

# Direito à Saúde, Análise do Comportamento e Planejamento Cultural: a efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS

*Right to Health, Behavior Analysis and Cultural Planning: the effectiveness of primary care as the preferred port of SUS*

*Derecho a la Salud, Análisis del comportamiento y Planificación Cultural: la efectivización de la atención primaria como puerta de entrada preferente de SUS*

.Luiz Eduardo de Figueiredo<sup>1</sup>

## RESUMO

A Atenção Básica em Saúde – ABS é concebida como a porta preferencial do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil. O presente estudo analisou com base em uma metodologia de metacontingências as práticas culturais da ABS descritas na Portaria nº 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, em 6 estudos empíricos de periódicos de Saúde Pública e em 32 matérias midiáticas de um programa televisivo de grande audiência, considerando os fatores que contam para a não adesão do usuário ao modelo de portas proposto pela legislação do SUS e resultam na diminuição da frequência do comportamento de buscar os serviços de atenção básica pelos usuários do SUS. A partir da sistematização

das práticas culturais sugeriu-se uma possível intervenção cultural para a efetivação da ABS como porta de entrada principal do sistema de saúde, tecendo-se considerações acerca da relevância da metodologia comportamental para o Direito Sanitário.

Palavras-chave: Análise do Comportamento; Atenção Básica à Saúde; Direito à Saúde; Planejamento Cultural.

## ABSTRACT

The Primary Health Care – PHC is conceived as the preferred port of Unified Health System – SUS in Brazil. The present study analyzed based on a metacontingencies methodology the cultural practices of PHC described in the Ordinance No. 2488 of National Primary Care Policy – PNAB, 6 empirical studies from Public Health journals and 32 television matters about PHC from a high audience TV Show, considering the factors that count towards the user's noncompliance to the ports

<sup>1</sup> Mestre em Processos Comportamentais Complexos pela UnB. Especialista em Psicologia e Psicologia Desportiva pela UnB. Psicólogo Clínico. Bacharel em Ciências Jurídicas. Especialista em Direito Sanitário pela Fiocruz Brasília

model proposed by the SUS legislation and result in decreased behavioral frequency of seeking primary care services by users. From the systematization of cultural practices it was suggested a possible intervention for effective cultural ABS as main entrance door of the health system, weaving up considerations about the relevance of the behavioral methodology for the Health Law.

**Key-words:** Behavior Analysis, Primary Health Care, Right to Health; Cultural Planning.

## RESUMÉN

La atención primaria de salud - ABS se concibe como la puerta preferente del Sistema Único de Salud - SUS en Brasil. El presente estudio analizó con base en una metodología de metacontingencias las prácticas culturales de ABS descritas en la Ordenanza N ° 2488 de la Atención Primaria Nacional - PNAB, en 6 estudios empíricos de periódicos de salud pública y en 32 noticias de un programa de televisión de gran audiencia, considerando los factores que dan cuenta de la falta de adherencia de usuario al modelo de puertas propuesto por la legislación de SUS y se traducen en disminución de la frecuencia de la conducta de búsqueda de servicios de atención primaria por los usuarios del SUS. A partir de la sistematización de las prácticas culturales se sugirió una posible intervención cultural para efectivizar la ABS como principal puerta de entrada al sistema de salud y consideraciones sobre la pertinencia de la metodología conductual para la Ley de Salud.

Palabras clave: Análisis de la Conducta, Atención Primaria de Salud, Derecho a la Salud, Planificación Cultural.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS teve o movimento da reforma sanitária brasileira como base histórica<sup>1</sup> que resultou na positivação do SUS na Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde em 1990. As normas jurídicas do SUS encontram-se positivadas na Constituição Federal no artigo 198 da Carta Magna com suas principais diretrizes e parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, tendo parte de suas competências estabelecidas no art. 200 e cuja atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do direito à saúde encontra-se nos arts. 196, 197 e 198 *caput*.<sup>2</sup>

Delduque et al<sup>3</sup> destacaram que, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a ação do Estado relacionada à proteção, promoção e cuidados de saúde se tornou uma parte da base do contrato social no Brasil, do que resultou no aumento exponencial das demandas legais do direito à saúde, e levou à maior visibilidade do Direito Sanitário enquanto ramo autônomo do Direito. Para Dallari<sup>4</sup>:

O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. (p. 48)

Escorel et al<sup>5</sup> descreveram que o processo de implantação do SUS, na segunda metade

da década, caracterizou-se pela adoção de medidas governamentais cuja finalidade era fortalecer a atenção básica à saúde – ABS. A atenção básica à saúde tem como dimensões: 1) ser porta de entrada do sistema de saúde; 2) Longitudinalidade (vínculo e territorialidade); 3) Abrangência ou Integralidade; 4) Coordenação (gestão do cuidado); 5) Orientação para a comunidade; 6) Centralidade na família; 7) Competência cultural; 8) acessibilidade<sup>6,7</sup>.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, como estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo de atenção à saúde, a partir da reconstrução da prática na ABS, colocando a família nas agendas das políticas sociais, constituindo-se como primeira porta de entrada do sistema e primeiro nível de atenção. A partir de 1999, a Estratégia Saúde da Família – ESF foi considerada pelo Ministério da Saúde como medida estruturante dos sistemas municipais de saúde a fim de reorientar o modelo assistencial e construir nova dinâmica organizativa dos serviços e ações em saúde.<sup>8,5,9</sup>

Ao descrever a Política Nacional de Atenção básica – PNAB implantada para reforçar a ESF, Giovanella et al<sup>9</sup> apontaram que:

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de

serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões. (p. 784)

A PNAB/2006 foi alterada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – PNAB/2011. De acordo com o Ministério da Saúde<sup>10</sup>, em relação à Portaria anterior, mudou-se o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade, pois as verbas destinadas diferenciam o valor *per capita* por município e beneficiam o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas; e qualidade já que induz a mudança de modelo por meio da ESF e cria um Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.

A pretensão da ESF é se constituir como porta de entrada do sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos<sup>5</sup>. Entretanto, nas últimas décadas, houve um aumento constante do uso de serviços hospitalares de emergência como porta de entrada principal por parte dos usuários do SUS<sup>11</sup>. Cerca de 65% dos pacientes atendidos poderiam ter sido atendidos em ambulatórios, 36% não dão prosseguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência, resultando em transtornos na gestão do serviço, demora no atendimento, com queda de qualidade, usuário insatisfeito e afastamento de profissionais habilitados<sup>12</sup>.

### **1.1. Práticas culturais, metacontingências**

## **e macrocontingências.**

Para a Análise do Comportamento, tanto características biológicas quanto características comportamentais da história de vida de um organismo e culturais de uma comunidade evoluem por intermédio dos processos de variação e seleção. A seleção do comportamento individual ocorre em três níveis, filogenia, ontogenia e cultura em um arranjo complexo não linear a partir da relação de contingência entre o comportamento que opera no meio, por isso operante, e suas consequências dentro de um contexto ambiental que antecede o próprio comportamento<sup>13</sup>. O conceito de contingência descreve a relação condicional entre três termos, o comportamento individual, seus antecedentes e seus consequentes, sendo o comportamento o objeto de análise<sup>14</sup>.

Para analisar práticas culturais, a ferramenta de análise é a metacontingência<sup>15</sup>, sendo o objeto de análise, ao invés do comportamento individual, o culturante que são as contingências comportamentais entrelaçadas (CCE's) de diferentes indivíduos que resultam em um produto agregado<sup>16</sup>.

Produtos agregados, tal como consequências comportamentais, são eventos subsequentes às respostas e por elas produzidos. Eles sempre são, no entanto, um resultado gerado pelas respostas de mais de uma pessoa<sup>17</sup>. (p. 186)

As metacontingências são relações funcionais em nível de análise cultural, cuja existência deriva, mas não é equivalente a contingências comportamentais individuais. Enquanto instrumento de análise, pode ser

utilizada para o estudo de normas legais e práticas culturais já que leis são constituídas de contingências tríplexes de reforço entrelaçadas em metacontingências<sup>18</sup>. No Brasil, Martins<sup>19</sup> descreve que Todorov, Moreira, Prudêncio e Pereira (2004) estudaram as metacontingências constantes no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA; Pereira (2005) estudou a correspondência entre a lei e os comportamentos dos aplicadores do direito e executores da lei no ECA; Prudêncio (2005) analisou o controle do ECA sobre práticas jurídicas processos de ato infracional por menores no DF; e Lé Sénéchal-Machado (2007) estudou o planejamento cultural no Trânsito no estabelecimento do comportamento de parar e atravessar na faixa de pedestre no DF.

Martins<sup>19</sup> analisou a construção político-social do SUS, positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. O SUS, enquanto prática cultural interventiva, positivado sob a forma constitucional de política de estado, pode ser qualificado como um enunciado de metacontingências que estabelecem diferentes práticas culturais que têm diferentes produtos agregados, orientados pelos princípios da universalidade, integralidade e hierarquia para a efetivação da saúde e envolve diferentes atores sociais.

Ao se investigar problemas sociais, um conceito importante, descrito por Mallot e Glenn<sup>20</sup> é o de macrocontingência:

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. (p.46)

O conceito de macrocontingência descreve práticas culturais mantidas pelas conseqüências individuais de comportamentos emitidos por muitas pessoas isoladamente, cujo efeito cumulativo na comunidade pode produzir um problema grave. A utilidade do conceito como ferramenta analítica pode ser vislumbrada no exemplo de Martins<sup>19</sup> ao tratar do fenômeno da judicialização da saúde:

[...] 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 [...] a

replicação desse comportamento por muitas pessoas e ao longo de gerações caracteriza uma prática cultural sob a denominação de macrocontingência. (p. 27)

Em termos de análise do comportamento, a presença de condições antecedentes motivadoras como estimulação aversiva/dolorosa (mal estar físico, psicológico e sintomas), ou de estímulos discriminativos ambientais (ex. ter alguém importante e dependente em condições de agravo à saúde) evocam o comportamento de buscar tratamento, cuja consequência positiva eficaz consiste na remoção do evento aversivo<sup>21</sup>. O comportamento de obter a consequência positiva – ter a saúde restabelecida – pode variar desde a auto-medicação, tratamentos espirituais até a busca pelos serviços de saúde. A não orientação do usuário para a porta preferencial do sistema pode representar uma macrocontingência que impacta o sistema de saúde.

O objetivo do presente estudo é o de analisar quais são os fatores que contam para a não adesão do usuário ao modelo de portas proposto pela legislação do SUS e a partir destes dados sugerir uma intervenção em planejamento cultural.

## **METODOLOGIA**

A metodologia deste estudo é descritivo-analítica, desenvolvida na Análise do Comportamento por Todorov e colaboradores<sup>19</sup> no estudo de interações entre leis e comportamento. O procedimento consistiu em pesquisa bibliográfica, análise de documento legal, e de matérias midiáticas televisivas

pertinentes ao tema investigado. O documento legal analisado consistiu da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Os artigos de periódicos foram selecionados a partir das bases bibliográficas do SciELO, utilizando-se os seguintes descritores: atenção básica à saúde, atenção primária à saúde, saúde da família, direito sanitário. Foram selecionados 6 estudos empíricos que versavam sobre a implementação da ESF, a percepção de médicos, enfermeiros, usuários e agentes comunitários sobre a ESF. Ao todo, esses artigos avaliaram a gestão da ESF em 18 municípios brasileiros e compreenderam o período entre 1999 e 2012, considerando a implementação da ESF desde 1994.

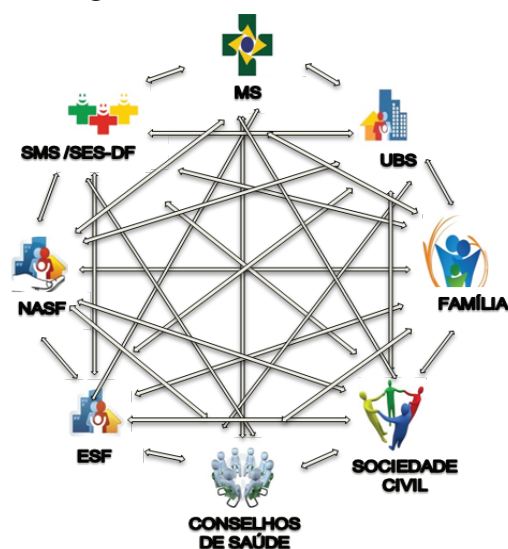
Buscou-se analisar como estão entrelaçadas as contingências comportamentais da PNAB/2011 entre suas diferentes instituições culturais e quais são os produtos agregados e conseqüências culturais almejadas, já que a PNAB se qualifica como enunciado de metacontingências. Buscou-se estruturar o perfil metacontingencial hipotético resultante da combinação dos desafios à ABS descritos pelos diferentes estudos em distintos recortes temporais que envolvem o entrelaçamento de contingências comportamentais entre as instituições culturais constantes na PNAB e seus produtos agregados

Analisou-se também a produção midiática relacionada ao tema de saúde no portal do programa televisivo, escolhido por refletir uma grande penetração em diferentes seguimentos sociais (audiência pelo IBOPE) e por apresentar pauta de temas unificada em único dia para os diferentes estados brasileiros, durante os meses de maio a setembro de 2012. O objetivo desta análise atenta às observações de Rakos<sup>22</sup> pelas

quais o estudo da mídia e de sua influência sobre práticas culturais e sobre os comportamentos individuais deve ser necessariamente abordado quanto a questões referentes ao planejamento cultural.

## RESULTADOS

A Portaria nº 2.488/2011 – PNAB/2011<sup>10</sup>, apresenta como instituições do SUS, integrantes da política, a família, instituições da sociedade civil, Conselhos de Saúde (CS) descritos na Lei Nº 8.142/90 e as instituições vinculadas ao Poder Executivo e diretamente responsáveis pelo SUS, como o Ministério da Saúde (MS) por meio de órgão específico Secretaria de Atenção à Saúde (SAS / MS), a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, o NASF, a Equipe de Saúde da Família e a Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo os produtores das contingências comportamentais entrelaçadas que resultam em produtos agregados e compõem os culturantes que integram as metacontingências, como mostra a figura 1.



**Figura 1.** Exemplificação das metacontingências constantes na PNAB/2011.

No painel verde da figura são apresentados os culturantes, que se compõe das contingências comportamentais entrelaçadas – CCE’s entre as instituições culturais presentes na PNAB/2011 e geram diferentes produtos agregados (1,2,3, etc.). No painel azul, as os produtos agregados levam a ações no ambiente externo (A, B, C, etc..), e resultam em conseqüências culturais que produzem um efeito selecionador sobre a prática, representado pelas setas amarelas, modificando, extinguindo ou selecionando os culturantes e as CCE’s.

| Contingências Comportamentais Entrelaçadas (CCE’s) | Produtos Agregados | Conseqüências Culturais          |
|--|--------------------|----------------------------------|
|  | 1                  | A                                |
|  | 2                  | B                                |
|  | 3                  | C                                |
|  | 4                  | D                                |
|  | etc...             | etc...                           |
| <b>CULTURANTES</b>                                 |                    | <b>AÇÕES NO AMBIENTE EXTERNO</b> |

FONTE: Portaria nº 2.488/2011.

### **Análise funcional da Portaria nº 2.488/2011 – PNAB/2011**

A análise funcional das contingências individuais, presentes na PNAB/2011 permitiu a construção de duas categorias funcionais a partir dos enunciados legais: contingências comportamentais completas e contingências comportamentais parciais. As primeiras descrevem o padrão comportamental, seus antecedentes e as conseqüências reforçadoras

ou aversivas. As contingências parciais descrevem os antecedentes, o comportamento, sem o estabelecimento da conseqüenciação pelo descumprimento das regras ou apresentam a descrição do comportamento e da conseqüência contingente ao descumprimento da norma sem o respectivo contexto antecedente<sup>19</sup>.

Com relação à terminologia, optou-se neste texto pela expressão contingências parciais ao invés de incompletas, porque o Direito adota regras integrativas que não permitem que omissões legislativas impeçam a aplicação de conseqüências. Regra prevista nos artigos 4º da Lei de Introdução das Normas de Direito Brasileiro – DL nº 4657/42<sup>23</sup> (BRASIL, 1942), pelo qual “Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito.” e 5º, “na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum”.

Observa-se no texto da Portaria que a maior parte das normas descrevem contingências completas com suas conseqüências reforçadoras implícitas e explícitas, sobretudo ao descrever a responsabilidade das esferas de governo federal, estadual e municipal; o processo de trabalho das equipes de atenção básica; as atribuições dos membros da ESF; as especificidades da ESF e da Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde; Equipes de Atenção Básica para a população de rua e Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense;

NASF; Programa Saúde na Escola; implantação e credenciamento das equipes de atenção básica e Financiamento da Atenção Básica.

Verifica-se também a descrição de um preceito secundário coercitivo para o descumprimento da PNAB. Observa-se que a consequência aversiva do preceito secundário trata especificamente da suspensão dos recursos para irregularidades na execução da política o que completa a maior parte das contingências

parciais do texto normativo, sobretudo ao se considerar o aspecto da malversação de recursos ou desvio de finalidade, que englobam a execução da atividade administrativa como um todo. (Quadro 1)

Dentre as contingências parciais, a que se

**Quadro 1.** Contingências completas que apresentam consequências aversivas para o descumprimento de elementos da PNAB.

| CONTEXTOS ANTECEDENTES  | COMPORTAMENTO             | CONSEQUÊNCIAS   |
|---|---------------------------|---|
| Irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional | SESDF / SMS Submete à CIB | a) Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;<br>b) Comunicação ao MS;<br>c) Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB |

destaca por seu caráter abstrato de ações é a da educação permanente. Trata-se de norma meramente declarativa que atribui que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente e que o comportamento de articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas tem como consequência referência mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

Com base na Portaria nº 2.488/2011, especificamente em seu anexo A, que trata das Disposições Gerais da Atenção Básica, organizou-se a estrutura metacontingencial ideal programática proposta pelo Ministério da Saúde para a PNAB (figura 2). No painel verde

da figura são apresentados os culturantes, que se compõe das contingências comportamentais entrelaçadas – CCE's entre as instituições culturais presentes na PNAB/2011 e geram diferentes produtos agregados, como por exemplo a adstrição territorial. No painel azul, os produtos agregados levam a ações no ambiente externo, como por exemplo o contato preferencial dos usuários, e resultam em conseqüências culturais que produzem um efeito selecionador sobre a prática, representado pelas setas amarelas, modificando, extinguindo ou selecionando os culturantes e as CCE's.

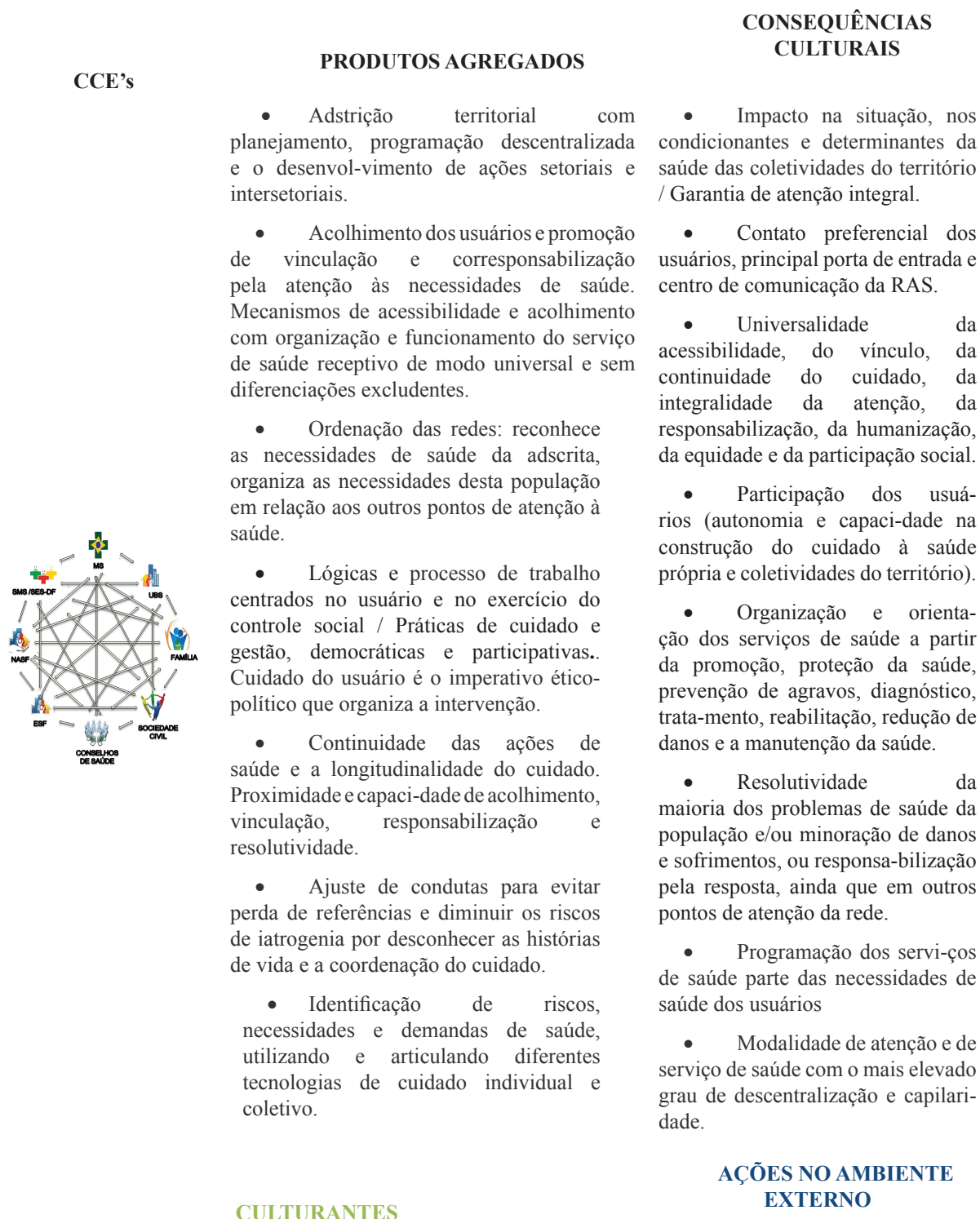
O que se verifica é que os enunciados metacontingenciais dispostos no texto da PNAB/2011 são ideais do ponto de vista do estabelecimento da ABS como prática cultural eficaz, uma vez que os culturantes apresentam como conseqüências culturais efeitos que atentam para as dimensões da ABS,



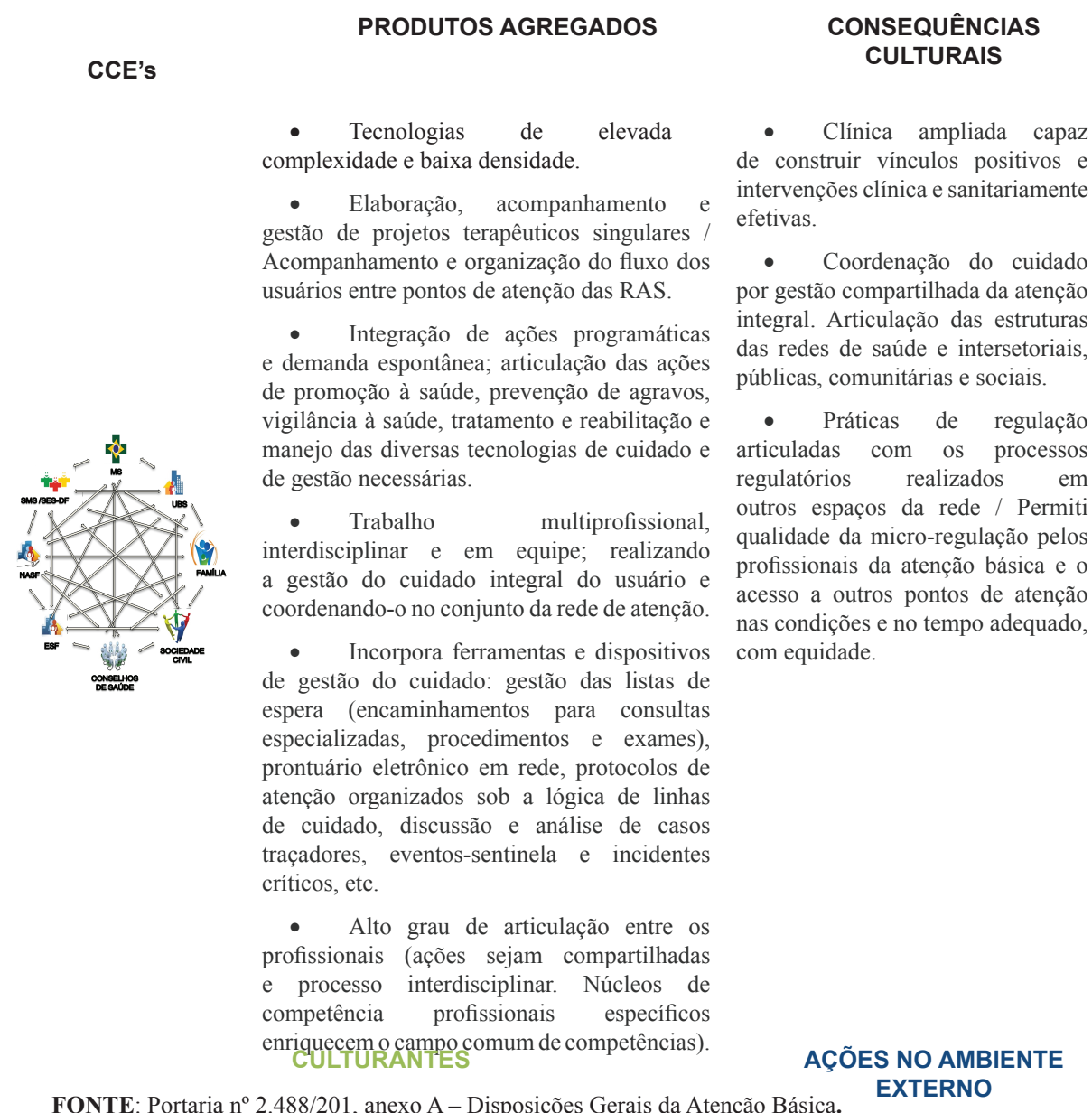
funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, apresentando longitudinalidade a partir do vínculo e da territorialidade; abrangência ou integralidade da saúde; coordenação com a gestão do cuidado;

orientação para a comunidade; centralidade na família; competência cultural; e acessibilidade.

Figura 2. Metacontingências programáticas (continua)



**Figura 2.** Metacontingências programáticas (conclusão)



**FONTE:** Portaria nº 2.488/201, anexo A – Disposições Gerais da Atenção Básica.

### 3.2 Análise Funcional dos dados

A análise dos dados dos estudos realizados engloba os estudos de: Juliani e Ciampone<sup>23</sup> (1999) que investigaram a percepção da organização do sistema de referencia e contra-referencia nos três níveis de complexidade por enfermeiras no município de Botucatu; de Escorel et al<sup>5</sup> (2007) que investigaram a implantação do ESF em 10 municípios com população acima de 100.000 habitantes (Camaragibe – PE, Palmas –TO, Vitória da

Conquista –BA, Vitória –ES, Aracaju –SE, São Gonçalo – RJ, Campinas – SP, Goiânia – GO, Manaus – AM, Brasília – DF), considerando a perspectiva dos gestores, profissionais das equipes e famílias cadastradas; de Giovanella et al<sup>9</sup> (2009) sobre a implementação da ESF a partir da análise da integração da SF à rede assistencial e atuação intersetorial em municípios com elevada cobertura (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória); de Silva et al<sup>25</sup> (2010) que investigaram como o

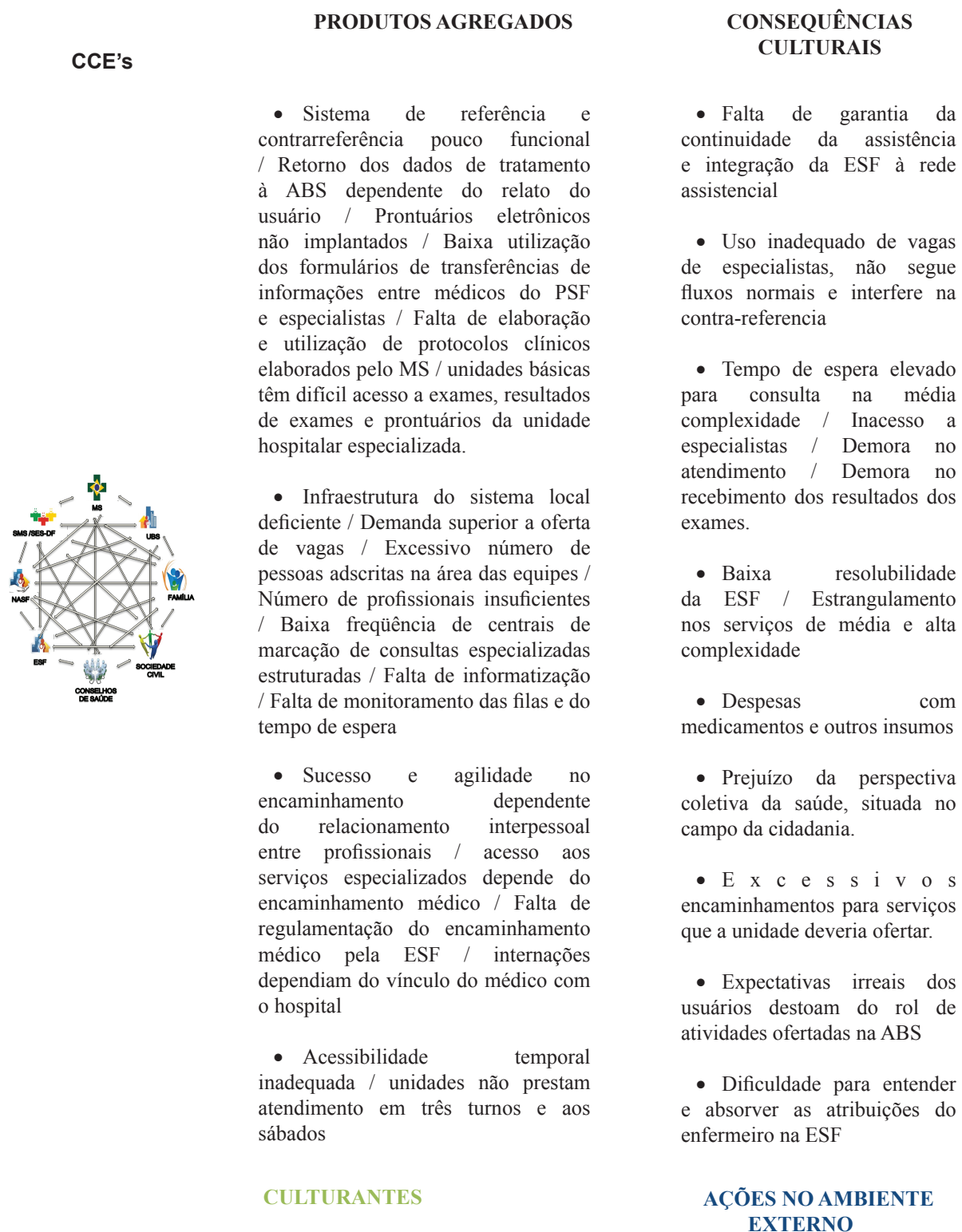
médico do PSF de Duque de Caxias percebe sua atuação; de Azevedo e Costa<sup>26</sup> (2010) que analisaram a percepção dos usuários sobre o acesso à Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Recife, Pernambuco; de Schwartz et al<sup>28</sup> (2012) que avaliaram o acesso dos usuários à Unidade Saúde da Família (USF) e os problemas locais enfrentados no município de Vitória (ES) em uma USF.

Buscou-se estruturar o perfil metacontingencial hipotético resultante da combinação dos eventos descritos pelos estudos analisados (figura 3), pois os eventos não ocorrem conjuntamente em um único ambiente e em um único recorte temporal, visto que descrevem 18 municípios e períodos distintos, o que faz com que as metacontingências

descritas na figura 3 representem uma conjuntura hipotética baseada nos problemas persistentes descritos pela literatura da ABS.

Observa-se (figura 3), que a produção agregada dos diferentes contingências comportamentais entrelaçadas resulta em consequências culturais que afetam de forma deletéria as dimensões da ABS, resultando no mal funcionamento como porta de entrada do sistema de saúde, com prejuízos para a longitudinalidade a partir do vínculo e da territorialidade; abrangência ou integralidade da saúde; coordenação com a gestão do cuidado; orientação para a comunidade; centralidade na família; competência cultural; e acessibilidade.

**Figura 3.** Metacontingências programáticas (continua)



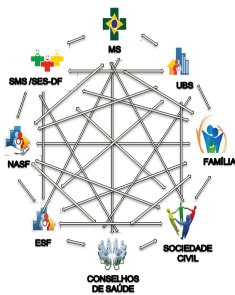
**Figura 3.** Metacontingências programáticas (continua)

|              |                           |                                |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>CCE's</b> | <b>PRODUTOS AGREGADOS</b> | <b>CONSEQUÊNCIAS CULTURAIS</b> |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|

**Figura 3.** Metacontingências programáticas (conclusão)

|              |                           |                                |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>CCE's</b> | <b>PRODUTOS AGREGADOS</b> | <b>CONSEQUÊNCIAS CULTURAIS</b> |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|

- Percepção dos profissionais das ESF quanto à ABS ser porta de entrada é mais positiva que as das famílias / Baixa qualificação profissional e motivações assistencialistas para pobres e ideológicas sobre a AB municipal. Despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas / desconhecimento dos estudantes de medicina sobre o sistema de referência e contra-referência



- Baixo engajamento de profissionais de nível superior em atividades de educação de grupo e extramuros (atuação na comunidade e intersectorial) /
- Concepção de saúde como ausência das doenças / problemática na interação entre especialistas e generalistas/ a preparação e capacitação para a assistência eminentemente teórica / Motivação para trabalhar na ESF era a remuneração / Pouca especialização em medicina de família e comunidade ou medicina geral e comunitária
- Ausência de atendimento a pequenas urgências / Falta de medicamentos e insumos / Falta de informação na relação do usuário sobre os serviços do SUS.

**CULTURANTES**

**AÇÕES NO AMBIENTE EXTERNO**

**Fontes:** Juliani e Ciampone (1999); Escorel et al (2007); Giovanella et al (2009); Silva et al (2010) Azevedo e Costa (2010); Schwartz et al (2012).

**Análise do material midiático:**

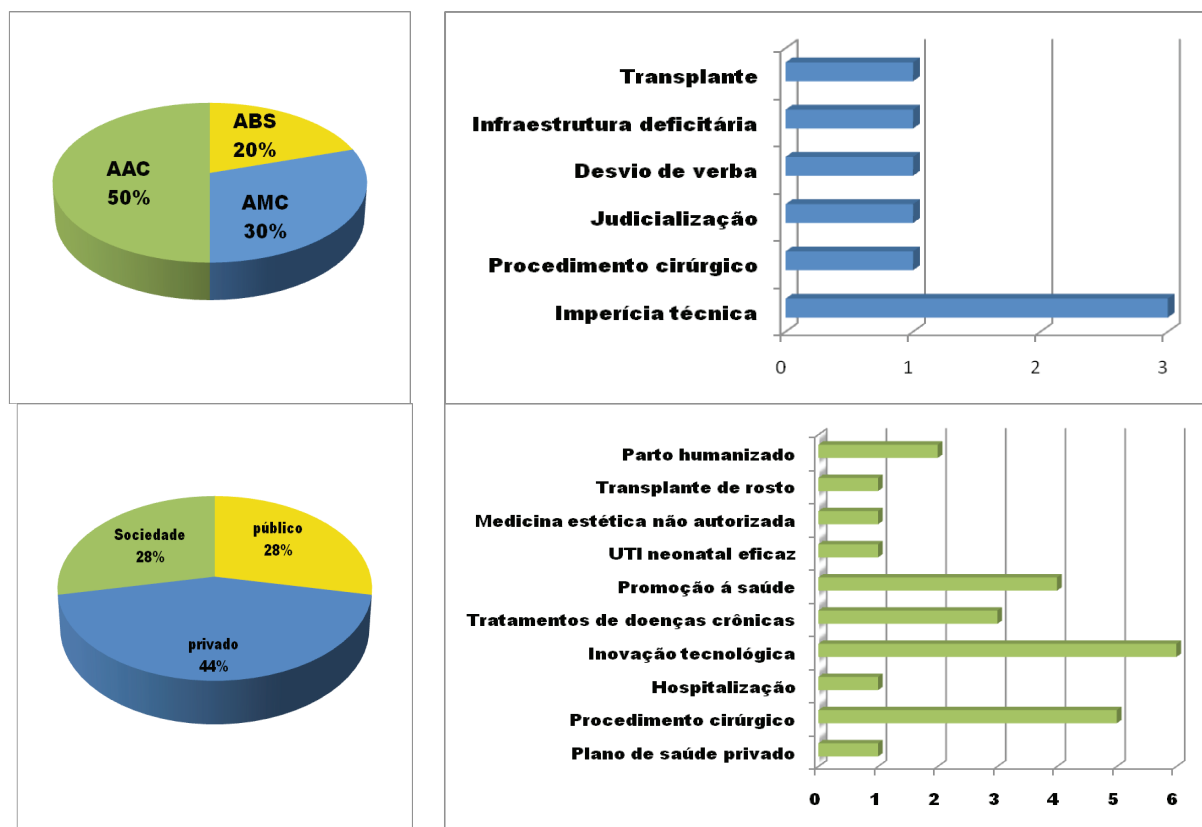
Das 32 matérias jornalísticas que tratavam do tema saúde, foram descartadas as matérias

que tinham como protagonista das ações de saúde o próprio programa, ainda que tratassem de algum nível de atenção à saúde. Observa-se (figura 3) que a maior percentagem de matérias foi em relação à média e alta complexidade. Do total de matérias, apenas

28% tratavam do setor público e 20% se referiam à atenção básica. As matérias que se referiam exclusivamente ao SUS tinham como temas o transplante, procedimentos cirúrgicos enquanto aspectos positivos. Os demais temas tratavam da infraestrutura deficitária, desvio de verba, judicialização para obtenção de insumos, e a maior parte tratava da imperícia

técnica profissional. Os únicos aspectos negativos apresentados quanto à saúde privada, que representava 44% das matérias, tratavam da falta de cobertura de planos de saúde e da prática de medicina estética não autorizada por Conselho profissional. Nenhuma matéria tratou da ABS no SUS, sequer mencionando a ESF.

**Figura 3.** Dados produzidos pela exposição midiática do tema de saúde em relação a: níveis de atenção – A; setores envolvidos – B; temas exclusivos do SUS – C; temas exclusivos da saúde privada – D



FONTE: [HTTP://FANTASTICO.GLOBO.COM/](http://fantastico.globo.com/). (N =32).

#### 4 DISCUSSÃO

A partir da análise conjunta dos dados, verifica-se que as metacontingências resultantes da combinação das dificuldades encontradas na atenção básica, quando contrastadas às metacontingências ideais propostas pelo texto normativo da PNAB, sugerem a persistência

de produtos agregados defeituosos que geram consequências culturais indesejáveis a despeito das normas produzidas. Destaca-se que não se diferenciam aqui os perfis metacontingenciais de centros urbanos ou pequenos municípios, pois, parece haver generalização dos problemas descritos nos estudos analisados.

Os dados parecem corroborar as observações feitas por Castro e Machado<sup>28</sup> (2012) quanto à continuidade da política federal da atenção básica nos anos 2000, de forte influência pelo PSF entre 1994 e 2002, e sua conclusão de que diversos estudos mostraram que a ESF favoreceu a ampliação da oferta e da cobertura da atenção básica, operou mudanças na organização e nas práticas em saúde, reduziu a mortalidade infantil em alguns locais e, contrariamente, identificaram desafios relacionados à precariedade dos vínculos de parte expressiva dos profissionais da ESF, ao financiamento, à integração da rede de serviços, entre outros.

As inovações descritas pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup> sobre a Portaria nº 2.488/2011 revelam que parte das contingências presentes nas normas desta, inclusive as que tratam dos preceitos secundários referentes à suspensão dos recursos, possui similaridade contingencial às normas anteriores constantes na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Quanto às contingências parciais, o presente estudo não analisou como as metacontingências programáticas propostas pela PNAB/2011 se efetivam pelas instituições culturais responsáveis por completá-las (SMS, SES-DF). Entretanto, os estudos denunciam que, embora a PNAB estabeleça a consequenciação aversiva para a não efetivação dos fins da política, a medida não é eficaz para a melhoria de alguns produtos agregados, como o fluxo de referência e contrarreferência e a educação permanente, cujas consequências culturais prováveis são a falta de garantia à continuidade da assistência e de integração à rede e a gestão do cuidado insatisfatória, dentre outras

Considerando-se os dados midiáticos,

Laitinen e Rakos<sup>22</sup> (1997) identificaram enquanto controle antecedente, quatro categorias de controle de estímulos na análise comportamental da informação midiática. Pode-se verificar a partir do material analisado que a função antecedente da propaganda do SUS, enquanto estímulo discriminativo apresenta que na presença do SUS, a probabilidade de qualquer pessoa obter uma cirurgia ou um transplante é provável diante do comportamento de buscar atendimento, enquanto que na saúde privada essas consequências positivas são menos frequentes ou não são disponíveis para todos. A função motivacional verificada nas matérias pela descrição do SUS caracterizado por imperícia técnica, infraestrutura deficitária e desvios de verba, pode aumentar sua aversividade e resultar na remoção do sistema como forma eficaz de consequência positiva, evocando o comportamento de esquiva ou fuga para os grupos que podem se esquivar por terem recursos financeiros e assistência de saúde particular. A função antecedente de regra pode ser observada pelos estímulos verbais que especificam para o usuário do SUS que buscar tratamento funciona para obter serviços de alta complexidade, pois estão disponíveis, e que o comportamento de judicializar a saúde funciona para obter insumos e medicamentos. O último controle de estímulos antecedentes é o do Símbolo, estímulo formado por operações de equivalência de estímulos, no qual o comportamento fica sob o controle do estímulo que não foi diretamente associado ao reforçamento. O SUS enquanto símbolo parece existir apenas em alta e média complexidade, mas inexistente na Atenção Básica.

Os dados produzidos pela análise funcional das matérias midiáticas exibem um forte

conteúdo cultural de viés hospitalocêntrico, destacando uma cultura sanitária brasileira biomédica, que trata a saúde como ausência de doença, capitalista e excludente. Essa visão descreve o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde<sup>29</sup>. Observa-se um grande enaltecimento da saúde privada, apresentando como problemas apenas o exercício do direito à saúde por meio do plano privado, incluindo-se aí o parto humanizado.

Curiosamente, a PNAB não trata do como a Atenção Básica deve ser publicamente conhecida, tampouco exhibe mecanismos de publicidade intersetoriais. Na metacontingência hipotética resultante da combinação dos dados, um dos produtos agregados é a falta de informação pelo usuário sobre o SUS cujas consequências culturais prováveis são expectativas irreais dos usuários, destoando do rol de atividades ofertadas na ABS e as famílias não buscarem atendimento quando necessitam de um profissional de saúde além da baixa utilização recente da ABS frente a episódio de doença.

A partir das metacontingências hipotéticas estruturadas e da análise do conteúdo midiático é provável que o comportamento de não buscar serviço de saúde na atenção básica diante de um sinal de agravo seja um efeito colateral de diversas contingências comportamentais entrelaçadas com produtos recorrentes somadas ao controle antecedente da propaganda deletéria sobre ABS que abatem o comportamento, do que pode resultar em efeitos indesejados para o sistema de portas proposto pela legislação do SUS, funcionando como macrocontingência ao ser repetido por

diferentes pessoas. As portas de emergência e urgência em média complexidade podem representar uma contingência de reforçamento eficaz concorrente à ABS neste sentido, vez que funcionam 24h, apresentam especialistas disponíveis e o atraso para o atendimento é menor. Além disso, pode-se verificar que a persistência da cultura biomédica difusa não facilita o reconhecimento do SUS como um serviço universal e sim para classes desfavorecidas que não têm recursos para acessar a saúde privada.

### **Planejamento Cultural e Direito Sanitário**

Lé Sénéchal-Machado<sup>30</sup> (2007) descreveu como uma intervenção cultural característica da democracia participativa mudou duas práticas culturais que resultavam em alto índice de atropelamentos no DF – motoristas não respeitando a faixa de pedestres e pedestres não a utilizando – ao ser proposta e acordada no Fórum Permanente pela Paz no Trânsito criado na Universidade de Brasília. O Fórum reuniu diferentes instituições (Secretaria de Transportes de Segurança Pública e de Comunicação, do GDF a mídia local; entidades religiosas, Polícia Militar; Detran e Universidade de Brasília). As decisões sobre o que fazer com relação ao problema social constituíram-se em produtos agregados a partir do entrelaçamento dos comportamentos do grupo formado. Cada representante, na sua própria agência articulou ações que caracterizam o produto de cada uma das agências identificadas e analisadas no estudo. O produto do Fórum (decisões tomadas) e os produtos de cada agência (aplicação das decisões) produziram um efeito selecionador no ambiente externo. Esse efeito foi a redução dos índices de atropelamentos de 1997 até



os dias atuais. Os autores qualificaram a metacontingência que resultou na mudança das práticas danosas para a sociedade como de curta duração pois a duração do fórum foi de 1997 a 1998 e os resultados permaneceram estáveis caracterizando uma intervenção cultural bem sucedida.

O direito à saúde apresenta natureza interdisciplinar ou mesmo transdisciplinar, já que seu desenvolvimento se dá em uma sociedade em rede<sup>31</sup>. É necessário ter uma coordenação entre o conhecimento científico de várias ordens (direito, economia, política, psicologia, sociologia entre outros) e o conhecimento popular, buscando a coesão de distintos conhecimentos.

Pereira, Oliveira e Alves<sup>32</sup> (2012) destacaram a importância dos movimentos sociais e da participação social nas conquistas democráticas no âmbito das políticas públicas de saúde para a concretização e evolução do direito na América Latina. Os autores apontam que o modelo participativo de exercício democrático e de construção de políticas públicas podem ser vislumbrados em dispositivos constitucionais e também em novas experiências de participação social direta em saúde. Delduque, Marques e Vargas<sup>33</sup> (2012) apontam que exercício do direito à saúde está intrinsecamente relacionado à elaboração de políticas de saúde e à prestação pública dos serviços de saúde, que estão impregnados de questões de ordem econômica, política, social e técnico-científica, devendo essas políticas serem permanentemente seguidas pela sociedade e submetidas a controle social em fóruns constituídos para essa finalidade, devendo estar definidas com clareza nas normas que a estabelecem para garantir inclusive o controle jurisdicional.

Considerando os mecanismos democráticos de participação e controle social descritos por estes estudos, os princípios do SUS, a especificidade da ABS, e o potencial pedagógico e democrático das intervenções culturais em metacontingências, sugere-se uma intervenção cultural para o enfrentamento do problema descrito. Para atender à proposta de abrangência, resolutividade, territorialização, e regionalização que caracterizam a PNAB, propõe-se a criação de um Fórum de Efetivação da Atenção Básica à Saúde – FEABS promovido pelas Universidades Federais em sua adstrição territorial.

O Fórum deve ter como produto agregado as decisões tomadas em conjunto que resultam na aplicação das decisões pelos representantes das agências de controle de comportamento envolvidas, cujos produtos podem gerar um efeito selecionador no ambiente externo – a mudança comportamental no repertório dos atores que participam da ESF e cujo resultado serão novos produtos que efetivarão a ABS como porta de entrada preferencial do SUS. Os representantes das instituições culturais participantes do FEABS devem consistir a princípio de membros do MS, das SES, das SMS's, da SES-DF, dos CS's municipais, regionais e estaduais, da CIT, de entidades Religiosas, Acadêmicos das áreas de Saúde e Direito Sanitário; dos Conselhos Profissionais de Saúde regionais e federais, dos poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público, de órgãos do executivo que participam das ações interesetorias (coleta de lixo, etc), de instituições Midiáticas, do Ministério da Educação e Secretarias de Educação, das equipes da saúde da família de famílias e usuários da ABS no SUS; As decisões

do fórum podem objetivar inicialmente as mudanças nas práticas ineficazes descritas nas metacontingências hipotéticas dentre outras não detectadas neste estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de contingências completas descritas pelas normas da PNAB evidencia a falta de controle eficaz das políticas públicas enquanto mecanismo normativo de regulamentação comportamental. E isto porque a literatura sobre comportamento governado por regra<sup>34</sup> apresenta dados empíricos nos quais a descrição de contingências completas em regras têm maior controle sobre o comportamento de seguir a regra do que a descrição parcial.

Sendo assim, a produção agregada defeituosa ao longo dos anos, descrita pelos estudos analisados, mostra que as consequências imediatas, como o atraso do atendimento, a falta de acesso à média complexidade, dentre outras dispostas na figura 3, são conhecidas pelo usuário dos serviços da ABS, o que resulta que as contingências ambientais imediatas em vigor são distintas das ideais descritas pelo texto normativo da PNAB/2011.

A contradição existente entre as metacontingências ideais descritas no texto da PNAB/2011 e as descritas em um arranjo hipotético dos estudos empíricos sugere que a efetivação da ABS como porta de entrada das redes de atenção à saúde pode representar uma das maiores conquistas do movimento sanitário no processo de desenvolvimento civil que vem sendo implementado.

Parece também não haver uma descrição

midiática apropriada do SUS, que endossa uma cultura hospitalocêntrica. Considerando os elementos constitutivos do SUS na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, o símbolo do SUS deve caracterizar dentre os níveis de atenção à saúde e suas redes integradas, as indústrias que utilizam dinheiro público para fabricar equipamentos, insumos e tecnologias para o governo; universidades, que recebem verbas para cuidar da população e para desenvolver pesquisas; serviços de proteção à saúde, ou seja, vigilância em saúde; serviços assistenciais públicos, privados e filantrópicos (conveniados), atingindo a todos os setores da sociedade. Enfim uma logomarca que descreve todos os serviços que recebem recursos públicos na efetivação do direito à saúde.

O presente estudo aponta como medida interventiva o planejamento cultural democrático participativo para efetivar a contracultura da ABS diante desta cultura hospitalocêntrica persistente e garantir o controle social e a eficácia da PNAB. Como aponta Costa<sup>31</sup> (2012, p. 33):

La praxis que actualiza el derecho no se hace solamente mediante las instituciones estatales. El derecho se construye y reconstruye en el seno de la sociedad, las luchas de los movimientos sociales y en los espacios públicos donde los ciudadanos con autonomía pública y privada viven su autolegislación: en la calle.

Por fim, o conceito de metacontingência se revela importante ferramenta na contribuição dialógica interdisciplinar, sobretudo com o Direito Sanitário, para a diagnose de práticas culturais na implantação eficaz de políticas

de estado interventivas e delineamento de diretrizes para o planejamento cultural que assegurem o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Escorel, S *et al.* As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.
3. Delduque, MC *et al.* Bases conceptuales del derecho a la salud: del derecho a la salud al Derecho Sanitário em El derecho desde la calle: introducción critica al derecho a la salud / organizadores: Maria Célia Delduque [et al.]. – Brasília: FUB, CEAD, 2012.
4. Dallari, SG. Direito Sanitário em Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007 Mar; 21(2-3): 164-176.
6. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
7. Giovanella, L. e Mendonça, MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, L. *et al.* (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
8. Assis, MMA *et al.* Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS* 2007 Jul./Dez; 10(2), p. 189-199.
9. Giovanella, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009 Jun. 14(3):783-794.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
11. O'dwyer GO; Oliveira SP; Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009 Dec.; 14(5):1881-1890.
12. Ribeiro AL. Emergência X Atenção Eletiva, um problema a ser resolvido. Rio de Janeiro. Monografia [Especialização em Gestão em Saúde] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fiocruz. 2009.
13. Skinner, BF. Selection by consequences. *Science*, 1981, 213:501-504.
14. Todorov JC. Behaviorismo e análise experimental do comportamento. *Cadernos de Análise do Comportamento*, 1982 v. 3:10-23.

15. Glenn SS. 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, 1991.
16. Vichi C, Andery MAPA; Glenn SS. A Metacontingency Experiment: The Effects of Contingent Consequences on Patterns of Interlocking Contingencies of Reinforcement. Behavior and Social Issues, 2009 18:1-17.
17. Sampaio AAS; Andery MAPA. Comportamento social, produção agregada e prática cultural: uma Análise Comportamental de fenômenos sociais. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 2010 Mar. 26(1):183-192.
18. Todorov JC. Laws and the complex control of behavior. Behavior and Social Issues, 2005 14:86-90.
19. Martins ALA. O Sistema Único de Saúde: Contingências e Metacontingências nas Leis Orgânicas da Saúde. Brasília. Dissertação de Mestrado [Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento] – Universidade de Brasília, 2009.
20. Mallot M; Glenn SS. Targets of intervention in cultural and behavioral change. Behavior and Social Issues, 2006 15:31-36.
21. Michael J. Distinguishing Between Discriminative and Motivational Functions of Stimuli. Journal of Experimental Analysis of Behavior, 1982 37:149-155.
22. Laitinen, RE; Rakos RF. Corporate Control of Media and Propaganda: A Behavior Analysis. Em Cultural Contingencies: behavior analytic perspectives on cultural practices / edited by P. A. Lamal - Westport, CT: Praeger, 1997.
23. Brasil. Decreto Lei n.º 4.657, DE 4 DE SETEMBRO DE 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Diário Oficial da União 9.9.1942.
24. Juliani CMCM; Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e Rev. esc. enferm. USP contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. Rev. Esc. Enf. USP 1999 Dec., 33(4):323-333.
25. Silva ACMA e et al . A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, 2010 19(1):159-169.
26. Azevedo ALM; Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010 Dez. 14(35). Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de setembro de 2012. Epub Sep 08, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>.
27. Schwartz TD; Ferreira JTB; Maciel ELN; Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciênc. saúde coletiva 2010 Jul.; 15(4):2145-2154.

28. Castro ALB; Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, Rio de Janeiro 2012 Jun.; 22(2):477-506.

29. CostaGDetal. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009 62(1):113-118.

30. Lé Sénéchal-Machado V. O comportamento do brasileiro na faixa de pedestre: exemplo de uma intervenção cultural. Dissertação de Mestrado [Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento] – Universidade de Brasília. 2007.

31. Costa AB. Salud: un derecho desde la calle em El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud / organizadores: Maria Célia Delduque [et al.] – Brasília : FUB, CEAD, 2012.

32. Pereira, MF; Oliveira MSC; Alves SMC. Ciudadanía y Participación em Salud: espacios y procesos participativos en la democracia brasileña. em El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud / organizadores: Maria Célia Delduque [et al.] – Brasília : FUB, CEAD, 2012.

33. Delduque MC; Marques SB; Vargas K. Judicialización de las políticas públicas de salud en América Latina. em El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud / organizadores: Maria Célia Delduque [et al.] – Brasília : FUB, CEAD, 2012.

34. Galízio M. Contingency-shaped and rule-governed behavior: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of*

*Experimental Analysis of Behavior* 1979 31: 53-70.

Artigo apresentado em: 20/02/2013

Artigo aprovado em: 10/03//2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013