

Pensando avaliação em políticas e na gestão em saúde numa perspectiva cartográfica – construção compartilhada que favoreça mudanças

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

## **1. Como pensar análises de políticas**

Costuma-se dizer que no Brasil não há cultura de avaliação, inclusive no campo das políticas públicas, em que há uma tradição de descontinuidade política entre governos, sem prévia avaliação dos efeitos das iniciativas vigentes ou apesar de seus eventuais efeitos positivos, independentemente dos custos implicados nas rupturas.

Isso certamente tem a ver com a frágil tradição de cobrança do “público”/ sociedade civil em relação aos governantes, o que libera os últimos para serem pouco responsáveis com a coerência de seus programas e com a utilização dos recursos de modo efetivo. É a falta da chamada “accountability”, responsabilidade pública de governantes e instituições diante dos direitos sociais, dos recursos públicos e do interesse público em geral.

Mas a não utilização da avaliação também pode ter a ver com o modo/conceitos com que as avaliações de políticas públicas vêm sendo efetivadas (ALMEIDA & BÁSCOLO, 2006). Por que isso?

Classicamente os estudos de avaliação de políticas seguem a ideia do ciclo das políticas (BAPTISTA & REZENDE, 2015), que inclui três fases: formulação, implementação e avaliação (que deveria alimentar a revisão da formulação).

Na fase de formulação todos reconhecem haver disputa: disputa no reconhecimento e depois na construção do problema merecedor de ser objeto de política e no modo como será compreendido e endereçado. Apesar de sempre haver conflito de interesses, os estudos avaliativos que focam esta fase não são numerosos e geralmente os que o fazem abordam problemas amplamente reconhecidos como polêmicos.

A avaliação, na maior parte das vezes, está focada na fase de implementação e consiste em verificar se e em que grau os elementos propostos pelas políticas foram levados à prática. Esses estudos, na saúde, dependendo da política em questão, podem examinar o processo de trabalho, verificando conexões de rede, trabalho em equipe, ofertas assistenciais, integralidade ou humanização das práticas, aprendizagens etc. ou podem focar os resultados e em geral para isso se utilizam da apuração de indicadores diretos ou indiretos que estejam relacionados com a efetivação da política estudada (por exemplo, mortalidade infantil, cobertura de vacinação, internação por condições sensíveis à atenção básica, incidência de doenças imunopreveníveis etc. no caso da atenção básica; sífilis neonatal, taxa de cesárea, taxa de prematuridade, taxa de mortalidade materna no caso da atenção ao pré-natal e ao parto, por exemplo).

Os resultados indicam insuficiências – da aplicação (por falta de capacitação dos atores envolvidos ou pelas dificuldades impostas pelas condições estruturais e políticas) ou da formulação (que deveria endereçar as dificuldades estruturais e políticas, por exemplo). Predominam as insuficiências de implementação e as soluções em geral propostas giram em torno de providenciar capacitação para os atores envolvidos e corrigir os problemas de infraestrutura.

No senso comum, esses resultados produzem afirmações do tipo “sempre há distância entre a teoria e a prática”, “na prática, a teoria é outra”, “o SUS e seus princípios são excelentes na teoria, mas são difíceis de implementar na prática” (MATTOS & BAPTISTA, 2015).

Difíceis por que? Recursos materiais insuficientes em função do subfinanciamento? Isso com certeza interfere, mas explicaria tudo? Ou haveria também inconsistências entre discursos e apostas das políticas e suas estratégias de implementação? Estariam sendo considerados os diferentes contextos para pensar os dispositivos das políticas? Que interesses estão sendo contemplados nas políticas propostas e estudadas? Quais os atores mobilizados em torno do tema? Que conflitos existem? Como são endereçados / manejados e em que âmbitos? De que modo trabalhadores, usuários e movimentos sociais têm sido considerados / incorporados na definição de necessidades, princípios e arranjos organizativos das políticas?

Diferentes autores (BALL, 1994); (MATTOS & BAPTISTA, 2015); consideram, por tudo isso, que a complexidade do processo de produção de políticas não é suficientemente captada pela abordagem clássica do ciclo das políticas. Por um lado, porque não há a linearidade imaginada: disputa de formulação – produção do melhor texto possível considerando princípios, recursos e conhecimentos técnicos – implementação favorecida pela racionalidade técnica contemplada na proposta.

A formulação, incluindo o reconhecimento e definição de um problema e a formulação das estratégias para seu enfrentamento, é apenas um momento das disputas de interesses. Elas prosseguem durante a chamada fase de implementação e diferentes atores/ interesses/ valores se fazem presentes em diferentes âmbitos, de diferentes modos (BALL, 1994); (REZENDE & BAPTISTA, 2015); (FEUERWERKER & MERHY, 2015). É à luz das disputas que seguem, que diferentes atores produzem distintos sentidos para as formulações plasmadas no texto formal de uma política e produzem vetores convergentes, divergentes, novos textos e modos de operar. Tanto nos grandes espaços de formulação, como no cotidiano dos serviços e em outros espaços sociais de disputa de sentidos para as políticas, como é o caso da mídia e dos movimentos sociais, por exemplo.

Então, as divergências das práticas em relação às formulações originais, muito longe de serem somente fruto de incompreensão ou falta de conhecimento técnico (de gestores, trabalhadores e até dos usuários), expressam muitas vezes a disputa de diferentes projetos que prossegue em todos os momentos e que não está considerada pela política em suas estratégias – na formulação, implementação e, inclusive, na avaliação.

As três fases do ciclo das políticas, então, não seriam fases isoladas e estanques, mas apenas momentos de intensificação de um determinado aspecto do processo, já que disputas de entendimento e perspectiva, de proposições estratégicas, de construção de textos e modos de operar seriam contínuas, produzindo modificações nas relações de força e de saber e no posicionamento de diferentes atores. A disputa não é revogada a partir da formulação, distintos atores e seus projetos não são paralisados, continuam em movimento (BALL, 1994).

Identificar atores e projetos em disputa e os modos como se interferem em todos os momentos passa a ser crucial para a análise de políticas. E como disputas políticas não se resolvem a partir de argumentos técnicos somente, políticas que pretendam chegar a ser efetivadas no cotidiano precisam produzir dispositivos que possibilitem entrar na disputa, que favoreçam outras experiências e a construção de outros sentidos para os atores envolvidos.

Assim, trabalhamos em uma perspectiva fortemente influenciada por Foucault (DREYFUS & RABINOW, 1995): a estratégia da genealogia para estudar a produção das políticas, o que inclui mapear atores, os modos como puderam se inserir nos processos de pressão e formulação, as estratégias utilizadas, as principais tensões, os processos de negociação, os atores que ficaram de fora e suas movimentações e proposições, bem como a análise do texto produzido (MERHY, no prelo).

Depois, trabalhamos na perspectiva de analisar as políticas como dispositivo. Os dispositivos, segundo Foucault, são linhas de força que fazem os atores se movimentarem e falarem (DELEUZE, 2005): que interesses expressam as políticas propostas, como as estratégias pretendem interferir no movimento dos diferentes atores, como os diferentes atores reagem e manejam os novos contextos e relações produzidos em diferentes espaços: nos distintos âmbitos institucionais e no cotidiano, mapeando como se efetivam em diferentes contextos todas essas relações: em territórios concretos, com trabalhadores e usuários em distintas cenas (MERHY, no prelo); (FEUERWERKER, no prelo).

Por exemplo, uma análise genealógica da política para o câncer, incluiu em sua genealogia o mapeamento e conversa com os diferentes atores que se movimentam para colocar o problema em cena, reconhecimento das respectivas perspectivas e interesses, levantamento e análise de documentos oficiais e não oficiais até a formulação final. Curiosamente, por exemplo, até recentemente os municípios (que devem ser coparticipantes da formulação das políticas de saúde) estavam excluídos dos espaços institucionais de debate dessa política, que envolviam gestor federal, gestores estaduais e prestadores (hospitais universitários e instituições filantrópicas em sua maioria). Movimentos sociais, sociedades de especialistas e indústria farmacêutica e de equipamentos pressionam nos interstícios. Aqui em São Paulo, a “rede” do câncer é composta somente pelos serviços especializados. Ou seja, os serviços especializados

entram em ação depois de confirmado o diagnóstico, mas não estão conectados com o restante da rede que precisa chegar a esse ponto e nem se corresponsabilizam pelos procedimentos necessários, apesar de o diagnóstico precoce ser fundamental para definição do tratamento e os resultados que podem ser alcançados. Serviços especializados que são, em sua maioria, universitários ou filantrópicos, em íntima conexão com a produção privada do tratamento ao câncer. A que interesses responde esse arranjo de produção de políticas? Que efeitos acarreta no cuidado no âmbito do SUS? Por que certos atores silenciam?

A análise da política como dispositivo incluiria mapear como os diferentes atores se movimentam a partir dessa institucionalidade estabelecida, criando novos fluxos, furando ou produzindo bloqueios, produzindo alternativas ou não, criando necessidades etc. Isso se faz a partir da identificação de casos em diferentes lugares da rede (atenção básica, especializada, hospital, município grande, município pequeno, capital, interior etc. e diferentes tipos de câncer porque acessos e barreiras são distintos), seguida do acompanhamento do seu desenrolar, incluindo os movimentos produzidos por gestores, trabalhadores e usuários dentro e fora da rede de serviços de saúde.

Uma análise genealógica da política de atenção básica implicaria identificar o nascimento desse conceito dentro e fora do Brasil, seus pressupostos, o que houve de produção de atenção básica antes e depois da criação do SUS, diferentes conceitos e atores envolvidos. Quais os projetos em disputa? Atenção básica? Atenção primária? Que atores entram no jogo ao longo do tempo, que conceitos e linhas de força mobilizam? Como a saúde da família entra no jogo? Por onde entra e que efeitos produz nas diferentes regiões do país? Temas em tensão: equipe mínima e resolubilidade; agenda programática e integralidade; qual o lugar dos diferentes atores na produção do cuidado; atenção básica e demais serviços da rede de atenção: como se conectam, que dispositivos há para isso? Aposta e investimentos concretos. A política em suas diferentes versões apresenta evolução linear? Diferentes apostas e ênfases? Como é em municípios pequenos, médios e grandes?

Ou seja, nesse tipo de análise não se parte do pressuposto de que o texto da política vigente expressa o melhor conceito e os melhores arranjos e que avaliação trataria de verificar como são aplicados na prática. Trata-se de

interroga-la. Trata-se de estranhar. Trata-se de perceber como os diferentes atores estranham, apoiam, formulam e se movimentam a partir disso.

Por exemplo, a política diz: “a atenção básica deve ser organizadora da atenção; deve ser a principal porta de entrada para o SUS”, mas as unidades básicas, particularmente as que contam com equipes de saúde da família, estão concentradas nas regiões socialmente vulneráveis. Uma unidade básica nos Jardins em São Paulo chega a cobrir 100 mil pessoas. Ao contrário do discurso expresso na política, supõe-se que essa população vai cuidar de sua saúde de outro modo e que a parte que procurar o SUS entrará por outra porta. E mesmo nas regiões socialmente vulneráveis, a cobertura é limitada em relação a número de equipes disponíveis e horários de funcionamento, também levando a que uma parte da população ali residente procure as emergências como porta de entrada. Que impactos isso produz no imaginário social em relação ao SUS e à própria atenção básica? E seguiríamos por aí afora.

## **2. Como identificar o que são os dispositivos/ estratégias/apostas de uma política**

Primeiro, é possível fazer uma primeira leitura/aproximação estudando o texto da política. Depois, conversando com os diferentes atores, checando com eles suas apostas, desconfortos, estranhamentos, confrontando apostas de uns com os outros, os efeitos de uns sobre os outros, seus movimentos, buscando em campo verificar como cada coisa opera.

Recentemente, por exemplo, participei de uma grande pesquisa nacional de avaliação do cuidado nas redes de atenção à saúde, financiada pelo Ministério da Saúde. A consigna que adotamos para orientar a pesquisa foi: avalia quem pede, quem faz e quem usa, que implica uma perspectiva participativa de construção das perguntas (MERHY et al, no prelo).

Primeira conversa foi com os gestores do Ministério, que haviam encomendado a pesquisa. Quais suas perguntas, quais suas apostas, o que pensavam ser as estratégias da política para viabilizar o cuidado em rede?

Nos municípios que devíamos estudar, fizemos inicialmente conversas com os gestores. O que pensavam da política em questão? O que pensavam dos arranjos propostos pelo ministério? Como atuavam a partir disso? E quais

eram suas próprias apostas e suas próprias estratégias? Como faziam para viabilizá-las? Quais espaços poderiam ser explorados para perceber essa movimentação? Que perguntas tinham a respeito?

Fomos a esses espaços, acompanhamos os vários momentos do processo de produção que a gestão considerava fundamentais. Daí organizamos diversos momentos de conversa para discutirmos e problematizarmos com os gestores nossos recolhimentos do campo.

Depois fomos aos espaços locais, nos serviços de saúde, com os trabalhadores. Mesma conversa inicial: o que pensam da política (não só a nacional, mas da municipal também), quais suas apostas, estranhamentos, estratégias, que momentos seriam oportunos para observarmos essa produção?

Fomos a esses espaços e também organizamos diversos momentos de conversa para discutirmos e problematizarmos com os trabalhadores nossos recolhimentos do campo.

Daí identificamos conjuntamente usuários que seriam interessantes para analisarmos a produção do cuidado em rede. Com os usuários, acompanhamos encontros com diferentes atores/espaços dos serviços e também sua vida, todos os arranjos e movimentos que fazem, para além dos serviços de saúde, para produzir o cuidado de que necessitam.

Novos momentos de conversa com trabalhadores e gestores a partir de toda essa experiência.

A partir de todo esse movimento, é possível identificar os sentidos que os diferentes atores constroem sobre e para a política, semelhanças e diferenças entre eles, os movimentos que fazem a partir de encontros e tensões, o que funciona como dispositivo e como os diferentes atores se movimentam, os ruídos, as produções e, finalmente, os novos textos que os diferentes atores constroem para a política em questão.

Por que não partir somente do texto para identificar as apostas? Por que não partir somente das apostas dos gestores? Exatamente porque consideramos que as políticas são produzidas em permanente movimento e disputa. Nem gestores, nem trabalhadores, nem usuários controlam os efeitos de seus movimentos sobre os demais atores. O único modo de acessar, pelo menos parcialmente, esses efeitos, é buscando recolhe-los em ato e depois conversar sobre eles em diferentes espaços com variadas composições.

Quando se define a priori o que procurar, corre-se o risco de não encontrar nada, pois os óculos fabricados para olhar o campo não dão visibilidade a outros movimentos que não os previamente esperados. Por que não simplesmente conversar com os diferentes atores? Porque o discurso que fazemos sobre nossas práticas e nossas relações é sempre um discurso interpretado, misturado com nossos desejos e implicações. Os movimentos da prática colocados em debate e análise, colocam em xeque os discursos e formulações a priori (MAIRESSE, 2003).

Por que conversar junto com os atores do campo e não somente entre os pesquisadores? Porque a partir do processamento conjunto é possível produzir um conhecimento compartilhado, que abre possibilidades de novos sentidos e novos arranjos para o trabalho e porque a alteridade com atores do campo é importante também para colocar os pesquisadores, seus recolhimentos e implicações em análise também.

O produto desse tipo de investigação não tem a pretensão de ser “o julgamento sobre o que existe e acontece”, mas produzir reflexões sobre o que foi possível tornar visível e dizível nesses encontros entre pesquisadores e os atores em questão, em determinadas condições e num determinado tempo. Parece-nos mais importante aprender dessas experiências (o que faz sentido, qual sentido e para quem, o que ajuda, e o que atrapalha os diferentes atores, as sintonias, as dissonâncias, quando, como e por que se consegue produzir o que) do que enunciar julgamentos sobre elas. Parece-nos mais importante produzir reflexões compartilhadas do que oferecer unilateralmente nossa interpretação sobre o campo.

### **3. O desafio de estudar o processo de trabalho em saúde**

Uma secretaria de saúde, um espaço de gestão central ou local, um equipamento qualquer de saúde (hospital, UBS, CAPS, UPA etc.) é constituído por diferentes planos. Há um plano formal, que define sua finalidade, o papel de cada um dos sujeitos que o configuram, prescreve modos de operar e se relacionar. Muitas políticas fazem essas definições em relação a diferentes espaços da saúde (FEUERWERKER, 2014).



Mas esse plano formal é atravessado por muitos outros planos. Há condicionamentos políticos e materiais concretos que dificultam ou facilitam diferentes dinâmicas e operações. Há uma história do lugar, que cria determinadas expectativas e possibilidades e dificulta ou bloqueia outras. Há diferentes perspectivas e projetos produzidos pelas diferentes corporações profissionais e também por distintos movimentos e segmentos da população. Há a história de vida de cada um dos sujeitos que operam nesse cenário e que modifica o modo como ele utiliza seus conhecimentos técnicos e sua potência ética em diferentes situações. Há suas diferentes perspectivas ético-políticas e também as decorrentes das diferentes formações profissionais. Há os efeitos que a relação entre os membros das equipes produz sobre todos, também abrindo e fechando possibilidades (FEUERWERKER, 2014).

Assim, apesar de haver regularidades entre as várias secretarias de saúde, os vários hospitais, as várias unidades básicas, os vários centros de reabilitação psicossocial, as várias equipes que os compõem, também há diferenças importantes entre eles, decorrentes de diferentes combinações e atravessamentos entre esses e outros planos de constituição.

Assim, por exemplo, embora haja semelhanças entre as equipes de saúde da família de todo o Brasil, numa mesma unidade de saúde há diferenças de operação e produção entre as diferentes equipes que a constituem. Todos os médicos não são iguais, todos os enfermeiros não são iguais, todos os ACS não são iguais, assim como todos os usuários não são iguais. Vale o mesmo para uma UPA e as equipes de plantonistas dos diferentes dias da semana. Há dinâmicas tão distintas que a cada dia a unidade pode se produzir diferente. Ou diferentes equipes produzem unidades diferentes a cada dia.

Ou melhor, a cada encontro. Pois no encontro com os diferentes usuários, as equipes, gestores ou cada trabalhador e gestor não são mobilizados do mesmo modo. Há situações e usuários que agenciam atendimentos rotineiros; há outros que fazem gestores e trabalhadores procurarem ou produzirem alternativas ao já estabelecido. Há usuários, trabalhadores, gestores, situações que mobilizam o que temos de melhor e há usuários, trabalhadores, gestores, situações que mobilizam o que temos de pior.

Numa situação, uma equipe ou um trabalhador cuida muito bem; em outra, a mesma equipe ou o mesmo trabalhador não fabrica a melhor possibilidade,

apesar de sua formação profissional e de certos valores ético-políticos serem supostamente constantes em sua constituição.

Isso acontece pois não somos sujeitos fixos, apesar de portadores de uma certa “base constante”. Nós nos modificamos a depender da situação, dos encontros, dos agenciamentos. A isso chamamos de processos de subjetivação. Somos sujeitos em permanente produção (MERHY, FEUERWERKER et al, 2010).

Como o trabalho em saúde é feito a partir de encontros – entre gestores-trabalhadores-usuários - há uma contínua variação, uma contínua produção, que faz com que sejamos múltiplos e não fixos. Multiplicidades em produção.

O cuidado em saúde, a partir desses múltiplos agenciamentos é produzido a quente, “em ato”. Como pesquisar algo produzido em ato e que só fica registrado “nos corpos”/ nos modos de ser/estar dos participantes dos processos?

Nossa proposta é acompanhar os encontros nas diferentes situações, por um tempo, sabendo que seremos capazes de produzir somente certas visibilidades e que em nossas conversas sobre as diferentes situações produziremos certas dizibilidades, certas possibilidades de colocar em palavras o que foi experimentado. Utilizamos, para intensificar as possibilidades de análise e autoanálise, cenas ou encontros, casos, perguntas em momentos organizados para a reflexão (FEUERWERKER & MERHY, 2015); (GOMES et al, 2104).

Como então “avaliar” uma equipe se, ao longo do tempo, em diferentes situações, ela se produz e produz coisas diferentes? Numa situação cuida, na outra nem tanto. Numa é agenciada para o que tem de melhor; noutra fica capturada pela regra, por preconceitos. Assim também são os pesquisadores/avaliadores.

Por tudo isso, consideramos ser muito mais produtivo e enriquecedor, colocar em análise essas diferentes cenas/produções/agenciamentos, partindo de sua identificação a partir dos critérios dos próprios gestores/trabalhadores/usuários/pesquisadores. Por que numa cena foi possível cuidar assim e na outra assado? O que foi diferente e por que? Por que numa cena foi possível produzir coletivamente e na outra, não? O que foi diferente para mobilizar potências numa cena e limites em outra? O que a política, a gestão, os

diferentes arranjos, os modos de trabalhar mobilizam e potencializam? Capturam ou mobilizam potências? Quais as invenções? Que produções de vida? Que produções de morte?

Por isso, utilizamos uma abordagem cartográfica, que possibilita produzir visibilidades e dizibilidades aos diferentes planos e agenciamentos envolvidos no trabalho em saúde. E o convite a gestores, trabalhadores e usuários é que a pesquisa ou “a avaliação” sejam uma oportunidade para criar encontros e conversas coletivas para colocar o vivido e experimentado (por eles e por nós) em análise. Produzindo aprendizagens coletivas que possibilitam que todos se modifiquem em processo.

No fundo, a pesquisa é um convite a utilizar a educação permanente (FEUERWERKER & MERHY, 2014) como um dispositivo deliberado de aprendizagem, a partir da reflexão coletiva sobre a experiência. A experiência possibilita aprender quando nos demoramos nos desconfortos, quando nos permitimos interrogar sobre o que acontece em nós a partir das diferentes vivências (LARROSA, 2014).

#### Bibliografia

ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, formulation and implementation: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, supl, p. S7-S19, 2006.

Ball, S.J. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. In: BALL, S.J. (Ed.). **Education Reform: a critical and poststructural approach**. London: Open University Press, 1994. Cap. 2, p.14-27

Baptista, T.W.; Rezende, M. A ideia de ciclo na análise de políticas. In: Mattos, R.A.; Baptista, T.W. (orgs) **Caminhos para análises de políticas de saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

Mattos, R.A.; Baptista, T.W. (orgs) **Caminhos para análises de políticas de saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

Deleuze, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Editora rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L.C.M. MAIS UM POUCO, A TÍTULO DE PREFÁCIO. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C. (orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Walprint, no prelo. Vol 2.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. Educação Permanente em Saúde: educação, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. (orgs) **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências.** Salvador: Editora da UFBA, 2014.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que, fundamentalmente, investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: Mattos, R.A.; Baptista, T.W. (orgs) **Caminhos para análises de políticas de saúde.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015, p.439-460.

GOMES, M. P. C. *et al.* Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

LARROSA, J. **Tremores: escritos sobre a experiência.** Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Fonseca, T. e Kirst, P (orgs). **Cartografias e devires: A Construção do presente.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2003.

MERHY, E.E. A propósito de um prefácio. In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C.; EMILIO, D. SLOMP JR, H. (orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Walprint, no prelo. Vol 1.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER. L.C.M. et al. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B ; RAMOS, V.C. (orgs) **Afecção, cuidado e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010; p 60-75.

REZENDE, M; BAPTISTA, T.W. A análise da política proposta por Ball. In: Mattos, R.A.; Baptista, T.W. (orgs) **Caminhos para análises de políticas de saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.