissional.

2.3.4 As reformas dos cuidados primários

As reformas nos cuidados primários no sistema de saúde francês ocorreram como respostas a uma série de problemas públicos presentes no século XXI, em particular devido aos desertos médicos, ao número crescente de territórios rurais, urbanos e às crises do hospital público (HASSENTEUFEL; NAIDITCH; SCHWEYER, 2020).

Dentre as principais reformas, a literatura menciona o reforço do papel do médico generalista, na década de 1990, com a institucionalização do *médecin référent*, em português, do médico de referência, em 1997. Em 2004, o surgimento da exigência de se indicar um *médecin traitant*, em português, médico de referência foi mais um passo nas reformas do sistema (HASSENTEUFEL; NAIDITCH; SCHWEYER, 2020).

Percebe-se que com essas reformas a centralidade dos cuidados primários permanecia com o profissional médico. Dois momentos importantes nos cuidados primários foram mudanças no Código de Saúde Pública de 2007 e a lei de reforma do sistema de saúde, chamada Hospital, Pacientes, Saúde, Territórios (HPST), de 2009.

A primeira, autorizou a criação e o financiamento da *Maison de Santé* (o dispositivo prioritário da atenção primária) e, a segunda, conceitualizou os cuidados de primeiro recurso, criando uma modalidade de atendimento que deve ser produzida em equipe, sob colaboração territorial.

Outra mudança importante nos cuidados primários foi a criação das Comunidades Territoriais de Saúde Profissional (CPTS), na Lei de Modernização do Sistema de Saúde, ocorrida em 2016. Essas estruturas contratualizam com coletividades territoriais locais que atuam no âmbito das comunas, intercomunas e departamentos (HASSENTEUFEL; NAIDITCH; SCHWEYER, 2020).

Debates atuais colocam em evidência a missão, a responsabilidade e as diferenças entre essas novas estruturas (*Maisons de Santé* e das CPTS), junto às formas já existentes. As reformas executadas demonstram o esforço de integração vertical (serviços de diferentes níveis de atenção) e horizontal (serviços de mesmo nível de atenção), mas as medidas parecem apoiar a cooperação entre público e privado.

Um edital para projetos de saúde, lançado pela região de Île-de-France, no primeiro semestre de 2021, tratava de subsídios financeiros à constituição e fixação de equipes nessa região, enquanto uma medida de redução dos desertos médicos. Dentre os organismos elegíveis estavam: coletividades territoriais, estabelecimentos públicos, proprietários sociais (locação de baixo custo), associações regidas pela lei de 1901 (associação sem fins lucrativos), fundações, *mutuelles* e grupos de *mutuelles*, caixas de aposentadorias públicas e privadas sem fins lucrativos, grupos de cooperação em saúde (GCS), grupos de cooperação social e médico-social (GCSMS), grupos de interesse público (GIP) e grupos de interesse econômico (GIE), sociedades civis profissionais (SCP), sociedades civis médias (SCM), sociedades de exercício liberal (SEL), sociedades civis imobiliárias (SCI), sociedades de economia mista (SEM), empresas interprofissionais de cuidados ambulatoriais (SISA) e sociedades cooperativas de interesse coletivo (SCIC) (CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE DE FRANCE, 2019).

2.3.5 As práticas profissionais de enfermagem nos cuidados primários

Na França, a enfermagem é considerada uma das profissões paramédicas, assim como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a fonoaudiologia e outras profissões, como o *aide-soignant* (auxiliares de cuidado), a *sage-femme*, o *psychomotricien*, o *pedicure-podologue*, conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2 - As profissões paramédicas

Pessoal paramedical	Reeducadores	Psychomotricien, fonoaudiólogo, outros.
	Puericultrices	
	Enfermeiras	
	Auxiliares de cuidado	Auxiliares de cuidado, auxiliar médico-psicológica.
	Auxiliares de puericultura	
	Outros profissionais paramédicos	Terapeuta ocupacional, pedicures-podólogas, protesistas auditivos, optometrista-oculista, protesistas dentários.

Fonte: Répertoire ADELI - DREES, dados de janeiro de 2020.

A enfermagem é majoritariamente constituída pelo sexo feminino, com vinculação estatutária (concurso público) e atuação majoritariamente hospitalar, conforme especifica o quadro 3.

Quadro 3 – Situação demográfica da profissão enfermagem

Sexo/Atuação	Assalariados hospitalares	Liberais ou mistos	Outros assalariados	Total
Mulher	414 641	109 571	120 147	644 359
Homem	65 195	22 004	12 749	99 948
Total	479 836	131 575	132 896	744 307

Fonte: Répertoire ADELI - DREES, dados de janeiro 2020.

No quadro 4 é possível compreender quais são os principais estabelecimentos de saúde considerados campos de atuação do enfermeiro e o tipo de vínculo empregatício. Em destaque no quadro, visualizam-se os estabelecimentos considerados de cuidados primários, bem como os espaços escolares (creche, colégio e liceu).

Diferentemente do campo hospitalar em que a maioria dos profissionais é estatutária, nos cuidados primários, o consultório individual liberal e o consultório de grupo constituem os espaços majoritários de atuação do enfermeiro na França. Na sequência, estão os Centros de Saúde, os espaços escolares (creche, colégio e liceu), as coletividades territoriais, os Centros de Proteção Materno-Infantil (PMI) e os Centros de Planificação e Educação Familiar (CPEF).

Quadro 4 – Profissão enfermagem por setores de atividades

Setor de atividade	1- Liberais ou mistos	2- Assalariados hospitalares	3- Outros assalariados	Total
01 - Hospital público	1 103	360 311	0	361 414
02 - Estabelecimento privado ESPIC	689	40 541	0	41 230
03 - Estabelecimento privado lucrativo	1 451	78 984	0	80 435
04 - Centro de saúde	146	0	7 832	7 978
05 - Consultório individual	73 078	0	627	73 705
06 – Consultório de grupo	46 855	0	544	47 399

07 - Exercício em sociedade	5 871	0	129	6 000
08 - Empresa de trabalho temporário (d'Interim)	278	0	20 136	20 414
09 - Prevenção e cuidados em empresa	30	0	3 962	3 992
10 - Saúde escolar e universitária	24	0	5 476	5 500
11 - PMI Planificação Familiar	7	0	2 231	2 238
12 - Estabelecimento para pessoas com necessidades especiais	114	0	9 220	9 334
13 - Estabelecimento para pessoas idosas	505	0	40 313	40 818
14 - Estabelecimento de ajuda à família	4	0	2 354	2 358
15 - Estabelecimento de ensino e formação profissional privado	30	0	4 470	4 500
16 - Estabelecimento de proteção da infância	6	0	566	572
17 - Estabelecimento de albergue e readaptação	13	0	904	917
18 - Organismo de seguridade social	5	0	519	524
19 - Ministério e serviços descentralizados	8	0	2 425	2 433
20 - Coletividades territoriais outras que PMI	16	0	5 440	5 456
21 - Associação e organismo humanitário	26	0	1 410	1 436
22 - Laboratórios de análises biomédicas (LABM)	39	0	3 932	3 971
23 - Outro estabelecimento sanitário	92	0	6 138	6 230
24 - Centro de diálise	99	0	3 917	4 016
25 - Outros setores	1 086	0	10 351	11 437
Total	131 575	479 836	132 896	744 307

Fonte: Répertoire ADELI - DREES, dados de janeiro 2020.

O quadro 5 apresenta a progressão no número de enfermeiros, entre os anos 2012 e 2020, segundo o modo de exercício liberal, estatutário e outros. Os dados demonstram o aumento no contingente de enfermeiros nesse período, possivelmente ligado às iniciativas governamentais de fixação dos profissionais ou atração de enfermeiros portugueses e

espanhóis, devido há falta de enfermeiros no país, nas duas últimas décadas (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2004; PRADIER; DUSSAP; RYBARCZYK, 2015).

Os baixos salários e o avanço das novas lógicas de gestão hospitalar, desencadeadas pelas políticas de austeridade, com a lógica de redução de custos, tendo a NGP, como modelo de gestão, têm impulsionado a atuação do enfermeiro nos países vizinhos ou, até mesmo, a mudança de profissão, conforme revela as projeções na tabela 1.

Quadro 5 - Modo de exercício da profissão enfermagem

Modo de exercício	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1- Liberais ou mistas	91 631	97 485	103 309	109 925	116 800	122 341	123 821	127 747	131 575
2- Assalariados hospitalares	388 666	404 549	414 826	424 258	434 302	444 614	456 830	468 378	479 836
3- Outros assalariados	87 066	93 360	98 438	104 065	109 509	114 504	120 337	126 447	132 896
Total	567 363	595 394	616 573	638 248	660 611	681 459	700 988	722 572	744 307

Fonte: Répertoire ADELI - DREES, données au 1er janvier 2020.

Tabela 1 - Probabilidade média de mudar de modo de exercício entre dois anos consecutivos segundo a idade e o modo de exercício

	Liberais	Assalariado hospitalar público	Assalariado hospitalar privado	Assalariado não hospitalar em estabelecimentos para pessoas idosas	Outro assalariado não hospitalar	Total
Menos de 24 anos	6,3%	3,6%	9,5%	11,1%	13,8%	6,5%
25-29 anos	3,5%	4,0%	8,3%	8,4%	10,0%	5,6%
30-34 anos	2,1%	3,3%	6,4%	6,4%	6,2%	4,0%
35-39 anos	1,5%	2,5%	4,9%	5,6%	4,2%	3,0%
40-44 anos	1,2%	2,0%	3,8%	5,0%	2,9%	2,3%
45-49 anos	0,9%	1,3%	2,8%	3,5%	2,1%	1,6%
50-54 anos	0,9%	0,7%	1,8%	2,3%	1,2%	1,0%
55-59 anos	0,6%	0,6%	1,0%	1,4%	0,7%	0,7%
60-65 anos	0,4%	0,2%	0,5%	0,6%	0,3%	0,3%
Total	1,3%	2,5%	4,3%	4,9%	4,6%	2,6%

Fonte: Répertoire ADELI - DREES, dados de agosto de 2020.

Um levantamento recente, realizado pela Ordem Nacional dos Enfermeiros, na França, com a participação de 30.000 enfermeiros demonstrou que com a crise sanitária, 40% dos enfermeiros desejam mudar de profissão, um aumento de três pontos percentuais em relação ao levantamento do ano anterior (ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS, 2021).

No que se refere às práticas profissionais, um levantamento realizado por Croguennec (2019), do DREES, indicou que a metade dos enfermeiros diplomados (50%) ocupa seu primeiro posto de trabalho em um hospital público, enquanto 12% trabalham como estatutários em outro tipo de estabelecimento e 38% estão empregados em um estabelecimento do setor privado (CROGUENNEC, 2019).

Outro resultado desse mesmo levantamento foi de que os enfermeiros que atuam em consultórios privados liberais têm uma renda 28% maior do que os demais empregados, três anos após a formatura (CROGUENNEC, 2019). Todavia, a atuação como profissional liberal é regrada pela exigência de 24 meses de experiência hospitalar, o equivalente a 3.200 horas.

A prática liberal dos enfermeiros nos cuidados primários vem contribuindo para a produção de dispositivos de prática pluriprofissional e para a reconfiguração da própria profissão, com o desenvolvimento das práticas avançadas de enfermagem. Fournier e Mousquès (2019) discutem os efeitos de um dispositivo de trabalho pluriprofissional, criado em 2004, chamado Ação de Santé Liberal em Equipe (ASALÉE).

O dispositivo ASALÉE oferece uma estrutura para o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem, incluindo testagens e acompanhamento em educação terapêutica do paciente, a partir do uso de protocolos (FOURNIER; MOUSQUÈS, 2019).

Dentre as várias áreas de atuação do enfermeiro nesse país, uma particularidade é a existências das enfermeiras escolares que atuam em creches, em colégios e em liceus (ensino médio). Esses estabelecimentos contam com equipes de saúde próprias, que atuam segundo as políticas públicas do país, com as ações ligadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Essas equipes escolares implementam recomendações do Ministério da Saúde e Solidariedade, mas possuem vínculo como estatutárias e estão submetidas às normativas do Ministério da Educação Nacional.

2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIMEIRA PARTE

Na primeira parte apresentei elementos que compõem o campo de análise desta pesquisa, como a NGP, a atenção básica no Brasil, os cuidados primários na França e as práticas profissionais de enfermagem. Nesta seção, busquei produzir um campo de análise apresentando alguns elementos que compõem o processo de institucionalização da NGP nos dois países, especialmente no campo da saúde.

Dei destaque para tempos/momentos históricos que demonstraram as mudanças de percurso nos modelos de gestão e o alinhamento com a NGP, nos dois países. Desenvolvi um texto apresentando as particularidades dos sistemas de saúde em relação ao lugar ocupado pela atenção básica, no Brasil e os cuidados primários, na França.

Além disso, procurei explicitar alguns pontos que são considerados importantes no contexto de criação da atenção básica e dos cuidados primários, discutindo os diferentes sentidos produzidos, seus principais conceitos, os atores sociais que os utilizam e com quais finalidades.

Utilizando algumas imagens e fotos, apresentei movimentos sociais e greves no contexto contemporâneo de desenvolvimento da atenção básica e dos cuidados primários, dando destaque para as reformas que vêm ocorrendo nesses cenários, tanto no Brasil, quanto na França.

As práticas profissionais de enfermagem foram apresentadas em relação aos seus contextos histórico e social, pautando-se sua constituição demográfica, posição social e modos de exercício atuais nos dois países.

PARTE 2 - A CONSTRUÇÃO DO CAMINHO DA PESQUISA

3.1 QUADRO TEÓRICO E METODOLÓGICO

O objetivo deste texto é apresentar o caminho percorrido para a produção de um dispositivo de pesquisa que visa analisar a evolução das práticas profissionais de enfermagem na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários, na França, a partir das transformações introduzidas pela NGP, dentro do marco teórico e metodológico da Análise Institucional (LOURAU, 2014), linha Socio-clínica Institucional (MONCEAU, 2013).

Nesta seção, vou apresentar a construção do objeto de pesquisa, a relação do campo de análise e finalmente o campo de intervenção com o dispositivo de pesquisa.

3.1.1 Análise Institucional e a Socio-clínica institucional

A análise institucional (AI) enquanto escolha teórica e metodológica deste estudo oferece ferramentas para analisar os processos de institucionalização com a análise das instituições, pois deriva da "articulação entre intervenção e pesquisa com o objetivo de compreender, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos, uma certa realidade social e organizacional" (FORTUNA et al., 2017, p. 2).

A gênese teórica da análise institucional é originária de várias correntes institucionais, a psicoterapia institucional, a psiquiatria democrática, a psicossociologia e as pedagogias institucionais (corrente psicanalítica e corrente sócio-pedagógica autogestionária). Sua gênese social está ligada ao movimento contestatório do Maio de 1968, na França (Lourau, 2014).

Guillier (2002) citada por Monceau (2003) afirma que Lourau costumava dizer que a análise institucional foi inventada em 1962, durante um estágio organizado na Abbaye Royaumont, quando Lapassade alarga o campo de intervenção usando o analisador dinheiro.

Durante os anos de 1967 e 1969 Lourau e Lapassade desenvolveram intervenções socioanalíticas em Paris, Tours e Hendaye (Lourau 2014) que contribuíram na sistematização da socioanálise, sendo considerado o método da análise institucional. A socioanálise apoia-se em seis operações:

- 1) A análise da solicitação oficial do staff-cliente (Análise da encomenda e das demandas);
- 2) A autogestão da intervenção pelo coletivo-cliente;
- 3) A regra do “tudo dizer” ou livre expressão;
- 4) A elucidação da transversalidade;

- 5) A análise das implicações do pesquisador-praticante staff-analítico;
- 6) A elaboração ou elucidação dos analisadores (LAPASSADE; LOURAU, 1971, p. 28).

Para Lourau e Lapassade (1971, p. 171) a instituição “é aquilo que reproduz as relações sociais dominantes no seio de uma organização ou de uma coletividade”. Em uma perspectiva mais contemporânea, para Monceau (2012, p. 1), a instituição designa uma dinâmica entre os atores dentro dela e onde se articulam relações de poder, as questões pessoais e coletivas, as questões afetivas e de contradições múltiplas.

De acordo com Lourau, a instituição "não está acima das práticas", mas “no interior" (MOURÃO et al., 2012, p. 135; MONCEAU, 2012, p. 1 ; SAINT MARTIN, 2013, p. 467).

Monceau explica que as instituições

sont avec nous en tous lieux car nous les transportons dans notre subjectivité même. Sans l'institution, l'homme chute comme une marionnette sans fils ou bien, pour prendre une image différente, comme un corps sans squelette. L'institué, n'est pas seulement ce qui nous empêche, nous contraint ou nous oppresse, c'est aussi ce qui nous tient debout et nous relie aux autres. Ces autres qui se débattent, comme nous, dans leur attachement/répulsion vis-à-vis des institutions (MONCEAU, 2010, p. 14).

Estão conosco em todos os lugares porque as carregamos em nossa própria subjetividade. Sem a instituição, o homem cai como um boneco sem cordas ou, para ter uma imagem diferente, como um corpo sem um esqueleto. O instituído não é apenas o que nos impede, nos constrange ou nos oprime, é também o que nos mantém em pé e nos conecta aos outros. Estes outros que lutam, como nós, em seu apego/repulsão às instituições. (MONCEAU, 2010, p. 14) (tradução livre da autora).

A instituição não é sinônimo de estabelecimento ou organização, ela é constituída por em uma parte material e outra imaterial, sendo produzida pela dinâmica de três momentos: o instituído, o instituinte e a institucionalização (LOURAU, 2014). Os três momentos ou conceitos são compreendidos no seu conjunto, pois deviram da dialética hegeliana: a tese (universalidade), a antítese (a particularidade) e a síntese (a singularidade).

Segundo Fortuna (2014, p. 256) as instituições:

(...) são lógicas abstratas, mas também materiais, resultantes de um processo dialético constituído de uma parte mais fixa (o instituído) que é a parte mais aparente, uma parte mutável (o instituinte) que provoca rupturas com os pactos tradicionais e um terceiro momento chamado institucionalização, no qual a instituição é incorporada pela instituição em curso de criação (FORTUNA et al., 2014, p.256).

Uma revisão integrativa realizada com estudos brasileiros da área da saúde, que se apoiaram no referencial da análise institucional, evidenciou o uso parcial do conceito de instituição, aproximando-se mais de um ou outro momento (instituído, instituinte e institucionalização). O momento institucionalização foi menos abordado, em relação ao instituído e instituinte (KASPER et al., 2020).

O momento/conceito instituído é o universal, é composto pelas normas e regras aceitas em um determinado contexto, o que é normal, habitual (LOURAU, 2014). Há regras prescritas (o permitido) e proscritas (o que é proibido) (BAREMBLITT, 2002).

O instituinte é a particularidade, o questionamento, a negação, os movimentos contestatórios do instituído.

A institucionalização é a singularidade (na dialética) e, de acordo com Monceau e Fortuna (2020, p.112)

não é a resolução da tensão instituído/instituinte mas o processo na qual instituído e instituinte participam continuamente na produção da instituição. Institucionalização é então um processo constitutivamente contraditório (MONCEAU; FORTUNA, 2020, p. 112) (tradução livre).

A análise institucional propõe um novo campo de coerência que se baseia na análise das contradições institucionais, tendo como grande contribuição a demonstração de que todo conhecimento é produto da relação entre objeto de estudo e o seu pesquisador. Trata-se de um referencial teórico e metodológico que admite a não neutralidade na produção do conhecimento, o qual explicita os modos e condições dessa produção, a partir do que o autor denomina de implicação (LOURAU, 1993).

O pesquisador explicita que existem relações diretas e indiretas entre suas implicações e o objeto de pesquisa. Estas relações não podem ser apagadas, são justamente

elas que conduzem o olhar do pesquisador na relação com o objeto de pesquisa, em um processo de co-produção sujeito-objeto.

A partir desse ponto de vista de pesquisadora busquei construir um texto de forma diacrônica, a fim de apresentar e analisar meu dispositivo de pesquisa. A coerência de que nos convida a análise institucional é a produção de um dispositivo concebido à medida que a pesquisa vai sendo produzida, considerando o movimento e as transformações da própria de pesquisa.

A análise institucional como referencial teórico e metodológico oriundo das ciências sociais pode contribuir nas análises de contextos e problemáticas do campo social, neste sentido mostra grande aplicabilidade na saúde, que necessita do auxílio de outros aportes teóricos para a resolução de temas prioritários, que normalmente escapam do arcabouço das ciências biológicas (L'ABBATE, 2013).

Para Savoye (2021)¹⁶ a análise institucional não é a análise das instituições, a análise institucional ajuda nos equiparmos com o conceito de instituição, ela não tem necessidade para se fazer, para existir, que a materialidade morfológica da instituição (informação verbal).

A análise institucional como escolha teórico-metodológica deste estudo oferece instrumentos para analisar a evolução do trabalho do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários, com a análise das instituições que permeiam suas práticas profissionais. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional (LOURAU, 2014), linha Socio-clínica Institucional (MONCEAU, 2013).

Os estudos socio-clínicos integram a análise da dinâmica institucional à análise das situações que constituem o objeto primordial da investigação (MONCEAU, 2013). Essa linha teórica emergiu com a evolução das intervenções que passaram a ser feitas em um tempo mais longo, com duração de anos.

Segundo Monceau e Fortuna (2020) foi uma intervenção de longa duração, realizada entre 1997-1999, com em uma associação de gestão de estabelecimentos do setor médico-social que transformou a prática com as intervenções breves na socioanálise, normalmente desenvolvidas em um dia ou um final de semana. Nesta intervenção, René pontuou como a mudança na temporalidade permitiu acentuar melhor a análise da circulação do poder do que a revelação do poder do Estado, que permanece presente.

¹⁶ Informação oferecida por Savoye durante o *Séminaire "Le concept d'institution dans les pratiques de l'institutionnel"*, *La dynamique sociale au prisme de l'institutionnalisation*, Gennevilliers, França, 2021.

Nas pesquisas socio-clínicas, os objetos "estão situados em processos institucionais cuja análise requer uma abordagem sensível ao 'trabalho do negativo". Ou seja, estar atento ao instituinte, aos momentos de tensões, dilemas e dificuldades presentes, pois são portadores das contradições institucionais.

A Socio-clínica Institucional propõe oito princípios que são balizas a serem observadas nos estudos deste tipo:

- 1- análise da encomenda e das demandas,
- 2- participação dos sujeitos no dispositivo,
- 3- o trabalho dos analisadores,
- 4- a análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança,
- 5- a aplicação das modalidades de restituição,
- 6- a análise das implicações primárias e secundárias,
- 7- a intenção da produção de conhecimentos,
- 8- a atenção ao contexto e as interferências institucionais (MONCEAU, 2013, p. 93).

Essas características foram pontos de apoio ao longo da produção desta pesquisa e auxiliaram nas direções e análises que foram sendo produzidas. No capítulo de apresentação dos resultados, os princípios serão melhor discutidos junto com a produção dos dados e as análises. A seguir, explicarei brevemente cada um deles.

O princípio de **análise da encomenda e das demandas** consiste em analisar coletivamente a encomenda oficial, normalmente construída pelas chefias ou diretores dos estabelecimentos e que originaram o pedido de intervenção. Conforme os encontros de análise vão ocorrendo as demandas do coletivo vão sendo explicitadas. Monceau (2018) afirma que a análise institucional e a socioanálise se apoiam nas demandas heterogêneas e contraditórias do coletivo para conduzir a análise da encomenda inicial, apoiando a problematização inicial.

A **participação dos sujeitos no dispositivo** visa analisar como se dá a participação dos sujeitos na produção da intervenção e nas análises. A participação pode ser muito variada, como, o aceite em ser observado, a presença em encontros coletivos (MONCEAU, 2018; MONCEAU, 2019) ou até de forma colaborativa, em que os participantes participam ativamente de todas as fases, desde a elaboração da proposta, na produção dos dados (no caso de pesquisa), na análise, na produção de relatórios e em publicações científicas.

O **trabalho dos analisadores** é definido como um dispositivo, “natural” ou construído que cristaliza as contradições institucionais, fazendo revelar o instituído. O analisador natural é aquele que já estava presente antes do início do trabalho de intervenção. O analisador construído é uma elaboração produzida durante a intervenção para provocar análises. Na análise institucional, é o analisador que faz a análise e não o analista institucional. Os analistas assinalam a existência do analisador (LOURAU, 2014). Pode ser uma pessoa, uma situação ou objeto que ao anunciar contradições, abrem acesso à questões que não se exprimem ordinariamente (MONCEAU, 2019).

A **análise das transformações** que ocorrem à medida que o trabalho avança, permite de incorporar ao trabalho de intervenção os efeitos produzidos e analisar as evoluções que não são facilmente percebidas quando o trabalho está em curso (MONCEAU, 2018). Este princípio originou-se nas intervenções longas, em que o trabalho pode durar meses ou anos.

A aplicação das **modalidades de restituição** refere-se ao retorno de dados provisórios do trabalho aos participantes da intervenção e/ou pesquisa (LOURAU, 2014, MONCEAU, 2018, MONCEAU, 2019). A restituição deve acontecer ao longo do trabalho, como no início de cada nova sessão ou em encontro específico para tal. A inserção de análises provisórias ao coletivo provoca uma dinâmica reflexiva, podendo ser aceitas ou refutadas, constituindo-se em novos elementos para análise (MONCEAU, 2018).

A **análise das implicações primárias e secundárias** é realizada por meio do trabalho com as implicações diretamente envolvidas (implicações primárias) com o dispositivo e com as questões locais. Já, as implicações secundárias consistem na análise das instituições que permeiam o trabalho do interventor e/ou pesquisador (a instituição científica) e os participantes (profissão e religião) (MONCEAU, 2019).

A intenção de **produção de conhecimentos** diz respeito à possibilidade de alargamento dos conhecimentos produzidos ao nível local, estarem inte relacionados a nível global, como é o caso da NGP. O fato de introduzir elementos circunscritos em um determinado território em outro, permite a construção de análises mais gerais (MONCEAU, 2013; MONCEAU, 2019).

A **atenção ao contexto e as interferências institucionais** consiste na produção de interferências entre instituições, como por exemplo, a gestão na saúde. Os estudos socio-clínicos se situam em interferências institucionais, que produzem efeitos de transformação na situação em intervenção e efeitos de conhecimento, como a produção de dados de pesquisa (MONCEAU, 2019).

Segundo Monceau (2009) as resistências, as interferências e os transdutores institucionais são ferramentas que podem auxiliar nas análises nos estudos socio-clínicos. O autor propõe a análise “pelos” resistências ao invés da análise “das” resistências, compreendidas como forças sociais em oposição a outra força chamada poder (MONCEAU, 1997). Convém analisar a que exatamente resiste àqueles que resistem.

Os transdutores institucionais são “dispositivos (agenciamento de ações e relações) visando converter processos institucionais em outros mais integradores” (MONCEAU, 2009, p. 178) (tradução livre). Segundo o autor, um transdutor é um dispositivo que transforma um fluxo de uma unidade de medida em outra unidade. Uma barragem hidroelétrica transforma a força hidráulica em força elétrica (MONCEAU, 2009, p. 178).

Monceau (2009) investigou como as classes de transição, operacionalizadas no ensino na França, a fim de reduzir o absentéismo e o abandono escolar, funcionavam como transdutores institucionais. Outros dispositivos de apoio à parentalidade também foram analisados nessa perspectiva, na cooperação entre pais e professores. Os efeitos reais provocados no ambiente escolar e nas práticas profissionais acabavam sendo exatamente opostos aos efeitos esperados dos dispositivos.

A tríade instituído-instituinte-institucionalização permeou o processo desta investigação que visa compreender o processo de institucionalização da NGP nas práticas profissionais do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários. Desse modo, quais seriam as passagens que apontam o processo de institucionalização da NGP nas práticas profissionais de enfermagem no Brasil e na França? Seriam passagens históricas? Seriam forças políticas e econômicas? Seriam elas as tensões do instituinte sobre o instituído? Foquei meu olhar nos pontos de tensão, onde estavam presentes as contradições institucionais, fiquei atenta ao negativo, ao instituinte, que aportava particularidades dos contextos estudados.

A última obra de René Lourau, o livro *Implicação-Transdução* (LOURAU, 1997), revela sua aproximação com o conceito de transdução e a revisão do conceito de instituição, construído a partir da tríade dialética instituído-instituinte-institucionalização. Um dos documentos que o próprio autor destaca a mudança de olhar foi a carta enviada a Robert Marty:

les concepts de moment et de parcours ou processus requièrent la révision sérieuse, dans l'ensemble avec le matériel empirique et théorique fourni par tous les P. M. W. (comme j'ai dit en *La clé des Champs*, pour “le processus Max Weber”) (LOURAU, 1997. p. 52).

os conceitos de momento e percurso ou processo requerem revisão séria, em geral no conjunto com o material empírico e teórico fornecido por todos os P. M. W. (como eu disse em A chave do Campo, para "o processo Max Weber") (LOURAU, 1997. p. 52).

Outros conceitos importantes para esta investigação são a institucionalização fundadora e a institucionalização permanente. Na análise institucional a institucionalização fundadora representa “o processo pelo qual a instituição toma forma, ao mesmo tempo em que cria as condições para sua perpetuação” (SAVOYE, 2007, p. 4).

Segundo Savoye (2007),

a institucionalização ordinária (ou permanente) [...] não é da mesma natureza que a IF e não coloca radicalmente em questão os fundamentos da instituição; simplesmente a transforma, infletindo suas orientações, remanejando seu funcionamento, modificando sua composição social (SAVOYE, 2007, p. 5).

Assim, nesta pesquisa, o conceito de instituição foi trabalhado na dinâmica de seus três momentos: o instituído, o instituinte e a institucionalização. O conceito/momento institucionalização, central na tese, será desenvolvido considerando-se sua proximidade com o de transdução, sendo a institucionalização, na minha compreensão, um processo de atualizações constantes com potencializações nas dinâmicas institucionais.

3.1.2 O prático-pesquisador

Na posição de profissional-pesquisadora, em outras palavras, uma enfermeira-pesquisadora, apoiei-me em minha própria prática para entender as transformações nas práticas profissionais do enfermeiro, atravessadas pela NGP. De acordo com Monceau (2013) a condição de profissional-pesquisador carrega uma contradição, ela favorece a capacidade de "ouvir certos implícitos no discurso dos sujeitos (que também são colegas) é uma vantagem que custa uma grande dificuldade em perceber o óbvio quando questionado, as rotinas do meio em questão" (MONCEAU, 2013, p. 95).

As análises das implicações com os grupos de pesquisa dos quais participo e com o uso do diário de pesquisa, ajudaram-me a deslocar o olhar e a iluminar minhas implicações ideológicas, libidinais e organizacionais, particularmente a militância com o SUS e a

favorecer o olhar mais longe. Monceau (2003) destaca o desafio para o clínico (na socio-clínica) de ousar pensar em jogos políticos além da ideologia,

échapper à la fois à l'impuissance d'une culpabilisation morbide et à la fausse innocence d'une bonne conscience camouflée par un militantisme plus ou moins affiché exige du clinicien de se situer dialectiquement dans l'évolution permanente des contradictions institutionnelles, c'est-à-dire dans le rapports de savoirs et des pouvoirs qui s'affrontent sans ménagement dans nos société (MONCEAU, 2003, p. 102-103).

para escapar tanto da impotência da culpa mórbida quanto da falsa inocência de uma boa consciência camuflada por uma militância mais ou menos aberta exige do clínico se situar dialeticamente na permanente evolução das contradições institucionais, quer dizer, na relação entre saberes e poderes que se confrontam sem pena em nossa sociedade (MONCEAU, 2003, p. 102-103). (tradução livre)

Desse modo, pesquisar a própria prática profissional, necessita de um trabalho de análise das implicações profissionais, que pode ser potencializado pelo método do questionamento cruzado de práticas, adotado no estudo e que será melhor abordado nos tópicos seguintes.

3.1.3 Campos de intervenção da pesquisa

De acordo com Lourau (2004, p. 218), o campo de intervenção compreende

l'ensemble d'espace-temps accessible aux intervenants [...] il inclut l'ensemble de la population directe ou indirecte concernée par la comande. Les frontières de l'espace-temps et de la population sont méta-stables. Les références du champ sont appréhendées dans la dynamique qu'elles instaurent. Nous nous sommes dans le place, et dans ce place. (LOURAU, 2004, p. 218).

o conjunto do espaço-tempo acessível aos interventores [...] inclui o conjunto da população direta ou indiretamente envolvida pela encomenda. As fronteiras do espaço-tempo e da população são meta-estáveis. As referências

do campo são apreendidas na dinâmica que elas se estabelecem. Nós estamos no lugar e dentro deste lugar. (LOURAU, 2004, p. 218).

O estudo foi realizado no Brasil e na França, com enfermeiras e enfermeiros que atuavam em estabelecimentos que tinham por missão desenvolver a atenção básica, no Brasil e os cuidados primários, na França (figura 3).

Sob a perspectiva histórica, o Brasil é um país Latino-Americano, ex-colônia, com 199 anos de independência de Portugal. Hoje é considerado um país em desenvolvimento ou emergente, com um sistema econômico capitalista e um Produto Interno Bruto (PIB) anual de R\$ 7,4 trilhões de reais (IBGE, 2020).

Figura 3 - Trabalho de campo da pesquisa - campos de intervenção nos dois países



Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa, com base na imagem de Wikipédia (2021)

A França é um antigo país europeu, desenvolvido, de economia capitalista e considerado um dos mais ricos da Europa, com PIB anual de 2.302.860 milhões de euros (INSEE, 2020).

O território dos cuidados primários na França era desconhecido para mim e encontrar os estabelecimentos de saúde que integravam esse campo foi um desafio. Minhas referências eram a história, os sentidos e a cartografia¹⁷ da saúde coletiva brasileira. Eu e meus dois orientadores tínhamos conhecimento que fora dos muros do hospital, o país tinha uma forte tradição liberal na prestação de cuidados em *cabinets privés*.

Uma enfermeira francesa, doutoranda do laboratório EMA auxiliou nos primeiros passos e na entrada em campo. Os estabelecimentos fora dos muros do hospital indicados foram o SSIAD, o cabinet liberal e as enfermeiras escolares (creche, colégio e liceu).

A colega também explicou que saúde pública era o termo mais corrente, sendo *soins primaires*, menos conhecido. No entanto, outros termos também eram utilizados, como *soins de proximité*, *soins de premier recours*, *soins de première ligne*. Havia muitas palavras sendo utilizadas, parecendo à primeira vista, diferenciação entre níveis de atenção à saúde, mas indicavam também ideologias presentes.

La manière la plus évidente de le constater est d'observer les conflits de sens qui se produisent à propos des mots utilisés par les différents protagonistes. Ces significations flottantes ne doivent pas être vues comme des confusions ou des malentendus. Elles sont bien souvent porteuses d'idéologies professionnelles à explorer (MONCEAU, 2009, p. 7).

A maneira mais evidente de constatar é observar os conflitos de sentidos que se produzem em relação às palavras utilizadas pelos diferentes protagonistas. Estes significados flutuantes não devem ser vistos como confusões ou mal-entendidos. Muitas vezes, elas trazem ideologias profissionais a serem exploradas (MONCEAU, 2009, p. 7) (tradução livre).

Assim, a produção do dispositivo socio-clínico da pesquisa foi sendo produzido ao longo deste estudo e com a participação dos próprios enfermeiros do campo, a medida que minha compreensão sobre os cuidados primários foi ficando um pouco mais clara.

¹⁷ O termo "cartografia" neste estudo se refere ao mapeamento de serviços de saúde que compõem as redes de atenção dos cuidados primários na França, que foram incluídas nesta investigação.

3.1.4 Brasil

No Brasil, a pesquisa foi desenvolvida nas cidades de Porto Alegre/ RS e Ribeirão Preto/SP, pelo fato de apresentarem modelos de gestão que pareciam remeter à NGP e estarem alocados em regiões diferentes do país, tratando-se de uma amostra intencional.

No Brasil, foram considerados estabelecimentos da atenção básica, as ESFs, os NSF, as UBSs e os Consultórios na Rua. Compreende-se que a ESF é a modalidade mais alinhada com os pressupostos da atenção básica e do SUS, constante no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

3.1.5 Porto Alegre

Porto Alegre é a maior cidade do Estado do Rio Grande do Sul, com um total de 1,492,530 milhão de habitantes (IBGE, 2021).

A cidade possui uma expectativa de vida média de 76,95 anos e uma taxa de mortalidade infantil de 8,72, a cada 1000 nascidos vivos (IBGE, 2021).

Figura 4 - Mapa do Brasil, Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul



Fonte: Mapa colorido pela pesquisadora, a partir da imagem de Wikipédia (2021)

O município possui 630 estabelecimentos de saúde, entre os quais 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 73 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídos em 8 distritos de saúde (PORTO ALEGRE, 2021).

Optou-se em pesquisar o Distrito de Saúde Centro que conta com 275.000 habitantes, atendidos por 3 UBS, 3 USFs e 2 equipes de Consultório na Rua.

Recentemente, a gestão municipal e a estadual firmaram contrato com uma empresa de consultoria em gestão de Minas Gerais (MG) e reformas vêm sendo implementadas, como a abertura às organizações sociais para o gerenciamento das áreas da educação e da saúde, a avaliação de desempenho de servidores públicos atrelado ao alcance de resultados e a revisão de gastos (DASSO JÚNIOR, 2016).

3.1.5 Ribeirão Preto

A cidade de Ribeirão Preto é um município do Estado de São Paulo (Figura 4) com uma população de 720.116 habitantes (IBGE, 2021).

A cidade possui uma expectativa de vida de 77 anos e uma taxa de mortalidade infantil de 10,67, a cada 1000 nascidos vivos (IBGE, 2021).

O município possui 140 estabelecimentos de saúde, entre os quais 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde, 2 Centros de Saúde Escola, 23 UBSs, 1 Centro Médico Social Comunitário e 17 ESF, distribuídos em 5 distritos de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

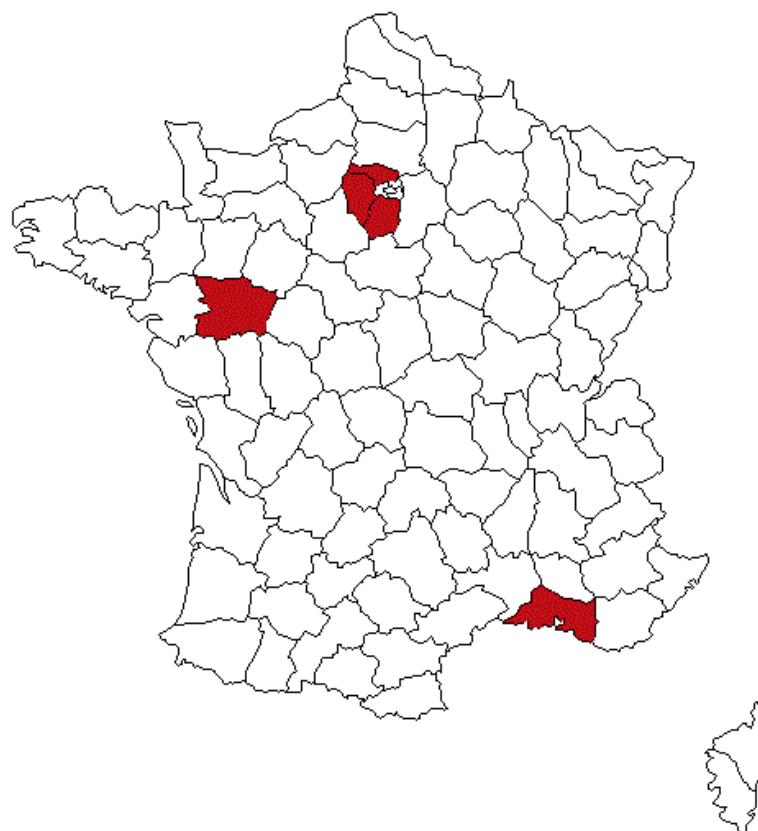
Optou-se em pesquisar um distrito, que conta com 170.000 habitantes atendidos em 5 UBSs, 6 USFs e 6 USFs geridas pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Durante o período de realização desta pesquisa, o município possuía um Programa de *Metas* para a Gestão 2017-2020, contando com uma Coordenadoria de Metas e Resultados.

3.1.6 França

Na França, o trabalho de campo foi constituído por cinco departamentos: Bouches-du-Rhône, Maine et Loire, Yvelines, Essone e Val d'Oise (figura 5).

Essas regiões não foram pensadas a priori, os campos de intervenção foram sendo escolhidos com a participação e indicação dos três enfermeiros formadores dos Institutos de Formação em Cuidados de Enfermagem (IFSI) e com os colegas do mestrado e do doutorado que conheciam enfermeiros atuantes em serviços de saúde de cuidados primários.

Figura 5 - Mapa da França, Departamentos de Bouches-du-Rhône, Maine e Loire, Yvelines, Essone e Val d'Oise, 2021.



Fonte: Mapa colorido pela pesquisadora, a partir da imagem de Coloring Home (2021)

Dois desses campos, Maine et Loire e Bouches-du-Rhône foram escolhidos de forma intencional no estudo. Na região de Maine e Loire, em Angers, foi criado o primeiro dispensário, como locais de cuidado extra-hospitalar aos trabalhadores das minas e suas famílias.

A região de Bouches-du-Rhône foi escolhida pela história de criação das mútuas e pela participação na criação do sistema de saúde francês.

A tabela 2 apresenta a taxa de esperança de vida nas cinco regiões que integraram o campo de intervenção do estudo, acrescentando-se Paris e a região metropolitana de Île de France, para fins de conhecimento.

A região Maine e Loire apresentou a menor esperança de vida ao nascer para os homens e Bouches-du-Rhône a menor para as mulheres. No que se refere à maior esperança

de vida, Yvelines demonstrou ter as melhores taxas para os homens e Maine e Loire para as mulheres.

Tabela 2 - Esperança de vida

Departamento	Ao nascer	
	Homens	Mulheres
13 Bouches-du-Rhône	80,0	85,7
49 Maine-et-Loire	81,0	86,7
75 Paris	82,0	86,9
78 Yvelines	81,9	86,6
91 Essonne	81,5	86,2
95 Val-d'Oise	80,5	85,4
M France métropolitaine	79,8	85,7

Fonte: INSEE, abril, 2020.

A tabela 3 apresenta dados sobre a taxa de mortalidade geral, das mulheres, dos homens, infantil e mortes em domicílio, nas cinco regiões que integraram o estudo.

Quanto à taxa de mortalidade geral, a região de Val d'Oise apresentou a menor taxa de mortalidade geral e Bouches-du-Rhône a maior.

No que se refere à taxa de mortalidade tanto das mulheres quanto a de homens, a região de Val d'Oise mostrou a menor taxa e Bouches-du-Rhône a maior.

Quanto à mortalidade infantil, a cada 1000 nascidos vivos, a região de Val d'Oise apresentou a maior taxa e a região de Maine e Loire a menor.

Esses dados estão relacionados com as características populacionais de cada região, tendo relação com o acesso a ações e serviços de saúde, bem como a constituição dos tipos de serviços de saúde presentes.

Tabela 3 – Taxa de mortalidade e mortes em domicílio nos departamentos que integraram a pesquisa, 2021.

Departamento	Taxa bruta mortalidade em 2019 (%)	Taxa bruta mortalidade mulheres em 2019 (%)	Taxa bruta mortalidade homens em 2019 (%)	Taxa de mortalidade de 0-64 anos em 2019 (prematura) (%)	Taxa de mortalidade 65 anos ou mais em 2019 (%)	Taxa de mortalidade infantil (para 1000 crianças nascidas vivas entre 2016 et 2018) (%)	Número de mortes no domicílio em 2018
13 Bouches-du-Rhône	9,0	8,8	9,2	1,7	35,8	3,1	18.166
49 Maine-et-Loire	8,6	8,6	8,7	1,6	31,0	2,7	7.212
75 Paris	6,4	6,2	6,6	1,4	29,4	4,1	13.888
78 Yvelines	6,4	6,2	6,6	1,4	31,1	3,7	9.201
91 Essonne	6,1	6,0	6,3	1,5	33,1	4,3	7.991
95 Val-d'Oise	6,0	5,9	6,2	1,6	35,9	4,6	7.463
France							
M métropolitaine	9,2	9,0	9,4	1,8	36,7	3,5	594.298

Fonte : INSEE, abril , 2020.

3.1.8 Bouches-du Rhône: Marseille

A cidade de Marseille é a capital do Departamento 13 - Bouches-du-Rhône. O departamento é constituído por 119 comunas e possuía em torno de 2,035 milhões de habitantes (INSEE, 2019). Criado em 1790, após a Revolução Francesa, o departamento passou por várias reconfigurações geográficas até os dias atuais, assim como os demais departamentos.

No que se refere à capacidade instalada dos serviços de saúde, contava com 100 Centros de Proteção Maternal e Infantil (PMI), 29 Casas departamentais de solidariedade (MDS), 22 Centros de Planificação e de Educação Familiar (CPEF), 7 Centros gratuitos de Informação, Testagem e Diagnóstico (CEGIDD), 5 Centros Médicos Psico-Pedagógicos (CMPP), 1 Casa Departamental do Adolescente (MDA).

3.1.9 Maine-et-Loire: Angers

Angers é a capital do Departamento 49 - Maine-et-Loire. O departamento era constituído por 366 comunas e uma população de 815.325 habitantes (INSEE, 2019).

Quanto aos serviços de saúde departamentais, havia 11 PMIs, 11 MDS, 9 CPEF e 2 MDA.

3.1.10 Yvelines: Sartrouville

Sartrouville é uma cidade do Departamento 78 - Yvelines. O Departamento era constituído por 262 comunas e uma população de 1,441 milhão de habitantes (INSEE, 2019).

Em relação à capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde, o departamento dispunha de 29 PMI e 10 CPEF.

3.1.11 Essonne: Wissous

Wissous é uma cidade do Departamento de Essone. O Departamento 91 – Essone era constituído por 196 comunas e tinha uma população de 1,315 milhão de habitantes (INSEE, 2019).

Os serviços de saúde instalados nesse território eram 62 PMI, 16 CPEF, 11 MDS, 4 Centros Departamentais de Prevenção em Saúde (CDPS) e 1 Centro de Luta Anti-Tuberculose (CLAT).

3.1.12 Val-d'Oise: Survilliers, Arnouville, Cormeilles-en-Parisis, Gennevilliers

Survilliers, Arnouville, Cormeilles-en-Parisis e Gennevilliers são cidades do Departamento 95 - Val d'Oise. O departamento integrava 185 comunas e possuía uma população de 1,244 milhão de habitantes (INSEE, 2019).

Dentre os serviços de saúde de responsabilidade departamental, estavam 52 PMI, 22 CPEF, 4 Centros Departamentais de Testagem e Cuidados (CDDS), 6 Centros Comunitários de Vacinação (CMV), como centros municipais, serviços comunais e dispensário.

3.2 O DISPOSITIVO SOCIO-CLÍNICO INSTITUCIONAL

O dispositivo de pesquisa dentro do referencial teórico e metodológico da Análise Institucional e na linha Socio-clínica (Monceau, 2009) é de produzir uma via que considere a questão política e as relações de poder no centro das análises. Desta forma, um dispositivo é produzido com um conjunto de ferramentas para provocar análises e fazer falar a estrutura da instituição, para fazer aparecer as contradições (LOURAU, 2014) ao mesmo tempo em que há a produção de um novo conhecimento científico (MONCEAU, 2013).

A Socio-clínica Institucional é uma linha da Análise Institucional. Nos estudos socio-clínicos há uma análise clínica que integra os efeitos do próprio trabalho, a investigação está interessada em analisar a maneira com que as práticas de pesquisa transformam as situações estudadas (MONCEAU, 2017).

Do ponto de vista do pesquisador, procurei construir um texto de maneira diacrônica, a fim de apresentar e analisar o dispositivo e o modo de produção da pesquisa. A coerência na qual a análise institucional nos convida é a produção de um dispositivo concebido à medida que a pesquisa é produzida, considerando o movimento e as transformações da própria pesquisa.

Na análise institucional, os dispositivos de pesquisa são colocados em ação e, após, avalia-se seus efeitos. Um dos efeitos que eu esperava do dispositivo de produção de dados era a resistência dos enfermeiros à NGP e isto, provavelmente, está relacionado à minha implicação ideológica com a missão de serviço público e com o SUS, o sistema de saúde

brasileiro. Eu sei que os efeitos não são previsíveis *a priori*, mas o desejo era criar um dispositivo de análise de contra-instituição, neste caso, um dispositivo que pudesse interrogar, tornar visível e perturbar a NGP instituída nos serviços investigados.

Na Análise Institucional, as instituições vivem em um processo de institucionalização permanente. Durante a pesquisa, eu conduzi o olhar ao instituinte (o negativo da dialética) nas práticas profissionais dos enfermeiros, que questiona e resiste à NGP. Para compor esta ideia, fui inspirada em um fragmento de um texto de Lourau: "Revolução? Coloque em ação contra-instituições. Exponha a negatividade que corrói todas as instituições" (LOURAU, 1969, p. 194). Em outras palavras, no processo de institucionalização, as instituições experimentam a tensão permanente da auto-dissolução.

Por outro lado, eu tinha uma preocupação: que meu dispositivo funcionasse como uma imposição de minha implicação ideológica contrária à NGP, pois utilizei as contradições, as tensões, as resistências, as interferências, as convergências, as divergências presentes nos campos de intervenção e os cruzei entre eles, durante as entrevistas. O cruzamento de dados entre os campos de intervenção provocou reações entre os participantes, tais como "aqui não", "aqui também" e outras manifestações de concordância ou desacordo, em relação ao outro campo de intervenção.

Optei por realizar um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-intervenção. Este tipo de estudo visa criar um dispositivo de trabalho através do qual pesquisadores e participantes realizem juntos um processo de intervenção na realidade, combinado com a produção de conhecimento. É um tipo de pesquisa participativa na qual o significado etimológico da palavra *Interventio*, "colocar-se entre" ou "interpor-se", distanciando-se da designação "intervir sobre" (Pezzato, L'Abbate, 2012).

A escolha pela variabilidade de fontes e ferramentas de pesquisa levou-me a compreender a capilaridade da NGP nas práticas profissionais dos enfermeiros na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França, a partir da análise de fontes documentais, do uso do diário de pesquisa, de entrevistas individuais e de restituições. As fontes e instrumentos de produção/coleta de dados foram utilizados de forma concomitante.

3.2.1 O Diário de pesquisa

O diário de pesquisa constituiu-se num importante instrumento de registro e análise das atividades cotidianas, pois permitiu compreender a temporalidade e as condições de emergência da pesquisa. Segundo Lourau (1993) o diário "reconstitui a história subjetiva do

pesquisador", ele materializa as implicações do pesquisador e dos participantes, o que permite reconstruir os tempos, os encontros, as dificuldades, as recusas e a dinâmica institucional do campo de intervenção e análise (LOURAU, 1993, p.77).

Ao longo dos três anos desta pesquisa, foram construídos, no total, nove diários. Neles registrei atividades diretamente relacionadas à pesquisa, atividades que se relacionavam de algum modo com o objeto de pesquisa e, também questões pessoais, familiares e relacionais vividas durante esse período. Algumas dessas anotações extra-texto (LOURAU, 1988) estão publicizadas dentro da tese e apontam de que modo os caminhos por onde andei contribuíram para a construção do dispositivo de pesquisa, do método e a composição da escrita final.

Segundo Lourau (1988, p.245), “a escritura do extra-texto é analisador da relação que a pesquisa mantém com a Instituição Pesquisa assim como com o sistema institucional inteiro” (tradução livre). Para o autor, a escrita diarística mostra a realidade contraditória, problemática, ansiogênica, indeterminada, exceto pela instituição: pertencas e referências institucionais, pela encomenda, pelo paradigma mais ou menos consciente, pelo efeito Goody” (LOURAU, 1988, p. 249) (tradução livre).

Dentre alguns registros, constam nos diários as impressões e os sentimentos experimentados durante as entrevistas, os documentos analisados, as dificuldades com alguns conceitos, por exemplo, o de transdução, as disciplinas no Brasil, os seminários na França, os encontros de orientação com os dois orientadores, dificuldades vividas no início da aprendizagem com a língua francesa, as palavras francesas em que o dicionário não traduzia corretamente o sentido atribuído, os textos que eu havia lido, as tensões na busca de financiamento para pesquisa, dentre outras.

Nesses diários realizei registros de outras atividades que de algum modo se relacionavam com o objeto de pesquisa e que auxiliaram no deslocamento do pensamento e no avanço na compreensão do referencial teórico. Dentre elas, a participação nos dois projetos PPSUS/FAPESP, os eventos, as *lives*, os livros, os textos, as reuniões no Brasil e na França e inúmeros outros.

As questões pessoais, familiares e relacionais com colegas também foram registradas, mas com menor intensidade, como por exemplo, os aniversários e as comemorações. Esses registros foram importantes porque não costumo gravar datas, mas ao mesmo tempo não queria esquecer-me daqueles que atravessam comigo esse período, de forma amiga e companheira.

O exercício do diário foi uma importante ferramenta para a análise das minhas implicações ideológicas, organizacionais e libidinais durante a produção da pesquisa, juntamente com os encontros coletivos nos grupos de pesquisa, nas disciplinas e nos cursos de análise institucional.

3.2.2 A análise documental

A Análise documental é considerada um método científico que apresenta um conjunto de procedimentos técnicos para a seleção e análise de documentos, na busca de compreensão ou descoberta de novos elementos de um determinado campo de investigação. Segundo Lima Júnior et al. (2021) três aspectos devem ser considerados na realização da pesquisa documental: a escolha dos documentos, a forma de acesso e o tipo de análise.

Os autores destacam a necessidade de se ter um foco em determinados aspectos do estudo, permitindo a realização de uma análise em profundidade dos documentos. Dentre os tópicos analisados, podem estar elementos do quadro teórico do estudo, o contexto do documento, os autores, os interesses, a confiabilidade e os conceitos-chave (LIMA JÚNIOR et al., 2021).

Conforme Gil (2019), a análise documental pode ser realizada por meio de uma grande variedade de documentos como, jurídicos, legislativos, administrativos, relatórios, registros estatísticos, registros institucionais, documentos pessoais, de comunicação em massa, fotos, imagens, canções, dentre outras.

Neste estudo, algumas fontes documentais analisadas foram políticas públicas, legislações, manuais, relatórios administrativos, formulários dos serviços de saúde, fotos, notícias de jornal. Os documentos analisados pertenciam às esferas federal, estadual e municipal, no Brasil e federal, regional, departamental e local, na França.

Os documentos foram captados via internet, nas secretarias de saúde, ou mesmo disponibilizados pelas enfermeiras e enfermeiros durante as entrevistas, a fim de encontrar expressões, termos ou conceitos que remetessem à Nova Gestão Pública.

3.2.3 As Entrevistas individuais semi-estruturadas

As entrevistas individuais semiestruturadas foram realizadas com 16 enfermeiras e enfermeiros com atuação na atenção básica, no Brasil e 15 enfermeiros dos cuidados primários, na França.

As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos à 2h e eram constantemente interrompidas 4 a 7 vezes, por outros profissionais da equipe, com demandas diversas, como avaliação de usuário, decisões administrativas, entre outras.

As entrevistas individuais foram realizadas a partir de um roteiro contendo temas norteadores como: 1) Práticas profissionais desenvolvidas na atenção básica; 2) A caracterização do perfil do enfermeiro da atenção básica; 3) Dificuldades e/ou facilidades no trabalho da atenção básica; 4) Produção de cuidados versus produção de procedimentos técnicos; 5) Processo de trabalho na atenção básica – indicadores, metas e resultados; 6) Produção diária e alimentação dos sistemas de informação (e-SUS) (APÊNDICE A).

Para a realização das entrevistas na França, o roteiro foi traduzido junto com uma professora de francês, brasileira e, após, foi realizada uma entrevista piloto para se certificar da adequação à língua francesa (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Os dados foram organizados a partir da proposição francesa de Paillé e Mucchielli (2016), que consiste em três momentos: transcrição, transposição e reconstituição.

Para a transcrição das entrevistas francesas, utilizou-se o programa Sonix (versão gratuita) (SONIX, 2021) que resultou no ganho de tempo e auxiliou na dificuldade inicial com a grafia de palavras na língua francesa. Esse recurso foi muito importante, particularmente no início da produção de dados na França, pois reduziu o tempo dedicado à consulta manual de dicionários e possibilitou utilizar o tempo para a revisão e análise da transcrição.

A análise dos dados foi realizada por meio do questionamento cruzado de práticas, entre os dois países, explorando-se elementos que um contexto interrogava e iluminava o outro. Este tipo de análise favorece a desnaturalização das práticas instituídas e incorporar novos elementos presentes no campo de análise.

Durante o processo de produção de dados, tomou-se por referência os oito conceitos propostos pela Socio-clínica Institucional (MONCEAU, 2013), explicitados no início deste capítulo.

A produção de dados avançou bem antes da pandemia provocada pela Covid-19, mas foi atravessada por ela nesse período. A produção de dados continuou a ser desenvolvida de forma híbrida, por meio do uso de softwares (Google meet e Zoom) e presencial, respeitando-se as condições de saúde de cada território e a disponibilidade das participantes.

A maioria das entrevistas foi produzida de forma presencial. De forma virtual foram realizadas duas no Brasil e cinco na França.

Inúmeras recusas foram recebidas de não participação no estudo, especialmente no contexto francês, tendo em vista o período de agravamento da pandemia. Dentre as recusas as enfermeiras alegavam “desculpe, mas eu não posso agora”, “infelizmente estou completamente transbordada”.

Leituras sobre a história de Angers e os movimentos sociais de trabalhadores das minas, mostravam que a igreja católica teve participação importante nesse período. Ao realizar buscas pelos serviços de saúde de cuidados primários nessa região, encontrei um grupo de freiras-enfermeiras que atuavam em consultórios privados.

Pensei que uma entrevista pudesse trazer elementos da história da profissão e do cuidado realizados por religiosas. Fiz contato via telefone e fui atendida por um senhor que atuava na secretaria. Ele solicitou que fizesse a formalização por e-mail. Realizei a solicitação, mas não obtive retorno.

Muitos dos contatos realizados foram feitos via e-mail e contato telefônico, tendo em vista que esses eram os meios de comunicação mais utilizados no país. Algumas enfermeiras e enfermeiros aceitaram responder poucas perguntas por telefone e permitiram a continuidade da entrevista em momento posterior.

Os principais pontos discutidos nos diálogos realizados por telefone foram registrados no diário de pesquisa e depois foram retomados nos encontros subsequentes.

Em alguns estabelecimentos, eu optei pelo contato presencial, porque obtive informações de que em alguns deles havia uma redução de atendimentos eletivos e as enfermeiras estariam menos requisitadas. Isso ocorreu com o *Centre de santé* e a *Maison de Santé*.

3.2.4 As Restituições

A restituição consiste em momentos ao longo da pesquisa em que o pesquisador apresenta as análises provisórias aos participantes e, neste momento, novas análises são realizadas em coletivo. Compreende um movimento de retomada dos eventos, em geral, excluídos da pesquisa (Lourau, 1993).

No presente estudo, as restituições foram realizadas ao longo da produção de dados, em que as análises preliminares que iam sendo produzidas junto a um campo de intervenção eram introduzidas em outro. A finalidade era de provocar deslocamentos nos processos instituídos e auxiliar na compreensão dos graus de implementação da NGP em cada contexto, sob a ótica dos participantes da pesquisa.

3.2.5 O questionamento cruzado de práticas

Este texto apresenta um processo de análise de dados de pesquisa que levou à formalização de uma abordagem metodológica baseada no questionamento cruzado de práticas, um olhar cruzado entre as convergências e divergências, diferenças e semelhanças que mostram a evolução das práticas profissionais dos enfermeiros na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, sob os efeitos da NGP.

A proposta do questionamento cruzado de práticas visa valorizar a particularidade e a singularidade dos casos, não apenas o que é universal (universalidade). Ou seja, o método coloca em evidência os elementos de um caso que iluminam o outro caso e permitem uma melhor compreensão de cada um deles. Nesta abordagem, o objetivo foi complexificar as análises e reintegrar ao universal, o particular e o singular, em ambos os contextos.

Portanto, o ponto forte do questionamento cruzado de práticas é clarear e ver de outro modo aquilo que já se conhece, em relação com o outro caso específico. O uso do questionamento cruzado sobre a institucionalização da NGP na atenção primária, no Brasil e nos cuidados primários na França, tornou possível o deslocamento do olhar sobre os sentidos deste tipo de gestão, sobre a organização dos cuidados, sobre a relação público-privado e sobre as transformações nas práticas profissionais dos enfermeiros.

A coerência deste tipo de abordagem metodológica é favorecer o estudo dos efeitos de questões macro-sociais sobre uma profissão com o mesmo nome, mas com uma história, formação e papéis diferentes. Santana *et al.* (2016) realizou um estudo sobre a formação do enfermeiro, no Brasil e na França e encontrou duas práticas diferentes. Os enfermeiros franceses e brasileiros não carregam a mesma identidade, papel e status. A universitarização foi desenvolvida em tempos e espaços diferentes nos dois países, demarcando uma certa distância entre as duas realidades.

O método de questionamento cruzado de práticas produz um espelhamento das práticas onde as particularidades de uma iluminam as da outra, como ocorre no processo de reflexão da luz. Em ótica, os pontos iluminados dependem do ângulo de incidência, das características do objeto e do posicionamento da fonte luminosa. No processo de interrogação cruzada de dados brasileiros pelos franceses reciprocamente, tudo se passa como se o objeto e a fonte luminosa se invertem ao longo do processo.

Os estudos de Valentim (2016), Santana (2016) e Silva (2019), utilizaram o método de questionamento cruzado de práticas, estudando seus objetos sob o referencial da análise institucional e da socio-clínica, na relação Brasil-França.

3.2.6 Considerações éticas

No Brasil, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Parecer nº 3.134.647, Certificado de Apreciação de Apresentação Ética (CAAE) 03164018.8.0000.539 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Secretaria da Saúde em Porto Alegre/RS, Parecer nº 3.267.686, CAAE 03164018.8.3001.5338.

Na França, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética, mas segui a regulamentação brasileira e apresentei o Formulário de Informação e Consentimento aos participantes franceses, a fim de autorizar o uso dos dados em publicações científicas.

No Liceu, foi necessário apresentar uma carta do orientador francês da tese ao *proviseur*, em português, diretor do estabelecimento, para acessar o local e realizar a entrevista.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes, em conformidade com a Resolução 510/2016, a partir do aceite de participação no estudo (APÊNDICE C).

Para a produção de dados na França o TCLE foi traduzido para *Formulaire d'Information et de Consentement* (FIC) junto com uma professora de francês, brasileira e, após foi realizada uma revisão pelo orientador francês, com vistas à adequação da língua francesa (APÊNDICE D).

Dentre os critérios de inclusão, foram incluídos os enfermeiros em atividade profissional na atenção básica e dos cuidados primários, há pelo menos um ano, excluindo-se os participantes em licença-gestante e licença-saúde.

Dentre os benefícios, vislumbrou-se às aprendizagens proporcionadas pelas entrevistas, as quais puderam contribuir para uma análise do trabalho em relação a outros contextos, o que pôde favorecer a produção de novos sentidos para as práticas profissionais do enfermeiro.

Como possível risco, apontou-se a presença de desconfortos ao se deparar com situações difíceis do trabalho e ter que analisá-las, além de expressar a opinião e ouvir outros participantes com opiniões diferentes. Nesse caso, garantiu-se ao participante a não obrigação de responder questões que julgasse desnecessárias ou desconfortáveis.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, as legendas serão apresentadas por E1, E2, E3 para os enfermeiros, M14 para o médico, seguidas da abreviatura do nome do país, BRA para Brasil e FRA para França.

No final do extratos de falas dos participantes da pesquisa, indiquei na legenda o nome do estabelecimento, ESF, CMP , CPEF, consultório privado, NSF, seguido da abreviatura do nome país, BRA ou FRA.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGUNDA PARTE

Na segunda parte da tese apresentei os principais elementos que compuseram o caminho metodológico de produção da pesquisa. Nesta seção, apresentei o referencial teórico e metodológico da análise institucional e da socio-clínica institucional, especificando quais conceitos me apoiiei para o desenvolvimento da pesquisa e a produção dos resultados.

No que refere ao quadro teórico, busquei trazer de forma minuciosa o conceito de instituição e seus três momentos, o instituído, o instituinte e a institucionalização, tendo em vista sua centralidade para o desenvolvimento do estudo. Especialmente o conceito/momento institucionalização, busquei vários autores para demarcar seus pontos de vista e deixar explícita minha compreensão sobre esse conceito, tendo em vista o desejo de René Lourau, na reformulação e atualização do conceito.

Nesse sentido, apoiiei-me nas leituras sobre transdução e individuação de Gilbert Simondon e na noção de campo de coerência de Jacques Ravatin (discípulo de Simondon), o qual René Lourau vinha trabalhando junto, pouco antes de morrer. Essas leituras e os vídeos/palestras disponíveis em redes sociais me ajudaram a compreender que elementos poderiam contribuir ao conceito/momento institucionalização.

Na sequência apresentei os campos de intervenção da pesquisa, no Brasil e na França e de que modo esses campos foram sendo integrados à pesquisa, considerando a coerência com que os referenciais nos convidam, de se ir incorporando as condições do presente e as transformações que vão ocorrendo ao longo do processo, na própria pesquisa.

Apresento e analiso também as dificuldades vividas no processo de busca dos estabelecimentos que constituíam os cuidados primários na França, tendo em vista o uso de diferentes termos para designar a APS.

Abordei também nesta seção o conceito de *praticien-chercheur*, o pesquisador-prático, como um profissional que se propôs a investigar sua própria prática, demonstrando que não é mais fácil olhar para os processos naturalizados da nossa profissão em nós.

Ao fim, apresentei os principais dispositivos usados para a produção da pesquisa, como o diário de campo, a análise documental e as entrevistas individuais, descrevendo e analisando de que modo realizei a análise das minhas implicações junto com a análise das implicações dos participantes da pesquisa.

Nesta parte da tese explico a forma inovadora de produção e análise de dados, o questionamento cruzado de práticas, já utilizado em alguns estudos anteriores que se

propuseram analisar as práticas profissionais iluminadas pela ótica da mesma profissão em outro país.

Por fim, apresentei os aspectos éticos que envolveram o desenvolvimento de uma pesquisa internacional em dois países. Nesse ponto, discorri sobre as particularidades das questões éticas nos dois países.

**PARTE 3 – O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA
NOVA GESTÃO PÚBLICA NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS
DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA E NOS
CUIDADOS PRIMÁRIOS**

4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentarei os quatro eixos de análise produzidos no decorrer da pesquisa que teve como foco compreender o processo de institucionalização da NGP nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França. Para este fim, tomei por base teórica e metodológica o conceito/momento de institucionalização presente no referencial teórico da análise institucional, linha socio-clínica. Compreendo que a institucionalização é produzida pela tensão do instituinte sobre instituído, com a incorporação de elementos instituintes pelo instituído. O produto final resulta em um novo instituído.

Sendo o conceito de institucionalização central em minha tese, optei por apresentar um texto diacrônico, não linear, destacando passagens, tempos, momentos, pessoas que apontaram elementos da NGP na atenção básica e nos cuidados primários dos dois países. Apontar esses tempos, momentos, pessoas foi uma escolha, guiada pelas minhas implicações ideológicas, organizacionais e libidinais e a partir da minha compreensão do conceito de institucionalização.

Primeiramente apresentarei uma caracterização dos participantes da pesquisa, nos dois países. Após, apresento e discuto os resultados da pesquisa em quatro eixos interdependentes:

1) EIXO 1 – SINGULARIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM “FORA DOS MUROS DO HOSPITAL”: a tríade cuidado-gestão-clínica na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França;

2) EIXO 2 – CONTRADIÇÕES INSTITUCIONAIS DA NGP MAIS FORTES NO PÚBLICO QUE NO PRIVADO;

3) EIXO 3 – CONTRADIÇÃO ENTRE A VALORIZAÇÃO ATUAL DE AUTONOMIA E DE REFLEXIVIDADE DOS PROFISSIONAIS E O FORMATO BUROCRÁTICO DA NGP;

4) EIXO 4 - A RESISTÊNCIA DAS ENFERMEIRAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA NGP.

4.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As entrevistas individuais foram iniciadas em fevereiro de 2019 e finalizadas em julho de 2021. O quadro 6 demonstra como ocorreu a temporalidade de produção dessas entrevistas e o cruzamento de dados entre os campos de intervenção nos dois países. No total foram realizadas 31 entrevistas, sendo 16 no Brasil e 15 na França.

Não foram contabilizadas nesse contingente os encontros realizados com três enfermeiros formadores na França, que auxiliaram muito na compreensão do tema cuidados primários em saúde e na definição dos estabelecimentos que desenvolviam esse tipo de cuidado.

Quadro 6 – Ordem de produção das entrevistas, realizando um cruzamento de dados entre os dois países, 2019-2021.

Serviço de saúde	País	Entrevista presencial ou virtual
NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
UBS (Porto Alegre)	Brasil	Presencial
Consultório na Rua (Porto Alegre)	Brasil	Presencial
USF (Porto Alegre)	Brasil	Presencial
UBS (Porto Alegre)	Brasil	Presencial
NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
USF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
USF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
USF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
SSIAD	França	Presencial
SSIAD	França	Presencial
SSIAD	França	Presencial
Consultório privado de Enfermagem	França	Presencial
Colégio	França	Presencial
Creche	França	Presencial
Liceu	França	Presencial
NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial

NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
NSF (Ribeirão Preto)	Brasil	Presencial
Centro de Saúde (Porto Alegre)	Brasil	Virtual
ESF (Porto Alegre)	Brasil	Virtual
CMS	França	Presencial
Maison de Santé	França	Presencial
CPEF	França	Virtual
CPEF	França	Virtual
Pôle de Santé	França	Presencial
Consultório privado de Enfermagem	França	Virtual
CMP	França	Virtual
PMI	França	Presencial

Fonte: Informações produzidas pela pesquisadora (2021).

No quadro optei pela não identificação do território nos serviços de saúde franceses para evitar a identificação dos participantes, pois se tratam de territórios menores em relação aos territórios brasileiros investigados e os serviços de saúde são em menor número.

As enfermeiras participantes da pesquisa brasileiros atuavam nos seguintes estabelecimentos de saúde: em Núcleo de Saúde de Família (NSF), em Unidade Básica de Saúde (UBS), em Consultório na Rua, em Unidade de Saúde da Família (USF) e em Equipe de Saúde da Família (ESF) (Quadro 7).

Dentre os participantes da pesquisa no Brasil, todas as enfermeiras entrevistadas eram do sexo feminino (n=15) com a média de idade entre 40 e 45 anos e tempo de formação entre 10 e 15 anos. Quanto ao tempo de atuação na atenção básica elas apresentavam entre 10 e 15 anos. Uma delas trabalhava no mesmo serviço de saúde há 20 anos, desde a sua criação.

Dentre outras características do perfil, três delas exerciam a função de gerentes de um ou dois serviços de saúde da atenção básica. Uma delas possuía dois empregos, um na atenção básica e outro no hospital.

O quadro 7 apresenta uma caracterização mais detalhada dos participantes da pesquisa no Brasil, destacando dados sócio-demográficos como formação, função, vínculo, tempo de trabalho, tempo de atuação na atenção básica e tempo de atuação no serviço, além de outras informações, como a presença de mais um de um vínculo profissional e a atuação em cargos de gerência de serviços de saúde.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes da pesquisa no Brasil, 2021.

Nº da/do Participante	Idade	Formação	Função	Outro vínculo de trabalho	Tempo de trabalho como enfermeira	Tempo de atuação na AB	Tempo de atuação no serviço
E1	32 anos	Enfermeira	Enfermeira	Sim, Hospital	10 anos e 10 meses	4 anos e 4 meses	3 anos e 10 meses
E2	33 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	10 anos e 3 meses	10 anos e 3 meses	7 anos e 6 meses
E3	38 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	14 anos e 10 meses	8 anos	4 anos
E4	36 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	6 anos	5 anos	1 ano
E5	45 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	12 anos	8 anos	5 anos e 8 meses
E6	38 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	17 anos	6 anos e 4 meses	1 ano e 4 meses
E7	32 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	11 anos	10 anos	7 anos e 11 meses
E8	45 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	21 anos	15 anos	1 ano
E9	44 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	19 anos	10 anos	1 ano
E10	42 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	20 anos	18 anos	6 anos
E11	60 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	34 anos	33 anos	20 anos
E12	33 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	8 anos	7 anos	3 anos
E13	57 anos	Enfermeira	Gerente de dois serviços	Não	19 anos	10 anos	6 anos
E14	60 anos	Médico	Gerente de 5 serviços	Faculdade de medicina	-	10 anos	-
E15	45 anos	Enfermeira	Gerente	Não	13 anos	11 anos	8 anos
E16	45 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	22 anos	20 anos	1 ano e 1 mês

Fonte : Produzido pela pesquisadora (2021).

Na França as enfermeiras e enfermeiros atuavam junto ao Serviço de Enfermagem de Cuidado à Domicílio (SSIAD), no Consultório de Cuidados de Enfermagem (*Cabinet de Soins Infirmiers*), em espaços escolares (creche, colégio e liceu), em Centro Municipal de Saúde (CMS), em Casa de Saúde (*Maison de Santé*), em Centro de Planificação e de

Educação Familiar (CPEF), em Polo de Saúde (*Pôle de Santé*), em Centro Médico-Psiquiátrico (CMP) e em Centro de Proteção Maternal e Infantil (PMI) (Quadro 8).

Dentre os participantes franceses, a maioria era do sexo feminino (n=13) com uma média de idade entre 30-35 e 45-50 anos e tempo de formação entre 15 e 20 anos. Quanto ao tempo de atuação nos cuidados primários em saúde apresentavam entre 1 e 5 anos. Seis exerciam a função de “cadre de santé”, gerentes do estabelecimento (saúde ou escolar) onde atuavam.

Uma delas tinha sua carga horária dividida entre um liceu e um colégio. Outros dois tinham atuação no consultório privado e exerciam atividades em outros serviços como SSIAD ou como “vacataire”, um tipo de trabalho sem qualquer vínculo empregatício, em que o profissional presta atendimento ao serviço de saúde quando necessário.

O quadro 8 apresenta uma caracterização mais detalhada dos participantes da pesquisa na França, destacando dados sócio-demográficos como formação, função, vínculo, tempo de trabalho, tempo de atuação nos cuidados primários e tempo de atuação no serviço, além de outras informações, como a presença de mais um de um vínculo profissional e a atuação em cargos de gerência de serviços de saúde.

Quadro 8 – Caracterização dos participantes da pesquisa, na França, 2021.

Nº da/do Participante	Idade	Formação	Função	Outro vínculo de trabalho	Tempo de trabalho como enfermeira	Tempo de atuação em Saúde Pública	Tempo de atuação no serviço atual
E1	37 anos	Enfermeira	Enfermeira coordenadora	Não	16 anos	4 anos	4 anos
E2	29 anos	Enfermeira	Enfermeira coordenadora	Não	8 anos	3 anos	3anos
E3	46 anos	Enfermeiro	Enfermeiro coodenador	Não	20 anos	20 anos	3 anos
E4	49 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	3 anos	3 anos	2 anos
E5	61 anos	Enfermeira	Enfermeira Escolar	Sim, Liceu	30 anos	15 ans	9 anos
E6	43 anos	Enfermeira	Diretora de creche	Não	20 anos	20 anos	2 anos
E7	40 anos	Enfermeira	Enfermeira Escolar	Não	13 anos	1 ano	1 ano

E8	59 anos	Enfermeira	Cadre de santé ¹⁸	Não	28 anos	22 anos	10 anos
E9	37 anos	Enfermeira	Enfermeira	Sim	15 anos	9 anos	2 anos
E10	31 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	10 anos	4 anos	1 ano e 6 meses
E11	52 anos	Enfermeira	Cadre de santé	Não	16 anos	12 anos	12 anos
E12	27 anos	Enfermeira	Enfermeira	Sim	5 anos	2 anos	1 ano
E13	32 anos	Enfermeiro	Enfermeira	Não	16 anos e 6 meses	15 anos	1 ano
E14	45 anos	Enfermeira	Enfermeira	Não	23 anos	23 anos	15 anos
E15	34 anos	Enfermeira	Enfermeira Puericultura	Não	14 anos	14 anos	1 ano

Fonte : Produzido pela pesquisadora (2021).

O trabalho de campo foi iniciado em fevereiro de 2019, no Brasil, com duas entrevistas produzidas com enfermeiros em Ribeirão Preto/SP, nos Núcleos (NSF). Estes serviços são públicos e administrados por uma Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), uma fundação privada sem fins lucrativos, criada em 1988.

Escolhi começar com os NSFs, a partir da ideia de que o serviço público gerenciado pelo o serviço privado, a NGP estaria mais institucionalizada e eu gostaria de confirmar minhas hipóteses de pesquisa. Após a transcrição e análise das duas primeiras entrevistas em Ribeirão Preto/SP, realizei quatro entrevistas com enfermeiros em Porto Alegre/RS, duas delas em equipes da ESF, administradas pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública de direito privado, criada em 2011.

Dois eram enfermeiros estatutários, do serviço público, e os outros dois eram coordenadores de enfermagem (uma ESF gerida pelo público e o outro de uma ESF administrada pelo IMESF). Neste contexto, encontrei uma organização de trabalho muito semelhante ao contexto de Ribeirão Preto/SP, pelo uso da tecnologia digital, pela presença de uma agenda controlada em relação ao tempo e pela quantificação das ações de cuidado.

¹⁸ Profissional que exerce a chefia dos cuidados nos serviços de saúde. O acesso ao cargo é feito mediante concurso público. A formação exigida é o Baccalautéat, Bac +5, o profissional deve ter um Diploma de Estado e curso de pós-graduação lato sensu ou strictu sensu (mestrado).

Na sequência, voltei a Ribeirão Preto, para produzir as entrevistas com as equipes da ESF geridas pela administração direta do município. Tentei fazer o movimento de produção de dados entre Ribeirão Preto/SP e Porto Alegre/RS, entre os serviços de saúde geridos pelo público e outros geridos pelo privado. Por três vezes fiz contatos em Porto Alegre/RS, mas houve alguma resistência em participar das entrevistas, pois os enfermeiros estavam se preparando para entrar em greve.

Em 2011, na criação da IMESF, os sindicatos apresentaram uma ação judicial por considerarem inconstitucional uma fundação pública de direito privado administrar serviços públicos. Em 2019, a ação foi considerada inconstitucional pelo Ministério da Justiça e os profissionais começaram a ser demitidos. A Secretaria de Saúde de Porto Alegre/RS, ao invés de realizar um concurso público, decidiu pela contratação de uma fundação privada sem fins lucrativos, que pertence a um hospital privado. Portanto, havia um contexto muito “quente” de disputas políticas e econômicas naquela época.

A dificuldade de produzir entrevistas naquele momento foi justamente pelo período de uma intensa disputa de forças entre o poder instituído e as resistências contrárias. Como os enfermeiros poderiam realizar análises do trabalho, sem trabalho?

Então, lembrei do texto que Lapassade escreveu no prefácio do livro *L'illusion pédagogique*, de René Lourau. Nele, Lapassade relata que, durante maio de 1968, Lourau tentou reunir o grupo de análise institucional, mas que Georges Lapassade e Daniel Cohn-Bendit estavam ausentes porque tinham decidido participar da ocupação do prédio da presidência da Universidade de Nanterre, com os manifestantes. Lapassade preferiu viver o movimento a partir de dentro. Em outro lugar, ele também ajudou os manifestantes a colocar um piano no espaço fora da Sorbonne (LAPASSADE, 1969, citado por RODRIGUES, 2020).

As recusas das entrevistas em Porto Alegre não podem ser interpretadas apenas como "fracassos", elas podem indicar elementos importantes do campo de intervenção:

d'une part, ils peuvent être provisoires: si vous savez patienter, une autre conjoncture d'enquête peut s'avérer favorable. D'autre part, les refus d'entretien sont *toujours instructifs*, à condition que vous preniez le temps d'en analyser les raisons. À chaud vous n'avez pas tout de suite la clé d'interprétation, mais vous la trouverez en progressant dans votre enquête. Vous pouvez aussi vous faire aider par vos alliés pour comprendre pourquoi Untel a refusé de vous parler à tel moment. Vous pouvez aussi vous décider,

grâce à ces refus, à travailler par observation (BEAUD; WEBER, 2010, p.169).

Por um lado, elas podem ser temporárias: se você souber ser paciente, outra situação de pesquisa pode se revelar favorável. Por outro lado, as recusas de entrevistas são sempre instrutivas, desde que você reserve um tempo para analisar as razões. Você não terá imediatamente a chave para a interpretação, mas a encontrará à medida que progredir em sua investigação. Você também pode obter ajuda de seus aliados para entender por que pessoas se recusaram a falar com você em um determinado momento. Você também pode decidir, graças a estas recusas, trabalhar por observação (BEAUD; WEBER, 2010, p.169).

No período quente, a temporalidade é mais rápida e é difícil analisar o que está acontecendo. Segundo Savoye (2021)¹⁹, a compreensão do que acontece escapa ao entendimento dos autores, o que acontece é condensado. No período frio, a análise é mais consistente (informação verbal).

Em Ribeirão Preto, realizei entrevistas com duas antigas enfermeiras das equipes dos NSFs, a fim de recuperar elementos das práticas profissionais na origem e seu contexto de criação.

Também realizei entrevistas com os coordenadores das equipes dos dois países, a fim de compreender o processo de institucionalização da NGP e seus efeitos nas práticas profissionais de enfermeiros em cargos de gerentes. Realizei entrevistas com os coordenadores de enfermagem e o médico, coordenador geral das equipes dos NSFs, a fim de entender a dinâmica junto aos profissionais que exercem cargos de gerentes de serviços de saúde.

Na França, realizei entrevistas com uma enfermeira de creche (Cergy-Pontoise), uma enfermeira do colégio (Cormeilles-en Parisis), uma enfermeira do liceu (ensino médio) (Arnouville), com três enfermeiras coordenadoras do SSIAD (Survilliers), uma enfermeira de consultório particular (Survilliers). Tive uma conversa informal com uma enfermeira formadora, com experiência hospitalar que auxiliou na compreensão da NGP nesse serviço de saúde. As entrevistas duraram uma média de 20 minutos a 1h 30 minutos e foram

¹⁹ Information donnée par Antoine Savoye pendant le Séminaire "*Le concept d'institution dans les pratiques de l'institutionnel*", *La dynamique sociale au prisme de l'institutionnalisation*, Gennevilliers, França, 2021.

interrompidas de 3 a 7 vezes (nos dois países) por pessoas das equipes, com demandas diversas.

As primeiras entrevistas na França foram iniciadas nos serviços públicos geridos pelo público, por duas enfermeiras e 1 enfermeiro, coordenadores no SSIAD.

Na análise documental, apoiei-me em documentos publicados por organismos internacionais de saúde, pelas associações profissionais de enfermagem, pela mídia nacional-local dos dois países, por congresso, estendendo-se até a finalização da tese. Documentos locais, em uso pelos serviços de saúde, também foram analisados.

Optei pela inclusão de documentos que mantivessem coerência com o método do estudo, sendo incluídos manuais, programa de computador, programas de gestão, portarias, formulários, documentos internos dos serviços de saúde, coletados ao longo da produção da pesquisa. Cada documento analisado dos serviços de saúde me foi apresentado com uma explicação dos profissionais de saúde, demonstrando sua relação com o tema deste estudo.

Quadro 9 – Documentos analisados na pesquisa, 2021.

Órgão	Título do documento	Tipo de documento	País
<i>Centre de Santé</i>	Formulário de autorização médica para a execução de práticas de enfermagem em situação de urgência	Formulário	França
OMS	<i>Motivation and Health Services Performance</i>	Manual	Todos
OMS	<i>Indicateurs des besoins em personnel par rapport à la charge de travail</i>	Programa de computador	Todos
Secretaria de Planejamento e Gestão	Programa de Metas 2017-2020	Programa de gestão	Brasil
Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos	Programa de Metas 2021-2024	Programa de gestão	Brasil
COFEN	Resolução 543/2017	Resolução	Brasil
Secretaria Municipal de Saúde	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre	Protocolo	Brasil
Secretaria Municipal de Saúde	Comunicação interna da Divisão de Enfermagem – Agendas da enfermeira	Comunicado interno	Brasil

Serviço de enfermagem de cuidado no domicílio (SSIAD)	Agenda dos enfermeiros e dos aides-soignants (auxiliares de cuidado)	Agenda no computador	França
---	--	----------------------	--------

Fonte: Produzido pela pesquisadora (2021).

A seguir, serão apresentados os 4 eixos com a análise e discussão dos dados.

4.1.2 EIXO 1 – A SINGULARIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EXTRAMUROS DO HOSPITAL: a tríade cuidado-gestão-clínica na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França

4.1.2.1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA, NO BRASIL E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS, NA FRANÇA

A história do cuidado descreve a evolução dos sentidos, dos modos de cuidar, dos locais de cuidado, dos prestadores desse cuidado, nos mais diversos tempos e civilizações. Compreendo essas evoluções nas práticas de cuidado como processos de institucionalização, que vão além de reajustes ou recomposições do instituído, entendo que são múltiplos movimentos de negação e assimilação do instituinte pelo instituído que vão dando forma a novos modos de cuidar. Para Lourau, a institucionalização é um movimento que anda ao lado da gênese social “é a negação dos movimentos sociais de libertação, de contestação do instituído” (LOURAU, 2014, p. 316).

Mas, para entender como evoluem uma forma à outra de cuidado, considero importante dar atenção às passagens, aos momentos intermediários. Refiro-me aos movimentos que se dão no tempo “entre formas”. Visando rever o conceito de instituição, particularmente o momento da institucionalização, René Lourau se interessou por novos conceitos trabalhados na física, na química e na matemática, como transdução e individuação, desenvolvidos por Gilbert Simondon e, a introdução às formas e campo de coerência, de Jacques Ravatin (discípulo de Simondon).

Alguns processos que ocorrem na natureza como, a transdução auditiva, a formação de um cristal ou o processo humano de engatinhar-caminhar, analisados por Gilbert Simondon, aparecem nas últimas obras de Lourau como ponto de partida para a

transformação dos conceitos da análise institucional. Na obra intervenções socioanalíticas, Lourau menciona o afastamento de intelectuais do referencial da análise institucional e explicita seu desejo de revisão de conceitos:

[...] o desejo, muito forte em alguns de nós (nos quais me incluo), de construir uma nova lógica, menos aristotélica, mais transdutiva, suscetível de rejeitar em menor grau o fundamento afetivo de nossas vidas. Esta lógica está em elaboração a partir dos trabalhos de Henri Lefebvre, que se inspiraram no virtual em matemática; dos ensaios de Deleuze e Guattari, que utilizam o conceito de transcodificação em ligação com o de transdução, do psicólogo Gilbert Simondon; dos estudos de Stéphane Lupasco que, de certa forma, influenciou Edgar Morin e, sobretudo, Marc Beigbeder; das tentativas de um ex-aluno de Simondon, o matemático Jacques Ravatin (com quem anualmente trabalho) (LOURAU, 1996; LOURAU, 2004d, p. 228).

A fim de conhecer como vem se dando o processo de institucionalização da Nova Gestão Pública nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários, no Brasil e na França, busquei olhar para as tensões, as contestações, onde as contradições institucionais estavam presentes. Com o foco no negativo, o instituído se revela e provoca a negação do instituinte, desencadeando o processo de institucionalização.

No campo de intervenção da pesquisa, a primeira entrevista foi realizada no Brasil, em um NSF. Entrei em campo com expectativa sobre as contradições da NGP nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica, pois a literatura consultada apontou efeitos nas práticas de enfermagem do campo hospitalar, conforme resultados encontrados na revisão de escopo da tese, apresentados na parte 1.

Inspirada na conhecida frase de Lourau no início das intervenções "o que mesmo fazemos aqui?", a primeira pergunta que fiz nas entrevistas foi a descrição das atividades realizadas em um dia normal de trabalho. As contradições não demoraram para serem apontadas:

[E1] segunda-feira é dia de reunião para discussão caso de família das 7h30 às 8h30, depois eu tenho dois horários para fazer atendimento de consulta à saúde e a tarde eu teria que ter feito ontem... participado... da consultoria de psiquiatria, que é um atendimento coletivo de pacientes de saúde mental, que eu não consegui participar por conta da alta demanda de... enfim,

documentos e evoluções que eu precisava colocar no sistema, que eu deixei de fazer porque a gente ficou aproximadamente 1 mês sem internet na unidade. Então assim, num dia padrão, ou em geral ele começa com uma reunião administrativa ou começa com uma reunião de discussão de casos de família e, depois o resto, é tempo de atendimento. Eu deixo dois turnos na semana, duas tardes para resolver coisas administrativas na unidade, por quê? Porque na unidade a gente tem um coordenador médico, mas que ele não fica lotado nesse serviço, ele vem aqui 3 vezes na semana, por volta de 1h/dia, então ele fica trabalhando na unidade propriamente dita 3h/semana, o resto as atividades gerenciais ficam por conta do enfermeiro. Eu tenho ajuda da médica, mas muitas (ênfase no tom de voz) coisas ficam por conta do enfermeiro ao passo que eu tenho necessidade desses dois turnos para fazer atividades gerenciais. É óbvio que entre um atendimento e outro, que eu faço assistência, é... eu acabo fazendo coisas gerenciais, mas eu deixo um tempo reservado porque são muitos, demasiadamente grandes. Com o quê que eu trabalho assim, principalmente em relação à assistência, faço acolhimento de demanda espontânea, que a APS é porta de entrada do SUS e faço consulta à saúde (NSF-BRA).

Tive a impressão que a enfermeira inicia seu diálogo com um tom de descontentamento na fala, usando um tom de voz mais elevado, na pronúncia de algumas palavras. Logo nos primeiros minutos de diálogo ela discorre uma crítica acerca dos modos instituídos das práticas profissionais de enfermagem, no cuidado à saúde da mulher e no planejamento familiar:

[E1] Então assim, o quê que a gente atua, depois eu quero falar um pouco disso, eu não tenho pudor em falar isso, eu acho que é a minha crítica porque eu acho que o enfermeiro tem muito para fazer e a gente tem nosso trabalho é... bloqueado, com barreiras, sejam elas, sei lá... é... como vou dizer... de corporativismo, de gestão da enfermagem mal feita porque quem está na gestão... essa é minha crítica, enfim, mas eu vou chegar lá. Então, o que a gente tem de linha de cuidado, de linha de cuidado a gente tem saúde da mulher onde eu faço consulta para coleta de citologia de colo uterino, eu intitulo como consulta em saúde da mulher do enfermeiro, mas não é, porque eu não tenho autonomia protocolar do município nem para prescrever método contraceptivo, não tenho autonomia para tratar os principais

problemas ginecológicos da mulher, que em outros municípios tem protocolos muito bem estruturados para isso. Faço consulta de pré-natal, é a primeira consulta de pré-natal, a gente não reveza o pré-natal com o médico também porque não tem um protocolo bem estruturado para isso, aliás, não tem um protocolo estruturado não, não tem protocolo estruturado para isso, o protocolo que tem fala que o enfermeiro tem que fazer a primeira consulta e a sequência é médica. Primeira consulta de puericultura, também não revezamos com o médico, porque também não tem um protocolo que nos dê respaldo. Faço consulta de planejamento familiar, eu falo que é engraçado assim, eu faço consulta de planejamento familiar, eu posso indicar método contraceptivo irreversível, laqueadura e vasectomia, mas eu não posso indicar método contraceptivo reversível, ou melhor, eu posso indicar, mas eu não posso prescrever (NSF-BRA).

A enfermeira sentia seu exercício profissional restringido, não sabendo dizer claramente as razões. Suas primeiras análises a remetem para a presença do corporativismo e a gestão local, identificando no protocolo um caminho viável no respaldo de sua prática.

Um aspecto que aparece em sua fala, ao longo de toda a entrevista era a designação “paciente” dada às pessoas e famílias que buscam atendimento. No Brasil, há distinções entre usuário, paciente e cliente. No conjunto de ações e serviços produzidos pelos estabelecimentos da atenção básica, o termo mais utilizado é usuário. Paciente é designação de uma pessoa hospitalizada.

Na França, as distinções²⁰ também estão presentes, *usager* (usuário) é utilizado para a pessoa que busca atendimento com ginecologista, a fim de obter *conseil* (orientações). *Malade* (doente) é usado para a pessoa hospitalizada e *patient* (paciente) para a pessoa com doença crônica, nos casos de angina e bronquite, por exemplo.

No fragmento de fala de E1-BRA havia uma contradição presente em sua prática profissional: poder indicar um método contraceptivo irreversível e não poder prescrever um método reversível. A contradição torna visível os processos instituídos na saúde, sob influência do modelo biomédico. O papel de prescrição do método reversível e a cirurgia do

²⁰ Distinções apresentadas pela enfermeira Mathilde Garry-Bruneau, doutoranda do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa sobre as Transformações das Práticas Educativas e de Práticas Sociais – LIRTES, da Universidade Paris-Est Créteil (UPEC), na palestra Sistemas de Saúde e acesso à saúde: França, durante o evento Saúde Global: bases teóricas e operacionais para experiências de intercâmbio internacional, promovido pela Comissão de Relações Internacionais (CRInt/EERP), em 01 de março de 2021 (informação verbal).

método irreversível são campos de atuação médica, nesse contexto estudado. Em outras cidades essa prática da enfermeira é autorizada, mediante o uso de protocolo.

A análise da fala da enfermeira E1-BRA demonstra a existência da divisão técnica e social do trabalho com a fragmentação das ações de cuidado naquele contexto, mantendo-se um cuidado do tipo médico-centrado. No cotidiano das práticas em saúde, o modelo biomédico compõe o instituído dos modos de cuidar, com um modelo de cuidado guiado por práticas fragmentadas, centradas na doença e que reforçam o poder médico. Um estudo recente, realizado com trabalhadores da ESF, evidenciou tensões entre o modelo biomédico na ESF, revelando a coexistência entre eles e limites da ESF enquanto modelo substitutivo (ESMERALDO (2017).

O modelo biomédico é um modelo de atenção à saúde com origem em meados do século XVIII, tendo o hospital como seu lócus principal. O cuidado produzido no hospital deu origem à subordinação das práticas de enfermagem pela Medicina, tendo em vista a necessidade de embasamento teórico e científico para suas práticas (ANDRADE, 2007). É desse contexto que é criada a divisão técnica e social do trabalho, a divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, entre quem pensa e quem executa. Elementos dessa divisão ainda estão presentes na atualidade e foram demonstrados na fala da enfermeira E1-BRA.

Com mais de 200 anos, o modelo biomédico acompanhou as transformações ocorridas nos locais de prestação de cuidados, institucionalizando-se nos estabelecimentos de saúde pública. Os hospitais e as UBSs são considerados formas recentes de prestação de cuidados em saúde. Embora os hospitais existam há muitos séculos, sua concepção como instrumento terapêutico de tratamento e cura, é recente. A transformação de local de “morredouro” para um espaço de medicalização e acompanhamento profissional, ocorreu no final do século XVIII (FOUCAULT, 1984).

O autor atribui à constituição do hospital moderno a combinação de dois fatores: o deslocamento da intervenção médica, antes realizada no consultório privado e a disciplinarização do espaço hospitalar (FOUCAULT, 1984). Nesse período, a descoberta dos microorganismos e a revolução nas ciências impulsionam a criação do modelo biomédico (CAPRA, 1983; MENDES, 1999).

O modelo biomédico tem como pilares, os seguintes princípios: o mecanicismo (corpo concebido como máquina, subdividido em partes, sendo a doença considerada produto da avaria de uma peça, de um órgão), o biologismo (reconhece apenas a natureza biológica na origem das doenças), o individualismo (considera o indivíduo doente isolado de seu meio social e de seus determinantes), a especialização (fragmentação do cuidado e do processo de

trabalho), a tecnificação do ato médico (o cuidado reduzido à aplicação de técnicas, normas, rotinas e regras), a exclusão das práticas alternativas (exclusão dos saberes populares com a valorização das práticas científicas), o curativismo (predomínio das ações de cura, com pouca valorização das ações preventivas) e, concentração de recursos (hegemonia do hospital como estabelecimento de saúde para tratamento e cura das doenças) (SILVA JÚNIOR, 1997).

Modelos de atenção à saúde com ações de caráter preventivo tiveram origem na metade do século XIX, na Europa e no início do século XX, na América Latina, recebendo a designação de Saúde Pública. No Brasil, o avanço no controle das doenças transmissíveis foi possível a partir do desenvolvimento das vacinas e a criação dos Programas de Saúde Pública, com foco nas campanhas de educação sanitária (FARIA, 2016).

Fora dos muros do hospital, a emergência e a expansão de novos tipos de estabelecimentos de saúde no Brasil, ocorreu na década de 1920, com a criação dos Centros de Saúde (CS), impulsionados pela crise do modelo biomédico, pelo desenvolvimento do campo da saúde pública e a difusão do pensamento norte-americano de organização sanitária (MELLO, 2017).

Alguns autores apontam que foram necessárias várias décadas de maturação conceitual das ideias sobre coordenação, saúde coletiva, tempo integral, descentralização e considerada a principal delas, a educação sanitária (MELLO, 2012; MELLO, 2017).

A materialização de um novo formato para os centros de saúde ocorreu na década de 1980, com a criação das UBSs, motivada pelos avanços da saúde pública, pelo movimento da reforma sanitária e pelas repercussões da Conferência Internacional de Cuidados Primários em saúde, Alma Ata (1978).

Na França, os primeiros estabelecimentos fora dos muros do hospital foram os dispensários, em Angers, uma região situada a oeste do país, no Departamento Maine e Loire. A ampliação dos dispensários e os avanços em saúde pública levaram à criação dos *Centres de Santé*, em português, Centros de Saúde, destinados ao tratamento da tuberculose e à vacinação. Décadas mais tarde, há o surgimento das *Maisons de santé*, em português, Casas de Saúde, como modelo experimental de cuidados primários. Na parte 2 da tese, apresentei detalhes da constituição histórica e características dos cuidados primários na França.

Dentre os muros do hospital, o modelo biomédico evoluiu, avançando na tecnificação da prática clínica, na farmacologização, na medicalização da vida e no alto investimento em equipamentos. Merhy e Franco (2013) apontam que “nem todo processo de reestruturação produtiva conduz necessariamente a uma transição tecnológica” (MERHY; FRANCO, 2013, p.129). Para os autores, o perfil do núcleo tecnológico permanece o mesmo,

as tecnologias duras. Na minha compreensão acerca da evolução das instituições, eu não diria “o mesmo”, mas uma forma nova que conserva características da forma anterior.

Por que menciono o hospital em uma pesquisa que privilegia a atenção básica e os cuidados primários? Por vários motivos. Um deles está relacionado com as dimensões do cuidado integral. Os níveis individual e coletivo, bem como os níveis cura, prevenção, reabilitação e promoção da saúde, hoje são concebidos como partes constitutivas das múltiplas dimensões do cuidado integral (SIEWERT; RODRIGUES; MALFUSSI, et al., 2017).

Um segundo motivo que esses estabelecimentos se expandiram para fora dos muros do hospital, foi devido a sua profecia inicial de contestação do modelo de atenção individual e curativista, materializado pelo hospital. No entanto, o processo de institucionalização consiste em integrar-se ao instituído, com o esquecimento e a negação da profecia inicial. O fracasso da profecia inicial na institucionalização é denominado efeito Mühlman e é a partir desse insucesso que a nova forma se materializa e passa a existir como instituído, perdendo parte de sua face instituinte (LOURAU, 1973). Para Lourau (1973), o que alguns autores denominam de degeneração das instituições sobre os efeitos da burocracia é de fato o movimento da instituição.

A análise da fala da enfermeira E1-BRA descortina a fragmentação das ações de cuidado na APS, naquele contexto investigado, mantendo-se um cuidado do tipo médico-centrado. No cotidiano das práticas em saúde, o modelo biomédico compõe o instituído dos modos de cuidar, com um modelo de cuidado guiado por práticas fragmentadas, centradas na doença e que reforçam o poder médico.

O NSF, onde atua a enfermeira E1-BRA são estabelecimentos criados em 1998, tendo como missão a transformação do modelo assistencial. Em outra entrevista realizada com a primeira enfermeira dos NSFs, foi possível resgatar as memórias, a responsabilidade de gestão e os sentidos atribuídos ao processo de criação da primeira unidade e, posteriormente, às outras quatro que se seguiram:

[E11] a saúde da família, em Ribeirão, ela nasce na universidade, ela não vem como... no começo é... eu estou desde o começo, então 1998, alguns docentes da Faculdade de Medicina fizeram um projeto para o Ministério e de.... é... ter um serviço de formação de recursos humanos, que é o projeto de saúde da família, no Ministério já existia desde 1994, 1995, as primeiras políticas né, e vários lugares, como Ribeirão já tinha uma estrutura é... não

tinha ainda, estava engatinhando esse projeto, para aqueles lugares que ainda não tinha nada. Então 1998 teve uma grande oficina promovida pela medicina, a enfermagem e a odonto, no começo, elas fizeram um projeto junto né, para tentar montar isso e veio gente que tinha experiência. Então veio o pessoal do Ceará para fazer uma primeira oficina, Juiz de Fora, eu não me lembro mais de onde. Então, como que era isso, era tanto trazer os recursos humanos para entender essa nova proposta como sensibilizar gestor, que ninguém tinha noção. Já tinha acontecido uma... uma ideia de desenho de saúde da família muito no modelo cubano que não emplacou por... eu não vou saber o porquê, não emplacou na cidade de São Paulo, não importa agora né, não vou lembrar, e esse projeto de formação de recursos humanos foi objeto da saúde da família de Ribeirão. Eu estava até recordando isso com uma docente da farmácia, pois isso em 1998. 2001 a primeira turma que foi é... empossada, legalizada foi no NSF 1, onde eu já estava atuando, que nós abrimos as portas, uma semana depois de abrimos as portas inicia a residência médica e tem um professor que eu gosto muito, que ele fala: a gente aprendeu a trocar o pneu do carro com o carro andando (riso). Então nós fomos aprendendo, começamos a criar todo um... uma práxis né, a teoria e a prática, eu na época fazendo o doutorado, ainda naquele momento de achar assim... vamos resgatar a saúde pública, porque, qual que era nosso cenário? PA, Pronto Atendimento, queixa-conduta, com muita produção científica mostrando o tanto que isso não era bom. E vem a proposta de se criar uma saúde da família com mudança de práticas, com outro ideário né, ideário que... como eu te falo... nasce na Universidade né, e existe esse ato, às vezes, entre a política pública e a ideia mais é... ideológica, vamos pensar assim, ela nasce na Universidade em Ribeirão e depois pipoca em Campinas e... vamos pensando que isso, ele vai se fortalecer, como política pública, no decorrer dos anos 2001 para cá. Aí você tem várias propostas, e várias propostas políticas (ênfase na fala). E quando começa o núcleo 1, 1998 para 1999, 2001 já abre o 3 (NSF-BRA).

O relato retoma vários elementos do contexto vivido naquele período, descrevendo os atores envolvidos, o papel da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na redação da primeira proposta e o movimento de construção conjunta de uma segunda proposta, entre os cursos de medicina, enfermagem e odonto. Na fala de E11-BRA aparecem também os

interesses em disputa e os formatos que emplacaram ou não em outros municípios, dando destaque às implicações ideológicas nas propostas.

Nesse fragmento é possível compreender um pouco sobre a profecia inicial dos NSF's, que era a transformação do modelo assistencial e a formação de novos profissionais de saúde (os cursos de graduação da área da saúde vinculados à universidade e a residência médica), em uma nova lógica. O texto enuncia os primeiros passos de constituição de uma nova forma de serviços de saúde, dando pistas sobre o processo da institucionalização fundadora dos NSF's.

A ausência de uma sala para a realização da consulta de enfermagem despontou como um analisador das práticas de enfermagem na APS, ao dar visibilidade ao lugar ocupado pela enfermeira neste estabelecimento de saúde e explicita a legitimidade do poder médico instituído, no contexto em estudo:

[E1] a primeira sala é... da unidade, sala 1, quem usa ela principalmente, é a sala da (nome da médica de família). Ela fala assim, eu não tenho sala, mas é a sala que ela mais usa, pouca gente usa aquela sala porque ela usa com uma maior frequência, então não é privativa, mas de alguma maneira é, entendeu? O enfermeiro não tem. Eu já trouxe isso para várias reuniões, para muito debate, mas eu acho que aqui na nossa unidade, em específico esse mês, a gente já conseguiu um ganho... Então assim, no que diz respeito à sala, ambiência, o espaço físico, a gente já teve uma mudança esse ano recentemente, agora conseguir convencer o coordenador e o resto da equipe a mudar isso... então eu falo que a gente fica comendo pelas beiradas, devagar, convencendo, falando por a mais b porque que a gente acha que precisa, não dá para ficar do jeito que está, às vezes... é porque eu amo muito o que eu faço e luto muito pela enfermagem, eu acho que a enfermagem é uma profissão que tem um potencial imenso, às vezes a gente tem que ficar pedindo licença para atuar, pedindo por favor para alguém deixar você trabalhar, e isso para mim é algo inadmissível, eu não sei se eu vou ver isso, enquanto eu estiver trabalhando como enfermeira, isso até me emociona sabe (chora), eu fico pensando... desculpa... (NSF-BRA).

Um analisador na análise institucional “é o que faz a análise” (LOURAU, 2004, p.69). Para o autor,

o intelectual não é o analisador e sim o analista, com possibilidade de tomar consciência dos efeitos dos analisadores que desencadeiam sua intervenção [...]. Não tem apenas de reconhecer e legitimar ou mesmo exaltar a existência dos analisadores; deve compreender que somente os analisadores o constituem como analista (LOURAU, 2004, p.80).

Nesse momento da entrevista, meu papel foi de verbalizar a existência do analisador e, no diálogo com E1, por meio de perguntas e esclarecimentos, disparar análises. Algumas perguntas e afirmações que usei foram:

[Pesquisadora] Então o atendimento que você faz aqui, você não tem uma sala específica.

[Pesquisadora] Opta por uma [sala] que esteja vaga.

[Pesquisadora] Essa sala é de algum profissional específico?

[Pesquisadora] Você está trazendo específico daqui ou da atenção básica de modo geral?

Em estudos socio-clínicos, fazer perguntas que auxiliem o profissional a refletir e encontrar respostas, mesmo que provisórias, para o dilema em sua prática, é uma postura adotada pelo pesquisador. As perguntas permitem ao profissional analisar sua prática, estabelecer novos nexos e atribuir novos sentidos, incorporando outros elementos ao problema.

va permettre de transformer le problème en une problématique susceptible de reformulations successives. C'est en cela que la posture du chercheur est clinique. Dès le début, il ne s'agit pas de trouver des réponses aux questions posées mais d'interroger leur signification et le contexte institutionnel de leur formulation (MONCEAU, 2009, p. 3).

vai permitir transformar o problema em uma problemática suscetível de sucessivas reformulações. É aqui que a postura do pesquisador é clínica. Desde o início, não se trata de encontrar respostas às perguntas feitas, mas de questionar seu significado e o contexto institucional em que foram formuladas (MONCEAU, 2009, p. 3) (tradução livre).

A enfermeira E1-BRA responde que sua análise a faz pensar que essa situação não é restrita ao seu local de trabalho, mas está presente em outros estabelecimentos da APS. Ela discorre e analisa sua trajetória de formação profissional e sua escolha pela enfermagem na APS, explicitando suas implicações ideológicas:

[E1] De um modo geral. Mas na atenção primária, quando eu entrei, eu achei que isso fosse ser mais velado, menos evidente, não é, não é. Eu sempre tive uma ambição de assim, não consegui logo que me formei trabalhar na atenção básica, tanto que eu prestei uma residência na atenção básica e não fui aprovada, e prestei uma residência numa área completamente diferente, fiz, mas acabei trilhando o caminho, fazendo especialização em Saúde da Família, para conseguir atuar na atenção básica, mas eu ainda sinto que a enfermagem tem que pedir muita licença para atuar e isso me gera desconforto [...] (NSF-BRA).

No que se refere à gestão, o lugar ocupado pela Secretaria Municipal da Saúde pareceu secundário nas entrevistas realizadas com as enfermeiras dos NSFs. Nos diálogos, a Secretaria assumia um papel em dois eixos principais: na educação continuada e no controle da produtividade, com a alimentação dos sistemas de informação.

O lugar ocupado pela universidade, mais especificamente pela Faculdade de Medicina, era a de coordenação dos NSFs, o controle da produtividade e a formação dos profissionais de saúde. Parecia haver uma fragmentação entre o poder público, financiador das ações de saúde e uma organização externa, executora das ações. A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pareceu exercer um papel central nos NSFs.

Outra enfermeira, que na época da entrevista atuava nas ESFs, mas havia exercido atividades em um dos NSFs, como primeira enfermeira, explicitou a presença de conflito e a disputa pela narrativa da institucionalização fundadora, entre a Medicina e a Enfermagem:

[E13] acho que a Faculdade de Medicina é... toma para si os núcleos, acha que é deles e aí a gente acaba perdendo um pouco essa coisa dos outros membros da equipe. Eu sentia muito isso na época é... eles diziam inclusive que aquilo tinha sido criado para os alunos de medicina e a gente tinha uma briga ferrenha com a história (ESF – BRA).

Há alguns anos a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto não participa mais da gerência dos NSFs, devido a desacordos que emergiram ao longo do processo de institucionalização. Atualmente a responsabilidade é da Faculdade de Medicina. Cada NSF conta com um coordenador médico, professor, que se desloca até a unidade, alguns dias na semana, para realizar a função de gerência.

No diálogo com E13-BRA, pergunto:

[Pesquisadora] Uma curiosidade minha, começou com a Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem ao mesmo tempo em cada núcleo?

[E13] Sim, um coordenador da Medicina e um coordenador da Enfermagem (ESF-BRA).

[Pesquisadora] Eu soube que em um certo momento a Enfermagem saiu, não é, se retirou?

[E13] É, não se ela se retirou ou ela foi se retirada (risos). Mas assim, é... (nome da enfermeira coordenadora) continuou com a gente, me lembro que... até a (nome de outra coordenadora) acho que estava no núcleo 1 e aí ela acabava ficando mesmo e... no núcleo 3 era a (nome de outra coordenadora) mas junto com a (nome da coordenadora da Medicina) que é docente da Medicina, que tem um diferencial porque não é médica, então ela tem um diferencial. Mas depois teve uma época mesmo que eles deixaram, mas quando eu saí do... núcleo, a (nome da coordenadora enfermeira) acho que não estava mais mesmo. Acho que ela já tinha saído um ano mais ou menos, nem me lembro exatamente como foi porque na época que eu saí era o (nome do coordenador médico) que era o coordenador e acho que ela não estava mesmo mais não, e que foi uma das grandes brigas nossas né, porque é... não tinha muita valorização do trabalho do enfermeiro, parecia que a gente estava lá para cuidar do médicos e a gente fez um movimento legal, acho que fez mesmo sabe, de mostrar que tinha importância, do quanto a gente conseguia fazer, do quanto a gente é... do quanto a gente fazia nossa agenda no sentido de ajudar a agenda do médico, mas no sentido de cuidar das pessoas né, de qualificar a assistência das pessoas, eu acho que eles até sentiram isso. Não sei como está agora, isso eu não sei (ESF-BRA).

Os traços do modelo biomédico que se mostraram presentes nas práticas profissionais de enfermagem nos NSFs, como a coordenação médica, a fragmentação e a especialização, conduziram-me a pensar na possibilidade de prolongamentos dos modos de atuação do hospital, na APS. A análise que produzi, ao imergir nesse contexto, é a de que a influência e o poder do hospital podem não estar tão distantes assim da APS como desejamos. O hospital parece habitar e exercer poder nos territórios extra-muros.

A hipótese do poder do hospital extra-muros tornou-se mais fortalecida com as entrevistas produzidas na França, no *Service de Soins Infirmiers à Domicile* (SSIAD), em português, Serviço de Enfermagem no Domicílio e no *Centre Médico-Psychologique* (CMP), em português, Centro Médico-Psicológico. Encontrei analogia entre os campos de intervenção, brasileiro e francês.

O ponto forte do método de análise cruzada de dados, que experimentei produzir no campo de coerência desta pesquisa, foi trabalhar com a interrogação cruzada de práticas, demonstrando que elementos de um campo de intervenção interrogam e iluminam o outro. O método buscou provocar deslocamentos no campo de coerência do pesquisador, a partir da imersão em um campo de intervenção desconhecido, possibilitando ver de outra forma aquilo que já se conhece.

O fato de ser enfermeira, brasileira, não significou maiores facilidades com o campo de intervenção brasileiro, pelo contrário, minhas implicações ideológicas com o SUS e com a APS, o que chamamos de militância, podem dificultar a análise das implicações, que se não analisadas, podem produzir o que se chama de sobreimplicação. A sobreimplicação é o investimento excessivo impedindo a análise das implicações (LOURAU, 2004). O engajamento tem relação com a sobreimplicação.

Na França, foi um desafio compreender o que seriam os cuidados primários e quais estabelecimentos de saúde integravam esse campo. Minhas referências eram a história, o sentido e a cartografia (mapa) da APS brasileira. Eu e meus dois orientadores tínhamos conhecimento que fora dos muros do hospital, o país tinha uma forte tradição liberal na prestação de cuidados em *cabinets privés conventionnés*²¹ (convencionados) às normas da *Assurance Maladie*. Meus orientadores conheciam os PMIs, de responsabilidade departamental e sabiam da presença de enfermeiras escolares.

²¹ Os estabelecimentos de saúde podem praticar tarifas sob convenção para garantir aos pacientes o pedido de reembolso de uma parte da despesa à Assurance Maladie. Atualmente essa parte fica em torno de 70%, a depender do tipo de despesa.

Uma colega do laboratório EMA, que estava no 1º ano do doutorado, enfermeira, naquela ocasião era *cadre de santé* em um *Institute de Formation en Soins Infirmiers* (IFSI), com uma boa experiência assistencial e na formação de enfermeiros, nos explicou que o termo *Soins Primaires*, em português, Cuidados Primários, não era muito conhecido entre os pares. O termo mais utilizado era *Santé Publique*, em português, Saúde Pública. No entanto, o termo saúde pública era usado tanto para o trabalho no hospital, quanto no trabalho extra-muros.

Em buscas realizadas em sites governamentais e em bibliotecas virtuais francesas, a literatura sobre *soins primaires* era escassa. Inicialmente encontrei dois termos: Centros de Cuidados Primários (CSP) e Comunidades Profissionais Territoriais de Saúde (CPTS). Mas esses termos não ajudavam muito nas buscas, com informações sobre os estabelecimentos de saúde. Registros no meu diário desse período mostram minha preocupação em encontrar os estabelecimentos que pudessem compor o campo de coerência da pesquisa.

[Pesquisadora] Já conversamos com [nome da doutoranda], já acessei os sites da *Assurance Maladie*, da *Agence Régionale de Santé*, sites e artigos que explicam um pouco o que são CPTS, mas não estou certa que esses serviços sejam de APS. Será que essa é a forma de APS francesa? Será que busco uma APS francesa nos moldes brasileiro, com UBS e ESF, mas talvez isso não exista? Será que a APS francesa é formada em grande parte pelos consultados privados liberais, de enfermeiros, médicos, dentistas? (Diário de pesquisa, Brasil, 2019).

Com essas informações, optamos em iniciar a produção de dados com todos os serviços identificados fora dos muros do hospital e que, do nosso ponto de vista, desenvolviam práticas de cuidados análogas à APS do Brasil. Seguimos a indicação inicial da colega enfermeira, começando pela produção de dados no SSIAD e com enfermeiras escolares (creches, colégios e liceus).

A fala da colega enfermeira e doutoranda sobre preferir o termo saúde pública, ao invés de cuidados primários, me chamou a atenção, causou-me estranhamento substituir um termo pelo outro porque saúde pública englobaria o campo hospitalar, não sendo esse meu foco. Resolvi utilizar o termo saúde pública no instrumento de produção de dados, mas optei por utilizar os dois termos durante as entrevistas, para ver o resultado. Pensei que desse modo, as enfermeiras participantes da pesquisa indicariam estabelecimentos de cuidados primários franceses, análogos aos que conhecemos no Brasil.

As primeiras entrevistas realizadas no SSIAD apresentaram um estabelecimento de saúde francês situado extra-muros hospitalar, mas marcado por uma organização fortemente hospitalar. A primeira pergunta que fiz à enfermeira E1-FRA foi pedir uma descrição das atividades realizadas naquele estabelecimento.

[E1] Ma mission est celle de... cadrer des équipes des soignants et des aide-soignants, donc... et des infirmières qui sont... que vont à domicile pour faire le soin d'hygiène et des soins techniques, c'est aussi de me mettre en relation avec les partenaires libéraux du terrain, donc le médecin, les infirmières, le kiné et pédicure-podologue et tout l'environnement médico-social... ah... de ville... pour y compris travailler autour du patient et faire en sorte qu'il reste à la maison. on accompagne le patient, c'est à dire que le patient, il y a une demande... c'est qu'on vienne aller à la maison pour faire le soin infirmier, le pansement, les auxiliaires sont le traitement, etc, qu'on lui fasse sa toilette, qu'on lui fasse le soin de kiné, etc, moi j'appelle le kiné, l'infirmier etc, qu'ils viennent à domicile, moi je fais pas de toilette, je fais pas de soin, je n'ai fais plus de soin, je n'ai fait que la coordination, de temps en temps je fais des toilettes évaluatives ou des soins s'il y a besoin, mais ce n'est pas ma première mission, ma mission c'est d'envoyer les autres travailler (SSIAD-FRA).

[E1] Minha missão é... gerenciar cuidadores e de auxiliares de cuidados, então... e enfermeiras que são... que vão a casa para fazer higiene e cuidados técnicos, e também para me colocar em contato com os profissionais liberais no campo, ou seja, o médico, enfermeiras, fisioterapeuta e pedicure-podólogo e todo o ambiente médico e social... ah... fora do hospital.. para trabalhar ao redor do paciente e garantir que ele fique em casa. A gente acompanha o paciente, quer dizer, se o paciente tem uma demanda... é apropriado ir até a casa para fazer os cuidados de enfermagem, o curativo, ou auxiliá-los no tratamento, etc., quando o paciente faz a higiene, quando faz a fisioterapia, etc., eu chamo o fisioterapeuta, a enfermeira, etc., para ir até a casa, eu não faço higiene, Eu não presto cuidado, não presto mais cuidado, eu só faço a coordenação, de vez em quando eu faço a higiene de avaliação ou o cuidado se houver necessidade, mas esta não é minha primeira missão, minha missão é enviar os outros para o trabalho (SSIAD-FRA) (tradução livre).

O diálogo de E1-FRA explica que sua missão é gerenciar equipes constituídas por enfermeiras e auxiliares de cuidado que prestam o cuidado no domicílio. Ela conta que uma de suas atividades é colocar em relação os profissionais liberais do território para a prestação de cuidado no domicílio, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, pedicure-podólogos²² e outros do campo médico-social. Esse fragmento explica como é produzida a continuidade do cuidado e a articulação entre os diferentes atores situados nesse território.

Esse SSIAD possuía duas enfermeiras e um enfermeiro e alguns outros profissionais administrativos. Esse três enfermeiros coordenadores são funcionários públicos (estatutários) que exerciam a função de gerentes de 2 enfermeiras liberais e 50 auxiliares de cuidados liberais, distribuídos em pequenos consultórios privados, em um território formado por 41 comunas²³.

E1 também menciona a missão do SSIAD, como sendo trabalhar em torno do paciente e fazer que ele permaneça em casa. Nas últimas décadas o tema dos cuidados domiciliares na França têm sido foco de intensas discussões. A pressão pela redução de custos, promovida pela NGP no hospital, produziu como efeito a manutenção dos pacientes em domicílio por maior tempo possível e a redução do tempo de internação.

Molinier (2010) realizou estudos na intersecção entre os campos da psicoterapia institucional, psicodinâmica do trabalho e ética do cuidado. Neste estudo, o autor encontra analogias entre o trabalho hospitalar e o trabalho em um aeroporto. A lógica de gestão hospitalar é que o paciente permaneça o menor tempo possível internado: o paciente deve internar pela manhã, realizar o procedimento e dar alta no final do dia. A crítica colocada é a de que o paciente deve sair, não importando se ele está em condições de seguir com os cuidados sozinho ou se há um cuidador a domicílio, que possa auxiliá-lo.

A obra e a discussão acerca do hospital como aeroporto me foram apresentadas por uma enfermeira formadora de um IFSI, que realizou seu mestrado em CY Cergy Paris Université, em 2018, no quadro teórico da análise institucional. No *mémoire* ela relata sua prática como enfermeira assistencial em um serviço de reanimação, com a descrição e

²² Pedicure-podólogo é uma profissão da saúde, dentre as profissões paramédicas, com uma formação de 3 a 4 anos. Ela trata de distúrbios nos pés e unhas. Suas intervenções são numerosas e variadas: tratamento de calos, calosidades, unhas dos pés encravadas, verrugas plantares, dedos dos pés sobrepostos, arco afundado., entre outras. O pedicure-podólogo também trata certas patologias do pé (diabetes, problemas de circulação sanguínea, malformações, etc.). Na podologia, eles projetam e fazem suas próprias palmilhas ortopédicas e órteses de pés para corrigir pés chatos, pés de taco ou para compensar defeitos estáticos (assimetria, problemas nos joelhos ou dores nas costas). O conhecimento da anatomia e da biomecânica é essencial. O profissional às vezes detecta uma fratura, artrite ou problemas circulatórios. Ele então encaminha o paciente a médicos especialistas (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021).

²³ Comunas são territórios menores situados dentro das cidades.

análises sobre a sobrecarga de trabalho e a pressão da coordenação médica. No hospital, a ordem era fazer entrar o dinheiro, de modo a tarifar o maior número possível de procedimentos, não importando a idade ou a patologia do paciente (IATRIDES, 2018).

E1-FRA menciona o desconhecimento do trabalho realizado pelo hospital e vice-versa, o hospital não conhece muito bem o trabalho realizado no território, pelo SSIAD. Ela analisa essa relação não fluida entre os estabelecimentos à cultura medical francesa.

[E1] Alors... les facilités... ah... qu'est-ce que c'est facilitateur... je pense que il y a pas beaucoup des facilités, (inintelligible) de travailler parce qu'il y a long temps que ça existe et du coup il y a plein des choses qui a été mise en place et il y a un réseau qui a été créé est-ce que ça facilite un petit peu au travail. Sauf que... ah... le lien par exemple l'institution publique il est pas fluide, ça ve dire que, à l'hôpital ils ne connaissent pas, et pourtant nous nous ne connaissons l'hôpital, donc quand il a une sortie de l'hôpital qui nous sollicite, ils ne savent pas trop comment nous travaillons etc... ne savent pas qu'on est, ne savent pas comment ont met en place, il faut savoir que nous, au SSIAD ici, on a un radiologue qui vient à domicile, on a ah... plein choses qui sont faites à domicile et qu'on essaye de trouver ah... tous le praticiens ah... qui peuvent se déplacer, on cherche un dentiste, on cherche un ophtalmo, etc... on cherche ah... le médecin qui pourrait travailler avec nous sur le libéral, je pense que la seule difficulté on est c'est de faire valoir notre travail auprès des institutions, c'est à dire que... la culture médicale en France c'est l'institution ah..., c'est comment ça se passe et ah... ne connaît le travail qui est fait en Santé Publique et ont d'autres façons (de faire, les médecins ne sont) pas former à la Santé Publique et on sait pas ce qui se passe en ville, il y a des médecins et des infirmières, d'accord, mais je ne sais pas comment tout monde travaille. Et portant, nous... on a créé un gros réseaux et... de plus en plus, le patient reste moins à l'hôpital et c'est dommage que 'cest pas suffisamment (inintelligible), donc nous, on a se déplace à l'hôpital, on va voir le patient à l'hôpital, on va voir le médecin, voilà, mais... il ne savent pas comment ça ce passe (SSIAD-FRA).

[E1] As facilidades... ah... o que está facilitando... Acho que não há muitas facilidades, temos que (ininteligível) para trabalhar porque existe há muito tempo e por isso há muitas coisas para fazer e há uma rede que foi criada, isso facilita um pouco o trabalho. Exceto que... hã... por exemplo, a

instituição pública não é fluida, ou seja, no hospital não nos conhece... e nós não conhecemos o hospital, então quando temos alta do hospital eles nos solicitam, eles não sabem muito como nós trabalhamos etc... Eles não sabem quem somos, não sabem o que a gente faz, é necessário saber que nós, aqui no SSIAD, temos um radiologista que vai à domicílio, temos hã... várias coisas feitas à domicílio e que tentamos encontrar hã... profissionais que podem se deslocar, procuramos um dentista, procuramos um oftalmo, etc. ... estamos procurando um médico que possa trabalhar conosco de consultório privado liberal, eu penso que a única dificuldade é fazer valorizar nosso trabalho diante das instituições, ou seja, que... a cultura médica na França é a instituição hã... A cultura médica na França é... é a instituição hã..., a forma como funciona e as pessoas... não conhecem o trabalho que é feito na Saúde Pública e de outras maneiras de se formar em Saúde Pública e o que acontece no território, há médicos e enfermeiros de acordo, mas eu não sei como todo mundo trabalha. E, portanto, nós... nós criamos uma grande rede e... cada vez mais, o paciente fica menos e menos no hospital e (ininteligível) é uma pena que eles não (ininteligível), então vamos ao hospital, vamos ver o paciente no hospital, vamos ver o médico, é isso, mas... eles não sabem como isso acontece (SSIAD-FRA).

Essa dualidade entre o que se passa no hospital e o que se passa o território está conectada com uma expressão que apareceu com frequência nas entrevistas: “*dans l’hôpital et dans la ville*”, que em português significa “no hospital e na cidade”, dando a impressão de que o hospital é um entidade própria, situado à parte do território.

Em outro estabelecimento de saúde, no *Centre Médico-Psychologique* (CMP), em português, Centro Médico-Psicológico, encontrei uma realidade em que o hospital exerce a coordenação das ações de cuidado realizadas nos territórios. Esse CMP está situado fora dos muros do hospital, integrando a rede de saúde francesa, tendo um papel de acompanhamento e prevenção da doença mental. Nesse serviço a chefia imediata, denominada *cadre de santé*, é desempenhada por uma enfermeira, com vários anos de experiência profissional. Tanto a chefia quanto às reuniões de equipe são realizadas pelo e no hospital.

[E14] C’est un cadre... cadre de santé. Comme à l’hôpital, c’est une ancienne infirmière, mais ça peut être aussi ah... chez nous ça peut être aussi les ergothérapeutes, des psychomotriciens mais...le cadre de santé... mais elle c’est une infirmière. Le cadre peut être d’autres cours des métiers... le kine,

pas une kiné, mais il n'y a pas... normalement... c'est kine, ergothérapeute, psychomotriciens et infirmiers. C'est là qu'on parle de paramédicaux (CMP-FRA).

[E14] É uma chefia... chefia de saúde. Como no hospital, é uma antiga enfermeira, mas também pode ser há... conosco também pode ser terapeuta ocupacional, psicomotricista, mas... a chefia de saúde... mas ela é uma enfermeira. A chefia pode ser de outras profissões... o fisio, não um fisio, mas não há... normalmente... é fisio, terapeuta ocupacional, psicomotricistas e enfermeiros. É o que chamamos de paramédicos (CMP-FRA).

O hospital como coordenador das ações de cuidado, em determinados territórios na França, é um ponto evidenciado pelo método da análise cruzada de dados. No Brasil, a responsabilidade na coordenação das ações de cuidado é da APS. Almeida et al. (2018) destacam que, a partir de 2011, foram criadas um conjunto de políticas que tiveram como foco o fortalecimento da APS e ratificação da relação entre APS forte e melhor coordenação do cuidado, dentre elas estão a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as RAS (Brasil, 2011) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A enfermeira E14-FRA é funcionária pública hospitalar e atua neste CMP há 15 anos. Dentre as atividades que ela desempenha nesse serviço, em um dia de trabalho, ela relata:

[E14] Alors... donc nous... sur le CMP, on reçoit les patients qui ont été hospitalisés en psychiatrie et donc qui nécessitent de continuer le soin même après l'hospitalisation... donc.. c'est des patients qui vivent à leur domicile et viennent au CMP pour ah... par exemple, on les aide à faire les piluliers sur la semaine... voilà... pour ceux qui ont des difficultés... il vient pour l'entretien, on fait des entretiens infirmiers, pour nous soutenir, un petit peu... ah... on fait des injections, les injections de neuroleptique, un fois par mois, on va aussi à leur domicile, on fait visite à domicile régulièrement... voilà... et on travaille en lien avec les assistantes sociales, avec les structures le... la curatelle, je ne sais pas si tu vois quoi... qu'est-ce que tu sais... c'est le curateur, le tuteur qui gère l'argent des patients qui ne sont pas capables de gérer leur argent. On travaille en lien avec toutes les personnes pour travailler... pour que le patient il a le meilleur qualité de vie... et qu'il ne soit

pas réhospitalisé, c'est notre objectif c'est qui il n'y a plus de hospitalisation... et dans le CMP on a environ 60 patients, mais certains viennent un fois par mois, par exemple, d'autres viennent plusieurs fois par semaine, ça dépend de l'état de santé (CMP-FRA).

[E14] Assim... então que... no CMP, recebemos pacientes que estavam hospitalizados em psiquiatria e, portanto, precisam continuar o atendimento mesmo após a hospitalização... assim... são pacientes que vivem em sua casa e vêm ao CMP para hã. ... por exemplo, nós o ajudamos a organizar as caixas de comprimidos durante a semana... é isso... para aqueles que têm dificuldades... eles vêm para a entrevista, fazemos entrevistas de enfermagem, para nos apoiar, um pouco. ... hã... fazemos injeções, injeções de neurolépticos, uma vez por mês, também vamos à domicílio, fazemos visitas regularmente... é isso... e trabalhamos em conexão com os assistentes sociais, com as estruturas... os curadores, não sei se você sabe o que é .. o que você sabe, é o curador, o guardião que administra o dinheiro da pessoa que não é capaz de administrar seu dinheiro. Trabalhamos com todas as pessoas para trabalhar... para que o paciente tenha a melhor qualidade de vida... e que ele não seja re-hospitalizado, esse é nosso objetivo, que não haja mais hospitalização... e no CMP nós temos em torno de 60 pacientes, mas alguns vêm uma vez por mês, por exemplo, e outros vêm várias vezes por semana, isso depende do estado de saúde do paciente (CMP-FRA).

E14-FRA verbaliza a missão de seu estabelecimento, como sendo a prevenção das doenças mentais, evitando a reospitalização. Há ressonância entre as missões do SSIAD e do CMP, na prevenção do adoecimento e na reospitalização. Pergunto sobre a equipe de profissionais que integram esse serviço, ela explicou:

[E14] Alors, on a des psychiatres, des infirmiers... j'ai des collègues... ah... on a des assistantes sociales, des secrétaires, de psychomotriciens²⁴ et... je vais réfléchir... c'est tout (CMP-FRA).

²⁴ É uma profissão paramédica, com três anos de formação. Desempenha atividades individuais e coletivas, com avaliação das capacidades psicomotoras do paciente e procura a origem de seus problemas. Ele contribui para a reabilitação e reintegração psicossocial do paciente e o acompanha e à sua família ao longo de um projeto terapêutico. A reeducação proposta pelo psicomotricista pode assumir diferentes formas: sua intervenção pode dizer respeito, notadamente, ao movimento, à ação, à comunicação, às emoções e às representações (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021).

[E14] Então, temos psiquiatras, enfermeiros... tenho colegas... hã... temos assistentes sociais, secretários, psicomotricistas e... eu vou refletir... é tudo (CMP-FRA).

Uma entrevista realizada com um enfermeiro de consultório privado enriqueceu ainda mais minha compreensão sobre as redes de saúde francesas, adicionando elementos a essa relação dentro e fora dos muros do hospital. E13-FRA atuava há um ano no consultório privado, exercendo sua profissão de forma liberal. O enfermeiro renunciou a um cargo público de 11 anos, onde desenvolveu atividades laborais por seis anos em um hospital público e outro cinco anos em um serviço de cardiologia.

Após a saída do hospital público, por seis meses exerceu atividades como *vacataire*²⁵, em português, contratual e cinco anos em um SSIAD, antes de integrar um consultório privado liberal.

[E13] Je suis parti en 2016, parce qu'à l'hôpital il manque des conditions de travail (satisfaisantes)... il y a la même quantité (de travail)... moins d'effectif et je devais faire les choses en moins de temps, aller vite. Dans le cabinet libéral il y a... je peux faire mon agenda, je peux prendre le temps nécessaire pour les soins. À l'hôpital je ne pouvais pas faire mon travail correctement, par rapport à mes valeurs et le salaire n'était pas satisfaisant (Cabinet de Soins Infirmier privé-FRA).

[E13] Saí em 2016, porque no hospital há falta de condições de trabalho... há a mesma quantidade... menos pessoal e eu tinha que fazer as coisas em menos tempo, ir rápido. No consultório particular há... eu posso fazer minha própria agenda, posso fazer o tempo necessário para os cuidados. No hospital eu não podia fazer meu trabalho adequadamente, em relação aos meus valores e o salário não era satisfatório (Cabinet de Soins Infirmier privé-FRA).

[E13] Comme libéral je prends le temps... je décide... j'organise... je prends en charge de 15, 20, 25, 30 patients par jour (Cabinet de Soins Infirmier privé-FRA).

²⁵ Eles são recrutados para realizar uma tarefa específica e pontual. O trabalhador temporário não tem vínculo empregatício. Eles não se beneficiam de licença, treinamento, indenização de final de contrato, etc. (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021).

[E13] Como liberal tomo o tempo... eu decido... eu organizo... eu cuido de 15, 20, 25, 30 pacientes por dia (Clínica privada de enfermagem-FRA).

A desistência pelo trabalho hospitalar e a escolha por uma atuação mais autônoma é o que têm mobilizado um número crescente de enfermeiros a permanecer pouco tempo no hospital e na profissão. Um dos efeitos da NGP é a perda de prestígio do hospital público, sendo visto com precário, com pouca autonomia profissional e espaço de adoecimento no trabalho. A perda do sentido do trabalho e o sentimento de não estar fazendo bem o trabalho, são frases recorrentes verbalizadas pelos enfermeiros nas entrevistas.

Os resultados apontaram que a NGP provoca interferências no modelo biomédico, amplificando a fragmentação do cuidado e da gestão, com o centramento no cuidado individual e a ênfase no corpo biológico. A interferência produzida pela NGP é um efeito de amplificação do modelo biomédico.

Na França, grande parte dos cargos administrativos é ocupada por administradores e contadores, que não possuem experiência no campo do cuidado. Tive a oportunidade de conversar com uma colega de doutorado do Laboratório EMA, em que seu esposo ocupa um cargo administrativo hospitalar. Esse diálogo auxiliou na compreensão da interface cuidado e gestão. Minhas anotações em diário recuperam elementos desse diálogo e auxiliam nas minhas análises.

[Pesquisadora] Minha colega conta que quando perguntou ao esposo sobre o que era a Nova Gestão Pública, ele respondeu ser “um novo modo gestão em que aproxima as instituições das pessoas, dos usuários”. (Diário de pesquisa, 2021).

Em outro momento de diálogo, em que pude reencontrar essa colega e conhecer seu esposo, eu perguntei como ele estava vivendo o período de pandemia no seu trabalho. Ele relatou sobre os altos custos hospitalares dispensados nesse período e mencionou que as demandas solicitadas pelas equipes de cuidado, para o ano de 2022, não poderiam ser atendidas. A centralidade do hospital e o modelo individual-curativista, revelados na pandemia, iluminam o instituído no modelo de atenção à saúde francesa. Pode-se afirmar que a proposta de desburocratização e a ideia de redução de custos da NGP, parecem não se concretizar na prática pelos serviços de saúde.

Há algumas décadas, críticas foram colocadas a respeito das falácias do neoliberalismo, compreendido mais como uma ideologia, um experimentação, que uma proposta concreta de melhorias nos modos de gestão. Przeworski (1993, p. 1) afirma que,

elas [as falácias] implementam um projeto intelectual, um projeto traçado no interior do universo acadêmico norte-americano e cuja forma é dada por instituições financeiras internacionais. Buscam-se com essas transformações efeitos radicais, com a plena inversão de todas as relações sociais vigentes. Elas oferecem uma panaceia, um elixir mágico que, uma vez tomado, curará todos os males. Substitua-se "nacionalização dos meios de produção" por "propriedade privada" e "plano" por "mercado" e a estrutura da ideologia poderá permanecer intacta. Talvez as revoluções retirem sua forma dos próprios sistemas contra os quais se dirigem. (PRZEWORSKI, 1993, p. 1) (destaque nosso).

Outra autora destaca uma espécie de militantismo reformador da NGP, com seus manuais de boas práticas de gestão:

Le nouveau management public, une science ? C'est à tout le moins ce que prétendent ses pédagogues. Dans leurs manuels 1, ils expliquent à leurs étudiants – futurs gestionnaires – comment mener à bien la « managérialisation » des services publics. Pointer ses « lenteurs » et ses « archaïsmes » sont autant de stratégies d'inculcation de « bonnes pratiques » (CHELLE, 2012, p. 19).

A nova gestão pública é uma ciência? É ao menos isso que seus educadores afirmam. Em seus manuais 1, eles explicam aos seus alunos - futuros gerentes - como realizar bem a "gerencialização" dos serviços públicos. Apontar sua "lentidão" e "arcaísmos" são todas estratégias para inculcar "boas práticas" (CHELLE, 2012, p. 19) (tradução livre).

A partir de um diálogo realizado com dois formadores de um IFSI, estudantes do curso de mestrado MEEF - *Recherches en Éducation, Didactique et Formation* (REDEF), em *CY Cergy Paris Université*, que a palavra dispensários emergiu pela primeira vez e me auxiliou no encontro dos *Centres de Santé* e das *Maisons de Santé*.

Expliquei aos dois colegas os estabelecimentos que conheci e produzi dados na França, como o SSIAD, a Creche, o Colégio e o Liceu, mas minha busca era por uma estrutura de serviço de saúde análoga às UBSs e às ESFs, no Brasil. Perguntei a eles, sobre os estabelecimentos fora dos muros do hospital, se haveriam outros formatos, além dos consultórios privados liberais. Um dos colegas lembrou de uma estrutura antiga na França, sob a forma de dispensários.

Chamou-me a atenção a não familiaridade dos dois formadores e dos participantes franceses da pesquisa, com o termo “cuidados primários”, bem como com os serviços de saúde que prestam esse tipo de cuidado. Nas vezes que utilizei os termos *soins de premier recours* ou *soins de première ligne*, a confusão aumentava. Os serviços de urgência e emergência eram incluídos. Havia muitas palavras sendo utilizadas, parecendo-me diferenciação entre níveis de atenção à saúde, mas indicavam também ideologias presentes.

Os dispensários foram antigos estabelecimentos situados nos territórios, criados a partir das reivindicações dos trabalhadores das minas de carvão, ferro e alumínio. A organização desses trabalhadores, por meio das *mutuelles*, em português, associações mútuas, visava à construção de serviços de saúde que pudessem prestar cuidados básicos e atendimento médico, a eles e suas famílias.

Após algumas décadas, esses estabelecimentos foram transformados em centros de tratamento para a tuberculose e locais de vacinação, especializando-se em dispensários de higiene social (HENRY, 2020) e dispensários de higiene mental. Os CMPs, criados em 1986, são uma evolução dos dispensários de higiene mental.

Nos últimos 40 anos, os dispensários vêm sendo transformados, acompanhando as mudanças sociais e em saúde. Na região de Angers, por exemplo, o dispensário polivalente foi criado em 1989 e encerrado em 2011. Atualmente nessa região, um *Pôle de Santé* está em funcionamento. Pouco a pouco, os dispensários foram sendo transformados em *Centres de Santé* ou outros formatos de estabelecimentos de saúde, com a proposta de agrupamento de diferentes profissões.

A cartografia (o mapa) dos cuidados primários na França começa a ganhar contornos mais específicos. Pela internet, busquei informações sobre os *Centres de Santé*, encontrando um no departamento onde eu estava alojada. O site não oferecia muitas informações, dispunha nomes dos profissionais e horários de atendimento. Decidi fazer o contato presencial com o serviço de saúde tanto para conhecer o serviço quanto para marcar uma consulta médica, tendo em vista que eu precisava informar meu *médecin traitant à Assurance Maladie*.

No sistema de saúde francês, é obrigatória a informação do *médecin traitant*, em português, médico de referência. É esse profissional que atua como porta de entrada ao sistema de saúde (gatekeeper), é uma espécie de médico de família. O usuário precisa passar pelo médico de referência antes de buscar um médico especialista, ou não terá reembolso das despesas pela *Assurance Maladie*.

O *Centre Municipal de Santé* está situado em uma região periférica desse departamento, segundo informações da família onde eu estava alojada. Durante o trajeto, percebi que a região era constituída por prédios habitacionais e um número menor de casas com jardins. O estabelecimento estava alocado no andar térreo de um prédio popular, pertencente ao poder público, com apartamentos residenciais nos andares superiores (Foto 7).

Foto 7 – *Centre Municipal de Santé*, França, 2021.



Fonte: Fotografia realizada pela pesquisadora, França, 2021.

No *Centre de Santé* fui atendida pela recepcionista, em um formato semelhante às recepções no modelo brasileiro. A recepcionista informou que aquele estabelecimento não tinha mais capacidade para aceitar novos pacientes, passando-me uma lista de consultórios

privados liberais, incluindo-se a *Maison de santé*, situados na região. Explicou-me que se houvesse uma necessidade imediata, a opção seria um serviço de urgência. Após, pedi para conversar com a enfermeira e fui informada que ela estava em atendimento, sem disponibilidade naquela ocasião.

Saí da unidade impressionada, tanto pela negativa do atendimento quanto pelo usuário ter a responsabilidade na busca pelo acesso ao cuidado. Por meio de um percurso quase que etnográfico, conheci o sistema de saúde francês por dentro. O *Centre Municipal de Santé* trabalha com a modalidade de financiamento chamada *tier payant*²⁶. Nessa modalidade, o pagamento do atendimento não é feito no ato, é o estabelecimento que recebe diretamente da *Assurance Maladie*. Cada estabelecimento de saúde tem a liberdade de escolher sua forma de remuneração.

Os serviços de saúde que trabalham com a modalidade *tier payant* são mais procurados pelos usuários, segundo informações das colegas do curso de mestrado FAAP. Segundo elas, os serviços de urgência, por exemplo, geralmente constituem a primeira escolha porque os usuários não conseguem pagar consulta em um consultório privado liberal e posteriormente solicitar reembolso da *Assurance Maladie*. Talvez esse seja o motivo do *Centre Municipal de Santé* estar no limite de sua capacidade e encaminhar os usuários excedentes para outros estabelecimentos.

A criação desse *Centre Municipal de Santé* é produto de reivindicações operárias e do *Front Populaire*, em 1937, ele oferecia atendimento por médicos generalistas e sua sede era situada no interior de um parque, na região central neste departamento (JOSSELIN, 2003; CONSTANT, 2006). Nos anos de 1970, o centro foi transferido para a atual sede, restando somente o atendimento odontológico no antigo local. Atualmente a equipe é constituída por duas enfermeiras, oito médicos generalistas, uma ginecologista-obstétrica e *aides-soignantes*²⁷.

A partir da lista de médicos recebida, busquei informações sobre os profissionais e os serviços de saúde na internet. Na França, grande parte da marcação de consultas e atendimentos vem sendo realizada pela internet. O serviço de saúde disponibiliza o nome e as vagas disponíveis dos profissionais por meio de uma plataforma. Uma das plataformas mais

²⁶ Pagamento à terceiros. No pagamento a terceiros o usuário não precisa pagar antecipadamente a parte reembolsada pela *Assurance Maladie* para uma consulta médica. Desde 1 de janeiro de 2017, o pagamento a terceiros tornou-se um direito aos cuidados cobertos pela maternidade ou doença prolongada (AMELI, 2021).

²⁷ São profissionais com formação de um ano, estão sob responsabilidade de uma enfermeira e exercem atividades de higiene e cuidados ao paciente. A história de criação da profissão está associada ao reconhecimento da profissão enfermagem, a partir de 1947. Os profissionais que exerciam o cuidado, mas que não tinham diploma, foram nominados de *aide-soignantes* (AUBOUIN, 2021).

utilizadas é a *Doctolib*. Percebi que uma das médicas atuava no *Centre Municipal de Santé*, na *Maison de Santé* e em seu consultório privado.

Pelo site da *Doctolib* marquei a consulta optando pela *Maison de Santé* (foto 8), tendo em vista que este tipo de estabelecimento constitui o modelo de Cuidados Primários em experimentação na França. A configuração desse tipo de estabelecimento é muito variada e visa atender as necessidades de saúde locais. Este foi criado em 2019, integrando um *Pôle de Santé*. O *Pôle de Santé* é constituído pela *Maison de Santé*, uma farmácia, um laboratório de exames, consultórios dentários e consultórios médicos especializados, como osteopatia, gastroenterologia, entre outros.

Foto 8 - *Maison de Santé*, França, 2021.



Fonte: Fotografia realizada pela pesquisadora, França, 2021.

Com um mobiliário novo e uma arquitetura composta por várias salas-consultórios (foto 9), a *Maison de Santé*, parecia oferecer mais ações individuais que coletivas.

A *Maison de Santé* está sediada em um prédio recém construído, em uma avenida central da região. Ela oferece consultas com médicos generalistas, pediatra, nutricionista, enfermeira, sage-femme (parteira), pedicure-podóloga e psicólogo (Foto 4). A equipe não conta com recepção. O usuário agenda a consulta pelo site, comparece ao local de atendimento no horário agendado e aguarda a chamada do profissional.

Foto 9 - Área interna *Maison de Santé*, França, 2021.



Fonte: Fotografia realizada pela pesquisadora, França, 2021.

Na consulta, a médica solicitou a *carte vitale*, em português, cartão de saúde, e perguntou o motivo da consulta. Informei que eu precisava informar um nome do meu médico de referência à *Assurance Maladie*. Expliquei que estive no *Centre Municipal de Santé* e não havia vaga. A médica realizou uma breve entrevista, perguntou sobre doenças pré-existentes e se meus familiares possuíam alguma doença crônica, realizou a aferição da pressão arterial,

examinou os membros inferiores (tornozelos e pés) e registrou das informações no computador.

Finalizado o atendimento, ela informou o custo da consulta, no valor de 25 euros (próximo de R\$ 168,00) e perguntou a forma de pagamento. Pós-consulta enviei os documentos à *Assurance Maladie* e em 20 dias recebi o reembolso de 70% da despesa em minha conta bancária. Convém ressaltar que essa *Maison de Santé* optou pelo pagamento direto, o que não pode ser generalizado às demais.

Ver uma máquina de pagamentos em um estabelecimento de saúde considerado modelo de cuidados primários em experimentação, causou-me espanto. Embora estivesse em um país desenvolvido, é tácita a existência de iniquidades em saúde também nessas realidades, as manifestações sociais fortemente presentes nesse país, são prova disso.

De acordo com informações transmitidas pelo Diretor Geral da *Assurance Maladie*, no ano de 2019, 10% dos franceses ainda não haviam informado um médico de referência, isso era equivalente a 5,4 milhões de pessoas (LE PARISIEN, 2020). A *Assurance Maladie* atribui isso ocorre por vários motivos, desde pacientes jovens que não vêem necessidade na indicação médica até o problema dos desertos médicos.

A experiência pessoal na consulta, além dos diálogos trocados com os participantes da pesquisa e com outros franceses, deram-me a impressão que o usuário do sistema de saúde francês parecia ter mais clareza do custo do cuidado, em relação ao usuário brasileiro e o SUS. Na condição de cidadã brasileira e usuária do SUS, a única ocasião que recebi a informação dos custos de um atendimento ocorreu cinco meses após o nascimento do meu filho, por meio de uma carta.

O documento informava o custo hospitalar de R\$ 547,28 e solicitava o preenchimento de um cartão-resposta, com uma avaliação dos serviços prestados. Dentre os quesitos avaliados estavam, as instalações físicas, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a maneira como foi tratado e se recomendaria o hospital para um amigo ou familiar.

Na França, as práticas instituídas do acesso ao sistema de saúde não são as mesmas para os usuários de classe média-alta e os usuários de classes menos favorecidas. O usuário de classe média-alta busca o consultório privado liberal, paga a consulta, recebe a folha de cuidados do profissional de saúde e solicita o reembolso.

O mesmo não ocorre com o usuário das classes menos desfavorecidas, nesses casos, a primeira opção de atendimento era o estabelecimento *tier payant*. Convém ressaltar que a prática do pagamento direto não é generalizada nos consultórios privados liberais, muitos

deles praticam a modalidade *tier payant*, como é o caso do consultório privado liberal do enfermeiro E13-FRA, participante da pesquisa.

Acredito que o pagamento no ato do cuidado, em um sistema público de saúde, pode tornar-se um importante dificultador do acesso. Uma revisão sistemática de Lagarde e Palmer (2011) analisou 16 estudos sobre o impacto do pagamento direto no acesso a serviços de saúde em países de baixa e média renda.

O estudo demonstrou a redução na utilização das ações de saúde preventivas e curativas, com o aumento da procura pelos cuidados primários, pela população de baixa renda. Após a retirada do pagamento não houve impacto nas ações preventivas, mas houve aumento nas consultas médicas (LAGARD; PALMER, 2011).

Outro estudo sobre a relação entre acesso e iniquidades em saúde, de Lombrail, Lang e Pascal (2004) sugere que o acesso, o seguimento e a qualidade não são iguais para todos e que as iniquidades se reproduzem no interior do sistema de saúde, na França. Os autores demonstram que o sistema de saúde pode promover a redução do acesso, o agravamento das iniquidades e o aumento da incidência da mortalidade.

O modelo de cuidados primários experimentado pela *Maison de Santé* revela sua face instituinte no que tange a integração horizontal na produção de cuidados, com a constituição de uma equipe pluriprofissional responsável pelos *soins coordonnés*, em português, cuidados coordenados, na tentativa de ruptura com o modelo instituído pelos consultórios privados liberais. Outro elemento instituinte é a tentativa de integração vertical de produção de cuidados, com os demais níveis de atenção, como as CPTS e com os hospitais.

Ao mesmo tempo, o modelo me pareceu reproduzir a característica liberal das profissões de saúde nesse país, o modelo médico-centrado e o atendimento individual-curativo. Em redes sociais, vi fotos de atividades educativas coletivas desenvolvidas por algumas *Maisons de Santé*, mas não foi o caso do estabelecimento que conheci, revelando uma variabilidade de propostas em funcionamento.

Moyal (2019) em um estudo realizado com seis *Maisons de Santé*, entre os anos de 2016 e 2019, identificou efeitos paradoxais sobre as profissões da saúde: ao mesmo tempo em que o modelo racionaliza as práticas profissionais em um formato estandardizado, inicialmente visto como ameaça à autonomia profissional e fator de desprofissionalização, ele pareceu reforçar a característica liberal.

O modelo *Maison de Santé* é um novo formato de estabelecimento de saúde que integra à lógica dos cuidados primários típica dos países desenvolvidos, uma composição de

atividades curativas e preventivas. Em entrevista com a enfermeira desse serviço, E9-FRA me apresentou o projeto de saúde desse estabelecimento, que tinha como temáticas prioritárias, o cuidado às pessoas com doenças crônicas como diabetes, com problemas cardiovasculares, drogas e obesidade infantil.

[E9] Le projet de santé inclut l'éducation thérapeutique du patient diabétique, l'hypertension artérielle, l'obésité infantile, les patients atteints de broncho-pneumonie chronique et obstructive (BPCO), les fumeurs, la vaccination, tests de cancers et activités d'Octobre rose (MAISON DE SANTÉ-FRA).

[E9] O projeto de saúde inclui a educação terapêutica do paciente com diabetes, hipertensão, obesidade infantil, pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fumantes, vacinação, testes de cânceres e atividades no outubro rosa (MAISON DE SANTÉ-FRA).

Perguntei também sobre os protocolos que as enfermeiras utilizavam:

[E9] Les protocoles suivis sont le dépistage et la prise en charge des patients avec un haut risque cardiovasculaire, le mal perforant plantaire, le suivi des plaies, les anticoagulants oraux, les lombalgies et le BPCO. L'équipe envisage le protocole de l'insulinothérapie (MAISON DE SANTÉ-FRA).

[E9] Os protocolos são os testes e o manejo de pacientes com alto risco cardiovascular, o mal perfurante plantar, o monitoramento de feridas, os anticoagulantes orais, as dores lombares e DPOC. A equipe planeja o protocolo de insulinoterapia (MAISON DE SANTÉ-FRA).

Convém destacar que as pessoas que buscam atendimento são acolhidas no serviço de saúde, mas não constituem o foco principal do projeto de saúde. Esse ponto faz iluminar as diferenças existentes entre o modelo francês e o brasileiro: a ESF tem como foco a família e o território, a *Maison de santé* tem o foco na oferta de cuidado a determinados públicos (criança, mulher, idoso) ou doenças específicas de maior incidência no território.

Embora esse resultado não possa ser generalizado para todas as *Maisons de Santé*, pois há uma variabilidade muito grande na constituição das equipes, ele demonstra um tipo de APS seletiva, contendo uma cesta mínima de serviços ofertados à população.

Segundo Giovanella e Mendonça, a APS nos países desenvolvidos, compõe o primeiro nível de atenção à saúde, formado por um conjunto de serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema público de acesso universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2017).

Optei por olhar para o campo dos cuidados primários e APS de forma alargada, incluindo estabelecimentos que realizavam ações típicas de primeiro acesso ao sistema de saúde. Por isso, entrevistas foram produzidas com enfermeiras que atuavam em creche, em colégio e em Liceu, na França. As práticas de enfermagem nesses espaços tinham características predominantemente educativas ou de gestão.

[E6] en fonction de la journée, c'est-à dire le matin, c'est plus l'accueil des parents. Dans la journée, je vais faire mes tâches administratives, la gestion, le suivi administratif. Après, je vais retourner un petit peu avec les enfants et les professionnels. En fait, il y a une répartition quotidienne, hebdomadaire et annuelle aussi en fonction des tâches... des tâches à effectuer. Moi, je ne fais pas quasiment... pas de soins, c'est-à dire de piqûre. Et je fais pas, je fais pas mon travail... c'est le relationnel. C'est un peu de management, de management d'équipe, mais ça, c'est lié à ma fonction de directrice de crèche et beaucoup de éducatif, mais pas de soin. C'est cinq pour % le soin. (Crèche - FRA).

[E6] dependendo do dia, ou seja, pela manhã, é mais a recepção dos pais. Durante o dia, eu vou fazer minhas tarefas administrativas, gerenciamento, acompanhamento administrativo. Depois disso, vou voltar a trabalhar com as crianças e os profissionais. De fato, há uma repartição diária, semanal e anual das tarefas... tarefas a serem realizadas. Eu não faço cuidados... nada de injeções (procedimentos técnicos) . Eu não faço meu trabalho... é relacional. É um pouco de gestão, gestão de equipe, mas isso está ligado ao meu trabalho como diretora da creche e mais educativo, mas nenhum cuidado. É cinco por cento de cuidado. (Creche - FRA).

[E5] Dès que j'arrive sur l'école, à 8 heures, c'est... j'ouvre le service et je suis pour accueillir les élèves. Quels que soient leurs revenus de revenus, ils

peuvent venir parce qu'ils se sont blessés, parce qu'ils sont malades. Ils peuvent venir parce qu'ils ne vont pas bien, qu'ils ont besoin qu'on les écoute. Ils peuvent venir pour me remettre des médicaments. Voilà... c'est comme ça. C'est aujourd'hui, par exemple, on a travaillé sur du harcèlement, c'est-à-dire une jeune fille qui se sent harcelée et insultée en classe. Il fallait qu'on traite depuis, donc de 8 heures jusqu'à 10 heures. On a fait ça. On a travaillé sur ce sujet. Je ne peux pas dire que tous les jours, c'est différent, en fait. Mais mon premier... mon premier soin, moi, c'est d'ouvrir l'infirmierie et d'accueillir les élèves, quels que soient leurs motifs de consultation. C'est ça sur les écoles, c'est autre chose sur les écoles. Je fais ce qu'on appelle les bilans infirmiers, c'est-à-dire que je vais voir un niveau de classe les deux, par exemple. Donc, bilan infirmier, donc je les convoque (Colégio – FRA).

[E5] Assim que chego à escola, às 8 horas, é hora de abrir o serviço e estou lá para receber os alunos. Sejam quais forem suas razões para vir, eles podem vir por terem sido feridos, por estarem doentes. Eles podem vir porque não estão bem, eles precisam de alguém que os escute. Eles podem vir para me tomar remédios. Portanto, é assim. Hoje, por exemplo, trabalhamos com assédio, ou seja, uma jovem que se sente assediada e insultada nas aulas. Tivemos que lidar com isso das 8h às 10h. Nós fizemos isso. Trabalhamos sobre este assunto. Não posso dizer que é todos os dias, na verdade. Mas meu primeiro... meu primeiro cuidado é abrir a enfermaria e receber os alunos, sejam quais forem seus motivos de consulta. É o que eu faço nas escolas, é algo mais nas escolas. Eu faço o que chamamos de avaliações de enfermagem, o que significa que eu vou e vejo um nível de classe ou ambos, por exemplo. Portanto, avaliação de enfermagem, assim os chamo (Colégio - FRA).

[E7] Donc, je vais recevoir les élèves dans une journée, par exemple une journée type. Un exemple? Les élèves vont venir me voir. Les élèves vont venir ici me voir et ils ont mal au ventre. Ils ont mal à la tête, ils ont mal aux dents ou ils ont une blessure. Donc moi, je vais recevoir l'élève, il va s'asseoir ici. Je vais enregistrer sur le dossier tout ce qu'il me dit ou est ce qu'il a mal là. J'ai ma pharmacie, j'aurais dû prendre la tension. Oui, je peux lui prendre la température. Je peux lui prendre. Si, par exemple, il respire pas très bien la saturation. Comme ça, je vois aussi au niveau respiratoire. Ça va, donc je prends tout ça. Je vais monter sur son dossier médical. Super parfait.

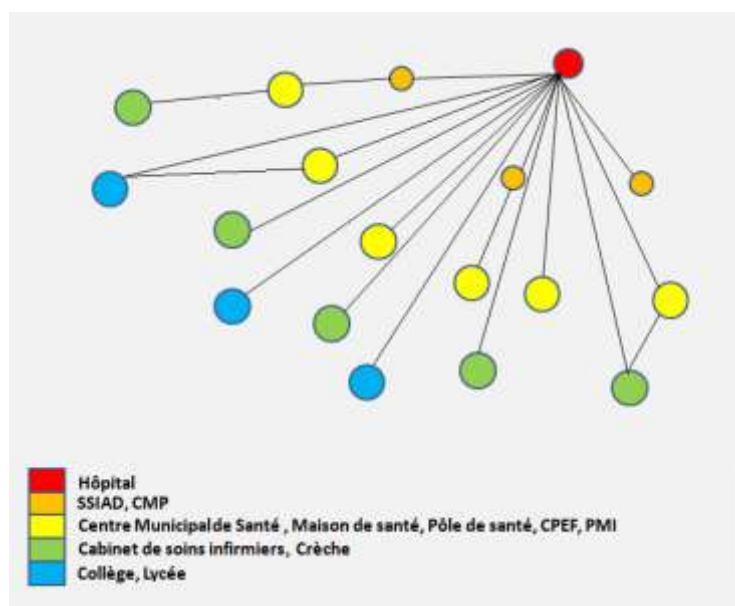
Tout ça, je note sur le dossier médical. Après, en fonction, si je vois que c'est pas très grave, je vais lui donner des médicaments. Donc, il y a une liste de médicaments autorisés à donner (Liceu – FRA).

[E7] Assim, receberei os estudantes em um dia, por exemplo, um dia típico. Um exemplo? Os alunos vem para me ver. Os estudantes vem aqui para me ver e eles têm uma dor de estômago. Eles têm dor de cabeça, dor de dente ou ferimentos. Assim, receberei o estudante, ele se sentará aqui. Vou registrar no arquivo tudo o que ele me disser, ou ele tem dor lá. Eu tenho minha farmácia, eu deverei verificar sua pressão arterial. Sim, eu posso tirar-lhe a temperatura. Posso tirar-lhe a temperatura. Se, por exemplo, ele não está respirando muito bem, a saturação. Assim, também posso ver sua respiração. Está tudo bem, então eu levo tudo isso. Vou até a ficha médica dele. Super, perfeito. Tudo isso, observo no dossiê médico. Depois, se eu ver que não é muito sério, eu lhe darei alguns remédios. Portanto, há uma lista de medicamentos autorizados a dar (Liceu - FRA).

As falas de E5-FRA, E6-FRA e E7-FRA descrevem a rotina de um dia de trabalho na creche, no colégio e no Liceu. Dentre as atividades é possível perceber a realização de atividades educativas e curativas nesses espaços. E6 trouxe uma particularidade de sua função de gestora da creche, ocupando parte do tempo com atividades gerenciais.

A partir do sobrevôo realizado nessas primeiras entrevistas, com foco nas dimensões individual-curativa e coletiva-preventiva do cuidado integral, foi possível elaborar uma cartografia dos cuidados primários na França, mapeando os estabelecimentos de saúde que estão mais próximos ou mais distantes da lógica hospitalar, em termos de influência na produção do cuidado, na institucionalização do modelo biomédico e os efeitos da NGP (Figura 6).

Figura 6 - Cartografia da rede de saúde francesa, demonstrando a influência e a distância da lógica hospitalar dos estabelecimentos de cuidados primários, 2021.



Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora (2021).

Os resultados deste eixo 1 da pesquisa de doutorado mostram que o muro do hospital não é fixo ou quase não existe, porque alguns serviços da atenção básica e dos cuidados primários estão subordinados à coordenação hospitalar. Assim, a lógica de gestão do NMP, bem institucionalizado no hospital, chega aos serviços da atenção básica e dos cuidados primários. Os exemplos são o SSIAD e o CMP, na França e o NSF, no Brasil, mostraram que mesmo que estejam localizados fora dos muros do hospital, estão fortemente ligados à lógica hospitalar e sob os efeitos do NMP.

O Colégio e o Liceu revelaram maior autonomia e liberdade de atuação das enfermeiras que os demais estabelecimentos estudados. Esses espaços demonstraram menores efeitos ou efeitos menos visíveis da NGP no campo da saúde, que serão aprofundados nos eixos 2, 3 e 4 do resultados.

A singularidade de como é concebido e operacionalizado os cuidados primários na França possibilitou-me ver sobre outro ângulo, o campo de intervenção brasileiro. Dentre os serviços de saúde investigados no Brasil, o poder e a hegemonia do modelo biomédico estiveram presentes, fortalecendo a tese de que a atenção básica compõe com o instituído das práticas em saúde, perdendo parte de sua força instituinte de mudança do modelo assistencial.

Assim como na cartografia francesa, a atenção básica revelou estabelecimentos mais próximos e mais distantes da lógica hospitalar. Nesse sentido, o NSF revelou uma grande proximidade com a lógica hospitalar, médico-centrada e com a fragmentação nas ações de cuidado. O Consultório na rua pareceu estar mais distante, no entanto, também apresentou características de um cuidado medicalizante e curativista, centrado sobre a doença.

A ESF, enquanto modelo brasileiro de APS tem como proposta a produção de um cuidado integral, sendo os serviços de saúde mais que locais de tratamento, mas de produção de saúde e de produção de cuidado (VIEGAS; PENNA, 2015). Analisar as contradições e os paradoxos presentes nesses serviços permite interrogar processos e práticas instituídos e iluminar o instituinte, revelando como se institucionalizam as forças em disputa.

Optei por não restringir como campos de intervenção da pesquisa os modelos em experimentação, como as *Maisons de Santé*, na França e a ESF, no Brasil, entendendo que outros estabelecimentos, mesmo não sendo considerados de APS, realizavam ações na lógica da APS, servindo como porta de entrada ao sistema de saúde. Outra opção foi não realizar comparação entre os estabelecimentos dos dois países, buscando um formato análogo em um e em outro contexto.

Minha resistência inicial em olhar a atenção básica e os cuidados primários em relação ao hospital, sentida especialmente no contexto francês, se deu pelo desejo de evidenciar a face instituinte e revolucionária da atenção básica ainda operando no cotidiano das práticas em saúde. Dar-se conta que o hospital exerce influência extramuros é importante, bem como analisar como se dá essa influência, pode auxiliar no processo de institucionalização da atenção básica que se deseja.

4.1.2.2 A IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO HISTÓRICA PARA A COMPREENSÃO DA PROFISSÃO E DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA, NO BRASIL E NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS, NA FRANÇA

Sob a perspectiva teórica da análise institucional, as práticas profissionais são sempre institucionais, elas são atravessadas por instituições, tanto pelas instituições onde elas se inscrevem como pela interferência de outras (MONCEAU, 2003). Na prática profissional de enfermagem, existem os dilemas típicos da Instituição Enfermagem, como os resquícios do cuidado caritativo, do exercício da profissão por prostitutas e os princípios da administração científica. Elementos desses diferentes tempos históricos se reencontram no tempo presente e

podem causar tensões, compondo o processo de institucionalização da instituição Enfermagem.

A Instituição Enfermagem é uma das mais antigas no mundo, assim como a Instituição Igreja, estudada por René Lourau, na obra *Intervenções Socioanalíticas: os analisadores da Igreja* (1996) (LOURAU, 1996). Sua origem está relacionada com o cuidado ao enfermo.

Gonçalves e Sena (1998) afirmam que a Igreja foi se consolidando como autoridade moral, intelectual e financeira e passou a responsabilizar-se no cuidado dos enfermos. Segundo as autoras, no século IV, foram criados os hospitais em cidades que possuíam catedrais. A enfermagem se institucionaliza nos hospitais, a partir do século XIII (GONÇALVES; SENA, 1998).

Wiggers e Donoso (2020) explicam que ruínas descobertas na região do Danubio guardam memórias dos hospitais militares romanos do século IV. De acordo com as autoras, um dos hospitais mais importantes da história foi o Hotel Dieu de Lyon, no ano de 542, no concílio de Orleans.

A profissionalização da Enfermagem é considerada recente, tanto no Brasil quanto na França. O reconhecimento enquanto profissão, disciplina, com a definição de estatutos, regras e formação profissional, iniciou-se no século XIX (FORTUNA; SANTANA; SPAGNOL, 2014), mas avançam para a formação universitária no século XX.

No Brasil, o reconhecimento formal da profissão ocorreu em 1923, com a criação da Escola Ana Nery, no Rio de Janeiro. Na França, em 1922 ocorreu o reconhecimento do brevet de capacité professionnelle, mas ainda não em nível universitário (AUBOUIN, 2021).

A Enfermagem com formação universitária ocorreu no final da década de 1930 no Brasil e mais recentemente na França, em 2009 (SANTANA, 2016). Um estudo indica que a formação em nível universitário trouxe avanços na profissão, situando-a em nível universitário como outras profissões (medicina), com a possibilidade de exercer cargos de gestão, a gestão de equipes de saúde e a produção de pesquisas (FORTUNA, SANTANA, SPAGNOL, 2014).

As transformações da Instituição Enfermagem constituem remodelações dentro de seu quadro institucional que influenciam no modo de produção do cuidado. Segundo Monceau (2009, p. 7),

Ce qui s'y joue ne dépend pas que de la manière dont le professionnel mobilise ses compétences dans une situation complexe mais bien aussi

du remaniement permanent du cadre institutionnel dans lequel il exerce (MONCEAU, 2009, p. 7).

O que está em jogo depende não apenas da forma como o profissional mobiliza suas habilidades em uma situação complexa, mas também da permanente remodelação do quadro institucional exercido por ele (MONCEAU, 2009, p. 7) (tradução livre).

As interferências produzidas por outras instituições estiveram presentes e foram evidenciadas no eixo 1, como a Medicina e o Hospital. As respostas das enfermeiras e enfermeiros aos dilemas são produzidas pelas competências que ela/ele mobiliza, mas principalmente pelas instituições com as quais está implicado. Analisar as implicações profissionais vai iluminar esses pertencimentos. A principal ferramenta teórica mobilizada na análise institucional das práticas profissionais é a implicação profissional (MONCEAU, 2003).

A análise institucional das práticas profissionais compõe uma das modalidades dos estudos socio-clínicos, “tomam por objeto a maneira que os profissionais estão implicados nos processos institucionais que modificam progressivamente os sentidos que eles dão a sua ação” (MONCEAU, 2008, p. 159).

A enfermeira E13-BRA discorreu sobre a saída da Escola de Enfermagem da coordenação dos NSFs. Ela relatou sobre a “mexida” provocada pela enfermagem no processo de trabalho nesse espaço. A dissolução da aliança estabelecida entre a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem, na coordenação conjunta dos NSFs, foi provocada por interferências institucionais entre a Instituição Enfermagem e Medicina. E13-BRA analisa o processo e atribui a dissolução às tensões históricas entre as duas profissões:

[Pesquisadora] Eu arrisco a dizer que, para gerar esse movimento de saída, de exclusão, com certeza eu acredito que esse movimento estava presente sim, porque para refletir na saída.

[E13] É... foi difícil né, foi muito difícil, o pessoal lá... a Faculdade de Medicina é difícil, porque... acho que essa coisa meio histórica, não sei nem explicar de onde vem isso né (ESF-BRA).

Durante a entrevista, E13-BRA realizou uma análise do seu percurso profissional e relatou um dilema vivido com a profissão, no início da carreira. Antes de trabalhar na APS, E13-BRA exerceu atividades laborais no hospital, que a levaram a pensar em mudar de profissão:

[E13] acabei a faculdade, eu já estava casada, logo tive minha filha, e aí fui trabalhar no HC [hospital], e o HC foi a maior decepção da minha vida, porque eu não tinha oportunidade de... o que eu sentia lá era que eu era cobrada para fazer uma chefia que eu não me sentia preparada para fazer, eu queria ficar perto das pessoas, conversar, cuidar e a minha chefia me cobrava isso, como se aquilo não fosse o trabalho do enfermeiro e o enfermeiro tinha que ficar na administração. E aí eu falei assim então, não é isso que eu quero na vida, não é isso que eu quero, se eu fiz enfermagem era para cuidar das pessoas, era para estar mais perto. E eu não vou... não consigo né... não estou aqui para mexer com papel. Hoje eu estou no papel (risos – ela mostra a mesa com papéis). Mas de um outro jeito. É um outro jeito bem diferente e... além da maturidade né, a gente ir crescendo, aprendendo. É muito diferente o que eu faço hoje. Bom, enfim, acabei voltando para enfermagem por conta disso né, por conta culpa.... culpa (ela se aproxima do gravador e repete a palavra culpa) sua (nome), da (nome), da (nome), da (nome), da (nome). Todas são culpadas (risos). Todas elas são culpadas, que eu acabei indo... fui fazer o concurso, por insistência delas também né, fui fazer o concurso da FAEPA, acabei passando e acabei começando meu trabalho lá no núcleo (número). (ESF – BRA).

O dilema da enfermeira brasileira E13-BRA com a profissão enfermagem tem semelhança com o dilema vivido pelo enfermeiro francês E13-FRA, ambos resolveram deixar o hospital público, ela optando pelo trabalho na APS e ele pelo consultório privado liberal. Os dois dilemas explicitam as crenças e os valores atribuídos à profissão, iluminando as implicações ideológicas dos profissionais com a forma de produção do cuidado, instituída nos hospitais. Ambos afirmaram não encontrar no hospital certos “valores” e optaram por outros campos de atuação. Monceau (2010) menciona uma expressão utilizada por René Lourau ao explicar como os indivíduos estão implicados com as instituições: “as instituições que falavam pelo ventre falando pela boca do indivíduo” (MONCEAU, 2010. p. 30) (tradução livre).

Dentre outras tensões presentes no cotidiano das práticas profissionais de enfermagem na APS, emergiu o desacordo com a realização de determinadas atividades consideradas “fora do exercício profissional” ou indiretamente relacionadas ao cuidado, mas necessárias para o funcionamento do serviço de saúde. A enfermeira E1-BRA se interrogava sobre sua responsabilidade no gerenciamento do conserto de lâmpada, de torneira e do computador:

[E1] Então assim, eu sabia que eu ia ter que fazer muito da gestão relacionada à assistência, indicadores de saúde, nossa cobertura de citologia, nossa cobertura de mamografia, nossa cobertura de pré-natal, nossa cobertura de teste do pezinho até três dias, enfim, indicadores de saúde. Não se a lâmpada está funcionando, não se aquele computador está com o link de internet ok ou se a informática vai ter que vir aqui. Então, às vezes o que... não digo o que me aborrece, mas que eu acho que eu sou mal utilizada, entendeu, eu penso assim, gente eu fiz um curso superior da saúde, fiz mestrado, estou fazendo doutorado, fiz especialização, aí você fala, às vezes você é demandado em coisas que isso é fazer gerenciamento do lar, é que você faz na sua casa, se esse cano está ok, se essa azulejo está ok, se essa lâmpada queimou, isso me gera um incômodo (NSF-BRA).

Fortuna (2016) em sua tese de livre-docência menciona que o analisador dinheiro desvelou a hierarquia e o valor social atribuídos aos diversos trabalhos, demonstrando o reforço do lugar doméstico no trabalho do enfermeiro. Na sequência da entrevista, perguntei se não seria uma atribuição do coordenador, ela responde:

[E1] Ele tem, mas da maneira que é feito hoje, é... como o coordenador ele é um coordenador médico e ele é docente da Faculdade de Medicina, essas coisas ele fala assim, conto com a ajuda de vocês para ver isso porque o tempo que eu fico aqui eu não dou conta de ver tudo. Então é algo que está implícito em meu trabalho (NSF-BRA).

As ações que envolvem a provisão de materiais e insumos dentro de um estabelecimento integram o conjunto de ações de gerência do cuidado na prática profissional do enfermeiro e compõem o instituído das práticas. Uma revisão integrativa que teve como

foco analisar as práticas do enfermeiro na gerência do cuidado, em diferentes serviços de saúde, apontou um conjunto de oito ações mais prevalentes:

1) Dimensionar a equipe de enfermagem; 2) Exercer liderança no ambiente de trabalho; 3) Planejar a assistência de enfermagem; 4) Educar/Capacitar a equipe de enfermagem; 5) Gerenciar os recursos materiais; 6) Coordenar o processo de realização do cuidado; 7) Realizar o cuidado e/ou procedimentos mais complexos; e 8) Avaliar o resultado das ações de enfermagem (SANTOS et al., 2013, p. 259) (grifo nosso).

O mesmo estudo menciona atribui às escolas de enfermagem uma formação dirigida ao cuidado individual e com menor enfoque na gerência dos serviços, acarretando um descompasso entre a formação e a prática profissional, o que é gerador de tensões, desmotivação e conflitos. A gerência dos serviços é a função mais esperada desse profissional, muitas vezes se limitando ao controle de materiais e de pessoal em detrimento do gerenciamento do cuidado (SANTOS et al., 2013).

Outra investigação, do tipo revisão sistemática, realizada sobre o tema da gerência do cuidado de enfermagem na ESF apontou que cuidado e gerência são indissociáveis para o processo de organização do trabalho (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020, p. 11). As autoras discutem que a gerência do cuidado na ESF ainda parece ser uma prática pouco desenvolvida e discutida, de acordo com os achados nos estudos. Acrescentam ainda a precarização do processo de trabalho e o modelo assistencial tradicional são fatores que distanciam o cuidado da gerência (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020, p. 11).

Com o objetivo de aprofundamento da análise de E1-BRA e na compreensão sobre quais seriam as atividades específicas ou não da enfermeira, perguntei se havia cobranças por parte da coordenação:

[Pesquisadora] E você é cobrada por essas questões que vão ficando, se ficar uma coisa mais para trás?

[E1] Na realidade eu sempre tento jogar para todo mundo fazer, por exemplo assim, tem ACS que vira para mim e fala assim ó, ah quebrou o computador que eu uso, dá vontade de falar hã... você já ligou na informática? Porque às vezes eu estou atendendo, eu preciso de paciente, preciso, mas às vezes ele pode ligar na informática e abrir o chamado, então fazer o contato com a

informática para abrir o chamado do computador quebrado, do computador sem internet não precisa ser do enfermeiro isso, o agente administrativo pode fazer. Mas o quê que acontece... então assim... às... eu sou meio chamada de chata por conta disso, por eu dou uns chega para cá, você já ligou na informática? Ah a minha senha não está funcionando, você já falou com a pessoa que resolve o problema da senha? Porque às vezes, ficam é... convergindo tudo para a enfermeira e não acho que às vezes não é por confiança não, eu acho às vezes que é por conta do ah é muito tranquilo eu jogar na mão da enfermeira, ela resolve (ênfase no tom de voz), eu não faço muito esforço, minha senha que eu não lembro aparece resolvida, o computador que está dando problema aparece funcionando, a lâmpada queimada aparece trocada, então na realidade é do meu jeito de ser, sempre chamar para falar, olha gente isso aqui não precisa ser só eu, estou com outras atividades, estou com outros atendimentos, a agenda está lotada, coisas relacionadas a assistência, alguém tem que fazer isso (NSF-BRA).

O que E1-BRA reivindica quando diz “eu sou mal utilizada” trata-se da (in)submissão à divisão do trabalho e a distribuição das tarefas nesse serviço de saúde. Monceau (2009) afirma que as tensões produzidas pela divisão do trabalho portam um conhecimento da dinâmica interativa das profissionalizações e eu acrescentaria na frase, das dinâmicas institucionais.

Les tensions entre groupes professionnels, en particulier concernant la division du travail et la répartition des territoires, apparaissent alors et peuvent être travaillées comme des données apportant une connaissance sur la dynamique interactive des professionnalisations (MONCEAU, 2009, p. 6).

As tensões entre grupos profissionais, particularmente no que diz respeito à divisão do trabalho e à distribuição dos territórios, aparecem então e podem ser trabalhadas como dados que fornecem conhecimentos sobre a dinâmica interativa das profissionalizações (MONCEAU, 2009, p. 6) (tradução livre).

As tensões provocadas entre quem pensa e quem executa, entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, revelam mais que a dinâmica de interação entre os profissionais que compõem a produção do cuidado, elas descortinam a divisão social de saberes e poderes que tornam visíveis o instituído nas práticas em saúde. No Brasil, estudos produzidos na década

de 1980, sobre o saber de enfermagem e sua dimensão prática, introduziram uma ampliação das discussões sobre o trabalho de enfermagem enquanto prática social (MISHIMA et al, 2009).

Esses estudos trouxeram uma análise crítica, histórica e social para as práticas de saúde, que resultaram em avanços no que conhecemos hoje no trabalho de enfermagem em saúde coletiva. Uma publicação da década de 1970 pontuou como eram as práticas de enfermagem desenvolvidas nas Unidades Sanitárias e em Saúde Pública, como a inscrição dos clientes, o pré e pós-consulta médica, consulta de enfermagem, visita domiciliária, vacinação, educação em grupos, suplementação alimentar, ações de enfermagem em exames de laboratório/testes imuno-diagnósticos, dentre outras (ADAMI,1973).

No contexto francês, o *Centre de Santé* revelou uma prática de enfermagem também centrada no poder médico. A enfermeira E8-FRA disponibilizou uma fotocópia com uma lista manuscrita de atividades executadas em um dia de trabalho, que ela havia recém preenchido a pedido do coordenador do serviço. A análise dos documentos mostrou uma prática profissional de enfermagem nos cuidados primários bastante atrelada ao gerenciamento de materiais e insumos.

[E8] -container aiguilles,
 -container carton,
 -distributeur gel + savon + piles,
 -matériel cabinet à usage unique, coton, álcool, psl antiseptiques, spéculums auriculaires, abaisse langue, ga, élasto, compresses, haricot U.U, compresses nécessaire à psl,
 -rouleaux,
 -ramette papier,
 -papier administratifs tiroir,
 -pochette tes colorectal,
 -test TDR engine,
 -stérile,
 -désinfection du matériel,
 -RDV téléphonique et en direct,
 -blouses à trier,
 -commandes pharmacie, matériel U. U,
 -date péremption pharmacie, matériel,
 -préparation dossier PCR, prélèvements sanguin.,

- scanner courier,
- gérer liste de prêts de tensiometre + désinfect° au revoir,
- donnez dossier OPH qd scannés,
- ranger matériel qd réception des commandes,
- prescriptions et ordonnances à scanner, à photocopier,
- soins infirmiers (CMS-FRA).


- [E8] –substituir coletor rígido de agulhas,
- preparar coletor rígido,
 - gel + sabão + pilhas,
 - material consultório de uso único, algodão, álcool, anti-sépticos psl, espéculos de orelha, abaixadores de língua, ga, elasto, compressas, cuba rim (uso único), compressas necessárias para produtos sanguíneos,
 - rolos,
 - recolocar papel,
 - papel administrativo da gaveta,
 - bolsa de teste colorretal,
 - Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) teste para angina,
 - estéril,
 - desinfecção de equipamentos,
 - reunião telefônica e online,
 - blusas a serem triadas,
 - pedidos para farmácia, material uso único,
 - validade para farmácia e equipamentos,
 - preparação de dossiês PCR, amostras de sangue,
 - escanear correspondência/carta,
 - gerenciar a lista de empréstimo de tensiômetro + desinfecção ao retornar
 - emitir dossiês OPH quando escaneado
 - arrumar material quando os pedidos são recebidos
 - prescrições e receitas a serem escaneadas, fotocopiadas
 - cuidados de enfermagem (CMS-FRA) (tradução livre).

Além da lista, a enfermeira E8-FRA compartilhou comigo uma fotocópia de um formulário de autorização médica para a execução de determinadas ações, em situações de urgência (figura 7). O formulário disponibiliza algumas informações como nome e número de registro médico, opções para checagem do tipo de cuidado realizado e ao final há uma

assinatura médica. O formulário era assinado pelo médico antes mesmo do preenchimento, demonstrando uma prática usual do estabelecimento.

Figura 7 – Formulário de autorização médica para a execução de práticas de enfermagem em situação de urgência, 2021.

CENTRE MUNICIPAL de SANTE [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Tél : [REDACTED] Fax : [REDACTED]

N° RPPS 	FINISS [REDACTED]
--	-------------------

Patient :

Faire pratiquer par IDE en urgence :

- Test à la bandelette urinaire (recherche de sucre, albumine, leucocytes hématies ...)
- Suivi clinique selon le cas (température, pouls, tension artérielle, état trophique, état psychologique etc.)
- Intradermoréaction à la tuberculine.
- Administration d'aérosol
- Lavage d'oreille
- Mesure de la tension artérielle pour adaptation thérapeutique
- Pansements et suivis de plaie grave jusqu'à cicatrisation
- Pansements et suivis de plaie superficielle jusqu'à cicatrisation
- Vaccination :
- Glycémie au doigt
- Education du diabétique (dosages d'insuline, glycémie capillaire, conseils diététiques etc.)
- Injection de :

+ PCR
 + Test antigénique
 + TROD

Le : [REDACTED]
 Dr : [REDACTED]

Fonte: documento fornecido pela enfermeira do *centre de santé*.

A singularidade francesa faz iluminar a autonomia conquistada há décadas pelas enfermeiras e enfermeiros brasileiros nesse tipo de cuidado. O formulário é um analisador que revela a produção de um cuidado médico-centrado, demonstrando que a decisão de determinadas práticas de saúde é de responsabilidade médica e que somente nas situações de urgência a decisão é da enfermeira.

Outro ponto importante, demonstrado no formulário foi que ações como, vacinação, curativo, aferição de sinais vitais e aferição de glicemia são executadas pela enfermeira rotineiramente, mas a partir de prescrição médica. Diferentemente no Brasil, essas práticas citadas não necessitam de autorização médica, o enfermeiro e os técnicos de enfermagem têm a autonomia de decisão e de realização desses procedimentos. A autonomia é produto de muitos debates e enfrentamentos entre os Conselhos Federais de Enfermagem e de Medicina.

Um estudo recente, realizado com a participação de cinco *Maisons de Santé*, investigou o exercício pluriprofissional nesses serviços e identificou uma divisão do trabalho marcada pela coordenação médica (MOYAL, 2020). Na investigação, a autora destacou que as práticas de adaptação na prescrição médica realizadas pelas enfermeiras, por vezes informalmente e outras previstas em protocolo, não garantiam a autonomia real no cotidiano das práticas de saúde. Mesmo sob o respaldo do protocolo, as enfermeiras continuavam a demandar autorização médica nas adaptações das prescrições (MOYAL, 2020).

4.1.2.3 O ANALISADOR HISTÓRICO PANDEMIA DE COVID-19

No início de 2020, a pandemia causada pela Covid-19 surgiu como um importante analisador histórico revelando o instituído de várias instituições, seus modos de funcionamento, causando rupturas e disfuncionamentos. Os tempos foram alterados, processos que normalmente levavam um determinado tempo para serem transpostos, avançaram mais rapidamente. Os analisadores históricos são “eventos que revelam contradições de uma época e produzem uma análise em ato que o conhecimento instituído é efetivamente incapaz” (LOURAU, 2004, p.146).

Bem mais que uma crise sanitária, a pandemia desvelou crises sociais, políticas, econômicas e culturais. Os instituídos foram desnudados, revelando suas contradições nas mais diversas instituições. A Instituição Saúde foi fortemente impactada, as novas demandas exigiram respostas rápidas e coordenadas dos sistemas de saúde. Em muito pouco tempo, houve a reformulação de redes de atenção à saúde, a reelaboração de fluxos de trabalhos, a construção de novos protocolos e os serviços de saúde foram reorganizados das mais diversas formas.

No Brasil, o cuidado hospitalar foi considerado de primeira linha. Certos estabelecimentos de APS foram transformados em serviços de urgências ou tiveram que transferir seus profissionais para hospitais de campanha, durante a crise sanitária. Um indicativo de enfraquecimento e da descontinuidade do cuidado na APS ocorreu na redução

das ações com gestantes e junto aos usuários com doenças crônicas, que foram deixados de ser acompanhados regularmente. Giovanella *et al.* (2020) afirmam que a pandemia provocada pela Covid-19 mostrou altos investimentos no hospital, nos cuidados individuais e curativos, com o desinvestimento nos cuidados de APS.

Em nosso coletivo de trabalho, realizamos um estudo documental, com colegas franceses, sobre as contradições que a pandemia de COVID-19 colocou em evidência na gestão em saúde, no Brasil e na França. O estudo era do tipo qualitativo, documental, retrospectivo, multicêntrico, tendo como fonte primária as legislações brasileiras e francesas (leis, decretos, portarias, resoluções e medidas provisórias) disponibilizadas eletronicamente e publicadas entre os meses de abril e julho de 2020. No total foram analisados 553 documentos brasileiros e 768 franceses (SANTANA *et al.*, 2020).

Dentre os resultados, o analisador pandemia revelou contradições no investimento no hospital e a medicalização, com a montagem de centros especializados, em detrimento da APS e na prevenção e promoção da saúde. Além disso, evidenciou também a normalização e a vulnerabilização de determinadas classes sociais, invisibilizando a pobreza e a diferença de classes sociais, com a afirmação da ciência hegemônica (SANTANA *et al.*, 2020).

Na França, o dispositivo chamado *Plan Blanc*, em português, Plano Branco, foi acionado, mobilizando além da saúde, a defesa, as finanças e outros setores, a fim de apoiar o desencadeamento rápido de medidas para conter o avanço da pandemia (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2020c). A pandemia colocou em evidência os elevados investimentos nos leitos hospitalares, com a publicação de uma norma específica pelo Alto Conselho de Finanças Públicas (HCFP) liberando uma quantidade expressiva de recursos para este fim (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2020c).

Os estabelecimentos de cuidados primários desenvolveram consultas por vídeo e as atividades de grupo foram interrompidas. Fournier *et al.* (2021) realizaram um estudo, entre março e dezembro de 2020, sobre as reconfigurações dos cuidados primários em seis territórios do hexágono francês e observaram dois movimentos antagônicos: o enfraquecimento ou o fortalecimento da dinâmica pré-existente. Dependendo do contexto, a pandemia suspendeu, ativou ou ampliou a cooperação multiprofissional e a coordenação intersetorial pré-existente, mas sem a criação de novas iniciativas (FOURNIER, *et al.*, 2021).

O mesmo estudo revelou que em alguns territórios, a epidemia revelou a ausência de coordenação e até pôs fim à dinâmica de rede de saúde existente. Em áreas com uma alta incidência de Covid-19, as organizações hospitalares deixaram de coordenar o que se chama *ville-hôpital*, ao contrário de algumas áreas que o hospital se lançou coordenador das redes de

atenção. Em uma região que havia um dispositivo chamado "alta do hospital", integrando hospital local e o centro de saúde, antes da epidemia, não teve seguimento (FOURNIER, et al., 2021).

Nos campos de intervenção da presente pesquisa, as práticas em saúde e as práticas profissionais de enfermagem foram fortemente impactadas, nos dois países. No sul do Brasil, a enfermeira E15-BRA exerce o cargo de gerente de um Centro de Saúde, há 8 anos. Na entrevista ela relatou a implementação de um novo programa federal, o Saúde na Hora. Em sua fala ela descreve e analisa o sucateamento vivido no estabelecimento de saúde.

[E15] Houve muita mudança desde janeiro [2020]... em janeiro era uma coisa e agora é outra...dentro da unidade do [nome da unidade]. O que nós tínhamos dentro da unidade básica do [nome]... dentro do postão do [nome] duas unidades... uma era a unidade básica e a outra é o acontece com o [nome de outros dois estabelecimentos]... hã... nós tínhamos também uma USF. A USF eram quatro equipes... hã... ao longo dos anos desde que eu entrei, vem num sucateamento enorme, hã... assim... foi uma coisa meio torturante... uma coisa assim quase de maldade com a população, considerando que a USF tinha quase 12.000 habitantes, nosso... naquele momento se decidiu unir as duas unidades e a união das duas unidades iniciaria o Saúde na Hora... para viabilizar o Saúde na Hora queriam juntar porque a unidade básica estava completamente sucateada. Assim... eu estava com tudo pronto em outubro para iniciar o Saúde na Hora, aí veio a notícia de fechamento do IMESF. O Saúde na Hora estava previsto para começar 1 de janeiro, por uma questão de verba, eu iria tirar férias em janeiro, mas estava tudo pronto, daí quando eu voltei de férias, dia 1 de fevereiro, o Saúde na Hora começaria dia 10 de fevereiro. Eu tive uma semana para que a gente estivesse abrindo... aí a gente começou do jeito que tinha... a ordem era, do jeito que tem, vocês comecem. E como unidades menores fecharam ou tercerizaram, esses servidores do IMESF foram meio que despejados na nossa unidade, até sem querer, não foi dada muita opção. E desde aquela data até 10 dias atrás eles [os profissionais do IMESF] foram caindo de conta gotas, todos os dias, toda a semana, dois diferentes saíam e tu tinha que começar tudo de novo, de conhecer o território, conhecer como o serviço de saúde estava funcionando... então assim... a gente está constantemente recomençando com pessoas novas, de novo... quando foram despejados, eu passei de uma coordenação de 40 para 90 pessoas. Mais 10 pessoas vira uma

microempresa [risos], atualmente sob hipótese alguma eu consigo ser enfermeira, meu trabalho é exclusivamente de gestão, e felizmente a gente está com um quantitativo nunca antes visto na história desse país, chegamos há um ponto que éramos 11 enfermeiras. E nesse momento a gente está podendo fazer um trabalho de enfermeira muito qualificado. Num primeiro momento houve a história do Saúde na Hora, mesmo que eles queiram dizer que não, ficam bravos, a gestão... eu digo, ficam bravos com essa fala, na verdade é uma grande tapeação, nós viramos um PA, nós viramos um Pronto Atendimento. A ordem é, 75% das consultas é de demanda espontânea, ou seja, tu não tem nenhuma coisa programada. (CS-BRA).

O termo “torturante”, utilizado pela enfermeira E15-BRA exprime um dos vários efeitos das novas políticas de saúde em curso no Brasil, nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica. A partir de 2019, o governo federal avançou na criação de novas políticas de saúde consideradas, as “bases da reforma da APS”, dentre eles o Previne Brasil, o Saúde na Hora e o Médicos pelo Brasil (HARZHEIM, 2020).

A fala de E15-BRA descreve o desinvestimento progressivo e o fechamento de unidade de saúde, com a demissão de profissionais durante o período da pandemia, deixando regiões inteiras descobertas de um atendimento que oferecia um modelo de atendimento de prevenção e promoção, para oferecer um atendimento com características de pronto-atendimento.

4.1.3 EIXO 2 – CONTRADIÇÕES INSTITUCIONAIS DA NGP MAIS FORTES NO PÚBLICO QUE NO PRIVADO

4.1.3.1 RELATIVIZAÇÃO DOS LIMITES PÚBLICO-PRIVADO

No estudo, a relação público-privado na atenção básica e nos cuidados primários revelou diferentes tipos de arranjos de gestão, conforme demonstra o quadro 4. Para além da configuração jurídica ou administrativa, a relação público-privado apresenta modos de implementação variados em cada contexto investigado, especialmente no contexto francês.

Quadro 10 – Caracterização do tipo de gestão nos serviços de saúde estudados, 2021.

Brasil	Tipo de Gestão
NSF (Ribeirão Preto)	Pública com administração hospitalar
USF (Ribeirão Preto)	Pública com administração direta municipal
UBS (Ribeirão Preto)	
Consultório na Rua (Porto Alegre)	Pública com administração por OS
USF (Porto Alegre)	
UBS (Porto Alegre)	Pública com administração direta municipal
ESF (Porto Alegre)	Pública com administração por OS
França	Tipo de Gestão
Colégio	Pública com administração direta do estado
Liceu	
CMP	Pública com administração hospitalar
CPEF	Pública com administração direta departamental
PMI	
CMS	Pública com administração direta municipal
SSIAD	Associação com financiamento público
Creche	Privada com financiamento público
Maison de Santé	
Pôle de Santé	
Consultório de	

Enfermagem	
------------	--

Fonte: Produzido pela pesquisadora (2021).

A separação entre o financiamento e a execução das ações em saúde é amplificada pela NGP, potencializando um locus de atuação do privado no público. Essa divisão cria uma fragmentação e complexificação da gestão, podendo gerar o efeito inverso do esperado, a elevação dos gastos com a duplicação de ações, aumento na solicitação de exames, de procedimentos, entre outros.

Na investigação, a relação público-privado foi evidenciada pelas tensões produzidas junto aos trabalhadores e aos usuários do SUS. Uma delas foi a greve realizada em Porto Alegre pelos trabalhadores do IMESF, que dificultou a produção de dados nesse campo de intervenção.

O estudo de Chiapinotto, Fait e Mayer Júnior (2007), realizado há 14 anos em uma UBS de Porto Alegre revelou tensões na relação público-privado. A UBS em estudo foi originada de um acordo estabelecido entre a Secretaria Estadual de Saúde e um hospital privado local. Nesse espaço os profissionais de saúde eram contratados pelo hospital.

Os autores observaram a dimensão da lógica privada e de uma cultura gerencial baseada na avaliação de desempenho, com o estabelecimento de metas e resultados, dentro de um Programa de Auditoria para Melhoria da Qualidade (PAMQ). Controvérsias entre o que seria mais importante, se entre o número de consultas ou atividades de promoção da saúde, foram reveladas pela equipe. Críticas sobre a valorização da quantificação foram feitas pela equipe de saúde (CHIAPINOTTO; FAIT; MAYER JÚNIOR (2007).

Em Ribeirão Preto, a enfermeira E8-BRA relatou sua experiência em ESFs na cidade de São Paulo geridas por OSS. Durante a entrevista, ela estabeleceu paralelos com a cidade de Ribeirão Preto, local onde atuava naquele momento. Sua fala assinalava sinais da institucionalização da NGP, da lógica de gestão privada, nos serviços públicos de saúde geridos pela administração direta municipal.

[E8] a diferença... é bem diferente, eu trabalhei lá na saúde da família, é diferente. Lá a cobrança (tom de voz mais forte) de metas é... é assim... é gritante. Aqui eu não sinto essa cobrança, eu sei que a gente tem número de visitas para realizar né, a cobertura, mas assim, não tem aquela cobrança (tom de voz mais forte) rigorosa né. Mas existe pela secretaria, tem pouco

tempo aqui, mas pelo o quê as meninas me passaram hã... anteriormente não tinha um número X de consultas, hoje já tem (ESF - BRA).

A experiência brasileira ilumina o contexto francês no que concerne a uma realidade mais avançada de implementação da NGP. Uma cena observada no SSIAD, após uma entrevista, chamou minha atenção para a relação público-privado. Após a entrevista com a enfermeira E4-FRA, uma profissional de *cabinet privé* e prestadora de cuidados ao domicílio junto ao estabelecimento público, sentou-se diante de um dos computadores do SSIAD e começou a usá-lo. Intrigada, resolvi perguntar sobre a utilização dos equipamentos do serviço público. Ela confirmou que tinha acesso ao prontuário do paciente.

[Pesquisadora] Fiquei impressionada com uma cena que observei no SSIAD. Durante a entrevista, a enfermeira me disse que trabalhava em um *cabinet privé*, serviço conveniado com o SSIAD. Após o término da entrevista, nos despedimos, eu me dirigi ao sofá para organizar meus pertences. A enfermeira se sentou diante de um dos computadores do SSIAD e começou a usá-lo. Logo pensei, eu devo ter compreendido mal, ela deve ser enfermeira do SSIAD. Resolvi confirmar. Ela era enfermeira do *cabinet privé* e tinha acesso aos equipamentos do SSIAD para acessar o prontuário dos pacientes. Achei espantoso uma profissional do privado utilizando os recursos públicos. [Pesquisadora, dezembro de 2019].

Este fato me surpreendeu muito. A relação público-privado na França pareceu mais fluida que no Brasil. Na minha opinião, desde 2000, a França e o Brasil vivem em contextos políticos, econômicos e sociais muito diferentes e o desenvolvimento da relação público-privada demonstrou assumir formas diferentes nos dois contextos.

Minha implicação ideológica com um posicionamento de esquerda, levam-me a pensar que as forças políticas da esquerda, depois de 2003, tornaram a institucionalização da NGP mais lenta no Brasil. Muitas vezes penso que minha implicação é uma sobreimplicação. O espanto indica que podem existir outras possibilidades no relacionamento público-privado, ainda não visualizadas no Brasil.

A questão de analisar minha sobreimplicação no trabalho de pesquisa foi importante, porque a sobreimplicação pode reduzir a análise da realidade (SAINT MARTIN, 2019), tendo em vista que a realidade observada é modulada pelas nossas implicações ideológicas, libidinais e organizacionais.

O espanto durante a observação após a entrevista com a enfermeira no consultório privado, na França, produziu uma abertura, um deslocamento de minhas implicações sobre a relação público-privada. A observação na produção da pesquisa: "não só apela para sua subjetividade como qualquer pessoa que vive esta situação, mas ele tenta olhar e questionar essa mesma subjetividade" (KOHN; NÈGRE, 2003, p. 202). Assim, esses autores argumentam que a abordagem da implicação como modo de produção de conhecimento, tornando a deficiência (meu espanto, talvez) uma ferramenta:

sujet doué d'affects, l'observateur va se laisser toucher intérieurement par les personnes et les situations, par le thème et les matériaux. Ses ressentis propres, comme ce qui se passe entre lui-même et l'observé, s'introduisent dans le champ de la recherche et peuvent devenir un socle pour des *insights* à propos de l'observé (KOHN & NÈGRE, 2003, p.202).

como sujeito dotado de afeto, o observador se deixará tocar internamente pelas pessoas e situações, pelo tema e pelos materiais. Seus próprios sentimentos, como o que acontece entre ele e o observado, entram no campo da pesquisa e podem se tornar uma base para insights sobre o observado (Kohn & Nègre, 2003, p.202).

Infelizmente, a pandemia de Covid-19 teve impacto nos serviços de saúde da atenção básica e dos cuidados e impediu a produção de observações mais sistemáticas durante a pesquisa, com períodos de distanciamento social.

A dificuldade de encontrar os limites entre o público e o privado na França sugeria uma divisão muito tênue. Os três enfermeiros gerentes do SSIAD têm estatuto de funcionários públicos, geridos por uma organização associativa. A associação é uma entidade do tipo Organização Social e Solidária (OSS). As OSSs francesas têm estatuto de Organizações Privadas de Utilidade Pública, conforme a definição do Ministério de Economia das Finanças e da Retomada:

un ensemble d'entreprises organisées sous forme de coopératives, mutuelles, associations, ou fondations, dont le fonctionnement interne et les activités sont fondés sur un principe de solidarité et d'utilité sociale (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021, p. 1)

um conjunto de empresas organizadas sob a forma de cooperativas, sociedades mútuas, associações ou fundações, cujo funcionamento interno e atividades se baseiam num princípio de solidariedade e utilidade social (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021, p. 1) (tradução livre)

Desse modo, as OSS francesas têm um estatuto diferente da OSS brasileiras, elas visam a não lucratividade, a gestão desinteressada e o reinvestimento dos excedentes que lhe permitem um estatuto fiscal particular (PERRIN; BENZERFA, 2016). No entanto, há outros estatutos jurídicos, como as empresas privadas com fins lucrativos.

Na França há uma relação imbricada público-privado, na forma de arranjos em que o privado é convencionado à *Assurance Maladie* deve seguir a missão do público. A *Maison de Santé* pode ser constituída por uma grande variedade de agentes públicos ou privados, de diferentes estatutos jurídicos, como:

Les associations d'usagers, les établissements de santé (publics ou privés), les fédérations et syndicats, les professionnels de santé, d'entreprises, les professionnels de l'aide à domicile, les organismes complémentaires ou les collectivités territoriales. Critères d'éligibilité des projets: Caractère innovant, Faisabilité, Reproductibilité pour diffusion, Rapport qualité/prix (efficience) (CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE DE FRANCE, 2020, p. 9)

Associações de usuários, estabelecimentos de saúde (públicos ou privados), federações e sindicatos, profissionais de saúde, empresas, profissionais de ajuda no domicílio, organizações complementares ou coletividades territoriais. Critérios de elegibilidade do projeto: caráter inovador, viabilidade, reprodutibilidade para divulgação, relação qualidade/preço (eficiência) (CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE DE FRANCE, 2020, p. 9) (tradução livre)

Outra característica desse tipo de estabelecimento é seu direcionamento a um público específico, que pode ser de crianças, adultos, idosos, pessoas com patologias ou fatores de risco específicos, dentre outros. O projeto deve apresentar critérios de inclusão e exclusão. Diferentemente do modelo brasileiro, ela não é dirigida à família.

No entanto, ainda há resquícios do modelo programático em saúde, instituído em um período pré-SUS, em que os centros de saúde públicos ofertavam pré-natal, puericultura, vacina, assistência à pessoas com tuberculose e hanseníase.

Para a criação de uma *Maison de Santé* é necessário apresentar um projeto de saúde aos editais regularmente publicados pela ARS. Esses projetos devem seguir os critérios dos bairros prioritários da cidade (*les périmètres des quartiers prioritaires de la politique de la ville* – QPV).

A análise do modelo francês de cuidados primários revelou uma prática profissional de enfermagem nos cuidados primários baseada numa atuação liberal, que resiste ao controle Estatal e defende a autonomia profissional, sendo fortemente atrelada ao poder médico. Os critérios de elegibilidade demonstram claramente a influência da NGP, com a ideia de inovação e reprodutibilidade e eficiência.

O caráter liberal desse modelo ficou ainda mais claro durante a minha participação no Congresso virtual *Avec les Équipes*, promovido pela Federação Francesa das *Maisons de Santé* Pluriprofissionais (FFMSP), em setembro de 2021. A FFMSP é presidida por um médico e a grande parte da coordenação das mesas foi conduzida por médicos.

Discussões entre o papel das *Maisons de Santé* e das CPTSs foi debatido, revelando tensões e resistências na participação das *Maisons de Santé* nas redes de saúde locais. Havia a reivindicação de maior abertura das CPTSs às *Maisons de Santé*. O caráter concorrencial, a lógica empresarial e o ar de sedução do privado permearam fortemente as discussões nesse encontro. Eram mais que profissionais de saúde, mas empresários disputando uma fatia de mercado.

Sob o slogan « les précurseurs de l’avenir de demain », em português, « os precursores do devir do amanhã », solicitavam aos representantes da ARS presentes no evento : « soigner le précurseur de demain, la solution vient du terrain, nous sommes pour les accompagner, nous libère d’un certains numéro de contraintes administratifs », em português “cuidar do precursor do amanhã, a solução vem do campo, nós estamos para acompanhar, liberem-nos de uma série de restrições administrativas”.

Um dos momentos que a enfermagem teve destaque no evento foi na destinação de um prêmio aos melhores vídeos apresentados pelas *Maisons de Santé* inscritas. O prêmio recebeu o nome de Régine Langlade, enfermeira de uma *Maisons de Santé* que morreu de covid-19, em 2021.

Entretanto, a crítica que se coloca à institucionalização dessas parcerias público-privadas levanta uma série de questões, tais como a natureza e a eficácia da cooperação entre

os atores, as relações de poder que se desenvolvem, as assimetrias de recursos que persistem e as conseqüências da participação crescente e formalizada das empresas de cooperação em saúde (GUILBAUD, 2015).

Na França, a discussão sobre as transformações na missão do público não é nova, os argumentos são para fazer sua missão evoluir no tempo, de acordo com as necessidades sociais e as mudanças tecnológicas:

la philosophie implicite est qu'il existe une différence entre être responsable d'une activité et la mettre en oeuvre soi-même. L'État peut être responsable et l'activité exercée ou mise en oeuvre par un organisme privé. L'idée n'est pas nouvelle dans le droit français, mais les techniques le sont. L'État doit-il nécessairement être propriétaire ou employeur pour fournir des services aux citoyens, ou peut-il acheter des services aux meilleurs prestataires ? C'est ainsi qu'est posée la question de la révision des missions dans les pays de l'OCDE. (TROSA, 2007, p. 3).

a filosofia implícita é que existe uma diferença entre ser responsável por uma atividade e realizá-la você mesmo. O Estado pode ser responsável e a atividade realizada ou implementada por um órgão privado. A ideia não é nova na lei francesa, mas as técnicas são. O Estado tem necessariamente ser proprietário ou empregador para fornecer serviços aos cidadãos, ou pode comprar serviços dos melhores fornecedores? É assim que se coloca a questão da revisão das missões nos países da OCDE. (TROSA, 2007, p. 3).

Grande parte das produções científicas francesas sobre cuidados primários foram produzidas por médicos, economistas e sociólogos. São raras as publicações de enfermeiras nesse campo de conhecimento, pois a formação universitária é considerada recente. A universitarização²⁸ iniciou-se em 2009, em que a formação universitária foi remodelada a partir da circular interministerial de 2009, convocando 400 IFSIs à realização de convênios com universidades locais (SANTANA, 2016). Até o momento os IFSIs estavam sediados junto a grandes hospitais.

²⁸ Constitui-se “de uma parte pela passagem das escolas de enfermagem de nível não superior para o sistema de ensino superior e de outra parte por um processo de profissionalização a partir de saberes reconhecidos como universitários (científicos)” (SANTANA, 2016, p. 58).

No Brasil, as parcerias público-privadas fazem pressão sobre o sistema de saúde fortalecendo o poder do setor privado "apesar de ter no mandato constitucional um sistema de saúde pública com acesso universal, apresenta despesas privadas de saúde superiores às despesas públicas" (FIGUEIREDO et al., 2018).

O mesmo estudo mostrou que as famílias brasileiras têm um gasto privado com saúde de 47,2%, sendo considerado muito elevado em comparação com outros países com sistemas de saúde públicos e universais. (FIGUEIREDO et al., 2018).

O mix público-privado brasileiro revela grandes desigualdades na oferta e na utilização de ações à população com cobertura suplementar e duplicada de serviços em relação ao SUS. Um estudo realizado em bases de dados oficiais do governo brasileiro encontrou uma tipologia de mix público-privado em que o público tem financiamento minoritário com uma grande oferta de subsídios para o setor privado, com descontos no imposto de renda dos serviços realizados no setor privado (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2018).

4.1.3.2 O NPM, QUE INSPIROU A NGP, FOI PENSADO PARA TRANSFORMAR AS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

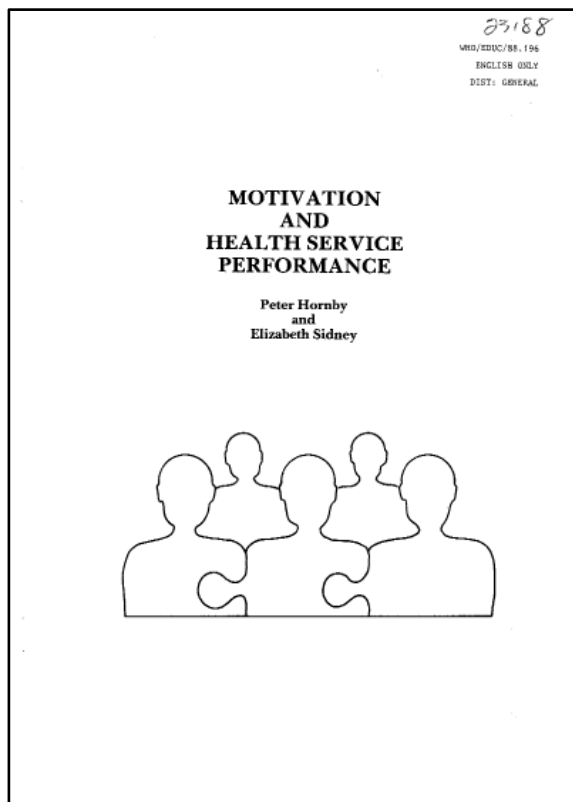
A NGP foi construída com o objetivo de transformação do modelo de gestão burocrático, no entanto seus mecanismos demonstram que sua finalidade é a redução do tamanho do Estado, com a transformação do público e de suas organizações. Por meio da análise documental, busquei identificar os primeiros documentos da área da saúde publicados, que apresentavam características da NGP, buscando palavras como indicadores, metas, resultados, *performance*, excelência, qualidade, dentre outros.

Eu encontrei uma vasta publicação de documentos, manuais, recomendações, programas de computador (logiciels) que demonstraram um amplo processo de institucionalização da NGP na saúde, presente em documentos de organismos internacionais e mesmo em documentos locais. Há uma relação global-local bem instituída atualmente. Nesta pesquisa optei por discutir alguns documentos que se relacionavam com os resultados produzidos nas entrevistas. Alguns documentos dos serviços de saúde também foram analisados.

Um dos documentos mais antigos encontrado estava no site da OMS e tem por título *Motivation and Health Services Performance*, publicado em 1988 (figura 8). O livro consiste em um manual de sete capítulos que discute as bases da motivação e *performance* no trabalho para gestores da saúde. Com base na teoria das necessidades humanas básicas, de Maslow e

na teoria dos dois fatores, de Herzberg, o manual finaliza com uma proposta de questionário aos trabalhadores da saúde.

Figura 8 – Publicação da OMS *Motivation and health service performance*, 1988.

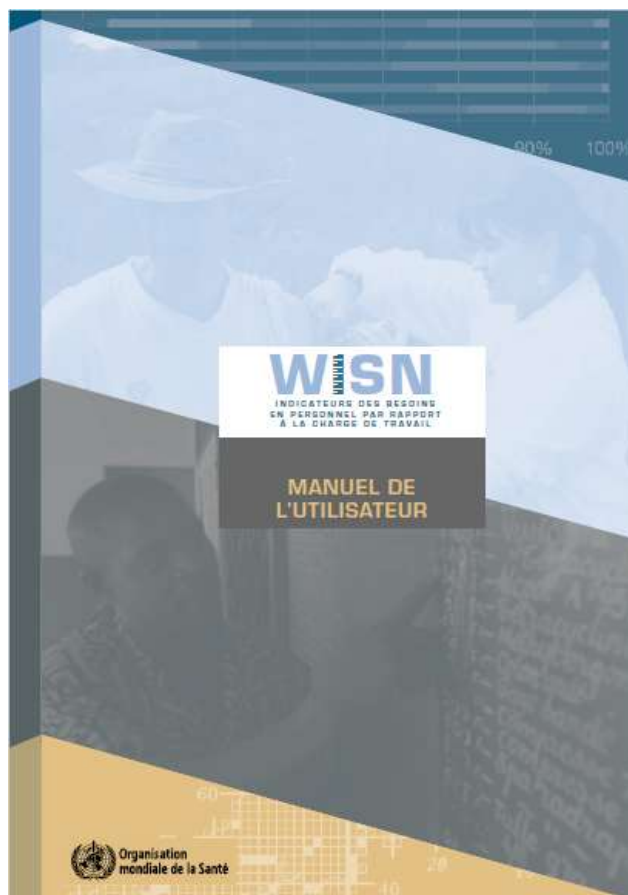


Fonte: documento encontrado no site da OMS.

O documento *Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail*, em português, *Indicadores das necessidades de pessoal em relação à carga de trabalho*, publicado em 2014, apresenta uma atualização do documento de 1998 (figura 9). O manual trata de um método de cálculo, produzido pela OMS, a fim de estimar o número de profissionais de acordo com o tipo de serviço de saúde.

Ele apresenta ferramentas para examinar e harmonizar a divisão de tarefas entre as categorias profissionais, standardizando tempos necessários para o cuidado. Por outro lado, ter uma indicação sobre o número de profissionais para os serviços poderia ser um aspecto protetivo às equipes.

Figura 9 - Publicação da OMS *Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail*, 2021.



Fonte: site da OMS.

O método sugere como ponto de partida para sua aplicação, a atenção básica e os cuidados primários, como sendo estabelecimentos de saúde “menos complexos” conforme indica o fragmento abaixo:

Il est généralement préférable de commencer avec le personnel et les établissements au niveau des soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, le niveau des soins de santé primaires est le plus important pour la fourniture des services. Il est également moins complexe que les niveaux secondaire et tertiaire des hôpitaux. Après que vous et votre équipe aurez acquis une expérience de la méthode, vous pourrez élargir la portée de ses applications ultérieures (WHO, 2014, p. 16).

Geralmente é melhor começar com pessoal e instalações no nível dos cuidados de saúde primários. Na maioria dos países, o nível de cuidados de saúde primários é mais importante para a prestação de serviços. Também é menos complexo que os níveis secundário e terciário dos hospitais. Depois que você e sua equipe tiverem adquirido experiência com o método, você pode expandir o escopo de suas aplicações (WHO, 2014, p. 16).

Críticas sobre APS ser considerada de menor complexidade não são recentes, no Brasil, considera-se que a atenção básica “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2006).

A entrevista realizada com a enfermeira E15-BRA revela como vem ocorrendo o processo de desintitucionalização de um modelo de atenção básica e a institucionalização de uma nova lógica, com o Programa Saúde na Hora, no estabelecimento que ela gerencia no Sul do Brasil. Em oito anos de gerência, a enfermeira E15-BRA apresenta a redução do número de profissionais médicos e o sucateamento do serviço, refletindo em menor capacidade de atendimento à população nesse território.

[E15] No momento de união dessas duas unidades [UBS + ESF] a gente estava com 70h de médico clínico para 60.000 mil habitantes... era uma procura assim, grande... tudo o que tentamos implantar com o acolhimento nos anos anteriores, o acolhimento da enfermeira foi por água abaixo porque quando de manhã tu abre a porta e tem 50 pessoas esperando e na tua agenda a disponibilidade é de 20 consultas... ou é escolha de Sofia ou a pessoa que chegou às 4h30 da manhã, ainda que ela não seja a mais importante da fila, tu tem coragem de dizer que ela não vai ganhar o que ela quer? Nos final das contas, acabou-se com o acolhimento e inevitavelmente virou ficha porque... fisicamente a gente não distribuía uma ficha, distribuía uma senha de organização da fila, de quem chegou primeiro vai ser atendido primeiro, mas quando eu terminei de ouvir 20 pessoas ou quando eu terminei de ouvir 25, 30... até às 10h da manhã nós fizemos 90, então todo aquele trabalho que a gente tentou implementar nos anos anteriores... nós tínhamos enfermeiro bastante, nós tínhamos técnicos bastante, foi por água abaixo... quando em 2013... veio a unidade com 20, com 3 técnicos de enfermagem, ainda que são todos de 40h... e um pouco antes da implementação disso tudo tinha 11, eu peguei com 179h de médico e no final daquilo eu estava com 70h, então

houve um sucateamento fabuloso [tom de voz aumentado]... e com o Saúde na Hora a ordem era, os grupos deveriam ser feitos por técnicos de enfermagem e agentes comunitários, ou seja, está tirando do enfermeiro todo o trabalho de prevenção e de promoção da saúde e... a meta naquele momento, o que importava era isso (CS-BRA).

O serviço de saúde teve sua inauguração na década de 1970, durante a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Inicialmente ele recebeu a denominação de Posto de Atendimento Médico (PAM). Em 1989 ele foi estadualizado e somente em 1996 ele passou para a gerência municipal, recebendo o nome de Centro de Saúde (ARAÚJO, 2005).

Em 2019, o estabelecimento era composto por uma UBS, com profissionais estatutários e 4 equipes de ESF contratados pelo IMESF, uma OS. Esses profissionais exerciam atividades há 7 anos no território investigado. Em setembro de 2019, uma ação judicial, movida pela organização sindical, considerou o IMESF inconstitucional e exigindo da Prefeitura Municipal de Porto Alegre a finalização do contrato. Nesse período, a prefeitura optou pela contratualização com outra OS gerenciada por um grupo hospitalar da cidade.

Muitas tensões surgiram nesse período e protestos foram realizados pelos profissionais do IMESF com o apoio social (figuras 2 e 3), mas não foram suficientes para evitar as demissões, resultando no fechamento parcial de 68 unidades de saúde (WEBER, 2019). Ao longo de 2020, com a pandemia em curso, houve o fechamento total de pelo menos 4 unidades de saúde, a Laranjeiras, a Jenor Jarros, Vila Elisabeth e Pitinga, algumas em região de grande vulnerabilidade social (BITENCOURT, 2020).

O fragmento expressa o caráter autoritário com que esta política pública atravessou o exercício profissional e a autonomia do enfermeiro na atenção básica, determinando ações que deveriam ou não ser realizadas por esse profissional, naquele serviço de saúde. Isso demonstra a maneira com que as práticas profissionais são atravessadas pelas políticas e pelas lógicas de gestão. As pesquisas sobre políticas públicas nem sempre levam em conta a análise fina dos efeitos nas práticas profissionais e do mesmo modo, como essas práticas auxiliam ou não na implementação dessas políticas.

A discussão sobre o atravessamento das políticas nas práticas profissionais em saúde aparece em um estudo na década de 1990, com enfermeiras e médicos de UBSs, em Ribeirão Preto, realizado exatamente no período que iniciam as reformas do Estado brasileiro. Almeida (1991) demonstrou que as políticas públicas causavam uma interferência negativa nas práticas profissionais, sendo considerados como externas ao seu trabalho, pois eram arbitrarias,

normativas, verticais, distantes das práticas, difíceis de serem viabilizadas, elaboradas por “políticos” e não técnicos, sendo vistas como uma prática eleitoreira (ALMEIDA, 1997).

O programa Saúde na Hora visa a ampliação do acesso na atenção básica, com a transformação do modelo atual. Já, A ESF é considerada um exemplo de política de saúde pública bem sucedida, vigente há 27 anos no Brasil (MASSUDA, 2020).

Na perspectiva governamental reformista, O Saúde na Hora e as demais políticas implementadas a partir de 2019 têm como premissa o fortalecimento dos atributos da APS e a modernização organizacional do século XXI (HARZHEIM, 2020).

O projeto de construção da ESF em Porto Alegre foi concebido por um grupo de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em junho de 1995 (MARTINI, 2000). Nesse ano, foi realizado um Seminário Internacional, intitulado *A saúde da família e a qualificação do modelo assistencial do SUS*. O evento contou com o apoio do Ministério da Saúde, do Conselho de Saúde Britânico, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURGS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Ministério da Saúde de Cuba, das Universidades de Londres e de Toronto, entre outras instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, além da marcante participação dos usuários, de conselheiros locais e municipais de saúde (MARTINI, 2000).

A gestão das equipes foi iniciada por meio de um convênio entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e 24 associações comunitárias legalmente constituídas para o pagamento dos salários dos trabalhadores dos PSFs. Os convênios eram monitorados e geridos por um Comitê Gestor, constituído pelas associações comunitárias conveniadas e a prefeitura (MARTINI, 2000). O caráter democrático e participativo foi marcador do processo de institucionalização fundadora do PSF nesse contexto.

Em 1996 foram implantadas as primeiras 24 equipes, compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários e era responsável por 800 a 1000 famílias (DEUS, 2013). Em 2000 a prefeitura decidiu unificar a gestão com um único órgão, iniciando o processo de terceirização, com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS).

Um desacordo sobre uma taxa administrativa causou o término do contrato, em 2007, passando-se a gestão para uma OSCIP, chamada Sollus, uma empresa com sede em São Paulo. Após, a prefeitura estabeleceu contrato com a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) enquanto tramitava a criação do Departamento do Programa de Saúde da Família de

Porto Alegre (DPSF) e um órgão municipal responsável pela gestão das equipes, o IMESF (DEUS, 2013). O problema desse órgão foi ter sido criado como empresa privada com fins lucrativas, considerado inconstitucional no ano de 2012.

A terceirização da gestão das equipes de ESF em Porto Alegre existe desde o ano de 2000, demonstrando inúmeras dificuldades de gestão, estando em permanente avaliação dos órgãos reguladores estatais. Em 2010, o assassinato do médico e então Secretário de Saúde de Porto Alegre, por questões de corrupção envolvendo uma empresa de segurança terceirizada, repercutiu fortemente na época.

Em um período mais recente, os caminhos pela terceirização tiveram continuidade com a assessoria de uma empresa privada mineira, especializada em consultorias de gestão, chamada Falconi Associados. Um dos proprietários da empresa tem formação na área de engenharia, com pós-graduação realizada na Faculdade de Minas do Colorado/EUA.

Para o quadriênio 2017-2020 o município construiu um Programa de Metas a ser cumprido por 16 diferentes áreas, dentre elas estabelece seis indicadores para aumentar e qualificar a cobertura da atenção básica.

Figuras 10 e 11 - Programa de Metas 2017-2020 e Programa de Metas 2021-2024, Porto Alegre, Brasil, 2021.



Fonte: Secretaria de Planejamento e Gestão e, Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos, Porto Alegre.

O programa de metas 2021-2024 apresenta como meta 79 a ampliação de 62,78% para 75% das equipes de saúde da família e na meta 83 a ampliação do horário de funcionamento de 15 unidades de saúde da APS (é o termo presente no documento, não é utilizado atenção básica). Diferente do programa anterior, o atual não prevê metas específicas para a área hospitalar. O objetivo estratégico da saúde estabelecido no novo programa é:

Promover ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde humana, garantindo o atendimento às necessidades da população de forma qualificada, integral, equânime, humanizada e célere, por meio de tecnologias e parcerizações, ao mesmo tempo que promovemos o bem estar animal (PORTO ALEGRE, 2021, p. 93) (grifo da pesquisadora).

Pode-se afirmar que o processo de implementação dos programas desenvolvidos até o momento, como o Saúde na Hora, terão continuidade neste novo quadriênio. Do mesmo modo, a intenção dos gestores de manter as terceirizações. O processo de fechamento de unidades, reagrupamento de profissionais e demissões relatados pela enfermeira E15 parece ter relação com a meta 5 não atingida no ano 2019 (figura 12).

Figura 12 – Meta 5 não atingida em 2019.

Nome do Indicador	Órgão	2017		2018		2019		2020(Parcial)		Medida	Unidade de Medida	Meta 2019 Atingida	Meta 2020 (Parcial) Atingida
		Meta	Medido	Meta	Medido	Meta	Medido	Meta	Medido				
Assegurar o atendimento para 60% da população pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (Meta 1 - PROMETA)	SMS	52	49,85	55	61,34	58	61,27	60	62,66	Cobertura da população por Equipes de Saúde da Família	Percentual		
Reduzir a mortalidade infantil de 9,02 para 8,75 (Meta 2 - PROMETA)	SMS	9,02	8,99	8,95	9	8,85	*8,7	8,75	*6,80	Mortalidade Infantil	Índice		
Reduzir a mortalidade materna em 17% mantendo Porto Alegre entre as três melhores capitais do Brasil (Meta 3 - PROMETA) *	SMS	35,76	27,07	30,60	34,30	29,13	24,2	27,70	-	Óbitos femininos por causas maternas	Índice		
Aumentar a taxa de cura de casos novos de tuberculose de 52% para 79% (Meta 4 - PROMETA)	SMS	55	56	55	53	71	54,48	79	-	Taxa de cura dos novos casos de tuberculose	Percentual		
Disponibilizar 8 unidades de Atenção Primária à Saúde com atendimento até às 22h (Meta 5 - PROMETA)	SMS	2	2	4	3	6	4	8	8	Unidades de atenção primária à saúde com atendimento até às 22h	Número		
Aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde de 80% para 85%, reduzindo encaminhamentos para especialistas (Meta 6 - PROMETA)	SMS	81	82,06	81	84,50	84	84,80	85	89,00	Resolutividade dos serviços de Atenção Primária à Saúde	Percentual		

*O resultado 2019 e 2020(Parcial) foi atualizado durante a audiência Pública.

Fonte: Secretaria de Planejamento e Gestão, Porto Alegre.

A fala da enfermeira E15, gerente daquele Centro de Saúde, utiliza a metáfora da “escolha de Sofia” para explicar a tentativa de reorganização do acolhimento aos usuários naquele serviço de saúde, com as mudanças nas práticas dos enfermeiros introduzidas pela gestão. Entre “A escolha de Sofia” e a ordem de chegada na fila, a escolha foi pela ordem de chegada da fila e dizer não aos usuários excedentes.

Embora a gerente tenha evitado “a escolha de Sofia”, ela precisou fazer uma escolha. Fazer escolhas e tomar decisões dilemáticas têm sido o dia-a-dia dos gerentes e profissionais de saúde diante das transformações introduzidas pela NGP. A metáfora “escolha de Sofia” é uma expressão utilizada em referência ao romance de William Styron, publicado em 1979, em que a personagem tem um dilema em que ela precisa tomar uma decisão entre duas situações consideradas antagônicas ou incompatíveis.

O acesso avançado atua como um transdutor institucional (MONCEAU, 2009) da NGP, atuando como uma ferramenta útil para racionalização de custos, em que o resultado produzido é justamente o inverso ao que ele se propõe. Ao invés de ampliar acesso, reduz, mas tem efeitos sobre as práticas profissionais e na forma de produção do cuidado em saúde.

A particularidade apresentada em Porto Alegre parece não ser tão particular assim, há ressonâncias com o contexto francês. Na França, o CMP e o PMI relevaram convergências quanto ao desinvestimento dos estabelecimentos públicos nas últimas décadas.

E14-FRA explicou que houve o aumento no contingente de usuários desse território com o aumento da necessidade de ações em saúde mental. Como não havia possibilidade de atendimento da totalidade dos pacientes, os excedentes eram encaminhados para os estabelecimentos privados. E12-FRA também explicitou que não conseguiam atender toda demanda.

[E14] Et également on a... le CMP ah... il existe depuis, donc j'ai dit depuis les années 70 et à l'époque il y avait un certain nombre d'habitants et il y avait un CMP pour ce nombre d'habitants et depuis il y en a eu beaucoup plus... plus de personnes qui habitent la ville et il n'y a toujours qu'un seul CMP, et ils devraient normalement créer... ouvrir un deuxième, mais ça sera dans l'avenir ... puisque il y a beaucoup de patients qui nécessitent des soins psychiatriques... donc il y a certains patients qu'on ne peut pas prendre en charge, nous on leur propose la gratuité, quand ils viennent nous voir... voir le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière, tout est gratuit et certains patients... quand il est... le patient qui a les moyens (financiers), je le

demande d'aller voir un médecin... de voir un psychiatre libéral, de voir l'infirmière libéral, on ne peut pas s'occuper de tout le monde (CMP-FRA).

[Pesquisadora] Cette information est très importante pour moi, parce que le premier résultat que j'ai trouvé dans la recherche c'est que le NMP, il est plus dur pour les établissements publics, parce que il manque des personnes, des professionnelles, il manque des conditions de travail... il y a surcharge de travail dans les établissements publics... que je déjà fait les entretiens au Brésil, donc tu penses que ça c'est proche de ton expérience ?

[E14] E também temos... o CMP hã... existe desde então, então eu disse desde os anos 70 e naquela época havia um certo número de habitantes e havia um CMP para um certo número de habitantes e desde então tem havido muito mais... mais pessoas que vivem na cidade e há apenas um CMP, e normalmente deveria criar... abrir um segundo CMP, mas isso será no futuro... porque há muitos pacientes que precisam de cuidados psiquiátricos... por isso há pacientes não não podemos atender, nós os oferecemos gratuitamente, quando eles vêm nos ver... para ver o médico, o assistente social, a enfermeira, tudo é gratuito e alguns pacientes... quando estão... quando o paciente tem meios (poder aquisitivo), eu lhe peço para ver um médico... para ter um psiquiatra liberal, para ver uma enfermeira liberal, a gente não pode se ocupar de todo mundo (CMP-FRA).

[Pesquisadora] Esta informação é muito importante para mim, porque o primeiro resultado que encontrei na pesquisa é que o NMP é mais difícil para as instituições públicas, porque faltam pessoas, profissionais, faltam condições de trabalho, há uma sobrecarga de trabalho nas instituições públicas, que eu já fiz as entrevistas no Brasil, então... você acha que isto está próximo de sua experiência?

[E12] comme dans l'autre PMI il manque de médecin, du coup, on a pris de consultation ici pour mettre là-bas, concrètement. Donc, du coup, normalement il y avait consultation le lundi, le mardi, le mercredi et le jeudi... sauf que... du coup... on se partage le temps, on ne peut plus répondre plus totalement aux besoins de la population, il manque de consultation, on ne répond pas toute la demande qu'on a... on satisfait au minimum (PMI-FRA).

[E12] como o outro PMI não tem médico, então fizemos a consulta aqui para colocá-lo lá, em termos concretos. Então, normalmente havia consultas às segundas, terças, quartas e quintas... exceto que... dividimos o tempo, não atendemos mais plenamente às necessidades da população, há falta de consultas, não atendemos a toda a demanda que temos... satisfazemos o mínimo (PMI-FRA).

Em uma análise fina das práticas profissionais de enfermagem, encontrou-se um aumento significativo de relatórios e sistemas de informação a serem preenchidos para controle da produtividade, nos dois países. O tempo para a escrita e para os registros ocupavam o tempo do cuidado, provocando outro dilema como: ou o registro ou o cuidado. O dilema entre dedicar mais tempo para escuta do usuário e faltar tempo para o registro do atendimento apareceu nas falas:

[M14] Havia sempre bastante papel (relatórios, formulários) mas agora o pessoal sofisticou a coleta de dados para a planificação, mas o Ministério da Saúde não tem um sistema único, há vários e eles não se falam. Na verdade, deveria ter sistema de entrada de dados... comparando mal, por exemplo, em um supermercado, você registra o produto uma vez, quando você compra, ele entra em estoque, você vende, ele sai do estoque, não vai lá toda vez que digita um quilo de banana, entendeu? Precisaríamos disso, mas não podemos (Coord. NSF- BRA)

[E14] Il y a de plus en plus de travail, on nous demande aussi de tout informatiser, est-ce que n'ai pas le cas avant, avant il y avait le dossier papier, on a écrivait les petites notes ah... et pas forcément tout le temps... et maintenant on nous demande de coter les actes pour chacun... il y a un patient qu'il y a une injection, je n'ai pas d'injection, je donne les transmissions informatiques et je dois aller coter mon acte, mon... pour que l'établissement soit payer, enfin... donc il y a de plus en plus de démarches administratives à faire (CMP-FRA).

[E14] Há cada vez mais trabalho, eles também nos pedem para informatizar tudo, não era o caso antes, antes havia o arquivo em papel, nós anotávamos hã... mas não necessariamente o tempo todo... e agora eles nos pedem para

cotar os atos cada um... há um paciente que tem uma injeção, eu fiz sua injeção, eu faço a transmissão por computador e eu tenho que ir cotar meu ato, meu... para que o estabelecimento seja pago, enfim... há cada vez mais demandas administrativas a serem feitas (CMP-FRA).

As práticas avançadas de enfermagem foram mencionadas nas entrevistas como uma saída nas situações em que faltam profissionais médicos no serviço de saúde e como forma de ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Toso (2016) define três principais razões para adoção das práticas avançadas: a melhora do acesso, melhorias no cuidado e a redução de custos.

Segundo a mesma autora, as práticas avançadas surgiram em países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, sob a forma de cursos de mestrado, em que a enfermeira desenvolve competências clínicas ampliadas de atendimento ao usuário (TOSO, 2016).

Na presente pesquisa, algumas enfermeiras vislumbravam na prática avançada um novo espaço profissional, buscando a valorização social, a valorização econômica e a aquisição de novas competências, como foi o caso de E1-BRA.

[E1] Hoje eu tive uma dificuldade enquanto você me esperava, isso me frustra assim, mil cruces, ah tinha que ser médica não, tinha que ser enfermeira, por exemplo, quando a gente fala de prática avançada de enfermagem de prática ampliada do enfermeiro, a gente precisa ter protocolos ou mudança de legislação para isso, eu atendi uma mulher hoje, que ela veio aqui em uma consulta em saúde da mulher, para coleta de citologia de colo uterino, ponto, e exame clínico das mamas para pedir mamografia, só que ela tinha uma vaginose, ela tinha uma queixa, ela tinha uma vulva toda hiperemiada, ela tinha... ela demandava tratamento farmacológico, que em lugar que tem protocolos adequados, os enfermeiros são prescritores. Eu já ouvi, eu não quero mais ir no atendimento do enfermeiro porque eu vou lá e ela não pode resolver nada, eu já ouvi isso por diversas vezes e aí é aquela coisa assim ó, dependendo da queixa do paciente eu não posso mesmo, e não é porque eu não sei como resolver, eu saberia hoje o que prescrever para a paciente, dose, como a paciente deveria utilizar, como fazer a prescrição, só que no município que eu atuo, se o paciente chegar com uma prescrição carimbada por mim, mas a enfermeira fez isso? Nossa, eu vou parar até no CRM para responder um processo. Então a minha frustração no dia de hoje foi essa, uma paciente com queixa, que eu não

tenho médico na unidade hoje porque eles estão na atividade de educação continuada do programa de residência, porque os médicos dos núcleos são todos preceptores do programa de residência e eu não tinha como resolver o problema do paciente, de maneira autônoma (NSF-BRA).

As enfermeiras E4-BRA e E5-BRA atuavam em serviços de saúde que implantaram o programa Saúde na Hora, no sul do Brasil, oferecendo acesso avançado na atenção básica. E4 manifestou seu desacordo com esse novo dispositivo no estabelecimento de saúde, ela relacionava a prática avançada de enfermagem à precarização do trabalho em saúde e à sobrecarga no trabalho de enfermagem.

[E5] a gente trabalha com o acesso avançado, então agenda de um dia para o outro... 70% dela é demanda livre, 30% agendado, hoje tenho esses 3 pacientes agendados, mas por turno são 8 atendimentos/turno a nossa agenda, que é de meia-hora (30 minutos). O médico são 12, que é a cada 20 minutos (USF-BRA).

[E4] eu acho que cada um tem a sua seara de conhecimento e atuação, a gente é uma equipe, a gente precisa dos médicos, não é validando horrores de protocolos e nos colocando na frente das coisas... tem enfermeiro que gosta e que acha que não precisa de médico para nada. Eu já tenho um outro pensamento, eu discordo muito disso. Eu acho perigoso isso, sabe. Tu vai instrumentalizar muito... o enfermeiro que gosta, ele vai gostar desse poder de ter a prescrição, só que ele não está vendo que por trás disso, a sobrecarga de trabalho e também a precarização, sabe, nós somos uma mão-de-obra mais barata que o médico. (Consultório na rua-BRA).

As práticas avançadas de enfermagem emergiram a partir da escassez de trabalhadores de saúde em determinadas áreas ao mesmo tempo em que houve o aumento dos custos em saúde, levando os sistemas de saúde a encontrar alternativas para a ampliação do acesso e a cobertura universal (OPAS, 2013; OPAS, 2014). Alguns autores vislumbram no papel do enfermeiro de prática avançada, maior autonomia, com o reconhecimento de uma titulação e com supervisão de um médico (conforme o contexto), podendo lançar novos rumos à América Latina e Caribe no que se refere ao acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (CASSIANI; SILVA, 2019).

No entanto, a fala da enfermeira E4-BRA que vinha experimentando o acesso avançado, expressou que o resultado tem sido a sobrecarga de trabalho e não a valorização social e salarial desse profissional. A questão da sobrecarga de trabalho parece ter ressonância com os resultados do estudo de Cirino et al. (2020) sobre a implantação do acesso avançado no município de Diadema/SP. Com a reorganização progressiva das agendas dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, destinou-se 75% para demanda espontânea e 25% de demanda agendada. Com o acesso avançado, identificou-se aumento de 36% no número de atendimentos médicos, 792% nos atendimentos do enfermeiro e 400 usuários atendidos pelos técnicos de enfermagem, que antes era nulo (CIRINO et al., 2020).

Como transdutor institucional, o acesso avançado transforma as práticas profissionais de enfermagem na atenção básica em práticas estandarizadas, com baixa autonomia e com a valorização de uma clínica baseada nas consultas individuais em detrimento das atividades coletivas de educação e da promoção da saúde. O quantitativo e os percentuais são as referências para avaliação da qualidade do serviço.

Uma revisão sistemática intitulada “Os enfermeiros como substitutos de médicos nos cuidados primários, realizada por Laurant et al. (2018) analisou 18 estudos de países de alta renda, evidenciou que os enfermeiros têm consultas mais longas e os pacientes são mais propensos a manter o acompanhamento. O estudo também revelou maior satisfação com os cuidados, tendo os pacientes resultados similares ou melhores em áreas de saúde como doenças cardíacas, diabetes, reumatismo entre outras. A revisão concluiu que o impacto nos custos do cuidado eram incertos, não havendo diferença no número de prescrições entre enfermeiras e médicos (LAURANT et al., 2018).

Na França, a institucionalização da prática avançada de enfermagem é recente, ela foi autorizada a partir da Lei de modernização do sistema de saúde, nº 2016-41, de 26 de janeiro de 2016 (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016). Neste país há 28 universidades que oferecem cursos na modalidade de mestrados, com duração de dois a três anos. Estima-se que 3% a 5% das enfermeiras francesas tenham o título de *Infirmière de Pratique Avancée* (IPA), conforme dados da Associação Nacional Francesa de Enfermeiras em Prática Avançada (ANFIPA, 2021).

O título é atribuído a quatro áreas: 1) Patologias crônicas estabilizadas - prevenção e polipatologias correntes nos cuidados primários; 2) Oncologia e Onco-Hematologia; 3) Insuficiência renal, diálise e transplante; 4) Psiquiatria e Saúde Mental (ANFIPA, 2021). No mês de outubro de 2021 foi autorizado um quinto domínio de intervenção em práticas avançadas de enfermagem, na área das urgências.

Chamadas de “super-enfermeiras”, seus domínios de intervenção são: a) orientação, educação, prevenção e testagem; b) avaliação clínica conclusiva; c) prescrição de exames complementares, renovação ou adaptação de receitas médicas. No entanto, é o médico que "determina, cada domínio de intervenção, os pacientes os quais será proposto, com seu acordo, o seguimento por uma enfermeira em prática avançada" (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016, p.1).

4.1.3.3 NO PÚBLICO FALTAM RECURSOS, FALTA DINHEIRO, HÁ UMA SOBRECARGA DE TRABALHO

A lógica de precarização dos estabelecimentos públicos de saúde, especialmente àqueles geridos pelo poder público (administração direta), vem acarretando na sobrecarga de trabalho para os enfermeiros nos dois países.

Dois movimentos simultâneos foram evidenciados nesta pesquisa de doutorado em cotutela: ao mesmo tempo em que havia redução do número de trabalhadores, havia também a implementação de novos programas, como o Saúde na Hora e, o aumento de atividades gerenciais e metas a serem cumpridas.

[E1] Pour tout le monde il y a le surcharge de travail parce qu'on nous demande plus avec moins de moyens, donc... même l'argent, mais beaucoup plus de patients. (SSIAD-FRA).

[E1] Para todo mundo, há uma sobrecarga de trabalho porque nos demandam mais com menos meios, então... mesmo dinheiro, mas muito mais pacientes. (SSIAD-FRA).

[E3] Outra dificuldade seria a falta de recursos tanto materiais quanto humanos porque a nossa equipe... até da parte de enfermeiros mesmo não estamos desfalcadas, conseguimos nos organizar, nos dividir, mas auxiliar, técnico e médico também, nossa! As pessoas foram se aposentando e não foi havendo a reposição (UBS-BRA).

[E6] Há uma escassez de recursos humanos para os cuidados de enfermagem, para o médico, para o dentista. (UBS-BRA)

[E14] Oui, et là il manque aussi de... on manque beaucoup de personnel aussi, là nous... normalement il y avait trois infirmières et nous... nous ne sommes que deux... et on ne trouve personnes... enfin... on publie le post, le post c'est publié, ne personne... pourtant... le CMP c'est... un service en général qui plaît surtout parce que... on a des horaires qui sont agréables, on commence à 9 heures le matin et on finit 16 heures et 45, ce sont des horaires de journée, donc ce sont souvent des infirmières qui ont travaillé longtemps dans les services qui ont commencé tôt et qui finissent tard. Au moment elles veulent aller travailler au CMP par rapport cette facilité, enfin... par rapport aux horaires plus agréables. Et donc normalement il y a la demande pour CMP, mais là... en cet moment les infirmières sont un peu épuisées, elles n'ont pas envie de changer de service. Enfin, donc...c'est compliqué et donc... ils on est sur cette effective aussi... infirmière et aussi médical, on manque de psychiatre, cruellement de psychiatre. Il y a de plus en plus de démarches administratives à faire et donc... je pense que ça fait une surcharge de travail, ce tout qu'il est administratif à côté, voilà... (CMP-FRA).

[E14] Sim, e também há uma falta de... também temos muita falta de pessoal, lá nós... normalmente havia três enfermeiras e nós... somos apenas duas... e não encontramos ninguém... bem... publicamos a vaga, a vaga é publicada, não há ninguém... no entanto... o CMP é... um serviço em geral que é apreciado especialmente porque. ... temos um horário de trabalho agradável, começamos às 9 horas da manhã e terminamos às 16h45, são horas diurnas, por isso muitas vezes são enfermeiras que trabalham há muito tempo nos serviços que começaram cedo e terminam tarde. No momento, eles querem ir trabalhar no CMP por essa facilidade, por causa das horas mais confortáveis. E assim normalmente há uma demanda por CMP, mas... neste momento os enfermeiros estão um pouco esgotados, eles não querem mudar de serviço. Então... é complicado e então... nós estamos nesse efetivo também... enfermagem e também médica, nos falta psiquiatra, cruelmente de psiquiatra Há cada vez mais atividades administrativas à fazer e então... eu penso que isso faz uma sobrecarga de trabalho, tudo o que é administrativo. (CMP-FRA).

No caso das enfermeiras que atuavam no colégio e no liceu, os efeitos na NGP pareciam ser menos visíveis às profissionais. Como ambas trabalhavam com um enfoque mais preventivo, em relação aos demais serviços de saúde estudados e à natureza do trabalho que desenvolviam no ambiente escolar, foi ao longo do diálogo produzido na entrevista que os efeitos foram sendo evidenciados.

Talvez, o fato dos efeitos serem menos aparentes nas práticas profissionais ligadas à prevenção e promoção de saúde, deve-se às características menos mensuráveis e pré-determinadas. Nesses casos eu precisei fazer perguntas mais diretas sobre a existência da sobrecarga de trabalho, a falta de pessoal e, se os recursos materiais e/ou financeiros eram adequados.

[E5] Donc, si tu veux, nous, on porte maintenant plusieurs casquettes. Par manque de personnel, par économie de personnel. C'est ça le problème. Ce qui a pour moi... depuis 15 ans, c'est très important pour moi. C'est très fait. Ça nous donne beaucoup de casquettes à faire et ça devient plus compliqué pour nous. Par exemple, si je reçois un appel d'une école qui me dit qu'il faut que tu viennes nous voir une élève, on pense qu'il a été frappé. Il faut que j'arrête ici le travail tout de suite alors que normalement aujourd'hui, je travaille toute la journée ici. Il faut que j'arrête, que je vois ma principale. Je lui dis que l'école m'a appelé pour vous faire une évaluation. Je dois partir tout de suite de l'école. Tu vois ça avant, on le faisait pas avant. C'est le médecin qui se déplaçait ou l'assistante sociale. Maintenant, c'est nous. Donc on se retrouve avec plusieurs chapeaux, plusieurs casquettes à porter. Et ça, pour moi, c'est dur. Ça peut être dur parce que j'ai 61 ans, je ne sais pas. C'est parce que je trouve que tu peux tout le temps. Et ça, ça m'angoisse un peu. Je ne suis pas assistant social et je râle un peu pour ça. Je leur dis que c'est pas à moi de faire ça, mais bon. Oui. Et donc, il y a une dégradation de moi, je dirais. Il y a une dégradation des conditions de travail (Collège – FRA).

[E5] Então, se você quiser, agora usamos vários chapéus. Por causa da falta de pessoal, por causa da falta de pessoal. Esse é o problema. O que tem sido para mim... nos últimos 15 anos... é muito importante para mim. Tem se feito muito. Isso nos dá muitos chapéus para usar e se torna mais complicado para nós. Por exemplo, se eu receber uma ligação de uma escola dizendo que você tem que vir e ver um aluno, achamos que ele machucou. Eu tenho que parar de trabalhar aqui imediatamente, enquanto hoje normalmente trabalho

aqui o dia todo. Eu tenho que parar, tenho que ver meu diretor. Eu lhe digo que a escola me chamou para lhe dar uma avaliação. Tenho que ir para a escola imediatamente. Você vê que... antes não o fazíamos. É o médico ou a assistente social que se desloca. Agora somos nós. Assim, nos vemos usando vários chapéus, vários bonés, (várias funções). E isso, para mim, é duro. Pode ser difícil porque tenho 61 anos de idade, não sei. É porque eu acho que você pode correr em qualquer lugar. E isso me irrita um pouco. Eu não sou assistente social e resmungo um pouco sobre isso. Eu lhes digo que não é meu trabalho fazer isso, mas bom.... sim, e portanto, há uma degradação de mim, eu diria. Há uma degradação das condições de trabalho (Colégio - FRA).

[E5] Oui. A partir du moment où je travaille à la maison, en plus, pour moi, c'est ça la surcharge de travail. C'est que je suis obligé, par exemple... par exemple... je vais te donner un exemple. Il y a quinze jours, j'ai une prof qui m'a dit [nom] en classe, ça ne va pas. Ils ne sont pas bienveillants, ils s'insultent, ils sont. Ils ne travaillent pas. Ils ne respectent pas la durée. Il faut que tu fasses quelque chose. Donc, j'ai travaillé chez moi bien vivre ensemble, le bien vivre ensemble. J'ai cherché des vidéos, j'ai mis sur la clé. J'ai cherché des posters. J'ai fait ce travail, mais tout ça. Normalement, je ne devrais pas le faire chez moi. Normalement, je devrais le faire sur mon lieu de travail. Mais du coup, comme j'ai trop de travail ici, je suis obligé de me... et de faire des heures supplémentaires à la maison et qui ne sont pas payées (Collège – FRA).

[E5] Sim. Desde o momento em que eu trabalho em casa, além disso, para mim, isso é a sobrecarga de trabalho. Eu sou obrigada, por exemplo... por exemplo... vou lhe dar um exemplo. Há quinze dias, tive um professor que me disse [nome] na aula, que não está indo bem. Eles não são amigáveis, insultam-se uns aos outros, eles são. Eles não funcionam. Eles não respeitam o tempo. Você tem que fazer alguma coisa. Por isso, trabalhei em casa para viver bem juntos, vivendo bem juntos. Procurei por vídeos, coloquei-os na chave. Procurei posteres. Eu fiz este trabalho, mas tudo isso. Normalmente, eu não deveria fazê-lo em casa. Normalmente, eu deveria fazer isso no meu local de trabalho. Mas, como tenho muito trabalho aqui, sou obrigada a fazer... e a fazer horas extras em casa e isso não é pago (Colégio - FRA).

[E7] C'est que ici, je suis toute seule. Je n'ai pas d'équipe quand on a une équipe avec un médecin scolaire, avec des collègues, on travaille à plusieurs. C'est plus facile. Là, toute seule, ce n'est pas facile (Lycée - FRA).

[E7] É que aqui estou completamente sozinha. Eu não tenho uma equipe, quando você tem uma equipe com um médico escolar, com colegas [assistente social, psicólogo], nós trabalhamos juntos. É mais fácil. Aqui, sozinha, não é fácil (Liceu - FRA).

Diferentemente dos estabelecimentos anteriores, a enfermeira do liceu não pensava haver sobrecarga de trabalho no seu fazer profissional. Em um momento da entrevista ela afirmou que trabalhava sozinha e que em liceus maiores, com 1000 a 2000 alunos, a equipe de saúde era constituída por enfermeira, médico, psicólogo e assistente social. Esse liceu era composto por 600 alunos.

[E7] Mais le problème, c'est que l'on ne peut pas tout faire. Il faut choisir. Donc, je n'ai pas une surcharge de travail, j'ai une surcharge d'idées, mais on ne va pas tout faire. Par exemple, l'alimentation, c'est quelque chose qui est important en santé publique. Si on veut éviter d'avoir des adultes qui sont obèses, qui ont des problèmes de diabète, qui ont des problèmes cardio vasculaires, on est obligé de faire l'éducation quand ils sont enfants, quand ils sont adultes et qu'ils sont déjà obèses, c'est trop tard. Donc, on essaie de les voir quand ils sont petits. À l'école primaire, au collège, au lycée, au lycée, c'est déjà presque trop tard. On essaye de les voir, mais on ne peut pas tout faire. Au lycée, par exemple, il y a l'éducation à la sexualité. C'est important. On essaye de le faire, mais tout ça, c'est plein de projets qui prennent du temps. En fait, ce n'est pas, ce n'est pas une surcharge de travail. Là, aujourd'hui, je suis débordé ? Non. C'est il y a beaucoup de thèmes et il y a beaucoup de projets et beaucoup d'idées, beaucoup d'axes de travail. Mais on ne peut pas tout faire (Lycée - FRA).

[E7] Mas o problema é que você não pode fazer tudo. Você tem que escolher. Portanto, não tenho uma sobrecarga de trabalho, tenho uma sobrecarga de ideias, mas não podemos fazer tudo. Por exemplo, a nutrição é uma importante questão de saúde pública. Se queremos evitar ter adultos que são obesos, que têm problemas de diabetes, que têm problemas

cardiovasculares, temos que educá-los quando são crianças, quando são adultos e já são obesos, é tarde demais. Por isso, tentamos vê-los quando são pequenos. Quando eles estão na escola primária, no colégio, no liceu, no liceu já é quase tarde demais. Tentamos vê-los, mas não podemos fazer tudo. No liceu, por exemplo, existe a educação sexual. Isto é importante. Tentamos fazer isso, mas são muitos projetos que levam tempo. Na verdade, não é, não é uma sobrecarga de trabalho. Hoje, estou sobrecarregada? Não. É que há muitos temas e muitos projetos e muitas ideias, muitas áreas de trabalho. Mas não podemos fazer tudo (Liceu - FRA).

Assim, a escassez de recursos, a sobrecarga de trabalho e a redução de pessoal são alguns dos principais efeitos provocados pela NGP na atenção básica e nos cuidados primários, constituindo-se fatores que acabam comprometendo a produção do cuidado na perspectiva da integralidade.

O estudo de Pires et al. (2016) sobre cargas de trabalho na enfermagem em ESF e sua relação com o acesso universal, trouxe resultados semelhantes quanto aos déficits significativos das condições de trabalho e na gestão do sistema, no contexto brasileiro.

As autoras mencionam que as cargas de trabalho, sobrecarga, escassez de recursos humanos, falhas na gestão, falhas na rede de atenção, estrutura física, excesso de demanda/território superestimado, violência urbana, trabalhos administrativos, jornada de 40 horas, salário e postura do usuário, são aspectos que aumentam as cargas de trabalho e dificultam o acesso aos serviços de saúde (PIRES et al., 2016).

4.1.4 EIXO 3 – CONTRADIÇÃO ENTRE A VALORIZAÇÃO ATUAL DA AUTONOMIA E DA REFLEXIVIDADE DOS PROFISSIONAIS EM UM FORMATO BUROCRÁTICO DA NGP

4.1.4.1 O FORMATO BUROCRÁTICO DA NGP

A reflexividade é uma competência a ser desenvolvida durante a formação e na prática profissional de enfermagem nos dois países. No Brasil, a formação de uma postura crítico-reflexiva é estabelecida nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e na Resolução nº 573 de 2018 (BRASIL, 2001; BRASIL 2018). Na França a formação é conduzida com vistas à formação de um profissional autônomo, responsável e reflexivo (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2008).

Monceau (2005) menciona que a valorização de uma postura individual do prático reflexivo tem sua origem nos estudos sobre profissionalização docente na Europa, na década de 1990. O autor estabelece crítica, afirmando que essa perspectiva tende a remeter o indivíduo à análise de suas dificuldades e contradições próprias, deixando em segundo plano as dimensões institucionais que interferem nas práticas profissionais.

Muitas modalidades e dispositivos de análise de práticas profissionais nasceram na França, nesse período, como o Grupo de Treinamento e Análise de Situações Educativas (GEASE) e a modalidade dentro da análise institucional, chamada Análise Institucional de Práticas Profissionais (AIPP), iniciada principalmente por Gilles Monceau (MONCEAU, 1998; MONCEAU, 2002; GUILLIER, 2005; MONCEAU, 2008).

A AIPP é um dispositivo que tem como ponto alto ampliar as análises localizadas em um determinado grupo ou coletivo profissional, estabelecendo relações com as políticas e as lógicas de gestão. Com o objetivo de despsicologizar e desindividualizar as tensões e as questões dilemáticas, seu principal objetivo é complexificar as análises e mostrar de que modo as instituições permeiam as práticas profissionais.

O dispositivo de AIPP produzido na análise institucional prevê a participação de todos os profissionais envolvidos em uma dada problemática, incluindo-se profissionais de diferentes estabelecimentos (saúde, educação e trabalho social), de categorias profissionais diversas e de diferentes estatutos (inclusive a chefia).

Muitos têm sido os dispositivos e as lógicas utilizadas na busca pela reflexividade sobre a prática. A NGP também se utiliza de dispositivos que acabam reforçando a responsabilização individual do profissional pelo sucesso ou pelo fracasso no trabalho. É o

princípio denominado *accountability*, em português, responsabilização. Cursos de coaching e a lógica do empreendedorismo na enfermagem estão cada vez mais presentes, abrindo espaço para um trabalho liberal, especialmente no contexto brasileiro. As lógicas da progressão e melhoria contínua colocam o profissional em um movimento de pró-atividade constante. É o slogan “fazer mais e fazer melhor”.

No Brasil, dispositivos oriundos da metodologia da problematização (FREIRE, 2019), os dispositivos das políticas de EPS e de PNH (FORTUNA, 2016), além das teorias como, a de grupo operativo (PICHON-RIVIÈRE, 2009), propiciam o desenvolvimento de espaços de produção de reflexividade, numa perspectiva crítica, considerando as relações de saberes e poderes, visando a produção de autonomia.

A análise institucional e a socio-clínica também oferecem ferramentas para a análise e discussão sobre a autonomia dos sujeitos nas instituições como, transformar as práticas para conhecê-las (MONCEAU, 2005), a epistemologia da ação e a retórica da intervenção - o agir coletivo (PESCE, 2016; PESCE, 2017) e, transformar as práticas institucionais para desaliená-las (MONCEAU; SOULIÈRE; FORTUNA, 2020b).

Dentre os resultados desta presente pesquisa, os estabelecimentos que mantinham uma agenda mais aberta e mais autônoma, experimentavam uma quantidade de trabalho superior ao número de profissionais existentes no estabelecimento, revelando mais uma contradição da NGP: sentir autonomia para construir a própria agenda ao mesmo tempo em que experimentava a falta de tempo.

Esse é um dos principais efeitos da NGP nas práticas profissionais de enfermagem, tanto na atenção básica quanto nos cuidados primários.

[E14] Notre cas c'est différent... nous sommes très autonomes... c'est pour ça que j'aime mon métier, j'ai la chance de faire ce travail et vraiment (pour) moi c'est un plaisir d'aller travailler aujourd'hui, je travaille avec le patient aussi... nous on est assez autonome, mais à côté on manque de temps... là... par exemple, pendant 15 jours il y avait des vacances... On est deux infirmières, sur trois, il y avait des vacances pendant 15 jours, donc je me retrouve toute seule pendant 15 jours et j'ai deux médecins qui m'ont demandé à avoir des entretiens pour le petit et j'ai... j'ai... j'ai pris mon agenda... (CMP-FRA).

[E14] Nosso caso é diferente... somos muito autônomos... é por isso que gosto do meu trabalho, tenho a oportunidade de fazer este trabalho e

realmente e é um prazer ir trabalhar hoje, de trabalhar com os pacientes também... nós temos autonomia suficiente, mas por outro lado falta tempo ... ha. ... por exemplo, durante 15 dias houve férias... somos duas enfermeiras, de três, houve férias durante 15 dias, então me encontro sozinha durante 15 dias e tenho dois médicos que me pedem os dois (CMP-FRA).

[E3] A nossa agenda é estruturada, a princípio, 30 minutos cada consulta, mas aí a gente configura, por exemplo, a primeira consulta de pré-natal, que é mais demorada, a gente reserva dois horários, hã... se for assim... saúde da mulher, que além de coletar CP tenha que fazer teste rápido também, primeira consulta mãe-bebê, né, também nessas a gente costuma deixar 2 horários, a gente tem essa autonomia para poder... vamos supor, é às 8h né até às 8h30, que seria a próxima, a gente bloqueia aquele horário para ficar um tempo maior na consulta (UBS-BRA).

Dentre todos os estabelecimentos incluídos nesta pesquisa, os que demonstraram maior autonomia na produção do trabalho do enfermeiro foram o colégio e o liceu. Nesses estabelecimentos as enfermeiras relataram que suas atividades estavam ligadas aos temas prioritários em saúde pública na França, como a alimentação, o esporte, a prevenção do HIV, a gravidez na adolescência, o tempo de exposição às telas (celular, computador), a violência, o abandono escolar e a laicidade.

A enfermeira E7-FRA afirmou sobre a liberdade de agenda e na produção do próprio trabalho:

[E7] Non, il n'y a pas vraiment de planning parce que je fais en fonction des élèves. Oui, les jours où il y a beaucoup de passages [dans le poste d'infirmier] je m'occupe des élèves et les jours où il n'y a pas beaucoup de passage, je vais préparer mes projets. Je vais préparer les interventions, je vais préparer les dossiers. Par exemple, j'ai la liste des dossiers de tous les enfants qui ont des problèmes de santé avec les dossiers que l'on doit faire, les projets d'accueil spécifiques aux enfants qui ont un handicap pour une maladie ou des difficultés (Lycée-FRA).

[E7] Não, não há realmente uma agenda porque eu faço de acordo com os alunos. Sim, nos dias em que há muitas visitas [ao posto de enfermagem] eu cuido dos alunos e nos dias em que não há muitas visitas, eu preparo meus projetos. Vou preparar as intervenções, vou preparar os dossiês. Por

exemplo, tenho uma lista dos arquivos de todas as crianças que têm problemas de saúde com os dossiês que temos que fazer, os projetos específicos de acolhimento para crianças que têm uma deficiência para uma doença ou dificuldades (Liceu-FRA).

No Brasil, são poucas as escolas que contam com enfermeiras ou outros profissionais de saúde sediados dentro do espaço escolar, normalmente são as enfermeiras da atenção básica (ESFs e UBSs) que desenvolvem atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas escolas.

As poucas escolas que atualmente mantém profissionais de enfermagem são algumas escolas privadas e alguns Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs), criados em 1983 durante o mandato de Leonel Brizola e Darcy Ribeiro, no estado do Rio de Janeiro (RIBEIRO, 1986; MOREIRA; GÓIS JÚNIOR; SOARES, 2019). A inspiração para a criação dos CIEPs teve origem nas experiências com o projeto de escola pública de Anísio Teixeira (MATOS, 2017). Anísio havia feito formação em nível de pós-graduação nos Estados Unidos, tendo aulas com John Dewey e seguia sua filosofia (FERRARI, 2008).

A concepção de saúde era ampliada e vista como um direito humano, considerando-se as condições de vida dos alunos e famílias. Os centros médico-odontológicos tinham a concepção de atenção primária em saúde (termo usado pelo autor) nos moldes da medicina preventiva (RIBEIRO, 1986).

A equipe de saúde dos CIEPs era constituída por médicos, auxiliares de enfermagem e dentistas. Darcy Ribeiro (1986) destacava o perfil dos profissionais que atuavam nos centros médico-odontológicos:

Considera-se do ponto de vista ideal, que os profissionais atuantes no projeto de Saúde Escolar devem ter “atilada experiência clínica, a vivência de um pedagogo, a sabedoria de um filósofo e a visão de um sociólogo”, para que possam participar plenamente do “processo médico-pedagógico destinado à melhoria física, psíquica e social da criança e do adolescente, proporcionando-lhes condições para se adaptarem e vencerem na vida” (RIBEIRO, 1986, p.116).

O modelo dos CIEPS e sua proposta pedagógica de educação integral foram ampliados para o estado do Rio Grande do Sul, mas ao longo dos últimos 35 anos, restam poucos que seguem a proposta inicial. Do total de 500 criados no RJ, apenas 150 seguem em

turno integral, alguns foram municipalizados e outros fechados. No RS, das 90 unidades criadas, apenas 16 contam com o horário ampliado (TERRA, 2011).

Nesta seção, os resultados demonstram que a NGP causa interferências no grau de autonomia nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários. Quanto maior a precarização do trabalho, maior será a quantidade de tarefas a cumprir, reduzindo o grau de autonomia e amplificando o grau de alienação do trabalhador.

4.1.4.2 RETORNO À ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO (TAYLORISMO)

Uma organização do trabalho ainda mais burocrática é mencionada pelos participantes da pesquisa, justamente o efeito contrário do que se propôs a NGP. As enfermeiras e enfermeiros relataram a sensação de aumento do tempo de atividades gerenciais, em relação à atividade de cuidado direto ao usuário e de educação em saúde.

[E8] Quando eu comecei em 2002... a parte burocrática está muito, muito, muito aumentada, eu acho... mais de 100% de papel. E não tínhamos isso no início (USF-BRA).

[E6] Par rapport à au moment où je travaillais... il y a vingt ans où il n'y avait pas la nouvelle gestion publique... et maintenant, je gère. Mon employeur me demande plus de choses. J'avais le temps, par exemple, de faire de la diététique, de préparer des outils sur la diversification alimentaire des enfants. Au jour d'aujourd'hui, je n'y arriverai plus. Ce n'est pas possible parce qu'il faut remplir plein de tableaux de gestion, de suivi de l'activité. Voilà que je n'avais pas il y a quand j'ai commencé ma carrière (Crèche – FRA).

[E6] Em relação ao momento... onde eu trabalhei... vinte anos atrás, quando não havia a nova gestão pública... e agora, eu gerencio. Meu empregador me solicita mais coisas. Eu costumava ter tempo, por exemplo, para fazer a dieta, para preparar ferramentas sobre a diversificação alimentar infantil. Agora não posso mais fazer isso. Não é possível porque é preciso preencher muitas tabelas de gestão, de seguimento de atividade. Isto é algo que eu não tinha quando comecei minha carreira (Crèche - FRA).

[E9] Esta questão do tempo e da burocracia ... eu sou totalmente de acordo com a sistematização (SAE), acho que temos que documentar, temos que ter as ferramentas para realmente nos orientar e até mesmo qualificar o cuidado, mas às vezes se torna muito burocrático, você preenche 2, 3 sistemas com as mesmas informações (USF-BRA).

Uma contradição relacionada à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi mencionada, principalmente pelas enfermeiras brasileiras, como uma ferramenta que ao mesmo tempo em que auxiliava no direcionamento e na qualificação do cuidado, tornava a prática ainda mais burocrática, tendo que preencher a mesma informação em diferentes sistemas de computador.

No Brasil, a SAE tornou-se obrigatória para os enfermeiros do Estado de São Paulo, desde os anos 2000 (COREN-SP, 2000). Em todo o país, a obrigatoriedade de realização da SAE ocorreu a partir de 2009, com a aprovação da Resolução nº 358/2009 (COFEN, 2009).

O desejo de demonstrar a base científica da profissão e a expectativa de desvinculação do lugar de subordinação ao médico constituem imaginários do passado que se atualizam no tempo presente. Desse modo, a SAE, os protocolos, uma agenda estruturada foram vistas como positivas quanto à visibilidade do trabalho produzido. O encontro desse instituído com a NGP tende a amplificar a burocratização do trabalho de enfermagem, racionalizando ainda mais a produção do cuidado.

Andrade (2007) explica que a SAE

é baseada no conhecimento científico e não somente um cuidado generalizado sem embasamento como no início de nossa profissão, sendo que esta seria uma das principais características responsáveis pela submissão da enfermagem à medicina, pois nossos cuidados eram subsidiados pelo pensamento médico. Assim, a enfermagem está se desvinculando deste mito e caminhando em frente, preocupando-se em aplicar a sistematização da assistência de enfermagem com a consciência de que, através do planejamento da assistência, garante-se a responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que este processo nos permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE, 2007, p. 98)

Nenhuma das enfermeiras francesas que participou da presente pesquisa mencionou o uso da SAE. A Classificação dos Cuidados de Enfermagem na França (NNN) e a utilização de diagnósticos, de intervenções, de resultados padronizados também são temas de debates e conflitos. Um relatório de especialistas, produzido recentemente, avalia a autonomia, a responsabilidade e o desenvolvimento de competências das enfermeiras na utilização desse método na profissão, em relação à profissão médica e a outras profissões (STAUB, 2015).

O estudo de Romeder (2009) afirma que a apropriação precisa ser feita pelo vocabulário do próprio indivíduo, a SAE ainda é pouco efetiva e uniforme nos estabelecimentos de saúde na França. Sua utilização não é preconizada em todos os lugares e não há regulação (ROMEDER, 2009).

Várias enfermeiras e enfermeiros relataram nas entrevistas que um dos aspectos “positivos” da NGP seria a maior visibilidade do trabalho do enfermeiro. Nas primeiras entrevistas que esse aspecto apareceu, eu resisti no aprofundamento da discussão, visto que minhas implicações ideológicas reconheciam a NGP mais como um modelo danoso às práticas profissionais de enfermagem e ao SUS. Durante as transcrições das entrevistas percebi que eu redirecionava o diálogo para outros tópicos.

Quando essa questão voltou a aparecer e eu ousei olhar para além das minhas ideologias (MONCEAU, 2003), consegui aprofundar a análise com as enfermeiras e enfermeiros e isso foi importante para que pudesse acessar os sentidos atribuídos a essa “positividade”.

Segundo os participantes da pesquisa, a NGP auxiliava na maior visibilidade do trabalho produzido pela enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários, pois o fato de apresentar uma lista das atividades à chefia, ou ter uma agenda com horários e atos especificados, ou mesmo a realização da SAE, com registros padronizados dos atos, eram formas de delineamento do domínio de atuação de enfermagem, diante dos demais profissionais de saúde, das chefias e dos usuários.

A necessidade de tornar visível o que se faz tem relação com questões históricas de tornar científico seu saber, de reconhecimento social e salarial, que remonta às origens da profissionalização da enfermagem. O problema que se coloca nessa “transparência” do que se faz é reduzir o que se chama de zona de incertezas e se deixar controlar pelo poder instituído.

A zona de incertezas é um conceito proveniente da sociologia nas organizações, elaborado por Crozier e Friedberg (1977). Segundo os autores, os trabalhadores exercem maior

poder de negociação com as chefias, quando controlam certa zona de incertezas do trabalho produzido.

Nessa ótica, o domínio sobre determinadas técnicas e regras do trabalho aumentariam o poder de negociação e a autonomia do trabalhador (CROZIER; FRIDBERG, 1977). Assim, não mostrar completamente o que se faz é exercer poder sobre o próprio trabalho, reduzindo o controle externo sobre o seu fazer.

Os autores explicam que novos trabalhadores quando ingressam na organização trazem consigo novos métodos e técnicas de trabalho, que desorganizam de certo modo, as zonas de incertezas instituídas (CROZIER; FRIDBERG, 1977).

A constante busca pela afirmação de que possui um saber científico parece estar sempre se reatualizando e perseguir o processo de institucionalização da Instituição Enfermagem, especialmente no Brasil. Não se pode negar as diferenças salariais, as duplas/triplas jornadas de trabalho e o menor reconhecimento social em relação à Instituição Medicina, mas os avanços conquistados nas últimas décadas foram importantes e vêm deslocando a profissão em direção ao status almejado. Isso fica mais evidente no questionamento cruzado de práticas com a enfermagem francesa, que demonstrou estar mais aquém, nesses quesitos.

Na perspectiva teórica da análise institucional e da socio-clínica, Monceau (2009) explica que os processos institucionais são portadores de uma dinâmica de três momentos: a profissionalização, a desprofissionalização e a reprofissionalização. A profissionalização integra a positividade institucional (produtoras de novos quadros de referência), a negatividade provoca uma “desprofissionalização” que perturba os antigos pontos de referência e, uma negação da negação, que produz uma “reprofissionalização” com o rearranjo das maneiras de agir e de pensar.

Desse modo, os resultados indicam que a NGP vem contribuindo para uma reprofissionalização da Instituição Enfermagem com maior burocratização das práticas profissionais. Esse efeito provoca a redução do grau de autonomia na produção do próprio trabalho, uma vez que a racionalização favorece o controle externo por parte das chefias.

Essas transformações das práticas de enfermagem têm como resultado a redução do cuidado a um conjunto padronizado de ações, estabelecidas por listas de tarefas, protocolos e a SAE.

4.1.4.3 O TEMPO DE DURAÇÃO DAS ATIVIDADES E DOS ATOS SÃO QUANTIFICADOS

Os dados demonstraram práticas profissionais alinhadas com a NGP e a lógica da alta *performance*, com o controle do tempo e a valorização da quantificação das ações de cuidado. O alto desempenho e a excelência estavam presentes com o uso de ferramentas digitais para quantificação das ações de cuidado, a padronização das ações de cuidado por protocolos e por uma agenda sobrecarregada com o controle de tempo.

As duas primeiras entrevistas realizadas no Brasil, confirmaram transformações importantes nas práticas de enfermagem na atenção básica, registradas no diário de pesquisa:

[Pesquisadora] Cheguei à USP e Cinira me perguntou: "Como foi? Eu disse: "Maravilhoso, estou impressionada com as agendas de trabalho. Eu nunca vi uma agenda como aquela. É espantoso fazer uma consulta com os pacientes a cada 30 minutos. Minhas hipóteses se confirmam, as práticas não são as mesmas. Há interferências da NGP. Tirei várias fotos das agendas de trabalho. (Diário de pesquisa, fevereiro de 2019).

Em alguns serviços de saúde de Ribeirão Preto e Porto Alegre havia uma organização do trabalho controlada pelo coordenador ou gerente, a partir da utilização de ferramentas digitais e de relatórios de produtividade. No entanto, uma contradição evidenciada eram dificuldades em equilibrar o tempo do cuidado com o tempo das atividades gerenciais.

[E2] Nós temos um modelo, uma agenda, é uma modulação de agenda da Secretaria de Saúde. (NSF-BRA)


[E8] Não tinha um certo número de consultas, hoje já tem, você tem que ter um certo número de consultas na agenda, você ter uma agenda para visitar... e isso começou há pouco aqui. (USF-BRA)


[E10] a única pessoa que mexe na formatação da agenda aqui é a gerente da unidade (USF-BRA).

[E12] Eu acho que... dificuldades seriam mais assim... essa questão da gente conciliar a parte administrativa com a assistencial, de forma que a gente alcance as metas que a secretaria pede né, de consultas, que a gente tem uma quantidade de consultas estabelecidas que tem que fazer por mês, é... e também tem essa questão administrativa que a gente também tem que dar conta além disso (NSF-BRA)

Um documento (figuras 13 e 14) compartilhado por uma das enfermeiras brasileiras revelou uma proposição de agenda matriz, pré-definida pela Secretaria de Saúde, destinada às enfermeiras das UBSs, dos NSFs e das ESFs. Ele continha uma lista de atividades mínimas que deveriam ser realizadas ao longo de uma semana.

Figura 13 - Comunicação interna da Divisão de Enfermagem, Ribeirão Preto, Brasil, 2018.





Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
 Estado de São Paulo
 www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

Divisão de Enfermagem

COMUNICAÇÃO INTERNA

DATA: 11/09/2018
DE: Divisão de Enfermagem/SMS
ASSUNTO: Agendas Enfermeiros

A Divisão de Enfermagem vem por meio desta CI informar aos gerentes e Enfermeiros as orientações para a formação da agenda dos Enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família:




- Quanto à carga horária destinada para as atividades, seguem abaixo quadros com a rotina semanal dos profissionais, de acordo com a jornada de trabalho dos Enfermeiros e o modelo de assistência das Unidades:

➤ Unidades Básicas de Saúde – Enfermeiros 40H semanais:

UES – Enfermeiros 40H		
ATIVIDADES	HORAS	ORGANIZAÇÃO SEMANAL
Supervisão de Enfermagem/Procedimentos	5	
Atividade administrativa/Ações de vigilância Epidemiológica	2	escola, produção, reuniões administrativas, notificações etc.
Reunião de equipe	5	
Consulta de enfermagem	16	32 blocos de consultas de 30 min (PF, PG = 60min), demais 30 min
Visita Domiciliária (VD)	3	
Grupo Educativo	2	
Educação Continuada Interna ou Externa	2	
Demanda espontânea	5	
TOTAL DE HORAS	40	

Fonte: Documento compartilhado por um NSF, Ribeirão Preto, Brasil (2019).

Figura 14 - Comunicação interna da Divisão de Enfermagem, Ribeirão Preto, Brasil, 2018.

 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto Estado de São Paulo www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br	 SUS SISTEMA UNICO DE SAÚDE
<hr/> Divisão de Enfermagem <hr/>		
➤ Unidades Básicas de Saúde – Enfermeiros 20H semanais:		
UBS - Enfermeiro 20H		
ATIVIDADES	HORAS	ORGANIZAÇÃO SEMANAL
Supervisão de Enfermagem/Procedimentos	2,5	
Atividade administrativa/Ações de vigilância Epidemiológica	1	escala, produção, reuniões administrativas, notificações, etc
Reunião de equipe/Grupo Educativo	2	
Consulta de enfermagem	8	16 blocos de consultas de 30 min (PF, PG = 60min), demais 30 min
Visita Domiciliar (VD)	3	
Educação Continuada Interna ou Externa	1	
Demanda espontânea	2,5	
TOTAL DE HORAS	20	
➤ Unidades de Estratégia de Saúde da Família – Enfermeiros 40H semanais:		
ESF - Enfermeiro 40H		
ATIVIDADES	HORAS	ORGANIZAÇÃO SEMANAL
Supervisão de Enfermagem/Procedimentos	5	
Atividade administrativa/Ações de vigilância Epidemiológica	2	escala, produção, reuniões administrativas, notificações etc.
Reunião de equipe	5	
Consulta de enfermagem	14	28 blocos de consultas de 30 min (PF, PG = 60min), demais 30 min
Visita Domiciliar (VD)	6	
Grupo Educativo/Educação Continuada Interna ou Externa	3	
Demanda espontânea	5	
TOTAL DE HORAS	40	

Fonte: Documento compartilhado por um NSF, Ribeirão Preto, Brasil (2019).

O documento também estabelecia o tempo de execução para determinadas práticas profissionais (figura 15), como a consulta de puerpério (30 minutos), a consulta de caso novo de puericultura (30 minutos), os atendimentos gerais com usuários crônicas com hipertensão, diabetes, coleta de exame citopatológico, consulta com usuários com infecção sexualmente transmissível, a consulta pré-natal, a realização de curativo, os retornos em geral (30 minutos), o planejamento familiar (60 minutos) e a 1ª consulta de pré-natal (60 minutos).

Figura 15 - O tempo de acordo com o tipo de cuidado nos NSF's, Ribeirão Preto, Brasil, 2018.



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
 Estado de São Paulo
 www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

Divisão de Enfermagem

- As siglas a serem utilizadas na formatação das agendas no sistema hygia, com o tempo a ser destinado a cada tipo de atendimento estão descritas no quadro abaixo:

SIGLAS	PROCEDIMENTOS/CONSULTAS	DURAÇÃO
PG	consulta para teste de gravidez	50 min
CP	caso novo de puérperas	30 min
PE	consulta de puérpério	30 min
PF	planejamento familiar	60 min
CS	HAS/DM, citologia, pré-natal, curativo, IST, retamos em geral	30 min
VD	visita domiciliar	
AC	atividade coletiva	

Para estimativa do número de vagas a ser destinado na agenda para os respectivos tipos de atendimento haverá a necessidade de que cada Unidade avalie, em conjunto com os Programas de Saúde da SMS, a demanda por cada tipo de atendimento:

SIGLAS	NÚMERO DE VAGAS
CP/PE	nascidos vivos + 30%
PG	média de consumo de testes de gravidez (livro de testes)
PF	avaliar demanda da Unidade
CS	avaliar demanda da Unidade
VD	avaliar demanda da Unidade
AC	avaliar demanda da Unidade

Para facilitar a nova formatação das agendas dos enfermeiros encaminhamos em anexo alguns exemplos de modelos, destacando que as atividades devem ser distribuídas na agenda respeitando a carga horária de atividades proposta neste documento.

Pacientes que cheguem na Unidade em demanda espontânea, e houver disponibilidade de vagas na agenda para o mesmo dia, este deverá ser agendado nesta vaga.

Colocamo-nos à disposição para os demais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Carla Domingos de Freitas

Fonte: Documento compartilhado por um NSF, Ribeirão Preto, Brasil (2019).

Segundo as enfermeiras E2-BRA e E13-BRA, esses tempos foram estimados conforme cálculos realizados pela Secretaria de Saúde, com base nos parâmetros assistenciais previstos na Portaria nº 1.631 de 2015 (BRASIL, 2015), levando em conta as características populacionais do território e a capacidade instalada da equipe de saúde. No caso dela:

[E2] A gente fez a oferta, quantas vagas que eu disponibilizei, quantas eu agendei, quantos tiveram faltosos, quantos vieram. Então ele foi calculando todas as perdas. Ó, consulta de enfermeiro, eu ofertei 533 vagas, eu agendei 400 (NSF-BRA).

[E13] tem uma Portaria de dezembro de 2016, se não me engano, eu acho que é dezembro de 2016, depois se você quiser a gente até acha ela aí, que coloca no mesmo saco todo mundo (USF-BRA).

A análise das portarias recém descritas e do documento do serviço de saúde, levaram-me ao encontro da Resolução 543/2007 (COFEN, 2007), a qual também orienta uma estimativa para o cálculo da dimensão de pessoal nos estabelecimentos de atenção básica, conforme disposto na figura 16.

Figura 16 - O tempo de acordo com o tipo de cuidado na atenção básica, 2017.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
ITEM	ORIGEM DOS PARÂMETROS:			CATEGORIA PROFISSIONAL ENFERMEIRO
	BRASIL	PROFISSIONAL:	ENFERMEIRO	
TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (TTD)				
1	SEMANAS NO ANO (semanas por ano)			52
2	DIAS TRABALHADOS NA SEMANA (dias/profissional)			5
3	DIAS DE AUSÊNCIA POR FERIADOS NO ANO (Dias no ano/profissional)			15
4	DIAS DE FÉRIAS (Média de dias por ano/profissional)			21
5	DIAS DE LICENÇAS DE SAÚDE (Média de Dias por ano/profissional)			12
6	DIAS DE AUSÊNCIAS EM RAZÃO DE OUTRAS LICENÇAS NO ANO (Média de Dias por ano/profissional)			6
7	JORNADA DE TRABALHO (Horas de trabalho por dia/profissional)			8
TTD	TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (Horas por ano/profissional)			1648
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	PRODUÇÃO ANUAL DAS INTERVENÇÕES (P)	TEMPO MÉDIO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO (T) horas	QUANTIDADE REQUERIDA DE ENFERMEIRO $q_{dir} = (P \times T) \div TTD$
1	Atendimento à demanda espontânea	3000	0,39	0,71
2	Consulta	5000	0,42	1,28
3	Administração de medicamentos	1000	0,21	0,13
4	Assistência em exames	200	0,31	0,04
5	Procedimentos ambulatoriais	300	0,32	0,06
6	Controle de imunização e vacinação	1000	0,42	0,25
7	Sinais vitais e medidas antropométricas	7000	0,20	0,84
8	Punção de vaso: amostra de sangue ven.	200	0,31	0,04
9	Visita domiciliar	1200	0,59	0,43
10	Promoção de ações educativas	2000	0,47	0,57
Q_{dir}	TOTAL REQUERIDO DE ENFERMEIRO PARA CUIDADO DIRETO			4,3

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Brasil (2007).

Os efeitos da agenda sentidos no trabalho pelas enfermeiras eram contraditórios, ao mesmo tempo em que a agenda parecia dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro ela reduzia o trabalho naquela lista de ações, com pouca ou nenhuma margem de modificação.

A implementação de uma agenda dificultava a inclusão das particularidades existentes nos territórios. Havia unidades situadas em regiões com elevada vulnerabilidade social e que demandavam determinadas ações. Em outras, situadas em regiões mais abastadas, constituídas por uma população idosa, demandavam ações de natureza específica.

Qual seria a finalidade da padronização de ações e tempos do trabalho de enfermagem? As equipes de saúde da atenção básica têm um saber científico e um saber da experiência, de quem trabalha diariamente com as demandas provenientes do território. São esses profissionais que conhecem o território e produzem ações cotidianamente.

A produção de uma agenda, não é somente uma questão gerencial, produzida de forma descendente, ao contrário, as ações que integram uma agenda perpassam a produção de um cuidado entre aqueles que demandam e os que produzem ações.

Produzir uma agenda com base em parâmetros numéricos, alguns deles construídos a partir de contextos internacionais ou sugeridos por organismos internacionais, podem servir de referência, se implementados de forma contextualizada. Do contrário, contribuem para a racionalização e burocratização do trabalho.

A crítica não é a utilização de parâmetros, mas com que finalidade são utilizados. Eles têm potencial para contribuir, por exemplo, na visualização das áreas em que há falta de pessoal. No entanto, o que vem ocorrendo não é a contratação de pessoal, mas redistribuição do trabalho para os profissionais em atuação, ocasionando a sobrecarga de trabalho das enfermeiras, evidenciado nos fragmentos de fala das participantes desta pesquisa.

A enfermeira E2-BRA entendia que o tempo de 30 minutos não era coerente com o tempo necessário para o cuidado. A posição de E2-BRA é coerente, pois o tempo estipulado poderia restringir a consulta à queixa principal ou a doença, sem o espaço para a produção de um cuidado integral e humanizado.

[E2] Oh, são 28 blocos de consultas de 30 minutos, as demais consultas... 60 algumas... acho que tem que até contar, sabe? Nem sei quantas... quantas são, na verdade, está vendo? Mas é assim, das 7h30 às 8h uma consulta, aí das 8h às 8h10 tem uma despontando, porque das 8h10 às 8h40... é super... não dá tempo, muitas vezes, se o paciente começou a chorar, já acabou (sorri) (NSF-BRA).

Uma consulta que não o acolha o sofrimento em sua plenitude, em que o usuário não tem tempo nem para chorar, porque o tempo de consulta acabou, não é coerente com o direito à saúde estabelecido nos princípios e diretrizes do SUS.

A enfermeira E2-BRA também explicou que o formato de agenda a conduzia para situações complicadas, entre o usuário agendado e o que chegava por demanda espontânea. Como o tempo na agenda não permitia muitos encaixes, alguns usuários acabavam sendo transferidos para outra data.

[E2] É assim... o que eu estou fazendo com isso é flexibilizando mesmo, sabe... numa situação que eu preciso, poxa preciso fazer tal coisa... hoje preciso colher cito, o paciente vem com uma demanda, eu vou na demanda dele, depois eu reagendo a cito. Numa outra situação com tempo, eu faria as duas coisas, daria conta de cuidar das duas coisas, mas a gente vai aprendendo a lidar com aquilo... como a gente tem muito vínculo com os pacientes, acaba que é muito tranquilo, fala: olha eu vou agendar, you fazer uma consulta para o mês que vem para você vir para a gente fazer (NSF-BRA).

A padronização de agenda, sem considerar as particularidades de cada estabelecimento de saúde acabou produzindo efeitos diferentes no trabalho de enfermagem, nos serviços de saúde investigados. O local onde atua E2-BRA possui somente uma enfermeira, diferente de outros serviços de saúde que possuíam quatro e tinham a possibilidade de gerir melhor a agenda.

Mesmo em serviços com várias enfermeiras, o efeito produzido pela agenda era de engessamento do trabalho:

[E9] a depender dessa situação às vezes ultrapassa e aí o outro está esperando e a gente se vê... angustiada, (tom de voz de angústia) no sentido pessoal, porque você quer cumprir a tal da meta do seu tempo, fazer direitinho e já atender o outro, para o outro não ficar em uma espera tão grande né, você fica um pouco angustiada porque além do atendimento da técnica, da orientação, de todo cuidado assistencial que você dá aqui, depois você tem toda uma parte burocrática de... é... preencher o sistema, de evoluir

no sistema, de fazer o processo de enfermagem no sistema [...] Então isso te engessa muito, te angustia demais, demais. (USF-BRA).

O tempo da consulta e o número mínimo de consultas semanais foram as duas principais metas introduzidas na prática de enfermagem. Na análise institucional o tempo é considerado um importante analisador dos processos instituídos nas instituições, assim como o dinheiro (LOURAU, 2014).

Segundo Lapassade a análise institucional só consegue avançar com a localização de dispositivos que catalisem as significações e cerquem o que estava disperso e dissimulado no conjunto do sistema (LAPASSADE, 1979) (tradução livre).

Para Monceau (2009) “os analisadores podem ser encontrados especialmente naqueles dilemas comuns que colocam o profissional em tensão” (MONCEAU, 2009, p. 7) (tradução livre).

O analisador tempo revelou que a padronização das ações de cuidado, presente no instituído das práticas profissionais de enfermagem na atenção básica, promoveu uma reatualização do taylorismo, mas que não repercutiu na melhoria dos processos gerenciais e na qualidade do cuidado prestado. Sentimentos de angústia e de não estar fazendo bem o trabalho são efeitos provocados por essas transformações das práticas.

Segundo Mishima et al. (1997) o processo gerencial é um importante instrumento de trabalho, mas é um nó crítico, pois ele pode atuar na manutenção de uma dada situação (modelo assistencial) ou ser modelo decisivo para sua transformação, pois se articula às necessidades colocadas em função da finalidade.

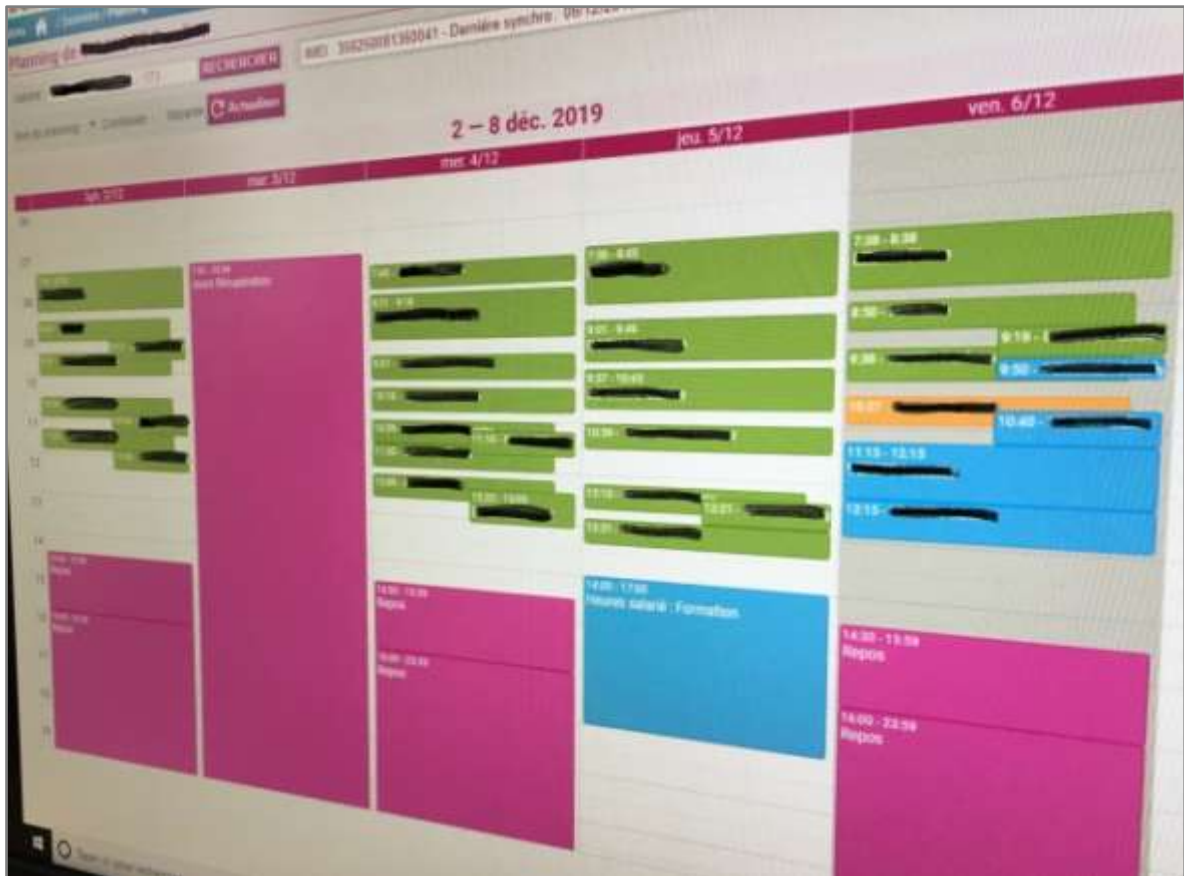
Outro ponto da NGP evidenciado pelos resultados mostrou-se ser a reatualização de elementos do taylorismo, com maior burocratização do trabalho, produzindo o efeito inverso ao que se propunha, que deveria ser a desburocratização. Essa amplificação da burocratização eu denominaria de uma Nova Burocracia Pública.

Na França, o controle do tempo na agenda das enfermeiras e enfermeiro do SSIAD era rígido. Os enfermeiros coordenadores acompanhavam quase que em tempo real, a produção do cuidado nos domicílios.

Os profissionais que executavam o cuidado recebiam um telefone celular e deveriam *badger*, em português “checar” sua chegada e sua saída da casa do paciente. O enfermeiro-coordenador acompanhava pelo computador, o cumprimento da agenda.

A foto 10 é um registro da agenda de uma das enfermeiras, realizado no dia da entrevista. A cor verde mostrava o cuidado prestado, em amarelo o cuidado em realização e em azul o cuidado a ser realizado, naquele turno de trabalho.

Foto 10 - Agenda dos enfermeiros e auxiliares de cuidado por turno de trabalho, SSIAD, França, 2019.



Fonte: Foto realizada em um SSIAD, Val d'Oise, França (2019).

As ações de cuidado que deveriam ser prestadas em domicílio eram definidas à priori e estavam prescritas no sistema: pessoa idosa, ajuda, transferência, caminhada, trocar roupas do corpo, trocar vestuário e arrumar o cabelo (foto 11).

Foto 11 - Distribuição das atividades no tempo, SSIAD, França, 2019.



Fonte: Foto realizada em um SSIAD, Val d'Oise, França (2019).

Uma realidade diferente foi encontrada no colégio e no liceu. Quando questionadas sobre o uso de uma agenda, as enfermeiras afirmaram terem horários fixos de trabalho, mas sem o uso de uma agenda específica, que tivesse a distribuição de atividades e horários. As práticas profissionais eram produzidas conforme as necessidades diárias da comunidade escolar.

[Chercheuse] Il y a un planning de travail dans la journée?

[E5] Oui, oui, oui, il y a des... je mets sur la porte, mais mes horaires (Collège – FRA).

[Pesquisadora] Há uma agenda de trabalho ao longo do dia?

[E5] Sim, sim, sim, há os... eu coloco na porta, meus horários (Colégio – FRA).

Dentre as práticas realizadas estavam o atendimento individual dos alunos, atividades educativas em grupo, entrevistas de enfermagem com alunos e famílias. A agenda era aberta (foto 12) e seu superior hierárquico era o « proviseur », em português, o diretor da escola.

Foto 12 - Horários de funcionamento do setor de enfermagem, colégio, França, 2019.



Fonte: Foto produzida pela enfermeira do colégio e compartilhada com a pesquisadora, Val d'Oise, França (2019).

Outra questão importante apontada pelas enfermeiras foram as transformações nas práticas profissionais introduzidas pelo uso do computador, contribuindo para o aumento da burocracia e de certo modo, o controle do trabalho produzido pelas chefias. Todas as enfermeiras e enfermeiros entrevistados registravam as ações realizadas em programas específicos para este fim. No caso do colégio e do liceu, o programa usado era o Sagesse. No Brasil, o Hygia, em Ribeirão Preto.

O início informatização dos registros em saúde, nos campos estudados, ocorreu a partir de 2010, com maiores avanços a partir da implementação do novo sistema de informação e-SUS, ocorrida em 2013 (BRASIL, 2014). Uma das enfermeiras com 20 anos de atuação no mesmo serviço de saúde relatou sua experiência na transição dos registros físicos para os registros no computador.

Segundo ela, o módulo médico foi o primeiro a ser implementado, em 2010 e o módulo do enfermeiro posteriormente. E11 explicou que o programa não está completamente implantado porque necessita de certificação, tratando-se de um processo complexo. Desse modo, o programa exige do enfermeiro a abertura de, pelo menos, seis telas para realizar o registro de uma consulta de pré-natal:

[E11] Se eu vou fazer um pré-natal, tenho que fazer a pré-consulta, a SAE e o e-SUS. Tudo eu que tenho que acionar. Se eu quero saber se a mulher tem vacina em dia é outra tela de consulta dentro do sistema Hygia, uma quarta tela. Se eu vou fazer a solicitação dos exames já protocolados do enfermeiro, é... uma outra tela e... por fim, se eu vou fazer o que está protocolado para o enfermeiro de solicitação do primeiro exame de ultrassom é outra tela. Então eu tenho que abrir 5 ou 6 telas para completar o atendimento, conforme seria o atendimento integral... cumprir todas as etapas da consulta do enfermeiro. Além disso, o enfermeiro precisa fazer a prescrição de sulfato ferroso, ácido fólico, filtro solar e repelente, aí nós não temos a prescrição informatizada, nós temos que fazer manual (NSF-BRA).

A enfermeira E10-BRA, também discutiu sobre as diferenças que ela percebia na entrada da informatização no trabalho de enfermagem:

[E10] Quando eu estava lá, não tinha Hygia, não tinha agendamento no Hygia, não era tudo online como é agora. Então, isso facilitava muito porque nossa agenda era de papel, era agenda física, então a gente mexia, a gente abria, fechava, ajeitava, anotava. Agora essa agenda aí eletrônica deve ser bem mais complicada, até porque agora bloqueia a conta, a secretaria monitora nossa produtividade, se a gente tem... tem... todas as consultas para fazer, tantas de grupo, tantas de visitas, tantas de né... e aí eles vêm o aproveitamento da agenda, o quanto que a gente está produzindo em cima daquele tempo que a gente tem de trabalho (USF-BRA).

O uso do digital tem sido apontado com uma das principais ferramentas de sustentação da NGP. Por meio de sistemas informatizados os gestores podem acessar relatórios, acompanhar o alcance de indicadores, checar se as metas estão sendo cumpridas, acompanhando, à distância, o desempenho das equipes.

Na França, por exemplo, um gestor pode administrar vários hospitais ao mesmo tempo, por meio da informatização e da internet. É comum também, as equipes nem sempre conhecerem o gestor do estabelecimento.

A valorização da quantificação como principal método de avaliação do cuidado foi outro resultado discutido com as enfermeiras e enfermeiras. Durante as entrevistas perguntei se os termos ou palavras, alcance de indicadores, alcance de metas, alcance de resultados, avaliação de desempenho, excelência, qualidade, eficácia, eficiência, *alta performance* vinham sendo utilizados nos estabelecimentos públicos.

Os termos mais presentes eram indicadores, metas e avaliação. O termo indicador era utilizado pelas enfermeiras como sinônimo de indicadores de saúde, não havendo relação com os indicadores gerenciais, estes últimos, muito utilizados na lógica da NGP.

No que se refere à avaliação, as enfermeiras dos estabelecimentos públicos geridos pela administração direta afirmaram que a avaliação estava relacionada com o desempenho, com o estágio probatório e com as gratificações previstas ao longo da carreira. O que convém destacar são as reformas recentes que ocorreram nos planos de carreira dos servidores públicos dos estados do RS e de SP, que acarretou na perda de direitos desses trabalhadores.

Nos demais estabelecimentos, a avaliação de desempenho era realizada anualmente, pela enfermeira chefe ou pelo coordenador do estabelecimento. Normalmente o controle era realizado por meio de relatórios produzidos pelas enfermeiras, a pedido das chefias.

Sobre avaliação, as enfermeiras brasileiras mencionaram o PMAQ como uma ferramenta utilizada para a avaliação do trabalho do enfermeiro e da equipe na atenção básica:

[E1] Produtividade da equipe, não é produtividade do enfermeiro. Ah tem que fazer é... o plano de intervenção do PMAQ, a equipe tem que fazer (NSF-BRA).

[E2] Participamos de todos os anos... até agora, a gente sempre tira nota boa, não lembro agora a máxima, mas era uma menos da máxima e... a gente tenta trabalhar com algumas matrizes de intervenção... nós estamos... este ano, em especial, a gente está mesclando um pouco essa questão do planejamento de metas... um pouco do que PMAQ pede né... direciona um pouco o que a equipe sente né... então a gente ainda está trabalhando com o planejamento desse ano. No primeiro ciclo, acho que no primeiro e no segundo, as unidades puderam fazer uma lista de coisas que precisavam e aí isso seria contemplado pelo PMAQ, tanto é que o ar condicionado da

unidade é todo com esse dinheiro. No último ciclo, a gente não teve nenhuma devolutiva desse dinheiro, é... tudo que a gente pede, nada a gente consegue, muita coisa a gente não consegue. E aí você vê coisas que você não tem governabilidade e você pede e você não recebe. Então assim, fica desmotivado um pouco sabe, de você querer alguma coisa, por exemplo, a gente está sem toner para a impressora e aí... como é que... né... a gente trabalha? Então é ruim, é bem desmotivador assim (NSF-BRA).

[E3] tem o PMAQ... que eu acho que foi implantando há uns... na unidade básica, há uns 2 anos, acho que não mais que isso. Que antes era só... uma ferramenta utilizada só para a estratégia (ESF) e daí trouxeram para a unidades básica. A gente tem também, daí não vou saber te dizer o tempo, que a gente chama de monitoramento. O monitoramento ele tem reuniões mensais onde são discutidas essas metas desse plano. Eu não... eu fui acho que uma vez só. Teve um período que era uma técnica [de enfermagem] que estava indo e daí trazia para nós as metas que a gente tinha que alcançar (UBS-BRA).

[E5] A gente tem uma avaliação que é... teve até o ano passado, que é o PMAQ, que é de organização, aí tem que ter, de gestante de... isso a gente tem tudo. Gestante, criança, hipertenso, diabético, pessoas em saúde mental. A gente teve uma avaliação muito... muito boa. Então a gente alcançou... alcançou todas as metas, costuma alcançar as metas. Daí a avaliação é baseada nisso né, da organização da equipe, da... dessa questão... e da minha própria produtividade também, mas eles não avaliam número de pessoas que eu atendi, às vezes eles dão uma verificada, mas isso não faz baixar a nota na avaliação não. As nossas metas são cobradas através do monitoramento, eu não estou com a tabela aqui, mas eles são várias... vários índices, mortalidade infantil, amamentação, são várias metas que a gente é monitorada através disso, através dessa planilha de monitoramento, que toda a unidade tem que preencher. Então essa é a... número de testes rápidos oferecidos na primeira consulta de pré-natal. Então todas essas metas, dessa planilha... é feita... até quem faz a alimentação dessa planilha é minha colega, que a gente divide. Então a gente faz através disso, número de preventivos coletados no mês, por exemplo, teste rápido coletado no mês, o número das consultas médicas também vai para essa tabela, tá, consultas médica de hipertenso e diabético vai para alí, o número de consultas de

enfermagem vai para alí, tudo vai para alí. Então tu tem um mínimo X para alcançar, então são as metas, que é feito através do monitoramento (USF-BRA).

[E9] Tem também um programa, que está aqui no município... há pelo menos uns 6 anos, mais ou menos, que é o PMAQ, que é o programa de melhoria do acesso e qualidade, que né... está no município, inicialmente eram poucas unidades que tinham entrado no programa, agora já foi uma coisa mais abrangente, entrou até como exigência né, todo mundo tem que estar participando e aí você tem uma série de coisas, que você tem que deixar tudo em ordem, já deixar tudo documentado, tem um avaliação externa que vem na unidade e tudo, para estar... para o município ter esse reconhecimento, tem questão de verba também para o município. A gente tem conhecimento do que tem pela lei, se você entra e vê quando atinge regular, quando atinge bom, satisfatório, insatisfatório, o quê que é direcionado né, por equipe, mas não que isso chegue para a equipe, nem... né assim... nem quanto a informação mesmo, nem quanto valor (USF-BRA)..

[E12] A gente não foi muito bem não, no 3º ciclo não, mas por conta da estrutura mesmo porque... como os núcleos são unidades que funcionam... a estrutura física da unidade, às vezes... por exemplo, teve ponto... a gente avaliou os resultados e tem alguns pontos que são pontos que... são obrigatórios atingir e a gente... a parte assistencial ficou legal, a gente conseguiu cumprir, mas no sentido por exemplo, falta do termômetro na geladeira, falta do... é... sabe assim, algumas coisas... o mapa dinâmico, aí a gente já providenciou o mapa dinâmico, entendeu. Então isso a gente providenciou depois da avaliação, mas... algumas coisas físicas de estrutura física que não tinha, por exemplo tem dispensação... tem vacina na unidade? A gente não tem sala de vacina. Então... se não me engano perdeu ponto, uma coisa assim. Tem... é... inalação na unidade? A gente não tem a régua para fazer, o aerosol e tal (NSF-BRA).

No que se refere às metas estipuladas, estavam o tempo da consulta e o número semanal de consultas, mostrando a valorização da quantificação dos atos produzidos, conforme demonstram os extratos de falas a seguir:

[E1] a gente tem um número de procedimentos que você tem que cumprir por semana, a gente tem que cumprir 14 consultas-saúde por semana. e vou te falar, vou fazer aqui ó vai... fazer 56 consultas-saúde num mês, para o enfermeiro, não é pouco, você faz consulta completa, histórico, planejamento, coleta de dados, diagnóstico e intervenção, você faz completo, não é pouco. Se você for pensar em atender criança, puérpera, é... e vou te falar, eu nunca faço minha produtividade de 56 consultas à saúde/mês, eu sempre faço 60 e poucos, 70, 75. (NSF-BRA).

[E2] Oh, é 28 blocos de consultas de 30 minutos, as demais consultas... 60 algumas (NSF-BRA).

[E7] a prefeitura coloca que a gente tem que ter 14 vagas de consulta... na semana (NSF-BRA).

[E9] que geralmente são 5 vagas em cada período, então a gente tem um tempo aí de 30 minutos, né, para cada consulta (USF-BRA).

[E14] um certo produtivismo que está sendo instalado na área da saúde, que eu tenho muitas críticas em relação a isso, porque assim... a... essas matrizes... não que você tenha que deixar solto, *laissez faire* total, cada um faz o quê quer, não é isso, você precisa minimamente estruturar, mas também se você engessar, fazer aquele esquema que eles querem fazer, de tanto para isso, tanto para aquilo, tanto para aquilo outro, não sei o quê, é legal quando você usa isso, do ponto de vista da equipe, para você distribuir as atividades dentro da unidade, tudo bem, isso é legal, porque aí você tem, por exemplo, o dia que você vai fazer visita e assim por diante, só que os acontecimentos da unidade eles não acompanham isso, quer dizer, essa é uma dinâmica (NSF-BRA).

Na França, ao perguntar sobre a avaliação de resultados, a enfermeira E14-FRA afirmou que seu trabalho é avaliado quando a equipe consegue evitar a rehospitalização.

[E14] Pas spécialement à ma connaissance, mais on regarde le résultat final, est-ce que le patient... comment vont les patientes... qui sont réhospitalisés ou

pas, c'est plutôt le résultat final qui est observé, par semaine la qualité, malheureusement non... (CMP-FRA).

[E14] Não tenho conhecimento, mas a gente olha o resultado final, é o paciente... como está o paciente... que são ou não re-hospitalizados, é sobretudo o resultado final que é observado, por semana a qualidade infelizmente não. (CMP-FRA).

À primeira vista, a questão de prevenção da rehospitalização tem uma face positiva no sentido de se evitar o adoecimento, mais ao mesmo tempo os cuidados primários têm sido foco de amplas reformas do sistema de saúde, com um forte movimento internacional de ampliação da cobertura de ações e serviços de saúde por meio da participação do setor privado. Ou seja, um processo que envolve, sobretudo, a racionalização de custos e não necessariamente o direito humano ao acesso à saúde.

No Brasil, um conjunto de políticas de implementação recente, já abordadas nos capítulos anteriores, propõem transformações profundas no SUS, com maior abertura da atenção básica ao setor privado. Discute-se sobre a deinstucionalização de um modelo de atenção básica abrangente, com foco na família e no território para a institucionalização de um modelo seletivo e focalizado em determinados grupos populacionais ou doenças.

Righi (2021)²⁹ produziu uma análise dos principais documentos que tratam sobre a reforma da atenção básica e afirmou a supressão de determinados termos, como território e equipe, que caracterizam o modelo de atenção básica abrangente, representado pela ESF. A autora destacou também que a palavra vulnerabilidade foi mencionada inúmeras vezes, mas deslocada do sentido de determinação social da doença, conduzindo a um modelo de atenção básica do tipo focalizado.

A enfermeira E11-BRA, que atuava há 34 anos na atenção básica manifestou sua preocupação com as mudanças que vêm ocorrendo nos últimos anos, vislumbrando a exclusão do enfermeiro das equipes de ESFs e transformações no formato da equipe de saúde:

[E11] Ainda é de lei ter enfermeiro na saúde da família, não sei até quando vai ser, porque para alguns gestores, se a gente não existisse era melhor (ironia) porque nós vimos nesses anos todos atrocidades, de ver enfermeiros... equipes que... ah não precisa de enfermeiro, o enfermeiro vai

²⁹ Informação oferecida por Righi durante a Ágora ABRASCO, ADAPS: caminho para a privatização do SUS? Novembro, Brasil, 2021.

querer pôr o rabinho no cedilha, o til no ão, vai querer... então é assim ó, nós precisamos do mínimo para trabalhar, quem tem visão técnica? Então qual é o problema que eu detecto hoje, que está acontecendo em alguns nichos da saúde da família? Está virando o que era no início da década de 90, você tem o médico, você tem o agente comunitário, o miolo está cada vez mais restrito. Então hoje, nós temos um número restrito de auxiliares de enfermagem, às vezes o enfermeiro se desdobra em 15 para fazer tudo, a clínica, a gestão, a supervisão, a gerência, e não tem a figura... e não é a figura de gerente instituído (NSF-BRA).

A regulamentação dessas políticas de saúde de forma descendente, sem uma ampla discussão com o controle social, vem enfrentando resistências dos grupos que têm por ideologia a saúde enquanto um direito humano e a atenção básica num formato abrangente e universal, sendo a ESF como estratégia prioritária.

A determinação de uma portaria ou lei por si só, não irá garantir sua implementação nos territórios. O maior ou menor grau de implementação desse novo modelo de atenção básica estará sujeito às forças políticas de resistências atuantes, assim como seu poder de mobilização e articulação.

Alguns municípios brasileiros construíram carteiras de serviços da APS e que inspiraram a criação da carteira nacional de APS brasileira, dentre eles, Rio de Janeiro (2010), Curitiba (2014), Natal (2014), Florianópolis (2014), Belo Horizonte (2018) e Porto Alegre (2019). Sem consenso geral, estudiosos no campo da atenção básica e da APS vêm aspectos positivos, já outros, fazem duras críticas.

A carteira de serviços da APS de Porto Alegre (figura 17) apresenta como responsabilidade da APS a atuação em um conjunto mínimo de ações dirigidos à problemas de saúde mais prevalentes: “Sua construção é baseada na responsabilidade da APS diante dos problemas de saúde mais frequentes da população (PORTO ALEGRE, 2019, p. 6).

Figura 17 – Carteira de serviços da APS de Porto Alegre, 2019.



Fonte: Site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Uma carteira de serviços construída sem uma ampla discussão com o controle social, com as equipes de saúde da atenção básica e com todos aqueles envolvidos na produção do cuidado, assume um caráter prescritivo, produzido em uma lógica de quem “sabe” o que o outro necessita, sem ouvi-lo. O risco de se instituir uma carteira de serviços aos problemas mais prevalentes é a produção de um cuidado focalizado e restritivo, com base em algumas doenças, como atualmente vem sendo ofertado pelas *Maisons de Santé*, na França.

Nenhuma das enfermeiras entrevistadas, em Porto Alegre, mencionou o uso dessa carteira de serviços, o que demonstra que essas novas ferramentas de gestão, as novas políticas implementadas e as portarias não serão implementadas pelo profissional de forma acrítica. No cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde pensam, analisam e implementam políticas de acordo com as suas implicações profissionais, ou seja, da forma como concebem a profissão e a produção do cuidado.

Assim, não serão os “treinamentos”, conforme aponta a carteira de serviços, capazes de implementá-la, mas sim a forma como estão implicados os profissionais de saúde com a atenção básica.

4.1.5 EIXO 4 - RESISTÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA NGP

4.1.5.1 FERRAMENTAS QUE PERMITEM TRANSFORMAR A ENCOMENDA DO GESTOR/GERENTE

Na análise institucional a resistência é uma força importante dentro do processo de institucionalização e de auto-dissolução das instituições. Segundo Monceau (1997) as contradições presentes evoluem a partir das tensões e dos conflitos mais ou menos latentes. No entanto, essas contradições podem restar por longos períodos imperceptíveis ou, eventualmente, atualizarem-se repentinamente.

O processo de institucionalização consiste na alternância entre a atualização e a potencialização, podendo ser descritos como processos transdutivos (MONCEAU, 1997). Desse modo, busquei ao longo das entrevistas cruzar as contradições da NGP de um campo de intervenção a outro, a fim de desnaturalizar o instituído nas práticas, fazer emergir as implicações profissionais e disparar análises.

Um exemplo de uma contradição utilizada nas entrevistas foi: 1) Algumas enfermeiras brasileiras afirmaram que uma agenda estruturada, com atividades definidas pode trazer maior visibilidade do trabalho do enfermeiro, mas ao mesmo tempo, o cumprimento de metas engessa, como o número de consultas e o controle do tempo. O que você pensa sobre isso?

Monceau (1997) define resistência como uma força social que se opõe a outra, chamada poder. A resistência é uma dinâmica constituída pela contestação do instituído, pela sua conservação e pela produção de novas formas de poder.

O autor propõe a análise “pelas resistências” e “não das resistências”. Na análise pelas resistências, busca-se compreender a que mesmo resiste os resistentes (MONCEAU, 1997).

Nessa perspectiva, a resistência é definida por uma dinâmica de três momentos (figura 18): integrativa, defensiva e ofensiva. A integrativa compõe com o instituído, a defensiva atua no desaparecimento do poder instituído, a ofensiva busca a produção de um poder alternativo (MONCEAU, 1997).

Figura 18 - Dinâmica da resistência em seus três momentos.



Fonte: Monceau (1997) traduzido por Dóbies (2021).

Nas entrevistas com as enfermeiras, meu foco foi ativar nas análises, as implicações profissionais ligadas à NGP, isto é, de que modo poderiam estar reproduzindo-a e de que modo contestando-a, dando visibilidade às diferentes formas de resistência que vêm sendo produzidas em relação a esse modelo de gestão.

As enfermeiras e enfermeiros dos dois países revelaram técnicas para contornar o instituído da NGP nas suas práticas profissionais e garantir o cuidado necessário ao usuário, seja pelo lançamento de vários horários no sistema (enfermeira E12-BRA), o uso do tempo necessário ao cuidado e não o tempo prescrito (enfermeira E1-FRA), a não obediência a determinadas normas de produtividade (enfermeira E13-BRA), a desobediência civil (médico M14-BRA), dentre outras.

[E12] Nossa agenda é estruturada, 30 minutos para cada consulta, mas mudamos, por exemplo, para a primeira consulta pré-natal, que leva mais tempo, reservamos 2 horários. A saúde da mulher, que além de coletar exames, precisa fazer um teste rápido também... para a primeira consulta mãe-bebê, nós geralmente deixamos 2 horários. O tempo é uma questão que dificulta muito, isso eu não estou cumprindo como solicitado porque não dá,

só seu eu mandar o paciente embora da sala, falar ó, deu seu tempo, teve meia hora e acabou (riso), não dá para fazer isso. (NSF-BRA).

[E13] nós temos muita coisa de saúde mental envolvida nisso tudo, não dá para fazer consultas em 20 minutos, bati pé, bati pé, bati pé, acabou tendo uma concessão aí e nós temos 25 minutos... eu me sinto na obrigação de mostrar que a estratégia de saúde da família tem um diferencial, né, eu não consigo aceitar assim simplesmente essas coisas... e aí o povo lá fala que eu falo demais, mas eu falo mesmo, porque eu não tenho o menor problema com isso porque né, acho que eu tenho fundamento para falar essas coisas (USF-BRA).

[E1] Nous déterminons le temps qui va s'adapter à la mesure des actions de soins qui vont mettre en place, donc... si par exemple, le patient il se dégrade et il y a besoin de rajouter de temps, on en rajoute, point. (SSIAD-FRA).

[E1] Nós determinamos o tempo do cuidado das ações que serão implementadas, então... se, por exemplo, o paciente se deteriora e se há necessidade de acrescentar tempo, nós acrescentamos, ponto. (SSIAD-FRA).

[M14] Uma das ordens do serviço é: primeiro o serviço, depois a Secretaria de Saúde. Se você atender todas as ordens, você não consegue trabalhar na Saúde da Família (...) não é desobediência civil, mas quase isso (risos). A Secretaria demanda muito, eu tento explicar, vocês querem massacrar a equipe, sem motivo, como fazer o cuidado, é um confronto. Os níveis centrais pedem coisas para os serviços, eles têm que repensar isso. (Coord NSF- BRA).

Em outros casos, o tipo de resistência parecia integrar-se ao poder instituído, isto é, resistência do tipo integrativa (MONCEAU, 1997). A enfermeira E16-BRA afirmou, por exemplo, que sabia que a equipe reagiria mal diante de uma nova meta, então ela buscava uma forma de anunciar a nova ordem, que pudesse ser melhor aceita pela equipe:

[E16] Então é uma cadeia de cobranças... por vezes eu me pego assim... o que é que eu estou fazendo... porque a gente acaba reproduzindo... não é porque vem as coisas de outro lugar que eu vou estar passando para frente.

As vezes a gente faz isso, de não botar para frente, de traduzir uma ordem, uma definição que chega aqui... porque eu sei que se eu passar para frente da forma como eu recebi, acabou... então eu preciso azeitar ela... eu vou precisar essa informação, essa nova meta que está sendo instituída e dizer ela de uma forma diferente que a coisa vai fluir melhor na equipe (USF-BRA).

Em outro caso, E15-BRA explicitou uma situação em que uma enfermeira parecia cumprir 100% das metas exigidas ou ela efetuava os registros porque precisava manter o emprego. Segundo registros de prontuário, uma mesma usuária realizava o triplo de exames recomendados por ano, porque a meta estabelecida assim o exigia.

[E15] Tinha uma unidade do [nome do hospital] que era assim ó, boa demais, eu ficava pensando assim, como é que... os caras atingiam todas as metas, eu chegava a ficar sensibilizada assim, tem que privatizar toda essa bosta mesmo [ironia]. Era uma coisa maravilhosa [aumento do tom de voz] era fora do normal, aquela enfermeira atendia demais. Daí saiu o [nome do hospital] e essa enfermeira não passou no concurso e aí foi ser enfermeira nova uma das minhas amigas, com o mesmo médico, com a mesma equipe praticamente. Ela começou a pegar os prontuários e descobriu que as mulheres faziam 3 CPs [exame citopatológico uterino] por ano, porque o [nome do hospital] cobrava indicadores da unidade e ela tinha que dizer que ela tinha coletado tantos CPs. A mulher não podia botar o pé para dentro da unidade que ela já tinha que abrir as pernas. Quando a gente fala de indicador, quando tu avalia ele no computador, quando você não está com a cara no serviço, confiando principalmente nos teus gestores... então quando eu tenho que botar indicador no computador, eu ponho o indicador que eu quiser. Eu tenho que fazer consulta de enfermagem, pouco ligo para o paciente, dou orientações, se eu quiser eu ponho do prontuário de que eu atendi. Quem vai me impedir, quem vai me controlar, se eu quiser dizer que o acolhimento que eu fiz de 5 minutos foi uma consulta de enfermagem, eu fiz uma consulta de enfermagem, quem vai dizer que não é? Então no momento que tu só confia nesse tipo de dado, se tu não olha com mais subjetividade aquilo alí, tu coloca o indicador que tu quer. Eu não tenho dúvida que a [nome do hospital], [nome do hospital] quem tiver agora, vai apresentar o indicador que for exigido, eu ponho o que eu quiser, eu preciso manter meu emprego, meu contrato, o dinheiro. Qual é a pressão que eu

estou sofrendo para atender aquilo ali, para gerar aquele indicador. Tem uma frase em italiano que diz assim: eu faço uma lei e ao mesmo tempo eu crio uma forma de burlar ela. A lei não faz as coisas acontecerem (CS-BRA).

Esses extratos de falas demonstram que as profissionais tinham um olhar crítico sobre seu trabalho e que mesmo diante de processos racionalizadores com a NGP, as enfermeiras produziam formas resistir, ora de uma resistência integrativa, contribuindo para a reprodução do instituído e ora uma resistência do tipo defensiva, buscando a redução do poder instituído.

Um aspecto importante a ser mencionado é que as enfermeiras que não eram estatutárias e tinham contratos de trabalho precários, pareciam exercer uma resistência defensiva de forma dissimulada, a fim da manutenção do emprego. Ou seja, possivelmente elas registravam o atendimento para atender a meta, mas na prática produziam o cuidado da forma como o concebiam, ligado às suas implicações profissionais.

Já, as enfermeiras estatutárias, que tinham estabilidade, conseguiam verbalizar suas posições e dizer não às novas ordens, manifestando suas implicações profissionais contrárias à NGP.

O processo analítico provocado pelas discussões a partir das contradições, das tensões, dos conflitos e dos dilemas vividos no cotidiano das práticas profissionais de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários, auxiliou na desnaturalização das práticas e possibilitou visibilizar o que vinha sendo produzido nos campos de intervenção.

Foi muito interessante acompanhar as contradições presentes nas falas das próprias enfermeiras, ao longo das entrevistas. Eram frequentes as mudanças de posições, ora contrárias, ora favoráveis, reveladas pelos momentos de gagueira, nas frases interrompidas pela metade, em momentos de “dar-se conta” do que se fazia, abrindo passagem para a produção de novas análises.

Nesses momentos, eu acolhia as contradições demonstrando que somos contraditórios e que somos capazes de, ao mesmo tempo, contestar e reproduzir aquilo que contestamos.

Na França, busquei na história da saúde pública, as regiões do país que viveram movimentos sociais de resistência aos processos instituídos na saúde e que de algum modo culminaram na criação de novos tipos de serviços de saúde (Angers) ou que contribuíram para a criação do sistema de saúde francês (Bouches-du-Rhône).

Imaginei que, como essas regiões tiveram a expressão de movimentos revolucionários, culminando na criação dos primeiros serviços de saúde fora dos muros do hospital, com missão diferente do consultório privado, talvez eu pudesse encontrar elementos interessantes para minha pesquisa.

Em Angers, região de criação do primeiro dispensário, havia vários CPEFs, estabelecimentos públicos geridos pelo departamento (público). As forças sociais que mobilizaram a criação dos CPEFs foram as discussões sobre a importância da educação sexual e o planejamento familiar, na década de 1960.

Os primeiros CPEFs iniciaram em 1967, com a mobilização de médicos que desejavam o controle das doenças venéreas, a igreja católica associando a educação familiar e as feministas com o propósito de proteger as mulheres da violência, dos abusos e dos abortos (BARUCH, 2015).

As entrevistas realizadas em um CPEF, com as enfermeiras E10-FRA e E11-FRA, apresentaram uma equipe constituída por dois médicos, um ginecologista, um sexologista, uma *sage-femme*³⁰ e as duas enfermeiras. A enfermeira E10-FRA afirmou que as principais atividades realizadas no estabelecimento eram:

[E10] Je fais du travail curatif et préventif, nous avons plusieurs casquettes, et donc... nous faisons les dépistages... DSTs, prélèvements de hépatites, suivi gynécologique, de la grossesse, la glycémie, la contraception, les préservatifs...voilà... les animations collectives (CPEF-FRA).

[E10] Eu faço o trabalho curativo e preventivo, usamos muitos chapéus/funções, e assim... fazemos testes... DSTs, prevenção das hepatites, acompanhamento ginecológico, da gravidez, a glicemia, a contracepção, os preservativos... animações coletivas (educação em saúde com coletivos) (CPEF-FRA).

Segundo E10-FRA, para assumir a vaga, ela buscou uma formação de conselheira familiar e conjugal, com duração de dois anos, em Paris.

[E10] J'ai suivi une formation de conseillère familiale et conjugale à Paris (CPEF-FRA).

³⁰ Sage-femme é uma profissão com formação mínima de 5 anos, possuindo um Conselho Nacional da profissão. É uma profissional que acompanha o cuidado à mulher e do bebe, juntamente com o médico.

[E10] Eu cursei uma formação de conselheira familiar e conjugal em Paris (CPEF-FRA).

A enfermeira E11-FRA, que trabalhava há 12 anos no mesmo CPEF, reforçou outras atividades que eram realizadas:

[E11] Soutien à la parentalité, questions de sexualité pour les jeunes, difficultés conjugales, interruption volontaire de grossesse, situations de violence... (CPEF-FRA).

[E11] Apoio à parentalidade, questões relativas à sexualidade aos jovens, dificuldades conjugais, interrupção voluntária da gravidez, situações de violência... (CPEF-FRA).

E11-FRA contou que uma das principais dificuldades era a permanência dos profissionais médicos na equipe, que diferentemente dos demais, não eram estatutários. A resistência, neste caso, era pela manutenção da equipe completa para a concretização da missão do serviço de saúde:

[E11] la plus grande difficulté est de garder le médecin dans l'équipe... il exerce son métier de façon mixte, en PMI, en libéral ou à l'hôpital. (CPEF-FRA).

[E11] a maior dificuldade é manter o médico na equipe... eles exercem seu trabalho de maneira mista, no PMI, liberal ou hospitalar. (CPEF-FRA).

A resistência iluminou convergências com a resistência brasileira à manutenção da constituição original das equipes de ESFs, constituídas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. A resistência nestes dois casos era do tipo defensiva, tendo em vista que os processos instituintes de atenção básica e de cuidados primários continham o propósito de racionalização das equipes e das ações de cuidado.

No Sul da França, a região denominada PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) guarda memórias de mobilizações sociais de trabalhadores das minas de carvão, ferro e

alumínio, assim como ocorreu em Angers, na região de Maine-et-Loire. As mobilizações culminaram na criação de *mutuelles*, em português, mútuas, compostas por associações de trabalhadores com elementos que se assemelham às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) brasileiras.

As mútuas construíram seus próprios estabelecimentos de saúde, como hospitais e dispensários. A força política exercida pelas mútuas contra as camadas mais abastadas francesas que haviam sido apoiadoras do regime nazista e saíram perdedoras na 2ª guerra mundial, conseguiu abrir passagem para a construção de um novo sistema de saúde no país. O Sul da França exerceu uma força importante nesse processo.

Desse modo, contatei serviços de saúde dessa região em busca de elementos que pudessem ser interessantes para a presente pesquisa. A busca inicial foi pelos estabelecimentos públicos, geridos pelo poder público, mas a maior parte dos serviços encontrados foram públicos geridos pelo privado ou privados financiados pelo público.

A entrevista realizada com a enfermeira E15 apresentou uma prática profissional liberal, em que o cuidado era produzido em equipe pluriprofissional. Dentre as expressões utilizadas por E15-FRA eram:

[E12] c'est un centre de soins de nouvelle génération. (Pôle de Santé-FRA)

[E12] é um centro de cuidados de nova geração". (Pôle de Santé-FRA)

Sob o slogan *Accès aux soins pour tous sans distinction parce que la santé est un droit fondamental*, em português, “acesso aos cuidados para todos porque a saúde é um direito fundamental”, o estabelecimento vinha implementando o novo modelo francês de cuidados primários, baseado na aproximação de diferentes serviços, de diferentes estatutos na produção de um cuidado mais territorial.

Desse modo, transformações ocorreram nas mútuas desde sua origem na mobilização de trabalhadores, parecendo estarem mais conectadas com a lógica de mercado que propriamente a sua profecia inicial. Críticas atuais sobre as mútuas expõem a fragilização da Seguridade Social com o crescimento nas despesas de saúde e o aumento das iniquidades em saúde (ABECASSIS, 2019).

A pesquisa evidenciou como a NGP, um modelo de gestão presente no nível macro, operou nos micro-espacos de uma profissão, em dois países diferentes. Na análise institucional, o macro está no micro e vice-versa: “o poder central está em toda parte”

(LOURAU, 1973, p. 29, LOURAU, 1978, ALTOÉ, 2004, LOURAU, 2014). Desse modo, referenciais teóricos e metodológicos sensíveis à relação macro-micro, contribuem na análise dos efeitos de modelos de gestão e políticas públicas nas práticas profissionais.

Os resultados deste eixo demonstram que as práticas do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários transitam na produção de um cuidado sob fortes tensionamentos econômicos, com a NGP enquanto modelo de gestão na saúde. Os resultados estão em ressonância com outros estudos que discutem os limites da NGP na área da educação e da saúde.

Stiglitz (2017; 2021), economista e Prêmio Nobel, considera que os quarenta anos de neoliberalismo provocaram a difamação do Estado, mas os resultados da desregulamentação e da liberalização financeira foram numerosas crises e a instabilidade econômica. Na França, especialistas em ciências econômicas e sociais apontam a ineficiência econômica das políticas de austeridade durante a crise da zona do euro e sugerem apagar este tipo de solução dos manuais de gestão (CHARLES; DALLREY; MARIE, 2019).

Santos & Vieira (2018) citam um estudo realizado com 25 países europeus, os Estados Unidos e o Japão que constatou que os custos com saúde e educação são três vezes multiplicadores fiscais, ou seja, para cada unidade monetária gasta nestes campos, o aumento esperado do Produto Interno Bruto (PIB) seria de três unidades monetárias (STUCKELER; BASU, 2013 citado por SANTOS; VIEIRA, 2018).

No Brasil, pesquisadores de ciências sociais e economia da saúde argumentam que políticas de austeridade implementadas, como o congelamento de 20 anos dos investimentos públicos, podem ser consideradas de austeridade seletiva porque não são para todos, preservam e ampliam os ganhos dos estratos sociais mais ricos e não são temporárias para conter a crise, visam reduzir o tamanho do Estado (SANTOS; VIEIRA, 2018).

4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERCEIRA PARTE

Na terceira parte da tese apresentei, analisei e discuti os resultados produzidos na pesquisa, analisando os dilemas, as contradições e as tensões vividas nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França demonstrando que a NGP está bem institucionalizada e que as transformações nas lógicas de gestão no campo da saúde provocaram atravessamentos nas práticas profissionais e na produção do cuidado.

No eixo 1 os resultados produzidos indicaram que a NGP provocou interferências no modelo biomédico, amplificando-o. No Brasil, as práticas profissionais de enfermagem na atenção básica tinham como foco a família e o território, demonstrando um tipo de APS abrangente, mas vêm sendo atravessadas pela lógica hospitalar (curativista e médico-centrada) e amplificadas pela NGP. Na França, as práticas profissionais de enfermagem nos cuidados primários tinham como foco o indivíduo, revelando uma APS do tipo seletiva, pois a oferta de cuidados constituía-se um conjunto limitado de ações, apresentando avanços na produção do cuidado em equipe multiprofissional.

No eixo 2, os resultados demonstraram um limite muito tênue entre público e privado, funcionando de forma imbricada, especialmente na França. Nos estabelecimentos públicos geridos pela administração pública direta, os efeitos da NGP são mais duros. Dois movimentos simultâneos foram evidenciados: ao mesmo tempo em que houve a precarização do trabalho, com redução de pessoal, ocorreu o aumento das atividades gerenciais nas práticas profissionais de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários.

A política pública brasileira, chamada Saúde na Hora, atuou como um transdutor institucional da NGP. Ao invés de ampliar acesso, ela reduziu, produzindo efeitos sobre as práticas profissionais e na forma de produção do cuidado. Os enfermeiros-gerentes relataram situações intransponíveis, tendo que fazer escolhas, usando a metáfora “a escolha de Sofia”. Os resultados mostraram que fazer escolhas e tomar decisões dilemáticas têm sido o dia-a-dia dos gerentes e profissionais de saúde diante das transformações introduzidas pelo NMP.

O eixo 3 indicou outra contradição da NGP nas práticas profissionais de enfermagem, ser reflexivo mas sufocado por um trabalho fortemente burocrático, esvaziado de sentido, enquanto se esperava um profissional crítico-reflexivo (no Brasil) ou autônomo e reflexivo (na França). A análise das agendas das enfermeiras e enfermeiros revelaram o

analisador tempo, desocultando a valorização da quantificação das ações de cuidado em detrimento do tempo necessário para o cuidado.

Ao longo dos eixos anteriores, formas de resistência à NGP foram evidenciadas. O eixo 4 apresentou o detalhamento de formas de resistência específicas à NGP utilizadas no cotidiano das práticas profissionais, como o lançamento de vários horários na agenda, o uso do tempo necessário ao cuidado e não o tempo prescrito, a não obediência a determinadas normas de produtividade, a desobediência civil, dentre outras.

Os resultados fornecem pistas sobre em quais direções transitam as práticas de enfermeiros na atenção básica, no Brasil, e nos cuidados primários, na França, sob os efeitos da NGP. A pesquisa revelou a ineficiência deste modelo de gestão nas instituições públicas, particularmente na atenção básica e na atenção primária. As promessas de melhoria na oferta e prestação de cuidados não se concretizaram.

Além disso, mostram que as repercussões das políticas de austeridade na saúde coletiva, no Brasil e em saúde pública, na França, têm o efeito de reduzir o acesso à saúde e deteriorar a qualidade dos cuidados produzidos. Os usuários excedentes eram enviados aos estabelecimentos privados.

Os resultados da presente pesquisa de doutorado estão em diálogo com as posições mais gerais dos economistas de saúde que discutem os efeitos danosos da redução de custos na saúde e na educação, bem como a importância dos efeitos multiplicadores das políticas de investimento nos serviços públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente tese de doutorado em cotutela busquei analisar as repercussões da institucionalização da Nova Gestão Pública (NGP) nas práticas profissionais do enfermeiro da atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França, a partir do referencial teórico e metodológico da análise institucional e sua linha socio-clínica institucional.

Dentre os objetivos específicos, analisei documentos que foram sendo identificados ao longo da pesquisa ou indicados pelas próprias enfermeiras, durante o trabalho de campo. Além disso, investi esforços na caracterização de fatores que pareciam favorecer ou dificultar esse processo de institucionalização da NGP na saúde e nas práticas profissionais do enfermeiro

O questionamento cruzado de práticas, enquanto método de produção e análise de dados foi uma potente ferramenta para a análise da forma como esse modelo de gestão atravessa uma profissão em dois países, com história, cultura, economia e sistema de saúde diferentes. O método de análise cruzada consiste no que uma observação feita em um país torna-se uma questão dirigida a outro país. Nesta tese, vários exemplos são dados de como isto é feito.

Trata-se de um método inovador para os estudos que se interessam pela análise dos modos como as políticas de saúde e os modelos de gestão atravessam as práticas profissionais. Isso dá pistas de que modo os profissionais concebem, transformam e implementam políticas públicas. O estudo revelou que as implicações profissionais (ideológicas, libidinais e organizacionais) influenciam os modos como essas políticas se materializam no cotidiano dos serviços de saúde.

Os dilemas, as tensões e as contradições experienciadas nas práticas profissionais dos enfermeiros na atenção básica, no Brasil e nos cuidados primários, na França demonstraram que a NGP segue sua institucionalização e que as transformações das lógicas de gestão no campo da saúde provocaram transformações nas práticas profissionais e na produção do cuidado.

No eixo 1, os resultados indicaram que as interferências entre a NGP e o modelo biomédico reforçou este último. No Brasil, as práticas profissionais de enfermagem na atenção básica eram centradas na família e no território, implementando um tipo de atendimento básico abrangente, mas foram atravessadas pela lógica hospitalar (curativista e medico-cêntrica), ampliadas pela NGP.

Na França, as práticas profissionais dos enfermeiros nos cuidados primários são centradas no indivíduo, revelando um tipo seletivo de cuidados primários, uma vez que a oferta de cuidados estava ligada a um conjunto limitado de ações, com avanços na produção de cuidados em equipes multiprofissionais.

Alguns serviços de saúde da atenção básica e dos cuidados primários ainda são coordenados por médicos ou por outros profissionais sediados no âmbito hospitalar, distanciando-se da lógica da APS enquanto coordenadora das redes de cuidado, como ilustrado no caso dos Núcleos de Saúde da Família (NSF), no Brasil, e dos Centros Médico-Psicológico (CMP), na França.

Alguns analisadores emergiram ao longo do estudo, apontando as contradições institucionais presentes, como a ausência de uma sala para a consulta do enfermeiro, o tempo prescrito para a consulta de enfermagem, a necessidade de autorização médica para a execução de determinados atos, entre outros. Dentre as instituições mais visíveis no estudo, estavam a saúde, a gestão, o trabalho, a medicina e o modelo biomédico.

O termo “torturante”, empregado por uma enfermeira, descreve o processo de transformação vivido pelos serviços públicos de saúde, na redução paulatina de profissionais e recursos, impactando na capacidade de atender às necessidades de saúde no território. O estudo explicitou a maneira com que a NGP vem transformando a atenção básica e os cuidados primários, nos últimos anos.

No eixo 2, os resultados indicaram também que a divisão entre o que é público e o que é privado vem se tornando muito tênue. Induções governamentais pelas parcerias público-privadas, impulsionadas pelas forças econômicas e por organismos internacionais, contribuem para o avanço da relação público-privado.

As práticas profissionais de enfermagem na atenção básica e nos cuidados primários vêm sendo fortemente tensionadas pelas novas lógicas de gestão, com a precarização do trabalho, a redução de pessoal e o aumento do trabalho ligado às questões gerenciais. Os resultados indicam que a redução da burocracia nos serviços públicos de saúde constitui-se um mito da NGP, não se concretizando nos campos de intervenção estudados.

Algumas políticas de saúde que vêm sendo implementadas em um conjunto de reformas na atenção básica, atuaram como transdutores institucionais, ou seja, ao invés de ampliarem acesso do usuário aos serviços de saúde provocaram o efeito inverso, a redução do acesso. No entanto, esses transdutores transformam as práticas profissionais, pois redirecionam os profissionais para atividades individuais e curativas, em detrimento das atividades coletivas e de promoção da saúde.

Alguns enfermeiros relataram a constância de situações dilemáticas no trabalho, o que chamaram de “escolha de Sofia”, pois sem ter capacidade de atender todos os usuários no serviço de saúde, precisavam escolher os que receberiam atendimento e os que seriam mandados embora ou encaminhados para outros serviços. Outros pontos destacados eram o sentimento de não estar fazendo bem o trabalho e a sensação de estar produzindo uma prática sem sentido e distante dos valores da profissão.

Nos dois países, os enfermeiros relataram experiências negativas com o trabalho hospitalar e optaram pelo trabalho na atenção básica e nos cuidados primários, por considerarem a presença de maior autonomia na produção do cuidado.

O eixo 3 faz aparecer uma contradição entre ter autonomia e ser reflexivo dentro um trabalho ainda mais burocrático, demonstrou uma prática profissional do enfermeiro marcada pelas metas de controle do tempo e do número de consultas. Foi possível perceber, como as ferramentas gerenciais da NGP vêm sendo introduzidas na saúde, a partir de indicadores gerenciais, de metas e de avaliação.

Um retorno ao taylorismo foi outro efeito da NGP nas práticas profissionais do enfermeiro, por meio do aumento das atividades gerenciais. A “avaliação positiva” da NGP foi mencionada por algumas enfermeiras, as quais visualizavam nos protocolos, na agenda estruturada, nas práticas avançadas, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) formas de reconhecimento do seu saber. Assim, parece que os enfermeiros da atenção básica e dos cuidados primários têm a mesma visão da NGP.

Em análises mais aprofundadas com essas mesmas enfermeiras, foi possível compreender que a profissão persegue sua busca pela valorização social e reconhecimento de seu saber/fazer frente às outras profissões e vêem na NGP elementos que talvez pudessem ajudar. No entanto, essa busca permanente pela valorização leva os profissionais à adesão a todo e qualquer novo conhecimento que possa fortalecer a reafirmação de si.

O estudo demonstra que o risco de se estruturar demais, por meio de listas de atos executados e agendas bem estruturadas, é reduzir o grau de autonomia sobre o próprio trabalho e se deixar controlar pelo poder instituído. Desse modo, manter uma certa zona de incertezas do trabalho produzido é exercer poder sobre o próprio trabalho.

O eixo 4 mostrou que os profissionais podem ser críticos, pensam e analisam o trabalho que realizam. Foi possível perceber diferentes formas de resistência à NGP na atenção básica e nos cuidados primários, ora de resistência integrativa, ora defensiva.

As enfermeiras contornavam o instituído da NGP com o lançamento de vários horários na agenda, o uso do tempo necessário ao cuidado e não o tempo prescrito, a não obediência a determinadas normas de produtividade, a desobediência civil, dentre outras.

A análise pelas resistências auxiliou na tomada de consciência dos momentos em que as práticas operavam segundo o instituído ou conforme o instituinte, abrindo passagem para novas práticas. O reconhecimento que os enfermeiros atravessados por contradições institucionais, que os sujeitos produzem as instituições e são produzidos por elas, é uma força do referencial teórico e metodológico utilizado.

A presente pesquisa dialoga com resultados de outros estudos que tratam sobre os efeitos da NGP nas práticas profissionais de enfermagem no campo hospitalar e com estudos produzidos sobre seus efeitos nas práticas profissionais médicas, nos dois países.

Além disso, os resultados estão em ressonância com estudos mais amplos, produzidos por sociólogos e economistas, que se interessam pelas repercussões da NGP nas áreas da saúde e da educação. Alguns desses estudiosos são categóricos ao tratar a NGP enquanto uma doutrina ou uma militância reformadora que deveria ser suprimida dos manuais de gestão, especialmente na gestão nas áreas sociais.

Dentre os novos limites do estudo, destaco a não inclusão dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem (no Brasil), os *aide-soigants* (na França) e demais categorias profissionais da área da saúde, que poderiam trazer mais elementos para compor as análises e auxiliar na compreensão de algumas das tensões suscitadas no estudo, como as que ocorrem com a profissão médica.

No que se refere às contribuições desta presente pesquisa de doutorado em cotutela para outros estudos, destaca-se o método de questionamento cruzado, que favorece deslocamentos nas análises com a desnaturalização das práticas. O método auxilia na visualização de outros elementos presentes, passando-se a ver de outro modo aquilo que já se conhece.

Quanto às contribuições para as práticas do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários, a pesquisa demonstrou que as mudanças em curso podem não representar avanços na profissão, como a valorização social e salarial. Ao contrário, o resultado tem sido a precarização, a sobrecarga de trabalho e até a mudança de profissão, no caso da França.

Para o campo da formação dos profissionais enfermeiros, o estudo traz pistas por quais caminhos transitam as práticas do enfermeiro na atenção básica e nos cuidados primários, podendo contribuir com a formação inicial e permanente dos profissionais de saúde (EPS).

Para as enfermeiras francesas, o estudo pode contribuir com o processo de universitarização recente, iniciado em 2009, no qual a formação em nível universitário, as colocam no mesmo nível de formação dos profissionais médicos e de outras profissões da saúde.

No campo da gestão, a pesquisa contribui na compreensão dos modos de implementação de políticas de saúde e da gestão. Ela demonstra como essas políticas e a gestão atravessam as práticas profissionais e como são concebidas, transformadas e implementadas pelos profissionais de saúde, guiados pelas implicações profissionais.

Sobre as contribuições para a sociedade, o estudo evidenciou que as reformas em curso, com base na redução de custos, vêm reduzindo a oferta de ações e serviços públicos de saúde, não resultando na melhor qualidade do cuidado. Os serviços públicos de saúde revelaram a redução contínua na capacidade de atendimento à população, encaminhando os usuários excedentes para os serviços privados.

Com base no que foi apresentado ao longo deste estudo, desejo que ele auxilie na produção de contra-instituições, potencializando as pequenas revoluções cotidianas que se materializam no fazer profissional dos enfermeiros sob forma de tensões, questionamentos e contradições institucionais.

Desejo ainda, que os resultados atualizem caminhos que possam conduzir a profissão, à busca de autonomia, de melhores salários e ao reconhecimento social, tão almejados, prestando um melhor serviço a população.

REFERÊNCIAS

- ABECASSIS, P. *et al.* La santé, un business? In: BOURSIER, F.; PELLETIER, W. **Manuel indocile de sciences sociales. Pour savoirs résistants**. Paris: Éditions La découverte, 2019. p. 242-150. Disponível em: <https://www.cairn.info/manuel-indocile-de-sciences-sociales--9782348045691-page-142.htm>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- AFONSO, M. et al. Les soins primaires: une définition du champ pour développer la recherche. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 66, n. 2, p. 157-162, 2018. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01708871/>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- ADAMI, N. P. A enfermagem de saúde pública na atualidade brasileira. **Rev. Bras. Enferm**, n. 26, v. 1-2, p. 46-48, 1973. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-716719730002000006>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- ALMEIDA, M. C. P. A enfermagem e as políticas de saúde, **Escola Anna Nery - Rev. de Enfermagem**, v. 1, n. especial, p. 53-62, jul., 1997.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; SILVA, E. M. S.; MELLO, D. F. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. **Saúde Soc**, n. 42, n. spe 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- AMOUROUX, T. **Infirmiers: 30 % des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5 ans**. Syndicat National des Professionnels Infirmiers. 2019. Disponível em: <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux-diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.html>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ANDRADE, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 46-48, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100018>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ANDRADE, F.A. G. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, pp. 292-318, 2001. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63060203.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- ANDRADE, L. R.; TEIXEIRA, M.; C. V. MACHADO. Gestão do trabalho na atenção básica: a proposta da fundação estatal Saúde da Família da Bahia. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 56-64, 2012. Disponível em:

<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/revista-divulgacao-n.47-completa.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

ANFIPA. **Association Nationale Française des Infirmières en Pratique Avancée**. Disponível em: <https://anfipa.fr/colleges.html.php>. Acesso em: 05 nov. 2021.

ARAÚJO, V. E.; FREITAS, I. B. A.; MARQUES, G. Q. Construção de um mapa inteligente do entorno do centro de saúde IAPI/POA: um relato de experiência. **Online braz. j. nurs**, n. 4, v. 3, 2005. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/62/20>. Acesso em: 20 fev. 2019.

ASSOCIATION MÉDICALE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE MÉDECINE D'ÉQUIPE. **Rencontres Médicales**, n. 16, janvier, 1984. Disponível em: <http://ijfr.fr/wp-content/uploads/2018/12/Rencontres-Medicales-1984.jpg>. Acesso em: 18 fev. 2021.

AUBOUIN, C. **La sidération des formateurs, un analyseur de l'institutionnalisation de la réingénierie de formation infirmière de 2009**. 2021.382f. Thèse (Doctorat en Sciences de L'Éducation) - École de Doctorale Éducation, Didactiques, Cognition, CY Cergy Paris Université, Gennevilliers, 2021.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber livro Editora, 2007.

BAREMBLITT, G. **Compêndio da Análise Institucional e outras correntes**. 5 ed. Rosa dos Ventos, 2002.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01497.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo**: propostas para aumentar eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I, Síntese, Nov. 2017. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BARUCH, F. Pratiques des centres de planification et d'éducation familiale. In: PIERRE, S (Org.). **Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel. Du soin individuel à la santé publique**. Toulouse: Érès, 2015, p. 139-158. Disponível em: <https://www.cairn.info/conjuguer-la-sante-de-l-enfant-et-de-la-famille-au--9782749248875-page-139.htm>

BEAUD, S.; WEBER, F. (2010). **Guide de l'enquête de terrain**. 4 ed. Paris: La découverte, 2010.

BELORGEY, N. Nova Gestão Pública e profissões hospitalares, **Saúde Soc**, São Paulo, v.27, n.3, p. 670-681, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hG4dHGnRMzZCqNr7czyfX6B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2021.

BERGH, A. L.; FRIBERG, F.; PERSSON, E.; DAHLBORG-LYKHAGE, E. Perpetuating “New Public Management” at the expense of nurses” patient education: a discourse analysis. **Nurs Inq**, v. 22, n. 3, p. 190-201, Set. 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12085/pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BEZES, P.; CHIAPELLO, E.; DESMAREZ, P. La tension savoirs-pouvoirs à l’épreuve du gouvernement par les indicateurs de performance. **Sociologie du travail**, v.58, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038029616300760>. Acesso em: 07 jan. 2019.

BITENCOURT, T. Quatro postos de saúde amanhecem fechados e a população é surpreendida em Porto Alegre. **GHZ**, Porto Alegre, 07 Dez.2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2020/12/quatro-postos-de-saude-amanhecem-fechados-e-populacao-e-surpreendida-em-porto-alegre-ckieqvoeb0040017wmxs0qnvi.html>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BOGESKOV, B. O.; RASMUSSEN, L. D.; WEINREICH, E. Between meaning and duty – leaders’ uses and misuses of ethical arguments in generating engagement. **J Nurs Manag**, v. 25, n. 2, p. 129-138, Mar. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27862564>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BOURDILLON, F.; BRÜCKER, G.; TABUTEAU, D. Définitions de la santé publique. In : _____. **Traité de santé publique**. Cachan: Lavoisier, 2016. cap. 1, p. 3-6. Disponível em: <https://www.cairn.info/traité-de-sante-publique--9782257206794-page-3.htm>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BOURGUEIL, Y. Systèmes de soins primaires: contenus et enjeux, **Revue française des affaires sociales**, n. 3, p. 11-20, 2010. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-3-page-11.htm?contenu=article>. Acesso em 05 nov. 2021.

BOURGUEIL, Y.; RAMOND-ROQUIN, A.; SCHWEYER, F. X. **Les soins primaires en questions(s)**. Rennes, França: Hygée Éditions, 2021. 120p. (Coleção Débats Santé Social). Disponível em: <https://www.press.es.ehesp.fr/produit/soins-primaires-questions/>. Acesso em 04 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, URSS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 08 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Distrito Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=CON&numero=&ano=1988&ato=b79QTWE1EeFpWTb1a>. Acesso em : 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 26 jan. 2018.

BRASIL. **Lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 26 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 537 de janeiro de 2018**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma gerencial e legitimação do estado social. **Rev. Adm. Publica**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 147-156, jan./fev. 2017. Disponível em: Acesso em: 26 jan. 2018.

BRITO, R. P.; OLIVEIRA, L. B. A relação entre gestão de recursos humanos e desempenho organizacional. **Brazilian Business Review**, v. 13, n. 3, mai-jun, 2016. Disponível em: <https://bbronline.com.br/index.php/bbr/article/download/142/218>. Acesso em: 09 jan. 2019.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. **Políticas de Saúde no Brasil**. Palestra. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **O método da roda e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1983.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 2, p. 290-305, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00290.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CARTIER et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. **La revue française de médecine générale**, n. 101, p. 65-71, 2012. Disponível em: http://archive.lecmg.fr/livreblanc/docs/04-65-71_exercer101_cartier.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

CARPANETTI, M. G. **L'intitutionnalisation du pilotage par la qualité des établissements scolaires chiliens**. La boîte à outils de consultants. 2018. 327f. Thèse (Doctorat en Sciences de L'Éducation) - École de Doctorat en Droit et Sciences Humaines, CY Cergy Paris Université, Paris, 2018.

CASSIANI, S. H.B.; SILVA, F. A.M. Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 27, e3245, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245>. Acesso em: 07 nov. 2021.

CASSOU, M.; MOUSQUÈS, J.; FRANC, C. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. **Questions d'économie de la santé**, n. 258, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

CAVALCANTE FILHO, J. B.; FRANCO, T. B. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Physis**, v. 26, n.1, p. 63-86, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00063.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

CECÍLIO, L. C. O. ; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p.e00056917, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQZhrJN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2021.

CHARLES, S.; DALLERY, T.; MARIE, J. Austerité ou relance? In : BOURSIER, F.; PELLETIER, W. **Manuel indocile de sciences sociales. Pour savoirs résistants**. Paris: Éditions La découverte, 2019. p. 275-285. Disponível em: <https://www.cairn.info/manuel-indocile-de-sciences-sociales--9782348045691-page-275.htm>. Acesso em: 08 nov. 2021.

CHELLE, E. Um militantisme réformateur: les manuels du nouveau management public, **Revue Internationale de politique comparée**, v. 19, n. 3, p. 19-36, 2012. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-politique-comparee-2012-3-page-19.htm>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CHIAPINOTTO, L.; FAIT, C. S.; JÚNIOR, M. M. O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS, **Saúde soc**, v. 16, n. 1, p.155-164, jan-abr 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100014>. Acesso em: 22 set. 2021.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; LUCIA NAVARRO, V. A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos, **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 96-115, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a07.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CIRINO, F. M. S. B.; SCHNEIDER FILHO, D. A.; NICHATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo, **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2111, 2020. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2111>. Acesso em: 7 nov. 2021.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v59n3/0011-5258-dados-59-3-0867.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

COREN. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Decisão COREN-SP-DIR/008/199. **Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo**. São Paulo: COREN, 2000. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/decisoes/decisao-coren-sp-dir008199/>. Acesso em: 11 jun. 2021.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 17 jun. 2021.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 27 nov. 2021.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 543 de 18 de abril de 2017**. Parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços,/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 08 nov. 2021.

COLORING HOME. Mapa da França. Disponível em: <https://coloringhome.com/coloring-page/1683383>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE DE FRANCE. **Aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé**. 2019. Disponível em:

<https://www.iledefrance.fr/sites/default/files/medias/rapports/RAPCP2019-081DEL.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

COOPER, D.; MERCER, D. Professional and political reflections on the “grand round”: a critical case study. **Br J Nurs**, v. 26, n. 16, p. 926-929, Set. 2017. Disponível em:

<https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2017.26.16.926>. Acesso em: 26 jan. 2018.

CONSTANT, J. Le dispensaire historique en sursis. **Le Parisien**, Paris, 28 janvier. 2006.

Disponível em: <https://www.leparisien.fr/yvelines-78/le-dispensaire-historique-en-sursis-28-01-2006-2006692075.php>. Acesso em: 30 jan. 2019.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 285-297, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

CROGUENNEC, Y. Les trois quarts des diplômés infirmiers trouvent leur premier emploi en moins d'un mois. **Études et résultats**, n. 1099, p. 1-6, 2019. Disponível em:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-trois-quarts-des-diplomes-infirmiers-trouvent-leur-premier>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CROZIER, M. **Le phénomène bureaucratique**. Paris: Editions du Seuil, 1964. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1965_num_20_2_421801. Acesso em: 14 jun. 2021.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. **L'Acteur et le système**. Les contraintes de l'action collective. Paris: Éditions du Seuil, 1977.

CROZIER, M. **O fenômeno burocrático**: ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas de organização modernos e suas relações, na França, com o sistema social e cultural. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

DASSO JÚNIOR, A. E. **“Nova Gestão Pública” (NGP)**: a teoria de administração pública do estado ultraliberal. S/1, 2016. XXIII Congresso Nacional CONPEDI, Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489>. Acesso em: 15 jan. 2018.

DELEST, C. **Création des centres de santé communautaire en France : freins et leviers. Étude qualitative par group et entretiens semi-dirigés auprès de créateurs en France.** 2019. 152f. Thèse (Doctorat en Médecine) – Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyonsud Charles Merieux, Université Claude Bernard – Lyon 1, Lyon, 2019.

DEUS, E. S. **Controle social das políticas de saúde: o caso do instituto municipal de estratégia de saúde da família.** 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências sociais)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/1962/1/000449688-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021.

DÓBIAS, D. V. **Práticas profissionais e resistência: movimentos em uma rede de saúde mental.** Curitiba: Appris, 2021.

DOMIN, J. P. 2016. La réforme de l'hôpital public: Un management sans ménagement. **La vie des idées**, 5 avril 2016. ISSN : 2105-3030. Disponível em: <https://laviedesidees.fr/La-reforme-de-l-hopital-public.html>. Acesso em: 24 fev. 2019.

DONNANGELO, M. C. F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A década de 70. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.** Caderno 2, Abrasco PEC/ENSP, 1983, p. 17-35.

DROLET, M. J.; LALANCETTE, M.; CATY, M. E. « Brisées par leur travail! OU Au bout du rouleau » : réflexion critique sur les modes managériaux en santé, **Canadian Journal of Bioethic, Revue canadienne de bioéthique**, v. 3, n. 1, p. 103-107, 2020. Disponível em: <https://www.erudit.org/en/journals/bioethics/2020-v3-n1-bioethics05237/1070230ar.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2021.

ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15786>. Acesso em: 14 fev. 2019.

ESTRYN-BEHAR, M. **Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant: Etude PRESS-T-NEXT, Partie 1,** 2004. Disponível: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

FARIA, L. Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 27, p. 173–212, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644773>. Acesso em: 22 set. 2021.

FAURE, O. La médecine gratuite au XIXe siècle: de la charité à l'assistance. **Histoire, économie et société**, Paris, n. 4, p. 593-608, 1984. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_1984_num_3_4_1379. Acesso em: 10 abr. 2021.

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF). **Mutualité Française.** 2021. Disponível em: <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/les-publications/>. Acesso em: 08 nov. 2021.

FERRARI, M. Anísio Teixeira, o inventor da escola pública no Brasil. **Nova Escola**. São Paulo, 01 out. 2008. Disponível em: https://novaescola.org.br/conteudo/1375/anisio-teixeira-o-inventor-da-escola-publica-no-brasil?download=truevoltar=/conteudo/1375/anisio-teixeira-o-inventor-da-escola-publica-no-brasil?download=true#_=_. Acesso em: 11 jun. 2021.

FERREIRA, A. S.; ABRAHÃO, A. L. Nursing care management in the Family health strategy: systemic review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 5, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3087>. Acesso em: 15 de jan. 2019.

FFMSP. Fédération Française des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. **Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire**. Disponível em: <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>. Acesso em: 08 nov. 2021.

FIGUEIREDO, J. O. *et al.* Public and private health expenditures in Brazil and selected countries. **Saúde Debate**, v. 2, n. 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2019.

FINKELNSTEIN, J.B; BORGES JÚNIOR, L.H. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. **J. bras. Econ. Saúde**, v.12, n.3, p.273-280,2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141368/jbes-v12n3-p273-280.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FORTUNA, C. M.; SANTANA, F. R.; SPAGNOL, C. A. La formation universitaire des infirmières au Brésil : trois expériences. **Recherche en Soins Infirmiers**, v. 4, n. 119, p. 85-98, 2014. Disponível em: 27 nov. 2021.

FORTUNA, C. M. **Práticas de acolhimento e os modos de gestão na atenção básica em saúde à luz da análise institucional**. 2016. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2016.

FORTUNA, C. M.; SILVA, S. S.; MESQUITA, L. P.; MATUMOTO, S.; OLIVEIRA, P. S.; SANTANA, F. R. A Socioclínica Institucional como referencial teórico e metodológico para a pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e2950017. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2950017.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

FORTUNA, C. M. *et al.* O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. e03258, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03258.pdf. Acesso em: 14 jan. 2018.

FORTUNA, C. M. *et al.* Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Rev. Bras. Enf.**, v. 72, p. 351-355, 2019. DOI10.1590/0034-7167-2017-0632. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KDJ9znCNtkLHfyx5cfQJWLr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2020

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOURNIER, C., MOUSQUÈS, J. Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée. **Actualité et Dossier en Santé Publique**, n. 107, p. 31-33, 2019. Disponível em: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1073133.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

FOURNIER, C. *et al.* Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale. **IRDES: Institut de recherche et documentation en économie de la santé**, n. 260, 2021. Disponível em: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2021.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. *In: MERHY, E. E. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003. p. 153-160.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.* São Paulo: Hucitec, 2013. p. 122-140. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 60 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FREIRE, D.E.W.G. *et al.* A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 85, 2021. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-55-085/1518-8787-rsp-55-085-pt.x44947.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** 3. ed. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

GAY, B. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale, **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 6, 2013, p. 193-198. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002095>. Acesso em: 08 jan. 2018.

GAY, B.; DUHAMEL, S. La situation des soins de santé primaires en France. **Médecine**, v. 15, n.1, p. 34-37, 2019. Disponível em: https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la_situation_des_soins_de_sante_primaires_en_france_313855/article.phtml. Acesso em: 08 abr. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 575-625. Disponível em:

http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf. Acesso em: 02 out. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt#>. Acesso em: 27 nov. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde debate**, v.1, n. 127, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 11 jan. 2021.

GOMES, C. B.S; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021.

GONÇALVES, A. M. ; SENA, R. R. Assistir/cuidar na enfermagem. **REME - Rev. Min. Enf.**, v. 2, n. 1, p. 2-8, 1998. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v2n1a02.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

GUESDON-CALTERO, C. *et al.* Système de santé et de soins infirmiers en France. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 25, p. 293-302, 2020. DOI 10.1590/1413-81232020251.27692019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NpqGXWf3gfw3B3M7j8JMDPJ/?lang=fr&format=pdf>. Acesso em: 12 set. 2020

GUILLIER, D. Petite histoire de l'analyseur argent, **Les Cahiers de l'implication**, Revue d'Analyse Institutionnelle, n. 5, hiver, 2001-2002.

GUILLIER, D.; NASCIMENTO, M. L. Comments on the notions of implication and transduction by René Lourau, **Rev. Dep. Psicol.**, UFF, v. 16, n. 2, p. 11-16, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-500278>. Acesso em: 15 set. 2019.

GUILLIER, D. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. **Les Cahiers de l'ACTIF**, p. 199-216, 2005. Disponível em: https://documentation.enseis.fr/index.php?lvl=author_see&id=18996. Acesso em : 20 set. 2020.

HARZHEIM, E. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

HASSENTEUFEL, P.; NAIDITCH, M.; SCHWEYER, F. Les réformes de l'organisation des soins primaires: perspectives multi-situées. Avant-propos. **Revue française des affaires sociales**, n. 1, p. 11-31, 2020. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>. Acesso em: 20 out. 2021

HENDERSON, J.; WILLIS, E.; TOFFOLI, L.; HAMILTON, P.; BLACKMAN, I. The impact of rationing of health resources on capacity of Australian public sector nurses to deliver nursing care after-hours: a qualitative study. **Nurs Inq**, v. 23, n. 4, p. 368-376, dez. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27548331>. Acesso em: 26 jan. 2018.

HENRY, S. La médecine libérale et le dispensaire d'hygiène sociale ou l'histoire d'une délicate cohabitation pour vaincre la tuberculose (1916-1939). **Revue d'histoire de la protection sociale**, n. 3, p. 55-70, 2020. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2010-1-page-55.htm>. Acesso em: 16 jan. 2021.

HEYMANS, I. Pourquoi des soins de santé primaires? **Santé conjugée**, n. 37, p. 25-30, 2007. Disponível em: <https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/203/dcffa6edab7b443a46a71d9d8e2c6b79c7373c18/pdf/SC37C01.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

HORNBY, P.; SIDNEY, E. **Division of health manpower development**. Motivation and health service performance. Geneva: WHO, 1988. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61596>. Acesso em: 26 jun. 2018.

HOYLE, L. Nurses' perception of senior managers at the front line: people working with clipboards. **J Adv Nurs**, v.70, n. 11, p. 2528-38, Nov. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24684696>. Acesso em: 26 jan. 2018.

IATRIDES, I.C. **Deux années pour changer de vie**. Mémoire du Master Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation. Mention : Pratiques et ingénierie de la formation Parcours : Formation de formateurs à l'accompagnement professionnel – Mémoire – Université de Cergy- Pontoise, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=sobre>. Acesso em: 25 de nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Produto Interno Bruto**. IBGE, 2020b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php#:~:text=O%20PIB%20do%20Brasil%20em,%24%202%20048%2C0%20bilh%C3%B5es>. Acesso em: 10 de jan. 2020.

INSTITUTE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). **Population Bouches-du-Rhône**. INSEE, 2019.

INSTITUTE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). **Produit Intérieur Brut**. INSEE, 2020. Disponível em: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2830613>. Acesso em: 10 de jan. 2020

JAMRA, C. C. A.; CECILIO, L. C. D. O.; CORREIA, T. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 86-94, 2021. DOI10.1590/0103-1104-20161080007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/R4bBmdtvR33HDvLXz6kykVj/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

JOSSELIN, C. Le centre de santé municipal a fermé. **Le Parisien**, Paris, 12 février 2003. Disponível em: <https://www.leparisien.fr/yvelines-78/le-centre-de-sante-municipal-a-ferme-12-02-2003-2003812360.php>. Acesso em: 12 jan. 2020.

KASPER, M.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 14, n. 3, p. 504-510, Jul/Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2018.

KASPER, M. *et al.* A análise institucional na produção científica em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 54, 2020. DOI 10.1590/S1980-220X2018046203587. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xJXPdfKbbcYHdchCF5DyKXj/?lang=en>. Acesso em: 14 fev. 2021.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, jan-mar, p. 161-169, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. Acesso em: 20 jan. 2019.

KOHN, R. C.; NÈGRE, P. **Les voies de l'observations: repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines**. Paris: L'Harmattan, 2003.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciên. Saúde Colet.**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. DOI 10.1590/S1413-81232003000100019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VbLqM64cWpJP7qHM7VjBf7s/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2020.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.31-88.

L'ABBATE, S. A trajetória da Saúde Coletiva no Brasil: análise das suas dimensões políticas e educativas em articulação com a Análise Institucional, **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 236-262, 2018. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41691/28960>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LAGARDE, M.; PALMER, N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2011, ed. 4. DOI: 10.1002/14651858.CD009094. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009094/epdf/full>. Acesso em: 04 out. 2020.

LAGET, M. Les livrets de santé pour les pauvres aux XVIIe et XVIIIe siècles. **Histoire, économie & société**. Paris, p. 567-582, 1984. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_1984_num_3_4_1376. Acesso em: 28 nov. 2021.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. **Clefs pour la sociologie**. Paris: Seghers, 1971. 240 p.

LAPASSADE. **El analizador y el analista**. Barcelona: Gedisa S. A., 1979.

LAURANT, M. *et al.* Nurses as substitutes for doctors in primary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2018. DOI 10.1002/14651858.CD001271.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/full/fr>. Acesso em: 19 out. 2020.

LE PARISIEN. Assurance maladie: 5,4 millions de patients n'ont pas de médecin traitant. **Le Parisien**, Paris, 9 janvier 2020. Disponível em: <https://www.leparisien.fr/economie/assurance-maladie-5-4-millions-de-patients-n-ont-pas-de-medecin-traitant-09-01-2020-8232696.php>. Acesso em: 14 fev. 2021.

LESTIENNE, C. Lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile : l'établissement des dispensaires en France (1880-1950). **In Situ**, n. 31, p. 1-22, 2017. Disponível em: <https://journals.openedition.org/insitu/14026>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LIMA JÚNIOR, E. B. *et al.* Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 44, p. 36-51, 2021. Disponível em: <https://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/2356/1451>. Acesso em: 14 out. 2021.

LOMBRAIL, P.; LANG, T.; PASCAL, J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? **Santé, Société et Solidarité**, p. 61-71, 2004. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/AsPDF/oss_1634-8176_2004_num_3_2_995.pdf. Acesso em: 16 set. 2020.

LOURAU, R. Prague la cité impossible. In: **L'Homme et la société**, n. 13, 1969. Sociologie et philosophie. p. 191-194. Disponível em: http://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1969_num_13_1_1238. DOI: 10.3406/homso.1969.1238. Acesso em: 19 dez. 2018.

LOURAU, R.; LAPASSADE, G. **Chaves da sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LOURAU, R. Analyse institutionnelle et question politique. *In: L'Homme et la société*, Revue internationale de recherches et de synthèse sociologiques. n. 29-30, p. 21-34, 1973. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1973_num_29_1_1831. Acesso em: 02 de fev. 2020.

LOURAU, R. **L'État-inconscient**. Paris: Editions de Minuit, 1978.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

LOURAU, R. Le champ socioanalitique. **Interventions socioanalitiques**: les analyseurs de l'église. Anthopos: Paris, 1996.

LOURAU, R. **Implication-Transduction**. Anthopos: Paris, 1997.

LOURAU, R. Deuxième lettre de René Lourau à Robert Marty. L'institutionnalisation: y a-t-il aporie sous roche? **Les Cahiers de l'implication**, n. 4. p. 51-52, 1997.

LOURAU, R. O objeto e método da Análise Institucional. In: Altoé, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 66-86.

LOURAU, R. O estado na Análise Institucional. In: Altoé, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004b.p. 140-153.

LOURAU, R. Implicação-transdução. In: Altoé, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004c. p. 212-223.

LOURAU, R. O campo socioanalítico. In: Altoé, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004d. p. 224-245.

LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma? In: Altoé, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004e. p. 246-258.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p.101-112, 2020. DOI 10.1590/1413-81232020251.27552019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/Yx3hw9M5qZRnkMYyK6hvCbr/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MARTINI, J. G. Implantação do programa de saúde da família em Porto Alegre. **Rev. Bras. Enf.**, v. 53, p. 71-76, 2000. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/m4T6fL7m765Jkg5wkQmyjYJ/?lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2019.

MARTY, I. K. **Gestão Pública**. Contratualização de serviços de saúde: experiência na APS. XXVI Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Contratualizacao-Ines-07-03.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MATOS, S. C. M. Nos bastidores dos CIEPs: entrevista com Silas Ayres, assessor de Maria Yedda Linhares na SME-RJ (1983-1986). **Rev. Hist. e Historiogr. Edu.** Curitiba, v. 1, n. 2, p. 285-303, 2017. DOI 10.5380/rhhe.v1i2.51489. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/rhhe/article/view/51489/32140>. Acesso em: 09 set. 2021.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 19, n.4, dez 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000400007>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MELLO, G. A. Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 24, n.2, apr-jun, 2017. DOI: 10.1590/S0104-59702017000200011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7smxfpkQKFSDPkDvc8zptBv/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 04 nov. 2019.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário**: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305/pt>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção a Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 589. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade, **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro v. 43, n. spe5, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>. Acesso em: 28 nov. 2021

MISHIMA, S. M. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

MISHIMA, S. M. Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 773-80, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fb8b6tZPSRTmPpVSy4TWccG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2019.

MOLINIER, P. L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care. **Agir en clinique du travail**. p. 157-167, Érès, 2010. Disponível em: <https://www.cairn.info/agir-en-clinique-du-travail--9782749211725-page-157.htm>. Acesso em: 18 dez. 2019.

MONCEAU, G. Le concept de résistance en éducation. **Pratiques de formation/analyse**, n. 33, p. 47-57, 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Gilles_Monceau/publication/289123646_Le_concept_de_resistance_en_education/links/56e1ec7d08aebc9edb19cc91/Le-concept-de-resistance-en-education.pdf. Acesso em: 18 jan. 2019.

MONCEAU, G. Analyse des pratiques et des implications professionnelles des formateurs d'enseignants. Le cas des maîtres - formateurs du premier degré. **Communication au Colloque international REF 98 Toulouse**, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305816827_Analyse_des_pratiques_et_des_implications_des_formateurs_d_enseignants_Le_cas_des_maitres-formateurs_du_premier_degre. Acesso em: 6 fev. 2019.

MONCEAU, G. Autour de l'analyse institutionnelle: la démarche de formation. In: **Analyse de pratiques professionnelles et entrée dans le métier**. Les Actes de la DESCO, CRDP Académie de Versailles, p. 27-35, 2002. Disponible em: <https://docplayer.fr/18700669-Dossier-de-formation-continue-actes-du-seminaire-l-analyse-de-pratiques-professionnelles-et-l-entree-dans-le-metier-les-23-et-24-janvier-2002-a-paris.html>. Acesso em: 6 fev. 2019.

MONCEAU, G. Effets d'une pratique clinique de recherche. KOHN, R. C. **Pour une démarche clinique engagée**. Paris : L'Harmattan, p. 91-104, 2003a. Disponible em: https://www.researchgate.net/publication/289379363_Effets_d'une_pratique_clinique_de_recherche/link/56e5a86308ae98445c2155c3/download. Acesso em: 18 jan. 2019.

MONCEAU, G. Pratiques Socianalytiques et Socio-clinique Institutionnelle, **L'Homme et la Société**, v. 1, n. 147, 2003b. Disponible em: <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-11.htm#no19>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente, **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez., 2005.

MONCEAU, G. Entre pratique et institution: l'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. **La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation**, n. 41, p. 145-159, 2008. Disponible em: <https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2008-1-page-145.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MONCEAU, G. **Socio-clinique des pratiques professionnelles et des processus institutionnels**. Actes du 2ème colloque international francophone sur les méthodes qualitatives, 25 et 26 juin, 2009a, Lille. Disponible em: <https://www.researchgate.net/publication/298069244>. Acesso em: 03 out. 2021.

MONCEAU, G. **Socio-clinique institutionnelle et éducation. Parcours, théorisations et méthodologie**. Sciences de l'Éducation. Université Paris 8 Vincennes - Saint Denis, Habilitation pour Diriger à la Recherche (HDR), 2009b. Disponible em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-03140718>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MONCEAU, G. Analyser ses implications dans l'institution scientifique: une voie alternative. **Estudos e pesquisas em psicologia**, n. 1, p. 13-30, 2010. Disponible em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9015/6899>. Acesso em: 18 jan. 2020.

MONCEAU, G. **L'Analyse institutionnelle de pratiques**. Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO; L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G. **Enquêter ou intervenir?** Effets de la recherche socio-clinique. Nîmes: Champs Social éditions, 2017.

MONCEAU, G. Le changement objet et effet de la socio-clinique institutionnelle. Le cas d'une recherche intervention dans le domaine de la parentalité. In: BROUSSAL, D.; BONNAUD, K.; MARCEL, J. F.; SARUC, P. (Orgs.). **Recherche(s) et changement(s) : dialogues et relations**. Toulouse: Cépaduès, 2018.

MONCEAU, G. **Socioclínica Institucional e Saúde Coletiva**: diálogos entre o Brasil e a França. Conferência de abertura, 1ER Colloque Internationale sur la Socio-clinique Institutionnelle et Santé Collective, Goiânia-GO, Brasil, 2019.

MONCEAU, G.; SOULIÈRE, M.; FORTUNA, C. M. Aliénation et émancipation en recherche, détour par la santé mentale et la recherche «avec». **Questions Vives. Recherches en éducation**, n. 33, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/questionsvives.4646>. Acesso em: 09 nov. 2021.

MONCEAU, G. ; FORTUNA, C. M. Le pouvoir des sujets dans les institutions: de sa négation à sa reconnaissance, **Nouvelle revue de psychosociologie**, v.2, n 30, p. 111-127, 2020b. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2020-2-page-111.htm>. Acesso em: 03 abr. 2021.

MOREIRA, L. S.; GÓIS JÚNIOR, E.; SOARES, A. J. G. A educação do corpo no Programa dos Centros Integrados de Educação Pública - CIEPs: um projeto educacional escrito pela modernidade. **Pro-Posições**, Campinas, v. 30, p. 1-27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/VLvCkKxYzjgWDcxVpVF4hvN/?lang=pt> . Acesso em: 08 set. 2021.

MOURÃO, L. C. et al. Analyser l'implication des professionnels en Santé collective en accompagnant les équipes. Comment la découverte des implications transforme la pratique collective ? In: MONCEAU, G. (Org.). **L'analyse institutionnelle des pratiques**: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012. p. 133-149.

MOYAL, A. Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. **Revue française de science politique**, v. 69, p. 821-843, 2019. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2019-5-page-821.htm>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MOYAL, A. L'exercice pluriprofessionnel em MSP: une division du travail sous contrôle médical. In : HASSENTEUFEL, P. ; NAIDITCH, M. ; SCHWEYER, F. X. **Les réformes de l'organisation des soins primaires**. Dossier thématique Revue Française des Affaires Sociales, Paris, 2020. p. 103-123.

NÓVOA, A. Para uma formação de professores construída dentro da profissão. **Revista de Educação**, Madrid, Espanha, v. 350, n. 9, p. 203-18, 2009. Disponível em: http://www.revistaeducacion.mec.es/re350/re350_09por.pdf. Acesso em: 29 mai. 2017.

NUNES, E.V. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito, **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.3, n.3. p. 5-21, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSLgn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021

ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. **Enquête sur l'avenir de la profession infirmière auprès de plus 30 000 infirmiers: Les infirmiers s'interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier.** Paris, p. 1-3, 8 de mai. 2021. Disponível em: https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/cp/ONI_CP_Avenir%20profession_060521.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). **Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.** 2020. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es. Acesso em: 28 nov. 2021.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). **Universal Health Coverage.** OCDE, 2019. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/universal-health-coverage.htm>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cobertura universal de saúde (CUS).** Genebra: OMS, 2019. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde - o caminho para a Cobertura Universal.** Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global.** Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://www.who.int/universal_health_coverage/progress-report-2014/es/. Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Sustainable health financing structures and universal coverage.** 64th World Health Assembly, Resolution WHA 64,9. 2011. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf?ua=1. Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 27 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 52^o Conselho Diretor. 65^a Sessão do Comitê Regional. **Human resources for health: increasing access to qualified health workers in primary health care-based health systems.** Washington, D.C., 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4441>. Acesso em: 02 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 154^a Sessão do Comitê Executivo. **Estratégia para cobertura universal de saúde.** Washington, D.C., 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/ce15412-estrategia-para-cobertura-universal-saude>. Acesso em: 02 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde**. Hamilton: OPAS, 2015

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. **L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 4 ed. França: Armand Colin, 2016.

PAIM, J.S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), **Saúde em Debate [online]**. Rio de Janeiro v. 43, n. spe5, p. 15-28. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/>. Acesso em: 27 nov. 2021.

PAULA, A. P. P. **Por uma Nova Gestão Pública**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2014.

PERES, L. M. V. O imaginário como matéria sutil e fluida fermentadora do viver humano. In: PERES, Lúcia Maria Vaz; EGGERT, Edla; KUREK, Deonir Luís. **Essas coisas do imaginário... diferentes abordagens sobre narrativas (auto)formadoras**. Brasília: Líber Livro, 2009. p. 103-17.

PERRIN, C.; BENZERFA, M. Réalités et enjeux de l'utilité sociale et des indicateurs d'utilité sociale pour les organisations sociales et solidaires. **Gestion et management public**, v. 05, n. 2, p. 59-75, 2016. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2016-4-page-59.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

PERROT, J. **La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE**. Organização Mundial da Saúde: Genève, p. 01-35, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/contracting/la%20contractualisation%20dans%20les%20OCD%20DP.F.06.4.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

PESCE, S. **Épistémologie de l'action et rhétorique de l'intervention socio-clinique**. Du « Groupe Dépressif » à l'Agir Collectif. Sciences de l'Éducation Habilitation à Diriger des Recherches (HDR), França. 2016.

PESCE, S. Autonomie des acteurs, rhétorique délibérative et initiation de l'agir. In: MONCEAU, G. **Enquêter ou intervenir?** Effets de la recherche socio-clinique. Nîmes: Champs Social éditions, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305543295_Autonomie_des_acteurs_rhetorique_deliberative_et_initiation_de_l'agir/link/5d82ea41458515cbd1984f08/download. Acesso em: 12 abr. 2021.

PESQUEUX, Y. **New Public Management (NPM) et Nouvelle Gestion Publique (NGP)**. 2020. Thèse (Doctorat en Sciences Économiques) - Université de Paris-Sorbonne, 2020. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02506340/document>. Acesso em: 29 nov. 2021.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C. ; MCINERNEY, P.; MUNN, Z. ; TRICCO, A. C. ; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Available from : <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 386-398, 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000200012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xyb4FW7YFDjDnB8ZGppTJqc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2020.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PILOTTI, A. **Masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'ère numérique**: ce que leurs usages du courrier électronique disent de leur professionnalisation. 2016. Thèse (Doctorat en Sciences de L'Éducation) - École de Doctorat en Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy Pontoise, Paris, 2016.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Prometa 2017-2020**. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo/default.php?p_secao=1135. Acesso em: 15 jun. 2021.

PORTO ALEGRE. Carteira de serviços da atenção primária à saúde de Porto Alegre. Dezembro, 2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1yAKyk4I5iyqIYf2bf4dpWWEpsZAFMkp8/view>. Acesso em: em: 15 jun. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Prometa 2021-2024**. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/noticias/2021/05/17/Prometa%202021-2024.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria de Saúde. **Locais de atendimento**. 2021. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=853. Acesso em: 30 jan. 2018.

PRADIER, E.; DUSSAP, A.; RYBARCZYK, S. **Etude sur le manque en personnels qualifiés dans le secteur de la santé dans le Rhin supérieur**: Rapport final. 2015. Conférence Franco-Germano-Suisse du Rhin Supérieur, 2015. Disponível em: https://www.conference-rhin-sup.org/fr/sante/telechargements.html?file=files/assets/Gesundheitspolitik/docs_fr/Publications/Etude%20sur%20le%20manque%20en%20personnels%20qualifies%20dans%20le%20secteur%20de%20la%20sante%20dans%20le%20Rhin%20superieur.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

PRZEWORSKI, A. A falácia neoliberal. *Lua nova rev. cultura e política*, 1993. DOI: 10.1590/S0102-64451993000100009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/F9HWFnQBNZSFkwjPnbswvzt/?lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2020.

RÉGEREAU, M. L'après-mine, la mémoire de la mine, la mine aujourd'hui. Actes du colloque du 20 juin 2018, organisé à l'occasion de la parution de l'ouvrage collectif

La Mine en France: Histoire industrielle et sociale. Disponível em:

[http://www.cgedd.developpement-](http://www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/pour_memoire_hors_serie_no27_cle563bd1.automne_2019)

[durable.gouv.fr/IMG/pdf/pour_memoire_hors_serie_no27_cle563bd1.automne_2019](http://www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/pour_memoire_hors_serie_no27_cle563bd1.automne_2019). Acesso em: 20 abr. 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la santé publique. **La santé en France: Rapport général.** Paris, 1994. 335 p.

Disponível em: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001396.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Journal Officiel de la République Française. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** 2009a. Disponível em:

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/02/pj1_Loin2009879du21juillet2009HPST.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Journal Officiel de la République Française. Ministère de la Santé et des Sports. **Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.** 2009b.

Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020961044>. Acesso em: 15 jan. 2020.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. **Stratégie Nationale de Santé.** Feuille de route. 2013. Disponível em: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf. Acesso em: 15 jan. 2018.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Journal Officiel de la République Française. **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.** 2016. Disponível em:

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère de la Santé et de la Solidarité. **Renforcer l'accès territorial aux soins.** Paris, 2017. 18 p. Disponível em: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). **Lutter contre les déserts médicaux.** 2019. Disponível em:

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). **Démographie des Professionnels de Santé.** 2020a. Disponível em:

<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). **Espérance de vie e mortalité.** 2020b. Disponível em:

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/601_indicateurs-de-contexte/information/. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Journal Officiel de la République Française. Ministère des Solidarités et de la Santé. **Arrêté du 6 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la**

lutte contre la propagation du virus covid-19. 2020c. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697131>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Journal Officiel de la République Française. Haut Conseil des Finances Publiques. **Avis no HCFP-2020-1 du 17 mars 2020 relatif au premier projet de loi de finances rectificative pour l'année 2020.** 2020d. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041734221>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). **Répertoire ADELI.** 2021a. Disponível em: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1062_1.xlsx. Acesso em: 24 abr. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère de l'Économie des Finances et de la Relance. **Qu'est-ce que l'économie sociale et solidaire (ESS)?** Disponível em: <https://www.economie.gouv.fr/cedef/economie-sociale-et-solidaire>. 2021b. Acesso em: 26 set. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Onisep. L'information pour l'orientation. **Pédicure-podologue.** 2021c. Disponível em: <https://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/pedicure-podologue>. Acesso em: 26 set. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. **Psychomotricien.** 2021d. Disponível em: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/psychomotricien>. Acesso em: 30 set. 2021.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. **Qu'est-ce qu'un vacataire dans la fonction publique?** Service Public. Administration française. 2021e. Disponível em: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31245>. Acesso em: 30 set. 2021.

RESENTERRA, F., SIGGEN, M., GIAUQUE, D. Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des Hôpitaux de Suisse Romande, **Humanisme & Entreprise**, v.5, n. 315, p. 1-24, 2013. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2013-5-page-1.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria de Saúde.** 2020. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/rede/i16ubs.php>. Acesso em: 30 jan. 2018.

RIBEIRO, D. **O livro dos CIEPs.** Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1986. Disponível em: <https://www.pdt.org.br/wp-content/uploads/2021/01/O-Livro-dos-CIEPs-por-Darcy-Ribeiro.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

RIGHI, L.; et al. Apoio para a Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.2, p. 59-68, 2014. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3261/3833>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RIGUI, L. ADAPS: caminho para a privatização do SUS? *Ágora ABRASCO*. Novembro, Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oAy-BrhF8QM>. Acesso em: 18 nov. 2021.

RIVIÈRE, A. Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : L'effet modérateur des stratégies d'ajustement, *Revue Française de Gestion*, v. 45, n. 282, p. 11-35, 2019. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2019-5-page-11.htm>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ROBELET, M.; SERRÉ, M.; BOURGUEIL, Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, Paris, n. 1, p. 231-260, 2005. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-231.htm>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ROBELET, M. Les médecins, l'Etat, et la politique des réseaux de santé en France. In: Vion, A.; Le Bianic, T., *Action publique et légitimité professionnelle*. Paris, LGDJ, p. 59-71, 2008.

RODRIGUES, H. B. C. Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. *Acheronta*, jul, v. 19, 2004. Disponível em: <http://www.acheronta.org/acheronta18/barrosconde.htm>. Acesso em: 02 nov. 2018.

RODRIGUES, H. B. C. **As subjetividades em revolta**: institucionalismo francês e novas análises. Rio de Janeiro: Lamparina, 2020.

ROMEDER, F. Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? *Recherche en soins infirmiers*. v. 99, n. 4, p. 97-116, 2009. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-4-page-97.htm>. Acesso em: 15 ago 2021.

ROQUE, H.; VELOSO, A.; SILVA, I.; COSTA, P. Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Cien Saude Colet*, v. 20, n. 10, p. 3087-3097, Oct. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3087.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

SAINT MARTIN, C. Implication et surimplication du praticien-chercheur. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, n. 3, p. 461-474, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300004>. Acesso em: 26 jan. 2018.

SAINT MARTIN, C. **La surimplication dans le travail de recherche**. In: SAINT MARTIN, C. (Coord.). *Analyser les implications dans la recherche et en formation*. Paris: l'Hamartan, 2019. p. 111-125.

SANTANA, F. R. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro**: pesquisa socioclínica no Brasil e na França. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. DOI:10.11606/T.22.2016.tde-05072016-090025. Acesso em: 02 fev. 2020.

SANTANA, F. R.; FORTUNA, C. M.; MONCEAU, G. Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers au Brésil et en France, **Revue Éducation Santé Sociétés**, v. 3, p. 115-135, 2017. Disponível em: <http://unires-edusante.fr/recherche/revue-education-sante-societes/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

SANTANA, F. R.; FORTUNA, C. M.; KASPER, M.; SANTOS, K. S.; SILVA, S. S.; GATTO JÚNIOR, J. R.; AUBOUIN, C.; MONCEAU, G. **A pandemia da COVID-19: um analisador da gestão em saúde no Brasil e na França**. In: SILVA, S. C. C. C. Saúde Pública no século XXI [livro eletrônico]: pandemia de covid-19. Volume 2. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. p. 11-26. Disponível em: <https://editoraomnisscientia.com.br/catalogos/ciencias-da-saude/saude-publica-no-seculo-xxi-pandemia-de-covid-19-2/>. Acesso em: 05 out. 2021.

SANTOS, *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 257-63, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zpPkwjwD6CkNvKnXvRWmXQv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de jan. 2019.

SANTOS, F. P. A. et al. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família, **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, nov-dez, p. 1124-1131, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1124.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde em Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 41, spe 3, p. 99-113. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41nspe3/99-113/pt/>. Acesso em: 27 nov. 2021.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2303-2314, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SAVOYE, A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, v.3, n. 2, p. 181-193, 2007. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/viewFile/41329/28598>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SCOCHI, M. J; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3891-3896 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2015.v20n12/3891-3896/>. Acesso em: 27 nov. 2021

SEBAI, J.; YATIM, F. Apoche centrée sur le patient et Nouvelle Gestion Publique : confluence et paradoxe, **Santé Publique**, n. 4, v. 30, p. 517-526, 2018. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-517.htm>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SIEWERT, J. S. Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **Rev. min. Enferm**, v. 21, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170057. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1185>. Acesso em: 04 out. 2021.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1997.

SILVA, V. M.; LIMA, S. M.; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social, **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, dez., p. 145-159, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/145-159/pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SILVA, S. S. D. **Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França**: componentes educativos e sanitários. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

SIMONDON, G. **A individuação à luz das noções de forma e de informação**. 1 ed. São Paulo: Editora 34, 2020.

SIMONET, D. New public management and the reform of French public hospitals, **Journal of Public Affairs**, Volume 13 Number 3 pp 260–271, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pa.1465>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SOARES, L. T. Políticas sociais na América Latina. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 923-944.

SONIX. **Software de transcrição automatizada online** (versão gratuita). Disponível em: <https://sonix.ai/pt>. Acesso em: 30 nov. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STAUB, M. M. **Rapport d'expertes concernant le domaine de responsabilité des soins infirmiers**. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277814159_Rapport_d'expertes_concernant_le_domaine_de_responsabilite_des_soins_infirmiers. Acesso em: 15 nov. 2021.

STIGLITZ, J. E. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**. Apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à História. Rio de Janeiro: Cebes, 2017.

STIGLITZ, J. E. A pandemia demonstrou as consequências de 40 anos de neoliberalismo. **Instituto Humanitas Unisinos**. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/606338-a-pandemia-demonstrou-as-consequencias-de-40-anos-de-neoliberalismo-avalia-joseph-stiglitz>. Acesso em: 08 nov. 2021.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic**: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Artemed. 2006.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos de gestão na atenção primária à saúde: refletindo sobre a gestão do trabalho e produção em saúde**. Texto preparatório para o Abrascão 2018. Seminário preparatório. De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no SUS, avanços, desafios e ameaças, 2018. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/TeixeiraMattaSilva-Junior-Modelos-de-Gest%C3%A3o-2018.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. D. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trab. Edu. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQF3VTBfg4Cq9XHgdc4ns3G/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2020.

TINGVOLL, W. A.; SÆTERSTRAND, T.; MCCLUSKY, L. M. The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. **BMC Nursing**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>. Acesso em: 26 jan. 2018.

TOSO, B. R. G. O. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: estratégias para implantação no Brasil, **Enferm. Foco**, v. 7, n. ¾, p. 36-40, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913/343>. Acesso em: 26 nov. 2021.

TROSA, S. Le public et le privé: la révision des missions débouche-t-elle sur la sous-traitance? De l'essence à l'existence. **Politiques et management public**, v. 25, n. 3, p. 1-18, 2007. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_2007_num_25_3_2375. Acesso em: 29 jul. 2021.

VALENTIM, S. **Entre gestão e educação na educação infantil na França e no Brasil: implicações profissionais sobre tensão**. 2016. Thèse en cotutelle (Doctorat en Sciences de L'Éducation / Doutorado em Educação) - École de Doctorat en Droit et Sciences Humaines, CY Cergy Paris Université, Paris, 2016 / Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016.

VALOUGEORGIS, G. **Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière**. Thèse (Doctorat en Chirurgie Dentaire) - Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes, Montrouge, 2019. Disponível em: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02129990/document>. Acesso em: 28 nov. 2019.

VARROUD-VIAL, M. Organisation et gradation des soins : concepts et évolutions dans la législation en France. **Actualité et Dossier en Santé Publique**, n. 107, p. 10-13, 2019a. Disponível em: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1071013.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.

VARROUD-VIAL, M. Vers une pratique plus collective en soins de proximité : de l'exercice regroupé à l'exercice coordonné. **Actualité et Dossier en Santé Publique**, n. 107, p. 28-30, 2019b. Disponível em: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1072830.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

VEZINAT, N. La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles: une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. **Revue française des affaires sociales**, n. 1, p. 79-101, 2020. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-79.htm>. Acesso em: 29 set. 2021.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0275. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1089-1100/pt/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

VIGNERON, E. **Qu'est-ce qu'un centre de santé?** Disponível em: <https://lescentresdesante.com/centre-de-sante-questions-frequentes/> Acesso em: 23 abr. 2021

WEBER, J. R. Pelo menos 68 postos fecham após prefeitura anunciar extinção de órgão responsável por saúde da família. **GZH Porto Alegre**, Porto Alegre, 17 set. 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/09/pelo-menos-68-postos-fecham-apos-prefeitura-anunciar-extincao-de-orgao-responsavel-por-saude-da-familia-ck0o6ac5b005801nwihrdydv.html>. Acesso em: 05 de out. 2020.

WIKIPÉDIA. Mapa do Estado de São Paulo. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_Paulo_\(estado\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_Paulo_(estado)). Acesso em: 10 jun. 2021.

WIKIPÉDIA. Mapa do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Grande_do_Sul. Acesso em: 10 jun. 2021.

WIKIPÉDIA. Mapa relações entre Brasil e França. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Rela%C3%A7%C3%B5es_entre_Brasil_e_Fran%C3%A7a. Acesso em: 10 jun. 2021.

WILLIS, E.; TOFFOLI, L.; HENDERSON, J.; COUZNER, L.; HAMILTON, P.; VERRALL, C.; BLACKMAN, I. Rounding, work intensification and new public management. **Nurs Inq**, v. 23, n. 2, p. 158-68, Jun. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26314694>. Acesso em: 26 jan. 2018.

WILLIS, E.; CARRYER, J.; HARVEY, C.; PEARSON, M.; HENDERSON, J. Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand. **J Adv Nurs**, v. 73, n. 12, p. 3102-3110, Dez. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28714137>. Acesso em: 26 jan. 2018.

WINBLAD, U.; BLOMQVIST, P.; KARLSSON, A. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. **BMC Health Serv**

Res, v. 17, n. 1, p. 487, Jul. 2017. Disponível em:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2403-0>. Acesso em:
26 jan. 2018.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F. ; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **N. Engl j Med**, v. 265, n. 2, p.885-892, 1961. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1056/NEJM196111022651805>. Acesso em: 26 nov. 2021.

WIGGERS, E.; DONOSO, M. T. V. Discorrendo sobre os períodos pré e pós Florence Nightingale: a enfermagem e sua historicidade. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1 Especial, p. 58-61, 2020. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3567/803>. Acesso em: 26 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Workload Indicators of Staffing Need (WISN)**: Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. v. 2, Genève : WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205234>. Acesso em: 05 de out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the World's Nursing: Brazil**. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em:
<https://apps.who.int/nhwportal/Sown/Files?name=bra.pdf>. Acesso em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the World's Nursing: France**. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em:
<https://apps.who.int/nhwportal/Sown/Files?name=fra.pdf>. Acesso em:

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO TEMÁTICO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS COM
ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Data da entrevista: _____/_____/_____

Local: _____

Hora: Início: _____ Fim: _____

Identificação do entrevistado: Participante nº _____

Idade: _____

Gênero: _____

Profissão: _____

Outro vínculo institucional: _____

Tempo de atuação na atenção primária: _____

Tempo de atuação nesse serviço de saúde: _____

Temas que nortearão as entrevistas semi-estruturadas:

- 1) Práticas profissionais desenvolvidas na atenção básica (formação e educação permanente em saúde)
- 2) A caracterização do perfil do enfermeiro da atenção básica (características, implicação profissional)
- 3) Dificuldades e/ou facilidades no trabalho da atenção primária (exemplificar situações concretas favoráveis à prática profissional, exemplificar situações concretas desfavoráveis)
- 4) Produção de cuidados versus produção de procedimentos técnicos (o tempo destinado ao cuidado, à educação em saúde, às atividades gerenciais)
- 5) Processo de trabalho na atenção básica – indicadores, metas e resultados (exemplificar situações concretas em que o trabalho é guiado pelos indicadores ou pelas necessidades de saúde do usuário)
- 6) Produção diária e alimentação dos sistemas de informação (e-SUS) (controle do desempenho profissional e avaliação atrelada ao alcance de resultados)
- 7) Espaço para livre expressão.

APÊNDICE B – PLAN DES ENTRETIENS INDIVIDUELLES AVEC LES INFIRMIÈRES
DES SOINS PRIMAIRES EM FRANCE

Date de l'entretien: _____ / _____ / _____

Lieu: _____

Horaire: Début: _____ Fin: _____

Identification du participant: Participant n° _____

Âge: _____

Sex ou Genre: _____

Profession: _____

Temps de travail en la santé publique/soin de premier recours: _____

Durée de travail dans ce service de santé: _____

Travaillez-vous dans une autre entreprise/service? _____

Les thèmes pour la questions:

- 1) Décrivez vos activités professionnelles faites aujourd'hui ou faites hier.
- 2) Quelles sont les pratiques professionnelles développées dans les services de santé publique/soin de premier recours.
- 3) Énumérer les facilités et les difficultés de votre travail dans la santé publique.
- 4) Avez-vous une surcharge de travail?
- 5) Y-a-t-il un planning dans vos activités?
- 6) Y-a-t-il contrôle du temps de soin?
- 7) Y-a-t-il un contrôle des indicateurs, des buts (objectifs de performance), des résultats, de qualité, d'efficacité, d'efficience?
- 8) Y-a-t-il évaluation de la performance au travail?
- 9) Devez-vous remplir souvent des rapports?
- 10) Comment faites-vous le registre d'informations du travail réalisé?
- 11) Y-a-t-il changements/transmutations en l'activités que tu as fait dans les premières années de travail et que tu fais aujourd'hui? Expliquez moi.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a)

Sr(a): _____

Estamos convidando o(a) sr(a) a participar, voluntariamente, da pesquisa **A institucionalização da Nova Gestão Pública no campo da saúde: repercussões nas práticas profissionais do enfermeiro na atenção básica**, sob a responsabilidade da pesquisadora Cinira Magali Fortuna, professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da pós-graduanda do Programa Enfermagem em Saúde Pública da mesma universidade Maristel Silva Kasper.

A pesquisa tem por objetivo geral analisar as repercussões da institucionalização da Nova Gestão Pública nas práticas profissionais do enfermeiro da atenção primária no Brasil e na França. Os objetivos específicos são: analisar o processo de institucionalização da Nova Gestão Pública nas políticas de saúde e em documentos oficiais da saúde; caracterizar no contexto do trabalho dos enfermeiros fatores que possam favorecer e/ou dificultar a institucionalização da NGP.

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de duas formas: entrevista semiestruturada e de encontros de reflexão que serão desenvolvidos em reuniões agendadas previamente com o (a) senhor (a), em dias e horários de sua preferência.

Caso concorde, será realizada uma entrevista semiestruturada com o(a) senhor(a), com data, horário e local estabelecidos previamente por meio de contato telefônico ou pessoalmente, com duração média de sessenta minutos, que deverá ser gravada em mídia digital para posterior transcrição e será composta basicamente de algumas perguntas referentes ao cotidiano do trabalho desenvolvido pelo(a) senhor(a) na atenção primária de seu município. Caso necessário, e o(a) senhor(a) concordar, poderemos agendar mais de uma entrevista para complementar algum assunto que tenha ficado em aberto na primeira entrevista.

Além disso, o(a) senhor(a) será convidado a participar dos encontros de reflexão com vistas a conversar e refletir acerca de sua prática profissional, através da utilização de estratégias possíveis de serem reaplicadas no seu trabalho, configurando o que se chama pesquisa-intervenção. Estão previstos cerca de 5 encontros entre os enfermeiros das equipes de Saúde da Família e o pesquisador deste projeto, mas é possível que tenhamos mais ou menos encontros, isso irá depender da necessidade apontada pelo próprio grupo. O local e as datas dos encontros serão combinados com o(a) senhor(a) em acordo com o conjunto de enfermeiros participantes e os pesquisadores. A duração será de duas horas, aproximadamente. Os encontros também serão gravados em mídia digital para transcrição em outro momento e o pesquisador fará anotações em diário durante a reunião. Todo o material registrado estará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos após o término dessa pesquisa, sendo destruído posteriormente.

As informações/opiniões emitidas pelo(a) senhor(a) serão tratadas de forma anônima assim como as demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação, o(a) senhor(a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las com os demais participantes, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo.

Contudo, esclareço que o(a) senhor(a) não é obrigado a responder questões que julgar desnecessárias ou julgar desconfortáveis. Outro desconforto ao qual poderá estar exposto(a) será o de expressar sua opinião e também ouvir os presentes no grupo, o que poderá causar tensões, especialmente se houver diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto, solicitamos que primeiramente verbalize no próprio grupo, pois é possível que esse desconforto também seja de outros participantes e, assim, o problema ou dificuldade poderá ter uma solução no próprio grupo.

Desse modo, o pesquisador utilizará estratégias de coordenação de grupo para ajudar na superação das dificuldades identificadas, amenizando os possíveis desconfortos. Se for necessário, será promovida atualização de conhecimentos identificados como necessários. Se preferir, o(a) senhor(a) poderá também manifestar seu desconforto particularmente ao pesquisador, através do telefone abaixo indicado ou pessoalmente, o pesquisador será responsável e tomará providências cabíveis. Na entrevista, igualmente, poderá sentir-se desconfortável com alguma questão referente ao seu trabalho e se isso ocorrer peço que manifeste ao pesquisador. Desse modo, o pesquisador irá parar a entrevista e perguntar se deseja prosseguir ou não com as questões.

A participação na pesquisa pode lhe proporcionar benefícios sobre o aprendizado de algumas estratégias que facilitam o trabalho em saúde, tais como o diálogo, a comunicação e o trabalho coletivo para o enfrentamento de obstáculos no trabalho. Os resultados da pesquisa irão compor uma tese e serão publicados na forma de trabalhos científicos divulgados em eventos como congressos e em revistas científicas da área da saúde.

Se o(a) senhor(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclareço que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira ao senhor(a).

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável ou com o pesquisador orientador que compõem essa pesquisa ou com o próprio Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP abaixo nominado. Caso concorde em participar, uma via original deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Parecer nº 3.134.647 CAAE 03164018.8.0000.539 e pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Secretaria de Saúde de Porto Alegre/RS, Parecer nº 3.267.686 CAAE 03164018.8.3001.5338.

Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, órgão que tem por objetivo proteger o bem estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (16)3315.9197, de segunda à sexta-feira, das 10 às 12h e das 14 às 16h. Ou com o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Secretaria de Saúde de Porto Alegre/RS, telefone (51)3289.5517, situado na Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar, Centro Histórico, Porto Alegre/RS.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

Cinira Magali Fortuna
(16) 3315.3950

Maristel Silva Kasper
(16) 99190.3690

Av. Bandeirantes, 3900, prédio da EERP. Campus da USP – Monte Alegre
CEP: 14040-900 - Ribeirão Preto, SP - Brasil
fortuna@eerp.usp.br

Eu _____, aceito participar da
pesquisa *a institucionalização da Nova Gestão Pública no campo da saúde: repercussões nas
práticas profissionais do enfermeiro na atenção primária*

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____ *do*
participante _____

APÊNDICE D - FORMULAIRE DE INFORMATION ET CONSENTEMENT

Chercheuse responsable du projet : Maristel Silva Kasper
Adresse courriel : mkasper@usp.br
Téléphone : + 55 16 9 91 90 36 90

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant comme volontaire au projet de recherche «L'institutionnalisation de la Nouvelle Gestion Publique dans le champs de la santé: répercussions sur les pratiques professionnelles en soin infirmiers en santé publique».

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en cotutelle dirigée par Cinira Magali Fortuna, professeure à l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo et Gilles Monceau, professeur à l'Université de Cergy-Pontoise. La directrice peut être jointe au + 55 16 9 94 31 82 28 ou par courriel à l'adresse : fortuna@eerp.usp.br. Le directeur peut être joint au + 33 1 41 21 74 71 ou par courriel à l'adresse : gilles.monceau@cyu.fr

La recherche vise à analyser les repercussions de l'institutionnalisation de la Nouvelle Gestion Public sur les pratiques professionnelles en soins infirmiers en santé publique, au Brésil et en France.

Si vous êtes d'accord, vous participerez à des interviews. L'interview sera programmé en date, lieu et heure définis par vous-même. Cet interview sera enregistré numériquement avec votre permission et prendra environ 1 heure de votre temps. L'interview sera transcrit dans son intégralité par la chercheuse.

Si vous estimez que l'organisation du processus de recherche vous met en situation trop contraignante pour pouvoir exprimer vos opinions de manière satisfaisante, vous pouvez contacter la chercheuse qui étudiera avec vous les modalités d'interruption de votre participation aux entretiens. Vous pouvez donc interrompre votre participation à cette recherche à tout moment si vous en éprouvez la nécessité, ceci sans préjudice.

Si vous le souhaitez, vous pourrez ensuite entrer de nouveau dans le dispositif de recherche en vous adressant à la chercheuse. Si vous estimez être victime d'un dommage au cours de la recherche, vous pouvez adresser une réclamation au professeur Gilles Monceau, directeur de cette recherche doctorale pour la France au laboratoire EMA de l'Université de Cergy-Pontoise.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous rappelons que cette participation est volontaire, gratuite, avec la garantie du respect du secret professionnel, de l'intimité et de la confidentialité des sujets de recherche.

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension relatif à les transformations dans le pratiques professionnelles des infirmiers produites par Nouvelle Gestion Publique dans le champs de la santé publique.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (documents de service de santé, plannings de travail des infirmiers, directives de travail) les renseignements recueillis à la condition

qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro + 55 16 99190.3690 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec les directeurs de recherche Cinira Magali Fortuna et Gilles Monceau des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant à cette recherche.

Pour toute autre question vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche dans l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo au Brésil, au numéro + 55 16 36 02 33 86 ou à l'adresse : Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP - Brasil.

Si vous êtes d'accord pour participer, nous vous proposons un formulaire d'information et de consentement à signer. Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo au Brésil (Protocole n° 3.134.647 CAAE 03164018.8.0000.539).

Ce Comité d'éthique a pour but notamment de garantir le respect aux sujets de recherche dans leur dignité et leur autonomie, en reconnaissant leur vulnérabilité, et de s'assurer que leur volonté de contribuer à la recherche s'est exprimée de manière libre et éclairée. Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer.

Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom et coordonnées :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les risques, les avantages du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du responsable du projet :

Date :

Nom et coordonnées :

Signature du directeur du projet :

Date :

Nom et coordonnées :