



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

***O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTINGÊNCIAS E
METACONTINGÊNCIAS NAS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE***

André Luiz de Almeida Martins

Brasília – DF, julho de 2009



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Pós-graduação em Ciências do Comportamento

***O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTINGÊNCIAS E
METACONTINGÊNCIAS NAS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE.***

André Luiz de Almeida Martins

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade de Brasília, como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências do Comportamento.

Orientadora: Professora Dra. Laércia Abreu Vasconcelos

Brasília – DF, julho de 2009

**ESTA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO FOI EXAMINADA E
APROVADA PELA SEGUINTE COMISSÃO
EXAMINADORA:**

Professora Dra. Laércia Abreu Vasconcelos – Presidenta.
Universidade de Brasília – UNB.

Professor João Cláudio Todorov, PhD – Membro Efetivo.
Universidade Católica de Goiás – UCG.
Ex-reitor da Universidade de Brasília – UNB.

Professor Lincoln da Silva Gimenes, PhD – Membro Efetivo.
Universidade de Brasília – UNB.
Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT

Professor Doutor Marcelo Frota Benvenutti – Membro Suplente.
Universidade de Brasília – UNB.

(sobre o capitalismo) “... Que adversário imaginável no horizonte? Que adversário? Esse imenso cortejo das partes civis do processo. Os mortos e os vivos. A multidão sem número daqueles que foram deportados da África para as Américas, esmagados nas trincheiras de uma guerra imbecil, assados vivos pelo napalm, torturados até a morte nos calabouços dos cães de guarda do capitalismo, fuzilados no Muro dos Federados, fuzilados em Fournies, fuzilados em Sétif, massacrados às centenas de milhares na Indonésia, praticamente erradicados tal como os índios da América, assassinados em massa na China para assegurar a livre circulação do ópio... De todos estes, as mãos dos vivos receberam a chama da revolta do homem negado na sua dignidade. Mãos em breve inertes dessas crianças do Terceiro Mundo que a má nutrição, diariamente, mata às dezenas de milhares; mãos descarnadas dos povos condenados a reembolsar os juros de uma dívida que os seus dirigentes-marionetes roubaram, mãos trêmulas dos excluídos cada vez mais numerosos acampando nas margens da opulência... Mãos de uma trágica fragilidade e no momento desunidas. Mas elas não podem deixar de voltar a se unir um dia. E, nesse dia, a chama que elas transportam incendiará o mundo.

Gilles Perrault (1995/1999, pp. 12 e 13)

Dedico este trabalho a todos os usuários do SUS, na esperança de que o Brasil execute políticas econômicas e sociais com vistas ao pleno desenvolvimento individual, comunitário e sociocultural do seu povo.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a Deus, essa energia misteriosa que liga tudo e todos no universo, traduzindo-se em fonte de fé e esperança à vida humana.

Agradecimento aos meus pais (Zélia e Enoch), irmãos (Paula e Marcelo), primos (Alexandre, Renata, Izabelle e Giovanna), tios, avós (*in memoriam*) e demais parentes que não foram citados, pela atenção, diversão e parceria ao longo de todos esses anos de vida.

Agradecimento aos meus amigos Carol Silva, Éverton Souza, Luciana Aguiar, Márcio Dias, Musa, Renato Lisboa e Vital Alves, pelo incentivo e pela alegria da convivência. Vocês são grandes amigos!

Agradecimento à professora Dra. Laércia Abreu Vasconcelos, minha orientadora, exemplo de cientista, educadora e ser humano, pelo esforço e apoio constantes para que eu terminasse o mestrado. Muito obrigado!

Agradecimento aos professores doutores Lincoln da Silva Gimenes, João Cláudio Todorov e Marcelo Frota Benvenuti, por terem gentilmente aceitado o convite para participarem da minha banca examinadora e, sobretudo, pelo exemplo positivo de cientistas e cidadãos, no sentido de utilizarem a ciência e a universidade como caminhos democráticos para a melhoria das condições de vida do povo brasileiro.

Agradecimento especial ao professor doutor João Cláudio Todorov, pelo incentivo à pesquisa científica e por ter permitido que eu participasse de algumas pesquisas que envolveram a análise do ECA a partir do conceito de metacontingência. Sem dúvida, essa valiosa experiência acadêmica contribuiu para que eu desenvolvesse posteriormente este estudo sobre as Leis Orgânicas da Saúde – LOS.

Agradecimento aos colegas e pesquisadores do grupo de pesquisa (Ana Rita Naves, Beatriz Dupré, Clarissa Nogueira, Camila, Cristiane Fonseca, Dyego Costa, Elayne Esmeraldo, Fábio Baia, Letícia Faria, Lucas, Nayla e Thaís Andreozzi), pela agradável convivência e pelo profícuo aprendizado ao longo desse período do mestrado.

Agradecimento aos demais professores do Instituto de Psicologia da UNB e à Joyce Novaes Rego, pela competência profissional e presteza em ajudar os alunos a resolverem seus problemas acadêmico-burocráticos.

Agradecimento ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/Ministério da Saúde, por ter sido minha escola de saúde pública de 1998 a 2009. Por fim, à Laís, por me ajudar a crer na vida.

Martins, A. L. A., **O Sistema Único de Saúde: Contingências e Metacontingências nas Leis Orgânicas da Saúde.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento. Universidade de Brasília.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde – SUS é a maior política pública de inclusão social em execução no Brasil. Trata-se de um projeto civilizatório, cooperativo e racional, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde do povo brasileiro. Instituído pela Constituição de 1988, o SUS foi regulamentado por duas leis ordinárias, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde – LOS – que se conformam com os objetos deste estudo, cujos objetivos envolvem: (1) a análise funcional das LOS utilizando como instrumento a contingência de reforço; (2) a descrição das metacontingências enunciadas no texto legal; e (3) o registro dos valores sociais presentes na norma jurídica. O método é descritivo e consiste na replicação sistemática do procedimento adotado por Todorov e cols. (2004) no estudo do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. O resultado apontou que 70,8% das contingências são incompletas, enquanto que 29,2% são completas e versam exclusivamente sobre o controle da verba estatal destinada à saúde pública brasileira. Esse resultado evidencia a incompletude das relações comportamentais no SUS, a qual pode estar correlacionada ao precário processo de planejamento, monitoramento, avaliação e controle das políticas públicas de saúde no Brasil. Por fim, discute-se o planejamento cultural no âmbito público-sanitário, a partir do modelo construcional de Goldiamond e do conceito skinneriano de quarto poder, os quais são úteis ao desenvolvimento de metacontingências de contracontrole ao sistema neoliberal, em busca da efetivação dos direitos sociais no Brasil.

Palavras – chave: Sistema Único de Saúde (SUS), Leis Orgânicas da Saúde (LOS), metacontingência, valores e planejamento cultural.

ABSTRACT

The Unified Health System - SUS is the largest public policy of social inclusion implemented in Brazil. It is a civilizing, cooperative and rational project that aimed to promote, protect and repair the Brazilian population's health. Established by the Constitution of 1988, the SUS was regulated by two laws, called Organic Laws of Health - LOS – which are in compliance with the objects of this study, whose objectives are: (1) a functional analysis of the LOS; (2) a description of metacontingencies described in the legal text, and (3) the record of social values in the law. The method is descriptive and involves the systematic replication of the procedure adopted by Todorov et al. (2004) in the study of the Statute of the Child and Adolescent - ECA. The result showed that 70,8% of contingencies are incomplete, while 29,2% is complete and regards exclusively to the control of the state budget for the Brazilian public health. This result records the incompleteness of behavioral relationships in the SUS, which may be related to poor planning, monitoring, evaluation and control of public health policies in Brazil. Finally, it discusses the cultural planning in the public-health, from the constructional model of Goldiamond and the skinnerian concept of the fourth state, which are useful for the development of metacontingencies of countercontrol to the neoliberal system, in order to accomplish the social rights in Brazil.

Key - words: Unified Health System (SUS), Organic Law of Health (LOS), metacontingency, values and cultural planning.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE TABELAS.....	ix
APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO.....	2
Saúde pública no Brasil: Síntese histórica até a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.....	2
Comportamento, sociedade e cultura.....	8
Análise comportamental das Leis.....	18
Leis, ética e planejamento cultural.....	21
MÉTODO.....	24
Objeto de estudo.....	24
Instrumento.....	32
Procedimentos.....	33
RESULTADOS.....	36
DISCUSSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ilustração do SUS a partir do conceito de metacontingência.....	16
Figura 2. Ilustração do conceito de macrocontingência.....	18
Figura 3. Descrição das contingências comportamentais entrelaçadas envolvendo o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a sociedade civil, na efetivação do parto acompanhado no SUS.....	34
Figura 4. Alguns valores sociais do SUS. As conseqüências culturais positivas, obtidas a partir da resolubilidade dos culturantes envolvidos na construção coletiva do SUS, são fundamentais à caracterização dos valores do SUS. Em suma, valores não são “posses”, mas sim julgamentos morais contingentes às conseqüências do comportamento humano.....	35
Figura 5. Percentual de contingências completas e incompletas nas LOS.....	37
Figura 6. Descrição de uma metacontingência nas LOS, com destaque para o comportamento dos membros de vários setores do Ministério da Saúde (MS), como a Secretaria Executiva (SE), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) E O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), na administração e fiscalização das verbas públicas federais destinadas ao SUS, de modo a garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde.....	39
Figura 7. Ilustração de uma metacontingência inexistente nas LOS. O art. 32 inciso I da Lei Nº 8.080/90 foi vetado por se referir a <i>valores obtidos na forma do parágrafo único do art. 243 da Constituição Federal</i> , a saber: “Todo e qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins será confiscado e reverterá em benefício de instituições e pessoal especializados no tratamento e recuperação de viciados e no aparelhamento e custeio de atividades de fiscalização, controle, prevenção e repressão do crime de tráfico dessas substâncias” (Brasil, 1988).....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Síntese do Título I das LOS.....	26
Tabela 2. Síntese do Título II das LOS.....	28
Tabela 3. Síntese do Título III das LOS.....	29
Tabela 4. Síntese do Título IV das LOS.....	30
Tabela 5. Síntese do Título V das LOS.....	31
Tabela 6. Síntese da Lei Nº 8.142/90.....	32
Tabela 7. Descrição das contingências individuais presentes nas LOS.....	38
Tabela 8. Sistemas e Entidades Culturais do SUS enunciados nas LOS.....	41
Tabela 9. Consequências Culturais e Valores do SUS nas LOS.....	43

Este trabalho analisa a construção político-social do Sistema Único de Saúde – SUS, sintetizada juridicamente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, a partir do referencial teórico da Análise do Comportamento, aqui compreendida como a ciência do comportamento cuja filosofia é o behaviorismo radical proposto por B. F. Skinner (Skinner, 1953/1978; Todorov, 1982; Brasil, 1988, 2007).

No plano histórico, fatos marcantes do movimento pela reforma sanitária foram registrados a fim de descrever o contexto ambiental no qual atores sociais, de diferentes classes sociais, profissões, ideologias e partidos políticos, uniram-se para reivindicar a redemocratização do Estado brasileiro que, no campo sanitário, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (Rodríguez Neto, 2003; Gerschman, 2004). Outra fonte de consulta sobre o assunto consiste no documentário “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde¹” (Brasil, s.d.), o qual retrata a história republicana da saúde pública brasileira.

No campo da Análise do Comportamento, a ênfase recairá sobre a aplicação do modelo causal da seleção por conseqüências à interpretação de fenômenos socioculturais; neste caso, a descrição das relações comportamentais individuais e culturais presentes nas LOS. Para isso, o registro da evolução dos conceitos nessa ciência do homem se faz necessária para a compreensão do trabalho, cuja variação estende-se do operante (Todorov, 2002) ao culturante (Glenn, comunicação pessoal, 06 de junho de 2008²), além da análise do comportamento ético que envolve qualquer produção humana sobre o meio ambiente (Skinner, 1971/1983; Abib, 2001; Boff, 2003; Dittrich, 2004).

¹ O documentário está disponível para download gratuito neste link do sítio do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232.

² Comunicação proferida no *Think Thank* realizado no Instituto de Ensino Superior de Brasília – IESB, com a participação de pesquisadores vinculados ao IESB, UnB, PUC-SP e UFPA.

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: SÍNTESE HISTÓRICA ATÉ A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A partir dessa breve apresentação, inicia-se esta introdução com o registro de que a saúde pública no Brasil teve origem no período imperial da sua história, com a vinda da família real portuguesa (1808) e a necessidade de saneamento da cidade do Rio de Janeiro, como forma de o Estado combater as doenças infecciosas que assolavam a população, bem como melhorar a imagem brasileira na Europa, associada historicamente com a barbárie e a insalubridade. Com a proclamação da República (1889), o capitalismo e o positivismo passaram a orientar as relações comportamentais de ordem social no Brasil, com a justificativa de modernizar o país, a partir da industrialização, e melhorar as condições de vida do povo, marcadas pela miséria, analfabetismo e doenças, conforme ilustra o personagem Jeca Tatu, do escritor paulista Monteiro Lobato (Filho, 1998).

Mendes (1996) descreveu três modelos de atenção à saúde no período republicano brasileiro, a saber: 1) sanitaria campanhista; 2) médico assistencial privatista; e 3) plural, democrático, representado pelo SUS. O modelo sanitaria campanhista, fundamentado na teoria higienista, orientou a atuação pública do Estado brasileiro até 1965, com a realização de campanhas sanitárias de limpeza urbana e vacinação. Na Primeira República, essa modalidade de intervenção sanitária culminou na revolta da vacina, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904, como contracontrole à política de vacinação compulsória contra a varíola (Filho, 1998; Escorel, 2000). O modelo médico assistencial privatista desenvolveu-se com a industrialização e a unificação da previdência social no Brasil, a partir da segunda metade do século XX, seguindo a orientação capitalista de que a saúde do trabalhador era indispensável ao objetivo principal da atividade produtiva: o lucro

empresarial (Filho, 1998). Por fim, o modelo plural, construído paralelamente ao movimento pela redemocratização política do Brasil, advogava a garantia do direito à saúde a todos os brasileiros (Filho, 1998; Gerschman, 2004; Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

A década de 1970 representou o auge do modelo médico assistencial privatista na gestão público-sanitária brasileira. Ademais, a criação do Sistema Nacional de Previdência Social – SINPAS (1977) reuniu o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, sob o controle do Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social – IAPAS, como tentativa governamental de tornar eficiente o sistema previdenciário brasileiro (Brasil, s.d.). Entretanto, no campo sanitário prevaleceu a separação entre o campo da saúde coletiva, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e da saúde curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, conforme a Lei Nº 6.229, de 17 de julho de 1975 (Mercadante e cols., 2002).

Nesta época, o INAMPS manteve o modelo médico-assistencial privatista para garantir a assistência médica aos contribuintes da previdência social. Este modelo está fundamentado na doutrina biomédica³ de saúde, a qual se caracteriza pela valorização da assistência médica individual, “hospitalocêntrica” e consumidora de medicamentos, insumos e equipamentos para a reabilitação da saúde (Mendes, 1996). Além disso, houve nesse período a privatização da rede pública de atenção à saúde e os convênios firmados com a iniciativa privada para a efetivação do atendimento médico aos usuários do INAMPS previam o pagamento por unidades de

³ Modelo positivista tradicional da Medicina, que propõe a explicação do processo saúde-doença a partir de uma concepção mecanicista, reducionista e biologicista do ser humano.

serviço, o que potencializou a corrupção nesse setor da sociedade brasileira (Filho, 1998).

Entretanto, as crises política (e.g., governo militar), econômica (e.g., fim do período de grande crescimento da economia brasileira) e social (e.g., mazelas sociais) vivenciadas pelo povo brasileiro a partir da segunda metade da década de 1970 permitiram o avanço do movimento pela reforma sanitária, cujos integrantes pleiteavam a instauração de um sistema universal de saúde, com o reconhecimento de que sua efetivação dependia da organização social, política e produtiva do país (Filho, 1998; Mercadante e cols., 2002; Gerschman, 2004; Escorel, Nascimento & Edler, 2005). A Organização Mundial de Saúde – OMS recomendou a construção dessa modalidade de sistema de saúde na Carta de Alma-Ata (Brasil, 2002).

Escorel, Nascimento e Edler (2005) estabeleceram o ano de 1967 como o marco da reforma sanitária, a partir da discussão de um novo sistema de saúde para o Brasil nos Departamentos de Medicina Preventiva – DMP – vinculados às universidades brasileiras. Por sua vez, Rodriguez Neto (2003) elegeu o ano de 1976 como o marco histórico do referido movimento político-social, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Em 1979, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. O CEBES e a ABRASCO constituíram-se em duas entidades culturais da sociedade civil com atuação ativa na crítica à inadequação do INAMPS como modelo de saúde pública para o Brasil e, principalmente, na construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 1979, ocorreu o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde na Câmara dos Deputados, o qual gerou um documento histórico do CEBES: “A questão democrática na área da saúde”. Das 10 propostas contidas no documento, a principal reivindicava a criação de um sistema único de saúde. Entretanto, o SUS ideal,

contido no documento, não foi efetivado (Rodriguez Neto, 2003). No seu lugar, o governo federal adotou experiências “racionalizadoras” ao longo da década de 1980, como estratégia institucional para lidar com a crise econômico-social do país, além de iniciar o processo de rompimento com a centralização político-administrativa que caracterizou historicamente os governos imperial e republicano brasileiros (Mercadante e cols., 2002).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual o projeto do SUS foi discutido, aprovado e levado à Constituinte de 1987. Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que descentralizou rapidamente o sistema para as Secretarias Estaduais de Saúde, rompendo-se formalmente com a histórica centralização político-administrativa no governo federal (Mercadante e cols., 2002).

A Constituição Federal foi promulgada no dia 05 de outubro de 1988, como um contrato político-social de transformar o Brasil em um Estado Democrático de Direito, com destaque para a afirmação e, sobretudo, a garantia dos direitos sociais (art. 6º da Constituição Federal de 1988). A saúde foi registrada na referida Carta Magna, sob a caracterização de direito social, como mecanismo jurídico-social de proteção da vida e dignidade do povo brasileiro (Brasil, 1988).

Ainda no contexto da Carta Magna de 1988, a saúde foi inserida na Seção da Seguridade Social (art. 194 da CF/1988) e definida no art. 196 como um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas com vistas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No art. 197, há a afirmação da saúde como bem público e, no artigo seguinte, foram registradas as diretrizes do SUS: 1) **descentralização**, com direção única em cada

esfera de governo; 2) **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e 3) **participação da comunidade**. Ademais, o Parágrafo Único do art. 197 normatiza o financiamento do SUS, o qual foi modificado pela Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000, ainda sem a devida regulamentação por meio de Lei Complementar. No art. 199, as regras descrevem claramente o papel complementar da iniciativa privada no SUS e, no art. 200 (incisos de I a VIII), foram especificados os objetivos sociais a serem alcançados com a implantação desse sistema universal de saúde (Brasil, 1988).

No início da década de 1990, duas leis ordinárias foram promulgadas para operacionalizar, no âmbito do Poder Executivo, o mandato constitucional de Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, a saber: Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essas normas sociais, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde – LOS – apresentam regras para orientar o comportamento dos atores sociais do SUS na organização, planejamento, execução e monitoramento dos serviços de saúde federais, estaduais e municipais (Brasil, 2007).

Nas palavras de Mercadante e cols. (2002):

“Uma análise geral da Lei nº. 8.080 é suficiente para detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia.” (p. 250)

A implantação do SUS, com base na legislação supracitada, provocou mudanças positivas na estrutura e organização do Estado brasileiro, apesar das limitações políticas, econômicas e sociais impostas pelos governos neoliberais que administraram o Brasil a partir da última década do século XX (Noronha & Soares, 2001; Santos, 2007).

“No âmbito da reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e o controle social. Como consequência, ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados nos quais os representantes dos usuários ocupam 50 % dos assentos. Foram instituídos os Fundos de Saúde substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos Estados, e a Tripartite (CIT), no nível federal, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais.” (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2005).

Cabe registrar que o SUS é um projeto cooperativo (Campos, 2007) e civilizatório (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2005), pois o conceito ampliado de saúde⁴ que fundamenta política e cientificamente propõe a análise do campo sanitário pela via sociocultural, por meio de políticas públicas democráticas e intersetoriais (Campos, 2007; Santos, 2008). A Lei Nº 8.080/90 registra no art. 3º que “os níveis de saúde da população exprimem a organização social e econômica de um país.” (Brasil, 2007).

Portanto, o SUS⁵ é uma conquista da sociedade brasileira. É o maior projeto de inclusão social do Brasil, já que atualmente mais de 70% da sua população depende exclusivamente das ações e serviços públicos de saúde. As ações sanitárias representam até 8 % do produto interno bruto brasileiro e cerca de 10 % dos postos formais de trabalho desse país são preenchidos no âmbito da saúde. O pacto federativo é democrático e participativo, o qual já serviu de modelo para outros setores da sociedade (e.g., assistência social – SUAS; segurança pública – SUSP) e países sul-americanos. Portanto, o SUS não representa apenas um modelo de

⁴ A definição de Schall e Struchiner (1999) retrata a complexidade do conceito ampliado de saúde. Para as autoras, a saúde é um “... estado positivo e dinâmico em busca de bem-estar, que integra os aspectos **físico e mental** (ausência de doença), **ambiental** (ajustamento ao ambiente), **pessoal/emocional** (auto-realização pessoal e afetiva) e **sócio-ecológico** (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza)” (p. S4).

⁵ Dados Epidemiológicos do SUS podem ser consultados nos sítios do Ministério da Saúde: www.datasus.gov.br; www.sus20anos.com.br; www.saude.gov.br.

proteção social, mas também uma fonte de desenvolvimento econômico e industrial para o Brasil (Fórum da Reforma Sanitária, 2005; Brasil, 2008; Santos 2008).

Os aspectos utópicos do SUS, mais especificamente o ideal a ser implantado por leis justas e executado em instituições públicas verdadeiramente comprometidas com o bem-estar da coletividade, envolvem complexas mudanças nos sistemas político, econômico e sociocultural da sociedade brasileira. Portanto, a reforma sanitária não está completa. Ao contrário, a política no âmbito da saúde deverá intensificar as lutas coletivas pela efetivação dos direitos humanos capazes de garantir a sobrevivência cultural do SUS, como sistema universal de saúde (Campos, 2007), e ainda, da humanidade, em nível global, como produção coletiva do comportamento humano sobre a Terra (Boff, 2003). Em suma, segundo Hobsbawm (1995/2000):

“O futuro não pode ser uma continuação do passado, e há sinais, tanto externamente quanto internamente, de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia tecnocientífica são agora suficientemente grandes para destruir o meio ambiente, ou seja, as fundações materiais da vida humana. As próprias estruturas das sociedades humanas, incluindo mesmo algumas das fundações sociais da economia capitalista, estão na iminência de ser destruídas pela erosão do que herdamos do passado humano. Nosso mundo corre o risco de explosão e implosão. Tem de mudar.” (p. 572)

COMPORTAMENTO, SOCIEDADE E CULTURA

As desigualdades sociais, econômicas e ambientais chamam a atenção de analistas do comportamento para o estudo de práticas culturais, a partir do modelo causal da seleção por consequências, de modo a permitir a realização de intervenções culturais éticas, científicas e pragmáticas, favorecendo a sobrevivência da espécie humana (Skinner, 1953/1978; Dittrich & Abib, 2004).

O referido modelo de causalidade estabelece a determinação do comportamento por intermédio da tríade funcional, complexa e interdependente,

entre *filogenia* (comportamentos inatos fornecidos pela seleção natural das espécies), *ontogenia* (comportamentos operantes aprendidos ao longo da história de vida do indivíduo, a partir da susceptibilidade biológica ao reforçamento e via contingências de reforço) e *cultura* (práticas culturais que são transmitidas a outras pessoas da comunidade verbal por ensino e aprendizagem) (Skinner, 1981/2007). A seleção por conseqüências oferece uma estrutura conceitual única para a compreensão integral do comportamento humano (Skinner, 1981/2007; Dittrich, 2004).

No campo da filosofia da ciência, é importante ressaltar que Skinner rejeitou o mecanicismo, o mentalismo e a doutrina da tábula rasa como modelos explicativos (causais) para o comportamento. Ao contrário, o modelo da seleção por conseqüências enfatiza a determinação ambiental – probabilística – como fundamento básico para a compreensão integral do comportamento humano – público e privado – a qual é interpretada a partir do recurso metodológico da análise funcional. Ademais, essa concepção de ciência é biológica (e.g., Análise Experimental do Comportamento) e pragmática (causas eficientes, não teleológicas), além de considerar o estudo do comportamento por ele mesmo (monismo), não como mera expressão de uma subjetividade metafísica (Plazas, 2006).

O modelo de seleção por conseqüências também fundamenta o discurso de Skinner sobre ética e política (Dittrich, 2004). Essa afirmação é muito importante para a construção deste trabalho, já que o mesmo versa sobre o campo cultural de análise comportamental. Tema controverso nas ciências sociais, não há consenso entre os cientistas acerca do conceito de cultura (Laraia, 1996). Dessa forma, é pertinente evocar a assertiva skinneriana de que “a etimologia é a arqueologia do pensamento” para analisar os significados históricos da palavra cultura (Skinner, 1989/2005, p. 25).

O dicionário etimológico da língua portuguesa (Cunha, 1999) registra que o verbete cultura é de origem latina e, na acepção original, descreve o ato, efeito ou modo de cultivar. Por extensão, aproxima-se semanticamente de *civilização*, a qual é derivada do verbete *civil*, que expressa as relações dos cidadãos entre si “que não tem caráter militar nem eclesiástico, mas sim social, civilizado, cortês e polido.” Esse mesmo significado de homem instruído e civilizado aparece no verbete *culto*, cuja origem remonta à palavra alemã *Kultur* ou à expressão francesa *culture*. Ademais, o vocábulo *culto*, do qual deriva a palavra cultura, expressa também a adoração ou homenagem à divindade em qualquer de suas formas, e em qualquer religião. Por extensão, assemelha-se à palavra ritual. (p. 233)

Edward Tylor (1881, citado em Laraia, 1996) sintetiza os aspectos etimológicos da palavra cultura em sua clássica definição, na qual esse fenômeno é descrito como “o todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”. Apesar de esta conceituação ser abrangente no sentido de englobar diferentes dimensões da vida humana, é útil ao ressaltar o papel da aprendizagem na construção de repertórios comportamentais sociais. Nas palavras do antropólogo brasileiro Darcy Ribeiro (1986):

“A cultura é para mim o modo singular de um povo exercer sua humanidade: audível, na língua que fala ou na forma que canta; visível, nas coisas típicas que faz; observável, nos seus modos peculiares de conduta. Assim entendida, a cultura é atributo de xavantes e chineses.”

Ao analisar as acepções filológicas e antropológicas acerca da cultura, constata-se que todas versam sobre o comportamento humano. O comportamento operante é a matéria-prima da cultura (Dittrich, 2008b) ou o gene das ciências sociais (Glenn, 1986). Skinner (1953/1978) afirma que é sempre o indivíduo que se comporta, individual e/ou coletivamente. Assim, a Análise do Comportamento não

recorre a forças sociais ou qualquer outra metáfora para explicar a ação humana em grupo. O comportamento (verbal e não-verbal) continua a ser o objeto de estudo do analista do comportamento interessado em fenômenos sociais.

O comportamento social é definido por Skinner (1953/1978) como aquele que envolve a interação de duas pessoas, uma em relação a outra e em relação ao ambiente comum. Isso significa que outros seres humanos compõem o ambiente comportamental de um indivíduo, ora funcionando como estimulação antecedente (contexto para a emissão de comportamentos por parte de outra pessoa), ora como conseqüente (fonte de estímulos reforçadores ou punitivos contingentes ao comportamento da outra pessoa). O comportamento verbal é o exemplo clássico de comportamento social, porque a mediação de outras pessoas da comunidade verbal é fundamental para o aprendizado de uma determinada linguagem (Catania, 1998/1999). Ademais, o comportamento social também envolve o controle pelo grupo. Essa metáfora é utilizada por Skinner (1953/1978) para discutir o controle ético exercido por várias pessoas em relação a uma outra, caracterizando assim as agências controladoras, como o governo, a família, a educação, a psicoterapia, a economia e a religião.

O caráter coletivo do comportamento social contextualiza a discussão do fenômeno cultural no âmbito da Análise do Comportamento. Skinner (1953/1978, 1971/1983, 1981/2007) define cultura como as contingências de reforço mantidas por uma comunidade verbal, as quais possibilitam a construção do repertório comportamental idiossincrático do indivíduo ao longo de sua vida, a partir da sua susceptibilidade biológica ao reforçamento. Segundo Skinner (1981/2007):

“O comportamento verbal aumentou consideravelmente a importância de um terceiro tipo de seleção pelas consequências: a evolução de ambientes sociais ou culturas. O processo presumivelmente se inicia no nível do indivíduo. Uma melhor maneira de fabricar uma ferramenta, de produzir alimentos ou de ensinar a uma criança é reforçada por suas consequências – respectivamente, a ferramenta, os alimentos ou ajudante útil. A cultura evolui quando práticas que se originam dessa maneira contribuem para o sucesso de um grupo praticante em solucionar os seus problemas. É o efeito sobre o grupo e não as consequências reforçadoras para seus membros, o responsável pela evolução da cultura.” (p. 131)

A citação anterior clarifica que os efeitos ambientais das práticas culturais mantidas por grupo social são fundamentais para a sobrevivência da cultura. Glenn (1988) define prática cultural como “um conjunto de contingências de reforçamento em que o comportamento e os produtos comportamentais de cada participante funcionam como eventos ambientais com os quais os comportamentos de outros indivíduos interagem” (p. 167). Dessa forma, o comportamento operante de jogar futebol é uma prática cultural brasileira, pois sua aprendizagem envolve contingências comportamentais entrelaçadas para vários atores sociais, como pais, professores, jogadores, empresários, profissionais da mídia e o próprio aprendiz. O ambiente social valoriza essa prática ao inseri-la nas atividades escolares, interpessoais e midiáticas que fazem parte do cotidiano dos cidadãos brasileiros, cujas consequências individuais e coletivas, como o desenvolvimento físico e moral dos seus praticantes, a geração de renda, trabalho, lazer e impostos, são capazes de justificar a transmissão da referida prática cultural às gerações seguintes. Em suma:

“(...) práticas culturais são conjuntos complexos de comportamentos executados por pessoas que interagem entre si, transformando seus ambientes físico e social. Tais práticas são não apenas modeladas e mantidas pelos membros de uma cultura, mas por eles transmitidas para as gerações seguintes. Assim definidas, práticas culturais caracterizam-se por produzir efeitos que retroagem sobre a própria cultura.” (Dittrich, 2008b, p. 252).

Entretanto, ao analisar as diferentes conceituações de prática cultural, verifica-se uma lacuna explicativa quanto à unidade de análise a ser definida pelos

analistas do comportamento a fim de descrever ou explicar a variação e seleção no nível cultural (Glenn, 1985, 1986, 1988, 1989, 1991, 1993, 2003, 2003a, 2004, 2006; Houmanfar & Rodrigues, 2006). Essa área de estudo ainda necessita de respostas empíricas, mas a partir da década de 1980, sobretudo após a publicação do artigo Seleção pelas Conseqüências (Skinner, 1981/2007), cientistas comportamentais retomaram o estudo de fenômenos sociais (Ballesteros, López & Gómez, 2003), com destaque para a pesquisadora Sigrid S. Glenn (Moreira, Martone & Todorov, 2005).

Glenn (1986/2005) recupera o pensamento skinneriano e desenvolve o conceito de metacontingência para definir a unidade de seleção cultural do comportamento humano. Martone (2008) afirma que esse conceito está relacionado à busca por uma estrutura conceitual unificada para a análise do comportamento social, cujo desenvolvimento seria capaz de propiciar o planejamento cultural e, sobretudo, a mudança social. Nas palavras de Glenn (1986/2005):

“a metacontingência é a unidade de análise que descreve a relação funcional entre uma classe de operantes, cada operante possuindo sua própria conseqüência imediata e única, e uma conseqüência a longo prazo, comum a todos os operantes que pertencem à metacontingência.” (p. 14)

O conceito de metacontingência foi revisado desde sua concepção inicial (Martone, 2008). Glenn (1988) discute o efeito agregado das contingências entrelaçadas e salienta que os mesmos são empíricos e mensuráveis – não apenas de ocorrência longa no tempo – além de enfatizar o caráter dinâmico (e.g., variabilidade) do fenômeno comportamental em discussão, que permite a modificação ou estabilização do entrelaçamento comportamental a partir de seus efeitos coletivos sobre o ambiente social.

A prática cultural brasileira de vacinar as crianças menores de cinco anos contra a poliomielite, nas duas campanhas anuais promovidas pelo Ministério da Saúde, pode ilustrar essa variação do conceito de metacontingência. O poder público

programa contingências comportamentais entrelaçadas, em forma de regras, para entidades culturais e atores sociais brasileiros, cujo trabalho conjunto permite a produção agregada da quantidade ou porcentagem de crianças vacinadas em todo o país, cuja mensuração ocorre por meio da epidemiologia. O resultado desse trabalho pode determinar a estabilidade ou modificação das referidas contingências sociais visando o aumento da resolutividade da campanha sanitária supracitada.

Por sua vez, Glenn e Mallot (2004/2005) redefinem a metacontingência ao estudarem empresas privadas. Para as pesquisadoras, nas organizações, “as metacontingências têm três elementos: as contingências comportamentais entrelaçadas, um produto agregado e um sistema receptor. O sistema receptor é o recipiente do produto agregado e funciona como o ambiente selecionador das contingências comportamentais entrelaçadas.” (p. 100)

Como exemplo hipotético, assume-se que uma empresa produtora de automóveis deverá organizar sua linha de produção a partir de contingências comportamentais entrelaçadas que envolvam o comportamento de diretores, engenheiros, *designers*, publicitários, vendedores e demais trabalhadores da organização – diretos e indiretos – de modo que o produto final – o automóvel X – seja aceito e consumido pela população (sistema receptor). Variações no sistema receptor deverão gerar mudanças no entrelaçamento comportamental, que modificará o produto X de forma que sua comercialização continue a ser viável e, conseqüentemente, permita a sobrevivência da empresa como entidade cultural.

Entretanto, Houmanfar e Rodrigues (2006) apresentaram inconsistências à conceituação anterior de metacontingência, sob a argumentação de que a seleção cultural não se restringe apenas às contingências comportamentais entrelaçadas selecionadas pelo sistema receptor, mas também ao produto agregado contingente a

elas. As referidas pesquisadoras evocaram o modelo da contingência tríplice operante para orientar a construção análoga do conceito de metacontingência e afirmaram que os antecedentes (ocasiões) e as conseqüências culturais são eventos ambientais, enquanto que o produto agregado, contingente a um determinado entrelaçamento de contingências comportamentais, é o objeto da seleção no nível cultural.

A partir dos argumentos de Housmanfar e Rodrigues (2006), Glenn (comunicação pessoal, 06 de junho de 2008) modificou novamente o conceito de metacontingência ao caracterizá-la como a relação funcional entre o *culturant* (culturante) e a conseqüência cultural. O culturante, termo análogo ao comportamento operante, é composto por contingências comportamentais entrelaçadas que sustentam o comportamento de duas ou mais pessoas, as quais conjuntamente geram efeitos coletivos no ambiente – empíricos e mensuráveis – caracterizando os produtos agregados. Ademais, estes geram conseqüências no ambiente social, positivas ou negativas, que retroagem sobre o culturante de forma a manter, modificar ou extinguir a prática cultural descrita na metacontingência.

O SUS pode ilustrar essa discussão por se tratar de um conjunto de metacontingências destinadas a garantir a saúde integral do povo brasileiro. As normas que fundamentam juridicamente esse sistema público de saúde estão registradas nas LOS e descrevem contingências comportamentais entrelaçadas para pessoas que atuam em diversos sistemas e entidades culturais do Estado (e.g., Ministério da Saúde – MS; Secretaria Estadual de Saúde – SES; e Secretaria Municipal de Saúde – SMS) e da sociedade civil brasileiras, cuja atuação interdependente, cooperativa e eficiente resulte em produtos agregados e conseqüências culturais que permitam o enunciado dos valores sociais do SUS, como a saúde integral da população, a efetivação do direito constitucional à saúde, a

melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro e a manutenção do SUS como sistema público de saúde no Brasil. A Figura 1 apresenta essa discussão em um diagrama.

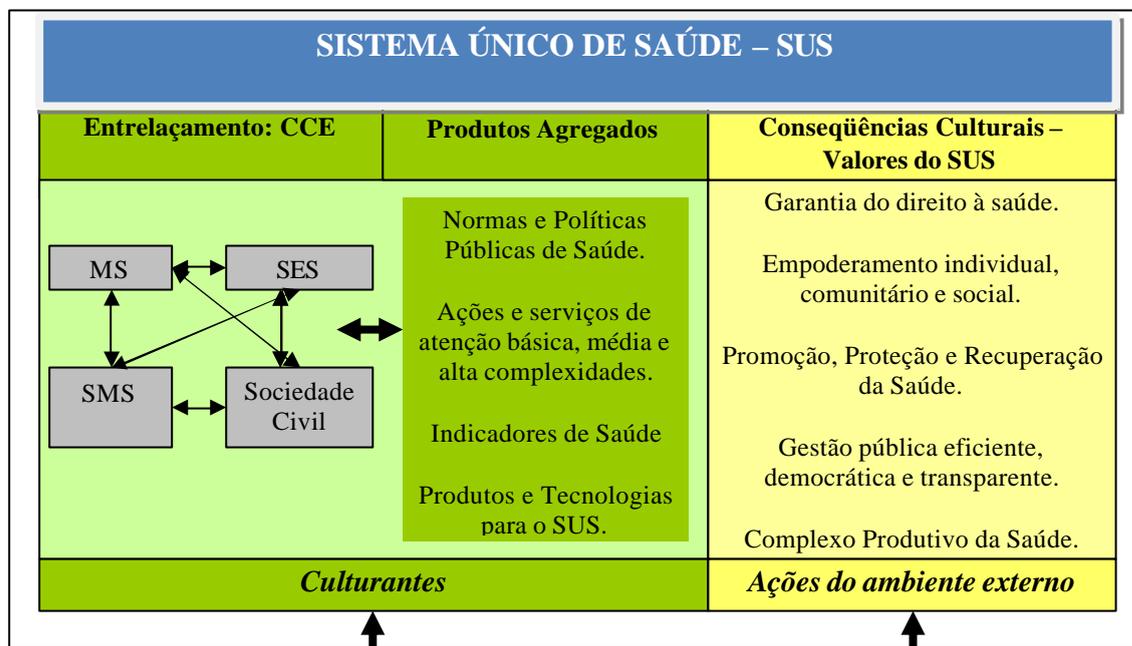


Figura 1. Ilustração do SUS a partir do conceito de metacontingência⁶.

Por outro lado, Glenn (2004, 2006) descreve outro fenômeno cultural passível de análise comportamental: a macrocontingência. Enquanto a metacontingência envolve contingências socialmente organizadas (Glenn, 1986/2005; Todorov, 1987), a macrocontingência descreve práticas culturais mantidas pelas conseqüências individuais de operantes emitidos por muitas pessoas. Segundo Glenn (2006):

“Uma macrocontingência é a relação entre os comportamentos recorrentes de vários indivíduos e o estado de coisas (produtos) resultantes da soma dos produtos comportamentais individuais. Macrocontingências definem muitos problemas culturais e as tentativas para resolver esses problemas podem ser razoavelmente consideradas intervenções culturais. Em macrocontingências, a situação que justifica a intervenção é um produto agregado do comportamento de muitas pessoas e, portanto, o comportamento de muitas pessoas tem de mudar, a fim de modificar essa situação. Embora intervenções concebidas para alterar produtos agregados possam ser intervenções culturais, as únicas contingências de seleção envolvidas na macrocontingência são contingências operantes.” (p.46)

⁶ Vale ressaltar que, na Figura 1 e nas demais ilustrações a seguir, cada um dos conjuntos que compõem as contingências comportamentais entrelaçadas (CCEs) representam uma contingência tríplice ou um comportamento em interação com elementos ambientais antecedentes e conseqüentes.

Um exemplo sanitário de macrocontingência pode ser extraído do fenômeno social definido no âmbito jurídico como a “judicialização da saúde⁷.” Considerando que a Constituição de 1988 registra o direito universal à saúde no Brasil, a ser garantido pelo Estado mediante políticas públicas sociais e econômicas (Brasil, 1988), a situação hipotética foi formulada a partir da constatação empírica de que a judicialização da assistência farmacêutica é prevalente nos tribunais do país (Vieira & Zucchi, 2007; Marques, 2008). Assim, enquanto o SUS distribui o medicamento A e B para o tratamento de uma suposta enfermidade, cidadãos brasileiros obtiveram uma prescrição médica, muitas vezes em unidades do SUS, com os medicamentos X, Y, Z e T para o tratamento da mesma doença. Portanto, são medicamentos não-padronizados pelo sistema público de saúde, por não constarem nos protocolos clínicos que fundamentam as políticas de atenção integral à saúde no âmbito do SUS. Como o financiamento público-sanitário é insuficiente para arcar com todos os medicamentos disponíveis no mercado, evidencia-se a necessidade da política de saúde para regular o bem comum, o usuário recorre ao Poder Judiciário e, geralmente, o juiz concede uma liminar em seu benefício, porque a Carta Magna brasileira é clara ao definir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (art. 196 da Constituição Federal de 1988). Enfim, a replicação desse comportamento por muitas pessoas e ao longo de gerações caracteriza uma prática cultural sob a denominação de macrocontingência.

⁷ De forma geral, este conceito descreve a atuação do Poder Judiciário, quando acionado pelo cidadão, na garantia do direito constitucional à saúde.

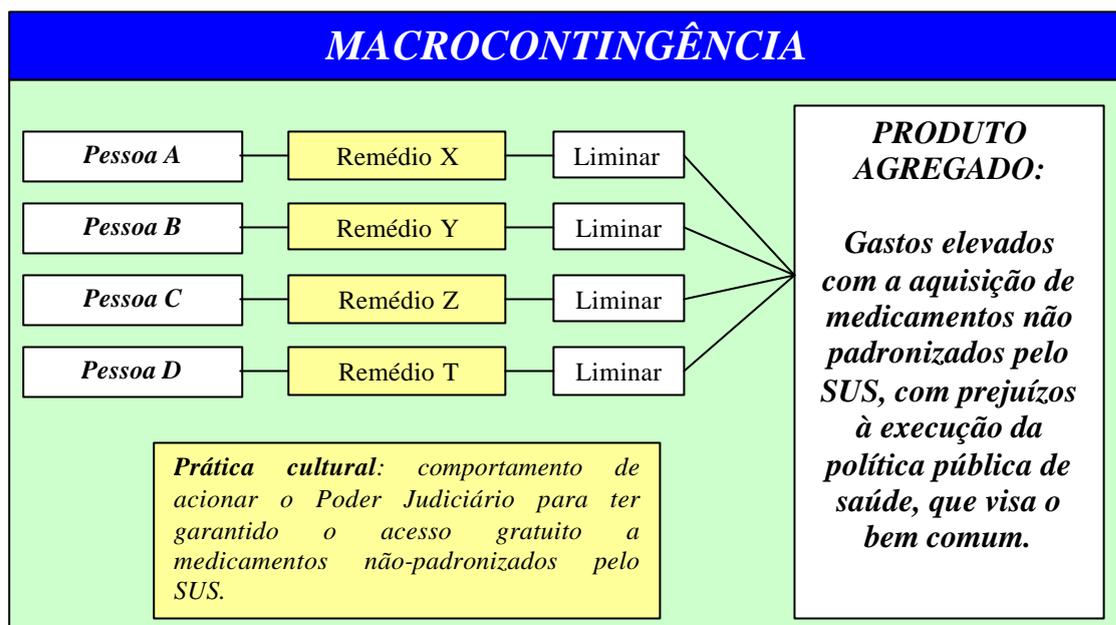


Figura 2. Ilustração do conceito de macrocontingência.

Assim, os conceitos de metacontingência e macrocontingência foram utilizados por pesquisadores brasileiros e estrangeiros para discutir práticas culturais indispensáveis à sobrevivência da humanidade, como as Leis (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004; Pereira, 2005; Prudêncio, 2005; Todorov, 2005), o trânsito (Machado, 2007), o cooperativismo (Vasconcelos, 2008) e a cultura de paz (Ballesteros de Valderrama, 2002). O periódico *Behavior and Social Issues* (www.behaviorandsocialissues.org) registra uma parcela significativa da produção analítico-comportamental voltada ao estudo de práticas culturais (Holpert, 2004).

ANÁLISE COMPORTAMENTAL DAS LEIS

Skinner (1969/1984) distinguiu dois tipos de aprendizagem humana: 1) a exposição direta às contingências (e.g., saber como) e o comportamento governado por regras (e.g., saber sobre). A literatura analítico-comportamental registra diferentes funções que uma regra pode exercer sobre o comportamento humano, tanto no nível individual quanto no cultural (Mallot, 1988, Albuquerque, 2001). Assim, define-se regra como um estímulo antecedente verbal que descreve uma

contingência de reforço (Skinner 1969/1984). No campo jurídico, o comportamento governado verbalmente sustenta o controle comportamental que fundamenta os textos legais, nos quais os legisladores buscam normatizar ou regular a convivência humana em sociedade. Segundo Skinner (1953/1978):

“A lei é então o *enunciado de uma contingência de reforço mantida por uma agência governamental*. A contingência pode ter prevalecido como prática controladora antes de sua codificação como lei, ou pode representar um novo procedimento que entra em efeito com a passagem da lei. Assim, as leis são tanto descrições de procedimentos passados como garantias de procedimentos semelhantes no futuro. Uma lei é uma regra de conduta no sentido de que especifica as conseqüências de certas ações que por seu turno “regem” o comportamento.” (p. 322)

O conceito skinneriano de lei descreve o contexto ambiental, de origem sociocultural, onde operantes são reforçados ou punidos por agências controladoras (controle ético). Portanto, uma lei é mais do que comportamento verbal, pois seu conteúdo não se restringe apenas à descrição de regras de conduta social, mas também à codificação de procedimentos controladores de agências governamentais. Em suma, leis são redigidas para controlar comportamentos. Controle nesse sentido não significa necessariamente coerção, já que há normas jurídicas que sinalizam a ocorrência de reforçadores contingentes ao seu cumprimento, como a dedução fiscal do dinheiro gasto anualmente pelos pais com a educação dos filhos (Todorov, 2005).

Todorov (2005) discorre sobre a complexidade do controle do comportamento previsto nas normas jurídicas. Segundo o autor, os textos legais apresentam mais do que simples respostas em seus artigos constituintes, mas também especificam circunstâncias de aplicação e, às vezes, apontam condições atenuantes. O controle legal envolve a aplicação de um conjunto de leis, a partir do procedimento jurídico da jurisprudência. Entretanto, é importante considerar que são as entidades culturais da sociedade civil, como a família, a escola, a igreja e a mídia que se

encarregam da educação das pessoas acerca do que as leis consideram certo (legal) e errado (ilegal) em uma sociedade. Portanto:

“De um ponto de vista comportamental, leis são constituídas de contingências tríplices de reforço entrelaçadas em metacontingências. Então, uma forma de olhar para a forma como uma lei controla o comportamento é começar com a análise da lei como uma declaração escrita de contingências entrelaçadas que controlam o comportamento individual.” (Todorov, 2005, p.87)

Ademais, outros cientistas comportamentais se dedicaram ao estudo das leis. Goldiamond (1974/2002) analisa a constituição norte-americana e compara o contrato comportamental realizado entre o psicólogo e seu paciente com o contrato político-social que prevê a Carta Magna daquele país americano, o qual deve ser celebrado entre o governo federal, os estados constituintes da federação e as pessoas (povo), com vistas à garantia dos direitos especificados no preâmbulo do texto constitucional. Ademais, segundo o autor, o contrato constitucional deve especificar: 1) as metas ou uma declaração explícita dos resultados; 2) o repertório corrente que é relevante ao resultado final; 3) os passos (regras) que irão mediar o repertório atual e os objetivos a serem alcançados; 4) um sistema de conseqüências explicitamente contingentes aos comportamentos necessários ao alcance dos resultados acordados.

Por sua vez, Guerin (1994/2000) afirma que os sistemas jurídicos se constituem na melhor forma de garantir o seguimento de regras em uma sociedade. Para este cientista social, a finalidade da sociedade não é propor o seguimento de regras para garantir unicamente um melhor padrão vida individual, mas sim zelar pela proteção geral dos membros do grupo (e.g., bem comum), além da regulação da moralidade. Portanto, a análise comportamental das leis se dedica ao estudo científico das contingências de reforço que constitui determinada norma jurídica, as quais descrevem normas de conduta social, enunciam metacontingências e valores compartilhados por membros de uma sociedade.

ÉTICA, LEI E PLANEJAMENTO CULTURAL

O enunciado de Guerin (1994) de que a lei é um recurso para garantir a regulação da moralidade em uma sociedade contextualiza a discussão ética neste trabalho. Ballesteros (2000) afirma que “a ética se relaciona com as contingências de reforço do tipo social: o efeito reforçador recai na pessoa ou grupo a quem beneficia minha ação. Implica a promoção do bem-estar dos demais, do bem-estar da sociedade.”

Skinner (1971/1983) defendeu a tese de que a ciência do comportamento é também uma ciência dos valores, já que os mesmos são enunciados nas contingências de reforço. Para o autor, coisas “boas” envolvem contingências reforçadoras positivas, enquanto que as “ruins” estão relacionadas a contingências aversivas. Além disso, o eminente cientista comportamental classificou os valores em três categorias, considerando o modelo de seleção por consequências: bens pessoais (e.g., reforçadores positivos e negativos), bens dos outros (e.g., valores sociais) e bem da cultura (e.g., sobrevivência da cultura).

Abib (2004) sintetiza os argumentos skinnerianos sobre o comportamento ético ao afirmar que a verbalização de valores é contingente ao efeito das consequências do comportamento sobre o próprio comportamento e o sentimento que acompanha a mudança ambiental. “Em suma, é com base no efeito das consequências do comportamento e nos sentimentos que o acompanham que os indivíduos formulam juízos de valor ou atribuem valor às coisas.” (p. 108)

Dessa forma, cabe registrar que Skinner (1971/1983) ampliou a discussão analítico-comportamental das leis ao inserir o campo dos valores como parte das contingências de reforço que caracterizam a moralidade em uma sociedade:

“O grupo mantém uma espécie de ordem ao punir seus membros por se portarem inconvenientemente; quando esta função é atribuída ao Estado, porém, a punição é confiada a especialistas, que têm à sua disposição formas mais poderosas como multas, prisão ou morte. O “bom” e o “mau” se tornam “lícitos” ou “ilícitos”, e as contingências são codificadas em leis que especificam o comportamento e as respectivas punições. As leis são úteis para aqueles que devem obedecê-las, pois especificam o comportamento a ser evitado, e são úteis para aqueles que as executam por especificarem o comportamento a ser punido. O grupo é substituído por uma organização mais rigorosamente definida – um Estado ou nação – cuja autoridade ou poder para punir pode ser identificado por meio de cerimônias, bandeiras, músicas, e histórias sobre conceituados cumpridores da lei e transgressores bastante conhecidos.” (p. 89)

Ademais, Skinner (1971/1983, 1989/2005) discutiu o planejamento cultural como uma estratégia coletiva de reversão dos problemas globais que colocam em risco à sobrevivência humana na Terra. Essa modalidade de planejamento é o mote da filosofia política skinneriana, no sentido de prescrever a utilização dos produtos de uma ciência do comportamento para a concretização de ideais éticos (Dittrich, 2004), o qual pode ser realizado nas diferentes instituições decisórias dos três poderes sociais (e.g., agências controladoras) – governo, religião e capital – bem como a partir do comportamento de membros de um quarto poder, composto por cientistas, professores, eruditos e pelos meios de comunicação (Skinner, 1989/2005). Skinner demonstrava interesse especial pelo quarto poder, por permitir formas de contracontrole mais eficientes à experimentação cultural (e.g., variação e seleção de novas práticas), além de permitir o controle face a face (Skinner 1948/1972), de modo a efetivar as modificações culturais necessárias à sobrevivência da humanidade (Ballesteros de Valderrama, 2000; Abib, 2004; Dittrich, 2004).

A partir dessa exposição teórica, registra-se que o objeto deste trabalho consiste nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, mais especificamente a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como um conjunto de contingências comportamentais entrelaçadas que enunciam

metacontingências e valores historicamente compartilhados por grupos populacionais pertencentes à sociedade brasileira (Todorov, 2005; Skinner, 1971/1983). Além disso, são objetivos deste estudo:

(1) analisar funcionalmente as Leis Orgânicas da Saúde – LOS – utilizando como instrumento a contingência de reforço (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004);

(2) descrever as relações culturais, na forma de metacontingências, que são enunciadas no referido texto jurídico (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004);

(3) registrar os valores enunciados na LOS (Skinner, 1971/2003).

As justificativas para a realização deste trabalho residem na experiência profissional do autor junto ao Departamento de Ouvidoria do SUS, do Ministério da Saúde, bem como na escassa produção bibliográfica envolvendo o estudo das Leis Orgânicas da Saúde nos campos da saúde coletiva (e.g., BIREME e SCIELO) e da Psicologia (e.g., PsycINFO), além da comemoração do vigésimo aniversário do SUS, ocorrido em 2008, que permite à sociedade brasileira avaliar as conseqüências culturais obtidas com a implantação desse sistema universal de saúde e, principalmente, planejar intervenções socioculturais capazes de efetivar gradativamente o direito à saúde no Brasil.

MÉTODO

A metodologia deste estudo é descritiva, voltada à sistematização das contingências e metacontingências presentes nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS. Trata-se da replicação sistemática do procedimento analítico-comportamental desenvolvido por Todorov e colaboradores para estudar o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004).

Dessa forma, a pesquisa foi dividida em três fases. A primeira consistiu em classificar os artigos das LOS a partir dos termos que constituem uma contingência de reforço. A segunda fase teve como objetivo principal a sistematização das metacontingências enunciadas no texto legal. Por fim, houve a categorização dos valores registrados nas Leis Orgânicas de Saúde. As duas primeiras etapas caracterizam a metodologia desenvolvida por Todorov e colaboradores, tanto no nível teórico-conceitual (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004) quanto no nível aplicado (Pereira, 2005; Prudêncio, 2005; Todorov, 2005).

OBJETO DE ESTUDO

As LOS são o objeto deste estudo e se constituem em duas leis ordinárias que foram promulgadas para operacionalizar, no âmbito do Poder Executivo, o mando constitucional de saúde como um direito de todos e um dever do Estado (art. 196 da Constituição Federal de 1988). Estas normas sanitárias federais apresentam 55 artigos na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, os quais estão dispostos em 5 Títulos e um item com as Disposições Finais e Transitórias: 1) Disposições Gerais; 2) Do Sistema Único de Saúde; 3) Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde; 4) Dos Recursos Humanos; e 5) Do Financiamento. Entretanto, a Lei Nº 8.080/90 sofreu vetos presidenciais nos artigos que versavam sobre o controle social e as transferências de recursos financeiros entre os entes federativos brasileiros. Como

forma de reparar essas lacunas jurídicas no SUS, foi promulgada a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que registra sete artigos dispondo sobre o controle social e as transferências financeiras intergovernamentais no âmbito público-sanitário (Carvalho & Santos, 2006). A seguir, uma descrição mais pormenorizada das referidas Leis Orgânicas da Saúde – LOS.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – TÍTULO I

O Título I da Lei Nº 8.080/90 (art. 2º §§ 1º e 2º; art. 3º e em seu Parágrafo Único) apresenta as disposições gerais da LOS. Observa-se a influência de documentos internacionais na conformação do atual sistema público de saúde brasileiro, como a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), as Cartas Internacionais de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2002), além da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988).

Nesse contexto jurídico, os legisladores ratificaram o art. 196 da Constituição de 1988 que define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que se efetivará mediante a realização de políticas sociais e econômicas capazes de promover, proteger e recuperar a saúde do povo brasileiro. Ademais, o dever supracitado do Estado não deve excluir o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, já que a complexidade do fenômeno sanitário envolve a atuação coletiva sobre seus determinantes socioculturais, como alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e demais bens essenciais a uma vida com dignidade. Por fim, a referida lei registra que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país (Brasil, 2007).

Tabela 1. Síntese do Título I da Lei Nº 8.080/90.

TÍTULO I	SÍNTESE
SEM DESCRIÇÃO DE CAPÍTULO.	Direito universal à saúde; conceito ampliado de saúde; afirmação dos deveres pessoais, familiares, empresariais e sociais na efetivação desse direito no Brasil.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – TÍTULO II

O Título II das LOS define o Sistema Único de Saúde – SUS – no item da Disposição Preliminar (art. 4º e §§ 1º e 2º), como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Os legisladores incluíram ainda no campo de atuação do SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. Além disso, há a ratificação constitucional de que a iniciativa privada poderá participar do SUS somente em caráter complementar (art. 199 § 1º da Constituição Federal - CF). Segue abaixo a descrição do referido Título da LOS (Brasil, 2007):

- No Capítulo I (art. 5º incisos de I a III; art. 6º incisos de I a XI; art. 6º § 1º e incisos I e II; art. 6º §§ 2º e 3º - incisos de I a VIII), há a descrição pormenorizada dos objetivos e atribuições do SUS, como desdobramento do art. 200 da Constituição de 1988 (Brasil, 1988);
- No Capítulo II (art. 7º e incisos I a XIII), são registrados os princípios e diretrizes do SUS a serem considerados na formulação, execução e monitoramento de todas as ações e serviços públicos de saúde, incluindo os serviços privados que participam do setor público-sanitário em caráter

complementar. Além disso, trata-se do contexto da LOS onde é possível identificar grande parte dos princípios éticos que justificam moralmente o processo civilizatório do SUS;

- ✚ No Capítulo III (art. 8º e 9º - incisos de I a III; art. 10 e §§ 1º e 2º; art. 12 e seu Parágrafo único; art. 13 e incisos de I a VI; art. 14 e Parágrafo único), a normatização atinge as atividades de organização, direção e gestão no SUS, bem como estabelece as comissões intersetoriais de saúde e as comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior;
- ✚ No Capítulo IV (art. 15 e incisos de I a XXI; art. 16, incisos de I a XIX e Parágrafo Único; art. 17 e incisos de I a XIV; art. 18 e incisos de I a XII; e art. 19), são clarificadas as atribuições comuns (Seção I) e as competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Seção II) no âmbito público-sanitário brasileiro;
- ✚ No Capítulo V (art. 19-A até o art. 19-H), acrescentado pela Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, há o registro de normas para a efetivação da atenção integral à saúde indígena, atualmente sob responsabilidade da União;
- ✚ No Capítulo VI (art. 19 – I e §§ 1º, 2º e 3º), acrescentado pela Lei Nº 10.424, de 15 de abril de 2002, as regras definem o atendimento e a internação domiciliares no âmbito do SUS;
- ✚ No Capítulo VII (art. 19 – J e §§ 1º e 2º), acrescentado pela Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005, as regras visam garantir o procedimento de parto acompanhado a todas as gestantes atendidas no SUS.

Tabela 2. Síntese do Título II da Lei Nº 8.080/90.

TÍTULO II - CAPÍTULOS	SÍNTESE
I	Objetivos e atribuições do SUS.
II	Princípios e diretrizes do SUS.
III	Organização, direção e gestão do SUS; comissões intersetoriais.
IV	Atribuições comuns e específicas da União, Estado (UF), Município e Distrito Federal.
V	Saúde integral dos povos indígenas.
VI	Atendimento e internação domiciliares no SUS.
VII	Parto Acompanhado no SUS.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – TÍTULO III

O Título III descreve o conjunto de contingências de reforço para orientar a participação privada no SUS. Apesar de a saúde ser um direito de todos e um dever do Estado (art. 196 da Constituição Federal de 1988), o poder público admite o funcionamento de serviços privados no contexto da saúde pública, de acordo com algumas condições legais, que foram descritas nos dois Capítulos que marcam este Título da LOS (Brasil, 2007):

- ✚ No Capítulo I (art. 20, 21 e 22; art. 23 §§ 1º e 2º), as normas clarificam a liberdade de atuação da iniciativa privada, cujo funcionamento deverá ocorrer em conformidade com as normas sanitárias vigentes no Brasil (art. 197⁸ da CF de 1988). Ademais, é vedada a participação de capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil, salvo nos casos autorizados e supervisionados pelo Ministério da Saúde, com exceção das empresas que mantêm serviços de saúde para seus funcionários no Brasil.

⁸ O art. 197 da CF de 1988 define a saúde como um bem público. Isso quer dizer que *todas as ações* e serviços públicos e privados de saúde, incluindo a atuação autônoma de profissionais liberais, estão sujeitas às normas sanitárias brasileiras.

- No Capítulo II (art. 24 e em seu Parágrafo único; art. 25 e 26 §§ 1º, 2º e 4º), a ênfase recai sobre o caráter complementar da atuação privada na saúde pública, cuja formalização ocorrerá mediante contrato ou convênio, em respeito às normas de direito público e aos princípios e diretrizes do SUS (art. 7º incisos I a XII). A remuneração dos serviços contratados da iniciativa privada ocorrerá a partir de uma tabela financeira desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Os proprietários, administradores e diretores de instituições privadas não poderão exercer cargos de chefia e confiança no âmbito público-sanitário. Por fim, as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS.

Tabela 3. Síntese do Título III da Lei Nº 8.080/90.

TÍTULO III - CAPÍTULOS	SÍNTESE
I	Liberdade para a iniciativa privada participar do SUS e proibição de utilização de verbas estrangeiras no campo da saúde, com exceção de algumas situações.
II	Caráter complementar da participação privada no SUS; mecanismo de pagamento aos prestadores privados; proibição de exercício de cargos de direção e gestão do SUS por membros da iniciativa privada; e preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos para participar do SUS.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – TÍTULO IV

O Título IV (art. 27 - incisos I e IV e Parágrafo único; art. 28 e §§ 1º e 2º; art. 30) versa sobre o campo da formação de recursos humanos para a saúde, com a descrição de normas para regulamentar a carga horária dos gestores sanitários e o perfil da direção dos serviços de saúde.

Tabela 4. Síntese do Título IV da Lei Nº 8.080/90.

TÍTULO IV	SÍNTESE
SEM DESCRIÇÃO DE CAPÍTULO	Recursos humanos para a saúde; carga horária dos gestores do SUS; perfil da direção do SUS.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – TÍTULO V

O Título V aborda o financiamento, a gestão financeira, a organização e o planejamento sanitário em todas as esferas de governo da Federação Brasileira. Trata-se de um Capítulo que normatiza temas indispensáveis à efetivação do SUS como sistema universal de saúde. Segue abaixo uma síntese dos capítulos que compõem este importante Título da LOS (Brasil, 2007):

- No Capítulo I (art. 31 e 32 - incisos de II a VI e §§ 1º, 2º, 3º e 5º), as regras definem os recursos que compõem a receita do SUS, a qual é construída a partir do montante sanitário derivado do orçamento da Seguridade Social, somado a outras fontes tributáveis. Além disso, as LOS reforçam a exigência dos Fundos de Saúde para o repasse e administração das verbas públicas da saúde, em todos os níveis de governo, bem como ressalta a participação do SUS na execução e co-financiamento do saneamento básico e das atividades de pesquisa e tecnologia em saúde.
- No Capítulo II (art. 33 §§ 1º e 4º; art. 34 e Parágrafo Único; art. 35 incisos de I a VII e §§ 1º, 2º e 6º), o foco da normatização é a gestão financeira do SUS. Observa-se a repetição da regra que obriga todo ente federado a ter um Fundo de Saúde. Há também a descrição dos critérios para o repasse de verbas tanto no nível federal quanto nos níveis estadual e municipal, além do Distrito Federal. Além disso, o Ministério da Saúde é obrigado a fiscalizar as verbas

federais repassadas aos demais entes federados, por meio do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA.

- ✚ No Capítulo III (art. 36 §§ 1º e 2º; art. 37 e 38), são abordados os temas do planejamento e orçamento do SUS. De forma geral, os planos de saúde são a base do planejamento sanitário nos níveis nacional, estadual e municipal, os quais devem comportar a política de saúde, seu respectivo orçamento, e contarem com a anuência do Conselho de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes para a elaboração dos planos de saúde.

Tabela 5. Síntese do Título V da Lei Nº 8.080/90.

TÍTULO V - CAPÍTULOS	SÍNTESE
I	Orçamento do SUS; criação dos fundos de saúde; execução e co-financiamento do saneamento básico e das atividades de pesquisa e tecnologia em saúde.
II	Gestão financeira do SUS; critérios para o repasse de verbas entre os entes federados; fiscalização da verba federal do SUS pelo Sistema Nacional de Auditoria – SNA.
III	Planejamento do SUS; estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS.

LEI Nº 8.142, de 28 DE DEZEMBRO DE 1990

A Lei Nº 8.142/90 (art. 1º incisos I e II e §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º) institucionalizou duas formas de controle social no SUS: Conselhos e Conferências de Saúde. Desde então, o planejamento sanitário deve ser discutido, deliberado e fiscalizado também nos Conselhos de Saúde. Ademais, as Conferências de Saúde devem ser programadas para ocorrer a cada quatro anos, em cada esfera de governo, as quais permitem a expressão direta das necessidades sanitárias do povo. As proposições aprovadas e registradas no documento final desse evento sanitário

deveriam compor a política de saúde no nível de governo correspondente, mas ainda funcionam como simples instrumento consultivo. Os demais artigos (art. 2º incisos de I a IV e Parágrafo único; art. 3º §§ 1º, 2º e 3º; art. 4º incisos de I a VI e Parágrafo único; art. 5º, 6º e 7º), versam sobre os critérios para a realização e fiscalização das transferências financeiras intergovernamentais no âmbito do SUS.

Tabela 6. Síntese da Lei Nº 8.142/90.

LEI 8.142/90	SÍNTESE
SEM CAPÍTULO	Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde; Critérios para a transferência de verbas públicas entre os entes da Federação Brasileira.

INSTRUMENTO

O instrumento selecionado para a realização desta pesquisa consiste na contingência de reforço. Este recurso técnico-científico foi utilizado para proceder a sistematização dos artigos da LOS segundo uma linguagem funcional, com a necessária descrição do contexto ambiental onde ocorre uma relação comportamental (e.g., ocasião), juntamente com os comportamentos e as conseqüências positivas e aversivas, contingentes às ocasiões ambientais que controlam o responder operante humano (Goldiamond, 1974/2002; Todorov, 1991; Todorov, Moreira, Pereira & Prudêncio, 2004; Vasconcelos 2008). Exemplo:

- + **OCASIÃO:** Descreve o contexto ambiental onde ocorre uma determinada relação comportamental operante. Envolve um ou um conjunto de diferentes tipos de estímulos, na presença dos quais se o comportamento for emitido, então será conseqüenciado. Como exemplo desse termo da contingência de reforço, registra-se o artigo 2º da Lei 8.080/90: **“A saúde**

é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 2007).

- ✚ **COMPORTAMENTO:** Descreve classes de respostas individuais que operam sobre o meio ambiente, sendo selecionadas por suas conseqüências (Todorov, 2002). Um exemplo é apresentado no artigo 2º § 2º da Lei 8.080/90: **“O dever do Estado não deve excluir o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”** (Brasil, 2007).
- ✚ **CONSEQUÊNCIA:** As conseqüências positivas do cuidado individual com a saúde envolvem sua promoção, proteção e recuperação, enquanto que as negativas referem-se ao adoecimento ou agravamento de doenças preexistentes.

PROCEDIMENTOS

A primeira fase consistiu na categorização dos artigos das LOS, a partir dos elementos constituintes da contingência de reforço, conforme a metodologia desenvolvida por Todorov e colaboradores (2004). Assim, na identificação dos termos das contingências, cada artigo poderia se referir a uma ocasião, um comportamento ou uma consequência. Uma vez classificado um artigo como o primeiro elemento da contingência, considerava-se outros artigos que apresentassem comportamentos e consequentes contingentes ao antecedente.

Ao proceder dessa maneira, constatou-se que, em uma lei, os artigos constituintes de uma contingência de reforço estão dispersos no texto jurídico. Isso significa que os legisladores são controlados por outras regras no momento da construção de uma norma legal. Trata-se do campo jurídico da Técnica Legislativa. Entretanto, é importante ressaltar que os termos de uma contingência de reforço não existem separadamente. Ao contrário, o processo comportamental, justificado pelo

modelo de seleção por conseqüências, parte da constatação empírica de que o comportamento é a relação funcional ou conseqüencial entre a ação do organismo e o meio ambiente (Todorov, 1989/2007; Vasconcelos, 2008).

A segunda fase do trabalho consistiu na sistematização das metacontingências enunciadas nas LOS, a partir da descrição das conseqüências culturais registradas no referido texto legal. Ressalta-se que as LOS se caracterizam pela descrição de contingências comportamentais entrelaçadas que controlam o comportamento dos membros das instituições públicas do Estado e da sociedade civil brasileiras, cuja produção agregada afeta o ambiente social do SUS de modo a produzir conseqüências culturais e seus respectivos valores sociais, como a saúde integral do povo brasileiro. A Figura 3 registra uma metacontingência enunciada na Lei N^o 11.108, de 07 de abril de 2005, que alterou a Lei N^o 8.080/90 para criar o art. 19-J, cuja conseqüência cultural reside na garantia do parto acompanhado no SUS.

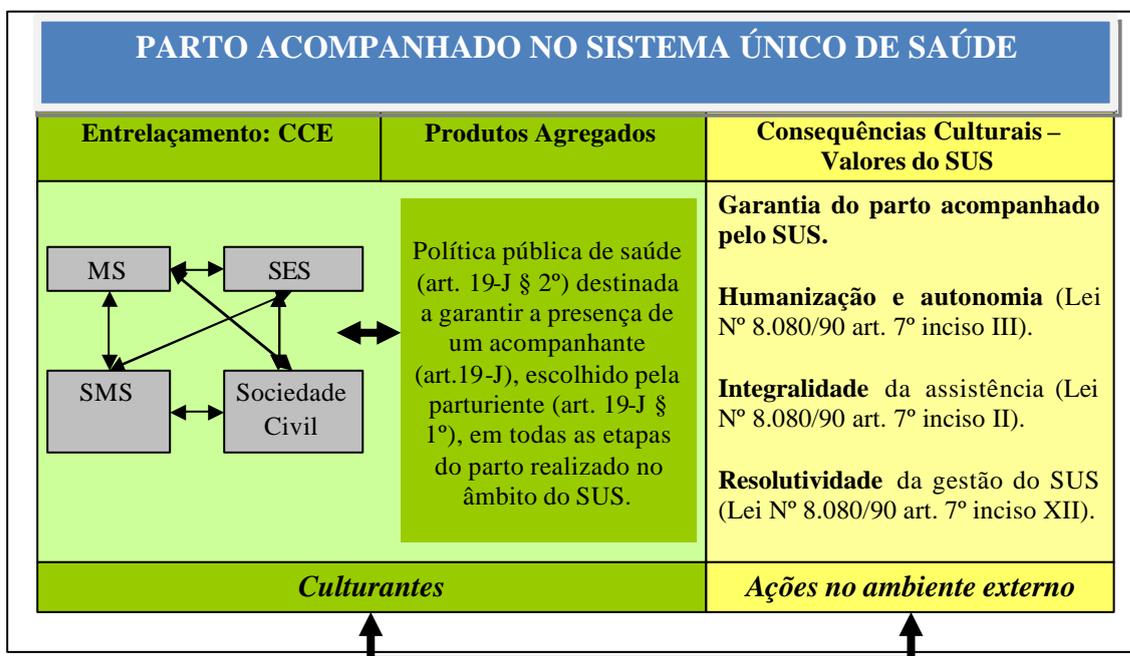


Figura 3. Descrição das contingências comportamentais entrelaçadas envolvendo o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a sociedade civil, na efetivação do parto acompanhado no SUS.

A última fase desta pesquisa se caracterizou pela descrição dos valores enunciados nas LOS. A inclusão da discussão ética é justificada primeiramente pela afirmação skinneriana de que valores estão presentes nas contingências de reforço, por isso devem se constituir em objeto de estudo de uma ciência do comportamento (Skinner, 1971/1983). Outro argumento, advindo do campo da saúde coletiva, parte da afirmação enfatizada no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005) de que o SUS é um processo civilizatório, no sentido de que as metacontingências enunciadas nas LOS estão relacionadas à produção de consequências culturais e dos valores sociais que corroboram os princípios éticos descritos na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Portanto, o procedimento consistiu em classificar as LOS a partir dos valores enunciados no texto legal, os quais foram agrupados pelos legisladores principalmente no art. 7º da Lei Nº 8.080/90, conforme a ilustração contida na Figura 4.

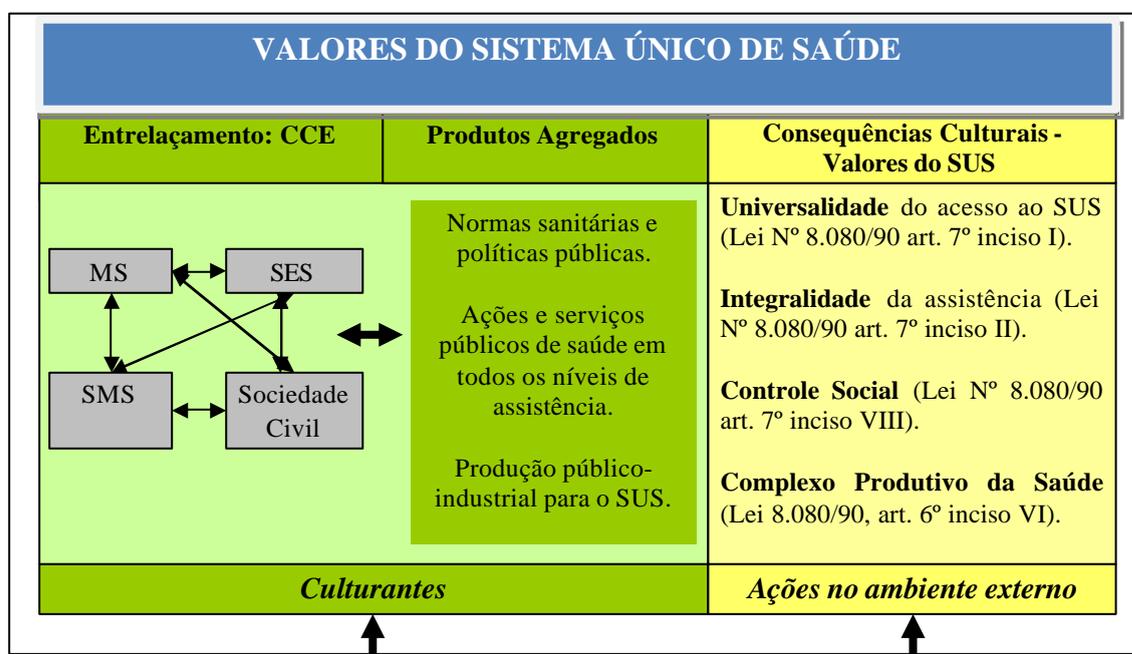


Figura 4. Alguns valores sociais do SUS. As consequências culturais positivas, obtidas a partir da resolutividade dos culturantes envolvidos na construção coletiva do SUS são fundamentais à caracterização dos valores desse sistema público de saúde. Os valores não são “posses”, mas julgamentos morais contingentes às consequências do comportamento humano.

RESULTADOS

CONTINGÊNCIAS COMPLETAS E INCOMPLETAS NAS LOS

A análise funcional das LOS permitiu a construção de duas categorias funcionais: contingências completas e incompletas. As primeiras descrevem o processo comportamental com a descrição da ocasião, do comportamento e da consequência, ou simplesmente do comportamento e da consequência contingente ao descumprimento da regra legal. Nas segundas, registra-se a relação comportamental com a apresentação da ocasião, do comportamento, mas sem a descrição de consequências contingentes ao descumprimento das regras que fundamentam a lei governamental. As consequências positivas de seguir as regras estão implícitas nas próprias contingências (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004).

Nas LOS, as contingências completas envolvem diretamente a aplicação dos recursos públicos do SUS, cujo descumprimento encontra possibilidade de punição registrada no art. 52 da Lei Nº 8.080/90: “Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei” (Brasil, 2007). Outra possibilidade de punição está registrada no art. 35 § 6º da Lei Nº 8.080/90: “O disposto no parágrafo anterior⁹ não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos” (Brasil, 2007). Ademais, uma punição de ordem administrativa está prescrita no art. 4º Parágrafo único da Lei Nº 8.142/90: “O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos

⁹ O art. 35 § 5º da Lei Nº 8080/90 determinava que “as transferências de recursos previstas nesta Lei dispensariam a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos.” Este artigo foi vetado sob o argumento de que a referida regra é imprópria a este tipo de legislação.

requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados e pela União” (Brasil, 2007).

No que tange às contingências incompletas, um exemplo pode ser extraído do campo da gestão do trabalho em saúde. Ocorre que a ocasião envolve a atuação profissional no âmbito do Ministério da Saúde, de acordo com o art. 9º inciso I da Lei Nº 8.080/90. O comportamento-referente está descrito no art. 15 inciso IX da referida Lei Orgânica da Saúde e versa sobre “a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.” Entretanto, os legisladores não prescreveram nenhuma consequência para o descumprimento dessa norma legal por parte dos agentes públicos sanitários. Desse modo, registra-se que o SUS, após vinte anos de implantação como sistema público de saúde brasileiro, não dispõe de uma política nacional de recursos humanos.

A Figura 5 descreve o percentual de contingências completas e incompletas nas LOS. O resultado geral mostrou a prevalência de relações comportamentais incompletas no texto legislativo, com 70,8 % dos casos registrados. Por sua vez, 29,2% das contingências são completas e versam exclusivamente sobre o controle da verba estatal destinada à implementação das ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

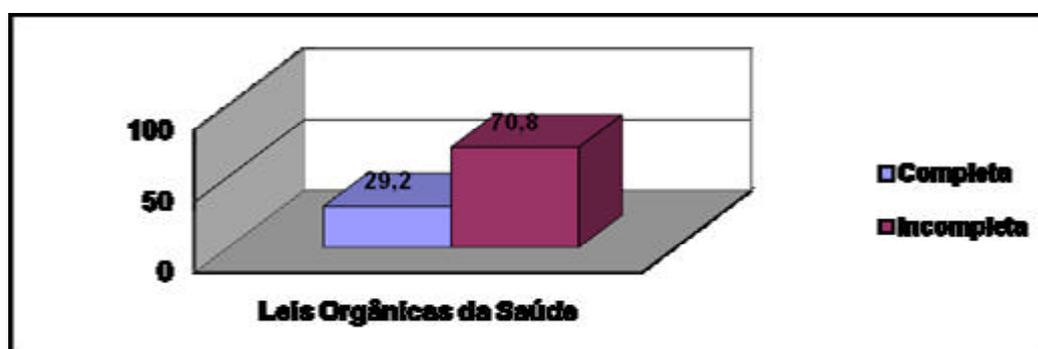


Figura 5. Percentual de contingências completas e incompletas nas LOS.

CONTINGÊNCIAS INDIVIDUAIS NAS LOS

A Tabela 7 apresenta as quatro contingências comportamentais individuais presentes nas LOS, que são incompletas, conforme a classificação adotada neste trabalho. Esse resultado revelou-se incomum no texto das referidas leis federais, pelo fato de as mesmas terem enfatizado a produção sanitária coletiva, no nível cultural, a ser realizada pelos membros das entidades culturais estatais e civis brasileiras. Ressalta-se que três das quatro contingências individuais foram inseridas na Lei Nº 8.080/90 por meio de legislações promulgadas no século XXI, conforme a Tabela 7.

Tabela 7. Descrição das contingências individuais presentes nas LOS.

OCASIÃO	COMPORTAMENTO	CONSEQUÊNCIAS
Lei Nº 8.080, art. 19 – I: São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei Nº 10.424, de 2002).	Lei Nº 8.080, Art. 19-I, § 3º. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por <u>indicação médica</u> com expressa concordância do paciente e de sua família.	Positivas: Integralidade da assistência em saúde.
Lei Nº 8.080, art. 7º. Inciso III: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (Incluído pela Lei Nº 11.108, de 2005).	Lei Nº 8.080, art. 19-I, § 3º. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, <u>com expressa concordância do paciente</u> e de sua família.	Positivas: participação direta no tratamento, com autonomia e corresponsabilidade para com os resultados.
Lei Nº 8.080, art. 19 – J: Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Incluído pela Lei Nº 11.108, de 2005).	Art. 19 – J § 1.º <u>O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.</u>	Positivas: autonomia da usuária do SUS de escolher sua companhia em todas as etapas do processo de parto; apoio de familiares ou profissionais de confiança da parturiente; sentimentos de acolhimento, carinho e individualização no atendimento.
Lei Nº 8.080, art. 2º. A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.	Lei Nº 8.080, art. 2º § 2º. <u>O dever do Estado não deve excluir o das pessoas</u> , da família, das empresas e da sociedade.	Positivas: cuidado com a saúde individual; promoção, proteção e recuperação da saúde; prevenção de enfermidades.

METACONTINGÊNCIAS E VALORES NAS LOS

As contingências individuais descritas na Tabela 7 não existem isoladamente no texto legal. Ao contrário, tais relações comportamentais participam de metacontingências enunciadas nas LOS. Portanto, as referidas leis descrevem contingências comportamentais entrelaçadas como o conteúdo comportamental das instituições públicas do SUS, ou simplesmente culturantes, cujas conseqüências culturais produzem a saúde integral do povo brasileiro. A Figura 6 esquematiza uma metacontingência, na qual as LOS atribuíram ao Ministério da Saúde o papel de administrar os recursos do orçamento federal do SUS, o qual deverá ser utilizado para financiar as políticas públicas de saúde, dispostas no planejamento nacional de saúde, de modo a produzir os valores da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

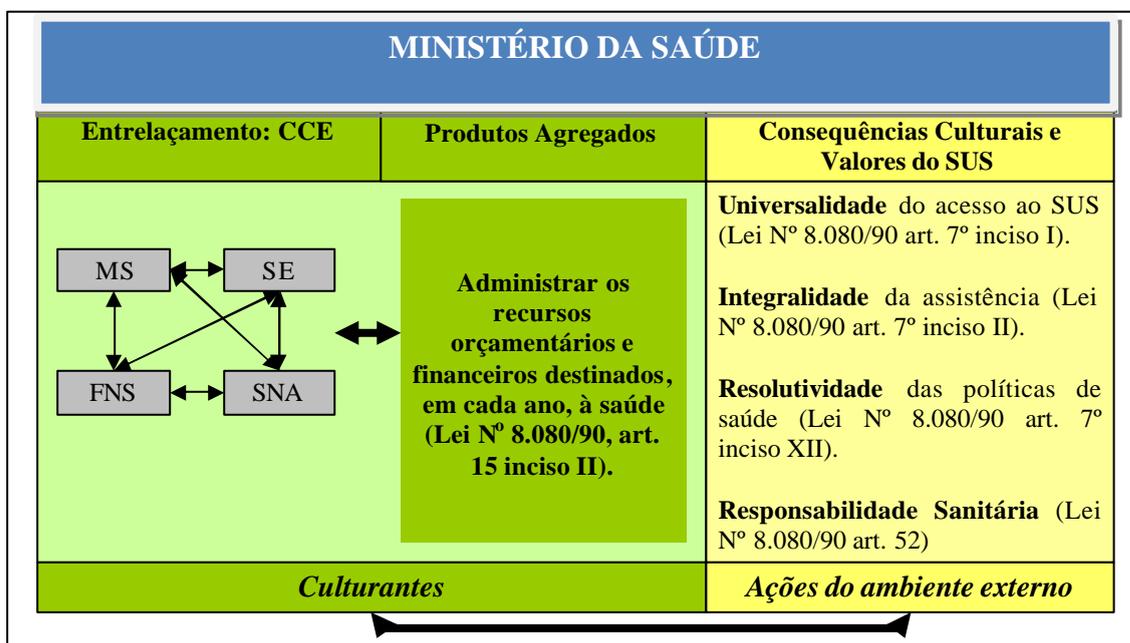


Figura 6. Descrição de uma metacontingência nas LOS, com destaque para o comportamento dos membros de vários setores do Ministério da Saúde (MS), como a Secretaria Executiva (SE), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), na administração e fiscalização das verbas públicas federais destinadas ao SUS, de modo a garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde.

A Figura 7 registra uma metacontingência inexistente nas LOS. Com os vetos realizados pelo presidente da República na referida legislação sanitária, a Lei Nº 8.080/90 foi promulgada com um artigo que não pode ser colocado em prática, em função da deficiente redação legislativa. Entretanto, esse fato não ocasiona a perda do direito a que se referia o artigo vetado, já que as LOS clarificam que o atendimento no SUS deve ser universal, integral e resolutivo (Brasil, 2007).

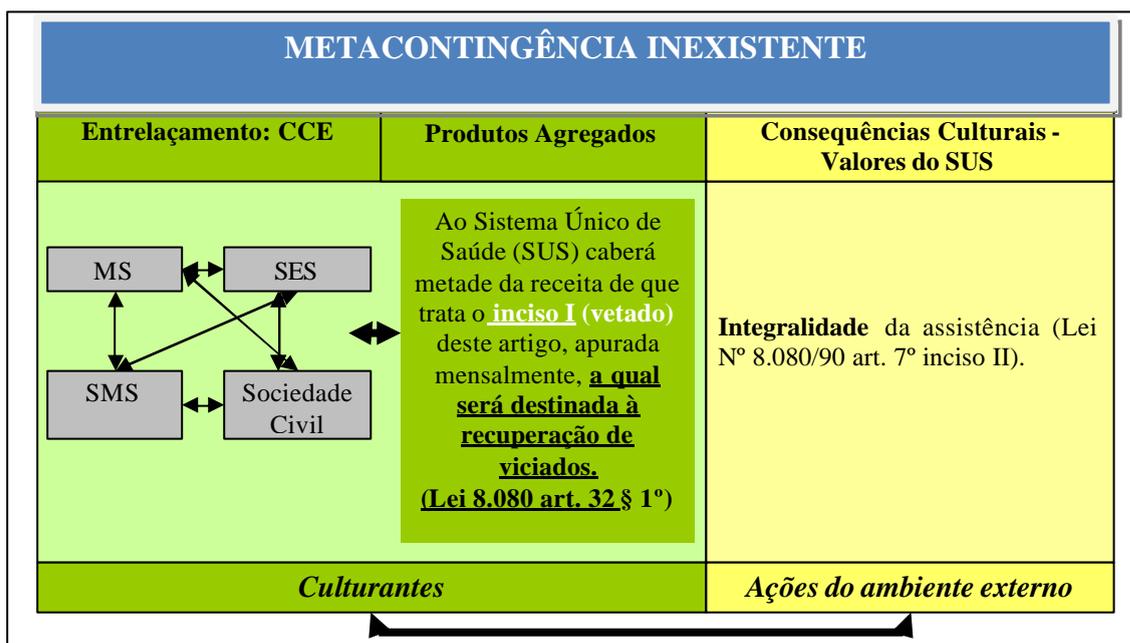


Figura 7. Ilustração de uma metacontingência inexistente nas LOS. O art. 32 inciso I da Lei Nº 8.080/90 foi vetado por se referir a *valores obtidos na forma do parágrafo único do art. 243 da Constituição Federal*, a saber: “Todo e qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins será confiscado e reverterá em benefício de instituições e pessoal especializados no tratamento e recuperação de viciados e no aparelhamento e custeio de atividades de fiscalização, controle, prevenção e repressão do crime de tráfico dessas substâncias” (Brasil, 1988).

É importante considerar, a partir dos exemplos apresentados nas Figuras 1,3,4,e 6, que as LOS atribuem às instituições públicas do SUS (e.g., Ministério da Saúde, Estado e Município) a responsabilidade pela produção público-sanitária no Brasil. Glenn (1993) esclarece que sistemas e entidades culturais existem somente a partir das contingências comportamentais entrelaçadas que caracterizam suas práticas culturais. Isso significa que tais organizações são dependentes do repertório

comportamental dos seus membros para a produção dos seus objetivos institucionais, fato esse que as tornam idiossincráticas, tal como o repertório comportamental de um indivíduo.

A Tabela 8 sintetiza os sistemas e entidades culturais do SUS. A expressão “**Estado**” é utilizada para caracterizar a interdependência funcional dos sistemas culturais republicanos: Executivo, Legislativo e Judiciário. Ademais, o caráter democrático do Estado brasileiro legitima o poder do povo junto ao poder público instituído e estabelece o contexto político-social para o exercício ou reivindicação de direitos individuais e/ou sociais. Assim, o art. 2º § 2º da Lei Nº 8.080/90 define a **família, as empresas privadas e a sociedade civil** como entidades culturais do SUS, além dos **Conselhos de Saúde (CS)** descritos na Lei Nº 8.142/90. Além disso, o texto legal descreve as entidades culturais vinculadas ao Poder Executivo e diretamente responsáveis pelo SUS, como o **Ministério da Saúde (MS)**, a **Secretaria Estadual de Saúde (SES)** e a **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**.

Tabela 8. Sistemas e Entidades Culturais do SUS enunciados nas LOS.

SISTEMAS E ENTIDADES CULTURAIS	LOCALIZAÇÃO NAS LOS
Estado Democrático de Direito	Lei Nº 8.080/90 art. 2º
Família	Lei Nº 8.080/90 art. 2º § 2º
Empresas Privadas	Lei Nº 8.080/90 art. 2º § 2º
Sociedade	Lei Nº 8.080/90 art. 2º § 2º
Ministério da Saúde	Lei Nº 8.080/90 art. 9º inciso I
Secretaria Estadual de Saúde	Lei Nº 8.080/90 art. 9º inciso II
Secretaria Municipal de Saúde	Lei Nº 8.080/90 art. 9º inciso III
Conselho de Saúde	Lei Nº 8.142/90 art. 1º inciso II; art. 1º § 2º

A Tabela 9 apresenta um desdobramento da Tabela 8 ao introduzir as especificações do SUS no que se refere às consequências culturais e valores sociais obtidos a partir da resolutividade dos culturantes que viabilizam o funcionamento das entidades culturais da saúde pública brasileira. Dessa forma, onze valores sociais são

apresentados: (1) Complexo produtivo – produção pública voltada para a saúde individual e coletiva (ciência e tecnologia); (2) Controle Social – na saúde é sinônimo de participação popular (e.g., mídia, universidades, ONGs e igrejas); (3) Responsabilidade Sanitária – a gestão descentralizada do SUS, do planejamento à fiscalização das ações de saúde; (4) Humanização – a ética do cuidado (e.g., práticas de acolhimento de parturientes, de acompanhamento de crianças e idosos, e de atendimento e internação domiciliares); (5) Promoção da Saúde – educação para saúde e prevenção de doenças; (6) Proteção da Saúde - vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional, saúde do trabalhador e diagnóstico de doenças; (7) Recuperação da Saúde – acesso às práticas curativas (e.g., medicamentos, psicoterapias e cirurgias); (8) Intersetorialidade – o conceito ampliado de saúde como resultado de políticas públicas, podendo envolver cooperação nacional e internacional; (9) Resolutividade – eficiência na execução de uma política ou de uma ação de saúde; (10) Transparência Pública – direito à informação sobre a saúde coletiva, na forma de registros públicos; e (11) Universalidade - um dos elementos constitutivos centrais do SUS. É a repetição do art 5º da Constituição de 1988: “Todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer espécie.”

Tabela 9. Consequências Culturais e Valores do SUS nas LOS.

CONSEQUÊNCIAS CULTURAIS	VALORES	SOCIAIS	
Produção público-industrial de medicamentos, insumos e equipamentos para a saúde (art. 6º VI). Incremento da ciência e tecnologia no SUS (art. 6º X).	Complexo Produtivo	SAÚDE	
Participação da comunidade em todas as fases da gestão do SUS (art. 7º VIII), por meio dos Conselhos de Saúde (Lei 8.142/90 art. 1º II § 2º) e das Conferências de Saúde (Lei 8.142/90 art. I § 1º).	Controle Social		
Gestão descentralizada do SUS (art. 7º IX). Orçamento e planejamento sanitários (art. 36). Gestão financeira (art. 33). Organização (e.g., ações de atenção básica, média e alta complexidades), execução e fiscalização das ações e serviços públicos de saúde (art. 15), incluindo a atuação complementar da iniciativa privada no SUS (art. 4º § 2º). Gestão do Trabalho no SUS, a partir da construção do Plano de Cargos e Salários (art. 28 §§ 1º e 2º).	Responsabilidade Sanitária		
Ética do cuidado no SUS. Parto acompanhado (art. 19-J). Atendimento e internação domiciliares (art. 19-I). Informação sobre a saúde individual e a capacidade de atendimento nos serviços do SUS (art. 7º V e VI).	Humanização		INTEGRAL
Educação em saúde e prevenção de enfermidades (art. 5º III; art. 6º VI). Saúde indígena (art. 19-A). Efetivação de políticas públicas sociais e econômicas (art. 2º § 1º).	Promoção da Saúde		DO
Vigilância sanitária (art. 6º § 1º). Vigilância epidemiológica (art. 6º § 2º). Vigilância nutricional (art. 6º VI). Saúde do trabalhador (art. 6º § 3º). Saúde indígena (art. 19-A).	Proteção da Saúde		POVO
Atendimento e internação domiciliares no SUS (art. 19-I). Parto acompanhado (art. 19-J). Saúde indígena (art. 19-A). Reabilitação da saúde do usuário do SUS.	Recuperação da Saúde		
Participação dos diversos setores do Estado e de outros países na produção da saúde (e.g., conceito ampliado de saúde). Recursos humanos para o SUS (art. 6º III). Saneamento básico (art. 6º II). Proteção ao meio ambiente (art. 6º V). Fiscalização do exercício profissional (art. 15 XVII). Cooperação internacional (art. 15 XV). Assistência complementar no SUS (art. 24 e 25), por meio de convênios com hospitais universitários (art. 45), filantrópicos e privados.	Intersetorialidade		
Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (art. 7º XII).	Resolutividade		
Informação em Saúde (art. 47).	Transparência Pública		
Acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS (art. 7º I e IV).	Universalidade		

DISCUSSÃO

As LOS normatizam o campo social da saúde. Porém, no aspecto individual, registra-se que as referidas leis descrevem quatro contingências individuais (Tabela 7), uma das quais versa sobre o dever do cidadão brasileiro de se comportar de modo que as conseqüências de suas ações sobre o ambiente sejam capazes de promover, proteger ou recuperar sua saúde (e.g., Carta dos Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde¹⁰). Dessa forma, destaca-se a impossibilidade real de separar direitos e deveres do cidadão daqueles atribuídos ao Estado, já que o comportamento individual, por ser de origem social, participa ativamente das metacontingências sanitárias brasileiras, cujas conseqüências permitem o enunciado de valores sociais do SUS (Tabela 9).

Sendo assim, os operantes registrados nas LOS (Tabela 7) funcionam também como práticas culturais, no sentido de serem reforçados e transmitidos pela comunidade verbal às sucessivas gerações de brasileiros. Além disso, a Tabela 9 registra as conseqüências culturais e os valores sociais do SUS enunciados na referida legislação sanitária, os quais ilustram a complexidade do conceito ampliado de saúde que fundamenta política, social e cientificamente o projeto civilizatório do SUS (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2005).

Além de descrever os operantes (Tabela 7) e sistematizar as metacontingências presentes nas LOS (Tabela 9), a análise dessas leis federais demonstrou a predominância de contingências incompletas em seu texto normativo (Figura 5). A falta de conseqüências contingentes aos operantes, ou ainda, as conseqüências contrárias às prescrições emanadas da lei podem se configurar em

¹⁰ A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde está disponível para download gratuito no sítio do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf

importante fator adverso na construção coletiva do SUS. Pereira (2005) e Prudêncio (2005) concluíram seus estudos sobre o ECA afirmando que a falta de correspondência entre as regras estatutárias e os comportamentos dos executores e aplicadores da lei correlacionavam-se principalmente às contingências incompletas da referida legislação de proteção à infância e adolescência no Brasil.

O destaque para a importância de contingências completas não envolve uma defesa do uso da punição como forma de controle governamental. Skinner (1953/1978, 1971/1983), Sidman (1989/1995) e Azrin e Holz (1966) desaconselharam o uso da coerção como forma de controle do comportamento, pelo fato de seu efeito ser temporário e de gerar subprodutos emocionais negativos, como a ansiedade, o medo e a raiva, além da possibilidade de contracontrole por parte de quem é controlado. Ao contrário, a opção idealista por reforçadores positivos, contingentes aos operantes emitidos nas relações sociais, é fundamental para a construção de práticas culturais democráticas e eficientes no cumprimento dos direitos humanos no Brasil.

Ademais, no contexto das LOS, é importante registrar que, no âmbito do Poder Executivo e considerando o caráter coletivo das relações comportamentais no campo da saúde pública, a ausência de conseqüências contingentes ao descumprimento das normas legais alude ao precário processo de gestão do SUS, nos níveis do planejamento, execução, monitoramento e controle das políticas públicas de saúde (Ver Brasil, 2005; Carvalho & Santos, 2006). Um exemplo que ilustra essa discussão foi o caso do cidadão brasileiro Damião Ximenes, morto em uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS em Sobral – CE – após ter sido admitido para tratamento. Em virtude da omissão do Estado brasileiro na elucidação dos fatos ocorridos no serviço de saúde do SUS, a família da vítima decidiu recorrer à

Organização dos Estados Americanos – OEA – como tentativa de obter uma solução jurídica para o caso. Este órgão internacional de defesa dos direitos humanos avaliou o processo e declarou ser procedente a denúncia da família sob o argumento de que os direitos da pessoa humana foram violados pelo Estado brasileiro. Para concluir, o governo federal brasileiro foi condenado pela OEA (sanção moral) e já efetuou o pagamento de uma indenização à família, mas não procurou apurar as responsabilidades dos envolvidos na situação de violência ao cidadão e usuário do SUS supracitado (OEA, 2007).

Todorov (2005) afirma que o controle legal do comportamento deve ser realizado pelo governo a partir de um conjunto de legislações presentes no ordenamento jurídico de um país, considerando o procedimento da jurisprudência. Contudo, em um país marcado por desigualdades sócio-econômicas como o Brasil, as contingências incompletas das LOS poderiam contribuir para a aplicação da norma jurídica a determinados grupos sociais e não a todos os membros da sociedade.

Dessa forma, o direito constitucional à saúde deve ser efetivado por meio de políticas públicas setoriais (e.g., política nacional de medicamentos), intersetoriais (e.g., trabalho e renda) e internacionais (e.g., normas para o controle global do tabagismo), com vistas ao bem-estar do povo brasileiro (Tabelas 7 e 8). Portanto, as contingências incompletas que caracterizam a gestão das políticas públicas de saúde podem estar correlacionadas à ineficiência do processo de responsabilidade sanitária no SUS (Brasil, 2005). Esse fato negativo pode permitir a manutenção de práticas culturais desiguais e adversas para a democracia e cidadania brasileiras, já que suas conseqüências têm envolvido a exclusão social, o clientelismo ou nepotismo (e.g.,

contratação de parentes no serviço público sem concurso). Da Matta (1997) ressalta que “ser cidadão é estar sujeito à lei geral e ao anonimato.” (p. 9)

É útil também considerar a interação entre legislações diferentes, tais como o ECA e o SUS. Em um estudo sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990), Todorov, Moreira, Prudêncio e Pereira (2004) destacaram que a análise do ECA deveria ser complementada com o estudo de outras legislações de proteção da criança e do adolescente. No ECA, o Título II, Capítulo I, versa sobre o direito à vida e à saúde, esta sob responsabilidade do SUS (Brasil, 2007). Ao enunciar o SUS como o responsável pela garantia da saúde integral às crianças e adolescentes brasileiros, o ECA enuncia indiretamente as metacontingências que conformam os sistemas e entidades culturais envolvidas diretamente na geração dos produtos agregados e consequências culturais do SUS. Ressalta-se que, no ECA, as contingências de reforço, em relação à saúde, são completas (Todorov, Moreira, Prudêncio & Pereira, 2004), enquanto no SUS são preponderantemente incompletas, fato esse que pode estar correlacionado ao descumprimento das LOS e à manutenção das iniquidades sociais vivenciadas pela população infanto-juvenil brasileira.

Outra relação entre as duas legislações teve como origem o art. 10 inciso III do ECA, cujo conteúdo versa sobre a obrigatoriedade de o poder público “proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de normalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais” (Brasil, 2007). Essa regra possibilitou a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal – Portaria GM/MS N° 822, de 06 de junho de 2001 – com o objetivo principal de garantir o diagnóstico e tratamento integrais, por intermédio do SUS, a todas as crianças portadoras de doenças metabólicas no Brasil (Ver Brasil, 2001).

Diante do exposto, é importante apresentar que o Poder Judiciário deve ser acionado pelo cidadão a fim de reivindicar a prestação pública de alguma ação sanitária que tenha sido negada pelo Poder Executivo, como forma de o Estado garantir a efetivação desse direito inalienável da pessoa humana. Esse contexto sócio-sanitário apresenta várias relações macrocontingenciais, as quais são definidas na literatura jurídica como a *judicialização da saúde* (Figura 2) e envolvem: 1) a conduta de reivindicar um medicamento ou qualquer outro procedimento sanitário que está no protocolo do SUS, mas não foi distribuído pelo gestor público responsável; 2) a ação de requerer um medicamento ou qualquer outro procedimento sanitário que não está registrado nos protocolos do SUS; 3) o comportamento de solicitar um medicamento ou qualquer outro procedimento sanitário, cuja utilização contraria o protocolo do SUS ou não está devidamente registrado no Ministério da Saúde. Essa categorização de macrocontingências no ambiente público-sanitário evidencia a falta de integração entre a política e os planos de saúde (justiça distributiva - equidade), que apresenta contingências incompletas nas LOS, cuja intervenção legal e ativa do Poder Judiciário pode comprometer a execução das políticas públicas de saúde, devido ao gasto elevado do SUS com o cumprimento das ações judiciais individuais – a justiça comutativa (Ver Brasil, 2007; Vieira & Zucchi, 2007; Marques, 2008). Portanto, o Estado e a sociedade devem atuar conjuntamente, por meio da construção democrática de políticas públicas, de modo a garantir a todos os brasileiros os reforçadores positivos e negativos descritos nas LOS e nos demais documentos de defesa dos Direitos Humanos (Ver Brasil, 1988; Mattaini, 2001; Ballesteros de Valderrama, 2000).

Assim, analisar as LOS é fundamental para o futuro do SUS como política de Estado no campo da saúde pública, já que se caracterizam por: 1) um pequeno

número de contingências individuais, tendo em geral metacontingências compostas por comportamentos de membros dos poderes republicanos, sobretudo do Executivo, e da sociedade civil; 2) apresentarem contingências incompletas. As contingências são incompletas nos campos sócio-sanitários da atenção à saúde, da formação de recursos humanos, da participação da comunidade (controle social), do orçamento da Seguridade Social (e.g., Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO), da intersetorialidade, da iniciativa privada, do atendimento domiciliar, do parto acompanhado, da saúde dos povos indígenas e da gestão do SUS (e.g., planejamento, execução e fiscalização das ações e serviços públicos de saúde). A gestão financeira do SUS apresenta contingências completas (e.g., controle da verba pública do SUS).

A análise de intervenções culturais – na forma de leis ou portarias federais – sobre o financiamento e o planejamento sanitários ilustram os pontos característicos das LOS citados acima. O financiamento do SUS dificulta sua real implementação no Brasil, haja vista que os recursos públicos destinados à execução das ações públicas de saúde são insuficientes para custear as ações e serviços de saúde necessários à efetivação do direito à saúde no país. Uma das variáveis envolvidas no subfinanciamento é o descumprimento da Carta Magna no que se refere ao orçamento da saúde no nível federal. Santos (2008) afirma que o orçamento federal do SUS seria de 106,6 bilhões de reais caso a Constituição de 1988 tivesse orientado o comportamento dos gestores da economia brasileira. Ao contrário, o orçamento destinado ao Ministério da Saúde em 2008 foi de 48,5 bilhões de reais. Entretanto, é importante ressaltar que o controle do orçamento da Seguridade Social não é realizado com base nas LOS, mas sim na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO. Nas LOS, a única consequência registrada para o descumprimento da lei assenta-se sobre a aplicação da verba destinada à saúde, mas o controle do dinheiro público não

está correlacionado, contingente, ao cumprimento do planejamento sanitário, com metas coletivas a serem alcançadas por todos os níveis de governo, o que torna deficiente a gestão resolutiva das políticas públicas de saúde brasileiras.

Ainda sobre o financiamento geral do SUS, uma intervenção cultural foi planejada na década de 1990 para garantir a aplicação de um percentual mínimo das receitas públicas ao SUS. Assim, foi promulgada a Emenda Constitucional Nº 29/2000, que modificou o art. 198 da Constituição Federal de 1988 o que obrigaria a União a compor o Fundo Nacional de Saúde com os recursos do PIB do ano 2000 acrescido anualmente da taxa de crescimento econômico do País; o Estado (Unidade Federada) aplicaria 12% de suas verbas ao SUS; e o Município destinaria 15% das suas receitas para a saúde pública. Apesar do avanço público-sanitário conquistado com a aprovação da Emenda Constitucional Nº 29/2000, a mesma ainda não foi regulamentada pelos parlamentares brasileiros, por meio de Lei Complementar (Santos, 2008).

O Pacto Federativo Público-Sanitário Brasileiro também é alvo de discussões no âmbito do SUS. A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, como sistemas culturais autônomos do poder Executivo da República Federativa do Brasil, possuem competências constitucionais comuns e específicas (Brasil, 1988). As metacontingências que definem a produção coletiva desses sistemas no SUS requerem a atuação conjunta, cooperativa e solidária dos seus membros na garantia do direito universal à saúde.

Considerando o argumento de Goldiamond (1974/2002) de que a lei estabelece um contrato comportamental entre o governo e os atores de uma sociedade e aplicando-o à realidade público-sanitária brasileira, fica claro que o eminente cientista comportamental enfatiza as metacontingências que envolvem a gestão do SUS, nos

níveis do planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação das políticas de saúde. Cabe registrar que o campo da gestão do SUS não foi adequadamente normatizado nas LOS (Carvalho & Santos, 2006). Dessa forma, o Pacto Federativo deve registrar metas concretas (declaração explícita de resultados); a cooperação técnica e financeira entre os três níveis de governo deve incluir a análise do repertório local (e.g., condições estruturais e culturais, como recursos humanos, financiamento e tecnologia) e a discussão democrática das regras ou as consequências culturais das metacontingências que sustentarão os operantes entrelaçados e seus produtos agregados previstos nas políticas de saúde, a partir das metacontingências enunciadas nas LOS; e a prescrição de consequências (positivas e negativas) contingentes ao cumprimento do referido acordo público-social. Além disso, esse processo coletivo deverá considerar os objetivos da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988):

“Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.”

As intervenções culturais brasileiras no âmbito do planejamento sanitário – os Pactos pela Saúde, pela Vida e pela Defesa do SUS – constituem-se em novas modalidades de gestão da saúde pública brasileira, juridicamente registrados na Portaria/GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, os quais definem uma série de compromissos dos gestores com a afirmação dos princípios e diretrizes do SUS nas políticas públicas de saúde, bem como sua efetivação a partir da descrição de metas e resultados sanitários no planejamento estatal. Outro fator importante deste Pacto Interfederativo reside na responsabilidade sanitária. Assim, acredita-se que os

referidos Pactos Sanitários tornem as políticas públicas de saúde mais eficientes, em todos os níveis de governo, pois a ênfase recairá sobre a produção cultural, coletiva, com a possibilidade de os gestores utilizarem os recursos públicos de forma criativa, democrática, pragmática e responsável (monitoramento, avaliação e controle das políticas públicas de saúde), de modo que o Brasil avance na universalização qualitativa do direito à saúde (Brasil, 2006b).

No campo do planejamento cultural, sob o ponto de vista da Análise do Comportamento, cabe registrar que Skinner (1989/2005) concebeu a existência de três poderes sociais: governo (e.g., Estado), religião e capital (e.g., economia). Ademais, ressaltou a criação de um quarto poder, representado pelos cientistas, educadores, eruditos e pela mídia, cuja atuação é caracterizada pelo contracontrole às práticas culturais maléficas à sociedade, como aquelas que negam direitos à população (Ballesteros, 2000). O SUS é exemplo de intervenção do quarto poder skinneriano, por ter origem na universidade, mais especificamente nos Departamentos de Medicina Preventiva – DMP – que se generalizou para diversos setores da sociedade, congregando pessoas e entidades culturais na luta pela democratização do Estado brasileiro, cuja expressão sanitária foi o Sistema Único de Saúde (Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

Além da proposta de construção de um quarto poder, Skinner enfatizou também o controle *face a face*, que permite formas menos institucionalizadas de controle, tal como foi registrado em Walden Dois (Skinner, 1948/1972; Abib, 2004). Sendo assim, a utopia do SUS, como um novo modelo de atuação social do Estado Brasileiro, apresenta essa modalidade de controle, no sentido de prever a descentralização do sistema para os municípios e, além disso, estabelecer os serviços de atenção primária (e.g., Programa Saúde da Família) como a porta de entrada da

população ao SUS, por estarem localizados na comunidade onde as pessoas residem, o que facilita a participação popular na gestão do SUS e diminui o custo da resposta de procurar um serviço público de saúde e ter seu comportamento reforçado positivamente ao ser atendido com rapidez, qualidade, integralidade e resolutividade, conforme determinam as regras previstas nas LOS (Brasil, 2006c, 2007). Dallari (1986) sintetiza essa discussão:

“Ora, o Brasil é um Estado Federal, o que significa que existe descentralização política. No Estado brasileiro a federação possui três esferas de poder político autônomas: a federal, a estadual e a municipal, que têm competências, encargos e rendas próprias. O município, poder local autônomo no Brasil, é a esfera ideal para assegurar o direito à saúde porque, além do que já foi dito, tem personalidade jurídica pública para responsabilizar-se. Pode-se, portanto, definir a saúde, o conteúdo do direito à saúde e a responsabilidade por sua garantia no município.” (p. 60)

Assim, os conceitos analítico-comportamentais, como a contingência de reforço, a macrocontingência, a metacontingência e o modelo construcional de Goldiamond (Gimenes, Andronis & Layng, 2005), podem ser úteis ao trabalho transdisciplinar que envolve o planejamento cultural no âmbito da saúde pública, no sentido de aplicar as tecnologias comportamentais, oriundas dos produtos científicos da Análise do Comportamento, como recursos éticos e eficientes à efetivação dos direitos sociais no Brasil (Ver Skinner, 1971/1983; Goldiamond, 1974/2002; Todorov, 2006).

Como conclusão, afirma-se que as LOS enunciam metacontingências que envolvem a construção do SUS, cuja origem remonta a um movimento social de contracontrole ao Estado autoritário brasileiro que buscou, nos contextos acadêmico, político e social, a afirmação dos direitos humanos, neste caso o da saúde. As contingências incompletas que marcaram esta análise científica podem ser uma variável importante no descumprimento das LOS, mas pesquisas empíricas são necessárias para a confirmação e discussão mais pormenorizadas dessas relações

funcionais individuais (e.g., contingências) e culturais (e.g., macrocontingências e metacontingências). Entretanto, não se advoga nenhuma relação linear, atomizada, entre as contingências incompletas e o descumprimento das LOS. Ao contrário, a referida lei deve ser analisada no complexo conjunto de variáveis históricas, econômicas, políticas e socioculturais do Brasil.

Ademais, os valores sociais enunciados nas LOS (Tabela 9) confirmam a afirmação de que o SUS é um processo civilizatório (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2005), no sentido de modificar práticas culturais em saúde, a partir das referidas leis sanitárias federais, cujos valores se enquadram no conceito skinneriano de “bem dos outros”, o qual enfatiza que o grupo social ou as agências de controle administram os reforçadores relacionados ao bem da coletividade (Ver Skinner, 1971/1983; Dittrich, 2004). Dessa forma, as políticas públicas, setoriais e intersetoriais, são os mecanismos político-jurídico-sociais que permitirão a implementação do SUS, como contracontrole às regras neoliberais que definem os “bens pessoais” como valores de suas práticas culturais – e.g., o lucro, a novidade, o individualismo e o consumismo (Bauman, 2007/2008) – cujas conseqüências no ambiente público-sanitário podem residir na *judicialização da saúde* (macrocontingências), já que os protocolos do SUS podem não corresponder aos desejos da iniciativa privada.

Assim, as metacontingências do SUS se constituem em um instrumento de mudança social no Brasil, já que suas conseqüências culturais e valores sociais retroagem sobre os culturantes, de modo a modificá-los, para permitir o avanço gradativo e qualitativo da universalidade das ações do SUS, até que o valor da saúde integral possa ser inferido tanto nos sistemas de informação da saúde pública quanto

na experiência cotidiana de relações sociais mais justas, fraternas, igualitárias e democráticas.

Por fim, a Constituição de 1988, incluindo o SUS, estabelece um contrato político-social concorrente aos mandos neoliberais, por enfatizar os direitos sociais a serem garantidos pelo Estado à população (Brasil, 1988). Dessa forma, o lento processo de humanização do capital, fundamental para a sobrevivência dos seres humanos na Terra (Hobsbawm, 1995/2000; Boff, 2003), acompanhará a evolução das práticas políticas, econômicas e socioculturais no Brasil, e ocorrerá a partir da garantia dos direitos humanos a todos os cidadãos brasileiros, incluindo o inalienável direito humano à saúde. Em suma, nas palavras de Skinner (1971/1983):

“... A luta de classes é um exemplo grosseiro do modo como os homens se controlam uns aos outros. A ascensão ao poder dos comerciantes, o declínio do feudalismo e o aparecimento subsequente de uma era industrial (possivelmente a ser seguida pelo socialismo ou por um Estado de bem-estar) dependem em grande parte de modificações nas contingências econômicas de reforçamento.” (p.106)

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, L. C. (2001). Definição de regras. Em: H.J. Guilhardi, M.B.B., P. Madi, PP Queiroz, & M.C.Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade*: Vol. 7 (p.132-140). Santo André: ESETEC.
- Azrin, N. H., & Holz, W. C. (1966). Punishment. Em W. K. Honig (Org.), *Operant behavior: Areas of research and application* (p. 380-447). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ballesteros de Valderrama, B. P. (2000). Ética y sociedad en el pensamiento de B. F. Skinner. *Suma Cultural*, 1(2), (Publicación de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz).
- Ballesteros de Valderrama, B. P. (2002). La realidad colombiana desde el análisis del comportamiento: la paz como resultado de prácticas culturales. *Universitas Psicológica*, 1, 81-91.
- Ballesteros de Valderrama, B. P.; López, W. L., & Gómez, M. N. (2003). El análisis del comportamiento en los temas sociales: una propuesta para una cultura de paz. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (3), 299-316.
- Bauman, Z. (2007/2008). *Vida para Consumo: a transformação das pessoas em mercadoria*. Tradução: Carlos Alberto Malheiros. Rio de Janeiro: Zahar.
- Boff, L. (2003). *Ethos Mundial: um consenso mínimo entre os humanos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Sextante.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Retirado em 11 de junho de 2009, do <http://www.planalto.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde (2001). *Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001.*

Retirada em 11 de junho de 2009, do

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Cartas de Promoção à Saúde.* Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Lei de responsabilidade sanitária: um novo caminho para o Brasil (versão preliminar para consulta pública).* Brasília:

MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.*

Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (2006b). *Diretrizes operacionais dos Pactos pela*

Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (2006c). *Política Nacional de Atenção Básica.*

Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (2007). *Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006.*

Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (2008). *Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011.* 2ª

edição. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. UFF.

Fundação Euclides da Cunha (s.d.). *Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde.* Brasília: Tapiri Cinematográfica, DVD (60 min).

- Campos, G. W. S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 301-306.
- Carvalho, G. I., & Santos, L. (2006). *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90)*. (4ª ed.). Campinas, SP: UNICAMP.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. Tradução: Deisy das Graças de Souza. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, A. G. (1999). *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Da Matta, R. (1997). Palestra: Um indivíduo sem rosto. Em R, Da Matta (Org.), *Brasileiro: Cidadão?* (5ª edição). São Paulo: Cultura Editores Associados.
- Dallari, S. G. (1986). O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22 (1), 57-63.
- Dittrich, A. (2008a). O problema da “justificação racional de valores” na filosofia moral skinneriana. *Revista Psicolog*, 1 (1), 42-54.
- Dittrich, A. (2008b). Sobrevivência ou Colapso? B. F. Skinner, J. M. Diamond e o Destino das Culturas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 252-260.
- Dittrich, A. (2004). *Behaviorismo Radical, Ética e Política: aspectos teóricos do compromisso social*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo.

- Dittrich, A., & Abib, J. A. D. (2004). O Sistema Ético Skinneriano e Conseqüências para a Prática dos Analistas do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 427-433.
- Escorel, S. (2000). *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Prefeitura do Rio de Janeiro (Série: Arenas do Rio).
- Escorel, S., Nascimento, D. R. & Edler, F. C. (2005). As origens da Reforma Sanitária e do SUS. Em: N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler. & J. M. Suárez (Orgs.), *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS* (p. 59-81). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Filho, C. B. (1998). *História da Saúde Pública Brasileira*. São Paulo: Ática.
- Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005). O SUS prá valer: universal, humanizado e de qualidade. *Revista Saúde em Debate*, 29 (71), 385-396.
- Gerschman, S. (2004). *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gimenes, L. S.; Layng, T. V. J. & Andronis, P. T. (2003). Contribuições de Israel Goldiamond para o desenvolvimento da Análise do Comportamento. Em: M. Z. Brandão (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação*: Vol.11. Santo André, SP: ESETEC.
- Gimenes, L. S.; Layng, T. V., & Andronis, P. T. (2005). O Questionário Construcional de Goldiamond: uma análise não linear de contingências. Em

H. J. Guilhardi & N.C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade*: Vol. 15 (p. 308-322). Santo André, SP: ESETEC.

Glenn, S. S. (1985). Some Reciprocal Roles between Behavior Analysis and Institutional Economics in Post-Darwinian Science. *The Behavior Analyst*, 8(1), 15-27.

Glenn, S. S. (1986/2005). Metacontingências em Walden Dois. (R. C. Martone & D. S. C. Ferreira, Trans.). Em J. C. Todorov, R. C. Martone, M. B. Moreira (Orgs.), *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade* (p. 13-28). Santo André: ESETec.

Glenn, S. S. Glenn (1988). Contingencies and Metacontingencies. Toward a synthesis of behavior analysis and cultural materialism. *The Behavior Analyst*, 11, 161-179.

Glenn, S. S. (1989). Verbal behavior and cultural practices. *Behavior Analysis and Social Action*, 7, 10-15.

Glenn, S. S. (1991). Contingencies and Metacontingencies: Relations Among Behavioral, Cultural, and Biological Evolution. Em: P. A. Lamal (Org.). *Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices*. EUA: Hemisphere Publishing Corporation.

Glenn, S. S. (1993). Windows at 21st Century. *The behavior Analyst*, 16(2) , 133-151.

- Glenn, S. S. (2003a). Operant Contingencies and the Origin of Cultures. Em: K. A., Lattal, K. A.; P. Chase (Org.). *Behavior Theory and Philosophy*. Nova Iorque, EUA: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Glenn, S. (2003b). Selección en dos niveles en la evolución de la ciência. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (3), 281-288.
- Glenn, S. S. (2004). Individual behavior, culture and social change. *The Behavior Analyst*, 27, 133-151.
- Glenn, S. S. & Malagodi, E. F. (1991). Process and Content in Behavioral and Cultural Phenomena. *Behavior and Social Issues*, 1 (2), 1-13.
- Goldiamond, I. (1974/2002). Toward a Constructional Approach to Social Problems: Ethical and Constitutional Issues Raised by Applied Behavior Analysis. *Behavior and Social Issues*, 11, 108-197. (Originalmente publicado em 1974)
- Guerin (1994/2000). *Analyzing social behavior: behavior analysis and the social sciences*. Reno, USA: Context Press.
- Hobsbawm, E. (1995/2000). *Era dos Extremos: o breve século XX*. Tradução: Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras.
- Holpert, E. C. (2004). Questões Sociais na Análise do Comportamento: artigos do Behavior and Social Issues (1991-2000). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VI (1), 001-016.

- Houmanfar, R. & Rodrigues, N. J. (2006). The Metacontingency and the behavioral contingency: Points of contact and departure. *Behavior and Social Issues, 15*, 13-30.
- Laraia, R. B. (1996). *Cultura: um conceito antropológico*. 11ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Machado, V. L. S. (2007). *O comportamento do brasileiro na faixa de pedestre: exemplo de uma intervenção cultural*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Mallot, M. & Glenn, S.S. (2006). Targets of intervention in cultural and behavioral change. *Behavior and Social Issues, 15*, 31-36.
- Marques, S. B. (2008). Judicialização do direito à saúde. *Revista de Direito Sanitário, São Paulo, 9* (2), 65-72.
- Martone, R. C. (2008). *Efeito de conseqüências externas e de mudanças na constituição do grupo sobre a distribuição dos ganhos em uma metacontingência experimental*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Mattaini, M. A. (2001). Editorial: The Science of Behavior and Human Rights. *Behavior and Social Issues, 11*, 1-3.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mercadante, O. A. (2002). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. Em: J. Finkelman, (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / OPAS.

- Noronha, J. C., & Soares, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 445-450.
- Organização das Nações Unidas – ONU (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Retirado em 10.06.2009, do http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php
- Organização dos Estados Americanos – OEA (2007). *Relatório Anual do Secretário Geral (de março a dezembro de 2006)*. Retirado em 13.06.2009, do http://www.oas.org/SGInfAnual/2007/Portuguese/relatorio_anual.asp
- Organização Mundial de Saúde – OMS (1946). *Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)*. Retirado em 10.06.2009, do <http://www.direitoshumanos.usp.br>
- Pereira, G. C. C. (2005). *Metacontingência e o Estatuto da Criança e do Adolescente: uma análise da correspondência entre a lei e os comportamentos dos aplicadores do direito e executores da lei*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Perrault, G. (1995/1999). *O Livro Negro do Capitalismo*. Tradução: Ana Maria Duarte, Egito Gonçalves, Joana Caspurro, Leonor Figueiredo. Rio de Janeiro: Record.
- Plazzas, E. A. (2006). B. F. Skinner: La Búsqueda de Orden en la Conducta Voluntária. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5 (2), 371-383.
- Prudêncio, M. R. A. (2005). *Leis e Metacontingências: análise do controle do Estatuto da Criança e do Adolescente sobre práticas jurídicas em processos*

- de infração de adolescentes no Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ribeiro, D. (1986). *Revista do Brasil: edição especial*. Rio de Janeiro: editora do Estado.
- Rodriguez Neto, E. (2003). *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Santos, N. R. (2007). Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 429-435.
- Santos, N. R. (2008). Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (2), 2009-2018.
- Schall, V. T. & Struchiner, M. (1999). Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde Pública*, 15 (2), S4-S6.
- Sidman, M. (1989/1995). *Coerção e suas Implicações*. Tradução: Maria Amalia Andery e Tereza Maria Sério. Campinas, SP: Editoral Psy.
- Silva, A. V. (2008). *Evolução de práticas culturais: a análise de uma organização autogestionável*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Skinner, B. F. (1948/1975). *Walden II: uma sociedade do futuro*. Tradução: Rachel Moreno e Nelson Raul Saraiva. 2ª reimpressão. São Paulo: EPU.
- Skinner, B. F. (1953/1978). *Ciência e comportamento humano*. Tradução: João Cláudio Todorov e Rodolpho Azzi. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

- Skinner, B. F. (1969/1984). *Contingências de reforço: uma análise teórica*. Tradução: Rachel Moreno. 2ª edição. São Paulo: Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (1971/1983). *O Mito da Liberdade*. Tradução: Elisane Reis Barbosa Rebelo. 3ª edição. São Paulo: Summus.
- Skinner, B. F. (1981/2007). Seleção pelas Consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IX (1), 129-137.
- Skinner, B. F. (1989/2005). *Questões Recentes na Análise Comportamental*. Tradução: Anita Liberalesso Neri. 5ª edição. Campinas – SP: editora Papirus.
- Todorov, J. C. (1982). Behaviorismo e Análise Experimental do Comportamento. *Cadernos de Análise do Comportamento* 3, 10-23.
- Todorov, J. C. (1987). A Constituição como metacontingência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 7 (1), 9-13.
- Todorov, J. C. (1989/2007). A Psicologia como estudo das interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (Especial), 57-61.
- Todorov, J. C. (1991). O conceito de contingência tríplice na análise do comportamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7, 59-70.
- Todorov, J. C. (2002). A evolução do conceito de operante. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (2), 123-127.
- Todorov, J. C. (2004). Análise experimental do comportamento e sociedade: um novo foco de estudo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (1), 25-29.

- Todorov, J. C. (2005). Laws and the complex control of behavior. *Behavior and Social Issues, 14*, 86-90.
- Todorov, J. C. (2006). The metacontingency as a conceptual tool. *Behavior and Social Issues, 15*, 92-94.
- Todorov, J. C., Martone, R. C. & Moreira, M. B. (Orgs.) (2005). *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. Santo André: ESETec.
- Todorov, J. C.; Moreira, M.; Prudêncio, M. R. A. & Pereira, G. C. C. (2004). O Estatuto da Criança e do Adolescente como metacontingência: um estudo de contingências e metacontingências no Estatuto da Criança e do Adolescente. Em: M. Z. S., Brandão; F. C. S., Conte; F. S., Brandão; Y. K., Ingberman; V. M., Silva; S. M., Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências e Metacontingências: Contextos Socioverbais e o Comportamento do Terapeuta*. Vol. 13. Santo André, SP: ESETEC.
- Vasconcelos, L. A. (2008). Brincando com histórias infantis: uma contribuição da Análise do Comportamento para o desenvolvimento de crianças e jovens. (2ª ed.). Santo André: ESETEC.
- Vieira, F. S., & Zucchi, P. (2007). Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública, 41* (2), 214-22.