



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Entre a ciência tecnocrática e a vontade democrática’: o uso do conhecimento técnico-científico na Câmara de Saúde Suplementar sob a perspectiva da Ciência Pós-Normal”

por

Tatiana Pereira das Neves Gamarra

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de doutor em Ciências na área de Saúde Pública

Orientador: Professor Doutor Marcelo Firpo de Souza Porto

Rio de Janeiro, fevereiro de 2014.



Esta tese, intitulada

“Entre a ciência tecnocrática e a vontade democrática’: o uso do conhecimento técnico-científico na Câmara de Saúde Suplementar sob a perspectiva da Ciência Pós-Normal”

apresentada por

Tatiana Pereira das Neves Gamarra

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof. Dr. Marcelo Firpo de Souza Porto – Orientador

Tese defendida e aprovada em 20 de fevereiro de 2014.

“Examinai tudo e guardai o que for bom” (1Ts 5,21)

Aos meus pais, com carinho e gratidão

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus e à Nossa Senhora que sempre iluminaram meu caminho.

Agradeço a minha mãe, Maria das Neves, e ao meu pai, Benício das Neves, por tudo e mais um pouco: pela dedicação, pelo exemplo, pelo carinho, pelo apoio, pela paciência, enfim pelo amor incondicional sempre. Muito obrigada é tão pouco para expressar toda minha gratidão. Sou privilegiada demais em tê-los como meus pais. Amo muito vocês!

A minha única irmã Lidiane tão diferente e tão próxima a mim. Obrigada pelas conversas, companheirismo, amizade e paciência. Amo você minha irmã!

A minha linda sobrinha e afilhada Mariana, tão pequena e ao mesmo tempo tão fundamental na minha vida! Amo demais você lindinha!

“Muchas gracias” ao Ghyberty que mesmo sem entender (até agora!) o que significa ciência pós-normal fez tantos questionamentos que contribuíram para que eu refletisse melhor sobre este referencial.

A minha prima Michele Mileipp: exemplo de força, luta e resiliência. Muito obrigada por sua presença na minha vida.

Ao meu orientador por sua paciência, amizade, rigor, direcionamento, parceria (desde o mestrado) e confiança sempre. Como em toda relação longa houve períodos de “turbulência”, mas, acredito que conseguimos “aparar as arestas” e trabalhar bem conjuntamente e o principal: nos esforçamos para respeitar nossas divergências de pontos de vista e assim dialogar de forma construtiva.

A minha grande amiga Tereza Pasinato pelas longas conversas, amizade, apoio e senso de humor.

A minha grande amiga Priscila Esponton pelas conversas infinitas, amizade e incentivo.

À Agência Nacional de Saúde Suplementar pela concessão da licença, em especial ao então diretor interino de minha área Eduardo Sales por ter confiado no meu trabalho. Muito obrigada, Eduardo, pela confiança e pelo incentivo sempre, aprendo demais com você, que é PhD na arte da política.

Muito obrigada ao doutor Hésio Cordeiro, meu primeiro diretor na ANS: por sua humildade, inteligência, apoio e por me mostrar que existem pessoas que vivem no cotidiano o que ensinam na teoria.

Ao Roberto Bezerra, meu primeiro gerente na ANS, agradeço demais o apoio e a confiança no meu trabalho: sempre comento que gostaria de me aposentar tendo o Bob como chefe porque admiro demais seu senso de justiça.

Ao meu gerente à época da liberação para o doutorado Mauro Junqueira por ter confiado em mim mesmo me conhecendo tão pouco.

Aos amigos da ANS pelo incentivo, amizade e apoio: Carla (Godoy sempre com seus questionamentos: “mas eu ainda não entendi o que é essa *ciência pós-normal*”), Maristela Bernardi (muito obrigada pelo companheirismo e amizade, você é linda em todos os sentidos), Andréa Lozer (que depois de ser a mãe da Luana se tornou ainda mais especial), Bruno Catroli (Bruninho querido, é simples lhe definir: você é nota 1000!), Fernando Gomes (meu oposto: sempre tão organizado), Danielle Mattos (Dani querida, iluminada, sempre com uma palavra de incentivo e conforto), Rafael Fogel (muito obrigada pelas discussões tão frutíferas sempre!) Jane Moysés (valeu pelo apoio de sempre, você é muito, muito, muito especial!), João Boaventura (nós somos muito diferentes, mas, acho que conseguimos trabalhar bem em equipe: obrigada por me fazer refletir melhor sobre as questões econômicas, ah! sua amizade é fundamental para mim), Paula Gabriela (linda, doce e questionadora), Tiago Nagel (reflexivo, observador, obrigada pelas contribuições sociológicas), Rita Menezes (sempre tão solícita e disponível), Paola Scarano (mesmo em tão pouco tempo de convívio sua simpatia e gentileza foram inesquecíveis), Lidia Mota (obrigada pela força), Ana Paiva (obrigada pelo incentivo), Renato Cerceau (obrigada pelas discussões e divergências), Alexandre Spiguel (sua persistência é um exemplo), Alexandre Nordskog (saudades de nossas conversas longas e tão produtivas), Marcos Garrido (obrigada por seu apoio e suas brincadeiras que sempre levam a reflexão), Andréa Azeredo (obrigada por suas valiosas dicas e conversas divertidas), Simone de Oliveira (linda, doce e amiga), Debora Maltez (mesmo à distância sempre torcendo por mim), Cecília Faveret (sua inteligência, simpatia e humildade são inspiradoras), Marcos Gatti (obrigada por seu apoio e amizade), Simone Schenkman (muito obrigada por suas palavras de carinho e incentivo), Juraci Vieira Sérgio (muito obrigada por me permitir assistir a uma reunião da Câmara de Saúde Suplementar logo que ingressei na ANS: a partir desse dia minhas inquietações e reflexões sobre o tema desta tese começaram) e por fim, mas, não menos importante, obrigada Jeane (do curso de formação até aqui quantas mudanças em nossas vidas, você é uma pessoa iluminada).

Muito obrigada às “meninas da CODPT”: Juliana (a Ju, tão dedicada), Viviane (a Vivi, tão doce) e Patrícia (a Paty, tão simpática). Vocês foram fundamentais com apoio e orientação para que este sonho fosse realizado.

Muito obrigada ao Marco Brito pela confiança e apoio sempre: a partir de nossas discussões, quantas reflexões surgiram e estão nesta tese.

Aos amigos da turma do doutorado 2010. Correndo o risco de esquecer alguém, vou tentar especificar aqueles mais próximos: Annibal, Amanda (muito obrigada por sua presença na minha vida, Amandita), Katita, Juliana Machado (querida Ju, amiga de doutorado e de trabalho, quantas conversas e angústias compartilhadas, muito obrigada), Vanessa Costa e Silva, Vanessa Oliveira, Jacqueline, Fernanda, Liana, Tânia, Mariana, Hélio, Rosana, Juliana Guimarães, Adelyne, Cláudia e Cecília.

Ao “grupo das gatonas”, meninas nossa amizade foi fundamental: Cecília (Ciça, querida amiga, amo nossas conversas virtuais!), Amanda (Amandita, luz e força sempre iluminando todos os lugares onde está), Mariana (uma amiga guerreira que admiro demais), Margarete (sua persistência e dedicação são admiráveis), Katia (biomédica como eu, sou fã de sua discrição e humildade), Alessandra (junção rara de inteligência e humor) e Ivana (lutadora incansável e admirável).

Às amigas da ENSP: Carolina Esposti (doce e meiga sempre), Aline Guio (lindinha em todos os sentidos), Ingrid (forte e lutadora), Liza (sua definição: simpatia e lealdade) e Gabriela (como admiro você, sua força e garra).

Ao Fábio Mattos da Fontes por seu apoio e descontração nas “viagens” casa-Fiocruz-casa: muito, mas muito obrigada mesmo por seu carinho e amizade, você é um presente de Deus na minha vida.

À querida Maria Elizabeth dos Anjos pelo imenso apoio nas tarefas cotidianas nas quais ela que é a doutora.

À Jacqueline Alves Torres pelo incentivo e divisão de angústias “doutorandas”.

Às amigas de ontem, hoje e amanhã Marcelle Zveiter e Elaine Antunes Cortez que mesmo nem sempre presentes estão sempre comigo.

Muito obrigada aos professores doutores João Arriscado, Carlos Otávio Fiúza Moreira e Carlos Machado de Freitas por terem aceitado o convite para participar da banca de qualificação. Todas as sugestões e indicações de bibliografia foram essenciais para que esta tese fosse elaborada. Meu agradecimento especial à banca examinadora da

tese: professores doutores Fatima Silliansky, Gabriel Schütz, Carlos Machado e Jeni Vaitsman

Agradeço ao professor doutor Fabio Peres pelos valiosos ensinamentos e parceria na elaboração do artigo sobre os conflitos na Câmara.

Muito obrigada ao professor doutor Paulo Henrique Martins (UFPE) por sua atenção e gentileza.

“Thank you very much” aos professores doutores Jeroen van der Sluijs (Utrecht University-Holanda) e Lorna Schrefler (Center for European Policy Studies-Bélgica) pelo incentivo e pelas indicações bibliográficas fundamentais.

“Muchas gracias” a Miguel Clavería (UNAM-México): seu trabalho apresentado no ESOCITE 2012 e suas sugestões foram muito importantes para a elaboração deste estudo.

“Muchas gracias” também ao professor doutor Rafael Evelio Granados Carvajal (Universidad Nacional Costa Rica) pelas produtivas conversas sobre racionalidade e ciência. “Gracias de todo mi corazón”, Evelio.

“Muy agradecida” ao professor doutor Carlos Viesca-Treviño (UNAM-México) por sua atenção, disponibilidade e preciosas indicações bibliográficas.

A todos os professores da ENSP que tive oportunidade de conviver. De novo correndo o risco de me esquecer de alguém vou destacar os mais próximos: Willer, Mônica Malta, Paulo Sabroza, Mauricio Monken, Frederico Peres, Jeni Vaitsman, Eliane Holanda, Cristina Guilam e Jussara Brito.

Para a professora Patrícia Ribeiro um agradecimento especial como ela: muito obrigada por sua luz no meu caminho.

Agradeço a todos os funcionários da Secretária Acadêmica da ENSP pelo apoio e suporte.

Ao Ricardo Mariano Bijos Gomes: sua alegria, simpatia e descontração nas músicas contribuíram para que eu a cada dia após as muitas horas de elaboração do texto deste estudo pudesse relaxar e me renovar para continuar a escrever novamente no dia seguinte. Valeu, Toiço, união rara de beleza interior e exterior, sou sua fã!

RESUMO

A Câmara de Saúde Suplementar é uma instância formal de participação social da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tal instância conta com representantes de diferentes setores da sociedade tais como associações representativas de operadoras de planos de saúde, instituições de defesa dos consumidores, órgãos governamentais, associações profissionais, dentre outras. Embora seja considerada formalmente um fórum político, o uso do conhecimento técnico-científico desempenha papel fundamental nas reuniões da Câmara. Nessa perspectiva esta tese teve como objetivo principal analisar o uso do conhecimento científico nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar com base no referencial da ciência pós-normal (discussão das incertezas, peso dos valores, complexidade, paradoxos, pluralidade de perspectivas legítimas e qualidade da base do conhecimento que subsidia a atividade regulatória). Adotou-se a abordagem qualitativa com a utilização da técnica análise de conteúdo temática para a análise das atas das reuniões da Câmara no período de 1998 até 2011. Os temas que emergiram desta análise foram uso instrumental do conhecimento técnico-científico e utilização estratégica do conhecimento técnico-científico. Estes temas e seus respectivos núcleos de sentidos propiciaram discutir que o conhecimento técnico-científico pode ser um excelente subsídio, mas também pode se tornar um dificultador no aprimoramento da qualidade da atividade regulatória, dependendo da maneira como ocorre seu uso. Apesar das limitações do presente estudo, conclui-se que a partir da ciência pós-normal o antagonismo ciência e democracia, base de validação e legitimação do processo político poderia ser minimizado pela compreensão das instâncias participativas -como a Câmara de Saúde Suplementar - como comunidades ampliadas de pares. Isso implica considerar que aqueles que vivenciam uma determinada situação podem contribuir para uma melhor estruturação da temática em discussão por meio de sua efetiva participação nos debates.

Palavras-chave: Câmara de Saúde Suplementar; Ciência; Incertezas; Ciência Pós-Normal; Participação Social.

ABSTRACT

Private Health Insurance and Plans Advisory Committee is a formal social participation committee of National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans. It has representatives from different sectors of society such as associations representing private health insurers , consumer protection institutions , government institutions , professional associations , among others . Although it is formally considered a political forum , the use of technical and scientific knowledge plays a fundamental role in the meetings of the Committee. From this perspective this thesis aimed to examine the use of scientific knowledge in the meetings of the Board of Health Supplements based on the framework of Post- Normal Science (discussion of uncertainties , weight values , complexity , paradoxes , plurality of legitimate perspectives and quality of knowledge base that underpins the regulatory activity) . Adopted a qualitative approach using the thematic content analysis technique for the analysis of the meetings minutes of the Committee from 1998 until 2011 . The themes that emerged from this analysis were instrumental use of scientific-technical knowledge and strategic use of and scientific-technical knowledge . These themes and their respective cores senses propitiated argue that the scientific-technical knowledge can be a great benefit , but it can also become an impediment in improving the quality of regulatory activity , depending on how its use occurs . Despite the limitations of this study, we conclude that from the Post- Normal Science antagonism science and democracy , based validation and legitimation of the political process can be minimized by understanding the participatory bodies as Private Health Insurance and Plans Advisory Committee the as extended peer communities which implies considers the experience those who live given situation can contribute to a better structuring of the theme under discussion by their effective participation in debates .

Keywords: Private Health Insurance and Plans Advisory Committee; Science; Uncertainty; Post- Normal Science; Social Participation.

Índice

1- Apresentação.....	13
2- Introdução.....	16
3- Referencial teórico.....	23
4- Objetivos.....	31
5- Considerações metodológicas.....	32
6- Contribuições teórico-metodológicas da ciência pós-normal: perspectivas e desafios para a regulação em saúde.....	35
7- Uso do conhecimento técnico-científico na Câmara de Saúde Suplementar.....	50
8- Considerações finais.....	91
9-Referências bibliográficas.....	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAMSS: Câmara de Saúde Suplementar

CNI: Confederação Nacional da Indústria

DIGES: Diretoria de Gestão

IDI: Índice de Desempenho Institucional

IDSS: Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora

IN: Instrução Normativa

IPEAD: Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais

NUSAP: Numeral, Unidade, Extensão, Avaliação e *Pedigree*

RN: Resolução Normativa

SUS: Sistema Único de Saúde

1- Apresentação

O interesse em estudar a Câmara de Saúde Suplementar, instância de participação social formal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), surgiu pouco tempo após meu ingresso como servidora (especialista em regulação) na ANS, quando tive a oportunidade de assistir a uma das reuniões da Câmara. Fiquei muito impressionada com os intensos conflitos surgidos no decorrer da reunião.

Um dos aspectos que mais me chamou atenção nesta e em outras reuniões da Câmara às quais assisti foi a ênfase dos diferentes atores em argumentos que privilegiavam estudos/evidências científicas e análises técnicas. Tal fato me causou surpresa uma vez que a Câmara de Saúde Suplementar formalmente é um órgão de representação política, diferente de outras instâncias da ANS que são consideradas de caráter técnico como as Câmaras e Grupos Técnicos.

Quando os atores falavam sobre os estudos/análises os apresentavam como “provas” de suas argumentações e não se mencionava em nenhum momento os limites, as incertezas e os valores que estão envolvidos na produção de qualquer tipo de evidência científica. Como no meu mestrado, que defendi pouco antes de ingressar na ANS, estudei o referencial teórico da ciência pós-normal que destaca as incertezas, os valores, a pluralidade de perspectivas legítimas em situações complexas como as de saúde, considerei que seria bastante interessante do ponto de vista acadêmico e útil para a ANS analisar o uso do conhecimento técnico-científico nas reuniões da Câmara sob a perspectiva da ciência pós-normal.

Como não trabalho no setor responsável pela organização da Câmara, não pude assistir a muitas reuniões, entretanto, como as atas de todas as sessões encontram-se disponíveis no *site* da Agência, comecei a ler tal material e pude observar que o destaque a questões técnico-científicas estava sempre presente, o que fortaleceu meu interesse em realizar a presente tese.

No momento da qualificação do projeto de doutorado fui avisada da influência de minha dupla inserção, ou seja, ao mesmo tempo em que sou pesquisadora (doutoranda) também sou servidora da ANS, na elaboração desta tese. Assim, durante todo o processo de desenvolvimento desta pesquisa tive que lidar com o “desafio da proximidade” denominação de Gilberto Velho¹ a esta situação que ocorre quando o pesquisador é muito próximo ao seu objeto de estudo. Segundo o autor ¹ tal desafio pode ser enfrentado por meio da difícil tarefa de “estranhar o familiar”, isto é, do

constante questionamento das noções, impressões e classificações que formam a visão de mundo do pesquisador, minimizando, assim, os pré-julgamentos.

Esse “estranhamento do familiar” foi facilitado pela licença de um ano concedida pela ANS para a elaboração deste estudo que favoreceu o exercício de distanciamento. Por mais esforço que se faça, contudo, o distanciamento é relativo sempre e é importante, dessa forma, deixar claro o “lugar” de onde analiso os dados e elaboro esta tese.

Importante considerar, porém, que este meu olhar de “*insider*”, de estudar algo do qual eu faço parte, pode também proporcionar benefícios como apontam Faulkner e Becker ² porque ao mesmo tempo em que pode dificultar algumas análises também oferece grandes oportunidades de explorar os dados da pesquisa de uma maneira que um pesquisador externo, ou um “*outsider*” como os autores mencionados designam, não poderia fazer.

Muitas das questões que foram objeto de análise deste estudo permeiam o cotidiano da atividade regulatória, já que o conhecimento técnico-científico compõe uma dimensão fundamental do processo de trabalho de uma agência reguladora. Justamente por envolver aspectos tão presentes em meu trabalho, o exercício de olhar ora como *outsider* e ora como *insider* foi desafiador e certamente está presente em muitos pontos deste estudo.

É evidente que este exercício é repleto de tensões e contradições e somente conseguiu ser realizado com o apoio e o direcionamento constantes de meu orientador. Creio que é importante citar um exemplo claro desta situação: como *outsider* buscava me afastar para entender melhor situações que já considerava compreendidas, e como *insider* buscava a todo tempo que as discussões apresentadas nesta tese pudessem proporcionar subsídio à instituição da qual faço parte. As tensões e contradições emergiram na medida em que o papel de pesquisadora mais autônoma mesclava-se com a servidora pública inserida no contexto e nas amarras institucionais. Várias limitações de uma tese podem surgir das dificuldades de se realizar uma pesquisa qualitativa na instituição onde se trabalha, já que os olhares e os discursos produzidos transitam tenuamente entre o enxergado, o possível e o permitido. A escolha das atas da Câmara de Saúde Suplementar para analisar o objeto de estudo o uso do conhecimento científico na regulação em saúde – permitiu certa objetividade e independência de análise. Porém, como veremos nas considerações finais, essa estratégia metodológica também forneceu

limites importantes para o aprofundamento do contexto, dos interesses e dos valores que permeavam posições e discursos analisados na tese.

Busquei em todo o longo percurso que envolveu a elaboração deste trabalho acadêmico conjugar o aprofundamento teórico que uma tese de doutorado exige e o cuidado para que a teoria não estivesse em excesso prejudicando as contribuições práticas que pretendo que a análise aqui efetuada possam proporcionar. Provavelmente não consegui essa articulação em todas as questões estudadas, porém, acredito que este esforço tornou este estudo mais próximo à realidade da arena regulatória.

Uma de minhas maiores inquietações acadêmicas/profissionais suscitou a ideia inicial deste trabalho, ou seja, a ênfase no conhecimento técnico-científico como se tal conhecimento significasse verdade absoluta que não permite questionamento. Essa inquietação ainda continua, mas de uma outra maneira, porque acredito que o esforço de análise e sistematização aqui presentes possam contribuir para uma nova forma de se pensar e atuar na interface ciência/regulação.

Esta nova maneira deve apresentar desafios, mas, acima de tudo pode possibilitar um olhar mais reflexivo ao complexo processo da regulação em saúde que envolve tantos valores e interesses conflitantes. Dentro desses conflitos, porém, é necessário sempre preservar e destacar a defesa do interesse público como bem maior na atividade regulatória que também sempre considere ao longo de todo o processo de confecção deste estudo.

Nessa perspectiva, espero que a análise realizada na presente tese possa contribuir para o avanço do conhecimento científico, função básica de uma tese de doutorado e também apresente contribuições práticas para o aprimoramento da função regulatória da ANS, justificando, assim, o investimento da instituição neste estudo, uma vez que obtive afastamento total de minhas atividades profissionais pelo período de doze meses para dedicação exclusiva a esta pesquisa.

2- Introdução

O conhecimento científico é construído a partir de reflexões teóricas, dados experimentais e outras observações. Por meio de um processo de avaliação crítica, estes dados tornam-se *corpus* científico. Esse corpus pode ser descrito como aquelas afirmações proporcionadas por um coletivo de pesquisadores através de sua pesquisa contínua e que não são questionadas até que novos dados permitam o questionamento. Desse modo, o *corpus* constitui-se de generalizações e afirmações teóricas que são baseadas em dados observacionais e experimentais de natureza diversa— incluindo vivências qualitativas e registros dos períodos históricos analisados - e consiste, portanto, na interpretação de tais dados ².

De acordo com Brüseke ³, a ciência busca saber como algo é, enquanto a técnica pretende mostrar como se pode realizar algo. A racionalidade cognitiva que existe na ciência e na técnica apenas consegue ter acesso a fenômenos que foram modificados pelo processo de pesquisa e perguntas que não são permitidas pelos procedimentos científicos ou mesmo por seus paradigmas ficam, assim, em suspenso.

Ao se considerar essa limitação, pode-se inferir que o corpus científico é insuficiente para muitas ações práticas, uma vez que não contém toda a informação útil para uma decisão prática. Além disso, o contexto político e os valores em disputa sempre influenciam ações e decisões ditas “práticas”. Não se pode desconsiderar, contudo, que a informação apresentada por trabalhos científicos possui força de evidência suficiente para influenciar legitimamente muitas decisões ⁴.

Na atividade regulatória o conhecimento científico desempenha papel fundamental, pois, há forte ênfase que esta atividade deve ser baseada em análises técnicas que sejam consideradas isentas de influências políticas ⁵. O conhecimento científico pode ser utilizado de diferentes modos na regulação: na interpretação dos dados, na escolha de quais dados devem ser usados e na seleção de que teorias considerar. Tais escolhas, entretanto, incorporam preferências políticas e de valores ⁶, os quais influenciam as perguntas formuladas, os referenciais teóricos e os métodos selecionados.

Especificamente no caso da regulação em saúde, Barreto e Guimarães ⁷ destacam que as evidências científicas, por mais sólidas que sejam, sempre implicam largas faixas de imprevisibilidade, limitando, assim, a efetividade das ações regulatórias que foram subsidiadas por tais evidências. Segundo estes autores, essa

característica também é estratégica porque, ao mesmo tempo que estudos produzem evidências que proporcionam cientificidade às decisões, o grau de incerteza inerente a essas evidências propicia espaço para que as ações regulatórias possam estar em harmonia com diferentes posicionamentos políticos, já que se pode nesse espaço de incerteza negociar contradições com os diversos grupos de interesse existentes.

É importante considerar que as evidências científicas são necessárias, mas, não são suficientes para a tomada decisão política ^{8,9}. Ao invés de se assumir que as disputas políticas devem ser isoladas das bases científicas usadas no processo decisório, é importante a abertura a iniciativas participativas que subsidiem o processo de tomada de decisão a fim de que possam ser discutidas as diferentes perspectivas dos envolvidos. Isso significa considerar em uma determinada situação as incertezas inerentes às evidências científicas e os valores envolvidos em cada escolha, destacando-se as implicações sociais e econômicas de uma determinada decisão ¹⁰, em particular quando interesses públicos e direitos fundamentais da população são afetados.

Nesse sentido, este estudo pretende analisar o uso do conhecimento científico em uma instância de participação social formal da ANS, a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), fundamentando sua análise a partir do referencial da ciência pós-normal, que enfatiza as incertezas, a pluralidade de perspectivas legítimas, os paradoxos, o peso dos valores das complexas situações de saúde e também discute a qualidade das ações regulatórias, compreendendo a qualidade da análise e solução de problemas a partir de uma adequada explicitação e avaliação de incertezas e valores em jogo. Trata-se, portanto, de uma proposta epistemológica que articula ciência, política e democracia no sentido de se avaliar as bases argumentativas que são explícitas e levadas em consideração em um dado processo decisório.

A ANS é uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que foi criada em 2000. Possui a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País ¹¹.

Tal agência possui grande importância, uma vez que uma parcela expressiva da população brasileira possui plano de saúde. De acordo com os dados da ANS em setembro de 2011 ¹², há cerca de 47,0 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica e 16,0 milhões de planos exclusivamente odontológicos no Brasil.

Nesta tese, porém, não discutiremos as implicações, contradições e conflitos existentes entre a assistência suplementar à saúde e as propostas e políticas no âmbito do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde que rege parcela expressiva das políticas de saúde do Ministério da Saúde no país.

A referida agência conta com diversos mecanismos de participação da sociedade: as consultas públicas, as Câmaras e Grupos Técnicos, as Audiências Públicas e a Câmara de Saúde Suplementar. As consultas públicas têm por finalidade conhecer as demandas dos atores sociais da saúde suplementar para buscar subsídios para as tomadas de decisões da ANS ¹³. As Câmaras Técnicas surgem da necessidade de se discutir de maneira mais aprofundada assuntos pertinentes à saúde suplementar e consistem em grupos temporários formados por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. Já os Grupos Técnicos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico e não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica ¹⁴. As Audiências Públicas são realizadas pela ANS para ouvir a opinião da sociedade sobre assuntos importantes para a regulação dos planos de saúde e podem ser realizadas em ambiente virtual ¹⁵.

A Câmara de Saúde Suplementar é uma instância de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que possui caráter permanente e consultivo com a finalidade de auxiliar a Diretoria Colegiada da ANS nas suas discussões. Esse órgão possui várias competências ¹⁶:

- I – acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar;
- II – discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor;
- III – colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas;
- IV – auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país;
- V – indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.

Essa instância de participação social foi criada em 1998 e desde desta data reúne-se periodicamente ¹⁷. A Câmara de Saúde Suplementar possui composição diversificada e é formada pelos seguintes membros ¹⁶:

I – pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II – por um Diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

III – por um representante de cada um dos seguintes Ministérios:

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça; e

e) da Saúde;

IV – por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades:

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;

c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

d) Conselho Federal de Medicina;

e) Conselho Federal de Odontologia;

f) Conselho Federal de Enfermagem;

g) Federação Brasileira de Hospitais;

h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades

Filantrópicas;

j) Confederação Nacional da Indústria;

k) Confederação Nacional do Comércio;

l) Central Única dos Trabalhadores;

m) Força Sindical;

n) Social Democracia Sindical;

o) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização; e

p) Associação Médica Brasileira;

V – por um representante de cada uma das entidades representativas dos segmentos:

a) de autogestão de assistência à saúde;

b) de medicina de grupo;

c) de cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;

d) de odontologia de grupo; e

e) de cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI – por dois representantes de cada uma das entidades representativas dos segmentos:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; e
- c) de portadores de deficiência e de patologia especiais.

Tal instância, como pode verificar-se através das atas de reuniões disponíveis no sítio da ANS, é um órgão onde frequentemente são debatidas as normas que a agência emitirá. Assim a Câmara, embora seja de natureza consultiva, na prática transforma-se em um fórum quase deliberativo, no qual os atores enfrentam-se em torno de posições assumidas como em uma disputa política ¹⁸.

De acordo com Scheffer ¹⁹, as futuras disputas entre os atores sociais ligados à saúde suplementar serão relacionadas à vinculação com a política de saúde, ao incentivo econômico-tributário do Estado para os planos de saúde, às relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores, à adaptação dos planos antigos, à relação entre a ANS e Ministério da Saúde, ao qual está vinculada, à característica da Câmara de Saúde Suplementar (se deliberativa e paritária), ao controle social do setor suplementar e à disponibilização de dados epidemiológicos, econômicos e financeiros ao governo e à sociedade. Isto é, uma história de disputas que será desdobrada em novas fases, com novas temáticas, resultado da pluralidade de interesses e projetos políticos em disputa no campo da saúde suplementar e sua regulação pelo Estado brasileiro ²⁰.

Participação e deliberação surgem atualmente no centro de um grande debate sobre a renovação da democracia, sendo que a experiência do Brasil, neste tema, por sua dimensão e intensidade, destacou-se no cenário internacional ²¹. A participação social, desde que ocorra de modo efetivo, é um instrumento que pode favorecer a tomada de decisões ao considerar as necessidades e os interesses dos indivíduos. Deve-se atentar, entretanto, se os diversos atores sociais somente são convocados para decidir sobre o que foi previamente planejado pelos especialistas ²².

Além disso, é importante destacar que os diferentes métodos participativos não possuem um fim em si mesmo, uma vez que de forma isolada não serão capazes de solucionar problemas. Para cada grupo e situação específica faz-se necessário que se ajuste e adapte as metodologias participativas, integrando-se as informações que são

disponibilizadas aos grupos sociais. A procura pela resolução dos problemas tem sido o fator essencial para o êxito de iniciativas que impliquem participação e ação social. Contudo, a participação deve incluir todas as etapas do processo, ou seja, desde o iniciar do processo de planejamento até o seu fim ²³.

Nesse sentido, o presente estudo busca contribuir para o aprimoramento das atividades da Câmara de Saúde Suplementar ao analisar de maneira crítica o uso do conhecimento científico nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar utilizando o referencial teórico da ciência pós-normal. Este enfoque consiste em uma abordagem que destaca a importância da consideração e incorporação dos diversos tipos de saberes, os denominados científicos e aqueles procedentes da experiência para situações complexas que envolvem tomadas de decisão, assumindo-se a relevância da explicitação dos valores, interesses e incertezas em jogo. Sua emergência está vinculada aos problemas socioambientais contemporâneos e aos limites da ciência normal em seu sentido kuhniano. *

Geralmente a saúde suplementar é estudada pelo viés economicista utilitarista neoclássico que não considera a incapacidade da ciência normal para lidar com os riscos, incertezas e a complexidade dos problemas de saúde relacionados às atividades econômicas. A saúde, entretanto, deve ser considerada como fenômeno complexo e multidimensional, que possui implicações éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e muitas vezes conflitos na sociedade, em razão de como os valores e interesses relacionam-se dentro de estruturas de poder ²⁴. Nesse contexto, a Câmara de Saúde Suplementar converte-se em uma arena de conflitos, que envolve diferentes atores sociais, com valores e interesses diversos.

Dessa forma, o presente estudo espera contribuir de maneira original, uma vez que suas análises serão fundamentadas em um olhar abrangente que reconhece a complexidade da saúde e suas conexões dinâmicas que ocorrem entre processos de distintas dimensões. Como destaca Breilh ²⁵, encontrar soluções justas, humanas, culturalmente plurais e cientificamente rigorosas não será possível somente através da academia e das cúpulas políticas formadas por políticos e gestores, mas em instâncias de construção coletiva, apoiadas na opinião dos atores sociais e organizações que representam seus anseios e interesses estratégicos.

A análise proposta nesta tese, espera-se, será relevante na medida em que permitirá revelar e discutir os conflitos, o peso dos valores e as incertezas presentes nos

debates que envolvem o uso do conhecimento científico que ocorrem na Câmara de Saúde Suplementar. Também será possível analisar como, segundo Campos e Mishima²⁶, a Agência (ANS) como representante do Estado, e assim, legitimadora da política pública, se posiciona em uma dialética entre a legitimação de um tipo de Estado que favorece o mercado e a impossibilidade de deixar perceber a realidade da sociedade em seus anseios por saúde e outros direitos fundamentais que transcendem ou se contrapõem às lógicas de mercado. Ou seja, como sua atuação como órgão regulador desenvolve-se frente a esse desafio.

Por fim, espera-se que tal análise possa verificar até que ponto a Câmara de Saúde Suplementar, enquanto instância de participação social, constitui-se em um espaço de luta das coletividades para instituir seu poder e defender espaços sociais solidários e em uma iniciativa verdadeiramente integral e democrática, como ressalta Breilh²⁷. Esse fator é crucial, uma vez que uma relação que inclua a participação social efetiva não ocorre através da divisão de poderes e responsabilidades induzidas de cima para baixo, mas deve ser uma dinâmica contínua e socialmente produzida de baixo para cima²³.

3- Referencial Teórico Ciência Pós-Normal

Adotou-se o termo pós-normal para marcar a ultrapassagem de uma época em que a prática científica adequada consistia na resolução de quebra-cabeças e se desconsideravam as questões mais amplas de natureza metodológica, social e ética produzidas pela atividade científica e por seus produtos. Os problemas atuais de saúde — a nível individual e comunitário — possuem características que os diferenciam dos problemas científicos tradicionais. Trata-se de fenômenos novos, complexos, variáveis e, muitas vezes, mal compreendidos. Frequentemente decisões políticas devem ser tomadas, e com certa rapidez, fundamentadas em contribuições científicas com alto grau de incerteza. Desse modo, as políticas destinadas a solucionar os problemas de saúde não podem ser determinadas à luz de previsões científicas tradicionais; apoiando-se somente em cálculos políticos ²⁸.

Esse enfoque sobre a ciência desafia as possibilidades de cálculo, pois, reconhece, cada vez mais, a importância da consideração das incertezas, das indeterminações, das contradições e dos fenômenos aleatórios, trazendo, desse modo, liberdade para se inscrever todo conhecimento na contribuição para o desenvolvimento científico e os processos decisórios ²⁹.

A ciência pós-normal destaca aspectos que são negligenciados pelas abordagens científicas tradicionais tais como as incertezas, os valores e a pluralidade de perspectivas legítimas, considerando-os elementos integrais para a prática científica. Através de sua inclusão no estudo de problemas complexos, a ciência pós-normal possibilita um referencial coerente para a participação ampliada nas situações de tomada de decisão, garantindo decisões mais adequadas para situações complexas ³⁰. Além disso, a ciência pós-normal ajuda a revelar que os interesses sociais e científicos, de acordo com Bourdieu ³¹, produzem táticas de persuasão, estratégias oportunistas e tendências transmitidas culturalmente que modelam o desenvolvimento do conhecimento científico, com as ações dos pesquisadores sofrendo influências de fatores sociais intra e extra-teóricos que se afastam da noção genericamente difundida pela ciência normal de objetividade e neutralidade.

Geralmente, há confusões no sentido de que a ciência pós-normal busca substituir a ciência normal. A ciência pós-normal, no entanto, deve ser considerada como uma estratégia para resolução de problemas complexos que inclui muitas das contribuições da ciência normal, mas destaca que, para a solução dos problemas

complexos, há a necessidade de se considerar outros aportes legítimos além do conhecimento científico³².

Os enfoques clássicos fragmentados da ciência podem provocar o agravamento dos problemas de saúde, por não considerar o intrínseco indeterminismo dos sistemas complexos dinâmicos. A definição de complexidade não é simples, porque há diversas concepções sobre o tema. É importante lembrar que o aumento do número de elementos e/ou relações em um sistema não resulta necessariamente em complexidade. Sistemas complexos de maneira geral possuem características que os tornam mais difíceis de entender e de gerenciar que sistemas complicados e simples³³. Tais características podem ser resumidas, segundo Gallopín e colaboradores³⁴, pelos seguintes fatores: pluralidade de perspectivas legítimas, não-linearidade, emergência, organização própria, multiplicidade de escalas e incerteza irreduzível.

Como teoria a ciência pós-normal vincula epistemologia e política, uma vez que se origina nas relações entre ambos os domínios. Os grandes objetivos da ciência – o avanço do conhecimento e a conquista da natureza – são substituídos por temas como ética, sociedade, saúde e sustentabilidade. A ciência pós-normal não pode se permitir abstrações a partir do mundo real, porque precisa lidar com as situações diretamente. Para abranger as questões fundamentais de um sistema ou problema complexo há necessidade de clareza e auto-compreensão, assim, a abordagem de resolução de problemas fragmentada típico da “ciência normal” tradicional não é adequado em tal contexto³⁵.

Escolheu-se a abordagem da ciência pós-normal para subsidiar este estudo justamente porque a Câmara de Saúde Suplementar é uma instância de participação com a presença de diversos atores sociais que possuem diferentes interesses valores e conhecimentos. Nesse sentido, tal abordagem pode subsidiar a análise do uso do conhecimento técnico-científico em uma instância participativa, destacando os valores, os interesses, as incertezas, os paradoxos e os tipos de saber presentes, contribuindo, desse modo, para garantir a qualidade das decisões em áreas complexas como a saúde, uma vez que são considerados diferentes perspectivas e tipos de conhecimento³⁵.

A discussão da qualidade como oposta a busca da verdade objetiva e fragmentada pela ciência normal é um aspecto central da ciência pós-normal. Enquanto

a ciência normal enfatiza a confiança na representação objetiva dos fatos através da verdade científica que se constitui, conforme Bourdieu ³¹, na articulação da perspectiva do pesquisador e a verdade da visão prática do agente (ponto de vista) que se ignora como tal e vive na ilusão do absoluto, a ciência pós-normal destaca a qualidade que envolve avaliar as incertezas a partir das posições epistemológicas e ontológicas de cada ator. Além disso, os métodos e os resultados devem ser acessíveis aos diferentes atores sociais, incluindo a participação dos referidos atores no processo de garantia de qualidade que é parte da comunidade ampliada de pares, na qual avaliação da qualidade das políticas propostas é realizada de acordo com o conhecimento de cada ator, incluindo suas perspectivas morais e culturais, revelando pontos de vista que os especialistas desconhecem ³⁶.

A contribuição de todos os atores sociais não significa meramente a ampliação da participação democrática. Para problemas complexos como aqueles que envolvem a saúde é fundamental os diferentes aportes originados da experiência profissional, da prática cotidiana e do processo político. Cada um dos atores tem estabelecido seus próprios meios para assegurar a qualidade (como revisão por pares, associações profissionais e de mercado, mas também outras esferas e processos de legitimação presentes nas comunidades de não especialistas) dos produtos gerados por seus trabalhos. Para situações complexas e com elevado grau de incerteza a manutenção da qualidade, no entanto, depende do diálogo franco entre todos envolvidos. A denominada comunidade ampliada de pares não consiste simplesmente de pessoas com algum grau de certificação institucional, mas, de todos aqueles que desejem participar na resolução do problema, em especial quando afetados pelas decisões em jogo. Desse modo, a ciência pós-normal pode conduzir à extensão da responsabilidade dos governantes (base da sociedade democrática moderna), incluindo os diversos interessados nas questões mencionadas ³⁰.

A comunidade ampliada de pares não é necessariamente um recipiente passivo que recebe materiais dos especialistas, necessitando de uma “educação científica” para entendê-los. Os diferentes atores também possuem ou mesmo criam seus próprios materiais, incluindo saberes profissionais, conhecimento situado dos lugares e suas historicidades, jornalismo investigativo, relatos de histórias de vida. O aspecto teórico que justifica tal comunidade consiste na legitimidade do modelo da participação

estendida, uma vez que a ampliação dos pares suscitará o surgimento de questionamentos diversos como, por exemplo: “é desejável que tal procedimento ou técnica seja incorporado?” “o que não se sabe sobre determinada inovação?” “que tipo de futuro a sociedade almeja?”³⁷.

A referida comunidade também pode originar interrogações fundamentais como: conhecimento para quê? É necessário, assim, não somente descrever os valores dentro da ciência e da sociedade, mas também avaliar estes valores, trabalhando com a sociedade para estimular o direcionamento a questões de justiça social, responsabilidade e o papel dos setores público e privado. Por isso, estruturas teóricas e institucionais são necessárias para promover um crescente diálogo entre a ciência e a sociedade que permitam o florescer de processos decisórios com mais qualidade. O diálogo estimulará uma avaliação crítica da produção de informação que é ignorada e daquela que é amplamente divulgada. Como parte desta tarefa, cabe questionar também a quase sagrada curiosidade científica, pois, freqüentemente tal curiosidade tem se transformado em uma maneira de restringir a avaliação crítica do papel do conhecimento na sociedade, protegendo, assim, os cientistas da necessidade de prestar contas do significado de suas pesquisas³⁸. Esse questionamento proporcionado pela comunidade ampliada de pares é fundamental para as políticas de saúde, incluindo as regulatórias, já que, de forma geral, conforme Bourdieu³¹, o universo da ciência consegue impor de modo universal, ainda que com crescentes contradições, a crença nas suas afirmações e evidências uma vez que o capital simbólico, isto é, a marca de prestígio e reconhecimento da atividade científica cumpre papel legitimador muito forte.

Ainda segundo Bourdieu³¹, o poder simbólico do tipo científico apenas é exercido sobre o homem comum (como poder de fazer ver e fazer acreditar) se for confirmado por outros cientistas que controlam de modo tácito o acesso ao “grande público” por meio principalmente da divulgação. Esse “poder de fazer ver e fazer acreditar” proporciona uma assimetria de informação, uma vez que o discurso científico é considerado como “verdade absoluta”, não permitindo que os limites e as incertezas presentes em qualquer estudo sejam discutidas de modo amplo por todos agentes, sendo a discussão restrita aos pares.

Uma vez que políticas de saúde envolvem incertezas, outro aspecto central da ciência pós-normal, a incorporação da precaução, torna-se fundamental. O princípio da precaução aparece nas discussões sobre os limites do enfoque preventivo clássico. Tal princípio inverte os pressupostos da abordagem preventiva tradicional para situações que incluam incertezas e potenciais prejuízos, tanto para o presente, quanto para as futuras gerações. Inverte-se também o ônus da prova e dos marcos regulatórios, porque a sociedade exige das agências reguladoras não propriamente a avaliação científica dos riscos, mas a ausência destes ²⁴.

A grande lição da ciência pós-normal consiste no reconhecimento de que a qualidade dos resultados não depende da eliminação das incertezas, mas, ao invés disso, do adequado gerenciamento destas, através da consideração dos diferentes valores e perspectivas nas tomadas de decisões, principalmente, em situações precaucionárias como aquelas que incluem os problemas de saúde ³⁹.

A base ideológica de sustentação do paradigma preventivo clássico é a do otimismo tecnológico, que concebe o progresso científico com um benefício em si e os malefícios são percebidos como circunstanciais, uma vez que o próprio avanço científico tende a reduzir as incertezas para riscos que sejam aceitáveis e controláveis. Assim, a racionalidade científica possui centralidade para os sistemas regulatórios, que funcionam com base em instituições técnico-científicas especializadas, estruturadas de maneira vertical e fechada aos não-especialistas, com a população em geral considerada “leiga” e incapaz para tomar decisões ³¹.

Os conflitos políticos e as tensões subsequentes, contudo, envolvem a distribuição dos riscos na sociedade como concentrações de riquezas e desigualdades sociais, culturais e educacionais. Além disso, como muitas decisões devem ser tomadas em um contexto de profunda incerteza é imprescindível a existência de políticas participativas que funcionam surpreendentemente como fator de estímulo para maior pesquisa científica. Desse modo, resumidamente, pode-se afirmar que a incorporação do enfoque precaucionário requer ⁴¹:

- provas científicas insuficientes diante da complexidade dos riscos;
- a multidimensionalidade dos riscos;
- a incomensurabilidade dos componentes dos riscos;
- a necessidade de uma avaliação ampla, incluindo uma pluralidade de perspectivas sociais e opções, ponderando riscos e benefícios ou prós e contras

- a existência da ignorância.

Importante lembrar que as decisões relacionadas à saúde não são baseadas exclusivamente em evidências científicas. Embora seja reconhecido que os resultados das pesquisas científicas contribuam com o processo político, as decisões não são efetuadas considerando-se unicamente a avaliação dos dados científicos. Realmente, a saúde pública é além de ciência uma forma de ativismo social e os tomadores de decisão podem não saber ou até mesmo escolher desconsiderar as evidências científicas. É desejável implementar uma intervenção somente quando há forte evidência científica que a fundamente, entretanto, diversos fatores influenciam a tomada de decisão em saúde, tais como fatores sociais, religiosos, culturais e políticos, bem como as implicações econômicas da mencionada decisão ⁴².

Sistemas regulatórios adequados devem contemplar o tempo histórico e processos de decisão coletivos, que abarquem instâncias políticas, jurídicas e institucionais. Visões reducionistas, fundamentadas em culturas centralizadoras tendem a solucionar o dilema da confiabilidade humana através de estruturas com alto grau de rigidez e normatização. Em contrapartida, abordagens participativas em contextos mais democráticos lidam com os problemas por meio de análises contextuais, reforços de competência e processos de pactuação que impliquem comprometimento ⁴³.

Nesse sentido, este estudo pretende, ao analisar o uso do conhecimento técnico-científico nas reuniões da Câmara à luz da ciência pós-normal, verificar se existe um real processo de pactuação que implique em aprendizagem e tomada de decisão coletiva. Além disso, espera-se verificar também se o enfoque da precaução está presentes nas reuniões da Câmara, uma vez que a incorporação de tal enfoque, segundo Rezza ⁴², significa implementar medidas regulatórias para prevenir ou restringir exposições que possuem ameaças conjecturais à saúde mesmo não havendo evidências científicas suficientes, enquanto a recusa da precaução implica expor as pessoas a substâncias/agentes até que a relação causa-efeito seja provada ou refutada.

Cabe ressaltar que a análise proposta nesta tese será favorecida com a utilização dos referenciais da ciência pós-normal, uma vez que essa abordagem oferece diversas ferramentas metodológicas para avaliar as incertezas e conseqüentemente a base de conhecimento em discussão, dentre as quais podem ser destacadas o NUSAP (numeral,

unidade, extensão, avaliação e *pedigree*), o QAAT (Dispositivo Auxiliar para a Garantia da Qualidade) ⁴⁴ e os Guias para Avaliação e Comunicação das Incertezas e para participação dos atores sociais ³².

É preciso reconhecer que está se chegando ao tempo em que cientistas, economistas, médicos, engenheiros devem refletir sobre seus paradigmas, buscando trabalhar de maneira conjunta, abrindo, desse modo, para articulação dos aspectos essenciais dos problemas, cumprindo com ética e eficiência suas funções de intervir no mundo. Essa é uma das exigências para um diálogo mais efetivo entre ciência, instituições e sociedade ⁴³.

A unidade entre as diversas experiências culturais que compõem a sociedade ocorre quando se oferece a todos a possibilidade de se desenvolverem. Assim, a democracia é entendida como a convivência de uma pluralidade de respostas às perguntas fundamentais da sociedade. A vida democrática consiste em um encontro das variadas respostas aos problemas e exigências e problemática que a realidade apresenta.

O Estado pode agir como facilitador, proporcionando espaço às diversas soluções que surgem da criatividade e liberdade da pessoa no âmbito individual e comunitário, ou pode desconsiderar as tentativas de resposta efetivas já dadas, fundamentando a convivência apenas nas exigências que correspondam a um critério que ele, como detentor do poder, efetue a definição. As duas possibilidades são condicionantes na execução de políticas públicas, no entanto, são mais importantes para definir as políticas que coordenarão as intervenções que servirão como soluções para os problemas públicos existentes em um determinado país ⁴⁵.

O campo da política, conforme Bourdieu ⁴⁶, oscila sempre entre dois critérios de validação antagonistas: a ciência tecnocrática e a vontade democrática, ou em outros termos, o julgamento do especialista e o desejo do militante. A ciência tecnocrática pode ser compreendida como a forma de atividade científica que limita a participação democrática uma vez que, em razão de sua linguagem eminentemente técnica, só é completamente acessível aos especialistas em um dado tema. Desse modo, o uso do conhecimento técnico-científico em instâncias participativas, muitas vezes despolemiza e despolitiza questões inerentemente axiológicas, como ressalta Busfield ⁴⁷, restringindo, dessa forma, o diálogo necessário ao processo democrático.

Nessa direção, acredita-se que a verificação proposta neste estudo constituir-se-á em importante contribuição, pois, embora haja vasta literatura destacando a fundamental

importância da participação social nos processos decisórios, muitas vezes, como destaca Porto ⁴³, o poderio econômico e ideológico de determinados grupos diante do governo e as diferentes mídias tende a obscurecer e desqualificar a necessidade do debate público, que consiste no percurso civilizatório em bases éticas do desenvolvimento, que geralmente é paralisado pela corrente economicista utilitarista e pelos limites da ciência normal.

4- Objetivos

Objetivo geral

Analisar o uso do conhecimento científico nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar com base no referencial da ciência pós-normal (discussão das incertezas, peso dos valores, complexidade, paradoxos, pluralidade de perspectivas legítimas e qualidade da base do conhecimento que subsidia a atividade regulatória)

Objetivos Específicos

1. Discutir a relevância do referencial teórico-metodológico da ciência pós-normal para a regulação em saúde
2. Identificar os temas relacionados ao uso do conhecimento científico nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar
3. Analisar criticamente, com base na ciência pós-normal, os diferentes núcleos de sentido presentes nos temas identificados

5- Considerações Metodológicas

De acordo com Minayo ⁴⁸, o conceito de metodologia contempla de maneira simultânea os seguintes aspectos:

1. a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o objeto a ser pesquisado necessita;
2. a apresentação de forma adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos operativos que serão utilizados durante o estudo;
3. a “criatividade do pesquisador”, isto é, sua marca peculiar na maneira de articular teorias, métodos e achados.

Nesse sentido, faz-se necessário recordar Pierre Bourdieu ⁴⁶, que alerta que a pesquisa científica é algo muito sério e difícil para que se possa confundir rigidez, que é o oposto da inteligência e da criatividade, com o rigor. O rigor é fundamental para a pesquisa e implica recusar a “leitura simples do real”, sempre tentadora, e se afastar dos perigos da compreensão espontânea da realidade social sempre complexa ⁴⁹.

Esse rigor metodológico é fortalecido pela adoção de uma postura de reflexividade do pesquisador, que significa estar sempre vigilante epistemologicamente fornecendo os princípios de uma crítica técnica que possibilita controlar de modo mais atento os aspectos que possam modificar o curso da pesquisa ³¹. Essa reflexividade é essencial para a pesquisa qualitativa porque requer uma consciência metodológica ativa do pesquisador durante todo o desenvolvimento da pesquisa para que se garantam resultados com qualidade ⁵⁰ e se consiga apreciar os contextos sociais, as formas de cognição e os comportamentos humanos de maneira ampliada ⁵¹.

No próximo capítulo é realizada a discussão teórica da relevância do enfoque da ciência pós-normal para a atividade regulatória em saúde. Há a discussão das contribuições desta abordagem para a regulação e também são abordados os desafios que podem surgir pela adoção dos aportes da referida abordagem à atividade regulatória. Este capítulo consiste na base do artigo Regulação em saúde e epistemologia política: contribuições da ciência pós-normal para enfrentar as incertezas (já submetido a avaliação de periódico) e representa o primeiro objetivo específico da presente tese.

Já os capítulos subsequentes representam os dois outros objetivos específicos deste estudo, ou seja, a identificação dos temas e a análise dos núcleos de sentido relacionados ao uso do conhecimento técnico-científico nas reuniões da Câmara de

Saúde Suplementar sob a perspectiva da ciência pós-normal. É importante ressaltar que a análise será realizada por meio da consulta às atas das reuniões da Câmara que estão disponíveis na íntegra no *site* da ANS no *link*: <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar>.

Optou-se por realizar a análise documental das atas em detrimento de outras estratégias metodológicas porque além da facilidade de acesso ao material que favoreceu a realização da pesquisa de forma que não ocorressem atrasos, foi observado também, após leitura criteriosa de todos os textos das reuniões, a existência de informações relevantes, essenciais e suficientes para subsidiar a discussão proposta nesta tese e alcançar, assim, integralmente dois dos objetivos específicos propostos neste estudo.

A escolha da abordagem qualitativa para tal análise justificada porque este estudo buscará contribuir na identificação de conceitos e variáveis importantes de questões que são praticamente impossíveis de se quantificar como sentimentos, motivações, valores e interesses ⁵². Além disso, a pesquisa qualitativa, quando desenvolvida com reflexividade, possibilita que se evite que as forças de anti-reflexividade presentes em inúmeros estudos criem uma realidade a partir de suas próprias preferências, prejudicando, assim, a compreensão das complexas relações sociais ⁵³.

A análise das atas de reuniões da Câmara de Saúde Suplementar será baseada na Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação cuja presença ou frequência de aparição, podem significar algo para o objetivo analítico escolhido. Esta técnica contribui para a compreensão do que está por trás dos conteúdos manifestos, contribuindo para desvelar, além das aparências, do que está sendo analisado ⁵⁴.

Segundo Bardin ⁴⁹, a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitam inferir conhecimentos associados às condições de produção/recepção das referidas mensagens.

Ainda, de acordo com a referida autora ⁴⁹, a técnica de análise de conteúdo constitui-se das seguintes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase é a etapa de organização, que

pode usar diversos procedimentos, como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que baseiem a interpretação. Na fase posterior, os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na terceira fase é realizada a categorização, que consiste em classificar os elementos de acordo suas similaridades e diferenças, com posterior reagrupamento, a partir de características comuns. Assim, a codificação e a categorização são parte da análise de conteúdo.

A Análise de Conteúdo fixa-se no conteúdo do texto e pretende compreender os sentidos através do conteúdo expresso no texto, em uma concepção transparente de linguagem. Na utilização da análise de conteúdo busca-se no texto justamente uma série de significações que o codificador identifica por meio dos indicadores que lhe estão associados ⁵⁵.

Foram analisadas as atas das reuniões da Câmara no período entre 1998 e 2011, o que totalizou 69 (sessenta e nove) reuniões. Neste estudo foram escolhidos os seguintes descritores para direcionar a análise do uso do conhecimento técnico-científico nas reuniões da Câmara: conhecimento, ciência, cálculo, parecer, análise, técnico (a), científico (a), evidência, estudo, pesquisa, dado, método, metodologia. As seguintes etapas de análise foram percorridas: identificação das ideias centrais (núcleos de sentido) das atas (que se encontram disponíveis no sítio da ANS) em relação ao uso do conhecimento técnico-científico; comparação entre os diferentes núcleos de sentido presentes; descoberta de eixos (temáticas) em torno dos quais giravam a construção dos conceitos e discussão das categorias temáticas encontradas.

Cabe ressaltar que embora a utilização dos descritores tenha subsidiado a análise, todas as atas foram lidas na íntegra para evitar a perda de alguma discussão importante relacionada ao uso do conhecimento técnico-científico que não fosse contemplada pelo uso dos descritores.

6- Contribuições teórico-metodológicas da ciência pós-normal: perspectivas e desafios para a regulação em saúde

6.1 Introdução

Regulação é um vocábulo polissêmico que pode ser empregado para diferentes finalidades, contudo, nesse estudo de natureza teórico-conceitual, será adotada a definição proposta por Davies e colaboradores ⁵⁶, que consideram a regulação como uma atividade do Estado que consiste na implementação de uma política estruturada por meio de processos e documentos normativos como atos, regulamentações, manuais. Especificamente em relação à regulação em saúde, Lloyd-Bostock e Hutter ⁵⁷ destacam que é uma atividade que pode ser mais bem compreendida como um processo que envolve diferentes instrumentos, metodologias e abordagens ao invés de ser considerada como um método coerente e claramente definido.

A atividade regulatória em saúde apresenta grande complexidade e se constitui em uma das funções essenciais da saúde pública que abrange, conforme Buss ⁵⁸, desenvolvimento e fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, credenciamento e controle da qualidade dos serviços de saúde, certificação da qualidade de drogas, equipamentos e tecnologias, geração de novos regulamentos destinados a melhorar a saúde da população e promover ambientes saudáveis, proteção dos consumidores e de suas relações com os serviços de saúde, além da realização oportuna, adequada e completa das atividades regulatórias.

A fim de proporcionar estratégias mais qualificadas e adequadas de ação para lidar com a complexidade inerente à regulação em saúde, serão apresentadas e discutidas as contribuições da abordagem da ciência pós-normal. A ciência pós-normal pode ser considerada simultaneamente como prescrição normativa e metodologia e pode ser compreendida, segundo Turnpenny, Jones e Lorenzoni ³⁶, de maneira múltipla como: uma resposta às reflexões do filósofo da ciência Thomas Kuhn que desenvolveu o conceito de ciência normal; o desenvolvimento de um método para ampliação da ciência tradicional e um desafio para os cientistas; uma força para mudanças sociais e um foco de crítica à ciência hegemônica.

O objetivo central da ciência pós-normal é garantir a qualidade das decisões em situações com alto nível de incerteza e complexidade como aquelas que ocorrem na

atividade regulatória em saúde. Funtowicz ⁵⁹, contudo, ressalta que essa garantia de qualidade precisa ser definida em termos de incertezas e urgência nas decisões, abrangendo o interesse público, os conhecimentos científicos e as diversas formas de conhecimentos advindos da experiência, incluindo o conhecimento dos não-especialistas, como das populações e pessoas que vivenciam situações de risco ou problemas específicos de saúde.

Para estruturar a discussão proposta, o texto está dividido da seguinte maneira: nesta primeira seção encontra-se a introdução, na segunda seção realiza-se uma aproximação ao conceito de regulação em saúde, na terceira seção apresentam-se os aportes da ciência pós-normal, na quarta seção discute-se como as contribuições da ciência pós-normal podem subsidiar ações regulatórias mais adequadas e, finalmente, na última seção estão as considerações finais.

6.2 Regulação em saúde: uma aproximação

A regulação consiste em uma das clássicas e principais funções governamentais. De uma perspectiva histórica pode ser observado que os governos iniciaram suas atividades regulatórias antes de proporcionarem serviços de bem-estar social aos seus cidadãos. Nesse sentido, a regulação define o limite entre a sociedade e o Estado, o governo e o mercado e representa a busca do Estado em estabelecer limites no escopo das atividades privadas, bem como atender a demandas de proteção e emancipação expressas pelos movimentos sociais como ressalta Souza Santos ⁶⁰ A importância e a amplitude da regulação como um instrumento da política pública são bastante variáveis, dependendo intensamente do contexto político, econômico e social ⁶¹.

Da mesma maneira que outros conceitos políticos é bastante difícil definir o conceito de regulação, uma vez que o termo é utilizado para objetivos teóricos, discursivos e analíticos diversos ⁶². Em linhas gerais, a regulação envolve uma atividade contínua de monitoramento, avaliação e refinamento de normas. O processo regulatório é complexo e implica a interação de diferentes atores sociais, tornando-se necessário, assim, que o Estado possua capacidade de conciliar diferentes racionalidades e interesses ⁶³.

Nessa perspectiva, a regulação em saúde de maneira específica apresenta um desafio ainda maior ao Estado, uma vez que existe uma clara indicação de que a lógica e as ferramentas da economia tendem a monopolizar a atividade regulatória em saúde ⁶⁴.

Essa monopolização é extremamente perigosa, uma vez que pode tornar pouco visível o objetivo principal da regulação em saúde de proteger e melhorar a saúde da população ⁶⁵.

Além disso, a perspectiva hegemônica da economia sobre a regulação é insuficiente para explicar a sua relevância, porque a regulação em saúde é, em sua essência, complexa e interdisciplinar e, assim, necessita das contribuições da economia, mas também da ciência política, da gestão pública, do direito e de outros saberes para conseguir promover soluções adequadas aos problemas apresentados ⁶⁶.

Portanto, a regulação em saúde implica abordagens interdisciplinares e suas ações repercutem em diversas áreas, contextos e culturas ⁶⁷. Outro aspecto importante a ser considerado ao se analisar a complexidade da regulação em saúde consiste na influência exercida pelo mercado e pelos demais agentes sociais no Estado, pois, tal influência pode modificar substancialmente o que foi planejado anteriormente, implicando elevação dos custos da atividade regulatória em saúde ⁶⁸.

Conover ⁶⁹ argumenta que a regulação em saúde acarreta altos custos para o Estado por abranger diferentes tipos de regulação: das instituições de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios), dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e outros), dos seguros de saúde (que envolve restrições, regras de reajuste e portabilidade), dos produtos farmacêuticos, médicos e dos equipamentos e do sistema de saúde em geral.

Importante considerar que tais custos não são somente de natureza econômica, mas envolvem a legitimidade política da atividade regulatória em saúde, o que implica atuar de modo efetivo tecnicamente e aceitável politicamente em situações que, na maioria das vezes, envolvem alto grau de incerteza e interesses divergentes. Nessa direção, deve-se lembrar que, como qualquer atividade política, a regulação deve adotar procedimentos que promovam a transparência do processo decisório e a participação pública ⁷⁰. Essa necessidade de participação social e transparência da atividade regulatória ultrapassa a justificativa da importância de decisões participativas para a ampliação da democracia, uma vez que a participação da sociedade, se realizada de maneira efetiva, contribui com o aumento da qualidade da regulação, por proporcionar diferentes pontos de vista para a estruturação dos problemas complexos e pode, desse modo, como aponta Aagaard ⁷¹, diminuir possíveis limitações de compreensão e vieses do regulador.

Justamente porque a regulação em saúde é uma atividade complexa que lida com uma pluralidade de perspectivas e muitas vezes os reguladores necessitam tomar decisões urgentes em situações de profunda incerteza, além de demandar transparência e participação ampla da sociedade, considera-se que a abordagem teórico-metodológica da ciência pós-normal poderá ser de grande utilidade para a atividade da regulação em saúde.

6.3 Ciência pós-normal: possibilidades e desafios

A ciência pós-normal consiste em uma concepção de gestão de temas complexos relacionados à interface ciência-política. Essa abordagem destaca aspectos que a ciência tradicional tende a desconsiderar como as incertezas, o peso dos valores nas tomadas de decisão e a pluralidade de perspectivas legítimas. Para a ciência pós-normal tais fatores são essenciais para a prática científica e através de sua inclusão na estruturação de problemas complexos, pode-se proporcionar um referencial consistente para a ampla participação social na tomada de decisão a fim de tornar o processo decisório mais qualificado. A modificação proposta pela ciência pós-normal é muito acentuada, já que a abordagem da ciência normal para lidar com problemas complexos significa reduzir sua complexidade através do estudo de um determinado fragmento. Os conceitos da ciência pós-normal ressaltam a emergência de novas estratégias para a resolução de problemas nos quais o papel da ciência é considerado em um contexto amplo de incertezas e complexidade, bem como a relevância da consideração de valores e compromissos ³⁰.

Para a ciência pós-normal, as contribuições da ciência normal não devem ser desconsideradas, ao contrário, são essenciais para o desenvolvimento de diversas ferramentas metodológicas dessa nova concepção. Há, contudo, uma diferença essencial em relação à gestão das incertezas científicas com relação à ciência aplicada e à consultoria profissional, cujas estratégias podem ser consideradas adequadas de acordo com níveis menores de complexidade. No primeiro nível, a estratégia da ciência aplicada para solucionar problemas de incerteza consiste no controle das variáveis relevantes do problema (como em laboratório) e no uso das probabilidades estatísticas para o desenho de estudos e análise de seus resultados, admitindo-se que as incertezas e os interesses em jogo são baixos. Já a estratégia da consultoria profissional pressupõe um número maior de incertezas e interesses/valores em jogo, e a forma de reduzir as incertezas envolvidas é realizada por meio da avaliação profissional, caso de inúmeros problemas que são solucionados

individualmente ou por equipes de médicos, engenheiros ou outros campos profissionais nos quais a experiência assume um papel fundamental no lidar com as situações.

Porém, admitindo-se que as incertezas e os interesses/valores em jogo são elevados, o problema da incerteza científica deve ser compreendido não somente por meio da redução das incertezas, algumas vezes irredutíveis, mas, na constante busca de qualidade nas decisões e ações diante de situações mais complexas, sendo essa essencialmente a proposta da ciência pós-normal ⁷². Neste caso, admite-se que nenhuma dimensão especializada isoladamente será capaz de diagnosticar e propor soluções adequadas.

Como consequência, um elemento-chave proposto pela ciência pós-normal consiste na comunidade ampliada de pares para a discussão de problemas complexos. Situações complexas, com alto grau de incerteza e decisões envolvendo valores importantes requerem uma ampla gama de especialistas e não-especialistas afetados por essas situações, uma vez que todos esses agentes podem proporcionar visões relevantes para a compreensão dos problemas que proporcionarão, assim, soluções de maior qualidade.

Nestas comunidades participam diferentes agentes com diferentes habilidades com a finalidade de avaliar as evidências científicas existentes, aportar novos conhecimentos, redimensionar o problema em si e, assim, subsidiar tomadas de decisão mais adequadas a partir de critérios e valores explicitados e assumidos. Em tais comunidades podem existir cientistas independentes, integrantes com perfil político, membros da sociedade civil organizada, especialistas científicos contratados pelas partes interessadas (geralmente empresas) e um avaliador sênior ⁷³.

As proposições da ciência pós-normal, entretanto, não estão isentas de críticas. Aliás, como acontece com todos os referenciais teóricos e metodológicos, existem na literatura diversos estudos apontando suas fragilidades e limites. Goeminne ⁷⁴ chega a ponto de questionar se algum dia a prática científica foi normal por considerar, como diversos estudos da sociologia do conhecimento destacam, que estudos científicos sempre implicaram escolhas de métodos e que essas escolhas eram influenciadas por contextos políticos e sociais.

Diversos campos científicos como a saúde pública, por exemplo, reconhecem a influência política e social na atividade científica, entretanto, a ciência pós-normal busca avançar nessa discussão porque, além deste reconhecimento, oferece também conceitos e

ferramentas metodológicas para lidar com estas situações mais complexas ajudando, assim, na compreensão dos limites dos modelos científicos tradicionais e na solução dos problemas

59.

Uma forte crítica à ciência pós-normal está relacionada à sua carência de compreensão sociológica sobre a governança dos problemas políticos e acerca dos aspectos da democracia participativa e deliberativa. Para a ciência pós-normal, segundo essa crítica, o raciocínio metodológico prevaleceria sobre a deliberação política, as disputas por poder e as interações democráticas e, desse modo, a mudança do tipo de avaliação da evidência científica poderia alterar os resultados de uma determinada política ⁷⁵.

De fato, vários estudos que utilizam o referencial da ciência pós-normal não problematizam sociologicamente uma questão fundamental: como realizar a articulação do conhecimento científico proveniente dos especialistas com o conhecimento da prática, o senso comum dos demais agentes sociais e, mais que isso, como lidar com conflitos que podem, da mesma forma que certas incertezas, serem de alguma forma estruturais e irredutíveis. Bourdieu ⁴⁶ ressalta que esses dois tipos de conhecimento – o científico e o da prática - possuem natureza diversa, sendo o primeiro relacional e o segundo substancial, ou seja, a ciência busca descobrir as relações que produzem os processos sociais enquanto o senso comum pensa o mundo social de modo realista e contextualizado a partir do vivenciado, considerando a realidade em si mesma sem necessariamente realizar abstrações.

Da forma como estão estabelecidas, estas duas maneiras de pensar o mundo social tendem a ser antagônicas e geralmente estão em conflito. Desse modo, para que a proposta da comunidade ampliada de pares da ciência pós-normal seja exitosa, existe a necessidade de mediação nesta instância. Isto é, de uma intervenção de um terceiro elemento que, de acordo com a compreensão interacional de sociedade de Simmel ⁷⁶, não somente interrompa a interação previamente condicionada dos dois elementos em conflito, como possa eventualmente proporcionar reconciliação para o conflito marcando o limiar da dinâmica grupal, tendo por referência a força moral e argumentativa acerca das bases intelectuais e evidências utilizadas no processo.

Importante lembrar que nenhuma teoria, no entanto, proporciona explicações para todas as lacunas do conhecimento, devendo ser considerada, como aponta Becker ⁷⁷, como um “mal necessário” para o entendimento da realidade, sendo sempre incompleta, parcial e provisória. Assim, embora a ciência pós-normal apresente limitações como qualquer

referencial, essa perspectiva contribui bastante para a melhoria dos processos decisórios por buscar articular epistemologia e política, propondo o desenvolvimento de abordagens epistêmicas que possibilitem soluções mais consistentes para problemas complexos ⁷⁸.

Tais abordagens resultaram no desenvolvimento de ferramentas metodológicas multidimensionais e reflexivas para avaliar e comunicar as incertezas científicas, como o sistema NUSAP (Numeral Unidade Extensão Avaliação e *Pedigree*) e o *checklist* de Avaliação da Qualidade do Conhecimento, que já foi adotado por uma agência reguladora da área ambiental na Holanda ⁷⁹. Dessa maneira, além de contribuir epistemologicamente, a ciência pós-normal também pode ser extremamente útil de maneira prática para a regulação em saúde por meio da incorporação e adaptação de suas metodologias, como será discutido na próxima seção.

6.4 Regulação em saúde e ciência pós-normal: perspectivas

De acordo com De Marchi e Funtowicz ³⁵, os pressupostos da ciência pós-normal contribuem para uma regulação mais efetiva e adequada de problemas complexos. Isto envolve, segundo os autores, incorporar os seguintes princípios:

- **Compartilhar o conhecimento:** refere-se à necessidade de reconhecer e valorizar os diferentes tipos de conhecimento que os distintos atores podem aportar ao debate. Os cidadãos não são “tábulas rasas”, ao contrário, possuem conhecimento relevante derivado de sua experiência cotidiana de enfrentamento de problemas concretos do mundo real. Este conhecimento situado e contextualizado pode estar ligado aos costumes e às práticas sociais, proporcionando, desse modo, observações valiosas para uma regulação efetiva. Há a necessidade, dessa forma, de um amplo leque de disciplinas e experiências além daquelas especializadas denominadas puramente tecno-científicas.
- **Congruência:** trata-se da coerência tanto interna quanto recíproca entre idéias e ações, e sua correspondência com a realidade da experiência anterior e de iniciativas futuras. Por exemplo, as medidas de prevenção de diferentes riscos podem ser mutuamente contraditórias ou os planos de reparação podem não ser aplicáveis em determinados contextos sociais. Como exemplo de insumos incongruentes, pode-se citar o caso de um conselho ou orientação que seja sólido

tecnicamente, mas, que não seja aplicável na prática, produzindo, desse modo, resultados incongruentes, não-efetivos e possivelmente perigosos.

- **Recursos:** referem-se a todos os talentos, os conhecimentos e as conexões das diferentes partes implicadas, que incluem também as habilidades sociais e comunicativas e seu acesso a redes mais amplas. O diálogo político favorece o aparecimento destes recursos, que, uma vez descobertos, podem ser aperfeiçoados e utilizados em um processo de aprendizagem social que amplia os recursos sociais através de um efeito bola-de-neve e de efeitos sinérgicos com outras atividades em curso. É importante também a utilização de redes, organizações comunitárias articuladas a autoridades regionais e locais.
- **Confiança:** A “confiança” compreende e permeia os outros três princípios, pois, é a principal condição para que qualquer cooperação entre os diferentes atores seja efetiva. A confiança do público leigo nos especialistas e nos reguladores estão sofrendo uma forte erosão nos últimos tempos. Frequentemente, este fenômeno origina-se na percepção do público de que houve omissão de informações, tentativa de confundir a sociedade, subordinação de instituições e cientistas a interesses econômicos ou até mesmo mentiras.

Deve-se sempre lembrar que o objetivo de qualquer atividade regulatória estatal é a defesa do interesse público ⁶¹. Essa forma de interesse pode ser compreendida a partir de três diferentes perspectivas: a substantivo-funcional, que se relaciona à busca do “bem-maior” da sociedade; a substantivo-agregativa, para a qual o interesse público seria um cálculo utilitário do que a maioria das pessoas deseja em um determinado período e a processual, que considera os indivíduos como participantes no diálogo sobre o que o interesse público implica, e nesse debate os indivíduos interagem, aprendem e podem muitas vezes transformar suas preferências ⁸⁰ ou ainda impedir que certos interesses ditos públicos ou da maioria aniquilem interesses legítimos e direitos considerados fundamentais de aparentes minorias. Estas perspectivas não são excludentes, mas, complementares e devem ser consideradas como um *continuum* ⁸¹, embora certas forças políticas e econômicas presentes na sociedade possam tornar proeminentes certas perspectivas, como as utilitaristas.

Nesse sentido, Funtowicz e Strand ³⁷ destacam que o objetivo principal da ciência pós-normal de garantir a qualidade das decisões em situações com alto nível de incerteza e complexidade deve ser considerado a partir da lógica da defesa do interesse público. Para o alcance desse objetivo, a tradicional revisão por pares da ciência normal deve ser então transformada em uma revisão realizada por uma “comunidade ampliada de pares”³⁷ que garanta a proeminência do interesse público a partir da explicitação dos vários interesses coletivos que se encontram em jogo diante de certo problema ou tomada de decisão.

Além desses avanços epistemológicos, a abordagem da ciência pós-normal pode contribuir também de maneira metodológica para a regulação em saúde. Há diferentes métodos que foram desenvolvidos por essa abordagem, tais como os já mencionados NUSAP e o *checklist* de Avaliação da Qualidade do Conhecimento. Estas ferramentas metodológicas permitem, segundo Van der Sluijs e colaboradores ⁸², analisar as incertezas de modo a ultrapassar a concepção de incerteza como problema meramente técnico ou a busca de consenso científico quando há evidência inconclusiva. Em adição, as metodologias de avaliação das incertezas necessitam explicitar as profundas incertezas subjacentes à estruturação dos problemas, aos julgamentos de especialistas e às escolhas metodológicas, dentre outros aspectos.

Pode-se afirmar que a regulação em saúde consiste, como qualquer outro tipo de política, em uma política da dúvida, uma vez que, como argumentam Freudenburg, Gramling e Davidson ⁸³, são subsidiadas por evidências científicas que em sua grande maioria são inerentemente probabilísticas e ambíguas, portanto, repletas de incertezas e valores muitas vezes ocultos no discurso científico e no uso abusivo do conceito de evidência. Como muitas vezes as decisões regulatórias precisam ser tomadas de maneira urgente para defender o interesse público, justifica-se completamente o uso das ferramentas metodológicas da ciência pós-normal para que a ação regulatória possua maior qualidade e legitimidade, inclusive reconhecendo-se as incertezas acerca das decisões a serem tomadas.

Para exemplificar a aplicação do *checklist* de Avaliação da Qualidade do Conhecimento e do NUSAP, estes métodos serão sistematizados na página seguinte:

Checklist para avaliação da Qualidade do Conhecimento ⁸²

- ✓ **Estruturação do problema:** outras visões do problema, valores envolvidos, relação com outros problemas e papel dos resultados no processo político
- ✓ **Envolvimento dos diferentes atores:** identificação dos atores, suas visões e papéis, controvérsias e modo de envolvimento
- ✓ **Seleção dos indicadores:** base adequada para seleção, indicadores alternativos, suporte para seleção com métodos científicos e relação sociedade/política
- ✓ **Avaliação da base do conhecimento:** qualidade requerida, lacunas no conhecimento e nos métodos e impacto dessas lacunas nos resultados
- ✓ **Mapeamento e avaliação das incertezas relevantes:** identificação e priorização das incertezas-chave, escolha do método para avaliá-las e avaliação da robustez das conclusões
- ✓ **Comunicação das incertezas:** contexto da comunicação, implicações políticas das incertezas e representação equilibrada e consistente das incertezas

O NUSAP, segundo Craye, Funtowicz e van der Sluijs ⁸⁴, consiste em um sistema que objetiva fornecer uma análise e diagnóstico das incertezas da base do conhecimento de problemas complexos que permite capturar dimensões quantitativas e qualitativas das incertezas possibilitando sua comunicação de maneira padronizada e explicativa. Cada uma das suas dimensões está descrita abaixo:

- ▶ N (numeral): relacionado à precisão numérica
- ▶ U (unidade): associada à maneira como os dados são apresentados
- ▶ S (extensão): generaliza o erro randômico do experimento ou a variância estatística
- ▶ A (avaliação): significa reunir, resumir, organizar, interpretar e muitas vezes conciliar os diferentes tipos de conhecimento
- ▶ P (*pedigree*): envolve julgamento dos especialistas (como grau de validade do estudo)

Para a atividade regulatória em saúde a dimensão *pedigree* é especialmente importante porque permite avaliar a qualidade das evidências que subsidiam a regulação. O *pedigree* é estruturado como uma matriz onde as diferentes colunas correspondem às fases e mostram aspectos relevantes a serem considerados. Já as linhas

são “modos” hierarquicamente ordenados: consistem em classificações qualitativas que descrevem as diferentes maneiras nas quais o *pedigree* possa ser qualificado em relação à evidência científica que está em avaliação. Os modos são ordenados de 0 a 4. Desta forma, tal avaliação proporciona uma pontuação, obtida pela escolha de cada aspecto relevante (classificação qualificadora). Uma maior pontuação para uma determinada fase suscita a expectativa de que a maneira que esta fase tenha sido administrada na dinâmica de produção de conhecimento possa favorecer a uma melhoria na qualidade da evidência em questão ⁸⁴.

Exemplo esquemático do uso do *pedigree* para um estudo epidemiológico ⁸⁴:

Nº	Problema	Definição	Coleta	Análise	Revisão
4	Negociação	Negociação	Força-tarefa	Estabelecida	Ampliada
3	Científico	Ciência	Direto	Discussão	Externa
2	Compromisso	Pragmático	Burocrático	Competição	Independente
1	Inércia	Simbólico	Indireto	Embrionária	Interna
0	Controvérsia	Desconhecido	Desconhecido	Sem informação	Nenhuma

O sistema NUSAP e o seu componente *pedigree*, em particular, reflete uma perspectiva epistemológica de considerar qualquer expressão científica como um inextricável mistura de elementos sempre permeada por valores diversos. Qualquer expressão científica mostra o que sabemos (o consenso que é construído, com base em escolhas e interpretações que são significativas dentro de enquadramentos científicos e sócio-políticos da questão) e o que não sabemos (a infinita ignorância produzida pelo que não pode ser analisado, como consequência das escolhas, hipóteses e interpretações realizadas). É precisamente esta abordagem de complexidade na produção de conhecimento que pode abrir caminhos para práticas mais reflexivas ⁸⁴.

Este raciocínio básico subjacente ao sistema NUSAP/*pedigree*, juntamente com a sua simplicidade, seu caráter auto-explicativo e sua coerência, pode torná-lo um interessante instrumento de subsídio para deliberação política a partir do conhecimento disponível. Este instrumento pode ser usado tanto no nível mais holístico da valorização da ignorância e incerteza como em uma consultoria especializada, o que lhe confere características de praticidade e concretude na interface ciência-política – sociedade ⁸⁴.

É importante ressaltar que o uso destas ferramentas da ciência pós-normal pode contribuir de forma relevante para a regulação em saúde porque cada vez mais há maior empenho para se destacar as incertezas das evidências científicas com o objetivo de desqualificá-las como subsídio para a decisão regulatória em saúde. Em diversos países existem consultorias especializadas em fornecer suporte técnico para questionamento da qualidade das evidências utilizadas na atividade regulatória em saúde, como destaca Michaels ⁸⁵.

Além disso, segundo Ashford ⁸⁶, os reguladores, especialmente na área da saúde, precisam estar atentos para os possíveis erros produzidos por uma avaliação inadequada das incertezas. Segundo esse autor ³⁶, há três tipos de erros que podem ser gerados por uma avaliação incorreta das incertezas:

- Erro do tipo I: ocorre se há a proibição de um determinado procedimento em razão de seus efeitos prejudiciais, quando na realidade o procedimento é seguro (falso positivo)
- Erro do tipo II: ocorre a liberação de um determinado procedimento acreditando-se que ele é seguro, quando na realidade é prejudicial (falso negativo).
- Erro do tipo III: acontece quando há a formulação de uma resposta para um problema mal-estruturado (“racionalidade restrita”), com efeitos imprevisíveis ou negativos.

Funtowicz e Ravetz ⁸⁷ chamam a atenção de que os erros do tipo III são uma armadilha característica da utilização da ciência normal em situações pós-normais, pois, quando existem lacunas entre os dados disponíveis e a modelagem proposta de um lado, e a situação política real de outro, as abordagens fragmentadas da ciência normal são insuficientes e muitas vezes até perigosas.

Em relação aos dois primeiros tipos de erros, Freudenburg, Gramling e Davidson ⁸³ ressaltam que a ciência normal evita o erro do tipo I com uma margem de 95 % de confiança, entretanto, só consegue evitar os erros do tipo II com uma margem de até 80% de confiança. Os autores ⁸³ ressaltam que os erros do tipo II, isto é, quando o órgão regulador autoriza um procedimento considerando que o mesmo é seguro e na realidade não o é, são especialmente graves porque possuem implicações sérias na saúde da população. A ciência normal, contudo, tende a considerar que os erros do tipo I são

mais graves que os de tipo II porque se falso-positivos ocorrem há atraso no avanço do conhecimento científico ⁸⁸, além disso, um dos principais valores da atividade científica consiste na busca contínua de maior precisão, o que também justifica esta maior ênfase nos erros do tipo I ⁸⁹.

Erros regulatórios podem produzir consequências graves para a saúde pública e a literatura científica possui inúmeros casos de efeitos danosos verificados após a autorização e liberação dos produtos por instituições reguladoras. Como exemplo se pode citar a autorização do uso do medicamento talidomida para o tratamento das náuseas da gravidez: a utilização de tal medicamento resultou em milhares de casos graves de teratogenia em diversos países ⁷.

Nessa direção, a incorporação dos pressupostos teóricos e metodológicos da abordagem da ciência pós-normal na regulação em saúde é completamente consistente com os princípios da defesa da saúde pública, uma vez que, conforme Graham ⁹⁰, essa abordagem destaca uma adequada gestão das incertezas, que implica considerá-las motivos e justificativas para agir e, assim, evitar consequências danosas à saúde pública.

As contribuições teórico-metodológicas da ciência pós-normal podem auxiliar na diminuição do uso retórico das incertezas ⁹¹ com objetivo de adiar ou promover determinada intervenção regulatória com a finalidade de contemplar interesses alheios ao interesse público, o que, infelizmente, tem se tornado fato cada vez mais comum nos processos regulatórios em todo o mundo. Essas contribuições podem também ajudar a combater a utilização estratégica das incertezas por algumas empresas. Como afirma Gertner ⁹², esta utilização que implica ocultar escolhas e seleções realizadas no processo científico de produção de evidências é extremamente perigosa para atividade regulatória, pois, possibilita a substituição dos valores ligados à saúde pública por interesses predominantemente comerciais e a superação do que é íntegro cientificamente pelo que é metodologicamente possível com o propósito de favorecer a uma determinada demanda que geralmente está relacionada a interesses privados.

Além disso, a incorporação da ciência pós-normal à atividade regulatória em saúde pode também representar uma oportunidade de aprendizagem mútua entre reguladores, regulados e sociedade em geral, uma vez que pode proporcionar uma compreensão das necessidades de cada um dos agentes, inclusive o entendimento sobre questões relacionadas à dificuldade de implementação de determinado tipo de ação política, qualificando desse modo, como destaca Moodie ⁸, os participantes desse

processo na arte da diplomacia e no desenvolvimento de estratégias de influência em um ambiente propício para a explicitação de aspectos éticos relevantes.

Cabe destacar também que a ciência pós-normal pode proporcionar ampliação de legitimidade para as ações regulatórias em saúde por contribuir na diminuição do descrédito das evidências científicas que subsidiam a regulação, na minimização da noção de ciência como domínio inacessível ao público e na melhoria da comunicação das incertezas subjacentes às evidências científicas. Estas questões, segundo Schwartzman, Ross e Berrube ⁹³, constituem-se em entraves para a atividade regulatória. Finalmente, deve-se ressaltar que o objetivo principal da ciência pós-normal não é eliminar as incertezas, mesmo porque existem algumas irreduzíveis, mas, buscar continuamente estratégias mais reflexivas de lidar com as mesmas, que se convertam em processos de aprendizagem social e que permitam processos regulatórios mais adequados ⁹⁴.

Os aportes da ciência pós-normal podem ser muito úteis à regulação em saúde contribuindo para integrar epistemologia e política ao destacar as incertezas do conhecimento científico, a existência da pluralidade de perspectivas legítimas e a complexidade inerente às situações de saúde. Também contribui metodologicamente ao propor a incorporação da comunidade ampliada de pares e de metodologias como o NUSAP e o *checklist* de Avaliação da Qualidade do Conhecimento com o objetivo de tornar as políticas regulatórias mais qualificadas.

É importante destacar também que um objetivo central de qualquer atividade regulatória, a defesa do interesse público, também pode ser fortalecido pela incorporação da ciência pós-normal à regulação em saúde, uma vez que essa abordagem propicia a ampliação da qualidade do processo regulatório por meio do questionamento das “verdades científicas”, pela introdução de novos tipos de fatos e de novas lógicas de formulação de políticas, além de proporcionar um espaço de crítica a normas burocráticas que sejam consideradas inadequadas ou ultrapassadas ⁹⁵ pelos participantes da comunidade ampliada de pares.

Este fortalecimento da defesa do interesse público proporcionado pela incorporação da ciência pós-normal é fundamental porque, como afirma Camargo Júnior ⁹⁶, cada vez mais a produção e a circulação de conhecimento na área da saúde são fortemente influenciadas por interesses privados, como os econômicos relacionados aos lucros de empresas e corporações, os quais não correspondem necessariamente ao interesse público. Por isso, Miguelote e Camargo Júnior ⁹⁷ argumentam que, para evitar que os interesses comerciais e

de mercado sobreponham-se ao interesse público, não se deve descuidar de uma regulação rigorosa, em especial, no contexto de uma área tão delicada para a sociedade e a vida das pessoas como a saúde.

7- Uso do conhecimento técnico-científico na Câmara de Saúde Suplementar

A partir das ideias centrais das atas e do agrupamento destas ideias em torno de núcleos de sentido, dois grandes temas que podem sintetizar o material estudado foram identificados: uso instrumental e utilização estratégica do conhecimento técnico-científico. Estes temas, embora possam ser entendidos como classificações que estruturam a discussão, não se excluem necessariamente. Ao contrário, foram considerados pontos de partida para a discussão dos sentidos atribuídos às ideias que, em alguns momentos, podem sobrepor-se.

A escolha destes grandes temas foi subsidiada pela leitura das atas e também por dois textos fundamentais sobre as relações entre regulação e conhecimento técnico-científico: *The usage of scientific knowledge by independent regulatory agencies* de Lorna Schrefler ⁵ e a introdução do livro *Science for Policy: new challenges, new opportunities* elaborada por Ângela Guimarães Pereira e Silvio Funtowicz ⁹⁸. O primeiro texto propõe uma sistematização sobre o uso do conhecimento científico na regulação em cinco grandes classificações: instrumental, simbólico, estratégico-político, substantivo e não-uso. Já o segundo texto, discute que os argumentos científicos possuem duas grandes utilizações na atividade regulatória: instrumental e manipulativa.

Desse modo, considerando-se as contribuições destes textos seminais e após a leitura de todas as atas optou-se por dividir a produção analisada em dois grandes temas, uso instrumental e utilização estratégica do conhecimento técnico-científico, por se acreditar que tais eixos contemplem melhor as discussões presentes nos documentos analisados.

Já os núcleos de sentido, nos quais estes grandes temas traduziram-se, foram criados a partir da leitura das atas, sendo fruto de elaboração própria da autora, após intensa reflexão em relação à literatura estudada.

7.1 Uso instrumental do conhecimento técnico-científico na Câmara

O uso instrumental do conhecimento técnico-científico esteve presente em todas as reuniões da Câmara **, o que não é surpreendente porque, conforme Schrefler ⁵, trata-se do tipo de uso que fundamenta as atividades das agências reguladoras em geral e consiste em notas, estudos e pareceres técnicos que são parte do cotidiano dos processos de trabalho das agências.

Aqui também surge o primeiro paradoxo desta tese, isto é, observa-se que o conhecimento técnico-científico esteve presente em todas as reuniões analisadas da

Câmara, embora na primeira reunião de tal instância ⁹⁹ o representante do Ministério da Saúde que à época (agosto de 1998) presidia a Câmara de Saúde Suplementar, uma vez que a ANS somente foi criada em 2000, ressaltasse que aquele era um espaço de representação e não de debates técnicos, já que não se tratava de um fórum decisório não havendo necessidade da presença de técnicos.

Na segunda reunião da CAMSS ¹⁰⁰, realizada em agosto de 1998, um representante das operadoras (modalidade medicina de grupo) solicitou que técnicos pudessem participar das reuniões e o presidente da Câmara lembrou, então, que o objetivo dos encontros não era concentrar-se em discussões técnicas, pois, segundo ele não seria uma atitude prudente destinar um papel secundário a representação política das instituições que seria, dessa maneira, a finalidade real das reuniões. Pode-se observar claramente nas duas falas do presidente da CAMSS à época o antagonismo ciência tecnocrática e vontade democrática apontado por Bourdieu ⁴⁶, porque há referência direta que a função da CAMSS era política, recusando-se o foco em discussões técnicas. Esta separação entre técnica e política é bastante estratégica, já que pode permitir a legitimação de uma determinada opção política a partir da apresentação de dada evidência ⁴⁷.

Paradoxos como os descritos acima são bastante comuns no processo político e Ravetz ¹⁶⁸ chama a atenção de que para a abordagem da ciência pós-normal o mundo da política é estruturalmente paradoxal e para obtenção de respostas mais ampliadas a situações complexas o conhecimento técnico-científico precisa ser complementado pelo diálogo com os interessados em uma determinada questão. Dessa maneira, os integrantes de fóruns participativos como a Câmara de Saúde Suplementar necessitam reconhecer que seus compromissos e perspectivas são somente parte da história e possuir disposição para aprender mutuamente.

Este processo pode ser paradoxal para aqueles acostumados às “verdades” da ciência normal, na qual um determinado problema somente pode apresentar uma única resposta correta. Apenas por meio da compreensão dos paradoxos, porém, pode-se desenvolver uma política da incerteza que estimule o movimento a uma nova criatividade na ciência e na política.

Além disso, argumentos que envolvem o uso da ciência possuem tanta força e legitimidade, como destaca Waizbort ¹⁶⁹ com base no pensamento de Georg Simmel, porque são parte da concepção de mundo racionalista que emergiu com o avanço da

economia monetária. A ciência ou intelectualidade caracteriza-se pela indiferença frente à singularidade individual e extrai da totalidade dos movimentos da vida social um fator de abstração e universalidade, que é desenvolvido conforme normas autônomas e próprias, com base neste fator abstrato permitindo intervenções nos diferentes tipos de interesse condicionando-os a partir de si.

Isto não significa dizer que o conhecimento científico não seja importante e necessário nas discussões políticas, uma vez que se trata, conforme Hansson ¹⁷⁰ de um tipo de compreensão não dogmática da realidade que sempre está submetido à avaliação dos pares. Valores não-epistêmicos, isto é, não relacionados aos aspectos estritamente científicos como o valor moral de proteção à saúde, entretanto, devem estar presentes na tomada de decisão política e no caso em estudo na atividade regulatória em saúde, o que implica que questões científicas devem ser consideradas mas, segundo a perspectiva da ciência pós-normal, aspectos axiológicos fundamentais como a proteção e a defesa da saúde pública devem ser os norteadores das ações regulatórias ¹⁷¹.

O tema uso instrumental do conhecimento técnico-científico traduziu-se nos seguintes núcleos de sentido: uso técnico-restrito e uso técnico ampliado, que são expressões de formas de utilização rotineira do conhecimento técnico-científico. O uso técnico-restrito envolve as notas e pareceres técnicos que subsidiam grande parte do processo de trabalho da ANS e das agências reguladoras em geral. Este tipo de uso surge de maneira muito frequente nas reuniões da CAMSS e geralmente não suscita grandes discussões por se constituir na forma cotidiana e legitimada de trabalho das agências reguladoras.

A legitimação do uso técnico-restrito, contudo, pode ocultar as incertezas e os valores envolvidos na elaboração do conhecimento técnico. Exemplo claro desta ocultação existente no uso técnico-restrito pode ser identificado na quadragésima primeira reunião da CAMSS ¹³⁹, ocorrida em dezembro de 2005: o representante da ANS ao discutir os ajustes realizados nos dados do Programa de Qualificação de Operadoras, afirma que a agência sempre realiza a avaliação dos seus dados de forma técnica sem efetuar qualquer juízo de valor. Outro exemplo identificado está presente na trigésima quarta reunião ¹³² realizada em agosto de 2004: o representante da ANS enfatiza a independência dos dados da ANS em relação ao Projeto de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS). Guimarães e Funtowicz ⁹⁸ destacam que

qualquer conhecimento, no entanto, comporta incertezas de diversos tipos sendo sempre contextual e permeado por valores.

O conhecimento científico não é simplesmente instrumental, embora exista todo um processo legitimador desta compreensão. A ciência possui valores tanto epistêmicos como não-epistêmicos e há aspectos-chave do peso dos valores no processo científico: participação da ciência na divisão social do poder pela produção do conhecimento e de tecnologias originadas deste conhecimento, geração de base cognitiva para avaliação de ideias e políticas e utilização de valores não-epistêmicos na argumentação científica como fator de convencimento aos pares ¹⁷².

Torna-se importante, assim, modificar o discurso hegemônico de “neutralidade científica” presente nas discussões regulatórias para o reconhecimento e explicitação do peso dos valores e das incertezas presentes na produção do conhecimento técnico-científico. As contribuições teórico-metodológicas da ciência pós-normal podem ser bastante úteis nesse sentido uma vez que ajudam a trabalhar com os limites do conhecimento científico de modo produtivo.

Douguet e colaboradores ¹⁷³ propõem uma classificação das incertezas nas seguintes dimensões: localização (onde ocorre), nível (se é melhor caracterizada como incerteza estatística, cenário de incerteza ou reconhecida ignorância) e natureza (se a incerteza primariamente é originada da imperfeição do conhecimento ou se é uma consequência direta da variabilidade inerente). Esta tipologia também distingue as dimensões “qualificação da base do conhecimento” (identificando as partes fortes e fracas na avaliação) e “peso dos valores nas escolhas” (que vieses podem influenciar as escolhas metodológicas). Para lidar com as incertezas e os valores envolvidos os autores ¹⁷² indicam diversos instrumentos metodológicos reflexivos:

- a) a elicitación por especialistas: utilizada para quantificar incertezas quando não existem dados empíricos diretos para inferir incertezas
- b) a comunidade ampliada de pares: participação de especialistas e aqueles envolvidos na situação para a tomada de decisões complexas
- c) a análise de cenários como instância de aprendizagem colaborativa: descrição de sequencias consistentes de eventos futuros articulando metodologia quantitativa e qualitativa

- d) o *checklist* de avaliação da qualidade do conhecimento: dividido em focos (estruturação do problema) com explicitação de incertezas e valores envolvidos nas discussões
- e) o NUSAP (numeral, unidade, extensão, avaliação e *pedigree*): sistema que avalia dimensões quantitativas e qualitativas das incertezas

Nesse sentido, seria importante substituir a ênfase em objetividade e independência dos dados que o representante da ANS mencionou na trigésima quarta reunião da CAMSS ¹³² (agosto de 2004), já discutida anteriormente, pela incorporação nas discussões regulatórias de algum dos instrumentos apresentados acima a fim de proporcionar um debate mais ampliado sobre as contribuições científicas, isto é, considerando-se as evidências como subsídio importante para a atividade regulatória, entretanto, destacando-se também, de maneira clara e consistente, seus limites e incertezas.

A importância do uso instrumental técnico-restrito nas reuniões da CAMSS e na própria saúde suplementar em geral foi destacada pelo representante da ANS na décima primeira-reunião ¹⁰⁹ realizada em junho de 2000: ele afirmou que a nota técnica para registro de produtos era relevante como medida que estrutura o mercado.

De acordo com o Glossário Temático de Saúde Suplementar ¹⁷⁴ este tipo de nota consiste em documento elaborado por atuário, legalmente habilitado, no qual se descrevem as formulações e observações necessárias ao cálculo da formação de preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde.

Um segundo exemplo da relevância das notas técnicas encontra-se na décima terceira reunião da CAMSS ¹¹¹ ocorrida em agosto de 2000 na qual um representante do mercado (modalidade autogestão) argumenta que a nota técnica atuarial estabelece um preço mínimo e que abaixo de tal parâmetro a concorrência é considerada predatória. Esta nota considera aspectos como a variação do modelo “*price cap*” que trabalha com revisão de reajuste, porém, estabelece que indexados os reajustes, a revisão elaborada posteriormente precisa levar em conta uma divisão com o consumidor do chamado ganho de produtividade.

O representante da ANS ¹¹¹ reforça a importância deste documento porque até 1999, isto é, antes da ANS, em relação à regulação de preço existiam dois tipos de reajuste: financeiro e por sinistralidade, com o qual ele destaca que a ANS não

concorda, pois, este reajuste transfere o risco aos beneficiários, uma vez que aqueles que mais utilizam o plano pagam maior valor.

Percebe-se aqui que o limite de consideração do que é prejudicial (predatório) ou não é determinado por meio da nota técnica e não se explicita as incertezas que estão presentes em qualquer análise técnica e que podem ser decisivas para a tomada de decisão política.

Quintana ⁴⁴ discute, entretanto, que as decisões políticas são frequentemente adotadas em contextos de incerteza e são fundamentadas em dados e processos de qualidade moderada ou até desconhecida. Embora exista um crescente interesse de especialistas, políticos e sociedade em geral sobre as limitações relacionadas às informações disponíveis, procedimentos ampliados e reflexivos de garantia da qualidade da base do conhecimento que subsidia opções políticas ainda são pouco adotados.

Ainda segundo o autor ⁴⁴, o conceito de qualidade precisa, principalmente em situações complexas, ser entendido de maneira relacional, ou seja, como adequação ao propósito. Para tanto, propõe que o conceito de qualidade geralmente considerado como cumprimento a pré-requisitos estabelecidos seja revisto:

“A maioria dos governos produz políticas com o objetivo de satisfazer as necessidades ou solicitações de seus cidadãos, Estas solicitações são frequentemente incorporadas como “especificações”. De qualquer modo, decisões políticas não podem em si mesmas garantir que as solicitações dos cidadãos sejam consistentemente atendidas. Por exemplo, podem existir incertezas nas informações ou no modelo de tomada de decisão para delinear e promover políticas. Conseqüentemente, isto requer o desenvolvimento de padrões de qualidade que complementem as necessidades dos cidadãos que foram obtidas pelos governos por meio de informações técnicas” ⁴⁴ (p.52).

Outro aspecto muito interessante do uso instrumental técnico-restrito surge na décima-quinta reunião da CAMSS ¹¹³ realizada em dezembro de 2000. Neste encontro da Câmara, o representante da ANS destaca que a classificação dos procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que consiste na cobertura mínima de procedimentos e eventos em saúde obrigatória ¹⁷⁴, obedeceu a critérios técnicos que garantiram a transparência do processo.

A aproximação critérios técnicos e transparência pode ser considerada um paradoxo, uma vez que a ciência moderna e a técnica originada dela é uma atividade restrita a especialistas que empregam demonstrações rigorosas para determinar a

“política correta” de modo científico. De acordo com este modelo de ciência, muitas vezes denominado tecnocrático, não há limites para o progresso científico e os avanços técnicos proporcionados por este progresso. As incertezas são reconhecidas, mas, vistas como problemas técnicos que serão reduzidos por estudos posteriores ⁹⁸.

Transparência, entretanto, requer que todas as referências e valores adotados sejam explicitados, assim como os interesses que permeiam os processos também sejam expostos ¹⁷⁵. Jasanoff ¹⁷⁶ argumenta que a ciência jamais é transparente para toda a sociedade porque seus instrumentos, processos e resultados somente são completamente compreendidos pelos próprios cientistas e muitas vezes o conhecimento técnico-científico atua como barreira para o diálogo político por dificultar a compreensão do que está em discussão na realidade, produzindo, geralmente, exclusão ao invés de transparência e efetiva participação social.

Essa preocupação com a dificuldade de compreensão de resultados técnico-científicos também esteve presente nas reuniões da CAMSS. No quadragésimo primeiro encontro que aconteceu em dezembro de 2005 ¹³⁹, um representante das operadoras (modalidade cooperativa médica) avisou à ANS sobre a necessidade da instituição ter muito cuidado com a apresentação de dados técnicos, uma vez que a sociedade em geral e não somente especialistas iriam conhecer estes elementos.

O representante da ANS na quinquagésima quarta sessão da CAMSS ¹⁵² também manifesta tal preocupação ao afirmar que a Agência busca elaborar cartilhas de esclarecimento à população sobre temas eminentemente técnicos e muitas vezes de difícil compreensão por aqueles que não são especializados no assunto.

Pode-se notar nos exemplos acima a preocupação com o caráter tecnocrático da ciência, isto é, da característica limitadora da participação democrática, pois, uma vez que os termos técnicos usados por especialistas raramente são compreendidos de modo adequado por aqueles que não possuem conhecimento técnico do tema abordado, o que termina por comprometer o debate democrático.

Essa preocupação, contudo, pode indicar um aspecto negativo: a consideração de os não-especialistas necessitam “aprender” com os especialistas, isto é, há uma via única de construção do conhecimento: a científica. A comunidade ampliada de pares ³⁷, proposta pela ciência pós-normal, porém, destaca não existir receptores passivos que recebem materiais dos especialistas, necessitando exclusivamente de uma “educação científica” para entendê-los. Os diferentes atores também possuem seu próprio

conhecimento, em especial os advindos da vivência e da assimilação da própria cultura. Esta comunidade justifica-se pela legitimidade do modelo da participação ampliada que propicia várias perguntas como: “É desejável que esta técnica seja incorporada?” “O que se desconhece sobre dada técnica”?

Nesse sentido os instrumentos metodológicos da ciência pós-normal, apresentados e discutidos no capítulo anterior, podem fornecer excelente embasamento para viabilizar a efetiva participação social em instâncias como a CAMSS, por enfatizar e avaliar de modo reflexivo e democrático as incertezas presentes em qualquer pesquisa.

Na quinquagésima segunda reunião ¹⁵⁰, realizada em junho de 2008, um representante das operadoras (modalidade *** seguradora de saúde) destacou a importância do equilíbrio técnico dos contratos dos planos de saúde. Esta ênfase na técnica, neste exemplo específico, a técnica atuarial que busca equilibrar os riscos dos diferentes beneficiários a fim de manter a sustentabilidade econômica das operadoras, oculta importantes questões como que tipos de seleções e escolhas foram realizadas no processo da análise técnica.

Este destaque na técnica ou uso instrumental do conhecimento científico na regulação pode deixar perigosamente implícito que qualquer análise científica/técnica é elaborada por pessoas que trabalham em instituições que possuem agendas próprias. A experiência mostra que o contexto pode influenciar de modo crucial o conteúdo do que é produzido através da seleção e ajuste de dados e conclusões. Embora sejam expressas em termos científicos/técnicos, não se pode garantir que as informações ditas técnicas sejam objetivas e neutras. Apesar de se considerar a integridade dos especialistas que produziram as informações, eles mesmos podem ter seus próprios interesses nos resultados ou ser pressionados para efetuar determinadas escolhas metodológicas que favoreçam a um determinado interesse. Nesse sentido, a ciência pode ser usada de modo abusivo quando utilizada como evidência no processo político.

Não se trata de negar a importância da evidência científica no processo político, pois, como Barreto e Guimarães ⁷ argumentam, a atividade regulatória em saúde deve ser baseada em conhecimento científico sólido e isento de vieses conceituais e metodológicos que limitem sua generalização. Os autores também destacam, porém, que as evidências científicas podem suscitar disputas intensas entre o regulador e o regulado e muitas vezes observam-se interferências no processo de produção da

evidência científica que podem se constituir em poderosas fontes de vieses no conhecimento gerado.

Nessa perspectiva, a avaliação da qualidade dessas evidências é fundamental, com a explicitação dos diferentes tipos de incertezas: epistemológicas (relacionadas a questões como “que se sabe ou não se sabe sobre este fenômeno?” e “como se sabe que se sabe?”), técnicas (associadas à precisão numérica de dados de pesquisa), metodológicas (relativas à escolha de um determinado método de pesquisa) e sociais (referentes às diversas perspectivas legítimas que existem sobre dado problema na sociedade) envolvidas e dos diversos tipos de valores em questão ³⁷.

Pelo menos uma vez foi observado que a ANS pareceu estar atenta a essa influência dos interesses na produção das evidências, pois, na vigésima primeira reunião ¹¹⁹ ocorrida em setembro de 2001, o representante da Confederação Nacional das Indústrias (CNI) chamou a atenção para a necessidade de uma nota técnica que resumisse toda a situação discutida (cobertura dos planos de saúde para agravos decorrentes do trabalho) para a CAMSS, oferecendo-se para elaborar o documento. O representante da ANS aceitou que o representante da CNI elaborasse a nota técnica, porém, salientou que a elaboração da nota deveria contar com a participação do representante do Ministério do Trabalho.

Aqui se insere o próximo núcleo de sentido do uso instrumental, isto é, o uso técnico ampliado que ocorre quando são realizados estudos/pesquisas para ampliar o conhecimento sobre determinado tema com o propósito de subsidiar alguma opção/decisão regulatória e também para favorecer o monitoramento de informações consideradas relevantes pela ANS. Este uso também é bastante frequente e possui como exemplo mais comum as Câmaras Técnicas e Grupos Técnicos para debate de um assunto que está no foco da ação regulatória da ANS.

As Câmaras/Grupos Técnicos são amplamente mencionados nas reuniões na CAMSS e frequentemente se ressalta a diferença de natureza destas instâncias, ou seja, os primeiros são considerados espaços privilegiados de discussões técnicas enquanto a CAMSS é vista como fórum de debate político, embora, como já foi mencionado nesta tese, a argumentação técnico-científica desempenhe papel fundamental nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar atuando como elemento instrumental e/ou como fator estratégico para justificar as reivindicações dos diferentes grupos com representação em tal instância.

Na quarta reunião da CAMSS ¹⁰², ocorrida em janeiro de 1999 , inclusive, o representante do Conselho Nacional de Saúde menciona a incompetência da CAMSS para definir sobre assuntos considerados de natureza técnica que necessitam de uma análise aprofundada. Neste momento o representante da ANS toma a palavra e responde ser melhor para o beneficiário que a Câmara de Saúde Suplementar decida sobre uma questão técnica do que se permitir que as operadoras decidam isoladamente.

Cabe ressaltar que esta resposta é relevante para a função precípua de defesa do interesse público da Agência, uma vez que, conforme Martins ¹⁷⁷, o mercado, o Estado e sociedade civil funcionam com lógicas diversas, ou seja, enquanto o mercado atua por meio de um sistema de trocas equivalentes (dar-pagar), o Estado atua por uma lógica dupla de trocas não-correspondentes (receber-devolver) e a sociedade civil funciona através de um sistema de trocas assimétricas: o dar-receber-retribuir e dessa assimetria são formadas as relações sociais.

Por meio dessa compreensão dos sistemas de funcionamento diferenciado dos grupos sociais fica patente que o mercado não é a melhor instância para tomada de decisão política devido a sua lógica de funcionamento dar-pagar, isto é, para tudo que é oferecido seja por meio de produtos ou serviços exige-se a contrapartida de forma equivalente. Assim, o Estado não pode se furtar ao seu papel fundamental uma vez que sua atuação de modo não-equivalente, ou seja, tudo que é recebido pelo Estado através dos impostos deve ser devolvido por meio de serviços que contemplem as necessidades sociais implica seu posicionamento como defensor do interesse público.

Na décima quarta reunião da CAMSS ¹¹², ocorrida em outubro de 2000 a representante da ANS enfatiza que as Câmaras Técnicas são fóruns essencialmente técnicos para discussão de temas complexos ressaltando, ainda, que o trabalho nas Câmaras Técnicas ocorre fundamentalmente no plano técnico. Interessante perceber, no entanto, que na vigésima reunião da CAMSS ¹¹⁸ que aconteceu em agosto de 2001 a representante do Conselho Federal de Medicina observar que a questão técnica é consequência da diretriz política indicada e da mesma forma a relação operadora, prestador e consumidor subordinava-se à visão política relacionada à saúde suplementar, com base na qual seria desenvolvida uma série de normas e diretrizes técnicas.

Nessa mesma direção o representante da ANS na quadragésima nona reunião da CAMSS ¹⁴⁷, realizada em dezembro de 2007 destacou a possibilidade técnica da

Agência intervir no processo diante da impossibilidade de consenso (entre as demandas de consumidores por mais incorporações e as reivindicações das operadoras em relação ao aumento dos custos). Este representante enfatizou também em processo regulatório como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deve-se optar entre a melhor questão técnica, confrontada com o impacto econômico das alterações sempre em correspondência a uma discricionariedade política, no caso em questão, a maneira mais adequada de organização de modelo de atenção à saúde.

Realmente, como argumenta Patrice Pinell ¹⁷⁸, a implementação de uma nova política é resultado do reconhecimento pelo poder público da necessidade de medidas específicas para abordar uma situação que não tem solução considerada satisfatória dentro das normas e leis já existentes. A ideia de reconhecimento significa que o Estado reassuma a responsabilidade por uma análise já existente que destaque a inadequação das orientações políticas e/ou práticas atuais.

Ainda segundo o autor ¹⁷⁸, a construção social de um problema como tal é condicionada pela dinâmica de alianças políticas entre grupos sociais que possuem interesses que esse problema seja reconhecido sem necessariamente que estes grupos possuam a mesma visão sobre o que define o problema, nem sobre as medidas a tomar e, portanto, para formar alianças necessitem negociar sua definição. Nessa direção a discricionariedade política, isto é, a liberdade de decidir sobre a melhor opção em um caso concreto que uma instituição governamental possui, está estreitamente relacionada ao processo de construção social do problema apontado por Patrice Pinnel ¹⁷⁸, sendo, assim, fortemente influenciada por pressões sociais e políticas.

A importância dos grupos técnicos também foi enfatizada nas sessões da Câmara de Saúde Suplementar e nessa perspectiva o representante da ANS justifica na décima reunião ¹⁰⁸ que aconteceu em maio de 2000 que estes grupos foram criados com o propósito de reunir mais técnicos para discussão de temas considerados prioritários para a Agência.

O Programa de Qualificação da ANS consiste em um exemplo importante do uso instrumental técnico ampliado de conhecimento, isto é, estudos realizados para ampliar o conhecimento sobre tema considerado relevante pela Agência bem como atividades de monitoramento realizadas pela ANS, que aparece com muita frequência nas discussões da Câmara de Saúde Suplementar ^{116, 127, 131, 135, 136, 137,138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 165, 167}. Este programa segundo

a Resolução Normativa (RN) 139 ¹⁷⁹, de 24 de dezembro de 2006 é composto pelas seguintes linhas de avaliação:

I – avaliação de desempenho das operadoras, denominada qualificação das operadoras;
e

II – avaliação de desempenho da ANS, denominada qualificação institucional.

As avaliações de desempenho são expressas pelos seguintes índices:

I - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS; e.

II - Índice de Desempenho Institucional – IDI.

Tanto o IDSS quanto o IDI são calculados por meio de um conjunto de indicadores definidos pela ANS e permanentemente avaliados para o aprimoramento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

Conforme a Instrução Normativa da Diretoria de Gestão ¹⁸⁰, IN DIGES 11 de 2011 (anexo) os indicadores estão agrupados em quatro dimensões: atenção à saúde (dezesesseis indicadores e um bônus), econômico-financeira (cinco indicadores), estrutura e operação (seis indicadores) e satisfação do beneficiário (quatro indicadores e um bônus). Esta definição de indicadores pela ANS produz muitos conflitos sendo típica da abordagem da ciência normal na interface ciência-política. Embora a agência realize Câmaras Técnicas para discussão dos indicadores propostos há uma limitação fundamental que prejudica o diálogo político amplo: os indicadores geralmente já são apresentados finalizados nas discussões das Câmaras Técnicas e/ou consultas públicas, cabendo aos demais agentes sociais apenas validar ou sugerir alterações a indicadores pré-estabelecidos (com exceção da pesquisa de satisfação que irá compor a dimensão satisfação do beneficiário na qual a participação dos atores ocorreu desde a estruturação do problema como será discutido posteriormente).

Um exemplo ilustrativo de conflito ocasionado pela não incorporação de todos os atores desde a estruturação do problema consiste na dimensão satisfação dos beneficiários que é mensurada somente indiretamente. Tal cálculo suscita muitas reclamações de representantes de operadoras e de instituições de defesa do consumidor

à ANS . Mas, n no ano de 2013, foi incorporada uma pesquisa de satisfação aos indicadores desta dimensão, reivindicação antiga destes representantes à ANS.

A estruturação do problema, que representa etapa fundamental, é realizada somente pela ANS, isto é, a instituição modela o problema e apresenta o indicador já elaborado nas discussões, possibilitando, assim, somente modificações pontuais, uma vez que a base da elaboração já se encontra finalizada. Isto pode suscitar sérios problemas regulatórios como erros do tipo III. Este tipo de erro ocorre quando existe a elaboração de uma resposta para um problema estruturado de modo insuficiente, isto é, uma solução é proposta a partir de uma compreensão reducionista do problema ⁸⁶. Quando não são consideradas as contribuições iniciais das partes envolvidas na estruturação de um dado problema, que é muito usual quando as situações conflitivas não possuem mediação e o conflito torna-se eminentemente afetivo, principalmente em situações complexas, Cuppen ¹⁸¹ avisa que esses erros são comuns.

Esse aviso de Eefje Cuppen ¹⁸¹ é bastante importante e não pode ser desconsiderado, pois, os problemas que são discutidos na Câmara de Saúde Suplementar são de grande complexidade por envolverem questões de saúde. Tais questões são inerentemente complexas por apresentar, de acordo com Almeida Filho ¹⁸², características como:

- fazem parte de um sistema de totalidades parciais e podem ser entendidas elas mesmas como um sistema que também inclui totalidades parciais de nível hierárquico inferior;
- podem ser apreendidas em múltiplas situações de existência, já que operam em diferentes planos de realidade
- possuem historicidade, isto é, sua existência não é completada em um momento isolado sendo, de fato, processos não-lineares que são recursivos, recorrentes ou iterativos

Na sexagésima reunião da CAMSS ¹⁵⁸ ocorrida em novembro de 2009, o representante da ANS afirma que o programa de qualificação possui indicadores que mensuram boas práticas de atuação das operadoras nas diferentes dimensões indicando que a meta da ANS vinha sendo o de garantir a melhor assistência médica, hospitalar e odontológica por meio de acesso e mensuração de qualidade objetiva.

A qualidade, entretanto, é um atributo relacional devendo ser entendida como adequação ao propósito, dependendo intensamente dos propósitos e interesses que são dominantes. Assim, a interface ciência-política não se constitui mais no local de descobertas como os precursores da ciência moderna acreditaram, mas, ao contrário se converte no mundo real das elaborações coletivas. Portanto, em contextos complexos como aqueles que envolvem temas relacionados à saúde, a participação social não é apenas justificável política e eticamente, mas, também é uma necessidade epistemológica e metodológica, sendo o único caminho para revelar a riqueza e variedade das diferentes perspectivas sobre uma determinada situação e para que a qualidade, compreendida reflexivamente, possa emergir ⁵⁹.

A compreensão da qualidade como atributo relacional foi identificada no discurso de um representante da ANS na quadragésima primeira reunião da CAMSS ¹³⁹ (dezembro de 2005): este representante, ao referir-se ao Programa de Qualificação, enfatizou que a qualidade é uma característica-chave da saúde suplementar a partir da consideração deste campo como lugar de produção de saúde e que este campo não se podia reduzir a uma simples relação econômico-financeira de mercado. Esta fala revela a preocupação da ANS em considerar a qualidade como adequação ao seu propósito de contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil, que consiste em sua missão institucional ¹¹.

Se realmente, contudo, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar busca aprimorar a qualidade do setor, conforme o documento de referência do Programa ¹⁸³ ao avaliar o desempenho da ANS e das operadoras de planos privados de saúde buscando não somente classificar, mas, principalmente, ampliar a qualidade a fim de que essas se responsabilizem pela produção de serviços de saúde e que de fato contribuam para elevar os níveis de saúde dos brasileiros que possuem planos privados de saúde, precisa transformar sua lógica de objetividade técnico-científica para uma atitude de humildade epistemológica fundamental: a consideração e a efetiva incorporação das diferentes perspectivas dos agentes sociais desde a etapa de estruturação dos problemas que serão discutidos.

Ziegler e Ott ¹⁸⁴ discutem que a incorporação do conhecimento situado daqueles que vivenciam dado problema pode ajudar a melhorar a qualidade das decisões políticas de diversas maneiras: a contribuição com o conhecimento contextualizado que proporciona visibilidade a aspectos da realidade que especialistas raramente poderiam

observar, a revelação de incertezas, vieses e limites científicos, a criação de diferentes conjecturas sobre a situação identificando cenários que não seriam imaginados pelos cientistas, a ampliação da janela de oportunidades compreendida como conjuntura favorável para uma modificação política e a legitimação tanto política como moral de uma determinada decisão política.

A importância do conhecimento situado, vivencial pareceu ser reconhecida pelo representante da ANS na quadragésima nona reunião (dezembro de 2007). Nesta ocasião, o mencionado representante da Agência afirmou que a ANS buscava elaborar suas normatizações da maneira menos burocrática possível a partir da colaboração de todos os atores da saúde suplementar. Ele destacou, entretanto, que a ANS estava disponível para tal colaboração com o objetivo de intercâmbio de conceitos e experiências nos espaços denominados câmaras técnicas. Dessa forma, pode ser observado que, mesmo quando pareceu haver consideração do conhecimento contextualizado dos diferentes atores, a ênfase nos aspectos técnicos que desprezam conhecimentos situados persistiu.

Outro aspecto fundamental ligado ao uso técnico ampliado do conhecimento técnico-científico, especificamente no Programa de Qualificação, são os ajustes e consequentes escolhas metodológicas existentes. Estes ajustes metodológicos foram discutidos em várias sessões da CAMSS como a trigésima sétima¹³⁵ ocorrida em março de 2005, a quadragésima oitava¹⁴⁶ ocorrida em setembro de 2007, a quinquagésima primeira¹⁴⁹ que aconteceu em abril de 2008, a quinquagésima terceira¹⁵¹, que aconteceu em agosto de 2008, quinquagésima nona¹⁵⁷, ocorrida em setembro de 2009, a sexagésima quinta¹⁶³, ocorrida em outubro de 2010, a sexagésima sétima¹⁶⁵ que aconteceu em julho de 2011 e a sexagésima nona¹⁶⁷ que ocorreu em dezembro de 2011.

Na quinquagésima primeira reunião da CAMSS¹⁴⁹, que ocorreu em abril de 2008, as escolhas metodológicas do Programa de Qualificação foram discutidas (embora as incertezas e os valores envolvidos tenham permanecido implícitos) porque era um momento de reformulação completa de tal Programa com a modificação na metodologia de cálculo da pontuação dos indicadores com a inclusão de metodologias estatísticas de ajuste para alguns indicadores. O representante da ANS destaca que estas metodologias que foram usadas são consagradas “respaldadas por saber já estabelecido” (o “tal saber” é apresentado como se fosse “verdade indiscutível” e não envolvesse uma

série de pressupostos e incertezas), p. 10 , ¹⁴⁹ para este tipo de ajuste e por isso a ANS adotou tais metodologias.

Importante, entretanto, ressaltar, conforme Gertner ⁹², que as escolhas metodológicas na atividade regulatória em saúde devem ser norteadas tanto por integridade científica como por questões axiológicas como a proteção à saúde. Desse modo, as seleções metodológicas necessárias a qualquer tipo de estudo necessitam ser explicitadas claramente para que possa ser avaliado amplamente como as escolhas foram realizadas.

Gertner ⁹² argumenta que os modelos e métodos matemáticos são usados para responder a perguntas “o que –se ?”, isto é, são utilizados para representar ou simular processos ou decisões sob condições de incerteza, como ausência de dados reais ou quando não é possível coletar dados para todas condições, decisões e consequências potenciais. É crucial destacar que nenhuma metodologia é perfeita porque o conhecimento dos parâmetros é sempre incompleto e, assim, sempre existem incertezas envolvidas o que não significa dizer que qualquer metodologia por conter limitações seja inútil.

Na quinquagésima terceira reunião ¹⁵¹ que aconteceu em agosto de 2008, o próprio representante da ANS admitiu que a base de dados do Programa de Qualificação apresenta inconsistências e a agência vem trabalhando continuamente para melhorar a qualidade de tal base e sempre destacou que o Programa de Qualificação estava em construção. Dentre estas inconsistências podem ser citadas as limitações, nesta época, dos sistemas de informação da agência. Não basta somente este reconhecimento, entretanto, é necessário esclarecer quais são as fragilidades para que os diferentes atores possam participar de forma efetiva na melhoria da qualidade das decisões.

Há necessidade de que tais fragilidades sejam explicitadas e avaliadas por meio de uma ampla gama de agentes sociais (especialistas e não-especialistas) para que as decisões possuam maior qualidade e o interesse público seja fortalecido. No exemplo acima, é importante que os limites das bases de dados da ANS, à época da reunião, sejam explicados claramente para que todos os atores possam compreender as limitações dos resultados do mencionado Programa.

Dentre as fragilidade e limitações de qualquer sistema de informações estão os problemas na origem e confiabilidade dos dados, dificuldades para a interoperabilidade

dentre diferentes sistemas, restrição de período de disponibilidade dos dados, variáveis de análise insuficientes e/ou incompletas, dentre outras.

A interface ciência-política não é o reino de descobertas imaginado pelos fundadores da ciência moderna, mas é o mundo real das elaborações coletivas. Portanto, no contexto da complexidade (existência de uma irreduzível pluralidade de perspectivas legítimas de descrições nãoequivalentes) a participação social efetiva não é apenas um expediente ético ou político, mas também é metodologicamente e epistemologicamente necessária e somente desta forma podem ser reveladas a riqueza e a variedade da qualidade dos diferentes tipos de conhecimento (o científico e o situado) que possa subsidiar decisões regulatórias qualificadas ⁵⁹.

Nas reuniões da CAMSS, os diferentes atores que representam os grupos que compõe a saúde suplementar opinam sobre os temas em discussão e as seleções e ajustes metodológicos que existem no Programa de Qualificação também são discutidos amplamente, como pode ser observado na quadragésima oitava reunião ¹⁴⁶, que aconteceu em setembro de 2007, na qual representantes de operadoras (modalidades seguradora de saúde e autogestão), de associação de profissional de saúde e de instituição representante do comércio destacam os limites e lacunas dos pesos e indicadores do Programa de Qualificação como a inadequação de peso e número de indicadores na composição do IDSS.

A atribuição de pesos e seleção de indicadores é discutida tanto em câmaras técnicas como na própria CAMSS, no entanto, geralmente os indicadores já são levados estruturados para estas discussões, cabendo aos outros atores apenas sugestões mais pontuais e à ANS a decisão final sobre seu peso e seleção. Provavelmente esta participação restrita produz insatisfações que se traduzem nas críticas apresentadas acima pelos diferentes representantes da CAMSS, uma vez que eles podem não se considerar parte daquela decisão.

Deve-se ressaltar que o IDSS, índice resultante do Programa de Qualificação Operadoras, é importante instrumento de diferenciação entre as operadoras, servindo muitas vezes até como parâmetro para seleção entre estas empresas por instituições que buscam contratar planos de saúde.

A ANS parece estar atenta a estes questionamentos e propôs na elaboração do novo indicador da dimensão de satisfação do beneficiário que a participação dos atores acontecesse desde a estruturação do problema. Na sexagésima sétima reunião ¹⁶⁵,

ocorrida em julho de 2011, o representante da ANS ressalta que a metodologia para a pesquisa de satisfação que irá compor a dimensão satisfação do beneficiário será discutida em Câmara Técnica com a presença de representantes de diferentes modalidades de operadoras e de diversas instituições de defesa dos consumidores.

A presença de diferentes setores é essencial, porém, dependendo de como ocorrem as discussões, a participação de um determinado grupo pode ser dificultada ou facilitada, gerando assimetrias no processo participativo. Nesse sentido, a utilização das metodologias da ciência pós-normal, discutidas no capítulo anterior como o NUSAP e o *checklist* para a avaliação da qualidade do conhecimento podem se converter em importante subsídio para efetivação da participação dos diferentes atores.

A participação social desde a estruturação do problema é essencial para o processo político porque, como aponta Van der Sluijs ⁸², relaciona-se à inclusão e/ou exclusão dos diferentes pontos de vista sobre determinado problema político e as ligações da análise política que dever se considerada com outros problemas. Decisões sobre a estruturação do problema influenciam, por exemplo, a seleção dos modelos (que domínios devem abranger, que processos devem estar incluídos) e a escolha de qual tipo de conhecimento é considerado importante para constar na análise da situação.

A agenda regulatória da ANS também é exemplo do uso técnico ampliado do conhecimento técnico-científico na CAMSS. Esta Agenda consiste em um instrumento de planejamento e também de compromisso em que se estabelece um cronograma de atividades prioritárias, com uma abordagem organizada e estruturada para garantir maior transparência e previsibilidade na sua atuação e desse modo, promover o desenvolvimento sustentável do setor regulado ¹⁸⁵. A agência não define explicitamente o sentido de desenvolvimento sustentável, porém, pode-se inferir a partir dos objetivos descritos abaixo que este desenvolvimento seja entendido de forma ampla, ou seja, envolve aspectos econômico-financeiros, questões de saúde e transparência do órgão regulador.

Os objetivos da agenda regulatória da ANS são ¹⁸⁵:

- proporcionar maior clareza da ação da ANS, principalmente para a sociedade e os agentes regulados;
- promover previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória; permitir o acompanhamento dos compromissos pré-estabelecidos e sua divulgação;

- qualificar a gestão regulatória da agência; assim como, participação da Câmara de Saúde Suplementar na discussão sobre a pauta de decisões estratégicas e prioritárias da ANS.

Embora na sexagésima reunião da CAMSS ¹⁵⁸, que aconteceu em novembro de 2009, o representante da ANS tenha afirmado que a agenda regulatória deveria ser estabelecida conjuntamente com os atores da saúde suplementar, na sexagésima quarta reunião ¹⁶², ocorrida em agosto de 2010, a representante da ANS apresentou os nove eixos temáticos (Modelo de Financiamento do Setor, Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, Modelos de Pagamento a Prestadores, Assistência Farmacêutica, Incentivo à Concorrência, Garantia de Acesso à Informação, Contratos Antigos, Assistência ao Idoso e Integração da Saúde Suplementar com o SUS) que foram deliberados pela Diretoria Colegiada da Agência. A representante de uma instituição de defesa do consumidor manifestou-se, então, surpresa afirmando que a Agenda não foi discutida como ela esperava porque pensava que tal Agenda deveria ter sido produzida com discussões com todo o setor de saúde suplementar. Cabe destacar que, esta representante foi o único membro da CAMSS que expressou descontentamento com a mencionada deliberação da ANS, enquanto os outros participantes parabenizaram a iniciativa da Agência.

Este descontentamento isolado por parte da representante dos consumidores pode ser explicado em função de que a mencionada representante possa ter se sentido excluída de possíveis discussões prévias. A resposta fornecida pelo representante da ANS a esta insatisfação foi ressaltar a escassez de tempo para a elaboração da Agenda que levou que a agência já apresentasse os eixos a fim de facilitar a discussão dos temas.

Certamente o fator tempo não pode ser desconsiderado, uma vez que é fundamental na atividade regulatória, contudo, essa pré-seleção de eixos pela própria ANS também pode estar consonante com a prática majoritária de instâncias participativas formais, como a CAMSS, de já estruturar a situação e/ou problema de maneira prévia à discussão. Este fato não é necessariamente prejudicial, já que pode produzir resultados de modo mais rápido, mas pode também comprometer uma avaliação mais reflexiva da situação e fragilizar a participação dos setores mais vulneráveis.

O representante da ANS respondeu que a apresentação de tais eixos significava que a Agência estava aberta a toda e qualquer proposta e destacou que os temas e eixos

possuíam a finalidade de estimular a discussão das sugestões que porventura os membros da CAMSS tivessem pensado.

Já na reunião seguinte, a sexagésima quinta ¹⁶³, ocorrida em outubro de 2010, o mesmo representante da Agência reconheceu que ter plena consciência de que a construção da agenda regulatória talvez não tivesse contemplado todos os aspectos necessários que permitissem maior discussão, antecedência, previsibilidade e participação. Mas, justificou que havia um prazo curto para elaborar esta Agenda, dessa forma, solicitou que todos os componentes da CAMSS compreendessem que o esforço era buscar transparência, previsibilidade e participação.

Kloprogee, Van der Sluijs e Petersen ¹⁸⁶ afirmam, no entanto, que especialmente em temas complexos imersos em incertezas de diferentes tipos, muitos pressupostos e seus consequentes valores estão implícitos para a modelagem de uma dada situação. Desse modo, para que a transparência do processo político seja garantida há a necessidade de explicitar tais pressupostos para que não se produzam avaliações enviesadas e de qualidade reduzida.

Craye, Laes e Van der Sluijs ¹⁸⁷ apresentam critérios que podem ser usados para avaliar os pressupostos e valores envolvidos na estruturação de uma situação:

- Influência de limitações situacionais: o grau em que a escolha pelos pressupostos pode ter influenciado a situação, tais como disponibilidade limitada de dados, recursos econômicos e humanos, tempo, e instrumentos.
- Plausibilidade: o grau, principalmente baseado em uma (intuitiva) avaliação, por meio da aproximação criada pelo pressuposto em acordo com a “realidade”
 - Espaço de escolha: o nível que as alternativas foram disponíveis para escolha no momento em que o pressuposto foi realizado
 - Concordância entre os pares: o nível de escolha dos pares coincide com a escolha do analista da situação
 - Sensibilidade à visão e aos interesses do analista: o grau em que o pressuposto pode ter sido influenciado consciente ou inconscientemente pelos interesses daquele que estruturou a situação
 - Influência nos resultados: para ser capaz de detectar pressupostos e valores não somente é importante avaliar o peso dos valores

nos pressupostos mas também analisar a influência nos resultados dos interesses da modelagem da situação

Os critérios acima mencionados poderiam ter sido aplicados ao processo de elaboração da Agenda Regulatória da ANS e, certamente, contribuiriam com a maior qualidade e legitimidade do processo. Mesmo até depois da apresentação dos eixos pré-definidos a utilização destes poderia ajudar a efetivar o debate de maneira mais ampliada, já que propiciaria uma discussão mais abrangente sobre os limites e os pressupostos envolvidos em cada situação.

Possivelmente a discussão sobre os pressupostos envolvidos na seleção dos eixos da mencionada Agenda poderia proporcionar uma discussão bastante rica de como a defesa do interesse público encontra-se presente em tais estruturas. Além disso, a questão da influência dos resultados também é central em escolhas de prioridades, pois, o peso dos valores dos pressupostos subjacentes a qualquer opção política possui papel fundamental nos resultados que serão alcançados, favorecendo-os ou os dificultando.

Considerou-se que a agenda regulatória da ANS como exemplo do uso técnico ampliado de conhecimento na CAMSS porque cada um dos eixos temáticos estabelecidos pela Diretoria Colegiada contou com um grupo de trabalho que elaborou análises técnicas com base nas sugestões recebidas pelos diferentes atores que compõe a CAMSS com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre os temas como consta na ata da sexagésima sexta reunião ¹⁶⁴, ocorrida em março de 2011.

Mas, a Agenda Regulatória também pode ser considerada também exemplo da utilização estratégica do conhecimento técnico-científico na CAMSS uma vez que se trata de um objetivo com caráter mais estratégico da ANS como a representante da Agência destaca na quinquagésima oitava reunião da CAMSS ¹⁵⁶, realizada em julho de 2009. Nessa direção, emerge o próximo tema da análise desta tese: a utilização estratégica do conhecimento técnico-científico que será discutido no próximo item.

7.2- Utilização estratégica do conhecimento científico na Câmara

Lorna Schrefler ⁵ afirma que a utilização estratégica do conhecimento científico na regulação relaciona-se à posição da agência reguladora na arena política e é profundamente dependente do contexto e dos atores existentes. A base para esta

utilização está na necessidade do regulador em responder a mecanismos tais como interpelações judiciais e fundamentalmente tem o objetivo de buscar controlar os outros atores no processo político a fim de que os mesmos ajam segundo a orientação do regulador. Tal utilização destina-se a uma ampla variedade de propósitos que varia do incremento da influência política da agência, com a expansão de seus recursos e poderes ao fortalecimento de seu prestígio e reputação.

É necessário compreender que o poder político, segundo Chazel ¹⁸⁸, possui caráter misto sendo uma dinâmica combinada, mas não necessariamente harmoniosa, entre legitimação e coerção. A legitimação é o processo contínuo de busca de legitimidade que faz com que as ordens provenientes das autoridades pareçam para a sociedade como obrigações a serem cumpridas. Geralmente (em sociedades democráticas), a coerção é o recurso último que garante a ordem, implica uma série de sanções punitivas e mesmo que não envolva pressão física a submissão à autoridade sempre conserva algo de coercitivo.

Nessa perspectiva, os dois primeiros núcleos de sentido deste tema: estratégia legitimadora e estratégia coercitiva (limitadora do debate democrático) precisam ser vistos como elementos que estão sempre em articulação embora muitas vezes também se encontrem em conflito, como será discutido posteriormente.

Como já mencionado, a agenda regulatória da ANS consiste também em uma estratégia legitimadora da utilização estratégica do conhecimento técnico-científico na CAMSS. Na sexagésima reunião ¹⁵⁸, que aconteceu em novembro de 2009, o representante da ANS ressalta que a agência ao conseguir elaborar uma agenda regulatória proporcionava uma previsibilidade maior, um potencial de participação e de visão para o conjunto do setor (consumidores, operadoras ou mesmo prestadores) e que as normas que a ANS vem editando no último período, apesar de não constar de uma Agenda sistematizada, passaram por um conjunto também de discussões bastante extensas, inclusive do ponto de vista de tempo e de frequência de eventos, sendo cada vez maior o número de câmaras e grupos técnicos. Este número cada vez maior de instâncias participativas parece se fundamentar na busca de ampliação da legitimidade governamental, no sentido de aceitação de opções pré-estabelecidas, porém, não parece existir preocupação com a efetivação da participação no direção de ampliação da qualidade das discussões pela inclusão das diferentes perspectivas sobre a questão.

Essa busca de legitimidade da ação regulatória não é exclusiva da ANS, Mattos¹⁸⁹ argumenta que no Brasil em geral há um déficit de legitimidade, isto é, a aceitação social das instituições governamentais geralmente é pequena, talvez pelo fato do relativo pouco tempo de existência do regime democrático no país e também pelo enorme grau de desigualdades sociais e assimetrias que marcam o déficit democrático. Dessa forma, as instâncias formais de participação social nas agências reguladoras possuem grande potencial democrático. Ainda segundo o autor¹⁸⁹, a institucionalização de mecanismos de participação social pode propiciar diversos tipos de contribuições:

1. Estimular a participação de setores da sociedade civil ainda não representados (ou representado de forma desigual no sistema democrático representativo)

2. Pressionar o Poder Judiciário a realizar supervisão judicial nas agências reguladoras através não somente de controle formal de procedimentos mas também um controle substantivo por meio da avaliação da consistência lógica do conteúdo das normas de acordo com os argumentos apresentados pelos cidadãos e/ou grupos de interesse afetados pelas normas e a justificação dada pela agência para sua decisão final

3. Estimular maiores informações sobre os propósitos e consequências das regulações sobre a sociedade e assim, mais controle sobre as “agências reguladoras independentes” pela imprensa

4. Promover a especialização de defensores públicos para representar os interesses de cidadãos não representados, usando mecanismos deliberativos diretos

Nesse sentido, o representante da ANS na quinquagésima terceira reunião da CAMSS¹⁵¹, realizada em agosto de 2008, afirma que as reuniões da CAMSS são norteadas por racionalidade técnica e razoabilidade de argumentação, considerando, tratar-se de uma instância bastante democrática com participações variadas. Aqui surge claramente os critérios de validação do campo político indicados por Bourdieu⁴⁶: a ciência tecnocrática e a vontade democrática.

O representante da ANS tenta mostrar que estes dois princípios de legitimidade política são conciliáveis e não-conflitantes, porém, Bourdieu⁴⁶ destaca que, ao contrário, estes critérios são opostos. Ainda segundo Bourdieu⁴⁶, em política “dizer é fazer”, ou seja, fazer acreditar o que se fala e, principalmente, propiciar o conhecimento

e reconhecimento dos princípios de divisão do mundo social, as palavras de ordem que suscitam sua própria verificação ao formarem grupos e, dessa forma, uma ordem social. Quando há admissão de que o porvir que está em debate depende da vontade e da ação coletivas, as ideias-força do representante político capaz de produzir esta ação são infalsificáveis porque possuem o poder de fazer que o futuro que elas anunciam se torne real.

O processo de validação do conhecimento científico como legitimação (garantido pelo monopólio da opinião científica legítima) está associada à relação entre sujeito e objeto. O fato científico somente é realizado completamente quando é feito na totalidade do campo científico e quando todos que colaboraram para torná-lo um fato conhecido e reconhecido: por exemplo, aqueles que recebem uma descoberta colaboram para sua verificação ao buscar (em vão) destruí-la, refutá-la ³¹.

Para Boaventura de Sousa Santos ¹⁹⁰, a natureza teórica do conhecimento científico é resultado de pressupostos epistemológicos e regras metodológicas. Consiste em um conhecimento causal que aspira formular leis, a partir das regularidades observadas, a fim de prever o comportamento futuro dos fenômenos. A ciência moderna desconfia de modo sistemático das evidências das experiências cotidianas. O rigor científico é um rigor que quantifica e ao efetuar a quantificação desqualifica, ao objetivar fenômenos os objetualiza e os degrada e quando caracteriza os fenômenos os caricaturiza.

Mas o mesmo autor ¹⁹⁰, também admite que o conhecimento contextualizado dos não-cientistas tende a ser mistificado, mistificador e conservador. Porém, tal conhecimento também é prático, pragmático, transparente e evidente e reproduz-se junto às trajetórias e experiências de vida de um determinado grupo social e assim se afirma fiável. Como possui uma dimensão utópica e libertadora sua articulação ao conhecimento científico pode produzir respostas mais completas para situações complexas como as de saúde.

Nessa perspectiva, as reuniões da CAMSS podem ser uma excelente oportunidade de, além de tornar visível tal conhecimento contextualizado, também articulá-lo com o conhecimento dos especialistas que está sempre presente nas discussões. Para tal articulação tornar-se efetiva, entretanto, faz-se necessário uma modificação na ênfase e utilização do conhecimento técnico-científico e sua integração com o conhecimento situado daqueles que vivenciam uma determinada situação.

Especificamente em relação à agenda regulatória, se a contribuição de todos os atores com representação na CAMSS fosse considerada desde o momento da estruturação do problema provavelmente esta agenda apresentaria maior qualidade.

De acordo com Delborne ¹⁹¹, esta proposta de articular conhecimento científico com conhecimento da prática é uma nova maneira de fazer ciência que ele denomina como ciência dissidente (a abordagem da ciência pós-normal está incluída nesta classificação) que considera que a participação da sociedade como uma força que deve ser integrada ao processo científico, especialmente para tentar equilibrar outras formas de poder sociais (como os interesses comerciais). Para que tal participação seja efetiva, contudo, há a necessidade de expor claramente as incertezas e os valores subjacentes a toda evidência científica e introduzir outros fatos que condicionam a credibilidade de uma determinada opção, além de aspectos puramente técnicos, como enfatizar o contexto institucional e a filiação dos diferentes atores envolvidos.

Dentro dessa compreensão é importante discutir uma das estratégias legitimadoras mais importantes da utilização do conhecimento técnico-científico na CAMSS a medicina baseada em evidências. A expressão “medicina baseada em evidências” encontra-se presente na quadragésima quinta reunião da CAMSS ¹⁴³, ocorrida em dezembro de 2006, na quadragésima sétima reunião ¹⁴⁵ que aconteceu em agosto 2007, na quadragésima nona ¹⁴⁷, realizada em dezembro de 2007 e na quinquagésima sexta que ocorreu em março de 2009 (nesta última consta a expressão protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências).

Na quadragésima quinta reunião ¹⁴³ um representante de operadora (modalidade cooperativa médica) comentou que a medicina baseada em evidências constituía-se em um setor que estava crescendo e que era bastante importante uma vez que a comprovação dos resultados antes da incorporação de uma determinada tecnologia poderia evitar o aumento de custos e consequente aumento de mensalidades dos planos de saúde. Já na quadragésima nona reunião ¹⁴⁷, um representante dos profissionais médicos destacou que a relevância da medicina baseada em evidências era direcionar a utilização de recursos sob a perspectiva da racionalidade de maneira que contribuísse para a racionalização do sistema de saúde suplementar.

Nestas duas falas descritas acima o assunto em discussão é a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, tema que geralmente quando está na pauta de discussão da CAMSS suscita muitos conflitos. Na quadragésima sétima reunião ¹⁴⁵ o

representante de uma instituição de defesa dos consumidores destacou na que as discussões sobre a ampliação do rol pareciam um “cabo de guerra” no qual cada um dos grupos tentava “puxar a corda” para o seu lado de conforme seus próprios interesses e ressaltou que a função da ANS era a de evitar o rompimento dessa corda.

Na situação descrita no parágrafo anterior pode-se inferir que quando este representante dos consumidores referiu-se a “evitar o rompimento da corda” ele possui a expectativa de que a Agência cumpra sua função de defesa do interesse público mediando de forma construtiva o conflito inerente à arena de disputas na qual consiste a atividade regulatória.

Na própria quadragésima sétima reunião ¹⁴⁵, o conflito sobre as evidências científicas fica claro quando um representante das operadoras (modalidade seguradora) propõe que as diretrizes clínicas da Associação Médica Brasileira (medicina baseada em evidências) sejam utilizadas como direcionador na discussão sobre a atualização do rol, destacando sua preocupação com o aumento de custos. Já um representante de instituição de defesa do consumidor rebate este argumento afirmando que a ampliação do rol poderia impor custos, mas, que havia necessidade de se ressaltar que se tratava de “planos de saúde” e não “planos de doença”, desse modo, não se poderia desconsiderar inovações que comprovadamente acarretassem melhorias na atenção à saúde dos beneficiários.

Os conflitos de maneira geral são considerados negativos, assim, o uso da evidência científica com sua “racionalidade”, como o representante da ANS enfatizou ao mencionar evidência objetiva na quadragésima terceira reunião ¹⁴¹ ocorrida em maio de 2006, poderia servir como um redutor de tensões dos intensos debates. O papel da Agência reguladora nesse sentido é fundamental, pois, deve atuar além de mediadora de conflitos como também e principalmente, defensora do interesse público, que é sua função principal.

Defender o interesse público implica o reconhecimento dos diferentes pontos de vistas e valores existentes na sociedade que também estão presentes na produção de evidências, o que é um processo simultaneamente epistemológico e social. Assim, a explicitação de pressupostos, limites e incertezas do conhecimento técnico-científico é de importância fundamental para a atividade regulatória.

Nessa direção, é fundamental ao processo regulatório a consideração de que simplesmente não existe, no entanto, nenhuma evidência científica completamente

objetiva porque como aponta Goldenberg ⁵² no processo científico não há objetividade, mas, objetivação, isto é, a busca constante por objetividade uma vez que mesmo nas pesquisas quantitativas a subjetividade e os valores do pesquisador existem, mesmo com todo o esforço de se controlar possíveis vieses, sendo necessário enfrentar as valorações inerentes a qualquer estudo explicitando as premissas e pressupostos valorativos nos resultados da pesquisa.

Assim até mesmo estudos considerados de “padrão-ouro” como os ensaios clínicos randomizados possuem suas incertezas e limitações que devem ser consideradas ao se analisar os resultados de tais pesquisas, principalmente, quando estes estudos são importantes subsídios para a decisão regulatória. Até porque, como aponta Gertner ⁹², a utilização estratégica das incertezas pode levar a substituição de valores como a integridade científica e a proteção da saúde por possibilidades metodológicas que prejudicam e muitas vezes impedem a defesa do interesse público, fortalecendo a defesa de poderosos interesses comerciais.

Além disso, os conflitos podem e devem ser compreendidos também de maneira positiva como oportunidade de avanço, uma vez que a harmonia pode ser paralisadora porque pode ocultar valores e incertezas em situações de assimetria de poder, conflitos também possuem funções sociais importantes de integração (grupos com interesses semelhantes) e diferenciação (grupos com interesses opostos) ¹⁹². Conforme Rancière ¹⁹³, o espaço da política consiste na configuração conflituosa do comum da sociedade. Na interface ciência/política os dissensos podem ser fundamentais porque podem revelar cenários não previstos pelos estudos que subsidiaram determinada política ¹⁹⁴.

De forma geral, os conflitos na fronteira ciência/política significam desafios a pontos de vista dominantes e poderosos apoiados por elites econômicas, políticas ou científicas ¹⁹⁵. Como toda evidência científica implica uma série de incertezas e seleções, faz-se necessário que as limitações das evidências, ou os pontos cegos como Cleary ¹⁹⁶ denomina, sejam explícitos para que se evite que o interesse público seja prejudicado para beneficiar interesses econômicos.

Estes pontos-cegos (as seleções, as escolhas, as incertezas) são sistemática e estrategicamente ocultados no discurso da medicina baseada em evidências que apresenta tais evidências como direção “verdadeira”, “única” e “objetiva” que deve ser seguida. Exemplo emblemático da ocultação desses pontos-cegos pode ser observado na quadragésima quinta reunião da CAMSS ¹⁴³, ocorrida em dezembro de 2006, quando o

representante da ANS afirmou que a incorporação de novas tecnologias deveria ser racional, isto é, baseada em evidências científicas. Pode-se inferir desta fala que as evidências são consideradas “modelos perfeitos” para tomada de decisão racional e em nenhum momento o representante da agência mencionou as limitações presentes em qualquer tipo de evidência.

Como a lógica da diminuição de custos subjacente à medicina baseada em evidências e a ênfase a sua racionalidade científica foram expressas claramente nas duas falas já apresentadas nas reuniões da CAMSS ^{143, 147}, é importante, embora as evidências sejam subsídio fundamental para escolhas político-regulatórias, que tais evidências sejam analisadas de maneira crítica destacando-se seus possíveis vieses a fim de evitar que os estudos/pesquisas sirvam de contribuição e fortalecimento a interesses outros que não sejam a proteção da saúde da população.

Não se pode deixar de mencionar, contudo, que a medicina baseada em evidências é justificada pelo representante da ANS na quinquagésima sexta reunião da CAMSS ¹⁵⁴, realizada em março de 2009, como estratégia para melhoria da atenção dos beneficiários de planos de saúde a partir a partir de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Segundo Oliva ¹⁹⁷, o conhecimento científico possui como traço de distinção de outros tipos de conhecimento o escrutínio crítico constante, já que tudo é submetido à avaliação contínua dos pares, existe pequeno espaço para se defender dogmaticamente qualquer suposta verdade.

Nessa direção, de acordo com Castiel ¹⁹⁸, não se pode desconsiderar que a ciência empiricista é uma tecnologia intelectual capaz de proporcionar úteis interpretações de mundo e gerar objetos técnicos de modo a corresponder a projetos humanos. As dificuldades, porém, aparecem com a ideologia da cientificidade quando esta é vista como o "melhor" modelo para "representar" o mundo. A força da ciência está justamente do fato de que seus protocolos e dispositivos de análise simplificam de modo suficiente a "realidade" a fim de estudá-la e agir sobre ela.

Esta mesma ciência, porém, pode cometer abusos de saber, como por exemplo, quando se busca produzir normas de conduta com base em unívocas evidências científicas ou ainda quando seus pressupostos são conformados em situações de assimetria que desconsideram valores e interesses em jogo.

O discurso científico quando bem elaborado, principalmente quando tem pretensões cognitivas precisa cumprir determinados critérios, conforme Oliva ¹⁹⁷:

1. ser impecável na forma
2. reportar-se de maneira única a estados da realidade
3. convencer a comunidade de pares (cientistas) do valor de explicação das teses defendidas

O conhecimento científico além de convencer aos pares, todavia, também convence a sociedade de maneira ampla, legitimando fortemente e até justificando completamente determinada opção política. Parthanassy ⁹⁵ argumenta que um dos principais problemas do uso do conhecimento científico no processo político está na restrição à participação social efetiva que a ênfase a argumentos técnico-científicos pode propiciar. A autora ⁹⁵ chama tal restrição de “barreira dos especialistas”.

Buscando exemplos nas reuniões da CAMSS pode-se citar uma estratégia legitimadora poderosa da utilização do conhecimento técnico-científico que surge na trigésima terceira reunião da CAMSS¹³¹, ocorrida em junho de 2004 e na quadragésima quinta sessão ¹⁴³ que aconteceu em dezembro de 2006 e termina por dificultar o amplo debate democrático são as análises de custo-benefício que também são exemplos de medicina baseada em evidências. Estas análises são apresentadas como modelos “perfeitos” para tomada de decisão de maneira técnica e racional.

Na trigésima terceira reunião ¹³¹, um representante das operadoras (modalidade autogestão) manifestou-se favorável que a ANS realizasse uma análise custo-benefício a fim de se verificar o impacto econômico do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a ANS ¹⁹⁹, o ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, consiste na obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos.

Já na quadragésima quinta reunião da CAMSS ¹⁴³, ocorrida em dezembro de 2006, a análise custo-benefício foi mencionada pela representante da ANS ao se referir de que nas situações nas quais não existissem evidências suficientes de incorporação de custo/benefício, a comissão técnica responsável pela incorporação de novas tecnologias no Ministério da Saúde foi contrária a incorporação, destacando a importância da avaliação centrada na medicina baseada em evidências.

Outra representante da ANS afirmou que os estudos utilizados indicaram que a análise custo-benefício de uma determinada tecnologia era muito elevada. Nesta mesma discussão um representante dos profissionais médicos ponderou que a análise custo-benefício envolvia diversos aspectos tais como: preço, aplicabilidade de políticas públicas, elementos técnicos, porém, afirmou que a característica científica implicava especificidades que necessitavam de uma adequada avaliação e no caso das novas tecnologias o conhecimento tornava-se ainda mais restrito sob a perspectiva técnica e enfatizou que sua instituição tinha competência e experiência no tema.

Nesta discussão percebe-se claramente um conflito velado, uma disputa de poder pela legitimação de qual instituição deve ser responsável pelas análises de custo-benefício: Ministério da Saúde ou associação que representa os profissionais médicos. Este conflito indica a importância estratégica de ser a entidade responsável pelo delineamento dos estudos. Isto parece sugerir que embora não expressem claramente, os atores reconhecem o peso dos valores nas seleções que inevitavelmente serão realizadas em tais análises.

Nessa direção Gertner ⁹², aponta que dependendo das escolhas metodológicas realizadas nos estudos de custo-benefício o resultado que se espera pode ser obtido, isto é, podem-se utilizar estudos considerados padrão-ouro de qualidade científica, mas, se os participantes selecionados para inclusão na pesquisa forem adequadamente escolhidos os resultados das análises serão aquelas pretendidas por quem delinea o estudo, que geralmente sofre intensa pressão do financiador da pesquisa.

Nas discussões que envolvem a denominada medicina baseada em evidências, contudo, tais considerações sobre os vieses que qualquer pesquisa pode possuir são estratégica e sistematicamente omitidas, como se pode observar na fala de um representante das operadoras (modalidade autogestão) na trigésima terceira reunião da CAMSS ¹³¹, que aconteceu em junho de 2004. Este representante ressaltou que as análises custo-benefício são estratégias adequadas pra verificação de iniquidades no sistema de saúde, deixando implícito que tais análises são ações “neutras, racionais e objetivas” para esta verificação.

Segundo Hansson ²⁰⁰, as análises custo-benefício constituem-se em um conjunto de técnicas de tomadas de decisão que possuem como característica comum a ponderação numérica das vantagens em relação às desvantagens. Apesar de sua ampla

utilização, tais análises apresentam inúmeros problemas que poucas vezes são discutidos:

a) Estruturação dos problemas: que inclui a seleção dos tópicos relevantes (depende fundamentalmente do reconhecimento dos tomadores de decisão sobre a relevância do tema), diferentes perspectivas (uma análise de custo-benefício pode ser adequada para um tomador de decisão mas pode ser insuficiente para outro) e universalização (há a pretensão de se abranger todos aspectos relevantes das alternativas em avaliação, entretanto, tal abrangência raramente se alcança)

b) Problemas de caracterização das opções: incluem as previsões (como há diferentes níveis de incerteza em qualquer previsão, muitas vezes os resultados das análises de custo-benefício são comprometidas), o controle de decisões futuras (poucas vezes consegue-se domínio sobre decisões futuras), a exclusão moral (consideração das consequências positivas de atos imorais de igual modo aos resultados positivos de atos moralmente justificáveis) e os vieses (a inclusão de todas as consequências esperadas não exclui a existência de outras consequências que não puderam ser identificadas)

c) Problemas de avaliação: incomensurabilidade (dificuldade da avaliação monetária do que se considera incomensurável como a proteção à saúde), transferência entre diferentes contextos (estimativas de custos são transferidas a diferentes contextos que podem possuir características específicas que modifiquem completamente tais estimativas) e agregação interpessoal (todos os custos e benefícios são combinados em uma mesma “balança”, que significa que uma desvantagem que afete uma pessoa possa ser completamente compensada por outra vantagem da mesma proporção que afete outra pessoa).

Para Shapiro e Schroeder ²⁰¹, as análises de custo-benefício necessitam ser transformadas. Estas análises precisam ser mais amplas substituindo a abordagem redutora por uma perspectiva integradora: adoção da precaução diante das incertezas científicas, preocupação ao se considerar gerações (atuais e futuras), senso de urgência moral na proteção à vida e à saúde e o uso do debate público e da participação. Custos regulatórios e benefícios devem ser analisados, contudo, custos e benefícios devem ser

comparados e analisados a partir de um processo deliberativo que substitua a quantificação de benefícios.

Para que esta transformação não seja paradoxal e seja possível uma vez que o conhecimento técnico-científico costuma limitar as discussões democráticas, há a necessidade de uma nova maneira de compreender a ciência: a ciência pós-normal que destaca a importância da comunidade ampliada de pares em situações complexas articulando conhecimento científico com o conhecimento contextualizado para obtenção de melhores respostas.

Como argumenta Strand ²⁰² tal modificação é desafiadora pois envolve a transformação social em direção a uma sociedade que faça escolhas mais reflexivas e menos imediatistas e também requer novas práticas governamentais mais precaucionárias e menos competitivas.

Nessa direção, na sexagésima nona reunião da CAMSS ¹⁶⁷, que ocorreu em dezembro de 2011, o representante da ANS, afirmou que a Agência adota um regulação prudencial. A primeira vista, isto pode parecer um paradoxo uma vez que a ciência normal que subsidia a prática das agências reguladoras em geral desfavorece a prudência ou precaução que segundo Clavería ²⁰³ podem ser considerados sinônimos.

O conceito de regulação prudencial a que o representante da Agência referiu-se, no entanto, está relacionado à perspectiva econômica hegemônica, ou seja, a regulação prudencial, segundo Carvalho ²⁰⁴, destina-se a evitar que choques possam ocasionar problemas sistêmicos, definindo-se regras de regulação e supervisão para diminuir a exposição do sistema financeiro frente a riscos que possam se disseminar a toda a economia.

Nas discussões da interface ciência/política a precaução ou prudência, todavia, é considerada como um princípio regulatório basilar na regulação de atividades científicas, tecnológicas geralmente definida como uma demanda para proteger a saúde e o ambiente na ausência/insuficiência de evidências científicas conclusivas sobre relações causa-efeito. Como os demais princípios regulatórios, a precaução não impõe uma solução, mas, cria um referencial nas discussões regulatórias sobre como lidar de maneira prudente com novas tecnologias. A abordagem precaucionária assinala a existência de incerteza e até de ignorância na fronteira ciência/política a partir da consideração dos limites epistemológicos do conhecimento científico.

A precaução, conforme Clavería ²⁰³, constitui-se na estratégia para se proteger de um risco a partir da análise da situação em termos prudenciais. Ainda segundo o autor ²⁰³, prudência é uma disposição moral que possui dupla condição: teórica e prática. A condição prática consiste na esfera da ação, enquanto a teórica justifica-se pela necessidade do conhecimento para que se torne efetiva. O conhecimento necessário para a prudência é o tipo contingente, ou seja, aquele tipo que não pode ser apreendido por meio de evidências científicas, pois, se trata do conhecimento vivencial, contextualizado de quem vive uma determinada situação. Assim, a prudência constitui-se na virtude necessária no âmbito do humano, que é repleto de imprevisibilidade e incertezas.

As instituições governamentais devem sempre que possível evitar ações não-precaucionárias e tecnocráticas, principalmente em situações complexas ²⁰², porque estas ações além de causar resistência carecem de qualidade, sendo em sua maioria pouco ou nada produtivas ⁵⁹. Nesse sentido, emerge o próximo núcleo de sentido da presente tese, a estratégia coercitiva da utilização do conhecimento técnico-científico, que também pode ser considerada um tipo de tecnocracia ou abuso da ciência em decisões políticas.

Embora este tipo de utilização do conhecimento seja muito prejudicial tanto política como epistemologicamente foi bastante frequente nas reuniões analisadas da CAMSS, como pode ser observado em diferentes sessões da CAMSS e está sistematizado no quadro da página seguinte:

Quadro Estratégia coercitiva de utilização do conhecimento

Reunião/data	Contexto
vigésima sexta ¹²⁴ / março de 2002	“Permitir à operadora a utilização dos critérios técnicos e de qualidade que achasse mais convenientes para o credenciamento e sua manutenção” (representante de operadora, modalidade autogestão)
quadragésima primeira ¹³⁹ / dezembro de 2005	“(…) criticando a postura legalista da Agência, discussões puramente técnicas e a falta de força política para empreender as mudanças necessárias.” (representante de operadora, modalidade autogestão)
quadragésima segunda ¹⁴⁰ / março de 2006	“Afirou que o COPISS era um comitê estritamente técnico para onde poderiam convergir propostas provenientes da CSS, do Ministério da Saúde ou da própria Agência e de outros setores, mas que a decisão pela incorporação ou não de novos campos de alterações ou outras mudanças será tomada somente pela diretoria colegiada (representante da ANS)
quadragésima terceira ¹⁴¹ / maio de 2006	“(…) declarou que havia muita ideologia envolvida na discussão acerca dos aspectos econômico-financeiros e assistenciais, que ele considerava os dois pilares do sistema, aduzindo que “ideologia” significava desconhecimento quando não vinha acompanhada de uma forte fundamentação científica , pois traduzia tão somente os interesses de alguém.” (representante de operadora, modalidade seguradora de saúde)
quadragésima oitava ¹⁴⁶ / setembro de 2007	“(…) argumentou que o foco da questão era dar conhecimento ao Judiciário sobre a existência de toda uma legislação específica, que congregava instrumentos técnicos com o objetivo de balizar a tomada de decisão com a menor assimetria de informações possível ” (representante da ANS)
quinquagésima ¹⁴⁸ / fevereiro de 2008	“Em sua opinião, esse era um argumento frágil, sem fundamentação técnica. ” (representante de operadora, modalidade cooperativa médica)
quinquagésima primeira ¹⁴⁹ / abril de 2008	(…) “informou que a instituição está fazendo um estudo interno do projeto, adiando já a preocupação com a falta de embasamento técnico de algumas propostas e destacando que algumas questões devem ser revistas ” (representante de instituição de defesa do consumidor)
quinquagésima terceira ¹⁵¹ / agosto de 2008	“Informou que as reuniões foram pautadas por racionalidade técnica e razoabilidade de argumentação” (representante da ANS)
quinquagésima quinta ¹⁵³ / dezembro de 2008	“A partir desses objetivos a ANS criou um modelo técnico burocrático de ressarcimento ao SUS que era extremamente burocrático e originou uma relação de desconfiança em relação ao processo” (representante da ANS)
sexagésima primeira ¹⁵⁹ / março de 2010	(…) “o que resultou num amadurecimento no sentido de fazer um script que não era restrito a uma análise formal , mas também não era absolutamente aberto. ” (representante da ANS)
sexagésima sétima ¹⁶⁵ / julho de 2011	(…) “a questão dos prazos para atendimento estava mais do que contempada, pois, não foram inventados pela ANS, mas sim foram tirados de uma pesquisa. ” (representante da ANS)
na sexagésima oitava ¹⁶⁶ / setembro de 2011	“(…) o grupo técnico não recomenda a questão da regionalização do reajuste” (representante da ANS)
na sexagésima nona ¹⁶⁷ / dezembro de 2011	“(…) questionou sobre a metodologia utilizada para a análise dos dados da pesquisa (representante de instituição de defesa dos trabalhadores)

Não se trata de coerção como sinônimo de força física, mas, no plano psicológico ¹⁸⁸, como estratégia de restrição ao debate democrático funcionando como obstáculo às discussões. Esta estratégia coercitiva pode ser vista como um dispositivo de violência simbólica no sentido dado por Bourdieu ⁴⁶, isto é, como instrumento estruturante e estruturado que cumpre a sua função política de imposição ou legitimação da dominação, contribuindo, desse modo, para garantir o domínio de um grupo sobre

outro, fortalecendo da sua própria força às relações de poder que as baseiam, ajudando, assim, a “domesticar os dominados”. A partir dessa perspectiva, o conhecimento técnico-científico quando utilizado como estratégia coercitiva atua como “repressor” ao debate democrático.

Exemplo emblemático desta utilização como coerção pode ser observado na fala de um representante de operadoras (modalidade seguradora de saúde) na quadragésima terceira reunião da CAMSS ¹⁴¹, que ocorreu em maio de 2006, na discussão sobre a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras. O mencionado representante afirmou que havia muita ideologia nos debates sobre os aspectos assistenciais e econômico-financeiros, que para ele se constituíam na base do sistema. O citado representante ainda acrescentou que ideologia significava desconhecimento quando não estava acompanhada por forte argumentação científica, porque traduziria, dessa maneira, tão somente os interesses de alguém. Este discurso do representante das operadoras caracteriza adequadamente o dispositivo de violência simbólica da estratégia coercitiva do uso do conhecimento técnico-científico, pois, desqualifica qualquer outro argumento que não seja embasado no modelo de ciência normal hegemônico, “reprimindo”, dessa forma, o debate democrático.

Este representante das operadoras parece desconhecer ou esquecer estrategicamente que qualquer estudo científico implica valores (epistêmicos ou não epistêmicos) que são permeados pelas convicções e ideologias dos pesquisadores. Principalmente nas situações em que a ciência é aplicada (usada para subsidiar tomadas de decisão) seja ou não no processo político, Hansson ²⁰⁵ alerta que os valores não-epistêmicos não podem ser excluídos e que os valores estão presentes na ciência de vários modos: nas decisões sobre o que pesquisar, em como realizar a pesquisa e nas conclusões obtidas pela interpretação dos dados.

Segundo Keough ²⁰⁶, as expressões das produções científicas, como por exemplo, as evidências científicas, são somente algumas das importantes vozes que devem ser consideradas no processo de tomada de decisão política. As contribuições científicas são fundamentais para a política, porém, raramente são suficientes. Tomadores de decisão no governo devem considerar uma gama de subsídios que inclui aspectos econômicos, sociais e políticos e em algumas situações tais aspectos podem ser até mais decisivos que as evidências científicas, assim, aqueles que são responsáveis

pelas decisões devem exercer sua função legítima de ponderar as contribuições científicas com os outros aspectos mencionados de maneira clara e transparente.

Outro exemplo significativo da estratégia coercitiva do conhecimento foi identificado na sexagésima sétima reunião da CAMSS ¹⁶⁵ que aconteceu em julho de 2011 quando o representante da ANS, já no fim da reunião em sua fala de encerramento do encontro, afirmou que a Agência, em resposta às reclamações de representantes de operadoras (modalidades: medicina de grupo, cooperativa médica, cooperativa odontológica e autogestão) em relação às dificuldades no cumprimento dos prazos estipulados pela ANS, não inventou tais prazos, mas, obteve prazos a partir de uma pesquisa. Os prazos mencionados são o tempo máximo para atendimento pelas operadoras às demandas dos beneficiários que a ANS havia normatizado. Nesta afirmação há dois problemas: o conhecimento sendo utilizado como elemento limitador ao debate (coerção) e a não-explicitação das incertezas das evidências resultantes de estudos técnico-científicos.

As incertezas estão sempre presentes em qualquer estudo e há necessidade de explicitá-las, entretanto, esta explicitação é tarefa difícil uma vez que as pessoas em geral não estão acostumadas a abordar tal tema ²⁰⁷. A sociedade, de modo geral, possui a ideia, desde o Iluminismo, de que a ciência proporciona previsão e controle ²⁰⁸. Assim, enfatizar de modo excessivo e inadequado pode gerar desconforto e até pânico social ²⁰⁹.

Martinez ²¹⁰ orienta que para que os problemas descritos acima sejam evitados são necessários o destaque e a explicação do contexto de produção das evidências científicas. Os não-especialistas, geralmente, não lidam bem com as incertezas por não compreender bem o contexto no qual elas ocorrem. Assuntos científicos e médicos são tão complexos que requerem muito informação de base que as pessoas de forma geral não possuem, desse modo, a tarefa para os políticos que tomam decisões neste campo complexo é auxiliar aos não-cientistas a compreender o contexto de produção das evidências. De acordo com Halpern e colaboradores ²¹¹, não existe um modo único para lidar com as incertezas e, assim, a melhor decisão dependerá da gestão do contexto e da qualidade e quantidade de dados disponíveis.

O contexto de produção das evidências científicas relaciona-se, segundo Douguet e colaboradores ¹⁷³, à estruturação do problema que inclui as escolhas que condicionam o que será ou não considerado (delineamento do estudo), assim como a

suficiência da representação do problema. Parte destas escolhas relativas ao contexto, também se refletem em outras fases do estudo, como na interpretação dos dados, na seleção dos modelos para utilização e na consideração de que resultados que são considerados relevantes e, dessa forma, são mais destacados pelos pesquisadores nas conclusões do estudo. A estruturação do problema inclui a escolha das variáveis que serão consideradas no desenvolvimento da pesquisa. Tal escolha, apesar de parecer “neutra e objetiva” em estudos epidemiológicos, por exemplo, possui uma imensa gama de pressupostos e valores envolvidos que são geralmente omitidos de forma estratégica.

Embora seja muito importante abordar e explicitar as incertezas e as seleções subjacentes ao processo científico, os limites do conhecimento científico só foram destacados em uma das reuniões da CAMSS, na quadragésima nona reunião ¹⁴⁷, ocorrida em dezembro de 2007, quando uma representante de uma instituição de defesa dos consumidores argumentou que os dados de uma pesquisa eram sempre relativos uma vez que poderiam ser analisados a partir de diversas perspectivas.

O estudo mencionado foi a pesquisa de opinião com beneficiários de planos de saúde realizada em 2006 e 2007 pelo Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais (IPEAD) com financiamento da ANS. Os objetivos da iniciativa eram: (a) trazer subsídios à ANS no aprimoramento de sua função regulatória; (b) subsidiar as áreas da Agência na avaliação e redefinição de suas prioridades; (c) atender ao contrato de gestão 2007; (d) contribuir com o Programa de Qualificação de a Saúde Suplementar; (e) avaliar a imagem da ANS junto aos beneficiários; e (f) avaliar a satisfação dos beneficiários com o serviço prestado pelas operadoras.

A representante da instituição de defesa dos consumidores fez seu comentário sobre os limites dos estudos científicos justamente em relação ao último aspecto da citada pesquisa: o nível de satisfação dos beneficiários com as operadoras. Segundo os dados da mencionada pesquisa, somente 16% dos entrevistados relataram problemas com os planos de saúde. Por outro lado, nesta mesma reunião da CAMSS, este resultado foi estrategicamente destacado por dois representantes das operadoras (modalidades medicina de grupo e cooperativa médica) como comprovação da satisfação maioria dos beneficiários com os planos de saúde ¹⁴⁷.

Nessa direção, a estratégia de avaliação da base do conhecimento que subsidia decisões políticas como as regulatórias, que é proposta pela abordagem da ciência pós-

normal, possui papel fundamental, pois ressalta e avalia as incertezas das evidências científicas de modo mais transparente, possibilitando o diálogo entre cientistas e não-especialistas ⁵⁹.

Uma estratégia para melhorar este diálogo é proposta por David Gee ²¹². Trata-se de uma sistematização para se referir a relações de causalidade, considerando-se estudos estatísticos:

- Associado de modo causal: nível muito forte de evidência (>95%)
- Fortemente associado: nível forte de evidência (65-95%)
- Associado: nível moderado de evidência (35-65%)
- Pouca evidência: nível fraco de evidência (10-35%)
- Improvável ser: nível muito fraco de evidência (<10%)

Tal sistematização poderia ser muito útil nas discussões da CAMSS para facilitar o diálogo construtivo entre os diferentes atores. Exemplo ilustrativo dessas discussões, envolvendo o uso das evidências científicas, ocorreu na quadragésima quinta reunião ¹⁴³ (dezembro de 2006) quando a representante da ANS mencionou que a incorporação de novas tecnologias deveria privilegiar a melhor evidência científica disponível. Como os não-especialistas podem ter dificuldade em compreender o que seria a melhor evidência, a estratégia proposta por Gee ²¹² poderia ser bastante proveitosa no debate democrático para facilitar a compreensão mútua dos atores que participam da CAMSS.

Ainda segundo Gee ²¹², na comunicação das incertezas subjacentes às evidências científicas deve-se ressaltar que estudos que indiquem que não há evidência de dano não significam o mesmo que evidência que não há dano. Muitas vezes a confusão nesta compreensão pode suscitar sérios problemas no diálogo entre especialistas e não-especialistas prejudicando a estruturação do problema em debate.

Finalmente, embora não menos importante, surge o último núcleo de sentido desta tese: a desconsideração da evidência científica. Segundo Schrefler ⁵, o não-uso do conhecimento científico na regulação pode ocorrer por dois motivos: para evitar o enfraquecimento de uma opção política previamente escolhida ou por evitar tornar explícitos certos aspectos políticos e incertezas. Nessa mesma perspectiva, Boswell ²¹³ discute que esta desconsideração do conhecimento pode acontecer porque os políticos reconhecem que em determinadas situações o conhecimento científico é insuficiente, além de estarem conscientes também da característica probabilística e incerta de tal conhecimento. Outra explicação possível é a consideração da ciência como processo

interrogativo, que significa que se trata de um processo que pode ser questionado constantemente e muitas vezes os resultados de alguns estudos possam não ser confiáveis devendo, dessa forma, ser desconsiderados ²¹⁴.

Esta desconsideração só foi identificada uma única vez nas reuniões analisadas na CAMSS: na décima quinta sessão que aconteceu em dezembro de 2000. Um representante das operadoras (modalidade medicina de grupo) manifestou seu protesto afirmando que a conclusão da Câmara Técnica que discutiu os critérios de segmentação das operadoras não foi levada em conta pela Diretoria Colegiada da ANS para a tomada de decisão. Compreende-se por segmentação assistencial de plano de saúde ¹⁷⁴ a garantia da prestação de serviços à saúde que abrange os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. A segmentação assistencial é dividida em: ambulatorial; hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ou de referência. Este representante acrescentou ainda que tal posicionamento da ANS desvalorizava o trabalho desses órgãos técnicos.

O representante da ANS respondeu ao referido protesto declarando respeitar as posições das entidades representadas na CAMSS, reconheceu que se tratava de uma instância muito representativa, mas, que nenhum dos segmentos que a compõe é majoritário. Ressaltou ainda o caráter consultivo da CAMSS e que a direção da ANS estava buscando todas as instâncias colegiadas de participação, de negociação e aperfeiçoamento do setor, no entanto, enfatizou que a responsabilidade final de normatização é da ANS, e que buscava sempre ao máximo construir o consenso.

Diferentes motivos podem ser causa da desconsideração da evidência na situação acima:

1. a regulação é a “arte do possível” ²¹⁵, isto é, atividade regulatória é pragmática e precisa atingir objetivos específicos, portanto, muitas discussões que retardem o alcance dos resultados podem e muitas vezes precisam ser abreviadas para evitar atrasos na ação regulatória.

2. as questões políticas não são puramente científicas: há a necessidade na tomada de decisão de se considerar fatores políticos e econômicos, além da consideração de evidências científicas, que são importantes, mas, muito raramente suficientes para escolher determinada ação regulatória ¹⁰.

3. muitas vezes as decisões em saúde são urgentes: a nível político, a decisão em saúde implica tanto considerar as evidências científicas como o desenvolvimento do debate público a tomada de decisão é caracterizada na saúde pela incerteza, pela complexidade e pela obrigação de agir de maneira rápida ²¹⁶.

Além disso, Luján e Todt ¹⁷¹ argumentam que elementos-chave do processo científico podem diminuir a utilidade das evidências científicas para a regulação: (1) problemas metodológicos: especialmente a ênfase nos erros do tipo I (falsos positivos) em relação aos erros do tipo II (falso-negativos) que resulta em uma excessiva valorização da precisão numérica em detrimento da rapidez da tomada de decisão com base nos dados disponíveis, muitas vezes necessária nas situações e problemas de saúde; (2) afirmação de relações causais que são abertas ao debate; (3) seleção de uma dentre muitas alternativas para extrapolação dos dados e (4) escolha e uso de modelos epidemiológicos, toxicológicos e matemáticos. Em outras palavras, o modo como a ciência produz conhecimento relevante para subsidiar a tomada de decisão regulatória possui influência direta no estilo regulatório, isto é, pode condicionar maior ou menor rigor regulatório.

Buscar o ideal de evidências completas e precisas para subsidiar o processo regulatório, porém, suscitará resultados prejudiciais para a regulação e a consequente proteção da saúde pública, pois, esta busca pode ocasionar uma grande lentidão e a perda do tempo oportuno de atuação regulatória: a população ficaria sujeita a sérios riscos enquanto se tenta solucionar as incertezas das evidências ²¹⁷, mesmo porque existem incertezas irreduzíveis, ou seja, aquelas que nem novos estudos podem minimizar. Nessa direção, a importância da precaução e consequente incorporação de conhecimento contextualizado daqueles que vivem determinada situação no processo regulatório, como já foi discutido anteriormente, é estratégico para ampliar a qualidade do processo regulatório.

Cabe destacar, contudo, que a desconsideração da evidência ocorreu no ano de criação da ANS, o que pode ajudar explicar o fato. O processo regulatório ainda se encontrava em formação e como em nenhuma outra reunião houve tal desconsideração, pode-se deduzir que foi um fato isolado e que dificilmente se repetirá uma vez que, como foi discutido ao longo da presente tese, a utilização do conhecimento cumpriu papel essencial nas reuniões da CAMSS, seja de modo instrumental ou estratégico. Embora, conforme Bardin ⁴⁹, seja fundamental lembrar que o acontecimento, a raridade

podem apresentar muitas vezes um significado importante que não pode ser desconsiderado.

Toda estudo científico é incompleto seja observacional ou experimental e pode ser modificado por futuras pesquisas, contudo, isto não significa que se deve ignorar o conhecimento existente ou adiar alguma ação que seja urgente ²¹⁸. As evidências científicas com todas suas limitações são subsídio essencial para a atividade regulatória. A abordagem precaucionária da ciência pós-normal reconhece, entretanto, que a ciência raras vezes pode proporcionar soluções definitivas e que **as decisões devem ser tomadas fundamentadas nas evidências disponíveis, mas é imprescindível se abrir o debate sobre o papel da ciência:** com a discussão e explicitação das incertezas envolvidas em qualquer estudo científico e análise da relação entre ciência, sociedade e decisão política ²¹⁹.

8.

Considerações finais

A presente tese discutiu a relevância do referencial da ciência pós-normal para a atividade regulatória em saúde apresentando as contribuições epistemológicas e metodológicas para a mencionada atividade. Também foram discutidos os limites e desafios que a abordagem possui como a ênfase metodológica, em detrimento de debates mais sociológicos sobre a fronteira ciência/política.

Dentro dessa perspectiva, o uso do conhecimento técnico-científico na CAMSS foi analisado a partir do referencial da ciência pós-normal, isto é, foram abordadas as incertezas do conhecimento científico, o peso dos valores no delineamento dos estudos, a pluralidade de perspectivas legítimas em situações complexas e os paradoxos existentes no processo político em relação à utilização das evidências científicas.

Dois grandes temas emergiram da análise: uso instrumental e utilização estratégica do conhecimento técnico-científico. O primeiro tema traduziu-se em dois núcleos de sentido: uso técnico-restrito e uso técnico ampliado, enquanto o segundo tema foi desdobrado em três núcleos de sentido: estratégia legitimadora, estratégia coercitiva e desconsideração da evidência. A sistematização proposta abaixo, com exemplos ilustrativos de cada um dos núcleos de sentido, auxilia a compreensão dos temas e dos seus subsequentes núcleos de sentido:

Uso instrumental do conhecimento técnico-científico: conhecimento técnico-científico como base da atuação regulatória

-Uso técnico-restrito: uso rotineiro do conhecimento técnico-científico a fim de subsidiar as atividades diárias da Agência. Exemplo: notas e pareceres técnicos

-Uso técnico ampliado: estudos realizados para ampliar o conhecimento sobre tema considerado relevante pela agência bem como atividades de monitoramento realizadas pela ANS. Exemplo: Programa de Qualificação da ANS

Utilização estratégica do conhecimento técnico-científico: conhecimento técnico-científico como estratégia política

-Estratégia legitimadora: legitimação de uma determinada ação regulatória pela utilização do argumento científico. Exemplo: medicina baseada em evidências

-Estratégia coercitiva: conhecimento técnico-científico atuando como “obstáculo” ao debate democrático. Exemplo: a ênfase no argumento científico como o único válido.

-Desconsideração da evidência científica: não-uso da evidência na decisão regulatória. Exemplo: presente somente em única reunião com desconsideração da conclusão de uma Câmara Técnica na tomada de decisão

Importante lembrar que estes núcleos funcionam como estruturadores para facilitar a análise de conteúdo, não se excluindo mutuamente e podendo algumas vezes se sobrepor como foi o caso da agenda regulatória da ANS que foi considerada simultaneamente uso técnico ampliado e estratégia legitimadora de utilização do conhecimento técnico-científico nas reuniões da CAMSS.

A agenda regulatória da ANS consiste em um importante exemplo de uso do conhecimento técnico-científico porque possui função política relevante de direcionar as ações prioritárias da agência. Desse modo, a escolha política deste ou daquele eixo parece completamente legitimada e justificada por meio de argumentos técnico-científicos. Não se trata de desconsiderar a contribuição das discussões técnicas, mas, de refletir e problematizar a forma como os argumentos científicos são utilizados como explicação para uma determinada opção política.

A medicina baseada em evidência também merece destaque por se tratar de uma das estratégias legitimadoras mais relevantes nas reuniões da CAMSS. Esta estratégia, porém, necessita ser analisada cuidadosamente uma vez que, de acordo com Vasconcellos-Silva e Castiel ²²⁰, ao considerar a lógica dos custos e da dificuldade de acesso às técnicas mais eficazes, agrupa justificativas sobre o melhor modo de exercer a medicina. Possui pressupostos como “decisões corretas” e “redução de custos” com a finalidade de alcançar maior resolutividade. Esta estratégia aproxima-se aos valores econômicos à medida que pacientes são vistos como “consumidores” em sua relação com seus médicos. Apesar de ser um retrocesso criticar de maneira rígida e sem reflexão tais valores econômico-cognitivos, a crítica é essencial quando esses valores são considerados acima de qualquer outro.

O uso do conhecimento científico, instrumental ou estratégico, esteve presente em todas as reuniões da CAMSS analisadas, embora tal instância seja considerada formalmente como representativa e não eminentemente técnica. A utilização do conhecimento científico, contudo, faz parte da atuação das agências reguladoras em geral, conforme Schrefler ⁵, desse modo, tal utilização pode ser uma excelente contribuição ao processo político-regulatório caso exista adequada explicitação das

incertezas e valores que permeiam o processo de produção de estudos/pesquisas científicas e análises/pareceres técnicos.

O pressuposto inicial deste estudo, isto é, o uso do conhecimento técnico-científico em instâncias participativas pode muitas vezes despolemizar e despolitizar questões inerentemente valorativas, como ressalta Busfield ⁴⁷, e limitar, dessa maneira, o diálogo necessário ao processo democrático amplo foi confirmado após a análise das reuniões da CAMSS. Tal restrição às discussões democráticas ocorre, principalmente, quando a utilização ocorre de maneira coercitiva, isto é, funcionando como obstáculo e até mesmo freio ao debate democrático.

É importante ressaltar que a partir da ciência pós-normal o antagonismo ciência e democracia, base de validação e legitimação do processo político, destacado por Pierre Bourdieu ⁴⁶ pode ser minimizado pela compreensão das instâncias participativas como a Câmara de Saúde Suplementar como comunidades ampliadas de pares ¹⁷³, que implica considerar que aqueles que vivenciam uma determinada situação podem contribuir para uma melhor estruturação de um problema por meio do conhecimento das condições locais, das observações pessoais que podem conduzir a novos rumos de pesquisas e estudos, das críticas às hipóteses e pressupostos elaborados por cientistas que podem proporcionar modificações em direção a hipóteses que melhor se ajustem às condições da vida real e compreensão criativa de mecanismos e cenários através de sugestões de mudanças nos projetos previamente delineados pelos especialistas que podem afetar diversos setores da sociedade, buscando, desse modo, por paradoxal que possa parecer, a conformação de uma ciência democrática, fundada em novas bases epistêmicas.

De acordo com o que foi discutido ao longo deste estudo, a CAMSS ainda está longe de ser uma comunidade epistêmica, que segundo Akrich ²²¹, é a instância na qual os participantes estruturam o problema e constroem de maneira coletiva sua possível solução. Nessa direção, além de subsidiar decisões políticas, os atores também lidam e articulam conceitos científicos a fim de elaborar argumentos que embasem seus pontos de vista. Esta característica é uma especificidade da comunidade epistêmica: posicionamento simultaneamente científico e político que somente pode ser conseguido em discussões que favoreçam o diálogo franco e ampliado.

Nessa perspectiva, considerando-se que as análises custo-benefício subsidiam muitas ações regulatórias e que tais análises pressupõem um “modo racional e objetivo” de tomada de decisão, há a necessidade de novos instrumentos de apoio à decisão

regulatória que se fundamentem nestas novas bases epistêmicas e possam contribuir na transformação da CAMSS em real comunidade epistêmica, ou em outras palavras, em uma comunidade ampliada de pares efetivamente.

Qualquer problema social é caracterizado por conflitos entre valores e interesses divergentes com diferentes grupos defendendo seus interesses. As múltiplas dimensões de valor podem estar em disputa e, desse modo, qualquer decisão propiciará diferentes avaliações (positivas e negativas). Considerando-se esta complexidade, a análise multicritério implica a não-medição das dimensões do problema, uma vez que não existe somente um único critério de escolha. Assim, ao contrário das análises custo-benefício, não há necessidade de reduzir todos os valores em uma escala (monetária, quantidade de prestadores de serviços) para ajudar a representar o problema e facilitar a tomada de decisão. Ao invés disso, a metodologia da análise multicritério permite delimitar os conflitos sociais e mostrar diversas possibilidades para sua solução por meio de compromissos, cooperação e diálogo entre os envolvidos, possibilitando que soluções sejam criadas ²²².

Considerando-se que um dos principais valores da ANS é justamente o conhecimento como fonte de ação ²²³, espera-se que este estudo possa contribuir para que este conhecimento seja compreendido de maneira ampla incluindo tanto as contribuições científicas como o conhecimento contextualizado daqueles que vivenciam uma determinada situação.

Não se pode deixar de mencionar as limitações deste estudo, elaborado a partir do ponto de vista da ciência pós-normal. Como Bourdieu ³¹ destaca, todo ponto de vista é uma visão em perspectiva sendo sempre parcial, portanto, pode ser que a ênfase nas incertezas e dissensos adotada nesta tese possa ter ocultado os consensos e as direções mais consistentes dos complexos processos sociais. Para van der Sluijs, van Est e Riphagen ¹⁹³ esta ênfase é simultaneamente uma das principais contribuições e também um dos maiores limites da abordagem da ciência pós-normal e, assim, é necessário que os resultados deste estudo sejam analisados considerando-se tal limitação.

Outra limitação que merece destaque foi a própria abordagem metodológica baseada em pesquisa documental. Este tipo de pesquisa, segundo Watkins ²²⁴, embora proporcione uma análise sistemática dos documentos e favoreça uma compreensão do contexto histórico das situações estudadas, pode apresentar limites para o entendimento

do contexto geral em função das lacunas de informações que possam existir nos documentos pesquisados, no caso desta tese, as atas das reuniões da CAMSS.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir ao destacar as incertezas do conhecimento científico a mostrar caminhos para novas práticas científicas que sejam, de acordo com Gertner ⁹², mais sensíveis e adequadas para funcionar como subsídio regulatório. Estas novas práticas, todavia, representam um grande desafio porque, segundo Jahanbegloo ²²⁵, implicam a transformação de um mundo finito de certezas em um mundo de interrogações sem fim.

Sem pretensões de propor conclusões definitivas e inspirando-se nas reflexões de Tamayo ²²⁶, cabe ressaltar que o espírito científico somente é importante nos assuntos específicos da ciência, ou seja, serve para responder ou ao menos tentar responder perguntas formuladas dentro de suas possibilidades. Existem outras perguntas que possuem caráter transcendental como “Qual o sentido da vida?” “Para onde vamos e de onde viemos?” “Que tipo de conhecimentos podemos almejar obter enquanto indivíduos e sociedade?” diante das quais a ciência pode contribuir muito pouco, não porque sejam perguntas falsas, mas porque não se encontram no campo científico. O pensamento científico não exclui outras maneiras de relação do ser humano com sua própria consciência nem anula suas angústias existenciais ou elimina suas inspirações artísticas, sua capacidade de amar, sua ambição de conhecimento de maneira ampla ou seu desejo de vida eterna, embora possa contribuir para um olhar mais sistematizado, mesmo que sempre relativo e parcial, à complexa realidade social...

Na tentativa de contribuir de maneira prática para a ANS, foram elaboradas algumas sugestões para o aprimoramento de suas atividades regulatórias:

- Explicitação consistente das incertezas (explicação clara do contexto da produção das evidências) e dos valores presentes em qualquer estudo/pesquisa e análise/parecer/nota técnica.
- Incorporação da classificação das incertezas nas discussões: quanto à localização, ao nível e à natureza.
- Mediação mais ativa da ANS para favorecer a transformação da CAMSS em uma real comunidade ampliada de pares, com a participação social ocorrendo desde o momento da estruturação do problema.

- Compreensão das funções sociais (simultaneamente integradoras e diferenciadoras) dos conflitos.
- Entendimento positivo dos conflitos e dissensos como oportunidades de avanço na estruturação de determinado problema.
- Eliminação da estratégia coercitiva da utilização do conhecimento técnico-científico que restringe o debate político necessário para a apreciação ampla da situação em discussão.
- Fortalecimento da defesa do interesse público através de sua compreensão como um *continuum*, isto é, o entendimento simultaneamente substantivo-funcional (bem maior da sociedade), substantivo-agregativo (cálculo utilitário do que deseja a maioria) e processual (dinâmico e modificável pelas interações sociais).
- Destaque mais acentuado aos valores não-epistêmicos que são fundamentais na atividade regulatória em saúde como a proteção da saúde da população.
- Fortalecimento da regulação prudencial ou precaucionária por meio da efetiva incorporação das perspectivas de não-especialistas nas discussões.
- Ênfase na regulação como a “arte do possível”, isto é, o regulador precisa tomar decisões muitas vezes urgentes em situações de profunda incerteza e deve, desse modo, considerar tanto contribuições científicas como também conhecimento contextualizado proporcionado por aqueles que vivenciam dada situação.
- Divulgação das contribuições conceituais e metodológicas da ciência pós-normal para o corpo técnico da ANS no sentido de fortalecer valores como a defesa do interesse público e a proteção à saúde da população.

* Para Thomas Kuhn, ao desenvolver seu conceito de ciência normal, a ciência moderna formou-se fundamentalmente a partir das simplificações obtidas pelos seus cortes ou rupturas epistemológicas. Estas rupturas, que estão no cerne de toda disciplina científica, separam e definem seus objetos, por exemplo, por meio das diferenças entre o vivo e o não vivo, entre o indivíduo e a sociedade. Estas visões de mundo ou estruturas mentais estão na origem das disciplinas e constituem seus paradigmas, frequentemente, implícitos na pretensa objetividade do discurso científico. In Porto, MFS. *Interdisciplinaridade e Ciência Pós-Normal frente à Questão Ambiental*. http://www.ecoeco.org.br/conteudo/publicacoes/encontros/ii_en/mesa2/2.pdf (acessado em 17/Dez/2013)

** 99, 100, 101,102, 103, 104, 105, 106, 107,108, 109, 110, 111,112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167

*** Compreende-se por modalidade de operadora, conforme o Glossário Temático: Saúde Suplementar ¹⁷⁴, a classificação das operadoras dos planos privados de assistência à saúde de acordo com suas particularidades. Exemplos: autogestão, seguradora especializada em saúde, cooperativa médica, medicina de grupo, etc.

9-Referências Bibliográficas

1. Velho G. O desafio da proximidade. In Velho G, Kuschnir K. (orgs.) Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 11-9, 2003.
2. Faulkner RA, Becker HS. Studying something you are part of: the view from the bandstand. *Ethnologie Française* 2008; 38:15-21.
2. Hansson SO. Changing the scientific corpus. In: Olsson EJ (org). *Science in Flux*. Berlin: Springer; 2008.
3. Brüseke FJ. Romantismo, mística e escatologia política. *Lua Nova* 2004; 62: 21-44
4. Hansson SO. Regulating BFRs - from science to policy. *Chemosphere* 2008; 73 (2): 144-47.
5. Schrefler L. The usage of scientific knowledge by independent regulatory agencies. *Governance* 2010; 23(2): 309-30.
6. Loughheed T. Outside looking in: understanding the role of science in regulation. *Environmental Health Perspectives* 2009; 117(3): A104-A110.
7. Barreto M, Guimarães R. Epidemiologia e ações regulatórias nas áreas da saúde e do ambiente. In Almeida-Filho N, Barreto ML (org). *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011, 678-91.
8. Moodie R. Where Different Worlds Collide: Expanding the Influence of Research and Researchers on Policy. *Journal of Public Health Policy* 2009, 30(Supl1): S33-S37.
9. Widome R et al. Science, prudence, and politics: the case of smoke-free indoor spaces. *Annals of Epidemiology* 2010; 20(6): 428-35.
10. Wynne B. When doubt becomes a weapon. *Nature* 2010; 466: 441-42.
11. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Missão. <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=3DC2F07125743B1F0125743ECB5F01A3>. (acessado em 12/Jan/2011)
12. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2011_mes12_caderno_informacao.pdf (acessado em 02/Jan/2012)

13. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consultas Públicas. <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/consultas-publicas> (acessado em 02/Jan/2012)
14. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Câmaras e Grupos Técnicos. <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos> (acessado em 02/Jan/2012)
15. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Audiências Públicas. <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas> (acessado em 02/Jan/2012)
16. Brasil. Resolução Normativa da ANS nº 237. Dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar. 21 de outubro de 2010.
17. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Câmara de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar> (acessado em 02/Jan/2012)
18. Pó MV, Abrucio FL. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. Rev. Adm. Pública 2006; 40(4): 679-98
19. Scheffer M. Propostas de aprimoramento da regulamentação dos Planos de saúde. In: Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. Brasília: Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 185-8.
20. Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad. Saúde Pública 2007; 23 (9): 2167-77
21. Coelho V, Nobre M. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34; 2004
22. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Ciudad de México: WTC México; 2008.
23. Goldstein RA, Barcellos C. Geoprocessamento e participação social: ferramentas para a vigilância ambiental em saúde. In Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC,

Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p.205-15

24. Porto MFS. Entre a Prevenção e a Precaução: riscos complexos e incertos e as bases de uma nova ciência da sustentabilidade. In Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p.143-57.

25. Breilh J. Pilhagens, ecossistemas e saúde. In Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p.159-80

26. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad. Saúde Pública 2005; 21(4): 1260-8.

27. Breilh J. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. Ciênc. saúde coletiva 2000; 5(1): 99-114.

28. Funtowicz S, Ravetz J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. Hist. cienc. saude-Manguinhos 1997; 4(2):219-30.

29. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. Hist. cienc. saude-Manguinhos 2001; 8(3): 567-90.

30. Funtowicz S, Ravetz J. Post-Normal Science. In Costanza R, organizador Encyclopedia of Earth. Washington DC: Eds. Cutler Environmental Information Coalition, National Council for Science and the Environment), 2008. http://www.eoearth.org/article/Post-Normal_Science. (acessado em 31/Jul/2009)

31. Bourdieu P. Para uma sociologia da ciência. Lisboa: Edições 70; 2004.

32. Petersen AC, Cath A, Hage M, Kunseler E, van der Sluijs JP. Post-Normal Science in practice at the Netherlands Environmental Assessment Agency. Science, Technology and Human Values 2011; 36(3): 362-88.

33. Neves, TP, Porto MFS, Marinho CLC, Braga AMC. O conceito de biossegurança à luz da ciência pós-normal: avanços e perspectivas para a saúde coletiva. Saude soc 2007; 16(3): 158-68.

34. Gallopín GC et al. Science for the twenty-first century: from social contract to the scientific core. *Internat Soc Scienc Journ* 2001; 53 (168): 219-29.
35. De Marchi B, Funtowicz S. La gobernabilidad del riesgo en la Unión Europea. In: Luján JL, Echeverría J. *Gobernar los riesgos: ciencia y valores en la sociedad del riesgo*. Madrid: Editora Biblioteca Nueva; 2004 p. 153-65.
36. Turnpenny J, Jones M, Lorenzoni I. Where now for Post-Normal Science? A critical review of its development, definitions, and uses. *Science, Technology and Human Values* 2011; 36(3): 287-306.
37. Funtowicz S, Strand R. Models of Science and Policy. In Traavick T, Lim LC, organizadores. *Biosafety First: Holistic Approaches to Risk and Uncertainty in Genetic Engineering and Genetically Modified Organisms*. Trondheim: Tapir Academic Press; 2007.
38. Frodeman R, Mitcham C. New directions in interdisciplinarity: broad, deep, and critical. *Bulletin of Science, Technology & Society* 2007; 27(6): 506-14.
39. Ravetz J. The post-normal science of precaution. *Futures* 2004; 36(3): 347-57.
40. Freitas CM, Porto MF. *Saúde, Ambiente e Sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
41. Saltelli A, Funtowicz S. The Precautionary Principle: Implications for Risk Management Strategies. *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal* 2005; 11(1): 69-83.
42. Rezza G. The principle of precaution-based prevention: a Popperian paradox? *The European Journal of Public Health* 2006; 16(6): 576-77.
43. Porto MFS. *Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
44. Quintana SC. A Quality Assurance Framework for policy making: proposing a Quality Assurance Assistant Tool (QAAT). In Pereira AG, Funtowicz S (org) *Science for Policy: new challenges, new opportunities*. Nova Delhi: Oxford University Press; 2009, 48-66.
45. Sawaya AL. Políticas públicas: pontos de método e experiências. *Estudos Avançados* 2006; 20 (56):131-48
46. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2009

47. Busfield J. Medicalização In Scott J (org) Sociologia: conceitos-chave. Rio de Janeiro: Zahar; 2010, 119-23.
48. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
49. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
50. Reynolds J, Kizito J, Ezumah N, Mangesho P, Allen E, Chandler C. Quality assurance of qualitative research: a review of the discourse. Health Research Policy and Systems 2011, 9:43 <http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/43> (acessado em 02/Jan/ 2012).
51. Jasanoff S. Preface: Border crossings: social sciences and public policy. In Pereira AG, Funtowicz S (org) Science for Policy: new challenges, new opportunities. Nova Delhi: Oxford University Press; 2009, xi-xxvi.
52. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record; 2009.
53. McCright AM, Dunlap RE. Anti-reflexivity: The American Conservative Movement's Success in Undermining Climate Science and Policy. Theory, Culture & Society 2010; 27(2-3): 100-33
54. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1994. p. 67-80.
55. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm 2006; 15(4): 679-84.
56. Davies GJ, Kendall G, Soane E, Li J, Charnley F, Pollard JT. Regulators as "agents": power and personality in risk regulation and a role for agent-based simulation. Journal of Risk Research 2010; 13(8): 961-82.
57. Lloyd-Bostock SM, Hutter BM. Reforming regulation of the medical profession: The risks of risk-based approaches, Health, Risk & Society 2008; 10 (1): 69-83.
58. Buss PM. Saúde Pública Hoje. In Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CR. Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010, p.33-55.

59. Funtowicz S. Why knowledge assessment? In Pereira AG, Vaz SG, Tognetti S. *Interfaces between Science and Society*. Sheffield: Greenleaf Publishing; 2006, p.138-45.
60. Santos, BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. 2 ed . São Paulo: Cortez, 2008.
61. Christensen JG. Public interest regulation reconsidered: from capture to credible commitment. *Jerusalem Papers in Regulation & Governance* 2010; 19: 1-33.
62. Black J. Critical Reflections on Regulation. *Australian Journal of Legal Philosophy* 2002; 27: 1–35.
63. Levi-Faur. D. Regulation & Governance Regulatory. *Jerusalem Papers in Regulation & Governance* 2010; 1: 1-47.
64. Kurunmächi L, Miller P. Counting the costs: The risks of regulating and accounting for health care provision. *Health, Risk & Society* 2008; 10(1): 9-21
65. Bennett B, Gostin L, Magnusson R, Martin R. Health governance: law, regulation and policy. *Public Health* 2009; 23: 207–12
66. Ferreira AS. De que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social* 2004; 39 (171): 313-37
67. Hutter B. Risk regulation and health care. *Health, Risk & Society* 2008; 10 (1): 1-7.
68. Daley DM, Haider-Markel DP, Whitford AB. Checks, Balances, and the Cost of Regulation: Evidence from the American States. *Political Research Quarterly* 2007; 60 (4): 696-706.
69. Conover CJ. The High Cost of Health Regulation. *Cato Policy Report* 2004; 26 (6): 19-20.
70. Kinney ED. Administrative Law and the Public's Health. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002; 30 (2): 212-223.
71. Aagaard TS. Factual Premises of Statutory Interpretation in Agency Review Cases. *George Washington Law Review* 2009; 77(2): 366-430.
72. Marshall BK, Picou JS. Postnormal Science, Precautionary Principle, and the Worst Cases: The Challenge of Twenty-First Century Catastrophes. *Sociological Inquiry* 2008; 78(2): 230-47.

73. Hulme M. Claiming and Adjudicating on Mt Kilimanjaro's Shrinking Glaciers: Guy Callendar, Al Gore and Extended Peer Communities. *Science as Culture* 2010; 19(3): 303-26.
74. Goeminne G. Has science ever been normal? On the need and impossibility of a sustainability science. *Futures* 2011; 43(6): 627-36
75. Wesselink A, Hoppe R. If Post-Normal Science is the solution, what is the problem?: The Politics of Activist Environmental Science. *Science, Technology & Human Values* 2011; 36(3): 389-412.
76. Pyyhtinen O. Being-with: Georg Simmel's sociology of association. *Theory, Culture & Society* 2009; 26(5):108-28.
77. Becker HS. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007
78. Kastenhofer K. Risk assessment of emerging technologies and Post-Normal Science. *Science, Technology & Human Values* 2011; 36(3): 307-33.
79. van der Sluijs J. Uncertainty, assumptions and value commitments in the knowledge base of complex environmental problems. In Pereira AG, Vaz SG, Tognetti S. *Interfaces between Science and Society*. Sheffield: Greenleaf Publishing; 2006, p.64-81.
80. Valentinov V. Accountability and the Public Interest in the Nonprofit Sector: A Conceptual Framework. *Financial Accountability & Management* 2011; 27(1): 32-42.
81. Johnson MH, Petersen K. Public interest or public meddling? Towards an objective framework for the regulation of assisted reproduction technologies. *Human Reproduction* 2008; 23 (3): 716–28.
82. van der Sluijs JP, Petersen AC, Janssen PHM, Risbey JS, Ravetz J Exploring the quality of evidence for complex and contested policy decisions. *Environmental Research Letters* 2008; 3(9).
83. Freudenburg WR, Gramling R, Davidson DJ. Scientific certainty argumentation methods (SCAMs): science and the politics of doubt. *Sociology Inquiry* 2008; 78(1): 2-38.
84. Craye M, Funtowicz S, van der Sluijs JP. A reflexive approach to dealing with uncertainties in environmental health risk science and policy. *International Journal Risk Assessment and Management* 2005; 5(2/3/4): 216-36.

85. Michaels D. Manufactured Uncertainty Protecting Public Health in the Age of the Protection of the Public's Health and Environment. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006; 1076: 149-62.
86. Ashford NA. The legacy of the Precautionary Principle in US law: the rise of cost benefit analysis and risk assessment as undermining factors in health, safety and environmental protection. In Sadeleer N (org) *Implementation the Precautionary Principle: approaches from the nordic countries, the EU and the United States*. Londres: Earthscan; 2007
87. Funtowicz S, Ravetz J. Post-Normal Science. *Internet Encyclopaedia of Ecological Economics*. International Society for Ecological Economics. 2003. <http://www.ecoeco.org/pdf/pstnormsc.pdf> (acessado em 10/Jan/2012)
88. Vecchione E. Science for the Environment: examining the allocation of the burden of uncertainty. *European Journal of Risk Regulation* 2011; 2: 227-39.
89. Luján JL, Cerezo AL. De la promoción a la regulación. El conocimiento científico en las políticas públicas de ciencia y tecnología. In Luján JL, Echeverría J. *Gobernar los riesgos. Ciencia y valores en la sociedad del riesgo*. Madrid: Editora Biblioteca Nueva/Organización de Estados Iberoamericanos; 2004, 75-98.
90. Graham H. Where Is the Future in Public Health? *The Milbank Quarterly* 2010; 88 (2): 149-68.
- 91 Ceccarelli L. Manufactured scientific controversy: science, rhetoric, and public debate. *Rhetoric & Public Affairs* 2011; 14(2):195-228
92. Gertner A. Science of uncertainty: making cases for drug incorporation in Brazil. *Anthropological Quaterly* 2010; 83(1): 97-122.
93. Schwartzman R, Ross DG, Berube DM. Rhetoric and Risk. *Poroi* 2011; 7(1): article 9. <http://ir.uiowa.edu/poroi/vol7/iss1/9/> (acessado em 26/Set/2011)
94. Bechmann G. Riesgo y sociedad post-moderna. In Luján JL, Echeverría J. *Gobernar los riesgos. Ciencia y valores en la sociedad del riesgo*. Madrid: Editora Biblioteca Nueva/Organización de Estados Iberoamericanos; 2004, p. 17-34.
95. Parthasarathy S. Breaking the expertise barrier: understanding activist strategies in science and technology policy domains. *Science and Public Policy* 2010; 37(5): 355-67

96. Camargo Júnior KR. Public health and the knowledge industry. *Revista de Saúde Pública* 2009; 43(6): 1078-83.
97. Miguelote VRS, Camargo Júnior KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44(1): 190-6.
98. Pereira AG, Funtowicz. Introduction. In Pereira AG, Funtowicz S (org) *Science for Policy: new challenges, new opportunities*. Nova Delhi: Oxford University Press; 2009, 1-12.
99. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1998. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_01.pdf (acessado em 09/Jul/2012)
100. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1998. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_02.pdf (acessado em 09/Jul/2012)
101. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1998. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_03.pdf (acessado em 09/Jul/2012)
102. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quarta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1999. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_04.pdf (acessado em 09/Jul/2012)
103. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1999. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_05.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

104. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1999. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_06.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

105. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1999. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_07.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

106. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1999. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_08.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

107. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 1999. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_09.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

108. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2000. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_10.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

109. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2000. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_11.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

110. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2000.

http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_12.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

111. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2000.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_13.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

112. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Quarta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2000.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_14.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

113. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2000.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_15.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

114. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_16.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

115. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_17.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

116. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_18.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

117. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Décima Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_19.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

118. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_20.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

119. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_21.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

120. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_22.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

121. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2001. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_23.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

122. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Quarta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_24.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

123. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.

http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_25.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

124. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_26.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

125. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_27.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

126. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_28.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

127. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Vigésima Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_29.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

128. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_30.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

129. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2002.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_31.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

130. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2003.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_32.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

131. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2004.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_33.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

132. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Quarta da Câmara de Saúde Suplementar, 2004.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_34.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

133. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2004.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_35.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

134. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2004.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_36.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

135. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2005.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_37.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

136. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2005.

http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_38.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

137. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Trigésima Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2005.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_39.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

138. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2005.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_40.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

139. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2005.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_41.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

140. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2006.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_42.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

141. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2006.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_43.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

142. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Quarta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2006.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_44.pdf
(acessado em 09/Jul/2012)

143. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2006. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_45.pdf (acessado em 09/Jul/2012)

144. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2007. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_046.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

145. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2007. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_47.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

146. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2007. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_48.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

147. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quadragésima Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2007. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_49.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

148. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_50.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

149. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008.

http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_51.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

150. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_52.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

151. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_53.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

152. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Quarta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_54.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

153. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_55.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

154. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2009.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_56.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

155. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2009.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_57.pdf
(acessado em 10/Jul/2012)

156. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2009. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_58.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

157. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Quinquagésima Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2009. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_59.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

158. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_60.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

159. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Primeira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2008. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_61.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

160. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Segunda Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2010. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_62.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

161. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Terceira Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2010. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_63.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

162. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Quarta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2010. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_64.pdf (acessado em 10/Jul/2012)

163. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2010. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_65.pdf (acessado em 10/Jul/2012)
164. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Sexta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2011. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_66.pdf (acessado em 10/Jul/2012)
165. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Sétima Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2011. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_67.pdf (acessado em 10/Jul/2012)
166. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Oitava Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2011. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20120116_css_ata_68.pdf (acessado em 10/Jul/2012)
167. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da Sexagésima Nona Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 2011. http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20120116_css_ata_68.pdf (acessado em 10/Jul/2012)
168. Ravetz J. Paradoxos e o futuro da segurança na economia global do conhecimento. *Interfacehs* 2006, 2(5): 1-26.
169. Waizbort L. *As aventuras de Georg Simmel*. São Paulo: Editora 34, 2000.
170. 45. Hansson SO. Science and Pseudo-Science. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2008. <http://plato.stanford.edu/entries/pseudo-science/> (acessado em 03/Jan/ 2012).

171. Luján JL, Todt O. Precaution: a taxonomy. *Social Studies of Science* 2012, 42 (1): 143-57.
172. Lekka-Kowalik A. Why science cannot value free: understanding the rationality and responsibility of science. *Science and Engineering Ethics* 2010, 16(1):33-41
173. Douguet JM, O'Connor M, Petersen A, Janssen, PHM, van der Sluijs, J. Uncertainty assessment in a deliberative perspective. In Pereira AG, Funtowicz, S. (org) *Science for Policy: new challenges, new opportunities*. Nova Delhi: Oxford University Press; 2009, 15-47
174. Brasil, Ministério da Saúde, ANS. Glossário temático: saúde suplementar- 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf (acessado em 03/Jan/2013)
175. van den Hove. Between consensus and compromise: acknowledging the negotiation dimension in participatory approaches. *Land Use Policy* 2006, 23(1):10-18.
176. Jasanoff S. Transparency in public science: purposes, reasons and limits. *Law and Contemporary Problems* 2006, 69:21-45.
177. Martins PH. A Sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. In Martins PH, Campos, RBC. (org.) *Polifonia do Dom*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.
178. Pinell P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010
179. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 139 de 24 de dezembro de 2006.
180. 179. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa DIGES 11 de 20 de dezembro de 2011.

181. Cuppen E. Diversity and constructive conflict in stakeholder dialogue: considerations for design and methods. *Policy Sciences* 2012, 45(1): 23-46.
182. Almeida Filho N. Epidemiologia e modelos de complexidade: perspectivas metodológicas. In Almeida Filho N, Barreto ML. (org.) *Epidemiologia & saúde: fundamentos métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 291-306.
183. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documento de referência. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Indicadores_de_qualidade/texto_base_aval_des_idss_20090811.pdf (acessado em 10/Set/2012)
184. Ziegler R, Ott K. The quality of sustainability science: a philosophical perspective. *Sustainability: Science, Practice, Policy*, 2011, 7(1):31-44.
185. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agenda Regulatória. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria> (acessado em 01/Out/2012)
186. Kloprogee P, van der Sluijs J, Petersen A. A method for the analysis of assumptions in model-based environmental assessments. *Environmental Modelling & Software* 2011, 26(3) 289–301.
187. Craye M, Laes E, van der Sluijs J. Re-negotiating the role of external cost calculations in the belgian nuclear and sustainable energy debate. In Pereira AG, Funtowicz S (org) *Science for Policy: new challenges, new opportunities*. Nova Delhi: Oxford University Press; 2009, 272-90.
188. Chazel F. Poder. In Boudon R(org). *Tratado de Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1995, 213- 45.
189. Mattos PTL. The regulatory reform in Brazil. New regulatory decision-making and accountability mechanisms. Institute for International Law and Justice, 2007. Disponível em: www.iilj.org (acessado em 15/Fev/2011).
190. Sousa Santos, B. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez, 2010.
191. Delborne JA. Transgenes and transgressions: scientific dissent as heterogeneous practice. *Social Studies of Science* 2008, 38(4):509-41.
192. Simmel G. Conflito e estrutura de grupo. In: Moraes Filho E. (org.). *Georg Simmel*. São Paulo: Ática, 1983, 150-64.
193. Natércia F. Entrevista de Jacques Rancière . Em nome do dissenso, filósofo francês redefine termos e conceitos na arte e na política. *Ciência e Cultura* 2005, 57(4):16

194. van der Sluijs J, van Est R, Riphagen M. Beyond consensus: reflections from a democratic perspective on the interaction between climate politics and science. *Current Opinion in Environmental Sustainability* 2010, 2(5-6): 409-15
195. Martin B, Martin FPS. *Mobbing*, los que denunciam irregularidades y la anulación de la disidencia/descontento con problemas médicos-sociales. *Medicina Social* 2011, 6(4):268-75.
196. Cleary T. La ciencia que no se realiza y los puntos ciegos en la investigación de tratamientos médico. *Medicina Social* 2011, 6(4):308-15.
197. Oliva A. *Filosofia da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
198. Castiel LD. Conflitos, interesses e alegorias: o caso SB Brasil 2003. *Cadernos de Saúde Pública* 2010, 26(4):660-2.
199. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ressarcimento ao SUS. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus> (acessado em 31/Out/2012)
200. Hansson SO. Philosophical problems in cost-benefit analysis. *Economics and Philosophy* 2007, 23(2):163-83.
201. Shapiro SA, Schroeder CH. Beyond cost-benefit analysis: a pragmatic reorientation. *Harvard Environmental Law Review* 2008, 31: 434-502.
202. Strand R. Complexity, ideology and governance. *Emergence* 2002, 4(1/2):164-83
203. Clavería MAZ. La participación pública como condición democrática del Principio de Precaución. Trabalho apresentado nas IX Jornadas Latinoamericanas de Estudios Sociales de la Ciencia e de la Tecnología, México DF, México, 2012.
204. Carvalho FJC. Inovação financeira e regulação prudencial: da regulação de liquidez aos acordos de Basileia. In Sobreira R.(org). *Regulação Financeira e Bancária*. São Paulo: Editora Atlas, 2005, 121-37.
205. Hansson SO. Values in pure and applied science. *Foundations of Science* 2007, 12 (3):257-68.
206. Keough K. The Third Amyot Lecture. How science informs the decisions of government. *Revue Canadienne de Santé Publique* 2002, 93(2):104-8
207. Amed H, Naik G, Willoughby H, Edwards AGK. Communicating risk. *BMJ*, 2012, 344:40-4.

208. Alaszewski A, Brown, P. Making health policy: A critical introduction. Cambridge: Polity Press, 2011.
209. Politi, MC, Clark, MA, Ombao H, Dizon, D, Elwyn, G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expectations*, 2011, 14 (1): 84-91.
210. Martinez JM. Managing scientific uncertainty in medical decision making: the case of the advisory committee on immunization practices. *Journal of Medicine and Philosophy* 2012, 37(1): 6-27.
211. Halpern, BS, Regan HM, Possingham HP, McCarthy MA. Rejoinder: uncertainty and decision making. *Ecology Letters* 2006, 9(1):13-4.
212. Gee D. Establishing evidence for early action: the prevention of reproductive and developmental harm. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 2008, 102 (2):257-66.
213. Boswell C. Knowledge, legitimation and the politics of risk: the functions of research in public debates on migration. *Political Studies* 2009, 57(1):165-86.
214. Hintikka J. Omitting data – ethical or strategic problem? *Synthese* 2005, 145(2):169-76.
215. Reiss DR. The benefits of capture. *Wake Forest Law Review* 2012, 47(2). Disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1904023. (acessado em 01/Nov/2012)..
216. Tabuteau D. La décision en santé. *Santé Publique* 2008, 20(4):297-312.
217. Cranor CF. Conocimiento experto y políticas públicas en las sociedades tecnológicas. En busca del apoyo científico apropiado para la protección de la salud pública. In Luján JL, Echeverría J. *Gobernar los riesgos. Ciencia y valores en la sociedad del riesgo*. Madrid: OEI-Biblioteca Nueva, 2004, 99-141.
- 218 Hill AB. The environment and disease. Association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1965, 58(5): 295-300.
219. Hallers-Tjabbes CC, Gee, D, Vaz, SG. Precaution as an invigorating context for scientific input in policy processes. In Pereira AG, Vaz, SF, Tognetti S.(org). *Interfaces between Science and Society*. Sheffield: Greenleaf Publishing Limited, 2006, 118-35.
220. Vasconcellos-Silva P, Castiel LD. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. *Revista de Saúde Pública* 2005, 39(3): 498-506

221. Akrich M. From communities of practice to epistemic communities: health mobilizations on the Internet. *Sociological Research* 2010, 15(2). Disponível em <http://www.socresonline.org.uk/15/2/10.html> (acessado em 08/Dez/2013)
222. Munda G. Métodos y Procesos Multicriterio para la Evaluación Social de las Políticas Públicas. *Revista Iberoamericana de Economía Ecológica* 2004, 1:31-45.
223. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Quem Somos. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos>. (acessado em 01/Nov/2012).
224. Watkins DC. Qualitative research: the importance of conducting research that doesn't "count". *Health Promotion Practice* 2012, 13(2): 153-8.
225. Jahanbegloo R. *Elogio de la diversidad*. Barcelona: Arcadia, 2007.
226. Tamayo. RP. Discurso de ingreso a la Academia Mexicana de la Lengua, 23 de abril de 1987. México: UNAM, 2010.