

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento

GIULIA CÂNDIDO BRUNO

**O CONTRACONTROLE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:**

**Análise do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde**

Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento

SÃO PAULO

2023

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento

Giulia Cândido Bruno

**O CONTRACONTROLE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:**

**Análise do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde**

Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento sob orientação da Profa. Dra. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni.

SÃO PAULO

2023

Banca Examinadora

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por fotocópias ou processos eletrônicos.

São Paulo, 19 de Dezembro de 2022.

Assinatura: \_\_\_\_\_

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – 88887.598102/2021-00.

## **Agradecimentos**

O mestrado aparece para o mundo como uma conquista individual, assim como quase todas as coisas da vida profissional, mas definitivamente não seria nada comportamental atribuir tal conquista a qualquer dom ou habilidade natural. Sim, foram necessárias incontáveis respostas minhas até chegar no produto a ser lido por você nesta dissertação, mas esse resultado é incapaz de ser uma medida fidedigna de tudo que eu aprendi e vivi nestes últimos dois anos, de tudo que me trouxe até o PEXP e, principalmente, é incapaz de representar todas as pessoas que fizeram parte das contingências envolvidas em cada uma destas incontáveis respostas. Assim, dedico esta seção ao esforço provavelmente falível de mencionar as pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida e que foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Vieram de casa as primeiras e mais fortes contingências dessa história, foi a família Bruno que reforçou das mais variadas maneiras as respostas relacionadas ao estudo, à rotina e à dedicação. Foram eles que desde sempre me deixaram sonhar e me deram todas as oportunidades possíveis para eu percorrer os caminhos que foram surgindo, meus sonhos e minhas vontades. Eu diria, na verdade, que em muitas vezes foram eles que reconheceram em mim habilidades que eu era incapaz de perceber e que foram fundamentais para minhas decisões. Para além disso, eles sempre me lembraram de viver as coisas boas da vida, cuidaram de mim e garantiram uma boa dose de descanso ao longo desses anos. Eu agradeço a vocês por terem sido exemplo, por confiarem em mim, me proporcionarem oportunidades e por valorizarem cada passo que eu dei até hoje. Agradeço à minha mãe, Dalvaneide; meu avô, Bruno; meus pais, Bruno e Márcia; minha avó e maior companheira, Lourdes; meus irmãos, Giovanna, Giuseppe e Amauri; meus padrinhos, Solange e Romano; e minhas primas, Stella e Camilla. Agradeço especialmente aos meus pais por terem me proporcionado uma vida boa e confortável e me oferecido todas as oportunidades que estavam ao alcance deles para realizar os meus sonhos.

Agradeço ao Thiago, meu companheiro, por tantas coisas que será um desafio enumerar metade delas. O Thiago foi parte fundamental do meu dia a dia no mestrado, desde a decisão por este caminho, ainda na graduação, até toda a execução deste trabalho. Foi ele quem me ajudou a me organizar e a manter as contingências de “autocontrole” nesse percurso, muitas vezes foi ele, inclusive, que evitou altas doses de procrastinação e se certificou de que eu estava dentro dos prazos atribuídos. Agradeço ao Thiago, ainda, por todas as habilidades ensinadas – e algumas vezes simplesmente aplicadas – com o Excel, Power Point, conhecimentos variados

de inglês, economia e, principalmente informática, que me salvavam das mais cruéis (e cotidianas) tarefas da vida moderna. Foi ele também quem esteve ao meu lado, quem segurou minha mão, me deu confiança, acreditou em mim e viveu comigo incontáveis momentos que nada tinham a ver com o mestrado, que me ajudavam imensuravelmente a lembrar o tamanho da vida para além da academia e me aproximavam de outras coisas fundamentais para mim.

Agradeço a minhas amigas da vida por sempre terem confiança em mim e por servirem de exemplo e espelho para várias características que hoje me fazem uma pessoa melhor e que foram muito necessárias ao longo desses anos de mestrado. Agradeço à Giovanna, Stella, Larissa, Leticia e Paula, porque foram vocês que me ensinaram a importância de se ter do lado pessoas que me apoiam, me amam e que embarcam comigo nos meus sonhos. Foi com vocês que aprendi a lidar com as responsabilidades de ser mulher em nossa sociedade, a superar também os obstáculos dessa condição e a ter como inspiração mulheres de luta que muito alcançaram em suas vidas pessoais e profissionais.

Agradeço às amigas analistas do comportamento que conheci ainda na graduação e foram fundamentais para minha trajetória, me inspiraram pelo caminho da luta e da transformação social. Agradeço à Carol, Le Romano e Samanta por terem feito parte da minha vida e por terem descoberto junto comigo o poder da Análise do Comportamento de transformar vidas e sociedades.

Agradeço, ainda, aos amigos que fiz no mestrado por viverem comigo, na pele, todas as angústias desse percurso, pelos momentos de dúvida, de desabafo, de frustração e de desânimo coletivo que experienciamos juntos nesses dois anos: Ariana, Abigail, Diandra, Henrique, Thomas e aos outros colegas do PEXP. Agradeço também pelas ajudas, apoios, reuniões, trabalhos compartilhados e pelas palavras de conforto. Mas agradeço, principalmente, por cada encontro fora do contexto acadêmico, pelos bares depois das aulas, pelas saídas de fim de semana, pelas conversas no caminho da PUC e pela oportunidade de conhecer as pessoas maravilhosas que vocês são. Obrigada por serem companhias tão importantes nesse percurso e por terem fortalecido um laço tão necessário no meio de tanto trabalho que tínhamos pela frente.

Agradeço aos meus professores de Análise do Comportamento da PUC-SP, aos que encontrei na graduação e aos que encontrei no mestrado. Obrigada à Mare, Fani, Paula, Daniel, Marcos, Nilza e Ziza. Em especial, e com muito carinho, agradeço à Paola, Jazz, Emerson, Amílcar, Edna, Denize e Mônica. Vocês são os principais responsáveis por tudo que aprendi

de Análise do Comportamento, de pesquisa, de psicologia e da nossa profissão. São inspiração, exemplo e confiaram em mim desde o princípio, agradeço por todas as oportunidades que vocês me deram, por todas as aulas, supervisões, orientações, monitorias e conversas ao longo desses sete anos de PUC-SP. Vocês foram extremamente bons em criar contingências de modelagem e modelação do meu comportamento de pesquisadora e analista do comportamento. Seria impossível descrever o tamanho do mundo que vocês abriram para mim e do sentido do trabalho que vocês colocaram na minha vida.

Agradeço aos membros da banca da minha qualificação, Amílcar e Diego, por todos os apontamentos, sugestões e perguntas que enriqueceram muito o meu trabalho e potencializaram as contribuições científicas e sociais possíveis com as discussões aqui apresentadas.

Agradeço à professora Mônica, minha orientadora, por todas as contingências extremamente reforçadoras as quais planejou para mim em todos esses anos. Foi a Mônica, no meu primeiro contato com ela numa disciplina de pesquisa da graduação, que fez com que eu me apaixonasse por pesquisa e construísse uma relação com muito mais reforçamento positivo que negativo nessa interação. É difícil descrever para alguém que não trabalhou com ela o quanto ela consegue transformar as situações mais estressantes em uma conversa cheia de acolhimento, reconhecimento e confiança, mas é evidente para qualquer pessoa que teve essa honra. Agradeço por cada reunião, papo e encontro que tivemos, você é a maior responsável por eu ter decidido ser pesquisadora e analista do comportamento e eu jamais serei capaz de demonstrar o tanto que você faz diferença na vida de todos que têm a sorte de cruzar o seu caminho como eu.

E, por fim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma dedicam sua vida e seu trabalho à transformação social, foi por acreditar na possibilidade de um mundo mais justo e menos desigual que me dediquei à realização deste trabalho.

Bruno, G. C. (2023). O contracontrole no Sistema Único de Saúde: Análise do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni.

**Linha de Pesquisa:** História e Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos e Conceituais da Análise do Comportamento.

### **Resumo**

Esta dissertação é formada por dois estudos. O Estudo 1 objetivou analisar o conceito de contracontrole na Análise do Comportamento. Para isso foi realizada uma revisão sistemática de artigos nas bases de dados: *Medline*, *BVSpsi*, *Embase*, *Psycinfo*, *Scopus* e *Web of Science*, através dos termos “contracontrol\*” ou “countercontrol\*”, e uma busca em publicações com temas sociais de autores reconhecidos da Análise do Comportamento (Skinner, Sá, Sidman e Holland). Foram incluídos 19 artigos encontrados na revisão sistemática e 51 obras entre livros, tese e artigos em jornais e periódicos dos autores citados. Os parágrafos que continham a palavra contracontrole foram selecionados e analisados considerando: a presença de definição do conceito, a topografia da resposta, seus agentes responsáveis e agentes sobre os quais o contracontrole é exercido, os possíveis antecedentes e consequências. Foram identificados 474 parágrafos. O contracontrole foi utilizado para descrever respostas antecedidas por controle aversivo e/ou exploratório e conseqüenciadas pela prevenção, eliminação ou atenuação deste controle, ou a punição do comportamento dos controladores e mudanças nas técnicas de controle. Também foi possível identificar estratégias de aumento da efetividade do contracontrole. O Estudo 2 objetivou analisar a proposição formal dos Conselhos de Saúde à luz do conceito de contracontrole. Foram selecionadas respostas descritas em dois manuais dos Conselhos, categorizadas em diferentes seções de atuação e analisado as possibilidades de contracontrole, seus agentes responsáveis e agentes sobre os quais o contracontrole é exercido, os possíveis antecedentes e consequências e buscou-se identificar fatores estratégicos para a efetividade do contracontrole, através da análise do Estudo 1. Os Conselhos de Saúde, assim, apresentam potencialidade para serem instrumentos de contracontrole sobre a gestão do Sistema Único de Saúde, visto que podem exercer controle sobre as etapas do processo de formulação e implementação política e podem exercer a maior parte das características de contracontrole efetivo descritas na literatura. Entretanto, destaca-se a ausência de descrição de contingências que ajudariam a formular estratégias mais efetivas de contracontrole, a partir do comportamento dos conselheiros e das variáveis envolvidas. Assim, propõe-se novos diálogos entre Análise do Comportamento e as ciências políticas e avanços na produção de conhecimento sobre contracontrole, especialmente pesquisas básicas e aplicadas.

*Palavras-chave:* contracontrole, Conselhos de Saúde, controle social, análise do comportamento, revisão sistemática.

Bruno, G. C. (2023). The countercontrol of The Sistema Único de Saúde: an analysis of social control exercised by health councils. (Master's thesis). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni.

**Linha de Pesquisa:** História e Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos e Conceituais da Análise do Comportamento.

### Abstract

This thesis is formed by two studies. Study 1 aimed to analyze the concept of countercontrol in Behavior Analysis, for this purpose a systematic review of articles was carried out in the databases: *Medline*, *BVSpsi*, *Embase*, *Psycinfo*, *Scopus e Web of Science*, with the terms “contracontrol\*” or “countercontrol\*”. And a Search was made in publications with social themes by experts and recognized authors of Behavior Analysis (Skinner, Sá, Sidman e Holland). It was included 19 articles found in the systematic review and 51 papers including books, thesis and articles in newspapers and periodicals by the cited authors. The paragraphs that contained the word “countercontrol” were selected and analyzed considering: the presence of a definition of the concept, the topography of the response, its responsible agents, and agents over which the countercontrol is exercised, the possible antecedents and consequences. 474 paragraphs were identified. Countercontrol was utilized for describing responses preceded by aversive and/or exploitative control and succeeded by prevention, elimination or attenuation of this control, or the punishment of controller's behavior and changes in control techniques. Study 2 aimed to analyze the formal proposition of Health Councils in the light of the concept of countercontrol. Responses described in two manuals of the Councils were selected, categorized into different sections of action and the possibilities of countercontrol were analyzed, their responsible agents and agents over which the countercontrol, their responsible agents and agents over which the countercontrol is exercised, the possible antecedents and consequences and sought to identify strategic factors for the effectiveness of countercontrol, through the analysis of Study 1. Thus, the Health Councils have the potential to be instruments of countercontrol over the management of the Sistema Único de Saúde since they can exercise control over the stages of the policy formulation and implementation process and can exercise most of the characteristics of effective countercontrol described in the literature. However, the absence of a description of contingencies that would help to formulate more effective countercontrol strategies is highlighted, based on the behavior of the counselors and the variables involved. Thus, it proposes new dialogues between behavior analysis and the political sciences and advances in the production of knowledge about countercontrol, especially basic and applied research.

*Keywords:* countercontrol, Health councils, social control, behavior analysis, systematic review.

## Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos nas bases de dados para esta revisão.....	58
Figura 2. Curva acumulada de quantidade de parágrafos que contém a palavra contracontrole por ano.....	62
Figura 3. Tríplice contingência de contracontrole formada a partir dos elementos descritos pelos autores escolhidos.....	72
Figura 4. Frequência acumulada de publicações incluídas no estudo, por ano.....	88
Figura 5. Frequência acumulada de parágrafos que continham a palavra contracontrole, por ano.....	89
Figura 6. Tríplice contingência de contracontrole formada a partir dos elementos descritos pelos autores das publicações analisadas na revisão sistemática.....	99

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Quantidade total de obras e trechos selecionados por autor.....	61
Tabela 2. Título, autor, ano de publicação e quantidade de trechos selecionados nas dez obras com mais parágrafos que mencionaram a palavra contracontrole.....	63
Tabela 3. Quantidade de parágrafos que descrevem os tipos de consequências na bibliografia escolhida.....	71
Tabela 4. Lista dos artigos incluídos na revisão, com seus respectivos autores, ano de publicação e periódico publicado.....	86
Tabela 5. Quantidade de parágrafos com a palavra contracontrole nas publicações selecionadas com 9 ou mais parágrafos.....	90
Tabela 6. Quantidade de parágrafos que descrevem os tipos de consequências nas bibliografias encontradas.....	98
Tabela 7. Respostas descritas e agentes responsáveis que compõem a classe de respostas “controlar as políticas públicas” .....	107
Tabela 8. Respostas descritas e agentes responsáveis que compõem a classe de respostas “Conhecer o papel do Conselho e do conselheiro” .....	108
Tabela 9. Respostas e agentes responsáveis relacionadas ao processo de eleição dos conselheiros.....	112
Tabela 10. Respostas e agentes responsáveis relacionadas às reuniões dos Conselhos de Saúde.....	114
Tabela 11. Respostas e agentes responsáveis relacionados ao debate e avaliação das políticas de saúde.....	117
Tabela 12. Respostas e agentes responsáveis para o debate e avaliação da situação da saúde.....	118

Tabela 13. Respostas e agentes responsáveis para o debate e avaliação da proposta política.....	119
Tabela 14. Respostas e agentes responsáveis de debate e avaliação da disponibilização dos recursos.....	120
Tabela 15. Respostas e os agentes responsáveis por avaliar os resultados da política de saúde.....	123
Tabela 16. Respostas e agentes responsáveis por controlar e/ou fiscalizar aspectos financeiros da política de saúde.....	126
Tabela 17. Respostas e agentes responsáveis por verificar/fiscalizar as ações do governo.	130
Tabela 18. Respostas e agentes responsáveis por propor diretrizes ou critérios para política.....	135
Tabela 19. Respostas e agentes responsáveis por elaborar políticas de saúde.....	138
Tabela 20. Respostas e agentes responsáveis por propor políticas de saúde.....	141
Tabela 21. Respostas e agentes responsáveis por informar a sociedade sobre sua atuação..	144
Tabela 22. Respostas e agentes responsáveis por levar ao Conselho os posicionamentos do grupo que representa.....	147
Tabela 23. Respostas e agentes responsáveis por articulações entre Conselho e outros setores políticos ou técnicos.....	150

## **Lista de Siglas**

OSS – Organização Social de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

SUS – Serviço Único de Saúde

ABA – *Association for Behavior Analysis*

CIA – *Central Intelligence Agency*

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

RAG – Relatório Anual de Gestão

## Sumário

Políticas Públicas.....	16
Análise de Políticas Públicas Fundamentadas na Análise do Comportamento .....	19
O controle face-a-face na proposta skinneriana .....	24
Contracontrole.....	31
Produções sobre análise do comportamento e política.....	34
História das políticas de saúde .....	36
<i>O Sistema Único de Saúde</i> .....	45
<i>Conselhos de Saúde</i> .....	51
Saúde pública, controle social e contracontrole .....	53
Objetivos .....	55
Estudo 1 .....	57
Método .....	57
Revisão Sistemática De Publicações Sobre Contracontrole.....	57
Procedimento De Busca.....	57
Procedimento De Seleção .....	57
Organização do Material .....	59
Concordância Entre Observadores .....	60
Resultados .....	61
Resultados das publicações dos autores escolhidos .....	61
Definições de contracontrole .....	64
Antecedentes.....	68
Consequências .....	70
Agentes responsáveis pelo contracontrole.....	73
Agentes sobre os quais o contracontrole é exercido.....	74
Características das respostas de contracontrole exercidas sobre a agência governamental .....	76
Contracontrole efetivo.....	77
Resultados da revisão sistemática.....	86
Definições.....	91
Antecedentes.....	96
Consequências .....	98
Agentes envolvidos no contracontrole .....	100
Estudo 2 .....	102
Método .....	102

Fontes de Informação .....	102
Características dos Documentos e Critério de Escolha .....	102
Procedimento .....	103
Resultados .....	105
Descrição geral da função e do funcionamento do Conselho.....	107
Eleição para os membros do conselho.....	111
Reuniões do conselho .....	113
Debate e avaliação da política .....	117
Controle da execução das políticas.....	122
Proposição e formulação da política.....	134
Comunicação externa do Conselho .....	144
Deliberações .....	152
Funções dos representantes da agência de controle no Conselho de Saúde.....	153
Discussão .....	155
Considerações Finais .....	161
Referências.....	164
Apêndice A .....	173
Apêndice B.....	178

Este trabalho discute, essencialmente, o poder do controle social sobre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através do conceito analítico-comportamental do contracontrole. Para isso, foi necessário apresentar inicialmente definições e métodos de análise de políticas públicas feitas por cientistas políticos e sociólogos, assim como, por analistas do comportamento e, em segundo lugar, apresentar discussões já realizadas na área sobre participação comunitária nas decisões políticas e especialmente sobre as possibilidades de análise feitas através do conceito do contracontrole para contribuir com tais discussões. Por fim, a apresenta-se a história das políticas públicas de saúde no Brasil até a formulação do SUS e dos Conselhos de Saúde, dispositivos previstos de controle social sobre a gestão da saúde.

### **Políticas Públicas**

Definir políticas públicas é uma tarefa que diversos autores já se desafiaram a cumprir. Souza (2006) apresenta algumas diferentes definições na literatura do campo das políticas públicas. Dentre estas, destaca-se a de Lynn (1980 como citado em Souza, 2006) que define políticas públicas como o conjunto de ações governamentais que produzem efeitos específicos, a de Peters (1986 como citado em Souza, 2006) que define como a soma das ações governamentais diretas ou mediadas, que exercem influência na vida da população e a de Dye (1984 como citado em Souza, 2006) que define como as escolhas do governo do que fazer ou não.

É possível destacar que, em todas as definições apresentadas, política pública envolve a atuação governamental e Souza (2006) enfatiza, ainda, que no processo de formulação e implementação da política, até chegar na atuação, há o conflito de ideias e interesses. Além disso, o campo das políticas públicas é um campo multidisciplinar, visto que busca sintetizar teorias sociológicas, econômicas e da ciência política e trazer alterações em diversas áreas da

sociedade (Souza, 2006). É importante salientar que a análise de Souza (2006) sobre políticas públicas é utilizada nas publicações até hoje (Figueiredo, 2022).

É importante salientar que embora algumas definições atribuam destaque ao papel das políticas públicas para solucionar problemas sociais, elas são criticadas por não evidenciarem o processo de debate e conflito de interesses divergentes. Souza (2007), então, destaca que o estudo das políticas públicas envolve a análise do processo de debate e formulação destas e não apenas o seu programa final e resultados. Souza (2006) define política pública, por fim, como a área do conhecimento que tem como objetivo promover a ação governamental, analisá-la e, ainda, quando necessário, propor alterações nessas ações.

O modelo de formulação e análise utilizado nesse campo de conhecimento não é único, Souza (2007) descreve, entre outros, os seguintes modelos: tipologia das políticas públicas, incrementalismo, ciclo da política pública, arenas sociais e modelos influenciados pelo ‘gerencialismo público’ e pelo ajuste fiscal.

A tipologia das políticas públicas, desenvolvida por Lowi (1972), identifica quatro formatos de política pública possíveis: políticas distributivas – por exemplo, a distribuição de preservativos, políticas regulatórias – por exemplo, o código de trânsito, políticas redistributivas – por exemplo, a isenção de imposto de renda para quem recebe até determinada renda anual e políticas constitutivas – leis que definem a responsabilidade de cada esfera do poder; cada tipo envolverá diferentes conflitos entre apoio e rejeição, assim como diferentes espaços e agentes. O incrementalismo é uma proposta de Lindblom (1979 como citado em Souza, 2007), Caiden e Widavsky (1980 como citado em Souza, 2007) que apresenta as decisões governamentais como incrementais, no sentido de nunca partirem do zero, mas acumularem-se aos poucos, com mudanças pequenas e raramente estruturais, nas quais as decisões do passado impõem fortes limitações às decisões futuras; destaca-se que tal visão

perdeu força com reformas de ajuste fiscal, porém ainda exerce forte influência na manutenção de estruturas governamentais (Souza, 2007).

A abordagem do ciclo da política pública destaca os estágios da formulação da política pública desde a agenda, até a definição de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação, discute-se, prioritariamente a agenda, ou seja, como e porque os diferentes assuntos sociais entram na pauta governamental, além de como e porque alguns assuntos são ignorados (Souza, 2007).

O modelo das arenas sociais identifica que para que uma política pública seja formulada, é necessário que os agentes sociais que têm poder de decisão dediquem-se a solucionar um evento específico em detrimento de outro e, para isso, o evento a ser solucionado precisa ser visto como um problema; são destacados três mecanismos utilizados para chamar a atenção dos decisores, segundo Souza (2007), “a) divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; (b) eventos tais como desastres ou repetição continuada do mesmo problema; (c) feedback, ou informações que mostram falhas da política atual ou seus resultados medíocres” (p. 76). Assim, os agentes sociais que se dedicam a evidenciar um problema social são chamados de comunidade política e geralmente constituem redes sociais e vínculos (Souza, 2007).

Os modelos influenciados pelo ‘gerencialismo público’ e pelo ajuste fiscal priorizam a análise racional para a tomada de decisão política, ao invés do debate entre grupos. Olson (1965 como citado em Souza, 2007), importante expoente do modelo, considera que decisões tomadas a partir da força dos grupos e da capacidade de representar a dimensão do problema, podem levar grupos de minorias mais organizados a conquistar seus objetivos, ainda que tais objetivos não representem o interesse coletivo. Assim, os defensores do ‘novo gerencialismo público’ sugerem que as decisões quanto às políticas públicas sejam descentralizadas do governo e

passem para órgãos independentes, em busca de maior credibilidade e experiência técnica, fugindo da incerteza e descredibilidade dos ciclos eleitorais (Souza, 2007).

Em contrapartida à influência do novo gerencialismo público e do ajuste fiscal, vários países em desenvolvimento tenderam a aumentar o caráter participativo de suas políticas públicas por motivos diversos: a promoção de propostas de organismos multilaterais, mandamentos constitucionais e compromissos de partidos políticos. Assim, os países inseriram grupos sociais no processo de formulação das políticas públicas, assim como no acompanhamento, especialmente nas políticas sociais.

### **Análise de Políticas Públicas Fundamentadas na Análise do Comportamento**

Além das definições formuladas por autores das ciências sociais e do serviço social, autores analítico-comportamentais também se dedicaram a discutir e definir políticas públicas. Carrara (2020) define política como o conjunto de ações ou inações governamentais ou de dispositivos estatais que descrevem regras e condições, atuais e futuras, para diversas áreas sociais. Além disso, pontua-se que tais áreas são divididas tematicamente, na forma de políticas econômicas, de saúde, de habitação, educacional etc., porém elas devem ser compreendidas de forma integrada, visto que estão entrelaçadas no núcleo social complexo (Carrara, 2020).

É possível estabelecer relações entre os modelos descritos por Souza (2007) e o modelo fundamentado na Análise do Comportamento, proposto por Fawcett et al. (1988). A Força-Tarefa em Políticas Públicas foi liderada por Fawcett em 1986 na *Association for Behavior Analysis* (ABA) e descreveu o processo necessário para a formulação e implementação de uma política pública a partir de tais etapas:

- a) a formação da agenda depende da formulação de objetivos e alternativas de resolução desenvolvidas pelos governados que experienciam um problema comum e discutem as possibilidades para o problema, tais alternativas são desenvolvidas

em afirmações políticas e opções políticas, que compõem a agenda. Essa etapa descrita por Fawcett et al. (1988) se assemelha ao modelo das arenas sociais, por depender da identificação e destaque de um problema social pela comunidade que o experiencia;

- b) a adoção da política pode ocorrer de duas formas após a questão estar na agenda, os agentes governamentais podem fazer uma ação substantiva, que consiste na realocação de recursos públicos suficientes para produzir a mudança necessária e alcançar os objetivos identificados, ou podem realizar uma ação simbólica, ou seja, reconhecer formalmente a existência do problema “sem realocar recursos suficientes para produzir mudança efetiva” (Fawcett et al., 1988, p. 13 – tradução livre);
- c) a implementação da política é a ação efetiva baseada no plano e a distribuição dos recursos a partir da distribuição de tarefas, criação de novas políticas, coordenação com e entre agências, criação de um roteiro de implementação etc.
- d) por último, Fawcett et al. (1988) descreve a revisão da política, fase do processo em que a política é avaliada através de julgamentos empíricos e normativos sobre as consequências produzidas pela implementação da política e como resultado da revisão pode-se ter a manutenção, modificação ou cancelamento da política. O aumento do caráter participativo das políticas públicas em certos países, como descrito por Souza (2007) colabora, especialmente, para essa fase de revisão política.

De forma geral, a descrição de Fawcett et al. (1988) das etapas para a constituição das políticas públicas se assemelha a proposta do ciclo das políticas públicas, descrita por Souza (2007), ao identificar o passo a passo da formulação política, sua implementação e avaliação.

No Brasil, os processos da Constituição e da Reforma Sanitária destacaram a importância da participação social na formulação e análise das políticas públicas (Arouca, 1986), concretizadas através do sistema conselhos, que possibilita a descentralização das discussões e decisões políticas para além dos representantes do Estado. Através dos conselhos de políticas públicas, a sociedade civil organizada discute, fiscaliza e avalia as ações políticas e seus resultados, assim, se configuram como espaços de reconhecimento do direito à participação política de todos e de disputas coletivas que permitem a representação dos direitos coletivos não-hegemônicos. Porém, destaca-se alguns obstáculos importantes para esses conselhos: a cultura de distanciamento da população com a política e sua formulação, a desigualdade no acesso à formação, a fragmentação dos movimentos sociais em múltiplas lutas e a crescente transferência das responsabilidades estatais para a sociedade civil, através de ONGs, por exemplo (Stedile et al., 2017). Os conselhos de saúde serão melhor descritos posteriormente.

A contribuição de Skinner para as questões políticas parte da discussão sobre as Agências de Controle, definidas como grupos de pessoas organizadas que dispõem contingências, ou seja, podem manipular conjuntos de variáveis disponíveis às pessoas sob controle da agência. Tais agências, por serem organizadas, podem dispor as contingências de forma consistente e, assim, costumam ter maior sucesso ao controlar os membros da comunidade. Das cinco agências de controle descritas por Skinner (1953/2003) – religião, psicoterapia, educação, economia e governo – serão apresentadas a agência governamental e econômica, devido à sua relevância para este trabalho.

A agência governamental pode ser definida através de seu poder de punir. Ao atentar-se para o controle exercido sobre os governados, Skinner (1953/2003) descreve que o governo tem o papel de definir os comportamentos “legais” e “ilegais” e, caso seu poder derive do coletivo, o faz com base no que o grupo acha “certo” ou “errado”, com destaque para o que é

“errado”; assim, o poder do governo é usado, majoritariamente, a fim de “restringir comportamentos que ameaçam a propriedade e as pessoas de outros membros do grupo” (p. 367).

Portanto, o poder governamental se destaca pelo manejo majoritário de contingências aversivas, o governo pune as pessoas removendo reforçadores positivos (por exemplo, através de multas ou privando-as de conviver em sociedade) ou apresentando reforçadores negativos (por exemplo, através de castigos físicos ou exposição para ridicularização pública). Essa análise permite, ainda, identificar que as técnicas governamentais utilizadas com o objetivo de fortalecer os comportamentos “legais” consistem na retirada de reforçadores negativos, ou seja, remove-se a ameaça de punição para as pessoas que se comportam como o desejado (Skinner, 1953/2003).

Os procedimentos de controle exercidos pela agência governamental são codificados em lei, que geralmente descreve: o comportamento, especificado a partir de seu efeito sobre os outros (não há uma descrição topográfica de cada comportamento, mas apenas a menção às propriedades do comportamento aversivas aos outros) e a consequência para tal comportamento, geralmente algum tipo de punição. “A lei é então *o enunciado de uma contingência de reforço mantida por uma agência governamental*” (Skinner, 1953/2003, p. 370). De forma geral, espera-se que os indivíduos aprendam com a punição enfrentada por outros, e a lei é uma forma de aproximar respostas e consequências, a agência governamental, ainda, deixa nas mãos de outras agências e indivíduos o controle cotidiano mais direto sobre o comportamento de cada indivíduo, como através da educação e do controle face-a-face.

O controle social sobre a agência governamental, se dá, principalmente, através da própria lei, que limita o poder do governo sobre os governados e indica, ainda, que o uso do controle extremo gera reação e violência por parte dos governados, assim, geralmente é do

interesse da agência governamental manter-se dentro dos limites propostos. Tal controle social é chamado por Skinner (1953/2003) de contracontrole, conceito que será amplamente explorado mais adiante neste trabalho.

Por outro lado, o controle econômico se dá a partir do uso de “bens” para consequenciar o comportamento das pessoas e os comportamentos usualmente reforçados pelos bens são os que chamamos de “trabalho”. Os bens, no caso, são todos os reforçadores que se podem comprar com dinheiro e, claro, o próprio dinheiro. Skinner (1953/2003) descreve a agência econômica geral chamada de “capital” que pode ser compreendida a partir dos indivíduos ou grupos de indivíduos que “possuem riqueza e usam-na de modo que preserve ou aumente sua fonte de poder” (p. 463), enquanto o contracontrole se dá pelas leis, taxas e restrições quanto à medida na qual pode-se utilizar do controle econômico sobre as pessoas.

No Brasil, a agência governamental existe sob o regime político da democracia, regime que consiste em uma forma de governo representativa que permite, e teoricamente promove, a participação da população nas decisões da agência governamental, visto que os representantes eleitos exercem poder político porque são escolhidos pelos eleitores, cidadãos brasileiros com 16 anos ou mais.

A democracia, além disso, pressupõe uma série de liberdades políticas para além do voto: a liberdade de expressão, de organização, da existência de partidos de oposição, entre outras. Porém, conforme Martorano (2007), a desigualdade intrínseca a uma sociedade capitalista atinge, inclusive, os recursos políticos, os recursos financeiros, os meios de comunicação e a própria educação. Assim, os partidos, as figuras políticas e a ideologia que representam os interesses da classe privilegiada e economicamente dominante se tornam capilarizados entre a população. A de forma que mesmo a classe trabalhadora é cooptada pela ideologia dominante, vota em representantes políticos e defende posições políticas que

beneficiam a manutenção das desigualdades econômicas e de sua própria exploração. Tal análise pode, ainda, ser acrescida à previsão de contracontrole econômico, descrita por Skinner (1953), na qual as leis poderiam servir para minimizar o controle do capital sobre a população. Porém, com a agência governamental sob controle dos grupos que representam esse mesmo capital, pode-se dizer que o contracontrole se torna bastante difícil.

De acordo com Dittrich (2004), Skinner aponta duas características como problemáticas no controle do comportamento através das agências sociais: o distanciamento do controle face-a-face e a possibilidade do uso do poder da agência para benefício próprio das elites econômicas e políticas.

### **O controle face-a-face na proposta skinneriana**

Skinner (1978a) argumenta que o controle face-a-face, controle interpessoal, cultural, entre as pessoas em suas próprias relações sociais cotidianas é melhor para promover e manter comportamentos mais benéficos para a sociedade, segundo alguns princípios da Análise do Comportamento:

- a) o uso de reforçamento positivo ao invés do controle aversivo, típico das agências de controle;
- b) a evitação do controle por reforçadores arbitrários, privilegiando os reforçadores naturais, o que mantém as pessoas mais reforçadas pelas consequências produzidas por suas próprias respostas e menos dependentes de pessoas que controlem os reforçadores;
- c) a priorização da modelagem do comportamento pelas contingências, por considerar a maior facilidade de adaptação às mudanças de contingências no segundo caso e as muitas inadequações das leis (regras) que permanecem inalteradas por muito tempo, mesmo quando as contingências já se alteraram.

As considerações acima sugerem a insatisfação de Skinner com as formas de governo vigentes, especialmente no que diz respeito à forma de controle do comportamento da população por essas agências e a suas falhas em produzir comportamentos éticos e socialmente desejáveis.

Skinner (1978a) condena o controle exercido pelas agências de controle, especialmente a agência governamental, devido ao seu caráter majoritariamente aversivo e, principalmente, devido ao desequilíbrio de poder entre as agências e os indivíduos a serem controlados. A democracia, quando a agência governamental e a agência econômica estão unidas, apesar de teoricamente ser um governo exercido através do poder do povo, na verdade mantém as disparidades de poder e, conseqüentemente, favorece o domínio da parcela da população que detém o “capital”, ou seja, os meios de produção e, conseqüentemente, os reforçadores econômicos. A alternativa para essa forma de controle, é o controle que Skinner chama de “face-a-face”, exercido pelos membros da comunidade entre si, através do reforçamento de comportamentos desejados, éticos e socialmente benéficos.

Skinner (1987) exemplifica isso ao fazer uma reflexão sobre o porquê de a humanidade não agir para solucionar as maiores ameaças (resultados de suas próprias práticas) que a sua própria sobrevivência futura enfrentará.

O problema presente então se torna claro: estamos sendo solicitados a fazer algo sobre o futuro. Mas o futuro não existe. Não pode agir sobre nós; nós não podemos agir sobre ele. Nós falamos do futuro quando falamos que agimos com um propósito – mas propósito não é mais um princípio científico aceitável. Pássaros, por exemplo, parecem construir ninhos com o propósito de chocar e criar seus filhotes. Eles certamente os constroem e depois os usam, mas nós não devemos dizer que eles os construíram por causa do uso futuro. (Skinner, 1987, p. 2 – tradução livre)

Skinner (1987), ao discutir sobre os motivos pelos quais a humanidade não está se comportando para salvar o mundo, argumenta que o governo, a religião e o capital exercem controle sobre a humanidade por manejar sanções tais como impostos e punições futuras, e reforçadores tais como segurança, ordem, paz de espírito, respostas para questões ainda sem solução, dinheiro e bens. Todos os reforçadores indicados têm grande valor para os membros da espécie humana e, portanto, caso o futuro dos responsáveis pelas agências fosse congruente com a sobrevivência dos membros da sociedade, haveria uma solução para esse problema. Porém, esse futuro não é congruente com tal sobrevivência, os produtos do comportamento humano que reforçam as pessoas nas lideranças dessas instituições são os que mantêm ou aumentam o seu poder sobre a população, como armas nucleares, aumento da população sob seu controle, o direito à propriedade e à busca da felicidade, sem se preocupar com os riscos à sobrevivência dos seres humanos.

Governos, religiões e sistemas capitalistas, sejam públicos ou privados, controlam a maioria dos reforçadores da vida cotidiana; eles precisam usá-los, como eles sempre fizeram, para seu próprio engrandecimento, e eles não têm nada a ganhar renunciando ao poder. Essas instituições são a personificação de práticas culturais que passaram a existir através de seleção, mas as contingências de seleção estão em conflito com o futuro da espécie humana. (Skinner, 1987, p. 7 – tradução livre)

Skinner (1987) indica, por outro lado, a existência de uma série de pessoas interessadas em mudar essas contingências presentes: acadêmicos, cientistas, professores, escritores, de muitas áreas diferentes. A ciência do comportamento, ao estudar as variáveis que controlam o comportamento humano, pode contribuir para o planejamento de contingências culturais que alterem os comportamentos destrutivos que a humanidade tem mantido. Skinner também se propõe a descrever algumas características que poderiam aumentar a chance de sobrevivência dos membros da espécie:

[...] Esse seria um mundo em que as pessoas tratariam bem umas às outras, não por causa de sanções impostas pelos governos ou religiões, mas por causa das consequências imediatas face-a-face. Esse seria um mundo no qual as pessoas produziriam bens que precisam, não por causa das contingências arranjadas por um negócio ou indústria, mas simplesmente porque eles são “bens” e, portanto, diretamente reforçadores. Esse seria um mundo bonito e interessante, porque torná-lo assim seria reforçado por coisas bonitas e interessantes. Esse seria um mundo no qual a população seria mantida em um nível seguro porque todos os incentivos econômicos e sociais para ter crianças seriam removidos e a concepção seria facilmente prevenível ou livremente revogável. Esse seria um mundo no qual práticas sociais e comerciais que promovem consumo desnecessário e poluição seriam abolidas. Esse seria um modo de vida que daria às espécies uma permanência muito mais longa no planeta Terra. Isso tudo poderia ser feito sem “criar consciência”. *Só aqueles que planejarão as relações entre comportamento e as consequências precisariam levar em conta as consequências remotas.* (Skinner, 1987, p. 11 – tradução livre)

Outro exemplo de controle “face-a-face” é descrito por Skinner (1948/1977) em *Walden II*, livro que descreve uma comunidade homônima cujas práticas são baseadas na *Análise do Comportamento*. *Walden II* contém cerca de mil habitantes e todos contribuem para a sobrevivência da própria comunidade, o acesso aos reforçadores oferecidos aos moradores depende que eles trabalhem por um período diário nas tarefas que a comunidade precisa. A característica que norteia todas as práticas é a experimentação, toda tecnologia que possa contribuir para melhorar as condições de trabalho da população é bem-vinda. Os cidadãos são educados com base nos princípios de comunidade e da ética da sobrevivência da população, sempre com o uso de reforçadores positivos. Destaca-se, para este trabalho, a organização política criada por Frazier: há uma Junta de Planejadores, que, com base na *Análise do*

Comportamento, pode alterar contingências vigentes a fim de melhorar a qualidade de vida ou solucionar algum possível problema enfrentado pela comunidade. Cada planejador fica na junta por 10 anos e, então, a junta escolhe seu substituto dentre os nomes sugeridos pelos Administradores. Os Administradores são responsáveis pela divisão e serviço de Walden II, cuidam mais diretamente das diversas atividades existentes na comunidade e precisam usar parte de seu tempo de trabalho na própria atividade a qual administra (Skinner, 1948/1977).

A Junta de Planejadores e os Administradores descritos por Skinner (1948/1977) em Walden II causam estranhamento, especialmente, porque a população é desencorajada a participar de qualquer discussão política. A ausência de participação política da população em Walden II ilustra, ainda, segundo Dittrich (2004) a concepção de Skinner de que a ação política é ineficaz na busca por uma vida melhor. O narrador explica que a ideia é que com o passar do tempo a Junta de Planejadores seja dissolvida em Walden II. A expectativa é que a educação ética e o autocontrole ensinados à população da comunidade desde à infância, serão suficientes para que o controle face-a-face dê conta da prevenção e resolução de possíveis conflitos e, principalmente, de manter o caráter experimental da comunidade, sempre buscando selecionar práticas que solucionem problemas e melhorem a sobrevivência da população.

Porém, nem todos os Analistas do Comportamento concordam com essa posição descrita em Walden II por Skinner, é possível identificar em proposições posteriores de Skinner a relevância da comunidade estar sob controle das contingências de sobrevivência da cultura, o que indica a importância de sua participação além dos próprios planejadores (Dittrich, 2004).

Outros importantes expoentes da área apontam, ainda, que o aumento do poder político exercido pela população pode ser o caminho para a busca de outra forma de vida e a Análise do Comportamento poderia contribuir com isso, embora muitas vezes contribua para o caminho contrário. O conhecimento produzido pela Análise do Comportamento é muitas vezes

solicitado por agências de controle ou instituições com o objetivo de aumentar ou direcionar o controle exercido sobre parcelas da população. Nesse sentido, Botomé (1981) discute o papel do psicólogo nesse contexto, considerando o controle exercido pela agência de controle sobre o próprio psicólogo e, especialmente, a divergência de interesses entre o cliente (aquele que contrata o profissional) e os pacientes (aqueles que serão alvo da intervenção).

O convite e o trabalho realizado por Botomé (1981) em uma instituição de saúde pública na cidade de São Paulo demonstra como as relações nesse contexto eram marcadas pela divergência de poder entre os profissionais da saúde de diferentes cargos e, principalmente, entre os profissionais e a população. Os problemas de saúde vivenciados pelas pessoas eram explicados pelos profissionais através de considerações individualizantes e culpabilizantes, que os descreviam como se a população não estivesse “conscientizada” ou tivesse “má vontade” em realizar os comportamentos mais adequados para a sua própria saúde. Assim, os profissionais desconsideravam as condições sociais existentes que dificultavam ou impediam a realização de tais comportamentos.

Botomé (1981) avalia que a prática dos psicólogos deveria aumentar o equilíbrio de poder no controle do comportamento da população, amplificando, assim, o poder e a atuação das pessoas atendidas pela saúde pública sobre as agências de controle que interferem diretamente em sua saúde. Tal apontamento assemelha-se às reflexões de Holland (1978), que analisa como os analistas do comportamento da época utilizavam-se das técnicas aprendidas a serviço das agências de controle e das instituições, acentuando as disparidades de poder e a subjugação dos usuários e da população, caracterizando-os como “parte do problema”, à despeito de considerar que os princípios comportamentalistas podem servir para equilibrar relações e aumentar o controle exercido pela população sobre os que detém o poder e na determinação de sua própria saúde.

Fernandes (2021), ao sugerir uma forma de enfrentar essa questão, apresenta a noção de educação para a sensibilidade como instrumento político, à medida que o conceito versa sobre a necessidade de a programação de contingências da educação tornar o educando sensível ao outro, às consequências de seu comportamento para outros organismos no presente e no futuro e às desigualdades de poder e recursos presentes em nossa sociedade. Além disso, é fundamental a ampliação democrática e a presença de membros da comunidade que vivenciam diferentes contingências sociais nas instâncias de decisão política, o que poderia aumentar o controle da população sobre a agência governamental, em detrimento da agência econômica.

Holland (1978) analisa, ainda, que em uma sociedade estratificada, como a que vivemos, o controle exercido pelas agências de controle sobre a população é baseado no controle coercitivo de duas formas: principalmente pelo manejo de contingências aversivas, mas também porque até mesmo as contingências inicialmente vistas como de reforçamento positivo dependem de um estado prévio de privação. Ou seja, o sistema estratificado implica o uso de controle aversivo contra os comportamentos indesejados pelas agências de controle e o uso da privação para que a economia de fichas seja eficaz. Assim, é necessário que parte da população seja mantida pobre para que aceite trabalhar ganhando pouco. Essa análise indica que é provável que essa sociedade gere contracontrole.

A desigualdade de riqueza e de poder requer proteção através de forças de coerção. Isto gera o contracontrole, a luta de classes e uma eventual substituição do sistema. E aí está a base para a seleção das práticas culturais que iriam a favor de um sistema igualitário. (Holland, 1978, p. 70-71)

A análise feita por Holland (1978) indica, ainda, que a Análise do Comportamento pode, através da análise de contingências encontrar falhas no sistema estratificado e acelerar o processo de mudança. A ciência do comportamento pode servir à busca por uma sociedade

mais igualitária e para isso deve, de acordo com Holland (1973/2016), parar de realizar trabalhos que sirvam à manutenção da riqueza e do poder, trabalhar em benefício daqueles “que lutam para se livrar do controle e da exploração da elite que se encontra no poder” (p. 116) e, por fim, desenvolver técnicas de modificação comportamentais que promovam os valores igualitários e forneça meios para uma mudança revolucionária.

Portanto, Botomé (1981) indica a necessidade de aumentar o poder de controle da população sobre as agências de controle, o que corrobora com os escritos de Holland (1973/2016, 1978) que indicam que a Análise do Comportamento deveria contribuir para o fim da estratificação social aumentando o poder das pessoas da comunidade ou diminuindo o poder exercido pelas agências de controle através do contracontrole.

Mas o que é contracontrole? Como ocorre e o que a Análise do Comportamento já produziu sobre isso?

### **Contracontrole**

O conceito de contracontrole foi proposto por Skinner (1953/2003) e fez parte de muitas de suas análises sociais (1968a, 1971c, 1972b, 1974, 1978b), porém não houve uma sistematização conceitual do termo em sua obra (DelPrato, 2002) e a única pesquisa experimental de contracontrole encontrada até a finalização deste trabalho foi de Ornelas (2018).

De acordo com Skinner (1953/2003), o contracontrole é um comportamento operante que é reforçado pela redução de estímulos aversivos, pode ser uma reação emocional, uma ofensa ou um comportamento que é aversivo ao controlador de alguma forma, por não reforçá-lo ou por puni-lo. Embora o contracontrole aconteça majoritariamente diante de controle aversivo, Skinner destaca que ele pode ocorrer quando qualquer forma de controle é exercida

explicitamente por suas consequências para o controlador, visto que isso implica, provavelmente, a privação de reforçadores ou ameaças para os controlados.

DelPrato (2002) identifica na literatura dois níveis nos quais contracontrole pode ocorrer: o primeiro envolve a fuga ou esquiva de uma consequência imediata específica, ou seja, a emissão de uma resposta que impede o aparecimento ou retira um estímulo aversivo da situação imediata; o segundo nível envolve a emissão de respostas que possam não apenas produzir fuga ou esquiva de uma consequência imediata, mas também produzir fuga ou esquiva da contingência aversiva a longo prazo, por reduzir o controle exercido pelos controladores.

A questão do controle tem grande importância para a Análise do Comportamento. É comum as pessoas considerarem liberdade como a ausência de controle externo sobre o comportamento humano, mas como comportamento está sempre sob controle de ambientes, parece que o importante é diminuir, excluir ou atenuar o controle aversivo. Porém, é necessário considerar que mesmo contingências que produzem reforçadores positivos imediatos também podem produzir, a longo prazo, consequências aversivas. O contracontrole aparece, portanto, como ponto central na discussão sobre liberdade, na medida em que quando há contracontrole efetivo há um balanceamento entre as forças sociais, entre o controle e o contracontrole (DelPrato, 2002).

O contracontrole efetivo depende, segundo DelPrato (2002), de eliminar o controle aversivo, identificar as contingências de reforçamento positivo que produzem consequências aversivas a longo prazo e substituí-las por contingências positivamente reforçadas que não produzem tais consequências. É necessário, assim, que mesmo as contingências de reforçamento positivo sejam publicamente descritas, para que não haja controles que sejam “mascarados”. Skinner (1971c) indica, ainda, que não basta o equilíbrio entre controladores e

controlados, também é importante que as práticas sociais mantenham as pessoas sob controle de descrições sobre contingências futuras.

Holland (1978, 1973/2016), Botomé (1981) e Dittrich (2004) enfatizam a importância da população, dos indivíduos que vivem as contingências da realidade, participar das decisões e das intervenções que buscam alterar as contingências de sua vida.

A aplicabilidade social do conceito de contracontrole foi explorada por Sá (1985), que criou uma cartilha de contracontrole social (Sá, 1983). A cartilha buscava instrumentalizar a população a partir de uma explicitação da teoria da Análise do Comportamento, das formas de controle exercidas pelas agências, das possibilidades sociais de exercer o contracontrole e de perspectivas promissoras para a luta pela democracia. Sá (1983) descreve dois tipos de controle antecedentes que podem evocar contracontrole: o controle aversivo e o controle exploratório. O controle aversivo é caracterizado pela produção de consequências aversivas imediatas para o controlado, como a punição, pelo reforçamento negativo ou pela privação socialmente imposta. Já o controle exploratório é caracterizado pelo uso de reforçamento positivo imediato como consequência para comportamentos que produzem maior magnitude de reforço para os controladores do que para os controlados.

Ao considerar os eventos subsequentes produzidos pelo contracontrole, Sá (1983) descreve possíveis consequências: a prevenção, a eliminação e a atenuação do controle aversivo e/ou exploratório. A prevenção seria a consequência ideal do comportamento, visto que impede o organismo de entrar em contato com o controle aversivo; quanto ao controle aversivo já presente no ambiente, a principal consequência possível é a eliminação de tal controle e, por último, quando a eliminação não é produzida, a atenuação do controle aversivo vigente é uma consequência fortalecedora do contracontrole. Sá (1983) descreve, ainda, que a punição do comportamento dos controladores também pode ser uma consequência do

contracontrole, isso porque tal punição pode causar, no futuro, a interrupção do controle aversivo diante da ameaça de contracontrole, por exemplo.

A alteração das técnicas de controle vigentes também é citada como uma consequência do contracontrole por Sá (1983) e seu efeito fortalecedor pode ser explicado, possivelmente, devido à prevenção, eliminação ou atenuação do uso do controle aversivo.

Explicitado a definição de contracontrole, quais suas aplicações e seu estado de desenvolvimento na área, é importante retomar um aspecto sobre a participação social. Embora Skinner (1948/1977), em *Walden II*, sugira que a população não participe ou discuta sobre as contingências da comunidade, ou seja, sobre as questões políticas, Skinner (1953/2003) indica que os cursos de ação de uma comunidade não deveriam ser decididos exclusivamente pela ciência. Assim, a experimentação pode ajudar a aumentar a possibilidade de escolher por um curso mais vantajoso, porém deve ser somado às experiências práticas dos indivíduos para tornar as suposições mais eficazes.

Skinner (1953/2003) parece, então, indicar a contribuição da população, somado ao conhecimento científico produzido pelos analistas do comportamento, na busca por contingências sociais beneficiadoras de práticas culturais que produzam uma boa qualidade de vida para os membros da cultura. Portanto, o contracontrole apresenta-se como uma ferramenta importante para aumentar essas contribuições dos membros do grupo na construção dessas novas contingências.

### **Produções sobre análise do comportamento e política**

Diversos analistas do comportamento dedicaram-se a estudar fenômenos sociais e práticas culturais (Glenn, 1986; Dittrich, 2004; Sampaio & Andery, 2010; Rocha & Carrara, 2011; Perossi & Carrara, 2012; Carrara, Souza, Oliveira, Orti, Lourencetti & Lopes, 2013; Souza & Carrara, 2013; Carrara & Zilio, 2015, Carrara, 2016; Carvalho & Todorov, 2016).

Assim, a partir da possibilidade do estudo do comportamento social pela ciência do comportamento, muitos analistas do comportamento, desde Skinner, dedicaram-se a produzir conhecimento e discutir sobre assuntos antes restritos às ciências sociais tradicionais, a fim de contribuir com a formação de um ambiente social mais reforçador para todos os indivíduos que dele fazem parte e para a resolução de problemas sociais, o que implica na inserção da Análise do Comportamento no campo de pesquisa e atuação das políticas públicas.

Diversos autores analistas comportamentais produziram, então, pesquisas no campo das políticas públicas (Fernandes, 2020). É possível destacar, por exemplo, algumas das publicações, descritas por Fernandes (2020), que envolvem a análise de leis, estatutos e legislações documentadas, como: o trabalho de Todorov (1987), que utiliza a metacontingência como unidade de análise da Constituição Federal; o estudo realizado por Martins (2014 como citado em Fernandes, 2020), com o objetivo de analisar a Política Nacional de Educação Especial; a análise realizada por Politi (2016 como citado em Fernandes, 2020) sobre as Lei da Palmada (13.010, de 2014); a análise funcional das Leis Orgânicas de Saúde, de Martins (2009 como citado em Fernandes, 2020), a análise de contingências do Estatuto da Pessoa com Deficiência, realizada por Cabral (2007 como citado em Fernandes, 2020); o estudo de Silva (2017 como citado em Fernandes, 2020) que analisou as contingências das políticas nacionais escolar e de saúde indígena e uma análise da Reforma Psiquiátrica Brasileira, realizada por Lima (2018 como citado em Fernandes, 2020).

Em relação ao contracontrole, pouco se produziu na área em articulação com o seu papel nas políticas públicas; Sá (1985) destaca-se por apresentar a discussão e a proposta da institucionalização do contracontrole ser essencial para a construção e manutenção da democracia. Outro autor de destaque na área é Holland (1974/2016), que discute a importância das medidas de contracontrole da população e movimentos sociais a fim da transformação das relações de estratificações sociais mantidas pela agência governamental, assim como Skinner

(1953/2003) que pontua o papel do contracontrole em evitar o abuso de poder das agências de controle.

Destaca-se, ainda, a tese de Fernandes (2020), que descreve os agentes que exercem contracontrole sobre o Programa Escola Sem Partido e suas estratégias utilizadas. Os agentes citados foram a mídia, os professores, os movimentos sociais e agentes do sistema político e, as estratégias foram, respectivamente, a apresentação nos meios de comunicação de discursos dissonantes em relação ao projeto, a utilização do discurso dissonante nas relações cotidianas e apresentação de argumentos contrários, denunciar, manifestar publicamente e produzir greves e, por último, o embargo das votações no poder legislativo e manifestações públicas de críticas ao projeto.

Ao considerar a contribuição de analistas do comportamento para a análise dos fenômenos sociais e para as políticas públicas, principalmente com o conceito de contracontrole, é possível identificar como a ciência comportamental pode produzir mais avanços para tal área de estudo, especialmente para o estudo das relações de poder e da participação social na decisão e execução das políticas públicas, inclusive nas políticas de saúde. Para compreender a participação social no Sistema Único de Saúde fez-se necessário descrever a história das políticas de saúde e o funcionamento dos Conselhos de Saúde atualmente.

### **História das políticas de saúde**

As políticas de saúde brasileiras estão historicamente relacionadas com a estruturação da ordem sociopolítica no país e isso pode ser descrito com uma breve retomada histórica partindo das primeiras políticas nacionais de saúde, no período da Primeira República, até a implementação do SUS, após a redemocratização do Brasil (Luz, 1991).

Durante a Primeira República (1888-1930), com destaque para a atuação de Osvaldo Cruz, houve a implementação de medidas sanitárias com o objetivo de combater endemias e epidemias em contextos rurais e urbanos. O modelo de campanhas sanitárias pode ser caracterizado a partir de uma lógica militarista e autoritária, na qual uma cúpula formada por técnicos centralizava o poder e a decisão sobre as ações e as impunha sobre a população (Luz, 1991).

Um episódio da história nacional que ilustra essa descrição foi a política de vacinação contra a varíola, proposta pelo médico sanitarista Osvaldo Cruz: como forma de instaurar na prática a vacinação contra a varíola no Brasil, o médico estimulou o governo a criar um projeto que tornou obrigatória a apresentação do comprovante de vacina para a realização de diversas atividades, como matrículas em escolas, contratos de trabalho, autorização para viagens, certidão de casamento, entre outras. Tal imposição causou um profundo descontentamento da população e culminou no episódio conhecido como A Revolta da Vacina, marcada por movimentos e protestos populares contrários à vacinação compulsória e pela resposta do governo: repressão policial e autoritarismo, resultando em ao menos 30 mortes e 110 pessoas feridas (Schwarcz & Starling, 2015).

O período conhecido como Era Vargas (1930-1945), no qual Getúlio Vargas governou o país de forma contínua, resultou na criação dos institutos de seguridade social e atenção médica dedicados aos trabalhadores dos setores urbano-industrial, devido, especialmente, à sindicalização e às estratégias populistas do governante, que visava manter o apoio das elites sindicais. Luz (1991) descreve algumas características resultantes desses modelos no trecho a seguir:

Dessa forma, na primeira metade deste século [XX] podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo,

populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constitui nesse período. (p. 80)

Durante a década de 1950 e o início da década de 1960, o projeto nacional tentava implantar um desenvolvimento econômico moderno, capitalista e industrial simultaneamente à crise do modelo populista e nacionalista. Como descreve Luz (1991), essa dupla face resultou na disputa entre o modelo campanhista burocrático, iniciado por Osvaldo Cruz, das instituições de saúde pública e o modelo tecnocrático, curativista, dos serviços previdenciários de atenção médica. O fato é que ambos os modelos se mostraram ineficazes e tecnocráticos, na medida em que a população ficava à mercê das burocracias e gestões das instituições que eram incompetentes em atuar frente aos problemas da população e no oferecimento de serviços de saúde de qualidade. Disputa essa que se materializa na dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual, presente até hoje na sociedade brasileira.

A insatisfação popular com suas condições de vida, incluindo as condições sanitárias, cresceu e, em contrapartida, não havia soluções reais para os problemas, o que gerou um impasse, como relata Luz (1991, p 80): “Ele foi percebido, aliás, como *impasse estrutural*, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política.” Tal impasse estrutural mobilizou um grande movimento social liderado pelas elites progressistas pela reivindicação de reformas de base, incluindo uma reforma sanitária. Em resposta, as forças sociais conservadoras, militares e civis, reagiram com o golpe militar de 1964.

O golpe foi apoiado e financiado não apenas pelas forças militares, mas também por camadas da sociedade civil, especialmente empresários e, inclusive, contou com o apoio de agências internacionais como a CIA. Serviu aos interesses das elites econômicas e das forças

conservadoras e, como era de se esperar, contava com uma agenda de benefício a esses setores, em detrimento da realidade do povo brasileiro (Schwarcz & Starling, 2015).

A ditadura militar durou 21 anos, foi um período marcado pela política militar de defesa “interna”, com a proibição e perseguição de qualquer oposição, movimento, partido ou sindicato. A democracia havia sido enterrada e os militares tinham poderes irrestritos sobre o país, as perseguições resultavam em prisões, torturas, assassinatos, desaparecimentos e tudo era “encoberto”, porque os dados oficiais não mostravam e a censura proibia notícias como essas de percorrer. Não havia espaço para a população, para a voz, para a opinião pública, para a participação social (Schwarcz & Starling, 2015).

Durante a ditadura militar, entre 1964 e 1984, houve um período chamado “milagre brasileiro” caracterizado pela política econômica que buscou um crescimento acelerado a partir de altas produtividades e do investimento estrangeiro, em conjugação com baixos salários para a classe trabalhadora. Enquanto a maior parte das categorias foi desfavorecida, foram privilegiados os trabalhadores especializados, técnicos e para os quadros superiores dos setores de ponta. Tal configuração possibilitou a difusão da ideologia do consumo que se estendeu ao campo sanitário: a saúde passou a ser considerada como um bem de consumo médico (Luz, 1991).

As políticas de saúde, então, adotaram o modelo curativo da atenção médica com características campanhistas e altamente medicalizantes. Essas características aliaram-se ao centralismo do poder e autoritarismo imposto neste período da história brasileira. O discurso da época salientava a medicina e a saúde individualizada como cura, as consultas médicas tornaram-se a resposta para a situação sanitária do país. Assim, as políticas de saúde da época se concretizaram da seguinte forma:

(...) a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já poucos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do ‘milagre brasileiro’. (Luz, 1991, p. 82)

A implementação dessa política trouxe consequências práticas e estruturais para a saúde brasileira: a proposta da medicina social e preventiva, predominante na conjuntura pré-golpe militar, foi substituída por um sistema de atenção médica massificado; o setor de serviços médicos empresariais surgiu, cresceu e se espalhou subsidiado pelo Estado (ou seja, pelo trabalhador), com foco no lucro e não na saúde da população; o ensino médico se distanciou da realidade sanitária do Brasil para dar espaço para especializações, sofisticação tecnológica, para as indústrias farmacêutica e de equipamentos hospitalares (Luz, 1991).

Os diagnósticos realizados com patrocínio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) identificavam, no continente americano, a disseminação de doenças caracteristicamente relacionadas à pobreza, à ausência de saneamento básico e à baixa taxa de cobertura assistencial. A solução desses problemas era inviável através do modelo pautado nas consultas médicas e nos atendimentos individualizados, era necessário investimento na pesquisa epidemiológica e o desenvolvimento de metodologias integrais na área da saúde (Paiva & Teixeira, 2014).

O resultado disso foi a insatisfação popular, que não tinha suas demandas e direitos sanitários garantidos, o que levou a uma série de conflitos e atos violentos da população nos aparelhos de saúde. No fim da década de 70, com a evidente falha desse modelo, o Poder

Executivo reduziu bruscamente a verba destinada à saúde pública e à atenção médica da Previdência Social. Todos esses fatores colaboraram para que os profissionais de saúde formassem alianças e movimentos sociais, que não apenas denunciavam a situação da saúde como também passaram a buscar estratégias de questionamento e mudança das políticas (Luz, 1991).

Ainda nesse período, houve uma ascensão das práticas de saúde integrais, especialmente nos países em desenvolvimento, com destaque para o estabelecimento da meta de “Saúde para todos no ano 2000” em 1977 e, em 1978, durante a Conferência de Alma-Ata, na afirmação da estratégia da atenção primária como meio de alcançá-la (Paiva & Teixeira, 2014). Tais movimentos internacionais ressoaram na mobilização dos trabalhadores da saúde brasileiros, cujo objetivo passou a ser construir em solo nacional políticas pautadas na promoção de saúde, no reconhecimento dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença, no direito ao acesso à saúde, na horizontalidade nas relações profissionais-população e no protagonismo e participação social dos usuários dos serviços de saúde na construção, implementação e fiscalização da rede assistencial (Rosa, 2016).

O movimento, cujos primórdios e objetivos foram descritos por Rosa (2016), foi chamado de Reforma Sanitária, composto pelos profissionais da saúde e por movimentos populares, seu crescimento e suas conquistas se deram em conjunto com as lutas pela democracia, durante todo o processo de abertura democrática que se deu a partir do fim da década de 1970, com as “eleições para o Senado (1974, 1976, 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1975)” (Paiva & Teixeira, 2014, p. 20).

O último ano da década de 1970 e a década de 1980 marcaram a chegada da Reforma Sanitária à nível institucional: o Primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados e a sétima Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Em 1979 foi realizado o Simpósio, marcado pela apresentação do documento “A questão democrática na área da saúde”, no qual o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), formulou a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu diretrizes e princípios para a sua criação (Paim, 2009). E, em 1980, foi realizada a sétima Conferência Nacional de Saúde (CNS), reunião organizada periodicamente com o objetivo de difundir informações entre profissionais da saúde e favorecer suas relações com as instâncias estaduais. Destaca-se que esta CNS teve como tema “a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, o que refletia a união dos interesses dos sanitaristas, em relação à expansão da cobertura de saúde, já encampada pelo governo, aos princípios das agências internacionais (OMS e Opas) de ampliação dos cuidados básicos com a saúde” (Paiva & Teixeira, 2014, p. 24).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao longo da década de 1980, foi tendo diversos cargos diretivos preenchidos por líderes do movimento sanitário, o que resultou numa mudança de foco na destinação de verbas deste órgão, na medida em que parte do que era destinado ao setor privado, passou a ser investido na saúde pública. Assim, a lógica do sistema de saúde brasileiro começou a ser alterada, com destaque para as Ações Integradas de Saúde (AIS), um conjunto de medidas que visava a interligação entre as redes públicas federal, estadual e municipal, baseando-se na regionalização e hierarquização (Paiva & Teixeira, 2014).

O movimento sanitarista, então, passou a discutir a relação entre a expansão da saúde pública a todos os brasileiros e à democratização do país. Ampliar a atenção básica e melhorar

as condições sanitárias do Brasil só seria possível com a garantia do direito à cidadania (Paiva & Teixeira, 2014).

É importante destacar, ainda, que não apenas o movimento pela reforma sanitária se estruturou no país ao longo do período de ditadura militar. Esse período foi marcado também pelo crescimento da medicina empresarial, dando origem à práticas como: o plano de autogestão, no qual os trabalhadores contribuía com uma taxa mensal em associações profissionais e poderiam, assim como suas famílias, usufruir de serviços médicos; a medicina de grupo ou as cooperativas médicas, nas quais as grandes empresas contratavam serviços médicos, o que os eximia de pagar taxas previdenciárias e, ainda, a criação dos seguros saúde, com a venda dos planos de saúde (Paim, 2009).

Assim, pode-se descrever a disputa política no campo da saúde brasileira a partir de dois modelos: o da saúde pública, pautado na atenção básica integral e universal e o da saúde privada, pautado nos serviços médicos empresariais e liberais, nas consultas e no modelo curativo. De acordo com Luz (1991), essa disputa é enraizada pela disputa entre a burguesia da saúde (ou seja, os proprietários de empresas, indústrias de instrumentos e farmacêuticas, redes hospitalares, entre outras empresas privadas destinadas à venda de produtos e serviços de saúde) e os trabalhadores e suas famílias, especialmente os impossibilitados de pagar custos médicos, hospitalares e especializados.

Com a força dos movimentos sociais, estudantis e sindicais, e de artistas, jornalistas e, principalmente, do povo brasileiro, após anos de terror e luta pela retomada democrática, a ditadura militar efetivamente terminou no Brasil com a eleição indireta de Tancredo Neves, cuja morte resultou na posse de seu vice, José Sarney, em 1985. No mesmo ano, a população elegeu, por eleições diretas, prefeitos para as capitais dos estados e, no ano seguinte, iniciou-

se o processo de criação da nova Constituição, por parte do Congresso, a fim de reinstaurar a democracia (Schwarcz & Starling, 2015).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), coordenada por Sérgio Arouca, na qual mais de cinco mil pessoas participaram do debate e houve a sistematização dos estudos e proposições para a Reforma Sanitária Brasileira. O resultado deste evento foi a elaboração de um relatório que inspirou o capítulo de Saúde na Constituição e a Lei Orgânica de Saúde, que possibilitaram a criação e implementação do SUS (Paim, 2009). Durante a sua apresentação na Conferência, Arouca (1986) discorre sobre a importância da participação da sociedade civil na discussão do projeto de saúde pública nacional, para além dos gestores e dos profissionais de saúde, assim, a participação social apresenta-se como uma forma de aproximar o povo do exercício da democracia e de capilarizar as discussões em todo o território brasileiro.

Em contraste com a importância da VIII CNS, as eleições gerais de 1986 favoreceram as forças conservadoras que apoiavam o modelo de saúde empresarial e, assim, a disputa entre as diferentes forças políticas impôs uma série de obstáculos à concretização do sistema de saúde pública coletiva, gratuito e universal, denominado SUS (Luz, 1991).

Após anos de luta e debate, os Congressistas responsáveis pela Constituição Federal de 1988 reconheceram a saúde como um direito social. A partir deste reconhecimento constitucional, a legislação e implementação do SUS se deu com base na noção de saúde como direito:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não dependo do 'mérito' de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado

capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (Paim, 2009, p. 43)

### *O Sistema Único de Saúde*

A conquista e construção do Sistema Único de Saúde, como descrito até aqui, se deu através do Movimento pela Reforma Sanitária e da luta pela democratização do país. Assim, os dois principais documentos que estabelecem a descrição e regulamentação do SUS no Brasil são: a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde de 1990.

Tanto na Seção destinada à Saúde na Carta Magna, no artigo 196, quanto na Lei Orgânica de Saúde, estabelece-se o dever do Estado em garantir a saúde da população através de políticas econômicas e sociais. Assim, o acesso à saúde é relacionado com questões como “a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras” (Paim, 2009, p. 44) no que dizem respeito às políticas econômicas e, quanto às políticas sociais, considera-se a possibilidade de redução de riscos de doenças e agravos através da “educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social” (Paim, 2009, p. 44). Assim, o direito à saúde relaciona-se com a noção de saúde integral e a consideração dos determinantes sociais no processo saúde-doença (Paiva & Teixeira, 2014; Rosa, 2016).

A organização do SUS se dá a partir de três diretrizes descritas pela Carta Magna:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

### III - participação da comunidade.

A diretriz da descentralização possibilita que o SUS se adeque às distinções regionais existentes no Brasil, no que tange às características sanitárias, econômicas e sociais, assim, as decisões sobre as ações de saúde cabem ao nível municipal e não à centralidade da União. Ao Ministério da Saúde, é atribuído o poder de coordenar o Sistema a nível federal e o Governo Estadual fica responsável por atuar nas questões que ultrapassem os limites municipais (Paim, 2009).

O atendimento integral diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, com prioridade para as ações preventivas, que evitem ou diminuam os riscos de doenças, acidentes ou agravos. Torna-se prioridade, assim, ações como: vacinação, saneamento básico, vigilância sanitária e combate a mosquitos, o que não impede a implementação dos serviços destinados a eliminação dos problemas já existentes, sejam eles individuais ou coletivos, como doenças ou a violência (Paim, 2009).

A participação da comunidade, diretriz fundamental para a elaboração deste trabalho, atenta para a democratização dos serviços e decisões no âmbito da saúde pública. Dessa forma, tal diretriz expressa a possibilidade de a comunidade participar da identificação e resolução de problemas, da fiscalização e avaliação das ações e dos serviços públicos. A participação social no SUS destaca-se por ser mais uma conquista democrática no país após a luta contra o autoritarismo da ditadura militar (Paim, 2009).

Segundo a Constituição Federal (1988), é direito de todos e dever do Estado garantir o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de forma universal e igualitária ao acesso à saúde. Assim, o Estado deve garantir o acesso à saúde a todos os brasileiros, sem exceção ou discriminação. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (Constituição Federal, 1988), ou seja, estão integrados

entre si, formam uma rede que permite a comunicação de forma regionalizada e hierarquizada, na qual a distribuição dos serviços e ações nas regiões se dá a partir da disseminação e descentralização dos serviços básicos e da centralização e concentração dos serviços especializados (Paim, 2009).

Os seguintes princípios devem ser obedecidos pelas ações, serviços e agentes do SUS, segundo a Lei Orgânica de Saúde (8.080/1990), capítulo II, art.7º.:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras

Dentre estes princípios, Paim (2009) destaca os princípios: da universalidade, por garantir o acesso ao SUS a todos; a integralidade de assistência, por estabelecer que as ações e serviços de prevenção e cura, sejam eles individuais ou coletivos, devem ser articulados e contínuos; a preservação da autonomia das pessoas, que diz respeito à dignidade e à liberdade de escolha no que se refere aos serviços e ações disponíveis, assim, busca-se a emancipação dos sujeitos e não sua dependência; o direito à informação sobre sua saúde, que “representa outro avanço democrático garantido na legislação do SUS” (p. 57); a igualdade de assistência à saúde, sem discriminação e salienta que, embora a equidade não seja um princípio, o princípio da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades dá conta do que se costuma chamar de “equidade”, por permitir um oferecimento de recursos diferenciado com base nas diferenças territoriais existentes.

O princípio da descentralização político-administrativa merece maior explanação, especialmente no que diz respeito à hierarquização da rede. A rede de serviços do SUS é hierarquizada não em relação às esferas municipal, estadual e federal, mas quanto ao nível de complexidade tecnológica de cada serviço: a atenção primária, ou básica, é o primeiro nível de atenção, visto como a porta de entrada do Sistema e envolve ações coletivas ou individuais, ações de prevenção, promoção de saúde, diagnóstico, tratamento e conta com acesso a especialidades básicas da saúde e assistência social; a atenção secundária, ou de média complexidade, conta com a rede Ambulatorial, profissionais e ações especializadas; por último, a atenção terciária, ou de alta complexidade, envolve as ações que dependem de alta tecnologia ou alto custo, conta com a rede hospitalar e os procedimentos de alta complexidade (Paim, 2009).

A década de 1990, primeiros anos de implementação do SUS, foi marcada pelo subfinanciamento pelo governo federal das políticas de saúde, da rede como um todo, suas tecnologias, recursos humanos e ciência e, ainda, pelo despreparo dos municípios para implementar a lei instituída. Esse cenário beneficiou a expansão da saúde privada, seguindo a lógica liberal, de mercado, descrita anteriormente, a partir de seus contrastes com as propostas da Reforma Sanitária (Paim, 2009).

A implementação do SUS, nesse cenário, foi cheia de obstáculos. O embate constante entre a visão de saúde da reforma sanitária e dos setores dominantes do Brasil resultou em uma série de inconsistências que até hoje interferem no Sistema como um todo. Deve-se considerar, nesta análise que o subfinanciamento da Saúde Pública facilita a difusão da administração privada dos serviços e equipamentos do SUS; outro fator importante é que a lógica dominante (que prioriza a medicina curativa, as consultas particulares e a medicalização excessiva) muitas vezes é refletida na ponta, ou seja, os próprios profissionais da saúde aderem-na (Paim, 2009; 2018).

Na Lei Orgânica de Saúde, o então Presidente da República, Fernando Collor, vetou o artigo 11º referente tanto à Conferência de Saúde, destinada a avaliar e propor diretrizes para a política de saúde, quanto aos Conselhos de Saúde, órgão “permanente e deliberativo, composto por governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cuja representação será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”, que atuaria no controle de execução da política em cada instância correspondente e na formulação de estratégias, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (Lei Nº 8.080/90; Paim, 2009). Dessa forma, justamente o parágrafo mais importante para a participação social nas políticas de saúde foi vetado. Entretanto, do posicionamento contrário à democratização da gestão do Presidente, a luta e negociação de parlamentares, gestores e da sociedade civil deu resultado e a Lei Nº 8.142/90 foi sancionada, estabelecendo o Fundo Nacional de Saúde, cujos recursos para investimento dependem, entre outros fatores, da existência do Conselho de Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (Paim, 2009).

Foram instituídas, assim, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência Nacional de Saúde ocorre pelo menos a cada quatro anos convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde, mas pode ocorrer com maior frequência caso uma Conferência seja convocada extraordinariamente, pelo Poder Executivo, por outra Conferência ou, ainda, pelo Conselho de Saúde. A Conferência Nacional é antecedida por Conferências municipais e estaduais que debatem e aprovam propostas a serem levadas para a discussão na Conferência Nacional de Saúde por representantes da sociedade civil. Durante a Conferência, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde, os participantes devem avaliar e propor diretrizes para as políticas de saúde, deliberações a serem implementadas (Brasil, 2013b). Os Conselhos, serão apresentados com maior detalhamento adiante.

Os Conselhos e a Conferência de Saúde foram instituídos, portanto, como instrumentos para o controle social. Para Correia (2000), o controle social é a oportunidade de a sociedade

civil orientar e interferir na gestão pública, nas ações e gastos estatais, visando os interesses coletivos, e foi um importante resultado conquistado ao longo do processo de democratização do Brasil, necessário para consolidar a democracia. Dessa forma, ao considerar as disputas envolvidas na saúde pública, pode-se esperar que o espaço destinado à população nos Conselhos pode favorecer que os interesses coletivos tenham maior força a partir da via institucional, assim como também pode favorecer a legitimação do poder dominante ou cooptação dos movimentos sociais.

### ***Conselhos de Saúde***

Os Conselhos de Saúde estão presentes a nível nacional, estadual, distrital (no Distrito Federal) e municipal. São instituídos pela Lei Nº 8.142, de 18 de dezembro de 1990, a qual versa sobre a transferência de recursos destinados à saúde do Fundo Nacional de Saúde para os Municípios, Estados ou o Distrito Federal. A lei em questão descreve que para determinado governo receber tais recursos financeiros é necessário, entre outros requisitos, que exista um Conselho de Saúde daquele ente federativo.

A Lei Nº 8.142 descreve, ainda, algumas características do Conselho de Saúde: é um órgão colegiado, permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (destaca-se que a representação dos usuários deve ser paritária em relação à soma dos demais segmentos). O Conselho atua na formulação das estratégias políticas e no controle da execução em cada instância correspondente, considerando inclusive os aspectos financeiros e econômicos.

Em relação à paridade e aos representantes está descrito na Resolução Nº333 que se deve buscar a maior representatividade possível nas vagas, abrangendo diferentes movimentos sociais, associações, entidades, organizações de diferentes setores sociais. Alguns exemplos explicitados na resolução são: associações de portadores de deficiência, entidades indígenas,

movimentos organizados de mulheres, entidades de defesa do consumidor, entidades ambientalistas, comunidade científica, entre outros (Conselho Nacional de Saúde, 2003).

Os representantes eleitos conselheiros do Conselho de Saúde devem, assim, atuar como uma ponte entre os segmentos representados por eles e os Conselhos, de forma que os interesses das instituições e dos movimentos estejam representados nos debates, análises e deliberações do Plenário. O Conselho de Saúde, assim, atua na gestão das políticas de saúde de diversas maneiras: na formulação e proposição de diretrizes, programas e políticas; no debate e avaliação das propostas políticas da gestão pública; e no controle e fiscalização da execução da política. Para isso, mantém o diálogo constante com a sociedade de forma a propiciar a participação da população nas decisões e na fiscalização, mas também buscando contato com a comunidade científica e técnica a fim de aperfeiçoar a qualidade das políticas de saúde (Brasil, 2013b).

Para isso, são algumas das competências dos Conselhos de Saúde: propor diretrizes a serem seguidas pela gestão da saúde; propor soluções para os problemas enfrentados no SUS; deliberar sobre os programas, propostas e projetos da gestão; fiscalizar as ações do governo para que as diretrizes sejam compostas; verificar se a gestão financeira está de acordo com o proposto pela Conferência ou pelos Conselhos; comunicar à população as pautas e decisões tomadas; promover articulação com a sociedade civil a fim de fomentar a participação social na política; e promover o diálogo com cientistas e técnicos para melhorar o embasamento do debate e das propostas (Brasil, 2013b).

Destaca-se que as resoluções aprovadas no Plenário do Conselho (Brasil, 2013b), devem obrigatoriamente ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo e, caso isso não ocorra, a validação pode ser realizada pelo Ministério Público. É importante salientar, todavia, duas questões importantes: a primeira é que a lei diz que os conselhos não implicam prejuízo

ao Poder Legislativo, o que significa que prevalece as decisões do Congresso Nacional, da Câmara dos Deputados ou da Assembleia Legislativa em relação ao do Conselho e a segunda é que as proposições dos Conselhos de Saúde estão, ainda, submetidas a decisões do poder legislativo ou executivo como, por exemplo, pela importante Emenda Constitucional 95, que passou a vigorar em 2017 e é conhecida como Emenda do Teto dos Gastos, que congelou, os investimentos em políticas sociais por 20 anos, incluindo investimentos no SUS. Tal Emenda implica uma restrição significativa ao combate às fragilidades do SUS e ao constante aperfeiçoamento do Sistema às demandas da população (Costa, Rizzotto & Lobato, 2020).

### **Saúde pública, controle social e contracontrole**

As práticas da comunidade científica são enquadradas, de forma geral, no que Pritchett et al. (2021) chamam de “práticas coloniais”, o que envolve a dinâmica de poder e autoridade na relação entre a comunidade científica e a população, especialmente a parcela que é assujeitada às pesquisas científicas porque essa é o caminho viável para encerrar estímulos reforçadores negativos presentes. Pritchett et al. (2021) descrevem o exemplo de Henriquetta Lacks, uma mulher negra norte-americana que devido ao desenvolvimento de um câncer buscou tratamento num hospital que realizou inúmeros experimentos com suas células cancerígenas, contribuiu para a comunidade científica do mundo inteiro e para o desenvolvimento de uma série de pesquisas que possibilitaram avanços significativos no tratamento do câncer. Apesar de todas essas contribuições, a mulher morreu rapidamente no hospital, suas células continuaram se multiplicando e servindo à ciência, enquanto Henriquetta e sua família não receberam tratamento adequado ou foram de forma alguma favorecidos pelos avanços científicos e os benefícios médicos e financeiros possíveis graças a ela.

Esse é apenas um exemplo, dentre tantos oferecidos, que mostra como a comunidade científica e a parcela privilegiada da comunidade social (elites econômicas e agentes

governamentais, especialmente dos países chamados de “desenvolvidos”) usufrui para seu próprio benefício da estratificação social e dos corpos aos quais são negados o acesso a direitos básicos. A ciência é, histórica e majoritariamente, feita de forma colonial, impositiva e hierárquica, em que parte da população é assujeitada aos pesquisadores e não têm acesso às tecnologias e avanços produzidos. Em contrapartida, as práticas realizadas de forma colaborativas promovem a inclusão da comunidade, assim como previnem a exploração e a marginalização de seus membros (Pritchett et al., 2021).

Embora Pritchett et al. (2021) esteja se referindo à relação entre pesquisador e participantes de pesquisas, as características descritas e a indicação da colaboração como alternativa parecem convergir com a diretriz do SUS de participação da comunidade, que, de acordo com Paim (2009), tem o objetivo de promover a democratização dos serviços e decisões na saúde pública, assim como, a participação comunitária na identificação e resolução de problemas.

Desse ponto de vista, o trabalho realizado por Figueiredo (2013), que busca discutir, à luz da Análise do Comportamento, as práticas culturais na Atenção Básica em Saúde, apresenta a participação social como fator fundamental na constituição das políticas de saúde e na garantia do direito à saúde, especialmente visto a influência que as disputas políticas, sociais e econômicas exercem sobre a política e a prática dos serviços de saúde.

Outro fator que corrobora com esse argumento é que para a ampla atuação social ser possível em prol do ideal ético-político norteado pelos benefícios para todos os membros da comunidade em detrimento dos individuais é necessário, segundo Fernandes (2021), que os membros da comunidade estejam sensíveis às diferentes contingências sociais e, especialmente, que os analistas do comportamento possam contribuir com a programação de contingências que aumentem a probabilidade de que membros que representem as classes sociais com menos poder e acesso a recursos façam parte da tomada de decisão política, assim

como, que aumente à sensibilidade ao outro através da educação dos membros da comunidade como um todo.

A participação dos membros da comunidade na formulação da política de saúde pôde ser vista não apenas na atual política de controle social do SUS (os Conselhos de Saúde), como também durante a sua formulação. A VIII Conferência de Saúde caracteriza a participação comunitária na construção do SUS e o estabelecimento de relação direta entre os gestores, os profissionais da saúde e a população (Arouca, 1986). Tal relação contribuiu para a diminuição do desequilíbrio de poder existente na área da saúde e da política, em concordância com as propostas analítico-comportamentais descritas acima (Fernandes, 2021; Figueiredo, 2013; Pritchett et al., 2021) e com a proposta ética skinneriana do papel dos planejadores culturais em colocar as pessoas sob controle das contingências de sobrevivência da cultura (Dittrich, 2004).

## **Objetivos**

No decorrer da Introdução, foram apresentados dois fatores necessários para a realização desse trabalho: o conceito de contracontrole, descrito como um comportamento emitido por pessoas que estão sob controle de contingências impostas hierarquicamente, majoritariamente aversivas; e os Conselhos de Saúde, como uma conquista da luta da sociedade civil nas políticas de saúde, por garantir uma forma de tornar a população ativa na participação social e gestão do SUS. Considerando que o conceito de contracontrole não foi sistematizado conceitualmente na obra de Skinner e que diversos autores versaram pulverizadamente sobre o tema em suas obras (Skinner, 1953/2003, 1968a, 1971c, 1972b, 1974; DelPrato, 2002; Holland, 1978, 1974/2016 e Sá, 1979, 1985) e considerando que o contracontrole, por explorar/explicar as dinâmicas sociais de controle, especialmente em relações que há

desbalanceamento de poder, pode favorecer análises sociais e de relações de controle entre as agências de controle e os controlados, este trabalho tem dois objetivos:

- (1) Fazer uma revisão do termo contracontrole na literatura da Análise do Comportamento e uma revisão sistemática em artigos analítico-comportamental, a fim de analisar o desenvolvimento do conceito, a realização de pesquisas na área, descrições de suas características, os agentes sociais responsáveis pelo comportamento e as contingências envolvidas.
- (2) Analisar a proposição formal dos Conselhos de Saúde, tal como aparece na legislação brasileira, à luz do conceito de contracontrole, a fim de identificar a potência dos conselhos como instrumento de contracontrole por parte da população em relação às agências responsáveis pelas contingências das políticas de saúde e seus limites.

## **Estudo 1**

### **Método**

O presente trabalho foi dividido em dois estudos, o primeiro estudo buscou responder ao objetivo de sistematizar o conceito de contracontrole na literatura da Análise do Comportamento.

### ***Revisão Sistemática De Publicações Sobre Contracontrole***

O método do primeiro estudo consistiu na realização uma revisão sistemática de publicações sobre o conceito de contracontrole e o relato foi inspirado pela recomendação PRISMA (Moher et al., 2009/2015). Como este material visou nortear a realização de estudos clínicos na área da saúde, foram realizadas adaptações para a realização de uma revisão sistemática adequada para o estudo de fenômenos sociais.

### ***Procedimento De Busca***

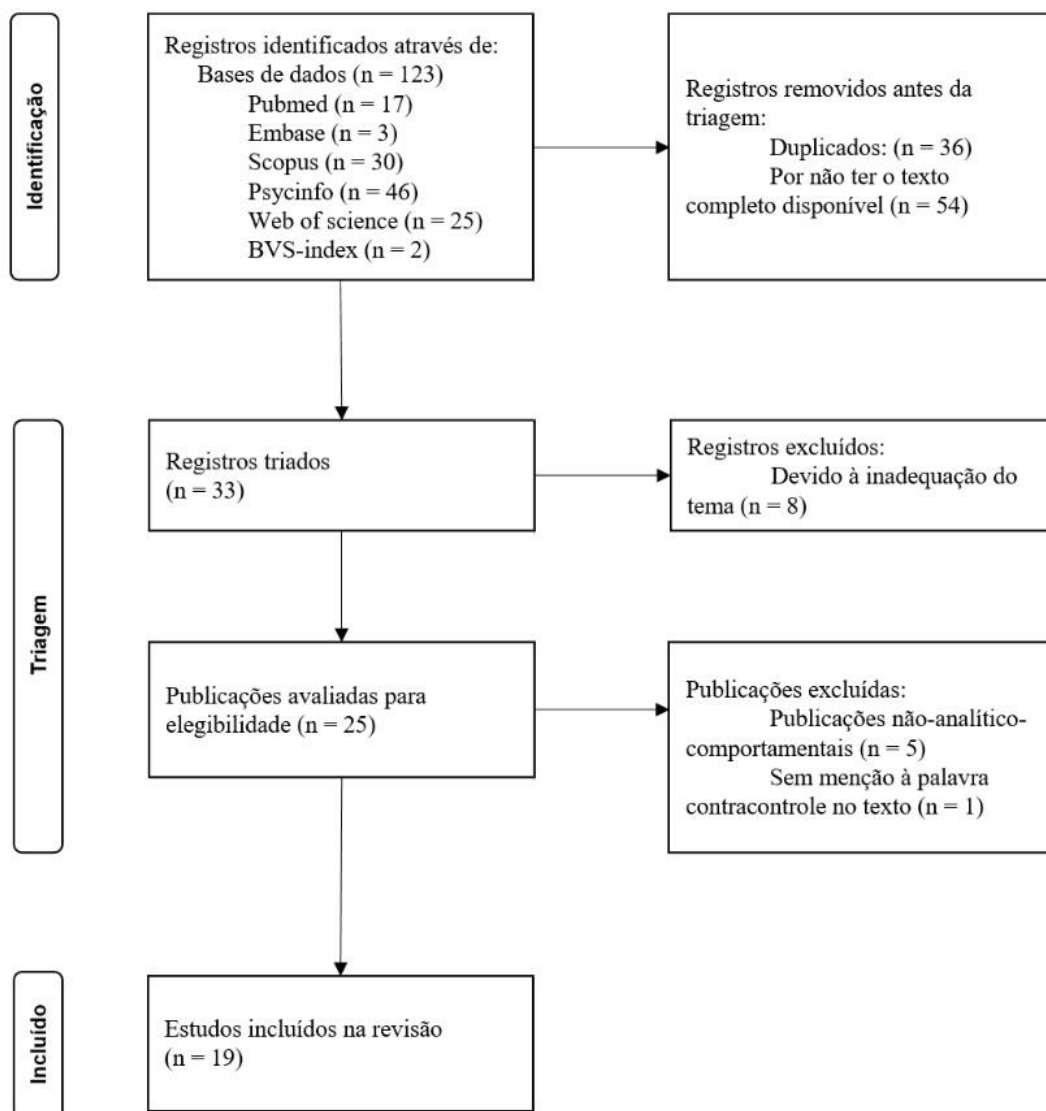
O procedimento de busca de artigos sobre contracontrole na literatura da Análise do Comportamento foi realizado nas bases de dados: *Medline, BVSPsi, Embase, Psycinfo, Scopus e Web of Science*, através dos termos truncados “contracontrol\*” ou “countercontrol\*”, o que possibilitou a busca de publicações em português, espanhol e inglês, além de variações na palavra contracontrole, como, por exemplo: “contracontrolar” ou “contracontrolador”.

### ***Procedimento De Seleção***

Foram incluídos os artigos encontrados nas bases de dados mencionadas acima, em português, inglês e espanhol, com qualquer ano de publicação e em qualquer país. Para o artigo ser selecionado, também foi necessário que o acesso estivesse liberado através do acesso café do Periódicos Capes, além de ter adequação ao tema do comportamento humano e ter como fundamentação teórica a Análise do Comportamento.

**Figura 1**

Fluxograma da seleção de artigos nas bases de dados para esta revisão



Além do acesso às publicações encontradas nas bases de dados (referências completas no Apêndice B), também foram utilizados como fontes da literatura da Análise do Comportamento: os principais livros de Skinner e suas publicações sobre o comportamento humano, especialmente sobre comportamento social (1945/1977, 1953/2003, 1953, 1955a, 1955b, 1956, 1957/2014, 1961/2001, 1962, 1966, 1967a, 1967b, 1968a, 1968b, 1971a, 1971b, 1971c, 1972a, 1972b, 1973a, 1973b, 1974, 1975a, 1975b, 1976, 1977, 1978, 1985, 1986a, 1986b, 1986c, 1986d, 1986e, 1987a, 1987b, 1987c, 1988, 1989, 1990a, 1990b); o livro *Coerção e suas Implicações* (1989/2011) de Sidman; o livro *Psicologia do Controle Social* (Sá, 1979), *Cartilha de Contracontrole Social* (Sá, 1983); a Tese “O behaviorismo radical de B. F. Skinner e sua aplicabilidade socialmente relevante” (Sá, 1985); e, por fim, publicações de Holland sobre questões sociais (1974, 1975a, 1975b, 1978a, 1978/1983, 1980, 2016) – referências completas no Apêndice A.

### ***Organização do Material***

O material selecionado foi organizado num Banco de Dados no Microsoft Office Excel. Foi registrado, em relação a cada publicação, os principais dados bibliográficos, como: título, autoria e ano de publicação. Para cada artigo, foi registrado: a) os trechos que possuem a palavra ‘contracontrole’ ou suas variações; b) se há definição de contracontrole; c) qual a definição utilizada; d) se houver definição, por qual autor foi cunhada e ano da referência; e) o nome dado à prática de contracontrole; f) características do comportamento descrito como contracontrole; g) estratégias para melhorar a efetividade do contracontrole; h) agentes que exercem o contracontrole; i) agentes sobre os quais o contracontrole é exercido; j) se o contracontrole é exercido sobre agente individual e/ou agência de controle; k) descrição geral da contingência envolvida; l) evento antecedente da contingência; m) classificação do antecedente (controle aversivo, controle exploratório, ambos, não identificado ou outros); n) evento subsequente da contingência; o) classificação do subsequente (atenuação; eliminação;

prevenção; eliminação e atenuação; eliminação e prevenção; prevenção e atenuação; eliminação, prevenção e atenuação; punição do comportamento dos controladores; eliminação e punição; outros; não especificado); e p) observações.

### ***Concordância Entre Observadores***

A concordância entre observadores foi realizada por um pesquisador independente que seguiu o método de busca dos artigos nas bases de dados, assim como o método de seleção e exclusão. Foram registrados os artigos selecionados pela pesquisadora deste trabalho e pelo pesquisador independente e calculada a concordância por meio da fórmula (número de concordâncias / número de concordâncias + discordâncias) x 100. O nível de concordância entre observadores foi de 69%, foi realizada então uma análise entre os artigos coletados e observou-se que houve um problema de acessibilidade de alguns dos artigos para o pesquisador independente que fez com que ele excluísse artigos que foram incluídos pela pesquisadora. Assim, a acessibilidade destes artigos foi testada por uma terceira pesquisadora independente e, como ela conseguiu acessá-los, os artigos foram inseridos na concordância, após o novo cálculo a concordância entre observadores foi de 83%.

## Resultados

### *Resultados das publicações dos autores escolhidos*

Ao todo foram analisadas 51 publicações entre livros, artigos em jornais e periódicos e tese dos autores escolhidos devido à sua reconhecida relevância para o estudo das relações sociais na Análise do Comportamento e, dentre as publicações analisadas, 22 mencionavam a palavra contracontrole e 24 não mencionavam. Foram encontrados 337 parágrafos que continham a palavra ‘contracontrole’ ou suas variações e é possível identificar através da Tabela 1 que, dentre as obras analisadas, o autor que mais mencionou a palavra foi Celso Pereira de Sá, que totalizou 233 parágrafos, em três obras analisadas. Destaca-se, ainda, que Skinner totalizou 60 parágrafos em 40 obras, Holland 15 parágrafos em 7 obras e Sidman 29 parágrafos em uma obra analisada.

**Tabela 1**

*Quantidade total de obras e trechos selecionados por autor*

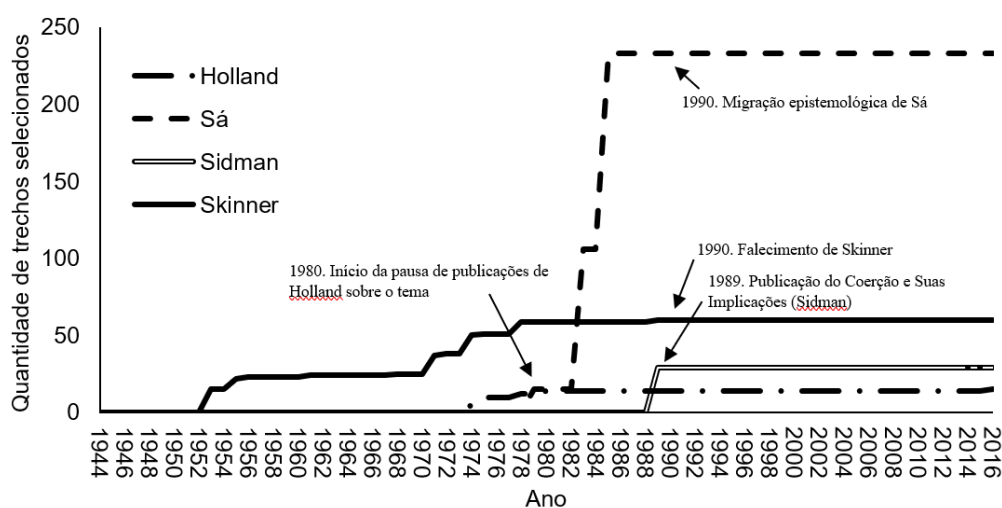
Autor	Quantidade total de obras	Quantidade total de trechos selecionados
C. P. de Sá	3	233
J. G. Holland	7	15
M. Sidman	1	29
B. F. Skinner	48	60

Nas obras analisadas, a palavra contracontrole apareceu pela primeira vez no ano de 1953, no livro *Ciência e Comportamento Humano*, de Skinner, autor que, dentre os

consultados, foi o único a falar sobre contracontrole até 1974, a publicação de Holland mais antiga analisada. Destaca-se que, a partir da década de 1970 os trechos começam a ter um crescimento expressivo comparado aos períodos anteriores e, no fim da década, Sá começa a dedicar-se ao estudo do contracontrole, em seu livro “Psicologia do Controle Social” (1979). Durante a década de 80, Sá escreve a “Cartilha de Contracontrole Social” (1983) e sua Tese “O Behaviorismo Radical de B. F. Skinner e sua Aplicabilidade Socialmente Relevante” (1985), o que eleva significativamente as contribuições ao conceito de contracontrole. A partir da década de 1990, entretanto, há uma paralisação das produções que discorrem sobre o contracontrole dentre as publicações consultadas, o que pode ser explicado por alguns fatores: o falecimento de Skinner, em 1990; a pausa nas publicações de Holland, que só volta a contribuir com o tema em uma publicação de 2016; e a migração epistemológica de Sá do Behaviorismo Radical para a teoria das representações sociais (1990).

## Figura 2

*Curva acumulada de quantidade de parágrafos que contém a palavra contracontrole por ano.*



No que se refere às obras com mais parágrafos que contêm a palavra contracontrole, destacam-se as publicações de Celso Pereira de Sá, sua tese e cartilha que, somadas ao livro

Psicologia do Controle Social, apresentam 233 parágrafos, o que representa 69,1% dos parágrafos analisados nesta pesquisa, as três estão entre as dez obras com mais parágrafos selecionados. Cinco obras de Skinner também estão na lista com mais citações, assim como “Coerção e Suas Implicações”, de Sidman, na terceira colocação, e “Are Behavioral Principles for Revolutionaries”, de Holland, na última colocação. A partir da Tabela 2 é possível ter acesso a mais detalhes sobre as 10 publicações com mais parágrafos que citam a palavra contracontrole.

## **Tabela 2**

*Título, autor, ano de publicação e quantidade de trechos selecionados nas dez obras com mais parágrafos que mencionaram a palavra contracontrole*

<b>Obra</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Quantidade de trechos selecionados</b>
O Behaviorismo Radical de B. F. Skinner e sua Aplicabilidade Socialmente Relevante	C. P. de Sá	1985	127
Cartilha de Contracontrole Social	C. P. de Sá	1983	91
Coerção e suas implicações	M. Sidman	1989	29
Ciência e Comportamento Humano	B. F. Skinner	1953	15
Psicologia do controle social	C. P. de Sá	1979	15

Beyond Freedom and Dignity	B. F. Skinner	1971	12
About Behaviorism	B. F. Skinner	1974	12
Reflections on Behaviorism and Society	B. F. Skinner	1978	8
The Control of Human Behavior	B. F. Skinner	1955	6
Are behavioral principles for revolutionaries?	J. G. Holland	1974	5

### *Definições de contracontrole*

Dentre as publicações analisadas nesta parte do trabalho, foram encontrados 14 trechos com definições de contracontrole, que serão apresentadas de acordo com a ordem de publicação. Destaca-se, ainda, que somente 4, das 22 obras que mencionavam a palavra contracontrole apresentaram uma definição explícita para tal conceito. A primeira definição de contracontrole foi encontrada no livro *Ciência e Comportamento Humano* (Skinner, 1953/2003), descrita no trecho a seguir:

Um dos efeitos sobre o controlado é induzi-lo a tentar um contracontrole. Poderá existir uma reação emocional de raiva ou frustração, incluindo um comportamento operante que ofende ou é de alguma maneira aversivo ao controlador. Esse comportamento pode ter sido reforçado pela redução de consequências aversivas semelhantes. A importância do reforço é observada no fato de que é muito mais provável que venhamos a responder dessa maneira a um controle social do que a um controle não-social. Se somos forçados

a descer da calçada para a rua por um tronco derrubado pelo vento, provavelmente não exibiremos uma reação emocional muito forte, mas se somos forçados a fazer o mesmo por um bando de cafajestes, é possível que um comportamento agressivo - verbal ou não verbal - seja gerado. O comportamento agressivo provavelmente ajudou em situações sociais semelhantes, mas tem pouco ou nenhum efeito sobre troncos de árvores. Não é necessariamente mais “natural” reagir emocionalmente à restrição social do que à não-social. (Skinner, 1953/2003, p. 351)

Tal definição é complementada pela descrição de que o contracontrole pode ocorrer diante de situações explicitamente aversivas e diante do uso de controle para manter comportamentos dos controlados deliberadamente graças às consequências reforçadoras para o controlador. Como consequência reforçadora do comportamento de contracontrole tem-se, como descrito por Skinner (1953/2003) no trecho acima, a redução de consequências aversivas semelhantes e uma das explicações possíveis para tal redução é que “o indivíduo que se acha no controle automaticamente gera autoestimulação aversiva condicionada, ‘sente-se culpado’ por exercer controle” (p. 352). Dessa forma, o controlador teria como consequência automática a remoção dos sentimentos aversivos de culpa por ceder ao controle e declarar oposição ao controle pessoal.

Ao considerar a sequência cronológica das publicações, após a definição de Skinner (1953/2003) foi encontrada outra definição de contracontrole em Sá (1979), que, com base em Skinner (1971c), define como o comportamento do controlado que exerce controle sobre o comportamento do controlador e resulte na eliminação, redução ou modificação do controle exercido pelo controlador. Sá apresenta, ainda, a preocupação de que a definição de contracontrole possibilita um discurso neutro, no sentido de descrever a relação de controle entre controlados e controladores de forma mútua, sem diferenciar politicamente os verdadeiros controladores e controlados. Segundo Sá (1979), Skinner não apresenta tal

neutralidade, por não dar o nome de contracontrole à resposta de intensificação do controle por parte do controlador diante do contracontrole exercido pelos controlados.

Alguns anos após a apresentação dessas definições, Sá (1983) desenvolveu a Cartilha de Contracontrole Social, publicação em que foram encontrados 5 trechos com definições de contracontrole. Ele sintetiza a definição de contracontrole já apresentada, apresentando como comportamentos cujas consequências sejam a transformação das formas atuais de controle. Além disso, ele destaca que o objetivo explícito do contracontrole social é a mudança do comportamento das pessoas poderosas para que eles possam favorecer outras pessoas ao invés de prejudicá-las e, ainda, que o contracontrole também é um procedimento de controle. Sá (1983) descreve, ainda nessa obra, que o contracontrole se opõe às práticas de controle exercidas pelas agências de controle ou pela comunidade ética e apresenta uma descrição completa de uma contingência genérica de contracontrole, apresentada a seguir:

O contracontrole é em si mesmo um procedimento de controle. O contracontrole tem como alvos selecionados: o controle aversivo; o controle exploratório. O contracontrole pode produzir os seguintes efeitos reforçadores para os controlados: a atenuação do controle, a eliminação do controle, a prevenção do controle. (Sá, 1983, p. 59)

Sá (1985), em sua Tese de Doutorado denominada “O Behaviorismo Radical de B. F. Skinner e sua Aplicabilidade Socialmente Relevante”, apresenta seis trechos com definições de contracontrole, algumas apresentadas para contextualizar e discutir, sem representar a posição de Sá e outras que ele sintetiza e apresenta como seu posicionamento. A primeira apresentada é a de Platt, que define contracontrole como o mecanismo envolvido no controle recíproco, em que os organismos se controlam uns aos outros e, segundo Sá, tal definição levou Platt “a uma formulação globalizante e implicitamente harmônica das relações sociais humanas, [...] Concluindo, uma tal utilização conceitual do contracontrole, pela impressão que

proporciona quanto à existência de algum mecanismo de fatalista autocorreção institucional” (Sá, 1985, p. 230-231). Tal definição de contracontrole é criticada por Sá, por dificultar os esforços coletivos para construir transformações sociais.

Sá (1985) apresenta e contesta a utilização do conceito do contracontrole por diversos autores da literatura como “a extensão em que um cliente pode resistir aos esforços de um terapeuta para modificá-lo” (p. 270). Para Sá, tais autores apontam, assim, o contracontrole como um comportamento que atrapalha a intervenção, como sinônimo de resistência no sentido psicanalítico ou, ainda, como um comportamento cujos terapeutas objetivam “dominar”.

Então, Sá (1985, p. 314) define o contracontrole como:

qualquer classe de respostas emitidas por indivíduos (isolados ou em grupo) que tenham o efeito de prevenir, eliminar ou atenuar as consequências aversivas e/ou exploratórias (a curto, médio ou longo prazos) produzidas para tais indivíduos por qualquer dada instância de controle social institucionalizada (legal ou consuetudinariamente) ou em vias de institucionalização.

Com essa descrição, é possível destacar que Sá posiciona-se de forma a considerar um comportamento como contracontrole somente em relação a classes de respostas emitidas que previnam, eliminem ou atenuem o controle aversivo ou exploratório produzidos por instâncias de controle institucionalizadas (ou em vias de institucionalização). Tal argumento apresentado é relevante na discussão sobre a neutralidade do uso do conceito do contracontrole. Sá reafirma, em 1985, que o conceito seja utilizado em situações em que há marcadamente uma diferença entre controlador e controlado através da institucionalização da instância de controle social, seja ela legal ou apenas habitual (Sá, 1985).

Enfim, destaca-se que a concretização do contracontrole depende dos indivíduos e grupos que o fazem e não do equilíbrio natural entre as forças (Sá, 1985), assim, é importante

que os agentes sociais dedicados a produzir os efeitos do contracontrole possam agir sob controle do máximo de informações possíveis sobre as variáveis ambientais que controlam o comportamento dos controlados e dos controladores.

Para isso, é necessário apresentar, nos termos da tríplice contingência, os antecedentes e consequentes, descritos pela literatura consultada, que interferem na efetividade do contracontrole.

### *Antecedentes*

Em relação aos tipos de antecedentes, dos exemplos e descrições de contingências apresentados nos trechos selecionados, 41 eram controle aversivo, 15 controle exploratório, 23 ambos os tipos de controle e 15 não era possível identificar.

**Controle Aversivo.** Nos trechos selecionados, os exemplos de formas de controle classificadas como controle aversivo descrevem diferentes tipos de controle antecedente aversivos. É possível identificar que a maior parte dos trechos se refere ao uso de procedimentos de punição positiva, como nos exemplos a seguir: o uso de ameaça, de procedimentos punitivos, uso da força, prisões, ausência de liberdade de expressão, retaliação, agressão, uso de controle coercitivo, presença de estímulos aversivos condicionados (por exemplo, professores), controle despótico, tirania, violência imposta a nações mais pobres, punições positivas e negativas. Outra forma de controle antecedente que em contingências que produzem contracontrole é o uso de punição negativa, como pode-se ilustrar com a supressão de tentativas de acesso a reforçadores, além das prisões. Exemplos, como quebrar regras e a presença de crianças hiperativas, são ilustradas pelos autores como situações que envolvem punições positivas ou negativas, porém, vindas de agentes com menor acesso à manipulação de contingências, ou seja, com menos poder social. Estes últimos exemplos foram identificados

dessa forma pelos autores por poderem representar a inserção de estímulos aversivos no ambiente para o agente descrito.

Por último, é possível destacar o uso do controle verbal, como a classificação de um episódio social ou comportamento como mau ou errado, ainda que o indivíduo não tenha sido impactado diretamente pelos efeitos do comportamento, a descrição verbal pode evocar comportamentos de contracontrole em relação ao evento.

**Controle exploratório.** As descrições de controle antecedente identificadas como controle exploratório envolvem, nos trechos selecionados, majoritariamente o uso de reforçador econômico (dinheiro) como reforçador imediato para um comportamento que, a longo prazo, produz consequências aversivas. Skinner (1971c) descreve que, nesses casos, é comum que o ganho para o controlador resulte em perda para o controlado. Além disso, este tipo de controle é caracterizado por decisões hierárquicas e pela estratificação do poder, na medida em que os controladores têm acesso a bens materiais e podem oferecê-los ou não aos controlados que, por sua vez, têm como uma das consequências de seu comportamento a produção de mais bens para o controlador.

O controle exploratório é descrito, em sua maioria, como sendo exercido pela agência econômica ou por agentes individuais que conquistam vantagens econômicas ao exercer esse tipo de controle. O contracontrole evocado pelo controle econômico envolve regras da comunidade ética que condenam o uso excessivo da riqueza, além de leis que proíbem certas atividades econômicas e restringem transações, o que reduz “a medida na qual o possuidor de riquezas pode empregá-la no controle dos outros” (Skinner, 1953/2003, p. 437).

A relação de controle exploratório impõe uma dificuldade relevante na produção de contracontrole, devido à característica tardia das consequências aversivas: é possível que elas não ocorram enquanto o controlador está ao alcance do contracontrole do controlado. Skinner

(1971c) descreve que a solução é a criação de consequências aversivas imediatas e isso explica a relevância de duas medidas importantes de contracontrole: a descrição das contingências pela comunidade ética e a criação de leis.

Outro fator importante a ser levado em consideração é que o controle econômico depende da desigualdade de riqueza e poder para ser viável, visto que um grupo precisa ter mais riqueza que o outro para poder utilizá-la como reforçadora do comportamento do segundo grupo. Holland (1975a) descreve, então, que o controlado precisa estar sob condições aversivas de privação para manter o comportamento do controlado com os reforçadores limitados disponibilizados pela agência e, portanto, essa desigualdade precisa ser protegida por meio de forças coercitivas, o que produz contracontrole e, eventualmente, a substituição do capitalismo.

**Controle aversivo e exploratório.** Os contextos antecedentes classificados como contextos exploratórios e aversivos descrevem situações em que são utilizados procedimentos de punição positiva ou negativa, assim como privação socialmente imposta combinada com o uso de reforçadores positivos imediatos para respostas que, a longo prazo, produzem consequências aversivas para o controlado. São dadas como exemplos dessa descrição situações de trabalho na qual o trabalhador não tem acesso a determinados bens (como dinheiro, alimento ou moradia) e, assim, dependem de trabalhar nas condições impostas pelo empregador, ainda que essas não sejam adequadas, para produzirem tais bens.

### ***Consequências***

Nos trechos analisados, foram encontradas 121 consequências para o comportamento de contracontrole, na Tabela 3 encontra-se o(s) tipo(s) de consequência(s) descrita(s) e suas quantidades. É possível identificar que 44 das contingências envolviam a eliminação do controle aversivo e/ou exploratório, 37 a atenuação e 36 a prevenção. Destaca-se também a

descrição da punição do comportamento dos punidores como consequência, que aparece em 18 contingências e a mudança nas técnicas de controle, descrita em 12 contingências.

**Tabela 3**

*Quantidade de parágrafos que descrevem os tipos de consequências na bibliografia escolhida*

Tipo de consequência	Quantidade de parágrafos
Atenuação	17
Eliminação	10
Eliminação e Atenuação	6
Eliminação e Prevenção	6
Eliminação e punição	7
Eliminação, prevenção e atenuação	13
Mudança nas técnicas de controle	14
Prevenção	16
Prevenção e Atenuação	1
Punição do comportamento dos controladores	11
Não especificado	12
Outros	8

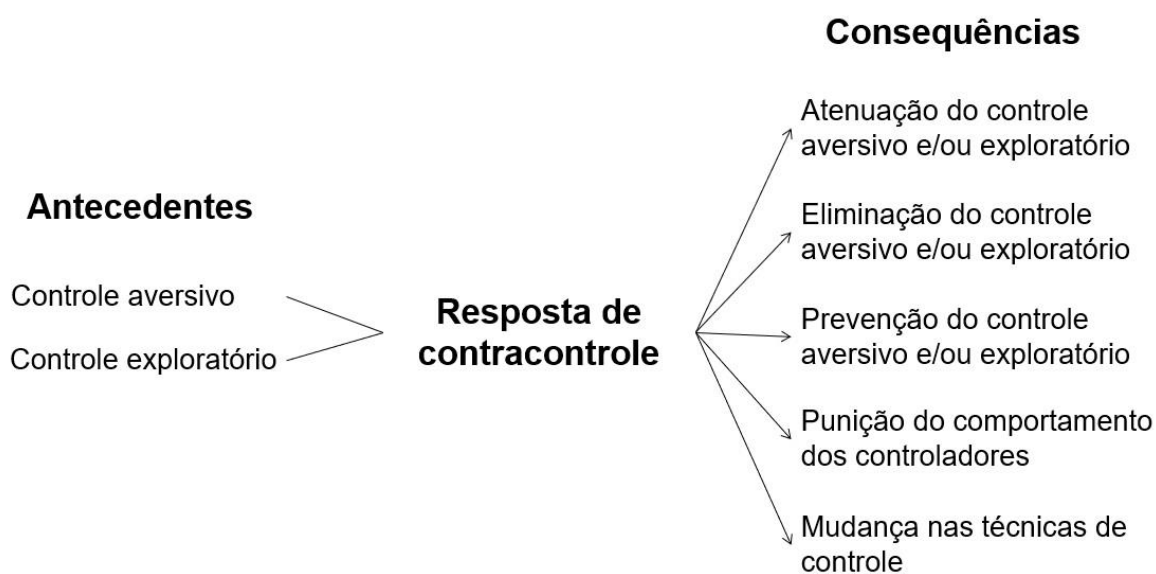
As consequências produzidas classificadas como de atenuação do controle aversivo envolveram o enfraquecimento do controle aversivo, descrito através da atenuação, da contenção, limitação ou restrição do poder do controlador, assim como a redução do controle exercido. As consequências de eliminação do controle aversivo envolveram a destruição, derrocada, o combate à punição, assim como a fuga bem-sucedida de contextos de controle aversivo. As consequências de prevenção do controle aversivo foram aquelas em que os autores mencionavam o impedimento de certas formas de controle, da exploração, do uso de controle aversivo e/ou exploratório, de maneira que os agentes controladores não exerçam o controle através de medidas aversivas.

Além disso, as consequências de punição do comportamento dos controladores incluíram a exclusão de cargos, ações legais, oferecer um contraponto às informações oferecidas pelos controladores, reduzir ou parar a produção de consequências reforçadoras para as agências, ou até mesmo o uso de violência e agressão. As consequências de mudança das técnicas de controle abrangem as que há a substituição das técnicas de controle vigentes, aparecem como exemplos nos trechos a alteração do sistema de forma que os controlados tenham maior acesso a reforçadores, assim como a própria substituição do capitalismo, além da produção de comportamentos ‘benevolentes’ no controlador ou a modificação do condicionamento verbal da comunidade ética de forma a valorizar os comportamentos de contracontrole.

É possível, assim, sintetizar as contingências descritas, na seguinte contingência de três termos:

### Figura 3

*Tríplice contingência de contracontrole formada a partir dos elementos descritos pelos autores escolhidos*



Além de identificar as contingências de controle que produzem e mantêm o comportamento de contracontrole, também é importante descrever os agentes responsáveis pelo contracontrole, segundo as publicações analisadas.

### *Agentes responsáveis pelo contracontrole*

Nos trechos selecionados, os agentes que exerciam o contracontrole eram, de forma geral, as pessoas que estavam submetidas ao controle aversivo e/ou exploratório social. Dentre os 105 agentes descritos, 21 eram indivíduos e 79 eram grupos, e destes 79, 36 eram grupos organizados. Os autores também descreveram situações nas quais os agentes poderiam ser tanto indivíduos como grupos (4) e uma situação na qual os agentes de contracontrole eram animais que sofriam maus-tratos de seus cuidadores.

Dentre os indivíduos mencionados, destaca-se o uso do próprio termo ‘indivíduo’ e do termo ‘membros da comunidade’, que somados totalizam 8 dos 21 agentes individuais, além disso, também são mencionados uma vez cada: clientes, filhos, esposas, governados, médicos, membros, membros da cultura, governo e religião, pacientes, pessoas sob controle de reforçamento positivo, pessoas que produzem, pessoas que criticam o governo, pessoas sob controle de medidas aversivas, pessoas que trabalham e crianças.

Os agentes descritos que atuam em grupo, porém sem uma organização especificada são os controlados (9), a população (7), os prisioneiros (4), as pessoas em geral (3), a comunidade ética (2) e são mencionados uma vez cada: o ambiente social, os cidadãos, diferentes setores da população, estudantes, familiares de pessoas institucionalizadas (como psicóticos, crianças, idosos, prisioneiros), grupos, indivíduos unidos, massa de controlados, membros do grupo, população, povo, pessoas exploradas, advogados, público, sociedade, soldados e terapeutas.

Dentre os grupos organizados, os trabalhadores são os agentes mais mencionados (6), seguidos pelo governo (3), também são descritas as agências democratizantes (3) a agência e governamental ou religiosa (3), países (3), partidos políticos (2), com uma menção cada, os autores descrevem: associação de moradores; a *Association for Behavior Analysis (ABA)*; os dirigentes sindicais; agências de controle; grupos; movimentos e instituições de contracontrole; instituições democráticas; organização de terapeutas; organização de trabalhadores; participantes dos movimentos sociais; participantes do movimento ecologista; agência psicoterapêutica; associações comunitárias; entidades anônimas de defesa dos direitos humanos; e sindicatos.

Como contingência social e, portanto, que envolve o entrelaçamento do comportamento de pelo menos duas pessoas, além da análise dos agentes que exercem o contracontrole, outro fator relevante é a descrição e análise dos agentes sobre os quais o contracontrole é exercido.

#### ***Agentes sobre os quais o contracontrole é exercido***

Nos trechos selecionados, o(s) agente(s) sobre os quais o contracontrole é exercido foram descritos 117 vezes e, desses, 71 são somente agências de controle, 9 são agências de controle e agentes individuais e 27 são agentes individuais. Os autores ainda descreveram 9 vezes o “controlador” ou os “controladores” como agentes que sofrem o contracontrole e 1 vez o ambiente não-social – Skinner (1971c) descreve que somente os seres humanos em sociedade podem exercer contracontrole sobre o controle do ambiente não-social, que os faz, por exemplo, correr riscos cada vez maiores ou trabalhar até a exaustão. É a única citação dentre os autores analisados que considera o ambiente social como passível de ser contracontrolado.

**Agentes individuais.** Dentre os agentes individuais mencionados, os membros da comunidade ética são descritos quatro vezes, tiranos e professores são descritos duas vezes, enquanto todos os seguintes aparecem uma vez cada: agentes educacionais, agentes que fazem

mau uso do poder, cientistas, comunidade, crianças hiperativas, cuidadores, grupo de pessoas, guardas, homens poderosos, indivíduo que exerce controle, indivíduos com conduta indesejável, indivíduos que quebram regras sociais, responsáveis pelos cuidado de grupos vulneráveis, pais e maridos, pessoas que criam regras (professor, terapeuta, industrial), pessoas em posições de poder, pessoas que fornecem reforçadores imediatos com consequências aversivas adiadas, professores substitutos e membros que emitem com mais intensidade ou frequência comportamentos verbais classificatórios.

**Agências de controle.** Dentre as agências de controle mencionadas nos trechos selecionados, a agência governamental foi a citada em mais trechos (38), seguida pela agência econômica (25) e a agência educacional (12). A agência religiosa e a comunidade ética foram mencionadas 7 vezes cada; a psicoterapia e a autoridade, 3 vezes cada, a ciência do comportamento; os gerentes da prisão foram mencionados 2 vezes e, foram mencionados uma vez cada: a American Educational Research Association (AERA), os Estados Unidos, o Exército e qualquer instância institucionalizada de controle social. Destaca-se, ainda, o uso da expressão “agências de controle”, de forma geral, em 4 trechos. É importante salientar que o mesmo trecho pode envolver mais de uma agência, de forma que o número total de agências mencionadas é maior que o número total de trechos cuja descrição do contracontrole se dá sobre agências de controle.

**Agências de controle e agentes individuais.** Nos trechos selecionados, 9 mencionaram tanto agências de controle quanto agentes individuais: agência governamental e agentes do governo; agências tradicionais de controle social e parcela dominante da comunidade ética; executivos, legisladores e empresários; governos despóticos, agências religiosas, pais e professores; grupos, comunidade e agências; nação, capital, terapeuta, professor e pais; pessoa, governo, religião, empregador; pessoas, grupos e instituições que mais abusem do emprego do controle e quem governa.

Considerando que a agência governamental foi a agência mais citada e a sua relevância para o segundo estudo desse trabalho, faz-se importante descrever com mais detalhes o contracontrole exercido sobre tal agência.

### ***Características das respostas de contracontrole exercidas sobre a agência governamental***

Em 13 dos 41 trechos que descrevem a agência governamental como o alvo do contracontrole, os autores nomearam a forma como o contracontrole é exercido. O protesto e a revolução social são as formas mais mencionadas, em 5 trechos, seguidos pela greve, mencionada em 4 trechos; em dois trechos cada são descritas a resistência passiva, a educação popular e a reforma; com uma menção cada. Os autores ainda descrevem: fuga, contra-ataque, mudanças nas classificações éticas, reformulação da agência governamental, atos públicos, desobediência civil, constituição, direitos humanos, violência, terrorismo, boicotes, sistema de freios e contrapesos, golpe militar, revolta e rebelião.

As características do protesto, descritas por Sá (1983), envolvem a explicitação da relação entre as leis e as consequências reforçadoras para os controladores da agência econômica. Skinner (1978) descreve que o protesto também pode ter como características a fuga de alguma contingência aversiva ou o ataque ao controlador.

Segundo Sá (1983), revolução social é descrita como um processo de longa duração, que envolve a tomada de poder e o contínuo planejamento e experimentação de tecnologias de controle social. Para Skinner (1974), a revolução envolve os controlados saírem do alcance do controle dos controladores, assim como retirar seu poder de controle.

A greve, de acordo com Skinner (1974), envolve a redução ou paralização do trabalho, de forma que produz um ataque aos controladores (Skinner, 1978) e explicita a relação entre as leis e os reforçadores produzidos para os controladores (Sá, 1983).

A educação popular é descrita por Sá (1983) como o condicionamento de comportamentos que sejam aversivos ou que não produzam consequências reforçadoras para as agências governamental e econômica. A reforma pode envolver, para Skinner (1974) e Sá (1979), a redução do controle sobre os controlados e a demissão dos controladores. A resistência passiva, por sua vez, ora é descrita pela própria greve e ora como desobediência civil, de forma que envolve os controlados não se comportarem em conformidade com os procedimentos de controle (Sá, 1983).

Skinner (1953/2003) apresenta que a descrição explícita dos procedimentos de controle costuma tornar o sistema mais estável, isso porque, ao descrever as contingências entre o comportamento do controlado e o comportamento do controlador, a lei pode restringir a ação do controlador. O autor destaca que ao sancionar uma constituição, por exemplo, os governantes devem limitar o uso do seu poder às contingências estabelecidas. Nesse sentido, apresenta os direitos humanos, por exemplo, como descrições do contracontrole exercido pelos governados, visto que limitam o poder da agência governamental.

### **Contracontrole efetivo**

Os autores discutem também, em suas obras, estratégias que podem melhorar a efetividade do contracontrole, ou seja, aumentar a probabilidade de o comportamento produzir consequências reforçadoras como as descritas anteriormente. Foi possível reunir algumas estratégias nas categorias descritas abaixo:

Identificação e descrição dos processos de condicionamento e manutenção do comportamento do controlado, o que envolve reconhecer as consequências produzidas por tal comportamento:

1. Reconhecer o reforçamento positivo como eficiente no controle do comportamento  
(Sá, 1983)

2. Dar atenção ao processo de condicionamento e manutenção dos comportamentos operantes (Sá, 1983)
3. Realizar uma análise verbal da relação entre o comportamento, seu reforço positivo imediato e as consequências aversivas atrasadas (Sá, 1983)
4. Formular a noção da possibilidade de controle pela população (Sá, 1985)

Sá (1983, 1985) destaca a importância da análise das contingências que controlam o comportamento do controlado, de identificar as consequências reforçadoras imediatas das suas respostas e as consequências aversivas atrasadas. A descrição dessas contingências pode aumentar a probabilidade dos controlados engajarem em comportamentos de contracontrole, visto que muitas vezes o efeito das consequências aversivas fica muito atrasado. Junto a isso, Sá (1985) destaca a importância de que a própria população descreva as relações de controle vigentes no mundo, especialmente a possibilidade que ela própria tem de exercer controle sobre as agências controladoras.

Identificação e descrição dos processos de condicionamento e manutenção do comportamento do controlador, o que envolve reconhecer as consequências produzidas pelo comportamento de controlar:

5. Olhar para as contingências nas quais o controlador engaja nos comportamentos de controle e não para o controlador em si (Skinner, 1971c)
6. Analisar o sistema de controle social e identificar o que reforça a agência e modificar os comportamentos operantes dos controlados para deixar de apresentar os efeitos reforçadores para a agência (Holland, 1980; Sá, 1983)
7. Dedicar-se a modificar numerosos e variados comportamentos dos controlados, no exercício global do contracontrole (Sá, 1983)

8. Veicular a análise do controle comportamental em nossa sociedade auxilia as pessoas a se prepararem melhor para realizar o contracontrole e desenvolver uma tecnologia de contracontrole mais adaptada, especialmente que possa ser utilizada por indivíduos com recursos limitados (Holland, 1974, 1975; Sá, 1985)
9. Reconhecer a universalidade do controle e seu amplo componente coercitivo (Sidman, 1989, p. 229)

É importante identificar os reforçadores produzidos pelos controlados que mantêm o comportamento do controlador e modificá-los, de forma a deixar de reforçar as técnicas de controle vigentes (Sá, 1983; Skinner, 1971c). Entretanto, diversos comportamentos do controlado reforçam o comportamento dos controladores, assim, é necessário que, no exercício do contracontrole, sejam modificados muitos e diferentes comportamentos (Sá, 1983). Sidman (1989) destaca a necessidade do reconhecimento de que todo comportamento é controlado e, na nossa sociedade, de forma amplamente coercitiva. A divulgação das técnicas de controle utilizadas pela sociedade também é uma estratégia importante, por possibilitar uma melhor preparação e o desenvolvimento de técnicas de contracontrole mais adaptadas (Holland, 1974, 1975; Sá, 1985).

Devido à concepção de ser humano tradicional, a humanidade ainda fala sobre o comportamento com uma leitura pré-científica que considera a noção de “homem autônomo”, ou seja, como se a forma de agir fosse originada dentro de cada um e essa noção implica que as pessoas são livres no sentido de que seus comportamentos não são causados (Skinner, 1971c). Assim, Skinner (1953/2003) pontua a importância da explicação e do estudo das técnicas de controle pessoal para a ciência avançar em previsão e controle, apesar da dificuldade que existe socialmente de discutir sobre o controle pessoal, o autor destaca que “aqueles que mais se preocupam com a restrição do controle pessoal são os que mais têm a ganhar com o melhor entendimento das técnicas empregadas” (p. 352).

Segundo Skinner (1953/2003), “a liberdade que se discute na avaliação dos governos se relaciona com o contracontrole das técnicas aversivas” (p. 476), dessa forma, indica que o comportamento humano é controlado, todas as pessoas exercem controle e são controladas, o objetivo da busca pela liberdade, então, deve ser a eliminação do controle coercitivo, o que beneficiaria aqueles que estão sob esse tipo de controle.

Identificação e descrição dos possíveis comportamentos de contracontrole, assim como suas possíveis consequências reforçadoras ou punitivas:

10. Manejar, com análise e engenhosidade, contingências para possibilitar o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de contracontrole (Holland, 1974)
11. Atualizar o contracontrole, na medida que as formas de controle exercidas pelos controladores também se adaptem ao contracontrole, assim como manter contínuo o contracontrole para prevenir o retorno das práticas de controle exploratórias (Sá, 1985)
12. Criar consequências aversivas imediatas para os comportamentos dos controlados, de forma a incidir sobre o problema das consequências aversivas atrasadas (Skinner, 1971c)
13. Oferecer instrumentos que possibilitem o contracontrole (Sá, 1979)
14. Comunicar os princípios comportamentais pode evocar comportamentos de contracontrole mais eficientes (Sá, 1985)
15. Educar é um meio para a utilização do contracontrole, uma forma de poder (Sá, 1983)
16. Realizar o contracontrole com poucas pessoas, pode produzir punição ou prisão (Sá, 1983)

17. Agir em conjunto potencializa a força do controlado para exercer o contracontrole, o próprio indivíduo deve compreender o seu valor, assim, os indivíduos podem agir em harmonia para construir um mundo mais reforçador (Skinner, 1953/2003)

Os tópicos apresentados descrevem análises e características do contracontrole que aumentam sua eficácia, Holland (1974) aponta que, para além da análise de contingências, é importante que haja engenhosidade no contracontrole, o que significa que encontrar formas diversas de manejar as contingências vigentes pode envolver a criatividade dos agentes para produzir as consequências reforçadoras do contracontrole e, ainda, dificultar a adaptação do controle aversivo e/ou exploratório ao contracontrole. Essa adaptação é marcada por Sá (1985) ao indicar que os controladores podem alterar seu comportamento controlador para reduzir os efeitos do contracontrole e retomar a produção de reforçadores para o comportamento de controlar, por isso o contracontrole deve ser contínuo e em constante atualização.

Skinner (1971c) propõe que diante de consequências aversivas atrasadas o contracontrole torna-se inviável e um dos motivos é porque quando essas consequências ocorrem, o controlador já não pode mais ser identificado ou não está sob alcance da ação do controlado. O reforçamento positivo utilizado pouco tempo após a resposta garante a manutenção do comportamento esperado pelo controlador, sem gerar controle aversivo. Assim, uma estratégia de contracontrole possível é a criação de consequências aversivas imediatas para os comportamentos dos controlados que geram consequências aversivas atrasadas, porque isso facilitaria a modificação de tais comportamentos e que comportamentos viáveis de contracontrole sejam evocados.

O oferecimento de diferentes instrumentos institucionais de contracontrole é proposto por Sá (1979) por possibilitar a variação dos meios já utilizados socialmente para instrumentos

projetados a partir da ótica do contracontrole, da análise e dos efeitos esperados sobre as agências controladoras.

Outros dois fatores destacados por Sá (1983, 1985) apontam a importância da comunicação dos princípios comportamentais e a utilização da educação como meio de evocar e potencializar os efeitos do contracontrole. Esses pontos destacam a importância de educar a população para a ciência do comportamento e para o contracontrole, de forma que não apenas os analistas do comportamento e líderes de movimentos possam refletir, analisar e criar alternativas para o contracontrole, mas todos os agentes sociais que estão sob controle aversivo e/ou exploratório.

Essas formas de educar a população contribuem também para o aumento dos agentes contracontroladores e, possivelmente, para a ação conjunta descrita por Skinner (1953) como uma forma de potencialização da força do controlado. Como apontado por Sá (1983), quando executados por poucos indivíduos, os comportamentos de contracontrole têm maior chance de produzir consequências aversivas aos controlados, assim, a atuação em grupo além de aumentar a probabilidade de produzir consequências reforçadoras para os contracontroladores, também tem a vantagem de produzir menos punição para eles.

Skinner (1953) aponta que o contracontrole pode ser exercido por um grupo, desde que todos os indivíduos do grupo sejam afetados pelo indivíduo controlador, assim, ainda que não haja organização, os indivíduos podem realizar ações semelhantes de contracontrole. Skinner destaca, porém, que geralmente algum nível de organização se desenvolve entre os indivíduos, devido às contingências controladoras existentes entre os indivíduos do grupo e a sua transmissão entre gerações.

O primeiro passo no contracontrole de uma agência poderosa é o aumento da força do controlado. Se não se pode fazer com que a agência governante entenda o valor do

indivíduo para ela própria, deve-se fazer com que o próprio indivíduo compreenda seu valor. Evidencia-se a eficiência da técnica no fato de que os governos despóticos finalmente têm sido contracontrolados por indivíduos que agem em harmonia para construir um mundo que acham mais reforçador, e o fato de que as agências governantes, que reconhecem a importância do indivíduo, frequentemente se tornaram poderosas. (Skinner, 1953/2003, p. 486)

O desenvolvimento dessa organização apontado por Skinner (1953/2003) também é destacado por Sá (1983) em alguns trechos, especialmente na defesa da institucionalização do contracontrole como uma estratégia de aumento de sua eficácia:

18. Institucionalizar o contracontrole facilita a prevenção do uso do controle aversivo, em uma democracia alguns efeitos do contracontrole são permanentes (Sá, 1983)
19. Fortalecer e organizar diversos movimentos concretos de contracontrole, de maneira que eles venham a ser amplamente reforçados pela comunidade ética e legalmente reconhecidos pela agência governamental, o que possibilita o exercício do contracontrole democrático com um razoável grau de eficácia (Sá, 1983)

A afirmação de que os meios de contracontrole podem aumentar seus efeitos quando institucionalizados foi feita por Sá (1983). Assim, Sá aponta que, num governo democrático, o contracontrole está institucionalizado (reconhecido pela agência governamental), o que é necessário para o estabelecimento de uma democracia plena, como, por exemplo, o direito à greve e à organização sindicato garantido por lei. Isso porque torna possível que parte dos efeitos do contracontrole sejam permanentes, de forma a prevenir o uso do controle aversivo, o que é, segundo Sá, o efeito mais desejado. Entretanto, os movimentos sociais de contracontrole devem ser valorizados pela comunidade ética para que possam ser institucionalizados.

É importante considerar que, no ano em que essa análise foi feita, o país estava no fim da ditadura militar, durante o processo de abertura e redemocratização, esse pano de fundo explica as contribuições de Sá (1979, 1983 e 1985) para o planejamento do contracontrole institucional durante o cenário democrático, assim como a relevância dada para a prevenção do controle aversivo, visto que havia a preocupação em como se poderia diminuir as chances de uma nova ditadura ou violação dos direitos democráticos.

De acordo com Sá (1983), ainda, o contracontrole efetivo sobre a agência governamental exercido na democracia produz, como um de seus efeitos, o controle exercido por tal agência sobre a agência econômica, de forma que a atividade econômica fique submetida a leis que a façam produzir mais reforçadores para os trabalhadores e consumidores.

O papel da análise do comportamento no aumento da efetividade do contracontrole:

20. Oferecer, através da ciência comportamental, o planejamento explícito necessário para que o contracontrole seja efetivo e produza a 'liberdade' (Skinner, 1974)
21. Aumentar a eficácia do contracontrole ao informar a população sobre os perigos do controle aversivo e ao dedicar-se para a criação de uma tecnologia de contracontrole eficaz (Holland, 1974)
22. Prover instrumentos de análise psicológica para o aperfeiçoamento de instituições democráticas de contracontrole (Sá, 1979, 1985)
23. Comunicar sobre princípios comportamentais também pode evocar comportamentos de contracontrole mais eficientes (Sá, 1985)

Nos trechos destacados acima, é possível identificar a relevância da contribuição analítico-comportamental para o exercício do contracontrole, especialmente na possibilidade de oferecer análises das formas de controle vigentes, dos efeitos de comportamentos de

contracontrole e no planejamento de estratégias eficazes de contracontrole (Holland, 1974; Sá, 1979, 1985; Skinner, 1974).

Outras estratégias que contribuem para o aumento da efetividade do contracontrole:

24. Aumentar a quantidade e especializar os diversos grupos de contracontrole possibilita a alteração, por cada um, de uma pequena quantidade de comportamentos dos controlados que reforçava uma ou mais agências de controle (Sá, 1983)
25. Produzir o sucesso da ‘agência democratizante geral’, que é o conjunto desses movimentos institucionalizados, depende da quantidade e dos diferentes objetivos especializados (Sá, 1983)

Devido à quantidade de comportamentos dos controlados que produz reforçadores para as agências de controle, a alteração de tais comportamentos tem sua probabilidade aumentada com a dedicação e especialização de diversos grupos de contracontrole. Apesar de eles poderem trabalhar em conjunto, como a ‘agência democratizante geral’, os objetivos especializados de cada grupo aumentam o sucesso do contracontrole.

Skinner (1971c) acrescenta a essa discussão duas situações nas quais o contracontrole é dificultado: se as práticas de controle forem disfarçadas ou escondidas; e quando o controle é exercido por instituições, de forma que o controle é delegado. Nessas condições, as pessoas que planejam as contingências não são as mesmas que aplicam ou, então, as pessoas capazes de exercer os comportamentos de contracontrole não estão sob controle das formas de controle exercidas. Dessa forma, é difícil que o comportamento das pessoas que planejam seja conseqüenciado por agentes de contracontrole.

### **Resultados da revisão sistemática**

Foram analisadas 19 publicações que atenderam aos critérios de inclusão, elas foram publicadas entre os anos 1976 e 2022 por diferentes autores e em diferentes periódicos, como pode ser identificado na Tabela 4:

**Tabela 4**

*Lista dos artigos incluídos na revisão, com seus respectivos autores, ano de publicação e periódico publicado*

Nome do artigo	Autor(es)	Ano	Periódico
Countercontrol in hypnotic control groups	Moyer, W. W.	1976	Psychological Reports
Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia	Zwart, C. A. & Lisman, S. A.	1979	Journal of Consulting and Clinical Psychology
Countercontrols for the american educational research association	Greer, R. D.	1982	The Behavior Analyst
Belief, its inconsistency, and the implications for the teaching faculty	Fraley, L.	1984	The Behavior Analyst
Countercontrol treatment of sleep-maintenance insomnia in relation to age	Davies, R., Lacks, P., Storandt, M. & Bertelson, A. D.	1986	Pshychology and Aging
Avoiding the countercontrol of applied behavior analysis	Miller, L. K.	1991	Journal of Applied Behavior Analysis
Participatory management – maintaining staff performance in a university housing cooperative	Johnson, S. P., Welsh, T. M., Miller, L. K. & Altus, D. E.	1991	Journal of Applied behavior analysis
Interpersonal circle inventories: Pantheoretical applications to psychotherapy research and practice	Kiesler, D. J.	1992	Journal of Psychotherapy Integration

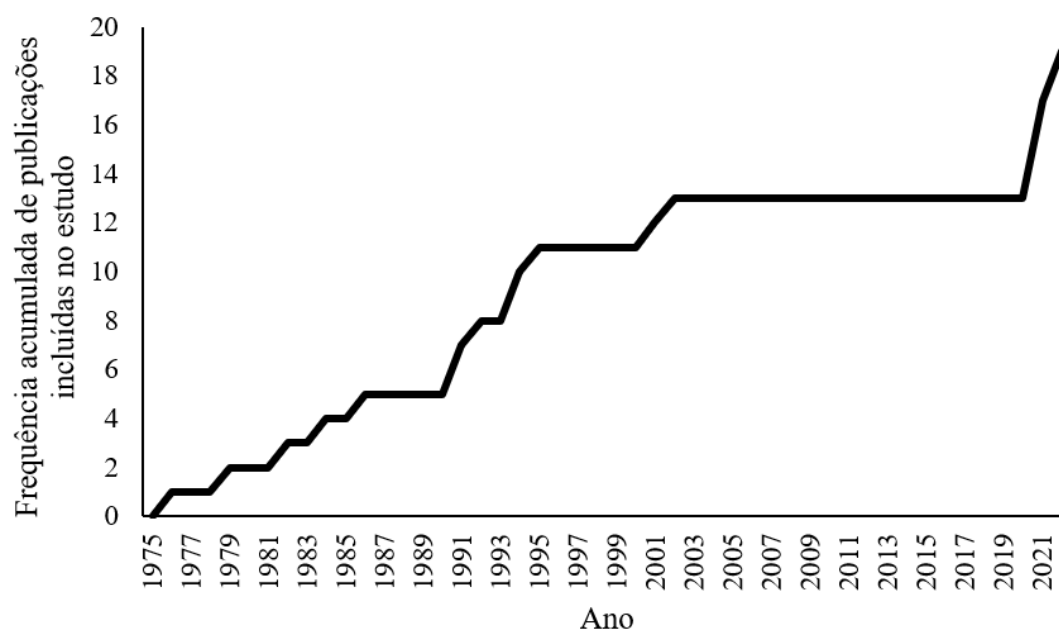
Basic research need for stimulating the development of behavioral technologies	Mace, F. C.	1994	Journal of the experimental analysis of behavior
Teacher escape, avoidance, and countercontrol behaviors: Potential responses to disruptive and aggressive behaviors of students with severe behavior disorders	Gunter, P. L., Denny, R. K., Shores, R. E., Reed, T. M., Jack, S. L., Nelson, C. M.	1994	Journal of Child and Family Studies
Promoting an empiricist agenda within the human services: An ethical and humanistic imperative	Thyer, B. A.	1995	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry
Compatibility of person-centered planning and applied behavior analysis	Holburn, S.	2001	The Behavior Analyst
Countercontrol in behavior analysis	Delprato, D. J.	2002	The Behavior Analyst
Punishment and its putative fallout: A reappraisal	Fontes, R. M. & Shahan, T. A.	2021	Journal of the Experimental Analysis of Behavior
A Behavior-Analytic Approach to Antivaccination Practices	Confer, S. V., Diller, J. W. & Danforth, J. S.	2021	Behavior and Social Issues
A Preference analysis of reinforcer variation and choice	Hanratty, L. A. & Hanley, G. P.	2021	Journal of Applied Behavior Analysis
Behavioral Skills training to increase appropriate reactions of adolescent males in residential treatment	Brogan, K. M., Rapp, J. T., Edgemon, A. K., Niedfeld, A. M., Coon, J. C., Thompson, K. R. & Burkhart, B. R.	2021	Behavior Modification
Countercontrol: A relational frame theory (RFT) account and revival of a 70-Year-Old Skinnerian Term	Spencer, S. D., King, H. C., Martone, L. & Houlihan, D.	2022	Perspectives on Behavior Science

Variables involved in the acquisition and maintenance of racial aggression and its victims' reactions	De Sousa, V. P., Mizael, T. M. & de Rose, J. C.	2022	Behavior Analysis in Practice
---	---	------	-------------------------------

É possível descrever, a partir da Figura 3, que a publicação mais antiga analisada foi publicada no ano de 1976 e a frequência de publicações foi constante até o ano de 1986, com variação entre 0 e 1 publicação por ano. Após uma breve pausa entre 1987 e 1990, a primeira metade da década de 1990 é marcada pelo aumento da frequência de publicações, totalizando 6 publicações entre 1991 e 1995, e uma nova pausa pode ser observada entre 1996 e 2000. Em 2001 e 2002 há uma publicação por ano e não há publicações entre os anos de 2003 e 2020. Durante o ano de 2021 há a maior frequência de publicações, 4 artigos e, em 2022 foram selecionados 2 artigos até maio.

#### Figura 4

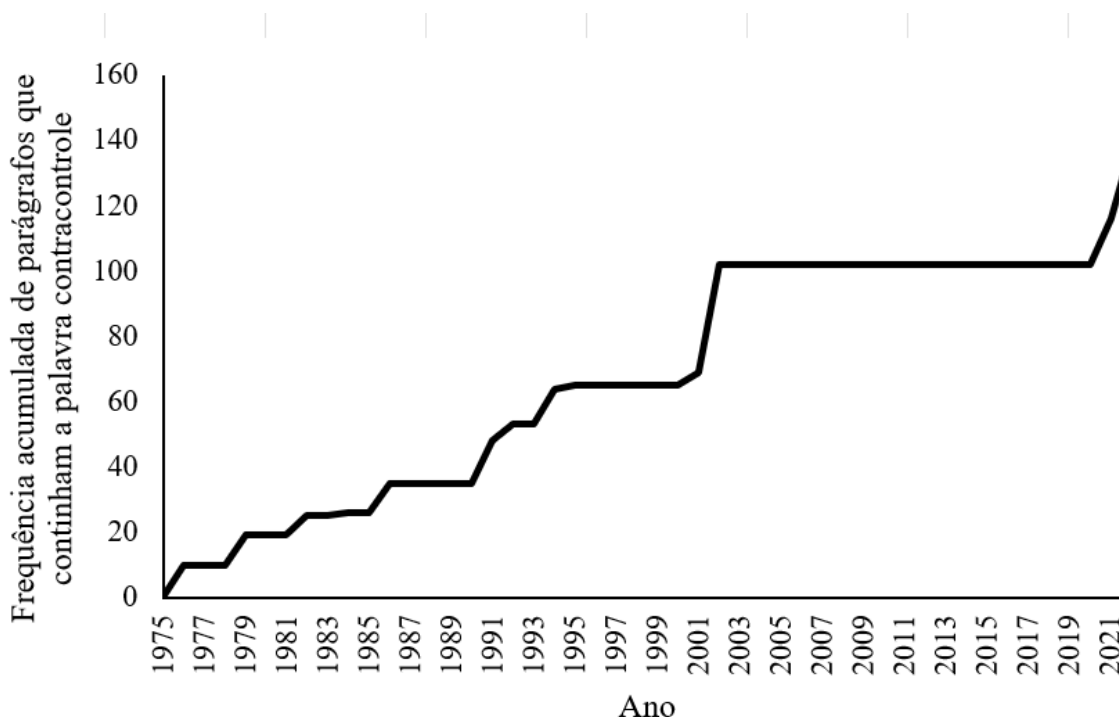
*Frequência acumulada de publicações incluídas no estudo, por ano*



Em relação à quantidade de parágrafos com a palavra *contracontrole* analisados por ano, é possível identificar um crescimento constante durante a década de 1980, com uma pausa de 3 anos no fim desse período. Durante a década de 1990, entre 1991 e 1994 há um aumento significativo na quantidade de trechos, seguida por uma paralisação até 2000, em 2002 tem-se a maior frequência de parágrafos por ano, devido à publicação de DelPrato (2002), *Countercontrol in behavior analysis*, que objetivou analisar o conceito na Análise do Comportamento. Em seguida, há outra paralisação até a recuperação em 2021 e 2022, anos que apresentam outro aumento significativo na frequência dos trechos selecionados. Ao todo, foram identificados 137 parágrafos que continham a palavra *contracontrole*.

**Figura 5**

*Frequência acumulada de parágrafos que continham a palavra contracontrole, por ano*



Os números e as figuras apresentados acima indicam uma frequência relativamente baixa de publicações que utilizam o conceito do *contracontrole* e, além disso, uma inconstância na frequência dessas publicações, visto que é possível encontrar períodos sem publicações,

inclusive um período longo de 19 anos sem publicações. Outro fator relevante é que a baixa frequência de parágrafos selecionados em alguns anos, indica que o contracontrole é, provavelmente, um tema marginal aos temas principais dos artigos, poucas vezes mencionado e discutido, o que também pode indicar a falta de condensação do tema e de aprofundamento de suas características e processos envolvidos. Para discutir melhor essa questão, é preciso avaliar a quantidade de parágrafos com a palavra contracontrole em cada obra selecionada.

### **Tabela 5**

*Quantidade de parágrafos com a palavra contracontrole nas publicações selecionadas com 9 ou mais parágrafos.*

Nome do artigo	Ano	Quantidade de parágrafos com a palavra contracontrole
Countercontrol in behavior analysis	2002	33
Countercontrol: A relational frame theory (RFT) account and revival of a 70-Year-Old Skinnerian Term	2022	18
Avoiding the countercontrol of applied behavior analysis	1991	11
Countercontrol in hypnotic control groups	1976	10
Countercontrol treatment of sleep-maintenance insomnia in relation to age	1986	9
Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia	1979	9
Punishment and its putative fallout: A reappraisal	2021	9

Das 19 publicações analisadas, 7 publicações tiveram 9 ou mais parágrafos com menção à palavra contracontrole. Destaca-se que na publicação ‘Countercontrol in Behavior Analysis’ de DelPrato (2002) foram selecionados 33 trechos e isso se deve porque o artigo objetiva discutir o status conceitual do contracontrole e assim como seu desenvolvimento no período, assim, o contracontrole era tema central na obra. A obra “Countercontrol: A relational frame theory (RFT) account and revival of a 70-Year-Old Skinnerian Term” de Spencer, King, Martone e Houlihan (2022), segunda publicação com mais parágrafos (18), também tem o contracontrole como tema central e objetiva atualizar o conceito skinneriano na perspectiva da Teoria dos Quadros Relacionais (RFT, em inglês).

Nas outras publicações descritas na Tabela 5, o contracontrole tem papel relevante devido a seus impactos em tratamentos comportamentais (Miller, 1991; Moyer, 1976; Zwart, & Lisman, 1979, Davies, Lacks, Storandt & Bertelson, 1986) ou devido a própria falta de dados experimentais que expliquem sua ocorrência em situações de controle aversivo (Fontes & Shahan, 2021). Por fim, do restante das publicações analisadas foram encontrados 6 ou menos parágrafos com a palavra contracontrole, o que indica que o conceito era mencionado, porém não era amplamente discutido pelo artigo. Essa análise corrobora com a discussão de DelPrato (2002) de que o contracontrole é um tema que, apesar de sua relevância para a compreensão das relações sociais e do controle comportamental, a ciência comportamental dedicou-se pouco a produzir dados experimentais ou aplicados e a discutir conceitualmente.

### ***Definições***

Foram encontrados 25 trechos com definições de contracontrole, em 10 dos 19 artigos analisados. De forma geral, o contracontrole está definido nos artigos selecionados por dois sentidos diferentes: o sentido utilizado por Skinner (1953) e pelos autores analisados na primeira parte deste estudo – em 8, dos 10 artigos que apresentam definição – e como nome dado a um grupo ou tratamento em um determinado experimento – em 2, dos 10 artigos que

apresentam definição. Primeiramente serão descritas as definições dos estudos que tratam desta última forma e, por fim, serão as que se enquadram nas definições tradicionais e, portanto, contribuem para o objetivo deste estudo.

Nos artigos de Zwart e Lisman (1979) e de Davies, Lacks, Storandt e Bertelson (1986), os autores dão o nome de contracontrole para um dos grupos da pesquisa que recebe esse nome porque as orientações que os participantes devem seguir são contrárias ao do outro. O objetivo de ambos os artigos é avaliar os efeitos de uma intervenção comportamental para insônia e, enquanto o grupo controle é orientado a sair da cama para realizar atividades incompatíveis com dormir, o grupo contracontrole deve realizar tais atividades na cama mesmo, nos momentos em que a pessoa não consegue dormir.

Por outro lado, o contracontrole é definido por Moyer (1976) como “a reação de um sujeito em um experimento que é evidenciada pelo ajuste de sua performance na direção oposta ao que ele percebe como objetivo e expectativa do experimentador” (p. 1083, - tradução livre), assim, o conceito aparece na literatura num sentido mais próximo à proposta skinneriana, cujo comportamento de contracontrole é produzido pelas relações de controle vividas pela pessoa. Também nessa perspectiva, Kiesler (1992) apresenta que o contracontrole “refere-se a instâncias em que o paciente, direta ou indiretamente, de forma óbvia ou implícita, sabota ou se opõe à tarefa das sessões terapêutica” (p. 85) e acrescenta, ainda, que o contracontrole ocorre devido ao acúmulo da relação emocional entre o terapeuta e o paciente.

Entretanto, Sá (1985) como mencionado anteriormente critica duramente o uso do termo contracontrole para referir-se a esses comportamentos, por assemelhar-se à noção de “resistência” na psicanálise e por levar a análises e tentativas de “dominar” o contracontrole, de forma que ele não atrapalhasse a intervenção. Assim, faz-se a discussão de forma apolítica

e não oferece contribuições para o avanço social por meio de comportamentos de contracontrole.

Dentre os artigos selecionados, é somente no artigo de Mace (1994) que a definição de contracontrole descreve o controle aversivo antecedente à resposta de contracontrole, assim como relaciona os comportamentos do controlador e do contracontrolador, evidenciando a produção de estimulação aversiva deste ao controlador. Assim, Mace (1994) descreve o contracontrole como um fenômeno que ocorre “quando um organismo controla a entrega de consequências aversivas ou restringe o reforçamento positivo disponível para outro organismo [...], podem emergir repertórios no último indivíduo que podem controlar contrariamente a influência controladora do primeiro” (p. 537 – tradução livre).

Em outro parágrafo, Mace (1994) faz uma descrição mais detalhada do conceito de contracontrole e, além disso, descreve a importância de “distinguir conceitualmente e operacionalmente os conceitos de fuga, esquiva ou da eliciação de comportamentos por eventos aversivos” (Mace, 1994, p. 537):

Em um paradigma de contracontrole, está disponível para o Organismo A (o controlador) uma resposta que é capaz de impor uma consequência aversiva ao Organismo B (o controlado). A estimulação aversiva pode ocorrer contingente ao comportamento do Organismo B em forma de uma operação punidora, ou pode ser independente do Organismo B de acordo com um esquema de tempo variável ou fixo. Uma característica adicional é a consciência do Organismo B (como definida por um repertório verbal disponível) de que a fonte da estimulação aversiva é o comportamento do Organismo A. O principal objetivo de estudo em um experimento de contracontrole são as interações entre A e B que controla a entrega de consequências aversivas para cada organismo. Nós podemos ver, portanto, que contracontrole envolve uma interação

entre organismos que pode ser definida e reconhecida sem apelar para características dos paradigmas de fuga ou esquiva. Como fuga e esquiva, o contracontrole é provavelmente um operante em natureza e distinto da agressão reflexa eliciada pela estimulação aversiva (Hutchinson, 1977), mas pode ser prematuro apelar para esses processos quando não foi verificado que eles estão operativos. (Mace, 1994, p. 537)

Para melhor descrever esta proposta, é importante detalhar e discutir cada frase desse parágrafo. Mace, para distinguir conceitualmente e operacionalmente o contracontrole de outros conceitos já tradicionalmente estudados na área como a fuga, a esquiva e a eliciação de respostas reflexas por eventos aversivos, começa indicando que o primeiro elemento necessário para que haja o contracontrole é que, na interação entre dois organismos, um deles pode acrescentar estimulação aversiva no ambiente do outro: “Em um paradigma de contracontrole, está disponível para o Organismo A (o controlador) uma resposta que é capaz de impor uma consequência aversiva ao Organismo B (o controlado)” (Mace, 1994, p. 537 – tradução livre).

A seguir, Mace (1994) discute que tal estimulação aversiva pode ou não ser contingente ao comportamento do organismo controlado, então, independente do controlador utilizar diretamente de procedimentos de punição, a apresentação do evento aversivo é capaz de produzir o contracontrole. Entretanto, a frase seguinte impõe uma ambiguidade: Mace (1994) indica que para que o comportamento de contracontrole seja evocado é necessário que o controlado seja capaz de descrever que o Organismo A é a pessoa fonte de controle aversivo ou que o controle aversivo é fonte do comportamento de outra pessoa? Esta última opção parece estar mais de acordo com o que outros autores indicaram, visto que (Sidman, 1989; Skinner, 1953/2003) discorrem que o controle aversivo vindo de fontes naturais não origina os efeitos comportamentais chamados de efeitos colaterais, entre eles o contracontrole.

Assim, Mace (1994) discute que o objetivo principal de um experimento de contracontrole é estudar a entrega de estimulações aversivas entre A e B, ou seja, suas interações nesse processo. Por isso, descreve que o contracontrole não precisa ser definido em termos de fuga ou esquiva, essas operações podem estar envolvidas, mas não são necessárias para que seja observado um comportamento de contracontrole. Portanto, para Mace (1994), não se deve definir o contracontrole em termos de fuga e esquiva, mas sim pelas interações e entregas de estímulos aversivos entre organismo A e B.

Mace (1994) considera, então, que o contracontrole são os comportamentos do controlado que adiciona estimulação aversiva ao ambiente do controlador (punição positiva), ou retira uma estimulação aversiva do ambiente do controlador (punição negativa) ou então simplesmente não oferece o reforçamento para a resposta de controle do controlador (extinção).

Entretanto, DelPrato (2002) propõe uma conceitualização que recorre ao processo de reforçamento negativo, segundo ele o:

contracontrole não é um princípio básico do comportamento. Porque o contracontrole é sempre comportamento ou de esquiva ou de fuga, essa classe de resposta só é única enquanto a pessoa que se comporta é a) confrontada com alguma forma de estimulação controladora aversiva interpessoal ou social e b) responde para se opor ao controle ao invés de reforçá-lo ao ceder. (DelPrato, 2002, p. 193 – tradução livre)

Dessa forma, a conceitualização de DelPrato (2002) é diferente da de Mace (1994) e se aproxima das definições de Skinner (1953/2003) e de Sá (1985) descritas na primeira parte deste estudo.

Outra característica do contracontrole importante descrita por DelPrato (2002) é que, além de produzir fuga ou esquiva, os comportamentos de contracontrole também podem punir as respostas dos controladores ou colocá-las em extinção. Esses dois últimos processos,

descritos por Mace (1994) como definidores da classe funcional do contracontrole são, para DelPrato (2002) possíveis funções adicionais, para além da função definidora de reforçamento negativo.

DelPrato (2002) retoma, ainda, que o contracontrole é fundamentado na noção de que o comportamento humano além de ser controlado pelo ambiente também é fonte de controle sobre o ambiente. Assim, indica que “existe uma reciprocidade inerente entre o comportamento e o ambiente porque as consequências ambientais não são independentes do comportamento” (DelPrato, 2002, p. 193). É importante destacar, por fim, que o artigo de DelPrato (2002) teve como fontes bibliográficas principais, publicações de Skinner (1953/2003, 1971c, 1989).

Fontes e Shahan (2021), embora utilizem Skinner (1953/2003, 1971c, 1974) para referenciar a definição apresentada, definem contracontrole da forma que Mace (1994) o faz. Para os autores o contracontrole “é definido como uma resposta operante em resposta ao controle aversivo social que resulta na extinção ou punição do comportamento do agente punidor” (Fontes e Shahan, 2021, p. 195 – tradução livre) como uma estratégia para punir ou controlar o comportamento do agente punidor. Brogan, Rapp, Edgemon, Niedfeld, Coon, Thompson e Burkhart (2021) também definem contracontrole pela função de punir ou extinguir o comportamento do punidor, apesar de utilizarem DelPrato (2002) como referência. Em contrapartida, tanto Confer, Diller e Danforth (2021), quanto Spencer, King, Martone e Houlihan (2022) definem o contracontrole como comportamentos que, diante do controle aversivo, produzem fuga ou esquiva (reforçamento negativo).

### ***Antecedentes***

Em relação aos tipos de antecedentes, dos exemplos e descrições de contingências apresentados nos trechos selecionados, 29 eram controle aversivo, 4 eram ambos os tipos de

controle, nenhum descrevia antecedentes de, exclusivamente, controle exploratório, e em 6 não era especificado o tipo.

**Controle aversivo.** Nos trechos selecionados, os exemplos de formas de controle classificadas como controle aversivo descrevem diferentes tipos de controle antecedente aversivos. A maioria dos trechos se referem ao uso de procedimentos de punição positiva, como nos exemplos a seguir: condições aversivas estabelecidas por controladores, contingências aversivas de racismo institucional e discriminação, controle aversivo social, ridicularização do professor, dominação da nação, reclamações dos chefes, aumento de impostos, uso de frases aversivas, ameaça de retirar privilégios, enviar aluno para conversar com o diretor, vacinação. As situações que descrevem antecedentes de punição negativa como as multas e a retirada dos pontos. E, ainda, estímulos verbais como a instrução terapêutica, instruções verbais, regras e atribuição de metas.

Nas contingências cujo antecedente se enquadrava em ambos os tipos, controle aversivo e controle exploratório, os autores descreveram de forma geral o próprio controle aversivo ou exploratório; o uso de consequências aversivas ou da restrição do reforçamento positivo; a restrição física, guerra, choro de bebê, o aumento da exigência de um esquema de reforçamento; os aspectos intrusivos de uma intervenção comportamental e tentativas de controle que envolvem o uso da força ou resultam em vantagem aos controladores (em oposição aos controlados).

Nos 6 casos em que o antecedente foi descrito, mas não foi possível especificar o tipo de antecedente, as descrições envolviam o simples controle do comportamento como produtor do contracontrole, sem descrever o controle exercido.

## *Consequências*

Nos trechos analisados, foram encontradas 29 consequências para o comportamento de contracontrole, na Tabela 6 encontra-se o(s) tipo(s) de consequência(s) descrita(s) e suas quantidades. É possível identificar que 8 das contingências envolviam a eliminação do controle aversivo e/ou exploratório, 3 a atenuação e 6 a prevenção. Destaca-se também a descrição da punição do comportamento dos punidores como consequência, que aparece em 9 contingências e a mudança nas técnicas de controle, descrita em 2 contingências.

**Tabela 6**

*Quantidade de parágrafos que descrevem os tipos de consequências nas bibliografias encontradas*

Tipo de consequência	Quantidade de parágrafos
Eliminação	3
Eliminação e punição	2
Eliminação, Prevenção e atenuação	2
Prevenção	2
Prevenção e eliminação	1
Prevenção, atenuação, punição e reforçamento positivo	1
Punição do comportamento dos controladores	9
Reforçamento positivo	1
Mudança nas técnicas de controle	2

As consequências produzidas classificadas como de eliminação do controle aversivo envolveram descrições como fuga, esquivas, a redução de consequências aversivas, a retirada de uma multa. As consequências de prevenção do controle aversivo foram aquelas que os

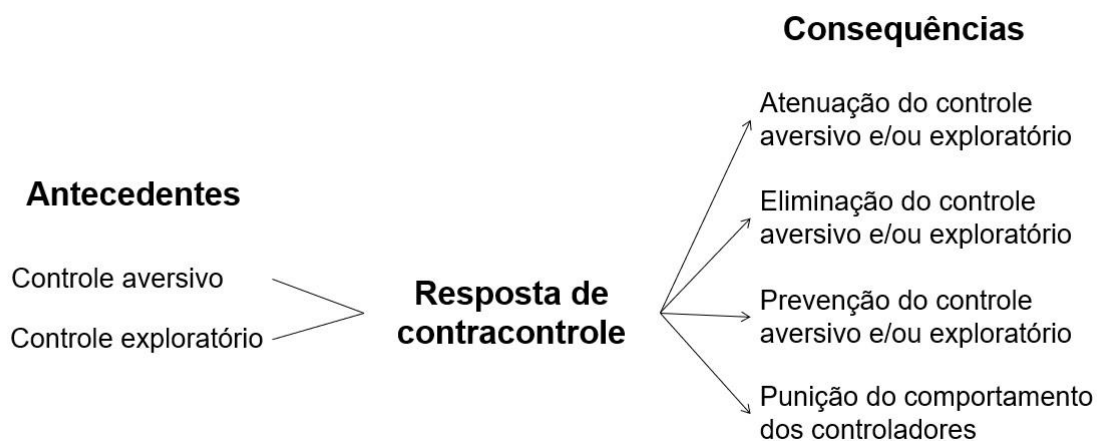
autores descreveram a fuga ou esquivia da contingência aversiva a longo prazo, assim como a evitação da consequência aversiva. A diminuição ou inibição da apresentação de estímulos aversivos foi considerada como consequência de atenuação do controle aversivo.

As consequências de punição do comportamento dos controladores incluíram a oposição ao controle, o oferecimento de consequências aversivas para o comportamento do controlador, a produção de sentimentos ruins no terapeuta, um desempenho pior do que o esperado pelo terapeuta, o não-reforçamento e o impedimento de acesso a reforçadores positivos. As consequências de mudança das técnicas de controle abrangeram o controle do comportamento dos controladores e mudança nas práticas de controle. Além disso, também foi identificado um trecho em que o reforçamento positivo foi consequência do comportamento de contracontrole, com a garantia do acesso à reforçadores importantes.

Assim, foi possível formular uma contingência geral com os diversos elementos antecedentes e subsequentes descritos nos artigos analisados, a seguinte contingência

### Figura 6

*Tríplice contingência de contracontrole formada a partir dos elementos descritos pelos autores das publicações analisadas na revisão sistemática*



Destaca-se que, embora a única mudança desta contingência para aquela descrita através da bibliografia escolhida seja o acréscimo da consequência de reforçamento positivo, destaca-se que os antecedentes de controle exploratório foram descritos apenas de forma bem geral e em conjunto com situações que descreviam controle aversivo. Outro fator relevante é que, em relação às consequências descritas pela bibliografia escolhida, nos artigos selecionados os autores descreveram, proporcionalmente, uma prevalência de consequências de punição para o comportamento do controlador.

### ***Agentes envolvidos no contracontrole***

Considerando todos os artigos analisados foram descritos somente 12 agentes envolvidos no contracontrole, e serão descritos em duplas: o agente responsável pelo contracontrole e o agente sobre os quais o contracontrole é exercido. Assim, os indivíduos exercem contracontrole sobre outras pessoas, incluindo os analistas do comportamento; os controlados contracontrolam os controladores; os alunos/funcionários, os professores/supervisores; os pacientes psiquiátricos ex-soldados, os profissionais da saúde da instituição; os motoristas entregadores de pizza, os pesquisadores; e os adolescentes detidos contracontrolam os responsáveis. Outro fator relevante é que apenas dois artigos descrevem os agentes envolvidos no contracontrole, sendo que um artigo (DelPrato, 2002) descreve 5 das duplas e o outro artigo (Brogan et al., 2021) descreve 1.

É relevante, ainda, descrever, que os artigos analisados através da revisão sistemática não descreveram contingências de contracontrole sobre a agência governamental e, além disso, somente dois trechos descreveram comportamentos chamados de contracontrole: mover-se para fora do alcance, atacar, resistir passivamente; greves, diminuição da velocidade, violência, sabotagem, destruição maliciosa e comportamento anti-higiênico. Por fim, nenhum trecho descreveu estratégias para melhorar a efetividade do contracontrole.

Por fim, é possível identificar que, de forma geral, os artigos encontrados na revisão descreveram o contracontrole com menos detalhes que os materiais analisados na primeira parte deste estudo. Entretanto, deve-se levar em consideração que na primeira parte foram analisados além de artigos, livros e até uma tese de doutorado, que teve o contracontrole como seu tema central, o que explica o aprofundamento e dedicação aos detalhes envolvidos nos comportamentos de contracontrole.

## **Estudo 2**

O Estudo 2 teve como objetivo analisar a proposição formal dos Conselhos de Saúde, tal como aparece na legislação brasileira, à luz do conceito de contracontrole, a fim de identificar a potência dos conselhos como instrumento de contracontrole por parte da população em relação às agências responsáveis pelas contingências das políticas de saúde e seus limites.

### **Método**

#### ***Fontes de Informação***

Foram utilizados como fontes de informação para análise documental dos conselhos de saúde os seguintes documentos:

- (1) BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. Brasília, 2013. 2. ed. (Aqui citado como 2013a).
- (2) BRASIL. Ministério da Saúde. *Para entender o Controle Social na Saúde*. Brasília, 2013. (Aqui citado como 2013b).

#### ***Características dos Documentos e Critério de Escolha***

A publicação de “Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS” foi realizada em 2013 e o documento apresenta, de forma simples e concisa como se dá a atuação dos conselhos de saúde, qual o papel da participação social no SUS, seus dispositivos, legislações e indicações para os conselheiros. A cartilha de 27 páginas destaca-se por ser concisa e apresentar de forma simplificada a prática dos conselhos de saúde.

Em 2013 foi publicado, pelo Ministério da Saúde, o manual chamado “Para entender o controle social na saúde”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de oferecer um material de orientação aos Conselhos Estaduais e Municipais, através do qual os conselheiros possam ter acesso a um guia de atuação prática. Com linguagem acessível, o

manual possui 178 páginas e contribui para possibilitar o debate e atuação dos diversos agentes sociais que atuam nos conselhos de saúde. O manual apresenta a história dos conselhos, os modelos de organização, a legislação que o estabelece e regulamenta, assim como a sua prática. Para tal documento, foram considerados os capítulos 1 ao 5, visto que os capítulos 6 ao 8 respondem perguntas comuns, reapresentam aspectos já descritos anteriormente e apresentam as legislações sobre as quais o manual se baseou.

Os documentos foram escolhidos devido à amplitude de suas descrições, à capacidade de síntese das diferentes leis, decretos e resoluções que regulamentam a atuação dos Conselhos de Saúde, assim como devido à sua linguagem acessível, que busca descrever de forma simples e completa o que é apresentado de forma complexa e pulverizada na legislação. Outro fator importante para a escolha dos documentos foi a data de publicação, visto que após 2013 apenas uma lei está voltada para a atuação dos conselhos: a EC 95. Tal EC, apesar de interferir na destinação de verbas, e conseqüentemente na sua atuação prática e efetiva, não o faz diretamente nos dispositivos legais que descrevem a atuação dos conselheiros ou seus alcances e limites. Destaca-se, ainda, que estes documentos foram produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde e, até hoje, estão no site do Conselho (<http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns>) como material para conhecimento sobre a política de controle social.

### ***Procedimento***

A análise dos documentos listados acima se deu a partir da construção de um banco de dados, em Excel, com todos os trechos dos documentos que descreviam respostas envolvidas com o Conselho de Saúde. Após a leitura do manual, foram criadas categorias de acordo com as possibilidades de atuação do Conselho: geral, eleição, reuniões, debate e avaliação da política, controle e execução da política, formulação e proposição da política; e diálogo com a

sociedade. Para cada trecho selecionado, foram identificados, quando havia, os elementos correspondentes às seguintes categorias:

- Seção de atuação do Conselho: classificação da resposta identificada dentro das seções de atuação do conselho categorizadas (geral, eleição, reuniões, debate e avaliação da política, controle e execução da política, formulação e proposição da política; e diálogo com a sociedade);
- Respostas identificadas: descrição direta da(s) resposta(s) identificada(s) no trecho selecionado;
- Agentes responsáveis pelo contracontrole: identificação do agente responsável pela resposta de contracontrole;
- Agentes sobre os quais o contracontrole é exercido: identificação do agente cuja resposta de contracontrole exerce controle;
- Antecedentes: identificação dos estímulos antecedentes à resposta descrita;
- Consequências: identificação das consequências da resposta descrita
- Fator estratégico para o contracontrole: identificação de fatores estratégicos que possam aumentar a efetividade do contracontrole, segundo os autores analisados no Estudo 1.

## Resultados

Para investigação dos Conselhos de Saúde como dispositivos de contracontrole institucionalizados, foram analisados os dois documentos previamente apresentados. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi utilizado como ilustração do funcionamento dos Conselhos de Saúde em geral, visto que as funções institucionalizadas ocorrem de maneira muito semelhante apenas modificando seu nível de atuação (Federal, Estadual, Municipal ou Distrital). É possível descrever, através da análise dos documentos, o papel dos agentes que têm diferentes postos no funcionamento do Conselho Nacional de Saúde: o Plenário, a Presidência, a Mesa Diretora, a Secretaria-Executiva, as Comissões Intersetoriais e os Grupos de Trabalho.

No Plenário, os conselheiros titulares (representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários) reúnem-se uma vez por mês ou quando convocado pela presidência do Conselho, para deliberações plenas e conclusivas. A Presidência é composta por um conselheiro titular eleito por votação secreta entre os conselheiros, para exercer um mandato de três anos. O presidente convoca e coordena o Plenário e a Mesa Diretora, além de representar o Conselho em reuniões internas e externas.

A Mesa Diretora é composta por oito conselheiros titulares, incluindo o presidente e é responsável por articular as condições necessárias para o funcionamento do CNS, além de acompanhar a execução orçamentária do Conselho e prestação de contas. A Secretaria Executiva é vinculada ao Ministério da Saúde e fornece as condições para que o CNS possa exercer suas competências. Os Grupos de Trabalho são grupos temporários, compostos por conselheiros, que assessoram o CNS ou as Comissões Intersetoriais com subsídios políticos, técnicos, administrativos etc. Por fim, as Comissões Intersetoriais assessoram o Plenário,

reiteram os princípios do SUS, e têm a atuação aprofundada nas temáticas de cada uma, exercendo a função do controle social nos diferentes setores.

No decorrer da apresentação dos resultados, foram utilizados como “agentes” responsáveis pelas respostas entidades institucionais, isto significa que os Conselhos de Saúde podem exercer controle de forma semelhante à descrita nas agências de controle, à medida que os Conselhos de Saúde têm poder institucionalizado, as decisões coletivas tomadas através das discussões e votações dos diversos agentes individuais podem ser levadas adiante como “respostas” do Conselho enquanto instituição, por exemplo, um documento apresentado com alguma deliberação do Conselho não representa a ação individual de um conselheiro, mas terá controle sobre o comportamento do destinatário como uma decisão coletiva, institucional, de forma semelhante às agências.

É importante salientar, tendo em vista o foco desta dissertação, que não foi encontrado nos documentos descrições explícitas do uso de controle aversivo pela agência governamental no Sistema Único de Saúde, apesar de haver descrições genéricas associadas às possíveis condições de vulnerabilidade ou precarização do serviço identificadas pelos conselheiros.

A análise dos documentos permitiu, ainda, categorizar o funcionamento dos Conselhos de Saúde em seções: descrição geral da função do conselho; eleição para os membros do conselho; reuniões do conselho; debate e avaliação da política; controle da execução das políticas; proposição e formulação da política; comunicação externa; e deliberações.

Assim, foi apresentada a análise para cada seção, considerando os agentes envolvidos, as respostas descritas, os antecedentes e subsequentes descritos e, por fim, foi discutido cada aspecto considerando a definição, a contingência de contracontrole e os meios para um contracontrole efetivo apresentados no primeiro estudo deste trabalho.

### ***Descrição geral da função e do funcionamento do Conselho***

Ambos os documentos apresentaram descrições gerais das atividades dos Conselhos ao indicar, por exemplo, que a sociedade começou a “participar da gestão do sistema de saúde” ou “exercer controle social” através dos Conselhos de Saúde. Assim, considerou-se que essas descrições não indicam quais são as respostas específicas realizadas pelos conselheiros ou sob controle de que essas atividades são realizadas, porém é possível indicar que os documentos sugerem que os Conselhos podem exercer controle sobre os comportamentos dos agentes que atuam nas políticas de saúde, tanto na sua formulação e planejamento, quanto na sua execução e análise. Dessa forma, a primeira classe de respostas identificada é também a mais geral de todas e pode ser nomeada como “controlar as políticas públicas”. Na Tabela 7 apresentam-se algumas respostas desta classe, assim como seus agentes responsáveis, como descritas nos manuais.

#### **Tabela 7**

*Respostas descritas e agentes responsáveis que compõem a classe de respostas “controlar as políticas públicas”*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Participar	(1)	Sociedade
Controlar as políticas públicas	(1)	Representantes da comunidade nos conselhos
Deliberar	(1)	Conselhos de Saúde
Supervisionar as políticas públicas	(1)	Representantes da comunidade nos conselhos
Participar da gestão do sistema de saúde	(2)	Sociedade
Exercer controle social	(2)	População/Conselhos de Saúde

Tomar decisão que deve ser homologada pelo chefe do Poder Executivo	(2)	Conselhos de Saúde
Avaliar a organização e o funcionamento do SUS	(2)	Conselhos de Saúde

Apesar de apenas algumas respostas serem descritas acompanhadas de suas consequências, é possível identificar que, para esta primeira classe de respostas, os documentos sugerem, de forma mais específica, que o Presidente, Governador ou Prefeito deve homologar as decisões do Conselho e, de forma mais ampla, descreve como consequência a transformação da realidade da saúde no país. É possível indicar, assim, que as respostas dos conselhos de controle das políticas públicas produzem como efeito a alteração da forma como as políticas de saúde são executadas, podendo ser realizado, então, um paralelo com o efeito do contracontrole de mudança nas técnicas de controle, como descrito no Estudo 1 deste trabalho.

Além disso, através da descrição ampla do controle exercido pelos Conselhos de Saúde é possível identificar que algumas estratégias para melhorar a efetividade do contracontrole descritas anteriormente estão presentes nos conselhos, como: a institucionalização do contracontrole (Sá, 1983); a formulação da noção de controle pela população (Sá, 1985); e a utilização da análise do sistema social para controlar o comportamento dos agentes controladores (Holland, 1980; Sá, 1983).

Fundamental para exercer tal controle, os documentos sugerem outra classe de respostas: conhecer o papel do Conselho e do conselheiro. Tal classe envolve a educação dos conselheiros em relação à legislação, às suas competências e critérios de avaliação da política, bem como ferramentas para exercer o acompanhamento das atividades. As respostas categorizadas nesta classe foram apresentadas na Tabela 8.

### **Tabela 8**

*Respostas descritas e agentes responsáveis que compõem a classe de respostas “Conhecer o papel do Conselho e do conselheiro”*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Conhecer a legislação sobre o conselho	(1)	Conselheiro
Conhecer as políticas de promoção de equidade	(1)	Conselheiro
Fortalecer os debates entre conselheiros e conselheiras <sup>1</sup> de saúde e problematizar questões relacionadas ao controle social	(1)	Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Fiocruz
Oferecer cursos de informática e informação para o controle social	(1)	Ministérios da Saúde e da Comunicação
Mapear o controle social na área da saúde no Brasil a partir do levantamento de informações relacionadas à atual composição dos conselhos, verificando-se, inclusive, o cumprimento da paridade	(1)	Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS)
Explicitar os critérios a serem utilizados para avaliar a organização e o funcionamento do SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Apoiar a educação para controle social	(2)	Conselhos de Saúde
Promover a educação para o controle social	(2)	Conselhos de Saúde

<sup>1</sup> Neste trecho do manual está escrito “conselheiros e conselheiras”, o que não ocorre nos outros trechos descritos.

Observar se o conteúdo programático [do material de educação] contempla os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, de orçamento e de financiamento	(2)	Conselhos de Saúde	A única
Explicitar os deveres e os papéis dos conselhos	(2)	Conselheiros responsáveis pelo regimento e programa da Conferência	
Analisar os obstáculos e os avanços da ação dos Conselhos de Saúde	(2)	Conselhos de Saúde	

resposta dentre esta classe cuja consequência pôde ser identificada foi a disponibilização, pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde e a Fiocruz, de uma série de vídeos para os conselheiros, cujo efeito foi o fortalecimento do debate entre conselheiros e a problematização de questões relacionadas ao controle social. A colaboração entre tais agentes representantes da agência governamental, do controle social e da ciência parece evidenciar o poder da institucionalização do contracontrole (Sá, 1983), assim como da educação como meio para aumentar o poder de contracontrole (Sá, 1983) e a instrumentalização dos conselheiros (Sá, 1979).

Também é possível discutir que o Conselho, ao explicitar os critérios utilizados em sua avaliação da organização e funcionamento do SUS, resposta descrita na Tabela 8, torna pública sua análise dos comportamentos dos agentes governamentais na saúde, o que, segundo Holland (1974, 1975) e Sá (1985) auxilia as pessoas a desenvolverem uma tecnologia de contracontrole mais adaptada, ainda que com recursos limitados.

Destaca-se, ainda, a descrição de outras respostas gerais relevantes para o funcionamento do Conselho de Saúde, como “disponibilizar equipamentos para os Conselhos

de Saúde” e “assegurar a conectividade a todos os Conselhos de Saúde”, respostas apresentadas no documento *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS* cujo agente responsável era o Ministério da Saúde (Brasil, 2013a). Esse papel do Ministério da Saúde é fundamental para tornar viável o contracontrole através do oferecimento de instrumentos para tal (Sá, 1979).

No manual *Para entender o controle social* é possível identificar, também na categoria da função geral do conselho, as respostas dos Conselheiros de “repassar as conclusões do Conselho ao gestor de saúde” e “atentar-se para compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros” (Brasil, 2013b). Essas respostas parecem indicar que a estrutura dos Conselhos prevê formas de o conselheiro controlar o comportamento do agente governamental levando em conta as contingências de controle vigentes, o que é, de acordo com Skinner (1971), uma forma de aumentar os efeitos do contracontrole.

Por fim, é importante mencionar a resposta de “analisar os obstáculos e os avanços da ação dos Conselhos de Saúde” (Brasil, 2013b, p. 51) – através dessa resposta os conselheiros podem refletir sobre suas próprias ações, as dificuldades encontradas e as consequências de suas respostas, tal análise parece convergir com o que Holland (1974) aponta como análise e engenhosidade do manejo de contingências como uma forma de desenvolver estratégias mais efetivas de contracontrole. Isso porque a reflexão sobre a própria ação e suas consequências possibilita que os conselheiros encontrem respostas mais eficazes e alternativas para lidar com os obstáculos que diminuem a eficácia do contracontrole.

### ***Eleição para os membros do conselho***

Os Conselhos de Saúde são compostos por 50% de representantes dos usuários, 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços de saúde e 25% de representantes dos profissionais de saúde. A escolha dos conselheiros de cada grupo se dá de formas diferentes e serão descritos os critérios do Conselho Nacional de Saúde para ilustrar como isso ocorre.

O Conselho Nacional de Saúde é constituído por 48 conselheiros titulares, sendo estes: seis representantes do Governo Federal – designados pelo Ministro da Saúde; um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – indicados por instâncias deliberativas; dois das Entidades empresariais na área da saúde, dois das entidades de prestadores de serviços de saúde – cujas formas de seleção não foram descritas pelos documentos; e 24 representantes dos usuários – indicados pelas entidades e movimentos sociais eleitos pelo processo eleitoral, que ocorre a cada 3 anos no caso do Conselho Nacional de Saúde e em períodos diferentes nos Conselhos Municipais, Estaduais e Distrital, a depender do deliberado por cada Conselho. É importante salientar, por fim, que, para participar do processo eleitoral dos representantes dos usuários como candidatas ou como eleitoras, as entidades e movimentos sociais devem ter pelo menos dois anos de existência comprovada.

Na Tabela 9 estão descritas as respostas apresentadas no manual relacionada ao processo de eleição dos conselheiros:

**Tabela 9**

*Respostas e agentes responsáveis relacionadas ao processo de eleição dos conselheiros*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Eleger conselheiros em fórum específico	(1)	Entidades e movimentos sociais com pelo menos dois anos de existência
Aprovar o regimento eleitoral do processo eleitoral	(2)	Conselho de Saúde

É possível destacar, no modelo de eleição do conselho, algumas características que apontam para uma maior efetividade em contracontrolar a agência governamental: a

responsabilização da Secretaria Executiva de providenciar o material necessário para o processo eleitoral, o que, assim como a responsabilidade do Conselho de Saúde em aprovar o regimento eleitoral, demonstra o oferecimento de instrumentos que possibilitem o contracontrole (Skinner, 1979), por viabilizar a escolha dos representantes nos conselhos.

Outro ponto a ser considerado é a reunião de diversos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde, esse fator pode contribuir para o aumento dos efeitos do contracontrole por fortalecer e organizar movimentos concretos de contracontrole, reconhecidos pela comunidade ética e pela agência governamental (Sá, 1983), além da potencialização da força de cada representante enquanto indivíduo por agirem em conjunto com seus movimentos e entre conselheiros (Skinner, 1953). Destaca-se também como a institucionalização do contracontrole funciona (Sá, 1983), nesse caso, para potencializar as ações de contracontrole dos diferentes movimentos e demandas sociais e, além disso, mobilizar a própria agência de controle a produzir condições necessárias para o contracontrole.

Também é possível ressaltar que essa forma de eleição dos representantes através de movimentos sociais distintos pode promover uma maior quantidade e especialização dos grupos de contracontrole (Sá, 1983) e, além disso, promover um maior sucesso da ‘agência democratizante geral’ devido à ação conjunta desses movimentos (Sá, 1983).

### ***Reuniões do conselho***

Os conselheiros eleitos devem reunir-se no mínimo mensalmente, em reunião chamada de Plenária, ou extraordinariamente, caso necessário. As plenárias são conduzidas pelo presidente do conselho, cargo ocupado por um dos conselheiros eleito para representar o conselho e que também tem a função de convocar as plenárias e coordenar as reuniões da Mesa Diretora, responsável por conduzir os processos administrativos e políticos a serem deliberados pela plenária e convocar as reuniões com os coordenadores das Comissões Intersetoriais.

O regimento interno, que descreve as regras de estrutura e funcionamento do conselho são elaboradas pelo próprio Conselho de Saúde em plenária. A mesa diretora é responsável pela seleção dos temas a serem discutidos durante a plenária e, ao fim de cada reunião, deve ser escrita uma ata resumindo discussão e as decisões tomadas pelos conselheiros na reunião, tal ata deve ser assinada por todos os presentes. Os Conselhos de Saúde, como descrito em Brasil (2013b), devem provocar a troca de experiências entre seus participantes, além de organizar reuniões locais para promover a articulação entre os Conselhos de Saúde de diferentes municípios e estados. É possível observar as respostas descritas, assim como seus agentes responsáveis, na Tabela 10.

**Tabela 10**

*Respostas e agentes responsáveis relacionadas às reuniões dos Conselhos de Saúde*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Reunir-se no mínimo a cada mês e extraordinariamente quando necessário	(1), (2)	Conselhos de Saúde
Conduzir a reunião do plenário	(2)	Presidência dos Conselhos
Conduzir os processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Plenário	(2)	Mesa diretora dos Conselhos
Escrever a ata com resumo dos fatos, ocorrências e decisões tomadas pelos conselheiros durante as reuniões. Assinado por todos os presentes.	(2)	Conselheiro

Provocar intensa troca de experiências entre seus participantes, propiciando a renovação de forças e motivações para o aprofundamento da concepção e articulação do efetivo exercício do controle social	(2)	Conselhos de Saúde
Organizar coordenações locais com o objetivo de promover o processo de articulação entre os Conselhos de Saúde do estado	(2)	Coordenação das plenárias
Elaborar o regimento interno do Conselho e outras normas de funcionamento	(2)	Conselhos de Saúde
Estabelecer as regras sobre a estrutura e funcionamento do Conselho, estabelecendo o regimento interno	(2)	Conselhos de Saúde
Convocar e coordenar as reuniões do CNS	(2)	Presidência do Conselho Nacional de Saúde
Convocar e coordenar as reuniões da Mesa Diretora e demais conselheiros, sempre que se fizer necessário	(2)	Presidência do Conselho Nacional de Saúde
Proceder à seleção de temas para a composição de pauta das reuniões do CNS	(2)	Mesa diretora do CNS
Convocar reuniões com os coordenadores e coordenadores adjuntos das Comissões, aprovados previamente pelo Plenário	(2)	Mesa diretora do CNS
Encaminhar e monitorar as deliberações do Plenário	(2)	Mesa diretora do CNS

Foi descrita como consequência para a resposta de documentar as reuniões do conselho em ata, a publicação da ação do conselho, de forma que toda a sociedade possa acessar o que foi discutido e as decisões tomadas em plenária. Essa consequência converge com a estratégia indicada por Holland (1974, 1975) e Sá (1985) de que veicular a análise do controle comportamental auxilia o preparo para a realização do contracontrole, assim como o desenvolvimento de uma tecnologia de contracontrole mais adaptada. Apesar dos autores indicarem a veiculação da análise comportamental, a veiculação da análise realizada pelos conselheiros, ainda que não comportamental, provavelmente também pode favorecer tal desenvolvimento, mesmo que não da mesma forma esperada por Holland e Sá. A veiculação da análise social pode ser um passo anterior para a análise comportamental, mas também indica os fatores sociais relevantes que influenciam nas decisões dos gestores e dos conselheiros, assim como em suas ações diretas.

A outra consequência descrita em relação às reuniões foi a “renovação de forças e motivações para o aprofundamento da concepção e articulação do efetivo exercício do controle social” (Brasil, 2013b, p. 51), atribuída à troca de experiência entre os participantes. Essa consequência pode destacar a estratégia apresentada por Skinner (1953) da potencialização da força do controlado para exercer o contracontrole através da ação conjunta entre os indivíduos. A articulação entre os conselhos de diferentes regiões possibilita não apenas uma análise mais ampla da situação do SUS no município, estado, distrito ou no Brasil, mas também possibilita a formulação e aplicação de estratégias conjuntas de contracontrole, assim como o compartilhamento de experiências, ações e consequências a serem consideradas.

Alguns outros elementos descritos parecem ressaltar estratégias de contracontrole descritas pelos autores apresentadas no Estudo 1. A frequência mensal de reuniões possibilita que o contracontrole vá se atualizando conforme as formas de controle também se adaptam (Sá, 1985); as funções organizativas e administrativas da presidência e da mesa diretora

oferecem os instrumentos necessários para que o contracontrole seja exercido (Sá, 1979); as reuniões locais anteriores à reuniões estaduais podem aumentar o sucesso da ‘agência democratizante geral’, como sugerido por Sá (1983), por propiciar a conjunção de movimentos institucionalizados que, no geral, atuam separados, mas sua ação conjunta favorece o desenvolvimento da democracia como um todo.

### ***Debate e avaliação da política***

Os Conselhos de Saúde têm como uma de suas funções debater e avaliar a política de saúde. Dessa forma, antes de uma nova política ser implementada os conselheiros podem avaliar a proposta e a situação atual da saúde em sua região. Dentre as respostas classificadas desta maneira, é possível categorizá-las em geral (apresentadas na Tabela 11) e mais três classes de respostas: avaliar a situação da saúde no território, avaliar a proposta política e avaliar a proposta de disponibilização de recursos (Tabelas 12, 13 e 14, respectivamente).

### **Tabela 11**

*Respostas e agentes responsáveis relacionados ao debate e avaliação das políticas de saúde*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Aprovar a proposta setorial da saúde no Plano Plurianual, LDO e no OGU	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Aprovar normas sobre ética em pesquisas e acompanha sua implementação	(2)	Conselho Nacional de Saúde

---

Assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde <sup>2</sup> , o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS	(2)	Conselho de Saúde
--	-----	-------------------

---

**Tabela 12**

*Respostas e agentes responsáveis para o debate e avaliação da situação da saúde*

---

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Debater para avaliar a situação da saúde	(1)	Representantes nas Conferências de Saúde
Apoiar estudos e pesquisas na área da saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.	(2)	Conselhos de Saúde

---

<sup>2</sup> O Plano de Saúde é um documento que descreve as metas, as prioridades e estratégias do Poder Executivo para a Saúde durante o período de gestão, de acordo com o diagnóstico dos serviços de saúde oferecidos no âmbito da gestão.

**Tabela 13***Respostas e agentes responsáveis para o debate e avaliação da proposta política*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Avaliar as políticas públicas	(1)	Representantes da comunidade nos conselhos
Propor questões	(1)	Conselheiros de saúde
Discutir questões	(1)	Conselheiros de saúde
Definir questões	(1)	Conselheiros de saúde
Analisar e aprovar o relatório de gestão	(1)	Conselhos de Saúde
Examinar propostas	(2)	Conselhos de Saúde
Conhecer detalhadamente os objetivos, as metas e os indicadores do Plano de Saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Deliberar sobre os planos de saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Aprovar a política para os Recursos Humanos do SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Atentar para o que cada órgão pode contribuir, ao estabelecer parcerias	(2)	Conselhos de Saúde
Avaliar e aprovar a proposta de operacionalização das diretrizes encaminhada pelo gestor de saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Avaliar os contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais	(2)	Conselhos de Saúde

---

Deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipal	(2)	Conselhos de Saúde
--	-----	--------------------

---

#### **Tabela 14**

*Respostas e agentes responsáveis de debate e avaliação da disponibilização dos recursos*

---

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Receber informação do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação	(2)	Conselhos de Saúde
Aprovar os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela direção nacional do SUS	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Aprovar a proposta orçamentária anual da Saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei das Diretrizes Orçamentárias, do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.890/90).	(2)	Conselhos de Saúde

---

---

Aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência

---

(2)

Conselho Nacional de Saúde

Os agentes responsáveis pelas respostas descritas nesta sessão são os conselheiros de saúde ou “os conselhos de saúde”, atuando de forma institucional. Com isso, é possível identificar o papel dos conselheiros na análise, discussão e aprovação de propostas com base nos interesses que representam e dada a representação paritária com os usuários pode favorecer a aprovação de propostas que atendem os interesses desse setor, assim como propiciar tensões a fim de uma distribuição financeira adequada às necessidades da população.

Os documentos destacam alguns antecedentes sob controle dos quais as respostas dos conselheiros de debate e avaliação da política deve estar: “os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela direção nacional do SUS” (Brasil, 2013b, p. 30); a situação epidemiológica do município ou região; a capacidade operacional dos serviços; os temas pertinentes ao desenvolvimento do SUS; o poder de contribuição dos diferentes órgãos; a proposta para operacionalizar as diretrizes; as diretrizes dos planos de saúde nacional ou de cada região. Tais antecedentes parecem indicar que os Conselhos de Saúde exercem, em certa medida, a estratégia descrita por Skinner (1971) de olhar para as contingências nas quais o controlador engaja nos comportamentos de controle, assim como parte da estratégia Holland (1980) e Sá (1983) de analisar o sistema de controle social.

Em relação às consequências descritas, a apresentação dos planos de saúde aos conselheiros pode ter como efeito a aprovação ou a reprovação do plano e as deliberações feitas nas Conferências de Saúde ou pelos Conselhos devem ser colocadas em prática pelo gestor de saúde. Da mesma forma, caso o Plano de Saúde seja aprovado, ele também deve ser

implementado pelo gestor. Essas respostas e consequências descritas parecem indicar que os Conselhos de Saúde, através das contingências identificadas, podem modificar as contingências responsáveis pelo comportamento do agente controlador (Holland, 1980; Sá, 1983), apesar da indicação de Holland e Sá referir-se à modificação do comportamento do controlado, entende-se que, nas respostas descritas, a modificação do comportamento do agente de controle é uma resposta decorrente da modificação do comportamento do próprio controlado. Além disso, indicam como a institucionalização do contracontrole facilita a prevenção do uso do controle aversivo (Sá, 1983), visto que os Conselhos de Saúde podem indicar e aprovar normas a serem seguidas pelo gestor.

A análise das propostas políticas sob controle das condições sociais vigentes também pode favorecer a engenhosidade do manejo de contingências que, como proposto por Holland (1974), possibilita o desenvolvimento de estratégias de contracontrole mais efetivas. E, por fim, destaca-se papel dos conselhos em controlar parte do financiamento em pesquisa na área da saúde, o que parece indicar um poder importante daqueles que analisam a situação da saúde, as demandas sociais e representam os interesses dos usuários do SUS, nos estudos e tecnologias desenvolvidos pela ciência. Essa função pode também indicar uma estratégia de melhorar os efeitos do contracontrole, visto que Sá (1983) descreve que a educação é um meio de poder, uma forma de utilização do contracontrole.

### ***Controle da execução das políticas***

Outra parte importante do trabalho dos Conselhos de Saúde é o controle exercido sobre a execução das políticas, esta seção foi categorizada em quatro classes de respostas distintas que a compõem: respostas de avaliar os resultados da política de saúde; respostas de controlar e/ou fiscalizar aspectos financeiros da política de saúde; respostas de verificar as ações do governo; e respostas de examinar denúncias de irregularidade nas políticas de saúde.

As respostas de avaliar os resultados da política de saúde são as que os Conselheiros precisavam descrever, sob controle da situação atual do SUS ou da implementação e manutenção de alguma política, a qualidade oferecida, os problemas enfrentados e a resolutividade dos problemas no SUS. Tal avaliação servirá para que os conselheiros possam encaminhar propostas de melhora ao chefe da gestão.

**Tabela 15**

*Respostas e os agentes responsáveis por avaliar os resultados da política de saúde*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Avaliar a repercussão da LC141/2012 sobre as condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população e encaminhar ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação das indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias	(2)	Conselhos de Saúde
Deliberar sobre os programas de saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Propor a adoção de critérios para avaliar a qualidade e a resolutividade dos programas de saúde, atualizando-os frequentemente	(2)	Conselhos de Saúde
Avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Analisar os avanços e os problemas do SUS	(2)	Representantes da sociedade civil

Avaliar a situação de saúde	(2)	Conferência de Saúde
Acompanhar a política de saúde no Brasil	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Fiscalizar a política de saúde no Brasil	(2)	Conselho Nacional de Saúde

As respostas categorizadas nesta classe favorecem o contracontrole porque elas possibilitam uma análise das contingências sociais vigentes, o que envolve a identificação das demandas dos usuários e profissionais ainda presentes no SUS, assim como de possíveis resultados positivos de parte da política e a formulação de propostas a serem encaminhadas para o gestor público para melhorar a qualidade ou abrangência do serviço de saúde. Esta descrição parece indicar a possibilidade de os indivíduos sob controle da agência governamental identificarem as contingências vigentes e modificá-las de forma a alterar o próprio comportamento dos controlados (Holland, 1980; Sá, 1983) – assim, os controlados passam a controlar o comportamento dos controladores de forma diferente. No caso descrito, os conselheiros de saúde podem passar a indicar os problemas das políticas de saúde implementadas até então por uma gestão e as soluções possíveis, fator que pode favorecer a mudança comportamental do controlador.

Também é possível dizer que as respostas identificadas como de avaliação dos resultados da política de saúde possibilitam que o contracontrole vá se atualizando conforme as medidas de controle exercidas pela agência governamental vá sendo modificada (Sá, 1985). Outro fator que pode contribuir para melhorar a efetividade do contracontrole é que essa análise de contingências, ao se estender para os resultados do trabalho do próprio Conselho, possibilita a modificação e o desenvolvimento de estratégias de contracontrole que produzem mais mudanças (Holland, 1974).

Por fim, a avaliação dos resultados da política se assemelha à etapa de revisão da política de Fawcett et al. (1988), em que a política é avaliada a partir das consequências produzidas com a implementação da política. O resultado da avaliação é fundamental para decisões políticas posteriores sobre a manutenção, modificação ou o cancelamento de determina política. Na avaliação da política, o aumento da participação social como descrito por Souza (2007), é fundamental, pela experiência direta vivida pelos usuários do serviço com a implementação das políticas.

As respostas de controlar e/ou fiscalizar aspectos financeiros da política de saúde são as que ficam sob controle das movimentações financeiras realizadas pelos agentes governamentais, especialmente o Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde, no caso dos municípios, estados e distrito. Estas respostas indicam que o Conselho de Saúde pode atuar fases distintas do processo de destinação de verbas no SUS, isso porque tem o poder de: definir diretrizes e prioridades para a movimentação financeira; fiscalizar os aspectos financeiros descritos no Plano de Saúde, cujo gestor deve relatar como serão distribuídos os recursos dentre os entes federativos e programas do SUS, e aprovar ou não o Plano de Saúde, assim como sugerir mudanças quando necessário; deve ter acesso aos relatórios que indicam como ocorreram as movimentações financeiras ao fim de cada ano de gestão; e verificar se o relato do gestor do repasse financeiro está de acordo com o registro por cada serviço no recebimento de suas verbas. Na Tabela 16 é possível identificar as respostas de controle financeiro descritas pelos manuais analisados.

**Tabela 16**

*Respostas e agentes responsáveis por controlar e/ou fiscalizar aspectos financeiros da política de saúde*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Atuar no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros	(1)	Conselho de Saúde
Controlar o uso dos recursos financeiros	(1)	Conselho de saúde
Deliberar sobre a metodologia pactuada na CIT para definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio das ações e serviços de saúde	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Avaliar a gestão do SUS quadrimestralmente e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal	(2)	Conselhos de Saúde

---

Assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS depositados em conta especial, em cada esfera de atuação	(2)	Conselhos de Saúde
Buscar auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhando o devido assessoramento.	(2)	Conselhos de Saúde
Acompanhar e fiscalizar os repasses de recursos financeiros realizados pelo Ministério da Saúde aos estados, ou pelos estados ao município.	(2)	Conselhos de Saúde

---

Acompanhar se a aplicação dos recursos está sendo feita para atender as necessidades da população	(2)	Conselhos de Saúde
Verificar a coerência entre as informações prestadas pelos gestores e por quem realizou o repasse	(2)	Conselhos de Saúde
Analisar se os recursos estão sendo aplicados como estabelecido no Plano de Saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Responsabiliza-se pelo acompanhamento da execução orçamentária do CNS e pela sua prestação de contas	(2)	Mesa diretora do CNS
Acompanhar a execução do orçamento e do financiamento da respectiva política ou programa	(2)	Comissões intersetoriais

As descrições sugerem que as consequências das respostas de controle financeiro envolvem: o acesso a como a Secretaria ou o Ministério da Saúde está utilizando o dinheiro destinado à saúde e se o uso está de acordo com as necessidades da população; a homologação das decisões pelo chefe do poder executivo em cada esfera do governo; e, segundo os documentos, tais respostas contribuem para a melhoria dos serviços oferecidos à população.

Além disso, é possível identificar algumas descrições que favorecem a maior efetividade de contracontrole, de acordo com os autores analisados no Estudo 1. A análise das aplicações financeiras sugere a realização de uma análise verbal, ainda que não

comportamental, da relação entre comportamento, consequências imediatas e consequências atrasadas (Sá, 1983). A discussão dos relatórios de gestão e da prestação de contas em reuniões parecem indicar que os conselheiros podem ficar sob controle das contingências que controlam o comportamento dos agentes controladores (Skinner, 1971), e considerando também a possibilidade de controle, estabelecer diretrizes e aprovação/reprovação dos conselheiros, é possível sugerir que os conselheiros também estabelecem a noção de controle pela população (Sá, 1985) e podem modificar o comportamento dos controlados para deixarem de reforçar os comportamentos dos agentes de controle (Holland, 1980; Sá, 1983).

As respostas de controle financeiro descritas sugerem ainda, que há a atualização do contracontrole na medida em que as formas de controle exercidas são modificadas, visto que os Conselhos de Saúde devem acompanhar as movimentações financeiras com periodicidade e podem tanto definir diretrizes anteriores à sua aplicação, quanto cobrar explicações e condutas diferentes após a ocorrência das movimentações financeiras (ou seja, exercer controle antecedente e conseqüente à resposta do controlador) (Sá, 1985). Complementarmente, há o oferecimento de instrumentos para o contracontrole (Sá, 1979) e a institucionalização do contracontrole também facilita a prevenção do uso do controle aversivo, de forma a manter alguns efeitos permanentes do contracontrole (Sá, 1983), por garantir o poder exercido pelos Conselhos de Saúde nas decisões financeiras do gestor.

O controle dos aspectos financeiros possibilita, ainda, a realização de ações substantivas, como descritas por Fawcett et al. (1988), na medida em que fiscaliza e impõe consequências para que os gestores realoquem os recursos públicos necessários para alcançar os objetivos acordados pelo Conselho de Saúde em relação ao Poder Executivo.

Outro papel fundamental do Conselho no controle da execução das políticas públicas é a fiscalização das ações diretas do governo, não diretamente relacionadas às movimentações

financeiras. As respostas categorizadas nesta classe envolvem, de forma geral, acompanhar se a implementação das políticas e dos programas está de acordo com as deliberações dos conselheiros e as decisões aprovadas pelo Conselho de Saúde. As respostas descritas nesta classe estão apresentadas na Tabela 17.

**Tabela 17**

*Respostas e agentes responsáveis por verificar/fiscalizar as ações do governo*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Analisar e aprovar o relatório de gestão	(1)	Conselho de Saúde
Acompanhar a execução das decisões da política de saúde	(1)	Conselheiro de Saúde
Enviar, quando for o caso, ao Chefe do Poder Executivo as medidas corretivas para cumprir as metas estabelecidas no Plano de Saúde	(1)	Conselho de Saúde
Fiscalizar as ações do governo	(2)	População/Conselhos de Saúde
Verificar o cumprimento das leis relacionadas ao SUS	(2)	População/Conselhos de Saúde
Acompanhar a implementação das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento de gestão do SUS	(2)	Conselhos de Saúde

Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde.	(2)	Conselhos de Saúde
Encaminhar a política para os Recursos Humanos do SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Acompanhar a implementação das deliberações dos relatórios das plenárias dos Conselhos de Saúde.	(2)	Conselhos de Saúde
Atentar-se ao cumprimento de suas orientações	(2)	Conselhos de Saúde
Verificar se as deliberações estão sendo atendidas	(2)	Conselhos de Saúde
Participar e colaborar com o controle institucional pelas parcerias	(2)	Conselhos de Saúde
Atuar no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Participar da consolidação do OSS	(2)	Conselho Nacional de Saúde

Incrementa e aperfeiçoa o relacionamento sistemático com os poderes constituídos	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Articula as condições necessárias para o pleno funcionamento do CNS	(2)	Mesa diretora do CNS
Analisar e acompanhar a implementação das políticas e dos programas relacionados à sua área temática	(2)	Comissões intersetoriais

O acompanhamento da implementação das decisões tomadas pelas Conferências Nacionais de Saúde, assim como a implementação das políticas deliberadas pelos Conselhos de Saúde, parece indicar o efeito da análise e da modificação do comportamento dos controlados e, por consequência, dos controladores, como uma forma de contracontrole efetivo sobre os gestores da saúde (Holland, 1980, Sá, 1983). Outro fator de aumento da efetividade do contracontrole é a própria função do Conselho de Saúde de acompanhar as ações governamentais, de forma a ter acesso às ações, avaliar seus resultados e exercer, periodicamente, controle sobre tais ações através das deliberações dos Conselhos e da possibilidade de aprovação ou recusa dos relatórios de gestão. Isso faz com que o contracontrole se atualize com o tempo e com as mudanças na forma de controle exercida pelos agentes governamentais, o que auxilia a prevenir o uso do controle aversivo (Sá, 1985).

Os Conselhos de Saúde, ainda, especialmente a Mesa Diretora, são responsáveis por articular as condições necessárias para seu funcionamento pleno, de forma a oferecer instrumentos que possibilitem o contracontrole, fator considerado por Sá (1979) como de aumento da efetividade do contracontrole. Outra resposta descrita é incrementar e aperfeiçoar o relacionamento entre os poderes constituídos, ela é exercida pelo Conselho Nacional de

Saúde e parece demonstrar como o fortalecimento dos diversos movimentos de contracontrole e sua legalização possibilitam o exercício do contracontrole democrático mesmo em diversas instâncias da agência governamental e na interação entre diferentes instâncias (Sá, 1983).

Destaca-se, além disso, que acompanhar o processo de desenvolvimento científico e tecnológico colabora para o sucesso da agência democratizante geral, por possibilitar a especialização de movimentos com diferentes objetivos especializados e da articulação entre eles (Sá, 1983). Esta resposta também salienta o papel que a ciência pode ter no desenvolvimento de conhecimento e tecnologia para melhorar a qualidade de vida de diferentes grupos sociais, além de possibilitar um aumento da eficácia do contracontrole sobre as diferentes agências de controle.

Por fim, foi possível identificar as respostas do Conselho de examinar denúncias de irregularidades nas políticas de saúde, todas no Manual Para Entender o Controle Social (Brasil, 2013b). Tal classe envolve uma cadeia de respostas que começa com o recebimento da denúncia através do Ministério da Saúde ou de denunciantes, seguido pelo exame da denúncia, que pode envolver que os fatos sejam verificados, além disso as denúncias podem ser encaminhadas para outros órgãos, caso não seja da alçada do Conselho avaliar e tomar as providências necessárias para corrigir a possível irregularidade. A mesa diretora é responsável por formalizar a decisão do Conselho e encaminhar aos órgãos e entidades relacionados à questão para devida apuração ou ao plenário para ser discutida, também cabe à mesa diretora arquivar a denúncia.

É importante considerar que as denúncias podem contribuir para que o Conselho formule a noção da possibilidade de controle pela população (Sá, 1985) e possa analisar as consequências dos comportamentos, não apenas as consequências imediatas, mas também as consequências aversivas atrasadas, o que segundo Sá (1983) pode colaborar para o

desenvolvimento de um contracontrole mais efetivo. Tal análise pode, ainda, aumentar a probabilidade de ocorrências de comportamentos que deixem de reforçar os comportamentos dos agentes de controle de forma a não manter os comportamentos que produzem consequências aversivas atrasadas, como proposto por Holland (1980) e Sá (1983).

A veiculação das denúncias recebidas para o Conselho de Saúde também é importante pois possibilita uma análise do controle social, ainda que não comportamental, fator necessário para o desenvolvimento de tecnologias mais eficazes de contracontrole (Holland, 1974, 1975; Sá, 1985). A decisão sobre a denúncia ser tomada em Plenário indica a potencialização da força dos encaminhamentos necessários, como um efeito da ação conjunta de diversos agentes de contracontrole e seus movimentos representados (Skinner, 1953).

As denúncias, por fim, permitem o reconhecimento do amplo componente coercitivo utilizado para controle (Sidman, 1989), assim como a realização do contracontrole por muitas pessoas, o que diminui as chances de punição para o grupo contracontrolador (Sá, 1983), ambos elementos apresentados pelos autores como fatores de aumento da efetividade do contracontrole.

### ***Proposição e formulação da política***

Além de atuar no controle e na avaliação das políticas, os conselheiros também podem atuar antes de sua implementação, assim, outra categoria de atuação dos Conselhos de Saúde é na proposição e formulação da política. De forma geral, os conselheiros podem atuar propondo diretrizes ou critérios para a formulação da política, participando do processo de elaboração da política em si e propondo políticas às instâncias responsáveis. Essas três possibilidades foram melhores descritas a seguir, iniciando pela proposição de diretrizes e critérios, com as respostas desta classe descritas na Tabela 18.

**Tabela 18***Respostas e agentes responsáveis por propor diretrizes ou critérios para política*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Debater para propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo	(1)	Representantes nas Conferências de Saúde
Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal	(2)	Conselhos de Saúde
Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Propor diretrizes e caminhos para efetivar o controle social do SUS	(2)	Conselhos de Saúde
Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços.	(2)	Conselhos de Saúde
Estabelecer claramente os objetivos e as estratégias de atuação.	(2)	Conselhos de Saúde
Propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes	(2)	Conferência de Saúde

Deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde, bem como os recursos transferidos dos municípios, estados, Distrito Federal e União	(2)	Conselhos de Saúde
Propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do SUS	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Define prioridades, métodos e estratégias para formação e educação permanente	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Delibera sobre normas básicas nacionais do SUS	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Estabelece diretrizes gerais e aprova parâmetros nacionais em relação à política de recursos humanos para a saúde	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Define diretrizes gerais para a participação dos diversos provedores no SUS	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Resgatar e reiterar os princípios do SUS e do controle social	(2)	Comissões intersetoriais

As respostas descritas na Tabela 18 indicam a influência das decisões do Conselho na política a ser elaborada pelo gestor ou outros agentes governamentais. Isso porque propor as diretrizes a serem seguidas e os critérios a serem atendidos por determinada política delimita a possibilidade de atuação dos controladores e assegura o cumprimento de objetivos compactuados entre os conselheiros.

É possível afirmar que tais diretrizes provavelmente são propostas sob controle das necessidades e prioridades dos usuários do SUS em cada território, visto que os antecedentes descritos nos documentos para as respostas desta categoria foram: “orientado pelas diretrizes nacionais” (Brasil, 2013a, p. 15); “diversas situações epidemiológicas do município e com a capacidade operacional dos serviços” (Brasil, 2013b, p. 56); “atentar-se à diretriz da hierarquização e regionalização da demanda de serviços, conforme o princípio da equidade” (Brasil, 2013b, p. 57); “poder de contribuição de cada órgão” (Brasil, 2013b, p. 58); “características epidemiológicas e organização de serviços entes federativos e nas Regiões de Saúde” (Brasil, 2013b, p. 62). Assim, tais antecedentes indicam que a atuação dos conselhos se deu sob controle da capacidade de atuação dos diferentes agentes de saúde e das necessidades de cada território. É possível considerar, assim, que os conselheiros consideram as contingências nas quais o controlador engaja nos comportamentos de controle, como proposto por Skinner (1971), como uma forma de analisar e modificar o controle social exercido sobre os controladores (Holland, 1980; Sá, 1983).

Além disso, as consequências descritas nesta categoria corroboram com a análise de que a atuação dos conselheiros exerce influência sobre a atuação dos agentes governamentais, uma vez que as consequências descritas para as respostas desta categoria foram: “Elaboração dos planos de saúde com base nas diretrizes” (Brasil, 2013b, p. 38); “Influência na elaboração dos planos de saúde” (Brasil, 2013b, p. 62); “Influência na destinação do dinheiro da saúde” (Brasil, 2013b, p. 63); “Influenciará a elaboração dos planos de saúde” (Brasil, 2013b, p. 79).

É possível discutir, ainda, que a plenária dos Conselhos de Saúde permite a veiculação das análises do controle social em nossa sociedade, o que possibilita o desenvolvimento de tecnologias mais adaptadas de contracontrole (Holland, 1974, 1975; Sá, 1985). O comportamento dos conselheiros de se manter em formação e educação permanente favorece, ainda, o que Sá (1983) indica ser uma forma de poder, através da própria educação. A

institucionalização do contracontrole facilita, enfim, a prevenção do uso do controle aversivo (Sá, 1983), neste caso através do estabelecimento de limites e direcionamentos para a atuação da agência governamental. Por fim, é possível salientar que tais estratégias indicam o fortalecimento e organização dos diversos movimentos concretos de contracontrole a serem amplamente reforçados pela comunidade ética e reconhecidos legalmente pela agência governamental, o que aumenta a extensão e intensidade de seu controle sob os agentes (Sá, 1983).

A proposição de diretrizes para a política pode favorecer, ainda, a realização de uma ação substantiva, como descrita por Fawcett et al. (1988) por indicar como deve ser realizada a realocação de recursos públicos para produzir uma determinada mudança necessária identificada.

Todavia, além de exercer influência sobre a formulação política por parte dos agentes governamentais, os conselheiros de saúde também podem, eles próprios, formular políticas a serem implementadas pelo governo. As respostas categorizadas desta forma foram descritas na Tabela 19.

**Tabela 19**

*Respostas e agentes responsáveis por elaborar políticas de saúde*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Formular as políticas públicas	(1)	Representantes da comunidade nos conselhos
Atua na formulação de estratégias	(1)	Conselho de Saúde
Participar do planejamento das políticas públicas	(2)	População   Conselhos de Saúde

Discutir proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde	(2)	Conferências de Saúde
Elaborar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde	(2)	Conferências de Saúde
Aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde	(2)	Conferências de Saúde
Debater e aprovar propostas que serão posteriormente discutidas de forma mais ampla, nacionalmente, na Conferência Nacional de Saúde	(2)	Conferências estaduais e municipais
Discutir de forma ampla as propostas aprovadas nas Conferências	(2)	Conferência Nacional de Saúde
Aprovar propostas aprovadas nas Conferências	(2)	Conferência Nacional de Saúde
Registrar as propostas aprovadas na Conferência Nacional	(2)	Conferência Nacional de Saúde
Atuar na formulação da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros	(2)	Conselhos de Saúde
Atuar na formulação de estratégias de execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros	(2)	Conselho Nacional de Saúde

---

Desenvolve e recomenda instrumentos e mecanismos para o aperfeiçoamento das práticas de integração entre órgãos	(2)	Comissões intersetoriais
---	-----	--------------------------

---

As respostas de elaboração das políticas de saúde indicam que os conselheiros, ao discutirem entre si as necessidades da população e considerarem as diretrizes formuladas para as políticas de saúde, podem formular políticas de saúde que melhor atendem as necessidades da população e tornar operacionalizáveis as diretrizes propostas pelos conselheiros e pela Constituição.

As consequências descritas para esta classe de respostas, envolvem: “decisões a serem homologadas pelo chefe do poder de cada esfera do governo” (Brasil, 2013b, p. 37); o encaminhamento das propostas para discussão na Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2013b, p. 60); “propostas se tornam deliberações a serem cumpridas pelo poder público” (Brasil, 2013b, p. 61). O que indica que a formulação das propostas leva, majoritariamente, à execução da proposta.

É possível discutir, ainda, que a atuação dos conselheiros na discussão e elaboração das políticas parece indicar que há uma análise do sistema de controle social, em termos não comportamentais, e uma modificação do comportamento dos controlados a fim de alterar as consequências produzidas pelo comportamento da agência governamental de forma a priorizar os reforçadores produzidos para os usuários do SUS ao invés de para os próprios agentes governamentais (Holland, 1980 e Sá, 1983). Também pode-se notar que o contracontrole nos Conselhos de Saúde, ao ser realizado por diversos conselheiros, diminui o risco de qualquer punição em relação ao seu comportamento (Sá, 1983) e tem seu efeito amplificado pela

institucionalização do contracontrole, que, como afirma Sá (1983), facilita a prevenção do uso do controle aversivo pela agência governamental.

É possível considerar, por fim, que as respostas de elaboração e planejamento das políticas públicas são fundamentais para a etapa de implementação da política, apresentada por Fawcett et al. (1988) como a ação política efetiva, que é baseada no plano realizado e na distribuição dos recursos, tarefas e da criação de novas políticas.

Por fim, o Conselho de Saúde pode além de propor diretrizes e elaborar políticas, propor políticas para execução pelos agentes responsáveis ou para avaliação do Poder Legislativo. Esta classe de respostas envolve, portanto, um poder ainda maior do Conselho de Saúde de controlar as ações governamentais, as respostas que compõe esta classe estão descritas na Tabela 20.

**Tabela 20**

*Respostas e agentes responsáveis por propor políticas de saúde*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Propor as políticas públicas	(1)	Representantes da comunidade nos conselhos
Deliberar sobre as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Deliberar sobre o modelo padronizado do Relatório Anual de Gestão (RAG) da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e do modelo simplificado desse relatório para os municípios com menos de 50 mil habitantes	(2)	Conselho Nacional de Saúde

Tomar decisões que devem ser cumpridas pelo poder público	(2)	Conselhos de Saúde
Aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo	(2)	Conselhos de Saúde
Enviar sugestões de projetos de lei ao Poder Legislativo	(2)	Conselhos de Saúde
Propor ações a serem executadas pelo poder público nos próximos anos, inclusive a criação de novas políticas públicas	(2)	Representantes da sociedade civil
Propor estratégias para aplicação da execução da política pública	(2)	Conselhos de Saúde
Elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Delibera acerca de instruções e ações que favoreçam o exercício das atribuições legais dos Conselhos de Saúde.	(2)	Conselho Nacional de Saúde
Decidir, ad referendum, sobre assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Plenário em reunião subsequente	(2)	Presidência do Conselho Nacional de Saúde
Articular políticas e programas de interesse para a saúde	(2)	Comissões intersetoriais

Promover estudos e propõe medidas que julgar cabíveis para o aperfeiçoamento das políticas, programas e ações relacionadas à sua área temática	(2)	Comissões intersetoriais
Propor medidas para o aperfeiçoamento das ações do Sistema Único de Saúde, relacionadas à sua área temática	(2)	Comissões intersetoriais

As respostas descritas parecem indicar diversas formas de intervenção direta das discussões e conclusões dos conselheiros de saúde nas decisões governamentais e no planejamento das ações a serem realizadas nos territórios. Também é possível destacar o papel das Comissões Intersetoriais em lapidar as propostas de melhoria dos serviços oferecidos a partir de estudos e do diálogo com outros setores sociais.

As respostas de propor políticas envolvem, quando somadas às outras classes descritas uma análise do sistema de controle social e a modificação do comportamento dos controlados e dos controladores, de forma a privilegiar não mais os comportamentos que reforçam os comportamentos dos agentes governamentais, mas os que privilegiam a conquista de consequências reforçadoras para os usuários do serviço (Holland, 1980 e Sá, 1983). A ação de propor medidas que aperfeiçoam a política de saúde sugere que há uma constante atualização do contracontrole, a fim de se adequar às novas formas de controle e de prevenir o uso de práticas coercitivas ou exploratórias, o que Sá (1985) aponta como um fator relevante para um contracontrole efetivo.

Além disso, são oferecidos instrumentos que possibilitam o contracontrole (Sá, 1979) como através da possibilidade de deliberação sobre as normas do SUS e sobre o modelo padronizado de Relatório Anual de Gestão. Outro fator relevante é a promoção de estudos e

aperfeiçoamento da política, visto que Sá (1983) indica que a educação é uma forma de utilizar o contracontrole com mais potencialidade.

### *Comunicação externa do Conselho*

A última seção identificada dentre as respostas descritas pelos manuais foi a de comunicação externa do conselho, e envolveu respostas as quais os conselheiros comunicavam-se com a população em geral, com outros setores institucionais ou técnicos, tanto para levar as discussões e decisões do conselho para estes agentes quanto o caminho inverso. A primeira classe de respostas que compôs esta seção foi, portanto, a de respostas de comunicar à sociedade sobre a atuação, as discussões, decisões do e informações sobre o conselho, apresentadas na Tabela 21.

**Tabela 21**

*Respostas e agentes responsáveis por informar a sociedade sobre sua atuação*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Informar a sociedade sobre a sua atuação	(1)	Conselho de Saúde
Realizar boletins informativos	(1)	Conselheiro de saúde
Realizar consultas públicas sobre os temas em pauta nos Conselhos de Saúde	(1)	Conselheiro de saúde
Fazer uso de três tipos de deliberações para tornar públicas suas decisões ou manifestações de seu interesse	(2)	Conselhos de Saúde
Divulgar pautas e atas de reunião	(2)	Conselhos de Saúde

Promover ações capazes de despertar na sociedade o interesse pelo fortalecimento e melhoria do SUS: divulgar suas atividades, promover reuniões, participar de eventos promovidos por entidades e movimentos sociais	(2)	Conselhos de Saúde
Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Divulgar as funções e competências do Conselho, bem como trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e locais das reuniões	(2)	Conselhos de Saúde
Promover Conferências de Saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Expedir atos decorrentes de deliberações do CNS	(2)	Presidência do Conselho Nacional de Saúde
Apresentar relatório com suas conclusões e indicativos das providências a serem efetivadas	(2)	Conselheiros

As respostas descritas aproximam a sociedade como um todo do trabalho exercido pelos conselheiros em suas funções. Ao publicizar seu trabalho (como na resposta de apresentar relatório com conclusões e indicativos das providências a serem efetivadas) os conselheiros de saúde divulgam sua análise do controle social e possibilitam, assim, a modificação dos comportamentos dos controlados que apresentam efeitos reforçadores para o controle aversivo utilizado pelos agentes controladores (Holland, 1980 e Sá, 1983). Tal divulgação também auxilia as pessoas a se prepararem para realizar o contracontrole e desenvolver tecnologias

mais adaptadas, como indicado por Holland (1974, 1975) e Sá (1985) como estratégias para o desenvolvimento de métodos mais efetivos de contracontrole.

A promoção de Conferências de Saúde indica que os Conselhos também oferecem instrumentos que possibilitem o contracontrole (Sá, 1979). É possível identificar que tal análise também é feita por autores que estudam política, ainda que não sejam analistas do comportamento, visto que Arouca (1986) e Paim (2009) salientam o papel das Conferências de Saúde na elaboração do SUS e no aperfeiçoamento de suas práticas no decorrer dos anos, através do espaço de diálogo e participação social que coloca conselheiros, agentes governamentais, agentes de saúde, usuários dos serviços, cientistas e diversos movimentos sociais para pensar, em conjunto, os rumos da saúde pública no país.

Tal efeito pode ser, ainda, potencializado por ser realizado por milhares de cidadãos representantes de diferentes setores, por reduzir a produção de consequências aversivas para o contracontrole. Também é possível notar tal potencialização pela resposta de estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, visto que Sá (1983) destaca o papel da educação como forma de poder para utilização do contracontrole.

Ademais, salienta-se a resposta de “promover ações capazes de despertar na sociedade o interesse pelo fortalecimento e melhoria do SUS: divulgar suas atividades, promover reuniões, participar de eventos promovidos por entidades e movimentos sociais” (Brasil, 2013b, p. 54) como uma forma de fortalecer e organizar os diversos movimentos sociais de contracontrole, reforçar amplamente suas atividades e reconhecer legalmente o exercício do contracontrole o que, segundo Sá (1983) aumenta a eficácia de tal contracontrole.

Por fim, pode-se discutir que publicizar as decisões e discussões do Conselho pode aumentar os efeitos do contracontrole pelos conselheiros, visto que pode servir também como uma forma de prestação de contas aos movimentos eleitos e aos eleitores, além de fazer com

que os movimentos sociais que os elegeram possam também acrescentar análises e propostas, ou até mesmo oferecer apoio às decisões do Conselho.

Dessa forma, pode-se entender que a comunicação entre o Conselho e a sociedade vai para além da divulgação do trabalho dos conselheiros, mas também, no sentido contrário, possibilita que os conselheiros levem ao Conselho de Saúde as discussões e posicionamentos dos grupos que eles representam. No caso dos representantes dos usuários, isso possibilita que as demandas dos diversos movimentos sociais, grupos ou instituições representadas sejam consideradas nas discussões e deliberações dos conselhos. As respostas que compõe a classe de levar para o Conselho os posicionamentos do grupo que representa foram descritas na Tabela 22.

### **Tabela 22**

*Respostas e agentes responsáveis por levar ao Conselho os posicionamentos do grupo que representa*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Manifestar ideias do grupo ou instituição que representa	(1)	Conselheiro de saúde
Representar o segmento	(1)	Conselheiro de saúde
Manifestar demanda do grupo ou instituição que representa	(1)	Conselheiro de saúde
Articular os interesses do conjunto dos usuários	(1)	Conselheiro de saúde
Realizar mobilização do segmento	(1)	Conselheiro de saúde
Realizar reuniões	(1)	Conselheiro de saúde

Implementar mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para controle social na saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Atuar como elo entre quem utiliza os serviços de saúde e quem os executa	(2)	Conselhos de Saúde
Conhecer os problemas de saúde que mais afetam a comunidade	(2)	Conselhos de Saúde
Visitar as unidades de saúde	(2)	Conselhos de Saúde
Interagir com profissionais de saúde e usuários	(2)	Conselhos de Saúde
Saber as condições reais de saúde do seu município	(2)	Conselhos de Saúde
Considerar indicadores relacionados à vulnerabilidade e risco, ao acesso, à qualidade e à resolutividade	(2)	Conselhos de Saúde
Reunir-se a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais	(2)	Conferências de Saúde

Essa classe de respostas parece possibilitar uma análise verbal entre os comportamentos dos gestores e suas consequências produzidas que afetam diretamente os usuários do serviço, portanto, como aponta Sá (1983) é uma forma de desenvolver um contracontrole efetivo. Ao considerar os indicadores de risco e vulnerabilidade, os conselheiros também reconhecem o controle e seu componente coercitivo (Sidman, 1989), ainda que não utilizem essas palavras, por descrever as condições sociais que impactam diretamente no processo de saúde de determinada população.

A mobilização continua em conjunto com a manifestação das demandas dos grupos e articulação dos interesses dos usuários fortalecem movimentos concretos de contracontrole por reforçar e reconhecer os grupos que se propõe a dialogar com os conselhos, isso, como afirma Sá (1983) aumenta a efetividade do contracontrole sobre a agência governamental. Por fim, pode-se destacar que as Conferências de Saúde realizadas com representação de diversos segmentos sociais indicam que há uma especialização de diversos grupos de contracontrole, como proposto por Sá (1983), com a possibilidade de alteração, por cada um, de pequenas partes dos comportamentos envolvidos na gestão e execução da saúde. As Conferências também permitem que as pessoas não presentes no Conselho possam se posicionar e acrescentar seus análises e posicionamentos às discussões dos conselheiros, o que também indica um fator democratizante.

Esta classe de respostas descrita parece ser fator fundamental para o que Fawcett et al. (1988) descreve como “formação da agenda”, visto que envolve a identificação dos problemas experienciados pelos governados e a formulação de objetivos e alternativas de resolução levadas pelos movimentos sociais para discussão do Conselho de Saúde.

Outra classe de respostas importante envolvida na comunicação externa do Conselho de Saúde é a das respostas de articulação entre o Conselho e outros setores políticos ou técnicos. Tais respostas possibilitam o acesso dos conselheiros a dados científicos, políticos e demográficos referentes ao SUS e à execução da política, além de possibilitar o a interlocução entre diferentes órgãos públicos ou privados. A tabela 23 descreve as respostas categorizadas nesta classe.

**Tabela 23**

*Respostas e agentes responsáveis por articulações entre Conselho e outros setores políticos ou técnicos*

Respostas	Identificação do documento	Agente responsável pela resposta
Representar o Conselho de Saúde	(2)	Presidência dos Conselhos
Promover articulações políticas internas e externas, garantindo a intersectorialidade do controle social.	(2)	Mesa Diretora
Prestar assessoria ao Plenário	(2)	Comissões Intersectoriais
Promover a articulação com outros colegiados, trabalhando em conjunto com eles	(2)	Conselhos de Saúde
Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas	(2)	Conselhos de Saúde
Estabelecer interlocução com órgãos do MS e demais órgãos do governo e com instituições públicas e entidades privadas	(2)	Presidência do Conselho Nacional de Saúde   Mesa diretora do CNS
Promover o pleno acesso às informações relevantes para o SUS para fins de deliberação do Plenário	(2)	Presidência do Conselho Nacional de Saúde
Decidir pelo convite de especialistas para prestar esclarecimentos referentes a temas de interesse do CNS	(2)	Mesa diretora do CNS

Receber da Secretaria-Executiva do CNS matérias, processos, denúncias, pareceres e sugestões para análises e esclarecimentos cabíveis	(2)	Mesa diretora do CNS
Fornecer subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica	(2)	Grupos de Trabalho
Desempenhar atribuições de assessoramento técnico para o CNS	(2)	Comissões Intersectoriais
Contar com a assessoria técnica de especialistas	(2)	Comissões Intersectoriais

Ao receber informações de outros órgãos, como os processos, denúncias e pareceres do Ministério da Saúde, o Conselho pode fazer uma análise verbal da relação entre os comportamentos e as consequências, assim como do sistema de controle social, o que possibilita uma modificação do comportamento dos controlados e dos controladores, de forma a reduzir os efeitos reforçadores exclusivamente para os agentes de controle (Holland, 1980; Sá, 1983).

Destaca-se, especialmente, o convite à especialistas para somar seus conhecimentos em relação a temas relevantes para o Conselho Nacional de Saúde, isso permite que decisões sejam tomadas com maior conhecimento e uma análise mais aprofundadas das condições atuais e das consequências das ações. Ao associar a ciência às discussões dos conselheiros, pode-se considerar que há a utilização da educação como meio de aumentar o poder da utilização do contracontrole (Sá, 1983).

A interlocução do Conselho com diversos órgãos, entidades e instituições públicas ou privadas também parece favorecer o contracontrole, na medida em que pode vir a fortalecer e organizar diversos movimentos de contracontrole (Sá, 1983), fator esse que somado às

articulações políticas internas e externas, além da articulação entre colegiados, pode fortalecer a ‘agência democratizante geral’, como chamado por Sá (1983), o conjunto dos movimentos de contracontrole institucionalizados.

Por fim, apresenta-se a seguinte resposta, descrita em Brasil (2013b): “articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (p. 37). Esta resposta indica outra possibilidade de, através do acréscimo do diálogo entre diversos setores, amplificar os efeitos do contracontrole, envolvendo diversas áreas de atuação e, até mesmo, através das experiências diversas de contracontrole nestes setores.

### *Deliberações*

Dentre as diversas respostas descritas, os Conselhos de Saúde podem chegar a três tipos diferentes de deliberações, que exercem funções diferentes e têm poderes diferentes de controle do comportamento dos agentes controladores: Resolução, Recomendação e Moção. Segundo o Manual para entender controle social (Brasil, 2013b), as deliberações do tipo Resolução são as que exercem maior poder, visto que é uma decisão “que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo” (p. 50). Por esse motivo, elas são obrigatoriamente homologadas pelos chefes do Poder Executivo e, caso isso não ocorra, deve ser encaminhada uma justificativa com proposta de alteração ou rejeição, que será avaliada pelo Conselho, e caso não haja resposta nem homologação, os conselheiros podem recorrer ao Ministério Público para que haja homologação da deliberação. Assim, é possível considerar que este tipo de deliberação produz um alto nível de efetividade do contracontrole, visto que o poder da decisão do Conselho de Saúde pode ser maior que o do agente governamental.

As deliberações do tipo Recomendação, por outro lado, não precisam ser homologadas, mas controlam o comportamento do gestor como uma sugestão ou advertência sobre assuntos

relevantes ao Conselho, mas não necessariamente de sua responsabilidade. Por fim, as deliberações do tipo Moção são simplesmente manifestações de aprovação, reconhecimento ou até mesmo repúdio sobre determinado fato, assunto ou decisão. Assim, estes dois últimos tipos de deliberações podem exercer algum controle sobre as ações dos agentes controladores, mas não existe nenhum mecanismo que garanta o seguimento da deliberação, o que reduz a efetividade do contracontrole.

### ***Funções dos representantes da agência de controle no Conselho de Saúde***

Até então foi discutido o papel dos Conselhos de Saúde através das respostas dos conselheiros, o que implica, com a paridade do Conselho, que a maior parte das ações discutidas são realizadas ou envolvem forte influência dos controlados. Todavia, os documentos também descrevem ações de representantes vinculados diretamente ao Ministério da Saúde, que é o caso da Secretaria Executiva.

Foram atribuídas à Secretaria Executiva diversas respostas, especialmente vinculadas à execução das tarefas do Conselho de Saúde, como as seguintes respostas: fornecer suporte técnico-administrativo ao Conselho de Saúde; tornar públicas as deliberações do CNS; fornecer condições necessárias para o cumprimento das competências do CNS; planejar, orientar e coordenar a execução das atividades do CNS; dar encaminhamento às demandas dos Conselhos de Saúde, após a deliberação do Pleno; providenciar todo o material necessário para o processo eleitoral do CNS; participar e promover o apoio técnico-administrativo necessário para a realização das Conferências Nacionais de Saúde; desempenhar atos de gestão junto ao CNS como um todo; acompanhar, assessorar e participar da execução e do mapeamento do recolhimento de dados e análises estratégicas formuladas pelos vários órgãos conveniados.

A Secretaria Executiva também exerce papel importante quando há denúncia a ser avaliada pelo Conselho, visto que foram descritas as seguintes respostas: entrar em contato

com o denunciante para informá-lo das providências ou decisão adotada pelo CNS; encaminhar a denúncia à Mesa Diretora para análise e seguimentos cabíveis; formalizar a decisão e estabelecer interlocução com órgãos do MS e demais órgãos e entidades; formalizar a decisão de arquivamento da denúncia. Outro papel da Secretaria Executiva está vinculado aos avanços científicos e à qualificação dos profissionais da saúde, como descrito nas seguintes respostas encontradas: organizar e providenciar ações para abertura, reconhecimento, renovação e aumento de vagas para cursos na área da saúde; colocar em ordem as ações relacionadas à pesquisa com a espécie humana.

Por fim, é importante destacar que foi descrita como uma resposta sob responsabilidade do Ministério da Saúde, a disponibilização de equipamentos para os Conselhos de Saúde. Assim, é possível afirmar que a Secretaria Executiva e o Ministério da Saúde devem atuar oferecendo as condições necessárias para o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, incluindo disponibilizar recursos e materiais, assim como possibilitar a execução das decisões e deliberações do Conselho.

Ao considerar todas essas respostas atribuídas à Secretaria Executiva e sua vinculação direta com a agência governamental, pode-se considerar um favorecimento do papel da institucionalização do contracontrole, como apontado por Sá (1983), na prevenção do controle aversivo, visto que a própria agência de controle, neste caso, deve fornecer recursos financeiros, humanos e técnicos para viabilizar o exercício do contracontrole pelos controlados. Entretanto, também é possível questionar se tamanha dependência do Ministério da Saúde e papel da Secretaria Executiva no encaminhamento e execução das decisões não pode levar à distorção ou redução dos efeitos do contracontrole sobre o controlador, visto que o contracontrole exercido pelos Conselhos de Saúde é diretamente sobre o Ministério ou Secretarias de Saúde, além do Poder Legislativo.

## Discussão

Ao considerar as descrições das ações atribuídas ao Conselho de Saúde, pode-se discutir que há possibilidade de contracontrole efetivo dos conselheiros, especialmente na prevenção do controle aversivo através do estabelecimento de diretrizes e da discussão e proposição de políticas de saúde, assim como na investigação de denúncias e no acompanhamento da execução das propostas e deliberações.

Outro fator que demonstra o poder dos conselheiros são as deliberações, as que têm o poder de recomendação ou de moção, que podem exercer o controle de forma mais sutil, mas também podem alcançar a sociedade civil e mobilizar diversos movimentos sociais, para além dos Conselhos de Saúde em si. Já as deliberações com poder de resolução indicam mais diretamente o poder dos conselheiros, visto que os chefes do Poder Executivo devem seguir a decisão desse tipo, através da homologação, estando sujeito à validação via Ministério Público, caso isso não ocorra.

Também é importante considerar a presença da educação em muitas respostas atribuídas ao Conselheiro, tanto no seu papel de indicar investimento para educação, quanto de fomentar a educação dos movimentos sociais, dos usuários do SUS e dos próprios conselheiros. Essa função atribuída ao Conselho de Saúde pode contribuir com a educação para a sensibilidade, apresentada por Fernandes (2021) como instrumento político, pela possibilidade de tornar os educandos sensíveis às consequências de seus comportamentos para os outros organismos. Essa habilidade parece fundamental para que o conselheiro exerça o seu papel de forma a considerar, avaliar e propor políticas que melhore as condições dos serviços oferecidos à população e atende às necessidades sociais.

Do ponto de vista do contracontrole, é possível identificar uma principal função dos Conselhos de Saúde que é a de prevenção do uso do controle aversivo, especialmente através

da proposição de diretrizes para a elaboração e execução das políticas de saúde pelos agentes governamentais. As funções do contracontrole associadas à eliminação ou atenuação do controle aversivo parecem ser possíveis através do encaminhamento de denúncias e das avaliações periódicas das políticas e dos resultados das políticas, seguidos pela indicação de propostas de soluções para os possíveis problemas encontrados. O encaminhamento de denúncias também pode produzir o efeito de punição do comportamento dos controladores encontrado na literatura como uma possível consequência do comportamento de contracontrole. Além disso, também se identificou o reforçamento positivo do comportamento dos controlados pela possibilidade da execução de proposta de implementação ou melhorias nos serviços de saúde.

Entretanto, é preciso salientar que essa análise foi realizada a partir dos documentos que explicitam os comportamentos possíveis dos conselheiros de saúde e não sob análise do que de fato os Conselhos de Saúde têm discutido, atuado ou deliberado. Assim, apesar dos Conselhos de Saúde apresentarem a possibilidade de um contracontrole efetivo, em certa medida isso depende, é claro, dos agentes eleitos conselheiros e dos movimentos representados por tais conselheiros. Outro fator relevante devido à limitação da análise documental é que não é possível saber se algumas respostas importantes descritas no manual, como por exemplo o uso de vídeos e cursos de informática para educação dos conselheiros, seguem ocorrendo até os dias atuais.

A ausência de descrições explícitas sobre os possíveis controles aversivos a serem contracontrolados no SUS também implicam uma limitação das discussões apresentadas neste trabalho, visto que pôde-se descrever e discutir as respostas de contracontrole do Conselho de Saúde, suas possíveis consequências e sua efetividade somente em termos genéricos, sem considerar os reais componentes aversivos presentes no SUS.

Da mesma forma, é impossível analisar o quanto as contradições e disputas presentes na história do SUS e apresentadas na introdução aparecem atualmente nos Conselhos de Saúde e o quanto os conselheiros ainda representam o modelo de saúde coletiva presente na formulação do SUS e oposto ao modelo de saúde individual e privada. Assim, apesar dos Conselhos de Saúde possibilitarem a interferência das decisões na saúde pública e privada, não foi possível identificar, através dos documentos analisados, o quanto isso é aplicado em cada Conselho de Saúde.

Tal discussão pode ser complementada com aspectos do cenário atual da saúde pública brasileira. Apesar do SUS ser fundamental, aspecto evidenciado pela pandemia, a ANS autorizou o aumento das mensalidades dos beneficiários do setor suplementar (de saúde privada) em até 15,5%, o que está acima da inflação do último ano (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022), enquanto o orçamento do Governo Federal destinado à saúde para o próximo ano foi reduzido em 10,1% (Agência Senado, 2022). Considerando a metodologia descrita para cálculo do aumento das mensalidades dos planos de saúde privados (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022), destaca-se como um dos fatores o aumento do uso dos planos de saúde pelos beneficiários, assim, pode-se identificar que a população tem utilizado mais os serviços de saúde.

Entretanto, o aumento do preço da saúde privada acima da inflação provavelmente fará com que parte desta demanda seja também encaminhada para o SUS, porque nem todos poderão pagar por este aumento, demanda que dificilmente será bem absorvida devido à redução de investimento no serviço de saúde pública. Pode-se identificar, assim, que a desvalorização da saúde pública e coletiva em detrimento da saúde privada segue ocorrendo atualmente, apesar da existência do controle social na saúde através dos Conselhos e da forte evidência da importância do SUS observada nos últimos anos. Portanto, permanece-se em

questão o quanto os Conselhos de Saúde têm, de fato, contribuído para os interesses da saúde pública coletiva, como inicialmente proposto.

A partir dos resultados apresentados e da discussão realizada considerando os itens que podem melhorar a efetividade do contracontrole, pôde-se notar a ausência de algumas respostas descritas no Estudo 1, principalmente as que dependiam de conhecimento analítico-comportamental e do reconhecimento do papel da ciência do comportamento na transformação social. Os itens ausentes foram descritos a seguir:

1. Reconhecer o reforçamento positivo como eficiente no controle do comportamento (Sá, 1983).
2. Dar atenção ao processo de condicionamento e manutenção dos comportamentos operantes (Sá, 1983).
12. Criar consequências aversivas imediatas para os comportamentos dos controlados, de forma a incidir sobre o problema das consequências aversivas atrasadas (Skinner, 1971).
14. Comunicar os princípios comportamentais pode evocar comportamentos de contracontrole mais eficientes (Sá, 1985).
20. Oferecer, através da ciência comportamental, o planejamento explícito necessário para que o contracontrole seja efetivo e produza a 'liberdade' (Skinner, 1974).
21. Aumentar a eficácia do contracontrole ao informar a população sobre os perigos do controle aversivo e ao dedicar-se para a criação de uma tecnologia de contracontrole eficaz (Holland, 1974).
22. Prover instrumentos de análise psicológica para o aperfeiçoamento de instituições democráticas de contracontrole (Sá, 1979, 1985).
23. Comunicar sobre princípios comportamentais também pode evocar comportamentos de contracontrole mais eficientes (Sá, 1985).

A inexistência de respostas que pudessem indicar o cumprimento desses itens pode ser explicada pelo não conhecimento da Análise do Comportamento e dos desdobramentos da ciência analítico-comportamental para a análise do controle social exercido pelas agências e para o desenvolvimento de técnicas de controle social mais efetivos a serem exercidos pelos controlados. Tal análise combina com o que foi observado por Sá (1985) em sua tese, cujos participantes dos movimentos sociais desconheciam a ciência comportamental, o que é importante considerar, visto que Sá e os participantes identificaram a potencialidade da ciência skinneriana em contribuir com os movimentos sociais e com a transformação social.

Também pode-se considerar o desconhecimento da Análise do Comportamento como um obstáculo para a realização de um contracontrole efetivo através dos Conselhos de Saúde, uma vez que mesmo as análises de controle social realizadas não utilizam da noção de controle do behaviorismo radical, o que pode indicar uma redução do poder de manipulação das variáveis controladoras do comportamento da agência governamental.

Assim, é possível salientar a importância de utilizar os conceitos analítico-comportamentais para discutir as políticas públicas e as potencialidades do controle social no controle exercido pela agência governamental. Tal observação pode ser amplificada à medida que se nota a possibilidade de diálogo e cooperação entre a Análise do Comportamento e as demais áreas que estudam política: na discussão do contracontrole pelos diversos autores analítico-comportamentais, majoritariamente preocupados com o uso do poder de controle das agências para benefícios individuais e não coletivos, cujas discussões sobre a efetividade do contracontrole muitas vezes aproximam-se das propostas políticas encontradas pelos movimentos sociais durante o período de redemocratização do país e na formulação da política de saúde; assim como na aproximação da compreensão e método de análise política, como apresentada por Fawcett et al. (1988) e os diversos autores descritos em Souza (2007).

A associação entre analistas do comportamento e os movimentos sociais poderia favorecer o desenvolvimento de técnicas mais efetivas de contracontrole e, conseqüentemente, a redução do uso do controle aversivo e/ou exploratório sobre a população. Desta forma, recomenda-se que os analistas do comportamento possam contribuir mais e construir mais pontes com outras áreas do conhecimento, especialmente com as ciências sociais e políticas, além de produzir mais formas de divulgação científica a fim de contribuir para o desenvolvimento de movimentos sociais e comunitários, também para além da área científica.

Por fim, destaca-se a importância de os analistas do comportamento produzirem mais pesquisas sobre contracontrole, em todas as áreas, tanto pesquisa básica, quanto aplicada e conceitual. É necessário considerar que o diálogo dos analistas do comportamento com outras áreas que estudam política é fundamental tanto para a transformação social, quanto para o avanço da ciência comportamental, uma vez que tal ciência pode contribuir para a produção de mudanças comportamentais relevantes nesta direção.

### **Considerações Finais**

A história das políticas de saúde no Brasil foi permeada pelas contradições e disputas de diferentes modelos de saúde que privilegiaram diferentes setores sociais: o modelo de saúde pública, pautado na atenção básica integral e universal e o modelo da saúde privada, pautado nos serviços médicos empresariais e liberais, nas consultas e no modelo curativo. Os Conselhos de Saúde são dispositivos políticos criados durante a democratização a fim de garantir a participação social na formulação, na execução e na avaliação das políticas públicas no Brasil, com a expectativa de que os interesses da população, os usuários majoritários dos serviços de saúde pública, também exerçam controle sobre o Sistema Único de Saúde.

Autores de diversas áreas dedicaram-se a definir e desenvolver métodos de análise das políticas públicas, inclusive autores analítico-comportamentais, que destacaram o papel do controle comportamental das agências de controle sobre os controlados e a importância do contracontrole como possibilidade de a população exercer controle sobre os agentes responsáveis pelas políticas públicas, assim, o conceito do contracontrole é fundamental para explicar as dinâmicas sociais de controle. Entretanto, tal conceito foi pouco sistematizado na Análise do Comportamento e está pulverizado na obra de diversos autores, o que dificulta a sua compreensão e aplicação nas análises políticas.

Esta dissertação objetivou, então: analisar o desenvolvimento do conceito de contracontrole na literatura analítico-comportamental, a realização de pesquisas na área, as descrições das características e contingências envolvidas neste conceito; e analisar a proposição formal dos Conselhos de Saúde, tal como aparece na legislação brasileira, à luz do conceito de contracontrole, a fim de identificar a potência dos conselhos como instrumento de contracontrole por parte da população em relação às agências responsáveis Sistema Único de Saúde.

Através dos materiais analisados, foi possível identificar que o conceito do contracontrole foi majoritariamente utilizado para descrever respostas cujo contexto antecedente envolve controle aversivo ou exploratório e cujas consequências envolvem a prevenção, eliminação ou atenuação deste controle, ou, ainda, a punição do comportamento dos controladores e mudanças nas técnicas de controle. Também é preciso considerar que, embora a maioria das conceitualizações de contracontrole o classificavam como uma resposta reforçada negativamente, alguns autores também o definiram simplesmente pela utilização de controle aversivo contra os controladores que utilizaram de controle aversivo inicialmente.

Na literatura selecionada, foram realizadas poucas pesquisas aplicadas e não foram realizadas pesquisas básicas com o objetivo de estudar o contracontrole, de forma que sua análise foi majoritariamente conceitual ou feita a partir de algum efeito inesperado de uma intervenção. Assim, o conceito do contracontrole também foi amplamente discutido como um efeito colateral de certas intervenções e, fora os autores clássicos da literatura, pouco foi considerado sua relevância política.

Os Conselhos de Saúde, como descritos formalmente através das respostas dos conselheiros, apresentam potencialidade para serem instrumentos de contracontrole importantes sobre a gestão do Sistema Único de Saúde, visto que podem exercer controle sobre todas as etapas do processo de formulação e implementação política descritas por Fawcett et al. (1988) e, além disso, parecem funcionar de forma a exercer a maior parte das características ou respostas de contracontrole efetivo descritas na literatura analítico-comportamental.

Entretanto, destaca-se a ausência de descrição detalhada de contingências, ou seja, dos elementos antecedentes e subsequentes às respostas dos conselheiros, além do desconhecimento da ciência comportamental, que poderia ajudar a formular estratégias mais efetivas de contracontrole, a partir do comportamento dos conselheiros, dos agentes de controle

e das variáveis envolvidas. Assim, propõe-se que os analistas do comportamento produzam mais diálogos e aproximações com as ciências políticas, a fim de mostrar as suas possíveis contribuições e de poder avançar suas discussões com o que já foi produzido por outras ciências. Por fim, destaca-se a importância da Análise do Comportamento produzir mais pesquisas, especialmente básicas e aplicadas, com o objetivo de conhecer melhor o comportamento de contracontrole e suas variáveis controladoras.

## Referências

- Agência Senado. (2022, 30 de Setembro). *Consultorias alertam que Saúde terá menor orçamento dos últimos 10 anos em 2023*. Brasil. Senado Federal. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/09/30/consultorias-alertam-que-saude-tera-menor-orcamento-dos-ultimos-10-anos-em-2023#:~:text=O%20orcamento%20previsto%20para%20a,valor%20reais%20corrigido%20pela%20inflação.>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2022, 26 de Maio). *ANS estabelece teto para reajuste de planos de saúde individuais e familiares*. Brasil. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-estabelece-teto-para-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-e-familiares>
- Arouca, S. (1986). Pronunciamento. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Distrito Federal. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-HmqWCTEeQ>
- Botomé, S. P. (1981). Serviço a população ou submissão ao poder: O exercício do controle na intervenção social do psicólogo. *Ciência e Cultura*, 33(4), 517-524.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2013a). *Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. Brasília. 2ª ed.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2013b). *Para entender o controle social na saúde*. Brasília.
- Brogan, K. M., Rapp, J. T., Edgemon, A. K., Niedfeld, A. M., Coon, J. C., Thompson, K. R., & Burkhart, B. R. (2021). Behavioral Skills Training to Increase Appropriate Reactions of Adolescent Males in Residential Treatment. *Behavior modification*, 45(4), 535–559. <https://doi.org/10.1177/0145445519880837>

- Carrara, K., de Souza, V. B., Oliveira, D. R., Orti, N. P., Lourencetti, L. A., & Lopes, F. R. (2013). Desenvolvimento de guia e fluxograma como suporte para delineamentos culturais. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 21(1), 99-119.
- Carrara, K., & Zilio, D. (2015). Análise Comportamental da cultura: contingência o metacontingência como unidade de análise? *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 11(2), 135-146. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v11i2.1944>
- Carrara, K. (2016). Consequências nas práticas culturais: efeitos sobre indivíduos ou grupos? *Interação Psicologia*. 20(3), 246-256. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i3.47378>
- Carrara, K. (2020). *Contingencialismo, comportamento e políticas públicas*. São Paulo, SP, Chiado Books.
- Carvalho, I. C. V. & Todorov, J. C. (2016). Metacontingências e produtos agregados na lei de diretrizes e bases da educação: primeiro o objetivo, depois como chegar lá. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*. 12(2), 75-85. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v12i2.4400>
- Confer, S. V., Diller, J. W., & Danforth, J. S. (2021). A Behavior-Analytic Approach to Antivaccination Practices. *Behavior and Social Issues*, 30, 648-665. <https://doi.org/10.1007/s42822-021-00051-5>
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de Novembro de 2003. (2003). Brasília Recuperado em 03 Julho 2021, de [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Recuperado em 02 Julho 2021, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

- Correia, M. V. C. (2000). *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Costa, A. M., Rizzotto, M. L. F., & Lobato, L. V. C. (2020) Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. [Editorial] *Saúde Debate*. 44(125), 289-296. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>
- Davies, R., Lacks, P., Storandt, M., & Bertelson, A. D. (1986). Countercontrol treatment of sleep-maintenance insomnia in relation to age. *Psychology and aging*, 1(3), 233–238. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.1.3.233>
- DelPrato, D. J. Countercontrol in Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*. 25(2), 191-200. <https://doi.org/10.1007/BF03392057>
- Dittrich, A. (2004). *Behaviorismo Radical, Ética e Política: Aspectos teóricos do compromisso social*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Recuperado em 16, julho, 2021, de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/4745?show=full>
- Fawcett, S. B., Bernstein, G. S., Czyzewski, M. J., Greene, B. F., Hannah, G. T., Iwata, B. A., Jason, L. A., Mathews, R. M., Morris, E. K., Otis-Wilborn, A., Seekins, T., & Winett, R. A. (1988). Behavior analysis and public policy. *The Behavior Analyst*, 11(1), 11-25. <https://doi.org/10.1007/BF03392450>
- Fernandes, D. M. (2020). *Cultura, economia, educação, governo e política: um estudo de caso em psicologia social*. Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, SP, Brasil.
- Fernandes, D. M. (2021). Educação da sensibilidade como educação política. *Acta Comportamental*. 29(3), 167-184.

- Figueiredo, G. C. (2022). Avaliação de Políticas Públicas: Desafios e Potencialidades para a Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003232807>
- Figueiredo, L. E. (2013). Direito à Saúde, Análise do Comportamento e Planejamento Cultural: a efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 7(1), 181-196. <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i1.1284>
- Fontes, R. M., & Shahan, T. A. (2021). Punishment and its putative fallout: a reappraisal. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115, 1, 185-203. <https://doi.org/10.1002/jeab.653>
- Glenn, S. S. (1986). Metacontingencies in Walden Two. *Behavior Analysis and Social Action*, 5(1), 2-8.
- Holland, J. G. (1978). Behaviorism: part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 163-174. <https://doi.org/10.1901/jaba.1978.11-163>
- Holland, J. G. (2016). Os princípios comportamentais servem para os revolucionários? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 18 (número especial), 104-117. (Obra original publicada em 1974) <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i0.863>
- Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. (1990). Brasília. Recuperado em 02 Julho 2021, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. (1990). Brasília. Recuperado em 02 Julho 2021, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)
- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>

- Lowi, T. J. (1972). Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, 32(4), 298-310. <https://doi.org/10.2307/974990>
- Mace, F. C. (1994). Basic research needed for stimulating the development of behavioral technologies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 61(3), 529-550. <https://doi.org/10.1901/jeab.1994.61-529>
- Miller, L. K. (1991). Avoiding the countercontrol of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(4), 645-647. <https://doi.org/10.1901/jaba.1991.24-645>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. (Obra original publicada em 2009) <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Moyer, W. W. (1976). Countercontrol in hypnotic control groups. *Psychological Reports*, 39(3 Pt 2), 1083-1089. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1083>
- Martorano, L. V. (2007) Democracia burguesa e apatia política. *Crítica Marxista*. São Paulo, 1(24), 37-50.
- Ornelas, M. A. (2018). *Evaluation of an experimental procedure to evoke countercontrol*. Dissertação de Mestrado. Fresno: College of Science and Mathematics.
- Paim, J. S. (2009). *O Que É o Sus?* (1. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 15-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Perossi, G. R., & Carrara, K. (2012) Por que funcionam limitadamente campanhas e programas de conservação de água? Uma análise comportamental. *Interação Psicologia*, 16(2), 199-210. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v16i2.25655>
- Pritchett, M., Ala'i-Rosales, S., Cruz, A. R., & Cihon, T. M. (2021). Social Justice is the Spirit and Aim of an Applied Science of Human Behavior: Moving from Colonial to Participatory Research Practices. *Behavior Analysis in Practice*. <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00591-7>
- Rocha, J. F. & Carrara, K. (2011). Formação ética para a cidadania: reorganizando contingências na interação professor-aluno. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 15(2), 221-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000200004>
- Rosa, E. Z. (2016). *Por uma reforma psiquiátrica antimanicomial: O papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 02, julho, 2021, de <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18816/2/Elisa%20Zaneratto%20Rosa.pdf>
- Sá, C. P. (1979). *Psicologia do Controle Social*. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda.
- Sá, C. P. (1983). Cartilha de Contracontrole Social. In: Sá, C. P. (1985). *O behaviorismo radical de B. F. Skinner e sua aplicabilidade socialmente relevante*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas

- Sá, C. P. (1985). *O behaviorismo radical de B. F. Skinner e sua aplicabilidade socialmente relevante*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas
- Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2010). Comportamento social, produção agregada e prática cultural: uma Análise Comportamental de fenômenos sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26(1), 183-192. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100020>
- Schwarcz, L. M., & Starling, H. M. (2015). *Brasil: uma biografia*. (2. ed.). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Skinner, B. F. (1968a). The design of experimental communities. In: *International Encyclopedia of the Social Sciences* (v.16). New York: MacMillan. 271-75.
- Skinner, B. F. (1971c). *Beyond Freedom & Dignity*. Indianapolis: Hackett Publishing Company.
- Skinner, B. F. (1972b). Freedom and dignity revisited. *New York Times*. 11.8.1972, p.29.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1977). *Walden II uma sociedade do futuro*. São Paulo, SP: Editora Pedagógica e universitária Ltda. Publicação Original em 1945
- Skinner, B. F. (1978a) Human Behavior and Democracy. In: Skinner, B. F. *Reflections on Behaviorism and Society*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Skinner, B. F. (1978b) Are we free to have a future? In: Skinner, B. F. *Reflections on Behaviorism and Society*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Skinner, B. F. (1987) Why we are not acting to save the world? In: Skinner, B. F. *Upon Further Reflection*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

- Skinner, B. F. (1989). *Recent issues in the analysis of behavior*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo, SP: Martins Fontes Publicação Original em 1953.
- Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, 8(16), 20-45. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
- Souza, C. (2007). O estado da arte na pesquisa em políticas públicas. In: Hochman, G., Arretche, M. & Marques, E. *Políticas públicas no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Souza, V. B., & Carrara, K. (2013). Delineamentos culturais: transferência de controle de reforçadores arbitrários a naturais e de imediatos a atrasados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(1), 83-98.
- Spencer, S. D., King, H. C., Martone, L., & Houlihan, D. (2022). Countercontrol: A Relational Frame Theory (RFT) Account and Revival of a 70-Year-Old Skinnerian Term. *Perspectives on behavior science*, 45(2), 457–467. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00337-y>
- Stedile, N. L. R., Ferri, C., & Oliveira, M. (2017). Conselhos de Políticas Públicas: espaços legítimos de participação social na defesa das políticas públicas. *Revista da Faculdade Mineira de Direito – PUC Minas*, 20(39), 61-90. <https://doi.org/10.5752/P.2318-7999.2017v20n39p61>
- Todorov, J. C. (1987). A Constituição como metacontingência. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 7(1), 9-13. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931987000100003>

Zwart, C. A., & Lisman, S. A. (1979). Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia. *Journal of consulting and clinical psychology*, *47*(1), 113–118.  
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.1.113>

## Apêndice A

- Holland, J. G. (1975a). Behaviorismo para uma sociedade revolucionária. In: Benimoff, M. Eastern Psychological Association: Report of the Forty-Sixth Annual Meeting. *American Psychologist*, 30(9), 929-930.
- Holland, J. G. (1975b). Behavior modification for prisoners, patients, and other people as a prescription for the planned society. *The Prison Journal*, 54(1), 23-37. Publicação Original em 1974. <https://doi.org/10.1177/003288557405400104>
- Holland, J. G. (1978). To Cuba with the venceremos brigade. *Behaviorists for Social Action*, 1, 21-28.
- Holland, J. G. (1980). Alternative Social Systems: An Analysis of Behavior Change in China and Cuba. In D. Glenwick & L. Jason (Eds.), *Behavioral Community Psychology: Progress and prospects*, 388-408. New York: Praeger.
- Holland, J. G. (1983). Comportamentalismo – Parte do problema ou parte da solução? *Psicologia*, 9(1), 59-75. Publicação Original em 1978.
- Holland, (2016a). Os princípios comportamentais servem para os revolucionários? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 18(número especial), 104-117. (Obra original publicada em 1974) <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i0.863>
- Holland, (2016b). Análise do Comportamento e Valores Humanos Positivos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(número especial), 19-26. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i0.841>
- Sá, C. P. (1979). *Psicologia do Controle Social*. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda.

- Sá, C. P. (1983). Cartilha de Contracontrole Social. In: Sá, C. P. (1985). *O behaviorismo radical de B. F. Skinner e sua aplicabilidade socialmente relevante*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas
- Sá, C. P. (1985). *O behaviorismo radical de B. F. Skinner e sua aplicabilidade socialmente relevante*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas
- Skinner, B. F. (1977). *Walden II uma sociedade do futuro*. São Paulo, SP: Editora Pedagógica e universitária ltda. Publicação Original em 1945
- Skinner, B. F. (1953). Some contributions of an experimental analysis of behavior to Psychology as a whole. *American Psychologist*. 8, 69-78.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo, SP: Martins Fontes Publicação Original em 1953.
- Skinner, B. F. (1955a). The control of human behavior. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 17(7), 547-51.
- Skinner, B. F. (1955b). Freedom and the control of men. *American Scholar*, 1955-1956, 25, 47-65.
- Skinner, B. F. & Rogers, C. R. (1956). Some issues concerning the control of human behavior: a symposium. *Science*. 124, 1057-66
- Skinner, B. F. (1961b). Comments at Cultural Evolution as viewed by psychologists. In: H. Hoagland & R. W. Burhoe (org.) *Introduction to the issue 'Evolution and man's progress'*. *Daedalus*. 90(3), 570-86.
- Skinner, B. F. (1962). Two 'synthetic social relations'. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 5(4), 531-3.

Skinner, B. F. (1966). Contingencies of reinforcement in the design of a culture. *Behavioral Science*, 1966, 11, 159-66.

Skinner, B. F. (1967a). Visions of utopia. *The Listener*. 77, 22-3.

Skinner, B. F. (1967b). Utopia through the control of human behavior. *The Listener*. 77, 55-6.

Skinner, B. F. (1968a). The design of experimental communities. In: *International Encyclopedia of the Social Sciences* (v.16). New York: MacMillan. 271-75.

Skinner, B. F. (1968b). *The technology of teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1971a). A behavioral analysis of value judgements. In: E. Tobach, I. R. Aronson, E. Shaw (ed.) *The biopsychology of development*. New York: Academic Press, 543-551.

Skinner, B. F. (1971b). B. F. Skinner says what's wrong with the social sciences. *The Listener*. 86, 429-31.

Skinner, B. F. (1971c). *Beyond Freedom & Dignity*. Indianapolis: Hackett Publishing Company

Skinner, B. F. (1972a). Humanism and behaviorism. *The Humanist*. 32, 18-20.

Skinner, B. F. (1972b). Freedom and dignity revisited. *New York Times*. 11.8.1972, p.29.

Skinner, B. F. (1973a). Are we free to have a future?. *Impact*. 3(1), 5-12.

Skinner, B. F. (1973b). Walden (One) and Walden Two. *The Thoreau Society Bulletin*, 122, 1-3.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.

- Skinner, B. F. (1975a). Comments on Watt's 'B. F. Skinner and the technological control of social behavior'. *The American Political Science Review*. 69(1), 228-29.
- Skinner, B. F. (1975b). The ethics of helping people. *Criminal Law Bulletin*. 11, 623-36
- Skinner, B. F. (1976). Walden Two revisited. In: B. F. Skinner, *Walden Two*. New York: MacMillan, V-VI.
- Skinner, B. F. (1977). Between freedom and despotism. *Psychology Today*. 11, 80, 82, 84, 86, 90, 91.
- Skinner, B. F. (1978). *Reflections on behaviorism and society*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Skinner, B. F. (1985). News from nowhere, 1984. *The Behavior Analyst*. 8, 5-14.
- Skinner, B. F. (1986a). What is wrong with daily life in the western world? *American Psychologist*. 41(5), 568-74.
- Skinner, B. F. (1986b). Is it behaviorism? *The Behavioral and Brain Sciences*, 9(4), 716.
- Skinner, B. F. (1986c). The evolution of verbal behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 45(1), 115-22.
- Skinner, B. F. (1986d). Some thoughts about the future. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 45(2), 229-35.
- Skinner, B. F. (1986e). Sleeping in peace. *Free Inquiry*. 6, 57.
- Skinner, B. F. (1987a). Whatever happened to Psychology as the science of behavior? *American Psychologist*. 42(8), 780-786.
- Skinner, B. F. (1987b). A humanist alternative to A. A.'s Twelve Steps. *The Humanist*. 47, 5.

Skinner, B. F. (1987c). What religion means to me. *Free Inquiry*. 7, 12-13.

Skinner, B. F. (1988). War, peace, and behavior analysis: some comments. *Behavior Analysis and Social Action*. 6, 57-8.

Skinner, B. F. (1989). *Recent issues in the analysis of behavior*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

Skinner, B. F. (1990a). To know the future. *The Behavior Analyst*. 13(2), 103-106.

Skinner, B. F. (1990b). The non-punitive society. *Japanese Journal of Behavior Analysis*. 1990, 5, 98-106.

Skinner, B. F. (2001). The design of cultures. *Daedalus*. 90(3), 534-46. Publicação original em 1961.

Skinner, B. F. (2014). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts. (Publicação Original em 1957).

Sidman, M. (2011). *Coerção e suas implicações*. Editora Livro Pleno. Publicação Original em 1989.

## Apêndice B

- Brogan, K. M., Rapp, J. T., Edgemon, A. K., Niedfeld, A. M., Coon, J. C., Thompson, K. R., & Burkhart, B. R. (2021). Behavioral Skills Training to Increase Appropriate Reactions of Adolescent Males in Residential Treatment. *Behavior modification*, 45(4), 535–559. <https://doi.org/10.1177/0145445519880837>
- Confer, S. V., Diller, J. W., & Danforth, J. S. (2021). A Behavior-Analytic Approach to Antivaccination Practices. *Behavior and Social Issues*, 30, 648-665. <https://doi.org/10.1007/s42822-021-00051-5>
- Davies, R., Lacks, P., Storandt, M., & Bertelson, A. D. (1986). Countercontrol treatment of sleep-maintenance insomnia in relation to age. *Psychology and aging*, 1(3), 233–238. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.1.3.233>
- DelPrato, D. J. Countercontrol in Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*. 25(2), 191-200. <https://doi.org/10.1007/BF03392057>
- Fontes, R. M., & Shahan, T. A. (2021). Punishment and its putative fallout: a reappraisal. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115, 1, 185-203. <https://doi.org/10.1002/jeab.653>
- Fraley L. E. (1984). Belief, its inconsistency, and the implications for the teaching faculty. *The Behavior analyst*, 7(1), 17–28. <https://doi.org/10.1007/BF03391882>
- Greer R. D. (1982). Countercontrols for the american educational research association. *The Behavior analyst*, 5(1), 65–76. <https://doi.org/10.1007/BF03393141>
- Gunter, P. L., Denny, R. K., Shores, R. E., Reed, T. M., Jack, S. L., & Nelson, M. (1994). Teacher escape, avoidance, and countercontrol behaviors: Potential responses to disruptive

and aggressive behaviors of students with severe behavior disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 3(2), 211–223. <https://doi.org/10.1007/BF02234068>

Hanratty, L. A., & Hanley, G. P. (2021). A preference analysis of reinforcer variation and choice. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 54(3), 1062–1074. <https://doi.org/10.1002/jaba.835>

Holburn, S. (2001). Compatibility of person-centered planning and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 24(2), 271–281. <https://doi.org/10.1007/BF03392038>

Johnson, S. P., Welsh, T. M., Miller, L. K., & Altus, D. E. (1991). Participatory management: Maintaining staff performance in a university housing cooperative. *Journal of applied behavior analysis*, 24(1), 119–127. <https://doi.org/10.1901/jaba.1991.24-119>

Kiesler, D. J. (1992). Interpersonal circle inventories: Pantheoretical applications to psychotherapy research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(2), 77–99. <https://doi.org/10.1037/h0101246>

Mace, F. C. (1994). Basic research needed for stimulating the development of behavioral technologies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 61(3), 529–550. <https://doi.org/10.1901/jeab.1994.61-529>

Miller, L. K. (1991). Avoiding the countercontrol of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(4), 645–647. <https://doi.org/10.1901/jaba.1991.24-645>

Moyer, W. W. (1976). Countercontrol in hypnotic control groups. *Psychological Reports*, 39(3 Pt 2), 1083–1089. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1083>

- de Sousa, V. P., Mizael, T. M., & de Rose, J. C. (2022). Variables involved in the acquisition and maintenance of racial aggression and its victims' reactions. *Behavior Analysis in Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40617-022-00696-7>
- Spencer, S. D., King, H. C., Martone, L., & Houlihan, D. (2022). Countercontrol: A Relational Frame Theory (RFT) Account and Revival of a 70-Year-Old Skinnerian Term. *Perspectives on behavior science*, 45(2), 457–467. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00337-y>
- Thyer B. A. (1995). Promoting an empiricist agenda within the human services: an ethical and humanistic imperative. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 26(2), 93–98. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(95\)00010-w](https://doi.org/10.1016/0005-7916(95)00010-w)
- Zwart, C. A., & Lisman, S. A. (1979). Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(1), 113–118. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.1.113>