

# Incorporação de tecnologias em saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar: uma análise pela perspectiva do modelo de coalizão de defesa (2007-2016)

Antônio Sérgio Araújo Fernandes e Alana Mendonça Amorim

## RESUMO

O trabalho apresenta um estudo sobre a política de incorporação de tecnologias na saúde suplementar, a partir da atualização do rol de procedimentos e eventos de saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar, no período de 2007 a 2016, com base no modelo de coalizão de defesa. O trabalho foi desenvolvido a partir de análise documental pública nas atas de reunião da agência. Os resultados mostram que a política de incorporação de tecnologias no sistema de saúde suplementar possui vários atores políticos com interesses diversos e, muitos deles, conflitantes. Nessa gama de atores, duas coalizões são identificadas: médicos e operadoras de planos de saúde, aqui identificadas como assistencialista e liberal, respectivamente. O trabalho conclui que a coalizão assistencialista obteve mais êxito na sua defesa política, possivelmente, por uma convergência de valores com as diretrizes da agência.

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar; incorporação de tecnologias de saúde; modelo de coalizão de defesa.

*Incorporation of Health Technologies in the National Supplementary Health Agency: An Analysis from the Perspective of the Advocacy Coalition Framework (2007–2016)*

## ABSTRACT

The work is a study on the policy of incorporating technologies in supplementary health, based on the update of the list of procedures and health events at the National Health Agency, from 2007 to 2016, based on the advocacy coalition framework. The work was developed from public document analysis in the minutes of agency meetings. The results show that the policy of incorporating technologies in the supplementary health system has several political actors with different interests and many of them conflicting. In this range of actors, two coalitions are identified: doctors and health insurances, here identified as welfare and liberal respectively. The work concludes that the welfare coalition was more successful in its political defense, possibly due to a convergence of values with agency guidelines.

*Keywords: National Supplementary Health Agency; incorporation of health technologies; advocacy coalition framework.*

Recebido em: 24/09/2023

Revisado em: 06/11/2023


Aprovado em: 19/11/2023



**Antônio Sérgio Araújo Fernandes** 

Doutor em Ciência Política,  
Universidade de São Paulo, Brasil.  
Universidade Federal da Bahia, Brasil.

[antoniosaf@ufba.br](mailto:antoniosaf@ufba.br)

**Alana Mendonça Amorim** 

Doutora em Administração,  
Universidade Federal da Bahia, Brasil.  
Universidade Federal da Bahia, Brasil.

[alana.mendonca1@gmail.com](mailto:alana.mendonca1@gmail.com)

## Introdução

Na Carta Magna brasileira, fica definido, para o Brasil, um sistema de saúde misto, composto por um sistema universal, o Sistema Único de Saúde, complementado pelo sistema privado, quando aquele não for suficiente. Além do sistema público e complementar (constituído do sistema privado, que serve ao sistema público), temos ainda o sistema suplementar, que é constituído por operadoras que comercializam seguros e planos de saúde, intermediando compradores e prestadores de serviços (Ocké-Reis, 2012). O Brasil possui o segundo maior mercado de planos de saúde do mundo, atrás, apenas, dos Estados Unidos (Andrade *et al.*, 2018; Baird, 2017). Até o momento, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registra 20.084 planos de assistência médica ativos, com 50.656.907 usuários, o que representa uma taxa de cobertura populacional média da população brasileira de 26,11% (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021b). A saúde suplementar é regulada atualmente pela ANS e pelo Conselho de Saúde Suplementar. A ANS tem, entre outras atribuições, a responsabilidade de atualizar o rol de procedimentos e eventos de saúde, que consiste na listagem mínima de tecnologias de saúde a que os usuários dos planos terão acesso, definindo, dessa maneira, a amplitude e qualidade da assistência multiprofissional prestada nesse mercado específico. A política de incorporação de tecnologias na saúde suplementar se dá por meio dessa atualização periódica do rol de procedimentos e eventos de saúde e, considerando o impacto dessa política para a vida de milhões de brasileiros, tornou-se objeto de interesse do presente trabalho.

Diferentes atores políticos, tais como operadoras de planos de saúde, médicos, profissionais da equipe multidisciplinar, prestadores de serviço, dentre outros, participam da atualização do rol da ANS, por meio dos espaços de participação pública, franquados por essa agência, onde buscam influenciar as decisões dessa instituição, em função dos seus interesses. Dessa maneira, compreende-se que esse é um processo político relevante, que merece a investigação à luz de um referencial teórico que dê suporte ao entendimento de como se deu a evolução dessa importante política nacional. Por esse motivo, delineou-se a pesquisa em tela, que tem o objetivo de compreender como evoluiu a política de incorporação de tecnologias na saúde suplementar, a partir da atualização do rol de procedimentos e eventos de saúde na ANS, no período de 2007 a 2016, com base no Modelo de Coalizão de Defesa (MCD). Para dar cabo dessa tarefa, pretende-se analisar, de acordo com o que prevê o MCD, os principais atores, as crenças do núcleo político, as coalizões, os aprendizados e as mudanças ocorridas no subsistema político em foco. A importância de investigar as coalizões de defesa no sistema de saúde suplementar, no que se refere à inclusão de tecnologias na lista de cobertura mínima obrigatória da ANS, reside no fato de analisar a posição dos atores que interferem decisivamente no escopo e na qualidade da assistência prestada pelo setor privado.

Para desenvolver o trabalho, foi realizada uma análise documental dos registros disponíveis no sítio eletrônico da ANS, tal como atas de reunião e documentos de apresentações realizadas nessas assembleias.

Como resultado, foram identificadas duas coalizões que tinham como divergência principal os critérios utilizados para decisão sobre inclusão de tecnologias no rol da ANS. Por um lado, as sociedades de especialidades médicas defendiam as variáveis assistenciais como determinantes para a inclusão das tecnologias, enquanto as operadoras de planos de saúde argumentaram insistentemente a favor da viabilidade econômico-financeira das incorporações. O impacto financeiro das inclusões de tecnologia não fora desconsiderado, mas os aspectos assistenciais foram priorizados. A partir disso, ocorre um processo de mudança gradual, com novas regras criadas, porém ainda se considerando as regras antigas. Entretanto, mesmo com mudanças de tipo *layering* (Mahoney & Thelen, 2010), as alterações verificadas modificaram o nível de crenças de *secondary aspects* da política estudada, na medida em que abrangeram decisões instrumentais e informações necessárias para implementação do *policy core*.

Foram identificados trabalhos que estudaram políticas de saúde, utilizando-se o referencial teórico do MCD, tal como visto nos resultados de importantes revisões de literatura já realizadas (Capelari *et al.*, 2015; Ma *et al.*, 2019; Pierce *et al.*, 2017), o que demonstra a aplicabilidade do modelo a esse segmento específico. No entanto, quando se considera a saúde suplementar, identificou-se uma carência existente de literatura sobre a avaliação de tecnologias nessa área (Lisboa & Caetano, 2020) e sobre a aplicação do MCD, modelo teórico que pode contribuir significativamente à compreensão da dinâmica de subsistemas políticos como esse (Capelari *et al.*, 2015; Oliveira & Sanches Filho, 2022; Vicente, 2015). Apesar de se debruçar sobre as disputas políticas, com identificação de coalizões atuando na ANS, Baird (2017) não aplica o MCD, oferecendo, dessa maneira, uma lacuna a ser preenchida com a produção do artigo em tela.

O artigo está dividido em cinco seções, contando com esta introdução. Na seção 2, trata-se da abordagem conceitual utilizada, que é o MCD. Na seção 3, sobre a descrição dos procedimentos da pesquisa. A seção 4 apresenta os resultados do trabalho e, por fim, uma seção à guisa de conclusão traz as considerações finais.

## Referencial teórico

### Coalizões de defesa como modelo analítico

O MCD é uma abordagem conceitual bastante utilizada na análise de políticas públicas (Oliveira & Sanches Filho, 2022). Algumas de suas principais premissas são:

- a) a principal unidade de análise é o subsistema da política pública;
- b) para entender os acordos no subsistema é imprescindível uma trajetória histórica de política pública não inferior a 10 anos;
- c) os atores envolvidos no sistema da política pública podem estar agregados em coalizões;
- e d) os desenhos das políticas públicas são interpretados como traduções das crenças das coalizões (Weible *et al.*, 2011).

Uma versão mais atual do diagrama do MCD pode ser visualizada na Figura 1.

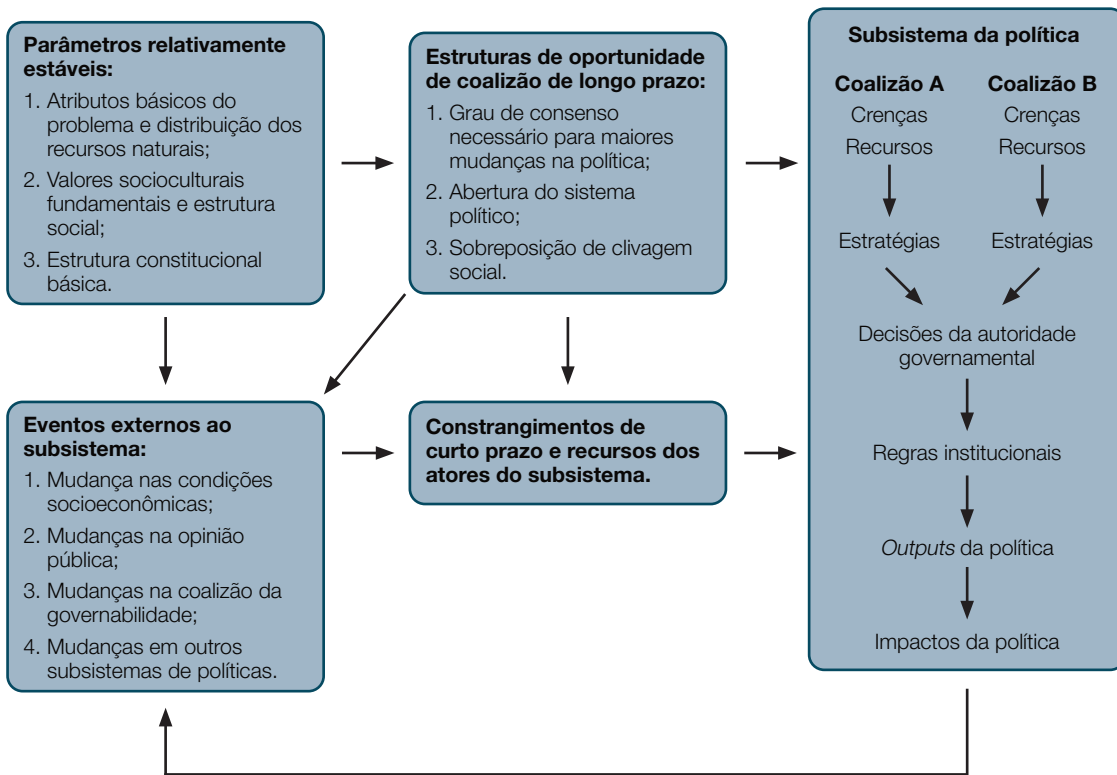


Figura 1: Diagrama do MCD

Fonte: Jenkins-Smith *et al.* (2018)

No diagrama apresentado na Figura 1, pode-se ver a representação gráfica do MCD e seus elementos: parâmetros relativamente estáveis, eventos externos ao subsistema, estrutura de oportunidades de coalizão de longo prazo, constrangimentos de curto prazo, recursos dos atores do subsistema e o subsistema de políticas públicas. Os elementos da esquerda referem-se ao ambiente externo, que afeta o subsistema de políticas públicas mediados pelos seus elementos centrais (Araújo, 2013).

No MCD, para entender como se formam os grupos de atores e as suas interações, assim como suas respostas às outras variáveis do modelo apresentado na Figura 1, deve-se compreender o subsistema de políticas públicas (Oliveira & Sanches Filho, 2022). Uma definição de subsistema de políticas públicas é a de “conjunto de atores individuais ou coletivos, de organizações públicas e privadas, que está ativamente preocupado com determinada questão de política pública e que regularmente tentam influenciar as decisões nesse domínio” (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993a, 1999).

Partindo da premissa de que os atores no subsistema podem estar organizados em coalizões, estas podem ser definidas como atores que coordenam ações em um determinado período de tempo, com a intenção de converter as suas crenças em resultados concretos, no subsistema político em que atuam (Araújo, 2013, Guerra *et al.*, 2016, Weible *et al.*, 2019). Esse conjunto de pessoas pode ser oriundo de diversas posições e o seu agrupamento é realizado por meio da convergência de crenças (Oliveira & Sanches Filho, 2022).

Weible *et al.* (2019) definiram cinco atributos atendidos para a existência de uma coalizão de defesa ideal, como mostra a Figura 2: atores e suas tipologias; sistema de crenças; coordenação das atividades políticas; recursos; e a estabilidade. A ausência de um ou mais desses atributos não descaracteriza a existência de uma coalizão e pode apontar para subtipos de coalizões.

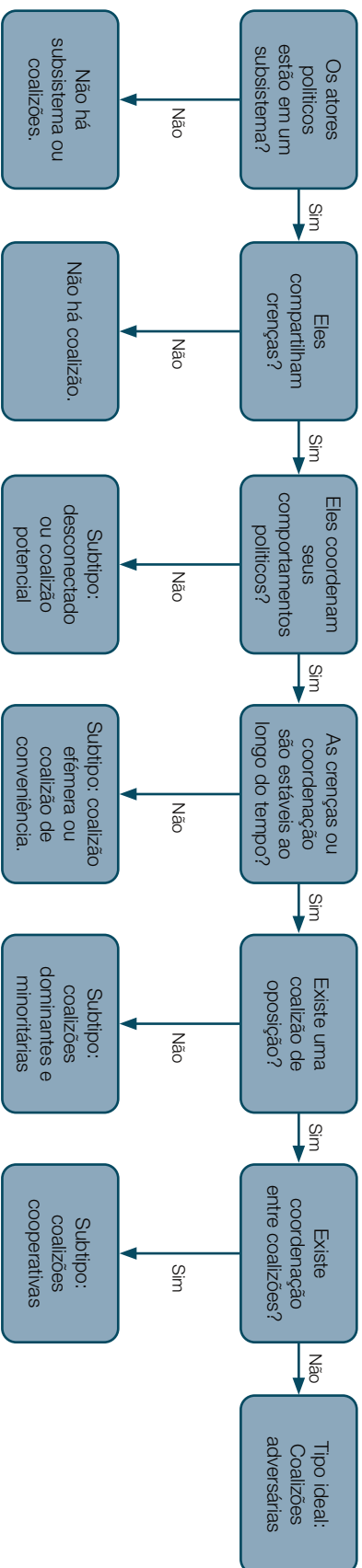


Figura 2. Fluxograma para descrição do tipo ideal de coalizão e subtipos  
Fonte: Weible *et al.* (2019)

Fazendo parte do subsistema, existem diferentes tipos de atores políticos. Para auxiliar a sua identificação e classificação, Weible *et al.* (2019) elaboraram o fluxograma contido na Figura 3.

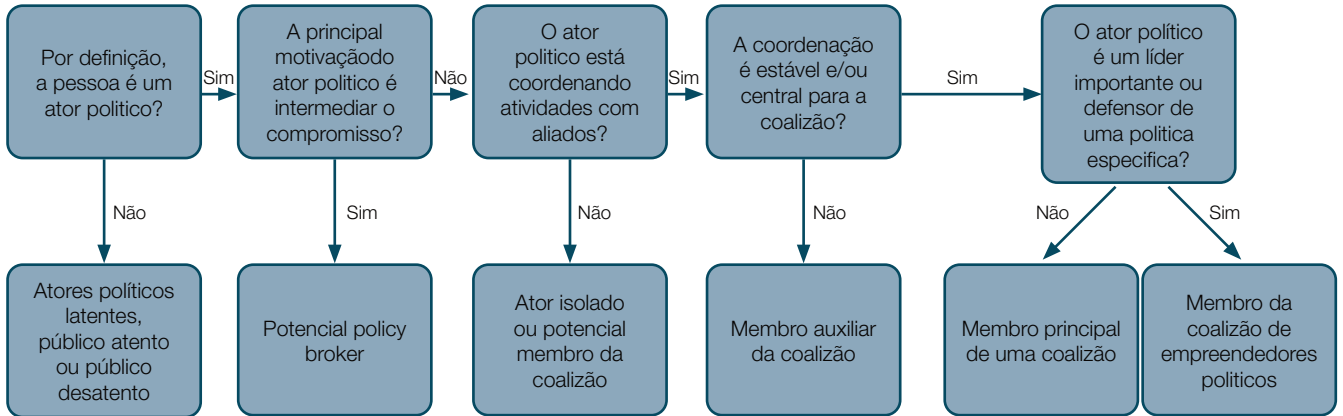


Figura 3. Fluxograma de descrição dos diferentes tipos de atores políticos em um subsistema

Fonte: Weible *et al.* (2019)

O MCD apresenta o sistema de crenças organizado em três partes, numa ordem decrescente de resistência às mudanças, tal como mostra a Figura 4 (Araújo, 2007; Sabatier, 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993a; Vicente, 2015).

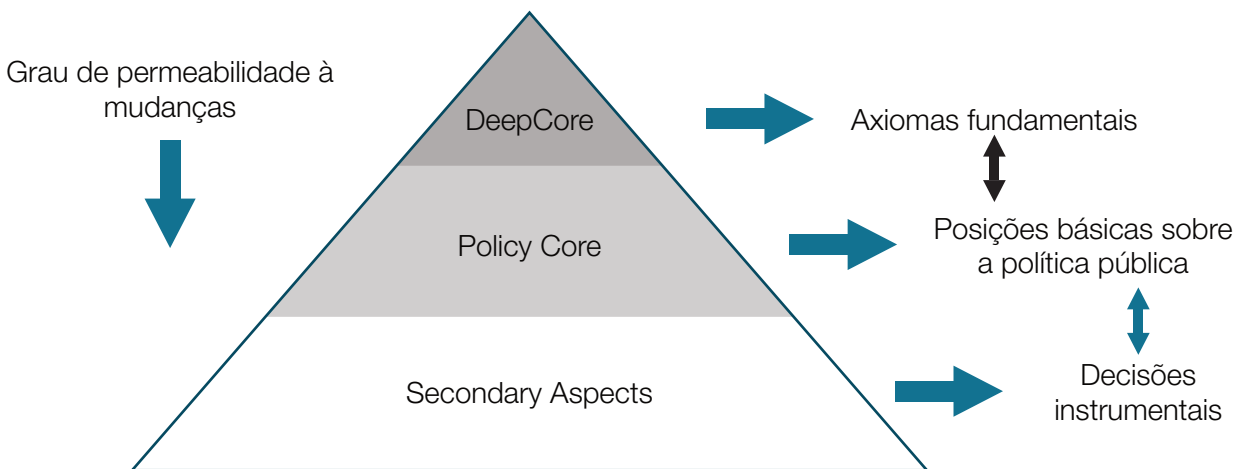


Figura 4. Sistema de crenças do MCD

Fonte: Araújo (2007) a partir de Sabatier e Jenkins-Smith (1993b, 1999)

Os elementos desse sistema são:

- Núcleo duro (*deep core*) – axiomas normativos e ontológicos fundamentais;
- Núcleo político (*policy core*) – posições mais importantes sobre a política pública, concernentes às estratégias básicas, às opções programáticas e à teoria de ação, para se atingir os valores do *deep core*, no âmbito do subsistema;



- Aspectos instrumentais (*secondary aspects*) – decisões instrumentais, as medidas e as informações necessárias para implementar o *policy core* (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

O *deep core* é comum a vários subsistemas de políticas públicas e, portanto, fundamenta a ação de coalizões de defesa em diferentes áreas. É o nível mais difícil de ser modificado, sendo comparado a uma conversão religiosa. O *policy core* consiste nas posições políticas fundamentais para alcançar os valores centrais dentro do subsistema (Sabatier, 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). As preferências políticas que se inserem no *policy core* são crenças que projetam o subsistema de políticas públicas, são objeto de conflito, durante algum tempo, e oferecem um guia para o comportamento estratégico das coalizões (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999; Sabatier & Weible, 2007; Vicente, 2015). O *policy core* está direcionado ao subsistema específico e, mais importante, funciona como principal delimitador de coalizões. São crenças nessa esfera que mantêm uma coalizão unida e mobilizada, que lhe conferem identidade (Araujo 2013; Sabatier, 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Os *secondary aspects* consistem nas decisões instrumentais e informações necessárias para implementar o *policy core*, e é aqui que se inserem boa parte das preferências concretas, em termos da política pública (Sabatier, 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999; Vicente, 2015).

Uma vez apresentados os três níveis de crenças, os tipos de mudanças são definidos a partir do nível em que ele ocorre. Mudanças no *policy core* são consideradas mudanças maiores e menos frequentes, enquanto mudanças nos *secondary aspects* são mudanças menores e mais frequentes (Sabatier, 1999; Vicente, 2015). Apesar de sua centralidade no modelo analítico do MCD, as crenças unem mais os membros de uma coalizão do que propriamente fatores de mudança, como explicita a Figura 5 (Capano, 2009; Ma & Vieira, 2020).

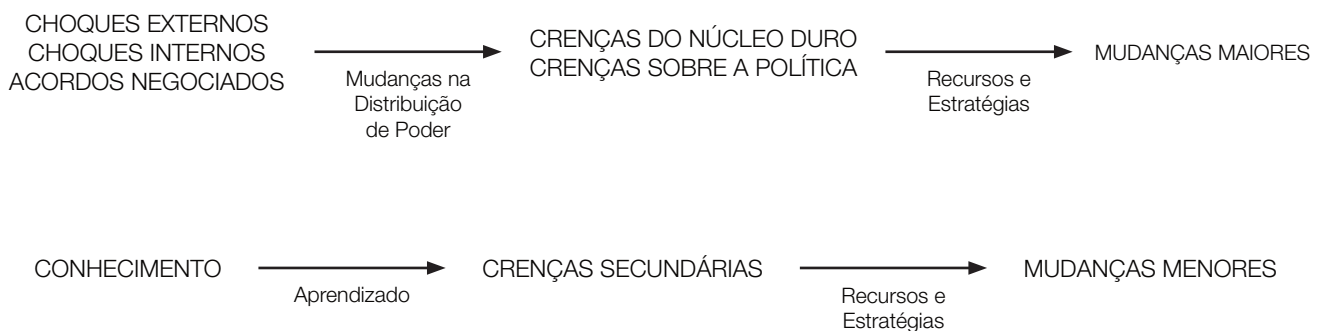


Figura 5. Fatores explicativos da mudança

Fonte: Ma e Vieira (2020)

Apenas o conhecimento, a partir do aprendizado orientado à política pública, pode gerar alterações nos aspectos instrumentais dos indivíduos. É a partir do *policy oriented learning* que os indivíduos mudam as suas ideias sobre o instrumento da política, alterando, assim, as crenças secundárias, incorrendo em mudanças menores (Ma & Vieira, 2020). O aprendizado orientado à política pública (*policy oriented learning*) pode ser entendido como “alternâncias duradouras de pensamentos ou intenções comportamentais

que resultam da experiência e que estão preocupados com a obtenção ou revisão das normas dos sistemas de crenças dos indivíduos ou da coletividade” (Jenkins-Smith *et al.*, 2014, p. 199). Esse aprendizado, além da experiência, pode ser gerado a partir de novas informações, trazidas por cientistas e técnicos, tendo potencial de ocasionar mudanças duradouras, a partir do momento em que provoca revisão nos objetivos políticos do subsistema.

Para efeito deste artigo, complementando essa compreensão dos tipos de mudança dos autores do MCD, será utilizada a classificação dos tipos de mudança gradual de Mahoney e Thelen (2010, p. 15-22), que prevê quatro tipos de mudança gradual:

[...] a mudança em camadas, com introdução de novas regras convivendo com as antigas (*layering*); a mudança por deslocamento, com introdução de novas regras em substituição às antigas (*displacement*); a mudança à deriva, com a configuração de novos efeitos para as regras antigas, em face de mudanças no ambiente (*drift*); e a mudança por conversão, com a readaptação estratégica de regras antigas (*conversion*) (Araújo, 2013, p. 57).

Além de ser aplicável a diferentes cenários políticos, mesmo tendo uma aplicação expressiva na área de política ambiental, no Brasil e no mundo, diferentes estudos encontraram aplicações do MCD às políticas de saúde (Capelari *et al.*, 2015; Ma *et al.*, 2019; Pierce *et al.*, 2017).

## Procedimentos metodológicos

O trabalho tem como base a análise documental e foi escolhido por ser adequada em pesquisas de modelo analítico e por autores do MCD (Jenkins-Smith & Sabatier, 1993). Os documentos públicos podem ser confiáveis, considerando que os atores atribuem importância ao que dizem, quando sabem que haverá publicização, não existindo problemas maiores na utilização desse tipo de fonte de dados, do que quando é utilizada a aplicação de questionários (Araújo, 2013; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993b).

Foram utilizados documentos disponíveis no sítio eletrônico da ANS, especificamente as atas de reunião de importantes fóruns de discussão sobre a incorporação de tecnologias por meio da atualização do rol da ANS, em que se encontram informação sobre as posições dos principais atores governamentais e não-governamentais sobre a política em análise.

As revisões do rol de procedimentos e eventos de saúde ocorrem desde os primeiros anos de funcionamento da ANS. Para realizar as periódicas revisões das normativas, que estabelecem o rol ao longo dos anos, a Câmara de Saúde Suplementar estabelecia grupos técnicos específicos para discutir as atualizações necessárias e apresentar o texto para aprovação da diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Após a publicação de cada normativa, os grupos técnicos se desfaziam até que um novo processo de revisão fosse iniciado. Essa dinâmica funcionou até o ano de 2014, quando se estabeleceu o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde, um grupo permanente com a finalidade de analisar as questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol e para estabelecer um diálogo permanente com os agentes da saúde



suplementar e a sociedade sobre as questões da regulação da atenção à saúde nesse segmento (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021b). A partir desse período, o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde passou a se encarregar das discussões para atualização do rol da ANS e formar os subgrupos técnicos, necessários para a discussão de temas emergentes, relacionados à lista de cobertura mínima de eventos e procedimentos de saúde.

O recorte temporal deste trabalho estende-se do ano de 2007 a 2016, período em que foram publicadas as seguintes Resoluções Normativas: RN nº 167/2008, RN nº 211/2010, RN nº 262/2011, RN nº 38/2013 e RN nº 387/2015. Nesse período, importantes temáticas foram discutidas, e encontrados nos documentos analisados debates que originaram importantes mudanças na política de incorporação de tecnologias, tal como o uso de diretrizes de utilização e de diretrizes clínicas, a regularidade do intervalo de revisões, além da padronização e formalização dos ritos de revisão periódica do rol da ANS.

A partir do primeiro levantamento das reuniões, ocorridas no período selecionado para efeito desta pesquisa, foi possível elaborar a Tabela 1, que é apresentada a seguir.

Tabela 1: Registro de reuniões por ano e por espaço de participação social

ANO	CAMSS*	COSAÚDE**	Grupos Técnicos	Total
2007	4	---	---	4
2008	6	---	---	6
2009	6	---	8	14
2010	4	---	5	9
2011	4	---	---	4
2012	4	---	---	4
2013	4	---	5	9
2014	4	6	---	10
2015	4	6	6	16
2016	3	6	4	13
Total	43	18	28	89

Nota. \*Câmara de Saúde Suplementar. \*\*Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores

Para selecionar os documentos a serem utilizados nesta pesquisa, foi realizada uma leitura preliminar dos documentos listados na Tabela 1, buscando identificar, em primeiro lugar, se o arquivo da ata de reunião encontrava-se disponível e legível. Em segundo lugar, foi verificado se o tema, interesse de nossa pesquisa, fizera parte da pauta de debates ou informativos de cada reunião. Das 89 reuniões registradas no sítio eletrônico da ANS, 7 não tiveram seus arquivos de ata disponibilizados e 28 não trataram sobre a atualização do rol de cobertura mínima, restando 54 registros de reunião para análise.

Participaram das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, dos grupos técnicos selecionados e do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde representantes dos diferentes atores governamentais e não-governamentais, interessados na política de incorporação de tecnologia, por meio da atualização do rol de cobertura mínima, tal como pode ser verificado nos registros das atas de reunião e listas de presença, disponíveis nas páginas eletrônicas da ANS, na rede mundial de computadores. Em todos esses espaços, os atores governamentais e não-governamentais podiam expressar seus posicionamentos em relação à política em estudo, produzindo dados de interesse ao objeto desta pesquisa e possibilitando a aplicação da metodologia de análise, preconizada pelos autores do MCD (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993b). Nas reuniões de grupo técnico, com frequência, fora solicitada a elaboração de apresentações e documentos para serem mostrados e discutidos durante os encontros que também foram tornados públicos. Dessa maneira, essas apresentações também serviram de base de dados juntamente com as atas produzidas em cada reunião.

Durante a primeira leitura das atas de reuniões foram identificados trechos em que os atores manifestaram suas crenças e, assim, as categorias analíticas foram emergindo. Dessa maneira, foi construído o código de análise documental a ser utilizado na segunda etapa. Após a sua validação, o código de análise documental foi aplicado durante uma segunda leitura dos trechos selecionados e, nessa oportunidade, agrupam-se os atores de categorias similares. Assim, como resultado, obteve-se a classificação das categorias de atores nos nós e as crenças do núcleo político codificadas nos subnós.

Os estudos podem variar em razão da quantidade de níveis de crenças estudados. Existem trabalhos que se concentram em analisar as crenças do *policy core*, pelo papel que as crenças desse nível têm para a definição das coalizões (Araújo, 2007). A presente pesquisa optou por trabalhar com o *policy core*, acreditando no potencial desse nível de crenças para identificar as coalizões e as mudanças no subsistema político em análise, ao longo do período selecionado.

Após identificar e coletar as atas de reunião do sítio eletrônico da ANS, realizou-se um estudo preliminar do seu conteúdo, com objetivo de embasar a elaboração do código de análise documental, tal como solicita o MCD. Explorar previamente a documentação a ser analisada é uma orientação metodológica dos autores do modelo (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993b). À medida que eram lidos os trechos das atas, emergiam as categorias que fariam parte do código de análise documental, com base nos níveis de crenças, preconizados pelo MCD. Assim, foram sendo criados *three nodes* para categorias de atores, que se repartiam em *free nodes*, com base nas crenças identificadas. Ao fim dessa tarefa, fora realizada uma análise das temáticas mais frequentemente discutidas pelos autores e seus posicionamentos, gerando um código de análise documental preliminar, criado por método indutivo, a ser aplicado aos dados coletados.

## Os atores estudados

Foi adotado, neste trabalho, a priorização de atores coletivos, sem descartar a eventual análise do posicionamento de atores individuais

relevantes ou de interesse especial aos objetivos do trabalho. Dentre os atores que participaram dos debates nas assembleias analisadas, estão os representantes das operadoras de planos de saúde, das empresas prestadoras de serviços de saúde, dos profissionais de saúde, dos usuários dos planos de saúde, de órgãos de defesa do consumidor, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e da ANS.

A lista de atores convidados a participar das assembleias da Câmara de Saúde Suplementar, do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde e dos grupos técnicos é extensa. Entretanto, ao longo da análise das participações nas assembleias, observou-se diferenças expressivas na utilização dos espaços sociais avaliados. As falas dos atores foram codificadas, quando consideradas manifestações expressas de crenças do núcleo político do subsistema político estudado. Por esse motivo, alguns atores participaram das assembleias, mas não tiveram suas falas codificadas ou estas ocorreram em menor quantidade.

### O código de análise documental e sua aplicação

Aprovada a versão final do código de análise documental, passou-se a utilizá-lo para codificar cada uma das 54 atas de reunião, com o apoio do software de análise qualitativa Nvivo.

Conforme já mencionado, para efeito deste trabalho, optou-se por trabalhar com as crenças do *policy core*, ou núcleo da política, que contém as posições mais importantes da política pública em análise. O *policy core* está subdividido em três componentes ou categorias: protagonismo na assistência ao paciente; critérios de priorização para incorporação de tecnologia; e autonomia profissional para indicação do uso de tecnologias em saúde. Na Figura 6 estão apresentados os componentes do núcleo da política e as suas crenças.

NÚCLEO CENTRAL DA POLÍTICA (POLICY CORE)	
COMPONENTES	ITENS (CRENÇAS)
PC 1 - Protagonismo na assistência ao paciente	PC 1.1 - Protagonismo do médico na assistência ao paciente
	PC 1.2 - Protagonismo da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente
PC 2 - Critérios de priorização para incorporação de tecnologia	PC 2.1 - Prioridade para análise do impacto assistencial – Segurança, eficiência, eficácia e efetividade, fundamentados em evidência científica
	PC 2.2 - Prioridade para análise do impacto econômico-financeiro – Análise de custo-efetividade e de impacto orçamentário
	PC 2.3 - Prioridade para atendimento aos direitos do consumidor
PC 3 - Autonomia profissional para indicação do uso de tecnologias em saúde	PC 3.1 - O uso de tecnologias previstas no rol deve estar condicionado ao livre encaminhamento do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente.
	PC 3.2 - O uso de tecnologias previstas no rol deve estar condicionado ao encaminhamento do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, desde que sujeitos a diretrizes clínicas ou de utilização fundamentadas na saúde baseada em evidências.
	PC 3.3 - A equipe multiprofissional deve ter autonomia para indicar o uso de tecnologias previstas no rol, desde que respeitadas as devidas habilitações profissionais.

Figura 6. Código de análise documental: Policy Core

Fonte: Elaborado pelos autores

Uma vez obtido o código de análise documental, as falas dos atores codificadas na primeira etapa foram novamente analisadas e reclassificadas de acordo com as categorias de análise dispostas na Figura 6. Nessa oportunidade, os atores foram classificados de acordo com a segmentação a qual pertenciam, por exemplo, o Conselho Federal de Fonoaudiologia, o Conselho Federal de Nutrição, o Conselho Federal de Psicologia, dentre outros conselhos profissionais foram agrupados no nó *Representantes de Profissionais não Médicos*.

Quanto ao posicionamento dos atores, foi atribuído, para cada posicionamento, apenas um item do código de análise documental. Entretanto, verificou-se que diferentes falas dos atores poderiam ter codificações diversas, sendo, em um dado momento, classificadas em um item, por exemplo, *Prioridade para Análise do Impacto Assistencial*, e, em outro dado momento, o mesmo ator se posicionar a favor da *Prioridade para Análise do Impacto Econômico-financeiro*. Nessas situações, os trechos foram classificados de formas diferentes, para que posteriormente se analisasse qual a prevalência de posicionamento do ator e com que outros atores as crenças convergiam a ponto de indicar uma possível coalizão de defesa.

Quando o ator da fala não fora identificado pelo secretário da assembleia, o trecho não foi codificado. Portanto, podem ter ocorrido falas que traduziam crenças do núcleo da política que não foram consideradas para efeito desta pesquisa.

Os dados obtidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, sugerida pelas diretrizes metodológicas de Jenkins-Smith e Sabatier (1993).

## ■ Apresentação e análise dos dados

A presente seção se dedica a apresentar os atores que se evidenciaram a partir da análise das atas das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, dos grupos técnicos, com finalidade de atualização do rol de procedimentos e eventos de saúde, além do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde. À medida que forem apresentados tais atores, serão mencionados os seus posicionamentos, em relação ao *policy core*, identificados durante a aplicação do código de análise documental. Por fim, dando cabo dos objetivos deste trabalho, serão descritos as mudanças e o aprendizado evidenciados, no subsistema político estudado, a partir dos dados empíricos coletados e analisados.

### Representantes dos médicos

Foram identificados, na categoria médica, os representantes da Associação Médica Brasileira, do Conselho Federal de Medicina e diversas sociedades de especialidades médicas. A partir dos posicionamentos desses atores, nas assembleias realizadas, pode-se inferir que os representantes da categoria médica advogam pelo protagonismo médico na assistência ao paciente, tendo, como principal critério para a priorização de incorporação

de tecnologia, o impacto assistencial e o apoio à utilização de tecnologias previstas no rol, com a aplicação de diretrizes clínicas ou de utilização elaboradas, principalmente pelos profissionais de cada especialidade, e fortemente baseadas na evidência científica. A distribuição dos trechos codificados para esse grupo de atores pode ser observada na Figura 7.

<b>Crenças</b>	<b>Arquivos</b>	<b>Referências</b>
Protagonismo na assistência ao paciente 1.1 Protagonismo do médico na assistência ao paciente	1	1
Critérios de priorização para incorporação de tecnologia 2.1 Prioridade para análise do impacto assistencial	8	12
Autonomia profissional para indicação do uso de tecnologias em saúde 3.1 O uso de tecnologias previstas no rol deve estar condicionado ao livre encaminhamento do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente.	1	1
3.2 O uso de tecnologias previstas no rol deve estar condicionado ao encaminhamento do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, desde que sujeitos a diretrizes clínicas ou de utilização fundamentadas na saúde baseada em evidência.	2	2

Figura 7. Arquivos e referências por categoria – Representantes dos médicos

Fonte: Elaborado pelos autores

### Representantes da equipe multiprofissional (não-médicos)

Os procedimentos de saúde de categorias profissionais, para além da médica, foram sendo contemplados a cada atualização do rol, desde a RN nº 167/2008. Durante as assembleias realizadas, foi possível observar a participação de conselhos profissionais que buscavam reivindicar que os procedimentos executados pelas suas categorias fossem incluídos gradativamente no rol de cobertura mínima obrigatória. Podemos listar, dentre aqueles conselhos que se posicionaram nas reuniões, o Conselho Federal de Fonoaudiologia, o Conselho Federal de Nutrição, o Conselho Federal de Odontologia, o Conselho Federal de Psicologia, o Conselho Federal de Enfermagem, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o Conselho Federal de Fisioterapia de Curitiba e a Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas. Os posicionamentos destes atores, de acordo com as atas analisadas, permitem afirmar que as crenças do núcleo político desse grupo de atores defendem um protagonismo da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente cujo acesso ao uso das tecnologias se deem a partir da indicação da equipe multiprofissional desde que respeitadas as devidas habilitações profissionais.

A distribuição dos trechos codificados para este grupo de atores pode ser observada na Figura 8.

Crenças	Arquivos	Referências
Protagonismo na assistência ao paciente 1.1 Protagonismo da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente	11	16
Autonomia profissional para indicação do uso de tecnologias em saúde 3.1 A equipe multiprofissional deve ter autonomia para indicar o uso de tecnologias previstas no rol, desde que respeitadas as devidas habilitações profissionais.	5	10

Figura 8. Arquivos e referências por categoria – Representantes da equipe multiprofissional

Fonte: Elaborado pelos autores

## Representantes das operadoras dos planos de saúde

Considerando que todas as modalidades de operadoras de planos de saúde têm em comum o fato de serem afetadas pelo rol da ANS, a partir da obrigatoriedade de disponibilizar a cobertura dos serviços estipulados por esta normativa, os posicionamentos dessas entidades foram agrupados na categoria operadoras de planos de saúde. Dos trechos codificados, para efeito de análise desta pesquisa, as representantes das operadoras de planos de saúde identificadas foram as seguintes: a Associação Brasileira de Planos de Saúde, a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta, a antiga Federação Nacional de Saúde Suplementar, o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, a Associação Brasileira de Planos Odontológicos, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, a Cooperativas Médicas e a Central Nacional das Cooperativas Médicas.

Em relação às crenças do *policy core*, as operadoras de planos de saúde, segundo análises realizadas, advogaram, nos encontros avaliados, por um protagonismo médico na assistência ao paciente, como forma de garantir um filtro de acesso aos serviços, por parte dos usuários dos planos de saúde. Em consequência disso, quanto à autonomia profissional para indicação do uso de tecnologias de saúde, esses atores defenderam que o uso desses recursos, previstos no rol, deve estar condicionado ao encaminhamento do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, desde que sujeitos às diretrizes clínicas ou de utilização fundamentadas na saúde, baseada em evidências. Diante da quantidade e natureza dos posicionamentos apresentados por estas entidades, está claro que o impacto econômico-financeiro tem prioridade na definição das tecnologias a serem incorporadas no rol de procedimentos e eventos de saúde. Até mesmo quando enaltecem o impacto assistencial, como variável importante nas tomadas de decisão, os gestores de planos de saúde condicionam esta variável à possibilidade de o sistema suplementar suportar o custo das incorporações. Das 60 referências codificadas para esses atores, 41 trataram do impacto econômico-financeiro das inclusões no rol da ANS.

A distribuição dos trechos codificados para este grupo de atores pode ser observada na Figura 9.



<b>Crenças</b>	<b>Arquivos</b>	<b>Referências</b>
Protagonismo na assistência ao paciente 1.1 Protagonismo do médico na assistência ao paciente	1	1
Crterios de priorização para incorporação de tecnologia 2.1 Prioridade para análise do impacto assistencial	6	9
Crterios de priorização para incorporação de tecnologia 2.2 Prioridade para análise do impacto econômico-financeiro	19	41
Autonomia profissional para indicação do uso de tecnologias em saúde 3.2 O uso de tecnologias previstas no rol deve estar condicionado ao encaminhamento do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, desde que sujeito a diretrizes clínicas ou de utilização fundamentada na saúde, baseada em evidência.	4	5

Figura 9. Arquivos e referências por categoria – Representantes das operadoras de planos de saúde

Fonte: Elaborado pelos autores

### Demais atores representados nas reuniões analisadas

Observa-se, após avaliação dos dados apresentados, que, apesar de as reuniões analisadas serem um espaço de participação social democraticamente franqueado a todos os envolvidos nas questões pertinentes a estes fóruns de discussão, há uma maior participação dos representantes das operadoras de planos de saúde, dos médicos e dos profissionais da equipe multidisciplinar, tal como podemos observar na Figura 10.

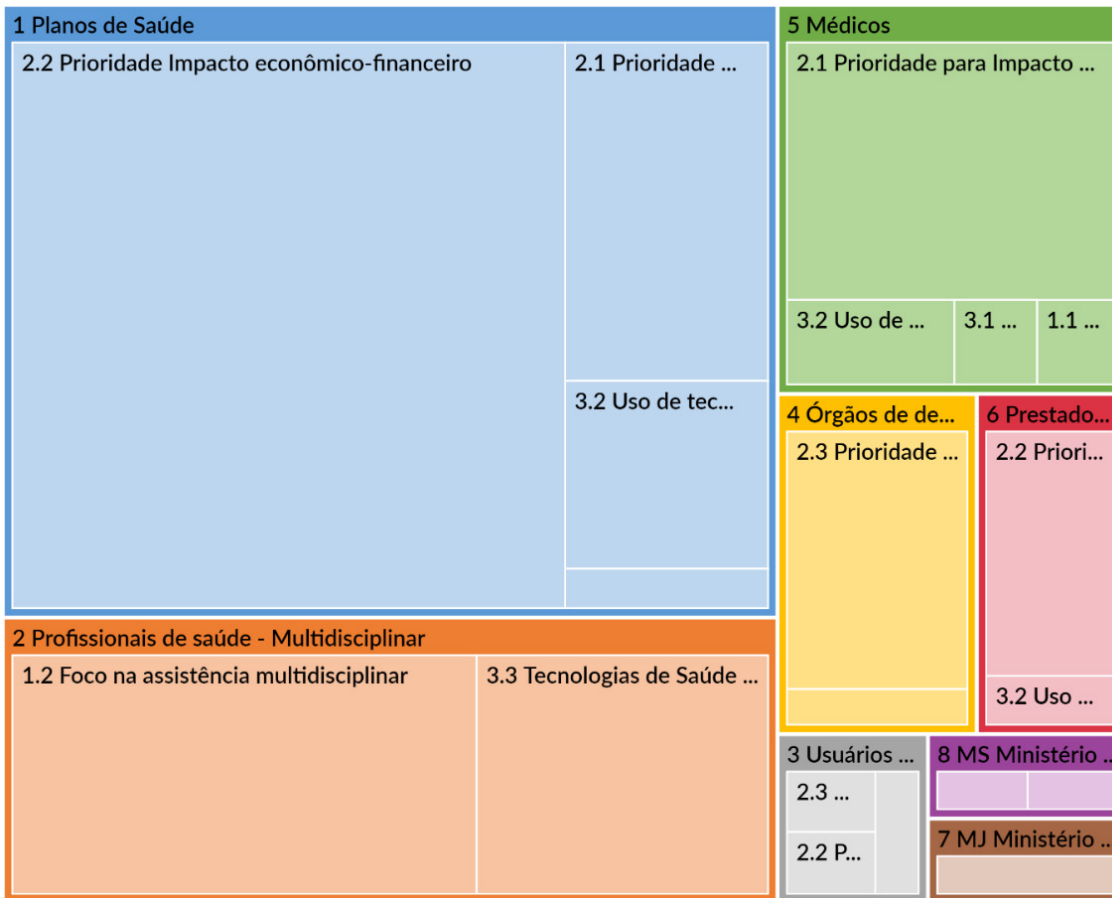


Figura 10. Gráfico de hierarquia por referências codificadas – Todos os nós

Fonte: Elaborado pelos autores

Com menor densidade de posicionamentos nas reuniões avaliadas, foram identificados outros atores participantes dos debates, como os usuários dos planos de saúde, os prestadores de serviço, os órgãos de defesa do consumidor, os representantes do poder judiciário e o Ministério da Saúde. Devido às suas participações pontuais nos debates analisados, não foi possível atribuir a eles um conjunto de crenças homogêneas que se sustentassem ao longo do tempo.

### As coalizões

Com base nos dados coletados e analisados, é possível ver que os planos de saúde, os médicos e os representantes da equipe multiprofissional foram os atores mais participativos nas assembleias analisadas. Foi possível observar que as crenças desses atores foram sustentadas ao longo de todo o período analisado e a principal discussão entabulada dava-se sobre o critério utilizado para inclusão de novas tecnologias. Nessa seara temática, médicos e operadoras de planos de saúde debatiam mais frequentemente, defendendo diferentes posicionamentos entre si. Os demais atores identificados na pesquisa realizada não demonstraram compartilhamento de

crenças ou engajamento em ações coordenadas.

Analisando as informações obtidas, afirma-se que existem atores políticos típicos, segundo o MCD, na medida em que são grupos de indivíduos que procuram ser influentes no processo de formulação da política de incorporação de tecnologias na saúde suplementar. Nesse sentido, identificam-se a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina coordenando ações entre as diferentes especialidades médicas e verifica-se que essa coordenação é estável no tempo, configurando estes como principais membros de uma coalizão. De outro lado, a Associação Brasileira de Planos de Saúde, a Federação Nacional de Saúde Suplementar e a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde podem ser vistas coordenando ações de diferentes tipos de operadoras de planos de saúde e percebe-se que essa coordenação é estável no tempo, configurando esses atores como principais membros de uma outra coalizão. Em contrapartida, os representantes da equipe multidisciplinar e os demais atores listados neste trabalho não demonstraram coordenação de atividades de forma estável no tempo, caracterizando-os como atores isolados ou potenciais.

Considerando-se que existem atores políticos típicos atuando em torno da temática estudada, que as crenças e coordenações de dois grupos são estáveis, ao longo do período analisado, e que se verificam coalizões opostas, sem, no entanto, haver coordenação entre as coalizões, pode-se dizer que, no subsistema político analisado, atuam duas coalizões do tipo dominantes e minoritárias, onde, pelo menos, as operadoras de planos de saúde e os médicos se enfrentam em debates políticos sobre os critérios de inclusão de tecnologias no rol da ANS.

De um lado, os médicos lideram a coalizão *assistencialista*, que defende que o impacto assistencial deve ser o principal critério de inclusão de tecnologias, fortemente apoiado por saúde baseada em evidências e com um modelo assistencial em que a centralidade do cuidado médico define a adoção de recursos necessários ao diagnóstico e tratamento de pacientes, além da prevenção de doenças e promoção da saúde. Do outro lado, os planos de saúde lideram a coalizão *liberal* que, em nome da sustentabilidade do sistema suplementar, defende o impacto econômico-financeiro como indispensável para incorporação das tecnologias de saúde. Por sua vez, profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, prestadores de serviço, órgãos de defesa do consumidor e usuários dos planos de saúde atuavam isoladamente e coordenavam ações pontuais, a depender da pauta em discussão.

## Mudança e aprendizado

Tal como explicitado na Figura 5, o conhecimento gera aprendizado, orientado à política pública, que, por sua vez, é capaz de modificar as crenças dos atores, promovendo mudanças no subsistema político. Nesse sentido, a política de incorporação de tecnologias de saúde no sistema suplementar, por meio da revisão do rol de procedimentos e eventos de saúde, apresentou coerência com o que afirma o MCD. A ANS integrou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e a Rede Brasileira

de Avaliação de Tecnologias de Saúde, além de receber capacitação dessas organizações e de organismos internacionais, como o *National Institute for Health and Care Excellence*, do Reino Unido. Associado a isso, a utilização de fontes de informações científicas internacionais, como o *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee*, da Austrália, o *Canada's Drugs and Health Technology Agency*, do Canadá, entre outras, permitiu que o corpo de especialistas da ANS se capacitasse em Avaliação de Tecnologias de Saúde. A partir da capacitação recebida, a ANS disseminou tais informações para os atores do sistema de saúde suplementar, o que pode ser visto em documentação complementar às reuniões dos grupos técnicos para revisão das resoluções normativas que estabeleciam o rol da ANS.

Ao longo do período analisado, foi possível observar o amadurecimento da utilização da Avaliação de Tecnologias de Saúde na política de incorporação de tecnologias na ANS, pois, além de influenciar no estabelecimento de diretrizes para os trabalhos dos grupos técnicos, a Avaliação de Tecnologias de Saúde passou a ser ferramenta utilizada para embasar tanto a solicitação quanto a definição de inclusões de eventos e procedimentos no rol de cobertura mínima obrigatória. O compartilhamento de informações com as entidades nacionais e internacionais de avaliação de tecnologias em saúde fomentou mudanças tanto na estrutura quanto na metodologia de revisões do rol da ANS. No intervalo de tempo estudado, observou-se que as revisões passaram a ser em intervalos regulares de dois anos, os grupos técnicos provisórios deram origem a um grupo permanente, o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde, e a submissão de solicitações de inclusão de tecnologias passou a ser realizada por meio de formulário eletrônico, com base em critérios de Avaliação de Tecnologias de Saúde. Quanto à transparência, todos os documentos da realização de reuniões dos grupos técnicos e das consultas públicas foram sistematicamente divulgados no sítio eletrônico da ANS, conferindo acesso e clareza ao processo de atualização do rol de cobertura mínima obrigatória.

Observou-se, no âmbito geral, que as mudanças identificadas se deram a partir de um processo de construção das regras no subsistema político analisado e, por este motivo, tal como Mahoney e Thelen (2010) propõem, observamos um processo de mudança gradual do tipo *layering*. Ou seja, novas regras foram sendo criadas sem que regras antigas fossem removidas imediatamente. Por sua vez, as alterações verificadas modificaram o nível de crenças de *secondary aspects* da política estudada, na medida em que abrangeram decisões instrumentais e informações necessárias para implementação do *policy core*.

## Considerações finais

O presente artigo objetivou compreender como evoluiu a política de incorporação de tecnologias na saúde suplementar, a partir da atualização do rol de procedimentos e eventos de saúde na ANS, no período de 2007 a 2016, com base no MCD. De forma específica, a pesquisa buscou identificar os principais atores, as crenças do núcleo político, as coalizões, os aprendizados e as mudanças no subsistema político analisado. A partir das

análises empreendidas, foi possível observar que a política de incorporação de tecnologias no sistema de saúde suplementar reúne uma gama variada de atores políticos, com interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes. Nessa plêiade de agentes, médicos e operadoras de planos de saúde, lideram as duas coalizões, aqui identificadas como assistencialista e liberal respectivamente. No período analisado, o subsistema político estudado desenvolveu-se a partir da construção de um corpo de conhecimento, adquirido do subsistema político de incorporação de tecnologias no sistema público de saúde e de interação com organismos internacionais de avaliação de tecnologia em saúde. O conhecimento adquirido, experimentado e difundido, foi capaz de estimular a mudança de pensamentos e ações dos atores políticos, no sentido de uma consolidação dos princípios da Avaliação de Tecnologias de Saúde, na forma de pensar e incorporar tecnologia na saúde suplementar. A partir do aprendizado dos atores, no intervalo de tempo estudado, foram possíveis mudanças no nível instrumental da política resultando no desenvolvimento de estruturas, métodos e regras para implementação do núcleo da política estudada. As mudanças graduais observadas foram introduzidas no subsistema político em análise, sem a remoção de regras anteriores, configurando-se como o tipo *layering*, preconizado por Mahoney e Thelen (2010).

Observou-se que a interação da agência reguladora com organismos do sistema público de saúde, como o Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e o Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde, foram determinantes para adquirir conhecimento, gerando aprendizado e mudanças observadas na política regulatória do sistema suplementar. Com essa constatação, destaca-se a importância da política pública de saúde por meio do Sistema Único de Saúde, na incorporação de conhecimento científico e metodologia, para a estruturação da política de incorporação de tecnologia da saúde suplementar.

O conhecimento científico, tal como previsto pelo MCD, foi elemento fundamental para a promoção de aprendizado político e das mudanças instrumentais ocorridas no subsistema analisado. Nessa linha de raciocínio, a maior facilidade de promover, acessar e utilizar o conhecimento científico possibilitou aos médicos e operadoras de planos de saúde uma participação mais ativa nos espaços públicos de discussão da política analisada, dando-lhes maior oportunidade de defesa dos seus valores e interesses, nos embates políticos sobre a incorporação de tecnologias na lista de cobertura mínima obrigatória da saúde suplementar.

Em consonância com a trajetória histórica da ANS, no intervalo de tempo estudado (2007 a 2016), o impacto financeiro das inclusões de tecnologia não fora desconsiderado, mas os aspectos assistenciais foram priorizados. A prática regulatória, evidenciada nos documentos analisados, demonstrou que, quando os benefícios para os usuários eram comprovados, as incorporações eram, primeiro, realizadas e, só posteriormente, os seus reflexos orçamentários eram calculados. É possível supor, portanto, que a coalizão assistencialista obteve mais êxito na sua tarefa política, possivelmente por uma convergência de valores com as diretrizes da agência reguladora, no período analisado.

Ao estudar a dinâmica da discussão política sobre incorporação de tecnologias na saúde suplementar, os resultados obtidos corroboram a compreensão de que atores políticos se organizam para defender suas crenças e transformá-las em resultados políticos concretos (Araújo, 2013; Guerra *et al.*, 2016; Weible *et al.*, 2019). Nesse processo, ficou clara a relevância do conhecimento científico, tal como previsto no MCD, para a geração de aprendizado político e promoção de mudanças instrumentais na política analisada (Jenkins-Smith *et al.*, 2014; Ma & Vieira, 2020). A maior facilidade de acesso e promoção de conhecimento científico dos representantes dos médicos sinalizam a possibilidade de que este foi um importante instrumento nas suas estratégias, para influenciar a autoridade governamental (Jenkins-Smith *et al.*, 2014). De maneira geral, os resultados do estudo corroboram os pressupostos teóricos utilizados e apontam para a aderência e potencial de contribuição do MCD para a compreensão da política regulatória na saúde suplementar.

Neste trabalho, foram utilizados dados e informações que atendem a um requisito básico do MCD, na medida em que cobre um período de dez anos de política. Entretanto, a generalização dos resultados é limitada pelo recorte de tempo (2007-2016) e pelo contexto específico de um único país em que se desenvolveu a política. Considerando que a agência reguladora estudada possui 23 anos de funcionamento e que o processo político é dinâmico, sugere-se que outros períodos sejam analisados e que possam ser observados outros espaços de participação social, onde a temática da incorporação de tecnologias na saúde suplementar na ANS tenha sido amplamente debatida. Uma frente de trabalho que pode se abrir, também, é servir como caso para perspectiva comparada internacional, com exemplos similares de saúde suplementar ao brasileiro.

O presente artigo se dedicou a entender como evoluiu a política de incorporação de tecnologias na saúde suplementar, a partir da atualização do rol de procedimentos e eventos de saúde na ANS, no período de 2007 a 2016, com base no MCD. Para dar cabo desta tarefa, aplicou-se uma análise de documentos públicos, disponibilizados pela ANS, dados esses submetidos à análise de conteúdo (Jenkins-Smith & Sabatier, 1993), a partir da qual pôde-se identificar um grupo de atores reunidos em torno da discussão sobre a política pesquisada, mobilizando recursos e estratégias para influenciar as decisões da autoridade governamental. Observou-se a coexistência de duas coalizões opostas: de um lado, a coalizão assistencialista, representando o interesse dos médicos, e, de outro lado, a coalizão liberal, representando os interesses das operadoras de planos de saúde. O subsistema político estudado demonstrou ter construído, ao longo do tempo, aprendizado político a partir do conhecimento científico, obtido principalmente por meio da interação com órgãos promotores de política, voltada para o sistema público de saúde e organismos internacionais. A facilidade em obter, acessar e utilizar o conhecimento científico, aliada ao alinhamento de valores com a ANS, pareceu dar à coalizão assistencialista maior êxito na defesa dos seus interesses.



## Agradecimento

Os autores agradecem o trabalho dos editores e avaliadores que muito contribuíram para a melhoria do conteúdo e qualidade do artigo ora apresentado.

## Referências Bibliográficas

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021a). *Histórico*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021b). *Cosaúde – Comitê permanente de regulação da atenção à saúde*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes-1/cosaude-comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2023, 9 de julho). [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html)

Andrade, M. V., Noronha, K., Sa, E. B., Piola, S., Vieira, F. S., Vieira, R. S., & Benevides, R. (2018). Desafios do sistema de saúde brasileiro. *Desafios da nação: artigos de apoio*, 2, 357–414. Ipea.

Araújo, S. M. V. G. (2007). *Coalizões de advocacia na formulação da política nacional de biodiversidade e florestas*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Políticas, Universidade de Brasília. Repositório UnB. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/5756>

Araújo, S. M. V. G. (2013). *Política ambiental no Brasil no período 1992-2012: um estudo comparado das agendas verde e marrom*. [Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Políticas, Universidade de Brasília]. Repositório UnB. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14599>

Baird, M. F. (2017). *Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*. [Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital USP. <https://doi.org/10.11606/T.8.2017.tde-01082017-182440>

Capano, G. (2009). Understanding policy change as an epistemological and theoretical problem. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 11(1), 7–31. <https://doi.org/10.1080/13876980802648284>

Capelari, M. G. M., Araújo, S. M. V. G., & Calmon, P. C. P. (2015). Advocacy coalition framework: Um balanço das pesquisas nacionais. *Administração Pública e Gestão Social*, 7(2), 91–99. <https://doi.org/10.21118/apgs.v7i2.4637>

Guerra, L. C. B., Araújo, S. M., & Fernandes, A. S. A. (2016). O processo de formulação do programa universidade para todos: Atores, coalizões e interesses. *Anais do Encontro de Administração Pública e Governança. 7* São Paulo. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/20223>

Jenkins-Smith, H. C., & Sabatier, P. A. (1993). Methodological appendix: measuring longitudinal change in elite beliefs using content analysis of public documents. In P. A. Sabatier, & H. C. Jenkins-Smith (Eds.), *Policy change and learning: An advocacy*

*coalition approach*, 237–247. Westview Press.

Jenkins-Smith, H. C., Nohrstedt, D., Weible, C. M., & Sabatier, P. A. (2014). Advocacy coalition framework: Foundations evolution ongoing research. In P.A. Sabatier, & C. M. Weible (Eds.), *Theories of the Policy Process* (3ª ed), 183–224. Westview Press.

Lisboa, R., Caetano, R. (2020). Avaliação de tecnologias em saúde na saúde suplementar brasileira: Revisão de escopo e análise documental. *Saúde em Debate*, 44(127), 1255–1276. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012723>

Mahoney, J., & Thelen, K. (2010). A theory of gradual institutional change. In: *Explaining institutional change: Ambiguity, agency and power* (pp. 1-37). Cambridge University Press.

Ma, J., & Vieira, D. M. (2020). Aprendizado e mudança em políticas públicas: Explorando possibilidades no Modelo de Coalizões de Defesa. *Revista de Administração Pública*, 54(6), 1672–1690.

Ma, J. F., Lemos, M. A. C., & Vieira, D. M. (2019). *How's the Advocacy Coalition Framework Doing? Some Issues since the 2014 Agenda*. Anais do Seminários em Administração, 12. São Paulo. Recebido em 18 març.2020.<http://login.semead.com.br/22semead/anais/arquivos/770.pdf>

Ocké-Reis, C. O. (2012). *SUS: O desafio de ser único*. FioCruz.

Oliveira, H. C., & Sanches Filho, A. (2022). Uma breve trajetória dos elementos constitutivos do Advocacy Coalition Framework (ACF). *Revista de Administração Pública*, 56(5), 632–653. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220049>

Pierce, J. J., Peterson, H. L., Jones, M. D., Garrard, S. P., Vu, T. (2017). There and back again: A tale of the advocacy coalition framework. *Policy Studies Journal*, 45(S1), S13–S46. <https://doi.org/10.1111/psj.12197>

Rebrats. (2023, 18 de junho). A Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats. <https://rebrats.saude.gov.br/quem-somos>

Sabatier, P. A. (1998). The advocacy coalition framework: Revisions and relevance for Europe. *Journal of Europe Public Policy*, 5(1), 98–130.

Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993a). The advocacy coalition framework: An assessment, revisions, and implications for scholars and practioners. In P. A. Sabatier, & H. C. Jenkins-Smith (Eds.), *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*, 211–235). Western Press.

Sabatier, P. A. & Jenkins-Smith, H. C. (1993b). The dynamics of policy-oriented learning. In: H. C. Jenkins-Smith (Ed.), *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*, 41–56. Westview Press.

Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1999). The advocacy coalition framework: An assessment. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process*, 117–166. Westview Press.

Sabatier, P. A., & Weible, C. M. (2007). The advocacy coalition framework: Innovations and clarifications. In P. A. Sabatier (Ed.), *Handbook on Policy, Process and Governing*, 189–220. Westview Press.

Vicente, V. M. B. (2015). A análise de políticas públicas na perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Revista Políticas Públicas*, 19(1), 77–90. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p77-90>

Weible, C. M., Sabatier, P. A., Jenkins-Smith, H. C., Nohrstedt, D., Henry, A. D., & deLeon, P. (2011). A quarter century of the advocacy coalition framework: An Introduction to the Special Issue. *Policy Studies Journal*, 39(3), 349–360.

<https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2011.00412.x>

Weible, C. M., Ingold, K., Nohrstedt, D., Henry, A. D., & Jenkins-Smith, H. C. (2020). Sharpening Advocacy Coalitions. *Policy Studies Journal*, 48(4), 2020, 1054–1081. <https://doi.org/10.1111/psj.12360>

Weible, C. M., Sabatier, P. A. & MCqueen, K. (2009). Themes and variations: Taking stock of the advocacy coalition framework. *Policy Studies Journal*, 37(1), 121–140. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2008.00299.x>