

Aurum
EDITORA

FRENTES DE INOVAÇÃO & DESAFIOS NA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO
AURUM EDITORA

Aurum
EDITORA

FRENTES DE INOVAÇÃO & DESAFIOS NA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO
AURUM EDITORA

AURUM EDITORA LTDA - 2025

Curitiba – Paraná - Brasil

EDITOR CHEFE

Gian Felipe Bonfantti

ORGANIZADOR DO LIVRO

Aurum Editora Ltda

EDIÇÃO DE TEXTO

Stefanie Vitoria Garcia de Bastos

EDIÇÃO DE ARTE

Cauan Hammerschmidt de Almeida

IMAGENS DA CAPA

Freepik banco de imagens

Freepik - Suíte AI

BIBLIOTECÁRIA

Aline Grazielle Benitez

ÁREA DE CONHECIMENTO

Ciências da Saúde

Copyright © Aurum Editora Ltda

Texto Copyright © 2025 Os Autores

Edição Copyright © 2025 Aurum Editora Ltda



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

A responsabilidade pelo conteúdo, precisão e veracidade dos dados apresentados neste texto é inteiramente do autor, não refletindo necessariamente a posição oficial da Editora. O trabalho pode ser baixado e compartilhado, desde que o crédito seja dado ao autor, mas não é permitida a modificação do conteúdo de qualquer forma ou seu uso para fins comerciais.

Todos os manuscritos passaram por uma avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial, e foram aprovados para publicação com base em critérios de imparcialidade e objetividade acadêmica.

A Aurum Editora se compromete a manter a integridade editorial em todas as fases do processo de publicação, prevenindo plágio, dados ou resultados fraudulentos, e assegurando que interesses financeiros não afetem os padrões éticos da publicação. Qualquer suspeita de má conduta científica será verificada com atenção aos princípios éticos e acadêmicos.

CORPO EDITORIAL

Alisson Vinicius Skroch de Araujo - Graduado (UniCuritiba - Centro Universitário Curitiba)

Arthur Arndt Rodrigues - Graduado (PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná)

Lucas Gabriel Vieira Ewers - Graduado (PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná)

Priscila da Silva de Souza Bertotti - Graduada (Centro Universitário Uniopet)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Frentes de inovação & desafios na saúde [livro eletrônico] / organização Aurum Editora. -- Curitiba, PR : Aurum Editora, 2025.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-986235-1-7

1. Educação em saúde 2. Inovações médicas
3. Medicina e saúde I. Editora Aurum.

25-274165

CDD-610.72

Índices para catálogo sistemático:

1. Inovações médicas : Estudos em saúde 610.72

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Aurum Editora Ltda
CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Aurum Editora DECLARA, para fins de direitos, obrigações e aspectos legais ou metodológicos, que:

Esta publicação representa apenas uma transferência temporária dos direitos autorais, conferindo o direito de publicação e reprodução dos materiais. A Editora não assume responsabilidade pela autoria dos manuscritos publicados, conforme as disposições da Lei de Direitos Autorais (Lei 9610/98), do art. 184 do Código Penal e do art. 927 do Código Civil. O(s) autor(es) são exclusivamente responsáveis por garantir a conformidade com as questões de direitos autorais e outros aspectos legais, isentando a Editora de quaisquer responsabilidades civis, administrativas ou criminais que possam ocorrer.

Autoriza-se a **DIVULGAÇÃO DO TRABALHO** pelo(s) autor(es) em palestras, cursos, eventos, programas de mídia e televisão, desde que o devido reconhecimento da autoria e edição seja dado, sem fins comerciais, e que os **CRÉDITOS** à Aurum Editora sejam devidamente apresentados. A omissão ou exclusão dessas informações será de responsabilidade do(s) autor(es) e da editora.

Todos os e-books são de acesso aberto, portanto, não devem ser vendidos em sites, plataformas de comércio eletrônico ou qualquer outro meio, seja virtual ou físico. Assim, não há transferência de direitos autorais para os autores, uma vez que o formato não gera outros direitos além dos usos didáticos e publicitários da obra, a qual pode ser acessada a qualquer momento.

Todos os membros do Conselho Editorial atuam de forma voluntária, sendo graduados ou pós-graduados em suas respectivas áreas.

A Aurum Editora não autoriza a venda ou compartilhamento dos nomes, e-mails e quaisquer outros dados pessoais dos autores, exceto para a divulgação desta obra, em conformidade com o Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.

DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor deste trabalho DECLARA, para os fins seguintes, que:

Não possui nenhum interesse comercial que possa gerar conflito em relação ao conteúdo publicado;

Declara ter se envolvido ativamente na elaboração do manuscrito, preferencialmente nas seguintes etapas: Desenvolvimento do estudo, e/ou coleta de dados, e/ou análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou revisão para garantir a relevância intelectual do material e aprovação final do manuscrito para envio;

Certifica que o texto publicado está completamente livre de dados falsificados ou resultados fraudulentos, bem como de falhas relacionadas à autoria;

Confirma que fez a citação correta e a devida referência a todos os dados e interpretações oriundas de outras pesquisas;

Reconhece que todas as fontes de financiamento que possam ter sido recebidas para a realização da pesquisa foram devidamente declaradas;

Autoriza a edição do trabalho, incluindo registros de catálogo, ISBN, DOI e outros indexadores, design gráfico e criação de capa, layout interno, além do lançamento e divulgação de acordo com os critérios estabelecidos pela Aurum Editora.

AUTORES

Alessandro Carvalho de Sousa
Alessandro Martins Ribeiro
Allysson Allan de Farias
Ana Maria Souza Martins
Danielle S. Macedo
Emmanuel Stéphane Laurent
Islay Lima Magalhães
Lovely Jeudy
Manoel Odorico de Moraes Filho
Marcos Tadeu Ellery Frota
Ousco Penn
Reginaldo Pedroso
Reinaldo da Silva Thomé
Sebastião Lacerda de Lima Filho

SUMÁRIO

Capítulo 1

ENSAIO TEÓRICO SOBRE A REGULAÇÃO DE ACESSO NA SAÚDE

Alessandro Martins Ribeiro.

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-001>

.....1-12

Capítulo 2

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA PARA O MANEJO DA ANSIEDADE EM PRÉ-ADOLESCENTE: UM ESTUDO DE CASO EM TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL

Ana Maria Souza Martins e Reginaldo Pedroso.

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-002>

.....13-39

Capítulo 3

REFLEXÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DA DATURA STRAMONIUM E DA TETRODOTOXINA (TTX) EM CERIMÔNIAS VODOUS NO HAITI: UMA ABORDAGEM BASEADA NA NEUROFARMACOLOGIA, NA MEDICINA TRADICIONAL CARIBENHA E NA QUÍMICA MEDICINAL E ANALÍTICA

Sebastião Lacerda de Lima Filho, Emmanuel Stéphane Laurent, Lovely Jeudy, Ousco Penn, Danielle S. Macedo, Islay Lima Magalhães, Marcos Tadeu Ellery Frota, Allysson Allan de Farias e Manoel Odorico de Moraes Filho.

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-003>

.....40-52

Capítulo 4

INOVAÇÃO E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CAMINHOS PARA UM CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO

Alessandro Carvalho de Sousa.

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-004>

.....53-56

Capítulo 5

HOMEOPATIA NO SERVIÇO PÚBLICO: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRATIVO NO SUS

Alessandro Carvalho de Sousa.

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-005>

.....57-60

Capítulo 6

A SÍNDROME DE BURNOUT E A GESTÃO DE RISCOS OCUPACIONAIS: UMA ANÁLISE DA NR 01

Reinaldo da Silva Thomé.

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-006>

.....61-71

ENSAIO TEÓRICO SOBRE A REGULAÇÃO DE ACESSO NA SAÚDE

THEORETICAL ESSAY ON REGULATING ACCESS TO HEALTHCARE

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-001>

Alessandro Martins Ribeiro

Doutorando em Saúde Coletiva UFBA/IMS/CAT,
Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9065-4678>

E-mail: Alessandro.martins@ufvjm.edu.br

RESUMO

A regionalização da saúde no Brasil avançou com normas reguladoras entre 2001 e 2003, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família e descentralizando o acesso aos serviços. Na Bahia, a Resolução CIB nº 275/2012 estruturou nove macrorregiões de saúde, organizando a oferta de serviços. As centrais de regulação e os complexos reguladores gerenciam a demanda com base em critérios técnicos, garantindo maior equidade. A criação das Policlínicas Regionais e dos Consórcios Interfederativos ampliou o acesso a serviços especializados, mas desafios persistem, como a integração de sistemas de informação e a eficiência do transporte sanitário. A descentralização proporcionou avanços, mas ainda enfrenta dificuldades estruturais e operacionais. A regulação do acesso foi fundamental para a efetividade do SUS, exigindo aprimoramento contínuo na gestão e articulação dos serviços. O fortalecimento da regionalização depende de investimentos em infraestrutura, tecnologia e governança para garantir um atendimento equitativo e eficiente.

Palavras-chave: Acesso; Regulação e Fiscalização em Saúde; Regionalização da Saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The regionalization of health in Brazil advanced with regulatory norms between 2001 and 2003, strengthening the Family Health Strategy and decentralizing access to services. In Bahia, CIB Resolution 275/2012 structured nine health macro-regions, organizing the supply of services. The regulation centers and regulatory complexes manage demand based on technical criteria, ensuring greater equity. The creation of Regional Polyclinics and Interfederative Consortia has increased access to specialized services, but challenges remain, such as the integration of information systems and the efficiency of health transport. Decentralization has made progress, but still faces structural and operational difficulties. Regulating access has been fundamental to the effectiveness of the SUS, requiring continuous improvement in the management and coordination of services. Strengthening regionalization depends on investments in infrastructure, technology and governance to ensure equitable and efficient care.

Keywords: Access; Health Regulation and Supervision; Health Regionalization; Collective Health.



1 INTRODUÇÃO

O processo da regionalização brasileira proposto em modelo prioritário de saúde na atenção primária, avançou devido a Normas Regulamentadoras, entre os anos de 2001 e 2003, retrato da qual a Estratégia e Saúde da Família, já implantada anteriormente no Brasil vinha interiorando e municipalizando o acesso aos modelos de promoção, prevenção e diagnóstico (Santos; Santos, Paiva, 2020).

Nesse contexto, a atenção básica, porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), retrato de modelo gerencial brasileiro, passou a agregar entre os modelos de promoção como rastreamento de diagnósticos como o câncer de colo uterino por meio de propagandas públicas, a utilização de folhetos para reaver a baixa cobertura vacinal e a instrumentalização da autorização de exames complementares ao diagnóstico clínico (Prado; Santos, 2018).

A Resolução CIB nº 275, de 15 de agosto de 2012, estabeleceu as regiões de saúde na Bahia, organizadas em nove macrorregiões que abrangem os 417 municípios do estado. Cada região possui um locus de atuação específico, considerando o controle de doenças sazonais epidêmicas (Bahia, 2012). Complementando essa estrutura, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme a Resolução nº 088/2013, é composta por três representantes estaduais—dois do nível regional e um do nível central—além dos secretários municipais de saúde de cada região, garantindo a articulação entre os diferentes níveis de gestão (Bahia, 2013).

Por meio da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) a Resolução CIB n.º 088/2013, instituiu normas regulamentadoras para pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, bem como a regionalidade do acesso serviços de saúde aos municípios circunvizinhos numa mesma regional de saúde (Bahia, 2013).

Com ampliação do acesso as redes de assistência à saúde por meio da implantação das centrais de regulação, o número de marcações, realização de procedimentos e diagnósticos se tornaram cada vez mais necessários, dada a ampliação do modelo assistencial em saúde e seu alcance, incorporado pela pactuação entre o município regional e local. Sistemas de Saúde público como o do Brasil são únicos, países estrangeiros como Chile, Indonésia, Arábia Saudita não possuem um sistema universal e igualitário que atenda a doença desde a suspeita do agravo (atenção) até o diagnóstico e tratamento (Brasil, 2008).

A construção da política nacional de vigilância em saúde, pactuada em 2005 pelo Ministério da Saúde, emerge da necessidade de diminuir a sazonalidade do acesso aos níveis de atenção em saúde que são diversas aos mais de 5568 municípios, dada que esse fruto sócio-constutivo foi possível somente por pesquisas em Saúde Pública, criando programas sociais e softwares que poderiam teoricamente englobar comunidades inteiras assistindo o tipo de percepção saúde-doença incorporada (Silva et al., 2019).

A descentralização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiram que a partir dos níveis de atenção fosse criada as centrais de regulação, um órgão administrativo com estrutura geográfica



que incorporaria a prestação na marcação e atendimento do agravo à saúde e regulasse sua vigilância enquanto atenção (Conass, 2015).

As centrais de regulação são ferramentas de gestão em saúde que organiza, descentraliza e otimiza a distribuição, realização e desfechos de agravos à saúde, incorpora sistemas de redes tecnológicas que colaboram na pactuação do atendimento e acompanha a efetiva prestação do serviço em saúde pública (Campolina et al., 2017).

A regulação em saúde no Estado da Bahia é gerida por Complexos Reguladores distribuídos em diferentes regiões, buscando garantir a alocação adequada dos recursos disponíveis e minimizar as desigualdades de acesso. Esses complexos atuam na intermediação entre a demanda dos usuários e a oferta de serviços, utilizando critérios de prioridade e protocolos clínicos para organizar a fila de espera (Melo et al., 2021).

A implantação das Policlínicas Regionais de Saúde, por meio dos Consórcios Interfederativos, configura uma estratégia inovadora na ampliação da oferta de serviços especializados. No entanto, mesmo com essa ampliação, persistem desafios relacionados à integração dos sistemas de informação, transporte sanitário eficiente e coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006; Melo *et al.*, 2021).

No Brasil, as centrais de regulação, estão distribuídas por cidades macrorregionais, instaladas em cidades com mais 100 mil habitantes dada a sua política de criação em Portaria nº 1.559/2008. Na Bahia são 10 cidades excetuando a capital, que possuem unidades administrativas e atendem municípios de pequeno porte que fazem parte da pactuação das redes de atenção mantida pela política nacional de saúde (Brasil, 2009).

A partir dessa descentralização o município irá enviar pacientes para serem regulados (atendidos) nas regionais, por meio de exames de baixa, média e alta complexidade, postuladas por exames laboratoriais de atenção básica ou saúde pública, exames de imagens como radiografias, mamografias e ressonâncias magnéticas até cirurgias eletivas como de catarata, estectomia de tumores sólidos, respetivamente (Brasil, 2008, Francisco, 2017).

2 CARACTERIZAÇÃO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Segundo o Conselho de Secretarias Municipais do Estado de Paraná (2023), a regulação em saúde consiste em macroprocessos de gestão do setor saúde, constituído por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

As centrais de regulação e complexos reguladores são pontos importantes na organização do acesso aos serviços de saúde, sendo locais estratégicos para monitorar e gerenciar as demandas de todo o sistema (ou das redes de atenção à saúde em cidades, regiões e estados), com uma visão mais ampla do que a geralmente encontrada em cada unidade de saúde (Albieri; Cecilio, 2015).

A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo 3 dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Na dimensão dos Sistemas de Saúde é entendida como toda lógica de softwares e hardwares implantados em municípios regionais que integram ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. Na dimensão da Atenção à Saúde garante conforme pactuação a prestação dos serviços ofertados em redes de Atenção à Saúde (RAS). Por fim, na dimensão do Acesso à Assistência, esclarecida na sua dimensão antropológica, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a tais serviços por níveis de complexidade: baixa, média e alta complexidade, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica (Conass, 2011).

Nessa perspectiva o usuário é inserido nas centrais de regulação por meio da atenção básica, mantida pela prestação de serviço das unidades básicas de saúde, organizadas dentro da descentralização das redes de atenção à saúde (RAS); da atenção especializada por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com serviços de urgência e emergência; das redes de atenção psicossocial com encaminhamentos para atenção especializada (AE) (Freire *et al.* 2020).

3 REGULAÇÃO DO ACESSO A PARTIR DA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA

No contexto entre as carências sociais locais e os interesses de mercado, emerge a necessidade de ações regulatórias para atender as demandas de saúde vinculadas a regiões, dentro da dimensão territorial chamada Estado (Bahia, 2005). As carências sociais foram definidas no histórico da Teoria Econômica de Adam Smith (1876) como a ausência de organismos de melhora em indicadores sociais que necessitaram de políticas econômicas para serem atingidas, ao passo que quando essas políticas são localizadas (regionalizadas) o acesso é direcionado para as necessidades coletivas.

Na gênese da regionalização dos serviços de saúde, Von Thünen com a Teoria da localização geográfica rural-urbana (1826) relaciona o acesso como parte fundamental provocada pelo êxodo-rural, onde os serviços apenas no modelo biomédico alemão, eram realizados por médicos nas capitais desenvolvidas (Schumacher-Zarchlin, 1868). No estado atual da arte, esse acesso a serviços especializados no atual período ainda é localizado em cidades geográficas definidas em modelo de saúde médico-gerencialista em zona urbana (Freire *et al.* 2020).

A partir desse contexto, Santos; Merhy (2006) define critérios dentro da análise da regulação pública da saúde no Estado brasileiro como forma de esclarecer o serviço em saúde a partir da demanda do usuário, trazendo significados a teoria econômica de Adam Smith, dada ênfase na regulação dos serviços prestados.

No aspecto primário da criação da demanda em saúde, é discutida as necessidades biopsicossociais dos indivíduos, àquelas inerentes ao adoecimento, elas fazem parte do absentismo da população Brasileira, no período pós-ditadura (1976) onde os trabalhadores tinham acesso aos serviços de saúde, parcelarmente definidas em tabela com percentual de 5% a partir da contribuição incidida pelo salário-mínimo à época restituída pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e os institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS).

A relação das (CAPS e IAPS) promoveram a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), como o principal mecanismo de regulação de assistência aos serviços médicos unicamente especializados. Esse padrão não foi suficiente para atender a população brasileira, tal que em 1986 foram promovidos uma assembleia e o estabelecimento de um Sistema Único de Saúde (SUS), oriundo dessa manifestação foi transcrita na constituição Federal de 1988 democraticamente no inciso 196º a saúde “*como garantia fundamental e dever do Estado*”, que posteriormente na década de 1990, foi promulgada em Lei Orgânica.

Para Santos, Merhy (2006), deve-se distinguir os dois momentos da regulação da demanda: a primeira tendo em vista a regulação como regulamentação definidas pela organização dos sistemas de saúde a partir do estabelecimento de normas e padrões que caracterizam aqueles serviços de saúde e a demanda como prestação de serviços baseada nos núcleos de saúde territoriais definidas como parte do eixo estruturante da saúde coletiva.

Ainda na descrição da regulação, Santo, Merhy caracteriza em dois processos: microrregulação e macrorregulação. No sentido da microrregulação, é analisado como os atores sociais definidos dentro de um território de saúde, alcançam os serviços estabelecidos dentro da regulação como regulamentação. E macrorregulação como parte das tecnologias em saúde e os processos em saúde envolvidas, na efetividade do serviço a população a partir da demanda como prestação de serviço.

Para entendermos, a definição desses atores sociais, apoiamos em Matus, 1987, p.755. que define atores sociais como “organismos em coletividade que desenvolve interesses em comum a fim de solucionar problemas macrossociais”, ou seja, na construção de um território de identidade em saúde, problemas macroestruturais envolve a comunidade, e dela emerge a solução devido a participação cidadã na construção de ações e políticas em saúde a fim de solucioná-las.

Nessa ótica, no âmago do processo regulatório esses atores sociais são entendidos como atores regulados, aqueles que são embricados pelo serviço prestado pelos atores reguladores. Estes, são



compreendidos como Estado, e sua forma de regular as ações de prestação do serviço (Santos, Merhy, 2006).

Essa dimensão de regulação em saúde, pautou na construção de um modelo sanitário baseado em princípios e diretrizes pautados na regulação da assistência, e estabelecimento de centrais de regulação, órgãos administrativos que avalia por níveis de atenção e por critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local (Peiter; Lanzoni; Oliveira de, 2017).

A definição da criação das centrais de marcação foi fundamentada nos centros reguladores no cenário nacional, foi efetivada pelas normas operacionais básicas (NOBs 91, 92, 93 e 96) e diretrizes da Política Nacional de Saúde (2005), que caracterizavam os papéis dos níveis de gestão por poderes regulatórios: em nível Federal, por exemplo a criação e o custeio da política de saúde, os Estados ficavam com a avaliação e monitoramento e os municípios a execução dessas políticas.

Outro passo na regulação foi a norma operacional de assistência à saúde, NOAS 01/2002, que buscou a regionalização da assistência, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal, a partir da agenda dos municípios, então regulados.

Conjugadamente, em 2008, foi estabelecida em caráter normativo a política de execução própria dos complexos reguladores, como já citado, esses órgãos administrativos, organizariam a produção do cuidado em níveis de assistência a partir de modelos ambulatorial, hospitalar e urgência (Freire *et al.* 2020).

Esse modelo de produção do cuidado foi estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (1994) revista em 2017, reprogramada na Estratégia e Saúde da Família (1997), incluindo atores reguladores, que em campo organizam a tramitação do acesso, como agentes em saúde que captam o usuário, interconectam o acesso às redes de saúde (Almeida *et al.* 2019).

Portanto, a regulação do acesso é o mecanismo dentro da tecnicidade dos complexos reguladores como a dimensão mais utilizada, devido a sua aplicabilidade nos problemas envolvendo demanda e usuário, estando configurada e definida a situação de saúde local e regional é estabelecido um cronograma pela atenção primária e realizado cada caso (Freire *et al.* 2020).

4 DESAFIOS NA REGULAÇÃO DO ACESSO E PROPOSTAS DE APRIMORAMENTO

A regulação do acesso enfrenta dificuldades estruturais e operacionais, como a desigualdade na distribuição da oferta, a lentidão nos sistemas reguladores, a falta de integração dos sistemas de informação e a ineficiência na gestão do transporte sanitário. Regiões menos desenvolvidas possuem carência de serviços especializados, o que compromete a equidade. O modelo regulatório centralizado dificulta respostas ágeis, enquanto a fragmentação entre sistemas municipais e estaduais prejudica a gestão eficiente. Para enfrentar esses desafios, é necessário fortalecer a estrutura das Policlínicas Regionais, modernizar os

sistemas de regulação, promover maior autonomia para os Complexos Reguladores locais e qualificar os processos regulatórios, tornando a gestão mais transparente e objetiva (Bastos *et al.*, 2020). A regulação do acesso no Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta diversos desafios que impactam a eficiência e eficácia dos serviços prestados. Abaixo, apresentamos um quadro com os principais desafios identificados na literatura e algumas propostas para o seu aprimoramento.

Desafio	Descrição	Proposta de Aprimoramento
Recursos Humanos	Falta de capacitação dos profissionais, absenteísmo elevado	Capacitação contínua dos profissionais em todas as esferas
Protocolo de Acesso	Falta de padronização nos protocolos operacionais	Implementação de critérios claros para priorização do acesso
Rede Fragmentada	Rede desorganizada, falta de investimentos em infraestrutura	Reestruturação da rede com foco em integração assistencial
Falta Infraestrutura	Insuficiência física e tecnológica nas unidades saúde	Investimentos prioritários em infraestrutura física e avanços tecnológicos
Governabilidade	Dificuldades sistêmicas no sistema regulatório (SISREG)	Fortalecimento das estruturas reguladoras com mais recursos financeiros dedicados à gestão eficiente do SUS

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

O quadro expõe a complexa cadeia de dependentes logísticos em saúde que enfatiza as dificuldades das singularidades em saúde, nesse complexo subcampo da rede de atenção à saúde que é a regulação assistencial, destacam os desafios como recursos humanos, protocolos de acesso, rede fragmentada e fatores limitantes como falha nos critérios de encaminhamentos e indisponibilidade de leitos (Saraiva, Gondinho, 2022; Bastos, LBR et al., 2020).

A insuficiência de leitos hospitalares é outra barreira crítica, agravando a sobrecarga do sistema e prolongando o tempo de espera para internações e tratamentos. Paralelamente, a alta demanda por serviços de saúde tensiona as centrais reguladoras, que operam sob condições muitas vezes inadequadas para gerenciar eficientemente os recursos disponíveis. Esse cenário é ainda mais complexo devido a dificuldades sistêmicas no Sistema de Regulação (SISREG), cujas limitações estruturais impactam a coordenação do atendimento, comprometendo a qualidade assistencial e a previsibilidade no acesso aos serviços (Freire et al., 2020; Melo *et al.*, 2021).

Além disso, o agendamento e a execução de procedimentos médicos são marcados por entraves operacionais que dificultam o fluxo assistencial e aumentam a demanda reprimida por procedimentos eletivos. Esse acúmulo de solicitações não atendidas impõe desafios adicionais às centrais de regulação,

aprofundando desigualdades no acesso aos cuidados especializados. Soma-se a isso, a deficiência na comunicação entre a atenção primária e os serviços reguladores, que compromete a continuidade do cuidado e contribui para a fragmentação da assistência (Bagatini, 2017; Bastos *et al.*, 2020).

Outro fator limitante relevante é a ausência de protocolos bem definidos para a priorização do acesso, o que pode gerar distorções na alocação de recursos e no atendimento às necessidades dos usuários. A fragilidade dos recursos humanos também se apresenta como um desafio estrutural, refletindo tanto na insuficiência de profissionais qualificados para operar o sistema de regulação quanto na precarização das condições de trabalho (Silva *et al.*, 2019).

Diante desse panorama, torna-se evidente a necessidade de investimentos em melhorias estruturais que fortaleçam a governança da regulação e garantam maior equidade no acesso aos serviços de saúde. A implementação de critérios claros e padronizados, a modernização dos sistemas de informação e a qualificação dos profissionais envolvidos na regulação são estratégias essenciais para a superação dos desafios e para a construção de um sistema mais resolutivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação do acesso à saúde tem se consolidado como um instrumento fundamental na organização dos serviços de atenção à saúde, garantindo maior equidade e eficiência na distribuição dos recursos disponíveis. O modelo regulatório implantado ao longo das últimas décadas permitiu avanços significativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o acesso aos serviços especializados e reduzindo as barreiras impostas pela fragmentação dos serviços. No entanto, desafios persistem, como a necessidade de maior integração entre os sistemas de informação, otimização dos fluxos regulatórios e aprimoramento da coordenação entre os diferentes níveis de atenção.

A descentralização dos serviços, por meio das policlínicas regionais e dos consórcios interfederativos, representa um avanço na estruturação da rede de atenção à saúde, promovendo maior resolutividade e eficiência na oferta dos serviços especializados. No entanto, a superação das desigualdades regionais ainda exige políticas de aprimoramento contínuo, incluindo investimentos na qualificação dos profissionais, fortalecimento da infraestrutura tecnológica e melhoria dos mecanismos de transporte sanitário. Além disso, a microrregulação dos atendimentos precisa ser constantemente avaliada para garantir que as diretrizes estabelecidas atendam às reais necessidades dos usuários.

Dessa forma, a regulação da saúde deve continuar evoluindo com base em evidências científicas e análises criteriosas das demandas regionais. A adoção de novas tecnologias, a ampliação da participação social e o fortalecimento dos mecanismos de governança são estratégias fundamentais para assegurar a efetividade do sistema regulador. Para que o acesso universal e integral à saúde seja uma realidade, é



imprescindível que gestores, profissionais e sociedade civil atuem conjuntamente na construção de um modelo regulatório cada vez mais eficiente, transparente e humanizado.

REFERÊNCIAS

- Albieri, F. A. O. Cecilio, L. C. de O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp, p. 184-195, 2015
- Almeida PF et al., (2019). Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12):4527-4539, 2019 DOI: 10.1590/1413-812320182412.25562019
- Bagatini, Carmen Luísa Teixeira. (2017). A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde. Trabalho Final de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós-Graduação em Economia, Cidade de Goiás, 2017
- Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DASB, De Paiva ACJ, Santos AAS. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2020;54:25.
- Saraiva A, Verna Castro Gondinho B. Os desafios da regulação do acesso no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 22º de outubro de 2022 [citado 6º de fevereiro de 2025];14(spec):e039. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1213>
- Bahia (Estado). Resolução CIB nº 275, de 15 de agosto de 2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais.
- Bahia Análise & Dados, v. 1 (1991-) Salvador: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2010
- Bahia, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB n.º 088/2013. Aprova o regimento interno da CIB e das CIR do Estado da Bahia. *Diário Oficial*. Salvador: Sesab; 2013.
- Barreto, ML., et al., orgs. *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 235 p. *Epidemiológica series*, nº 3. ISBN 85-85676-49-3
- Batista, Sandro Rodrigues et al. (2019). O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & saúde coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):2043–52. Avaliável from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>
- Biscarde, D.G.S, Santos, J.V.P, Santos, V.O, Santos, A.M, Prado, N.M.B.L, de Almeida, P.F, Pereira, A.P.C.M. Implantação de Consórcios Públicos de Saúde e Policlínicas Regionais na Bahia. *Cien Saúde Colet*. [periódico na internet] (2023/Set)
- Brasil (2016). RAS. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016. 54p



Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

Brasil. (2016). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al].-1. ed.-Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Brasil. 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Bastos, L. B. R., Barbosa, M. A., Rosso, C. F. W., Oliveira, L. M. de A. C., Ferreira, I. P., Bastos, D. A. de S., Paiva, A. C. J. de., & Santos, A. de A. S. dos .. (2020). Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista De Saúde Pública*, 54, 25. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

Campolina, Alessandro Gonçalves et al. (2017). Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto? *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 10

Conselho Nacional de Secretários De Saúde – Conass do Paraná (2023). Direito a Saúde (diversos autores) – Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>

Conselho Nacional de Secretários De Saúde – Conass. (2011). Direito a Saúde (diversos autores) – Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):208–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

Francisco, Fernando de Rezende. (2017). Aplicação de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. - 2017. 89 f.

Freire, M. P., Louvison, M., Feuerwerker, L. C. M., Chioro, A., & Bertussi, D.. (2020). Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde E Sociedade*, 29(3), e190682. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>

Kroth, Darlan Christiano. Avaliação de impacto do programa 'pacto pela saúde' sobre indicadores de eficiência e de vulnerabilidade de saúde municipais (2006-2013). (Tese) Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Econômico da Universidade Federal do Paraná, 250 p.

Melo EA. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310109, 2021 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>



Melo, E. A., Gomes, G. G., Carvalho, J. O. de ., Pereira, P. H. B., & Guabiraba, K. P. de L.. (2021). A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 31(1), e310109. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202131010>

Oliveira, Josilene Silva et al. Ondas normatizadoras do planejamento regional integrado em saúde no brasil: síntese de evidências. Capítulo 02. Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: desafios agudos e crônicos - Volume 1. Pág. 33-52, 2021.

Peiter, Caroline Cechinel; Lanzoni, Gabriela Marcelino de Melo; de Oliveira, Walter Ferreira. Interface entre regulação em saúde e equidade: revisão integrativa da literatura. *Cogit. Enferm. (Online)* ; 22(2): 01-08, abr-jun. 2017

Prado NM de BL, Santos AM dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias Intersetoriais. *Saúde debate [Internet]*. 2018Sep;42(spe1):379–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>

Santos AM, Santos FRF, Paiva JAC. Processo de regionalização na Bahia, Brasil: desafios para inovação organizacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.prbb>

Santos, F. P.; Merhy, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006

Schumacher-Zarchlin, Herman. Johann Heinrich Von Thünen: ein forschlerleben (Von Thünen biografie). Rostock: G. B. Leopold's Universitäts-Buchhandlung, 1868.

SEI –Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Mapas digitalizados do Estado da Bahia: base de dados: SEI, 2000-2016

Silva, Aline Silveira et al. (2019). Social participation in the health technology incorporation process into Unified Health System. *Revista de Saúde Pública [online]*. 2019, v. 53 [. Acessado 25 janeiro 2022], 109
Smith, Adam (1776). *The Wealth of Nations*.

Veiga R de S, Silva V de A. Uso, cobertura e ocupação da terra no município de porto seguro, Ba: uma análise espaço temporal (1985-2016). *RCG [Internet]*. 18º de maio de 2018 [citado 6º de outubro de 2023];19(65):232-44.

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA PARA O MANEJO DA ANSIEDADE EM PRÉ-ADOLESCENTE: UM ESTUDO DE CASO EM TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL**SOCIAL SKILLS TRAINING AS A STRATEGY FOR MANAGING ANXIETY IN A PRE-ADOLESCENT: A CASE STUDY IN CHILD BEHAVIORAL THERAPY** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-002>**Ana Maria Souza Martins**
Universidade Federal de Rondônia**Reginaldo Pedroso**
Universidade Federal de Rondônia**RESUMO**

Este artigo apresenta um estudo de caso clínico desenvolvido no contexto do Estágio Obrigatório em Psicologia Clínica, com o objetivo de analisar os efeitos da Terapia Analítico- Comportamental Infantil (TACI) associada ao Treinamento de Habilidades Sociais (THS) na redução de sintomas ansiosos e na ampliação do repertório interpessoal de uma pré-adolescente. A cliente, de 12 anos, apresentava queixas de ansiedade e dificuldades em interações sociais, especialmente no ambiente escolar. Foram realizadas 18 sessões de psicoterapia, fundamentadas nos princípios da Análise do Comportamento, com intervenções baseadas na análise funcional e estratégias de modelagem, reforço diferencial e treino de habilidades sociais. Os resultados indicaram melhora significativa no desempenho social da cliente, redução dos sintomas ansiosos e desenvolvimento de habilidades de autoexpressão e auto-observação. O envolvimento da figura materna foi identificado como fator facilitador do processo terapêutico. Apesar dos resultados positivos, o estudo apresenta limitações metodológicas, como a ausência de instrumentos padronizados e o fato de tratar-se de um único caso clínico. Sugere-se a replicação da intervenção com outros perfis e contextos, bem como o uso de formatos grupais e acompanhamentos longitudinais. Os achados reforçam a efetividade da TACI e do THS como estratégias clínicas fundamentadas na análise funcional do comportamento.

Palavras-chave: Terapia analítico-comportamental infantil; Habilidades sociais; Treinamento de habilidades sociais.

ABSTRACT

This article presents a clinical case study developed within the context of a Mandatory Internship in Clinical Psychology. The objective was to analyze the effects of Analytical Behavioral Child Therapy (TACI) combined with Social Skills Training (SST) on reducing anxiety symptoms and expanding the interpersonal repertoire of a preadolescent girl. The 12-year-old client reported complaints related to anxiety and difficulties in social interactions, particularly in the school environment. Eighteen psychotherapy sessions were conducted, grounded in the principles of Behavior Analysis, with interventions based on functional analysis, modeling strategies, differential reinforcement, and social skills training. The results indicated a significant improvement in the client's social performance, a reduction in anxiety symptoms, and the development of self-expression and self-monitoring skills. The involvement of the mother was identified as a facilitating factor in the therapeutic process. Despite the positive outcomes, the study presents methodological limitations, such as the absence of standardized assessment tools and the focus on a single clinical case. It is recommended that future studies replicate the intervention with other profiles and contexts, explore group-based formats, and conduct longitudinal follow-ups. The findings support the effectiveness of TACI and SST as clinical strategies based on functional behavioral assessment.



Keywords: Analytical Behavioral Child Therapy; Social Skills; Social skills training.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de uma atividade desenvolvida no contexto do Estágio Obrigatório em Psicologia Clínica, componente curricular previsto na formação em Psicologia. Tal experiência tem como objetivo integrar teoria e prática, permitindo ao estudante aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso em situações clínicas reais, sempre sob supervisão profissional.

A escolha pelo estudo de caso como método de investigação justifica-se por sua relevância na compreensão aprofundada de processos terapêuticos singulares, possibilitando ao futuro psicólogo exercitar habilidades como observação, análise funcional e planejamento de intervenções baseadas em evidências. Além disso, a elaboração e sistematização deste caso clínico visam contribuir não apenas para o desenvolvimento profissional, mas também para o corpo de conhecimento científico voltado à atuação em terapia analítico-comportamental com crianças e adolescentes, um campo em expansão e com significativa demanda prática.

Neste trabalho, o foco recai sobre a aplicação da Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI) em um caso clínico de ansiedade e dificuldades interpessoais em uma pré-adolescente. A escolha desse foco se justifica tanto pela alta prevalência de sintomas ansiosos na infância quanto pela importância das habilidades sociais como mediadoras do ajustamento psicossocial. Assim, a atuação baseada na Análise do Comportamento oferece uma alternativa teórica e técnica potente para compreender e intervir nesses casos, considerando as variáveis que mantêm o comportamento e favorecendo a aprendizagem de novos repertórios.

Ao longo do desenvolvimento da Psicologia, diversos modelos terapêuticos foram propostos para abordar o sofrimento humano e os desajustes comportamentais. Nesse percurso, algumas abordagens destacaram-se pelo compromisso com a cientificidade, buscando a formulação de tratamentos seguros e eficazes, especialmente no contexto clínico.

Em vista disso, a Análise do Comportamento, fundamentada nos pressupostos do Behaviorismo Radical, constitui um claro exemplo de abordagem teórica que se propôs a romper com a obscuridade que permeava a compreensão do adoecimento psicológico à época, resgatando a importância das variáveis externas e da leitura contextual na manutenção de comportamentos inadequados.

Em síntese, essa abordagem adotou o comportamento como objeto de estudo, por ser passível de mensuração e observação. O comportamento é compreendido como resultado das interações entre o indivíduo e seu ambiente, considerando aspectos físicos, culturais, históricos e sociais. Essa perspectiva enfatiza a influência do ambiente externo e do contexto em que o comportamento ocorre, indo além das motivações internas propostas por algumas teorias psicológicas (BORGES; CASSAS, 2012).

Na análise do comportamento, o comportamento é concebido como um fenômeno multideterminado e complexo, constituído pela interação de variáveis ambientais de naturezas filogenética, ontogenética e

cultural. Essas variáveis se combinam de forma única e singular, compondo os mais diversos repertórios comportamentais (NENO, 2003; TODOROV, 2007). Com base nessa perspectiva, a clínica analítico-comportamental passa a operar como um espaço privilegiado de modificação de contingências, onde se torna possível modelar novos repertórios e reduzir padrões disfuncionais mantidos por esquiva, punição ou ausência de reforçamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2019). Esse processo é especialmente relevante quando se trata de contextos de desenvolvimento, como a infância e a adolescência, períodos nos quais o repertório comportamental está em franca expansão e ainda sujeito a uma intensa modelação ambiental. É nesse cenário que o uso de estratégias específicas, como o Treinamento de Habilidades Sociais (THS), mostra-se promissor, ao favorecer a aprendizagem de respostas mais eficazes diante das demandas sociais e emocionais do cotidiano.

No que se refere ao desenvolvimento humano, a infância configura-se como um período com amplo potencial para novas aprendizagens. Por esse motivo, é nessa fase que ocorrem inúmeras aquisições comportamentais que compõem o repertório do indivíduo. Assim, um repertório comportamental rico e abrangente tende a proporcionar maior acesso a consequências reforçadoras. Em contrapartida, repertórios empobrecidos e reduzidos podem refletir em baixo desempenho social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Diante disso, o Treinamento de Habilidades Sociais surge como uma estratégia terapêutica para lidar com déficits ou excessos comportamentais.

2 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

A Análise do Comportamento é uma ciência no campo das ciências naturais fundamentada nos princípios filosóficos do Behaviorismo Radical, cuja proposta central é compreender as interações entre o indivíduo e o ambiente (SKINNER, 2003). Em outras palavras, seu objeto de estudo são os comportamentos que emergem dessas interações.

O comportamento, como foco científico, surgiu em uma época dominada por explicações mentalistas sobre o funcionamento humano, daquelas que tentam achar causas dentro da cabeça, como se pensamentos e sentimentos fossem pequenos operadores escondidos no crânio, apertando botões (Watson, 2008).

Historicamente, o movimento behaviorista foi alvo de diversas críticas, desde a escolha do comportamento como objeto de estudo até a formulação de seus princípios teóricos. No entanto, tais princípios foram sendo progressivamente refinados por meio de estudos empíricos conduzidos por importantes precursores da ciência comportamental, como Ivan Petrovich Pavlov, John Broadus Watson e Burrhus Frederic Skinner.

Pavlov lançou as bases do condicionamento respondente, ao demonstrar experimentalmente como estímulos ambientais inicialmente neutros podem adquirir a capacidade de eliciar respostas ao serem



associados a estímulos incondicionados, o famoso "cachorro que salivava com o sino" (BARCELLOS; HAYDU, 1998).

Na sequência, Watson, em 1913, deu continuidade a esse trabalho e propôs que a psicologia deveria ser objetiva, mensurável e experimental, rompendo com a introspecção e as explicações mentalistas que imperavam até então. Esse movimento deu origem ao Behaviorismo Metodológico (BARCELLOS; HAYDU, 1998).

Apesar de suas contribuições significativas, a proposta watsoniana foi criticada por negligenciar os chamados comportamentos privados, aqueles que acontecem dentro da pele, como pensar e sentir, o que abriu espaço para a proposta de Skinner. Este último, ao desenvolver o Behaviorismo Radical, incorporou os eventos privados à análise comportamental, desde que fossem tratados como comportamentos sujeitos às mesmas leis das interações observáveis (BORGES; CASSAS, 2012; SKINNER, 2003; 1974).

Em contrapartida, Skinner protagonizou um dos principais marcos do movimento comportamental ao propor o Behaviorismo Radical. Nessa filosofia, comportamentos públicos e privados são considerados igualmente relevantes e passíveis de análise científica, desde que observados sob a ótica das contingências de reforço.

Assim, fenômenos tradicionalmente chamados de “psicológicos”, como pensamentos, sentimentos e emoções, também podem ser estudados pela Análise do Comportamento. Isso porque os mesmos princípios que descrevem as contingências dos comportamentos observáveis se aplicam, com as devidas adaptações, aos comportamentos privados (BORGES; CASSAS, 2012).

Importa destacar que a principal distinção entre comportamentos públicos e privados não está em sua natureza, mas no acesso que se tem a eles: enquanto os públicos são acessíveis por múltiplos observadores, os privados são acessíveis apenas pelo próprio indivíduo que os emite (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

O Behaviorismo Radical surgiu, em parte, como uma resposta às críticas dirigidas às abordagens psicológicas vigentes na época. Entre essas críticas, destacam-se: a ideia de que o indivíduo seria passivo diante do ambiente, a suposta superficialidade da abordagem frente a fenômenos complexos e a ausência de uma visão mais integrativa sobre o ser humano (BORGES; CASSAS, 2012; SKINNER, 2003).

Considerando tais questionamentos, Skinner estruturou o Behaviorismo Radical com base em fundamentos filosóficos que permitiram o desenvolvimento de uma ciência mais contextualizada, interacionista e pragmática (SKINNER, 1974).

Em suma, o comportamento humano é visto como resultado da interação dinâmica entre o indivíduo e seu ambiente, incluindo fatores físicos, históricos, sociais e culturais. Essa abordagem contrasta fortemente com teorias mentalistas, que reduzem a explicação do comportamento a causas internas ou disposições subjetivas.

No modelo explicativo do Behaviorismo Radical, o ambiente externo e o contexto em que o comportamento ocorre exercem papel fundamental na determinação do agir humano. Esses fatores, combinados à história de vida do indivíduo e às consequências que seus comportamentos produzem, são considerados variáveis centrais na explicação do comportamento. Sob essa perspectiva, o comportamento não é fruto de escolhas aleatórias nem de forças internas misteriosas, mas sim o resultado das interações contínuas entre o organismo e seu ambiente. É justamente por meio dessas interações, e da seleção por consequências, que os comportamentos são moldados, mantidos ou enfraquecidos ao longo do tempo (BORGES; CASSAS, 2012).

Essa lógica explicativa não se restringe ao laboratório ou à teoria: ela fundamenta uma forma de fazer clínica, na qual os comportamentos, inclusive os que envolvem sofrimento psicológico, são compreendidos em termos de suas funções, contextos e consequências. É a partir dessa perspectiva que surge a Terapia Analítico-Comportamental, uma aplicação prática e refinada dos princípios da Análise do Comportamento ao contexto da psicoterapia.

3 TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Na primeira metade do século XX, as terapias comportamentais desenvolveram-se a partir de duas vertentes principais de atuação clínica. Em uma delas, os terapeutas aplicavam os conhecimentos teóricos e práticos do condicionamento respondente no contexto terapêutico, especialmente para o tratamento de transtornos de ansiedade. Essa abordagem marcou os primeiros passos da chamada terapia comportamental clássica, com ênfase na dessensibilização sistemática e em técnicas de exposição (BARCELLOS; HAYDU, 1995).

Na outra vertente, os profissionais passaram a empregar os princípios do condicionamento operante em ambientes institucionais, como hospitais, escolas e centros de reabilitação. O objetivo era modificar a frequência de determinados comportamentos por meio da manipulação direta das contingências de reforço e punição, prática que ficou amplamente conhecida como modificação do comportamento (GUILHARDI, 2012; LEONARDI, 2015).

Já na década de 1960, muitos terapeutas começaram a demonstrar insatisfação com os pressupostos e métodos da psicanálise, voltando-se à consistência conceitual e à fundamentação empírica do modelo comportamental. Nesse contexto, as razões que levavam os indivíduos a buscar atendimento psicológico tornaram-se foco de atenção. Observou-se que demandas como depressão, conflitos conjugais, dificuldades cotidianas e busca por autoconhecimento eram pouco contempladas pelas intervenções comportamentais vigentes à época (LEONARDI, 2015).

Diante dessa lacuna, emergiram novos modelos psicoterapêuticos fundamentados na Análise do Comportamento, voltados especialmente ao contexto clínico. Entre eles, destaca-se a Terapia Analítico-



Comportamental (TAC), cuja proposta é responder de forma abrangente e funcional às complexidades do sofrimento humano, sem abrir mão dos princípios do Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento (CANDIDO; FERREIRA, 2022). Historicamente, consolidou-se a partir da integração entre estudos experimentais sobre conceitos básicos da análise comportamental e pesquisas aplicadas, com o propósito de promover a modificação de repertórios comportamentais inadequados (GUILHARDI, 2012).

Sua atuação clínica vai além da mera mudança comportamental: visa também à promoção de autoconhecimento e ao favorecimento de interações sociais mais reforçadoras e adaptativas (FERREIRA; SANTOS; MATOS; MOURA; RODRIGUES, 2017).

Na TAC, os analistas do comportamento investigam as interações entre e o ambiente, frequentemente descritas por meio da tríplice contingência, um modelo que envolve três elementos fundamentais: o estímulo discriminativo (SD), a resposta (R) e a consequência (C). Essa estrutura permite compreender como certos comportamentos são evocados e mantidos pelas contingências ambientais. A partir da identificação dessas relações funcionais, é possível prever padrões comportamentais e planejar intervenções eficazes no contexto clínico (TODOROV, 1985).

Nesse cenário, a análise funcional (NENO, 2003; VANDENBERGHE, 2002) configura-se como a principal ferramenta utilizada pelos terapeutas analítico-comportamentais. Por meio dela, é possível identificar a função dos comportamentos, considerando tanto as contingências sob as quais foram adquiridos quanto os contextos atuais que os mantêm.

É importante destacar que a construção da análise funcional ocorre em articulação com a história de vida individual do cliente. Esse entendimento permite identificar funções distintas para comportamentos que, embora semelhantes em sua forma (topografia), desempenham papéis diferentes na dinâmica comportamental da pessoa (FARIAS, 2010).

Por exemplo, dois clientes podem apresentar o mesmo comportamento, como evitar eventos sociais. Para um deles, esse comportamento pode estar relacionado à esquiva de julgamento negativo (função de alívio de ansiedade); para outro, à obtenção de atenção ou cuidado por parte da família. Nesse sentido, compreender a função e não apenas a forma do comportamento é essencial para a elaboração de intervenções eficazes.

Além disso, a relação terapêutica é compreendida como um contexto operante, em que os comportamentos do cliente são evocados e analisados em tempo real. O terapeuta, nesse caso, atua como parte da contingência, modelando novos repertórios e promovendo, dentro da própria sessão, oportunidades de mudança comportamental significativa (GUILHARDI, 2012).

No contexto clínico, a análise funcional serve como base para a formulação de hipóteses sobre os processos de aprendizagem e manutenção do comportamento (MOURA; GROSSI; HIRATA, 2009).

Quando bem conduzida, ela contribui significativamente para o delineamento de intervenções eficazes, promovendo a aquisição de novos repertórios e a generalização para diferentes ambientes da vida do cliente (FARIAS, 2010).

Os dados que compõem a análise funcional são obtidos a partir do relato verbal e dos comportamentos observáveis do cliente durante as sessões. A formulação das contingências pode ser realizada pelo terapeuta de forma independente ou em colaboração com o cliente, o que favorece maior engajamento e clareza no processo terapêutico (DE QUEIROZ; DE MEDEIROS, 2022).

A compreensão das contingências que mantêm os comportamentos não apenas orienta a prática clínica, como também promove mudanças comportamentais duradouras, o desenvolvimento do autoconhecimento e a expansão de um repertório mais funcional e adequado às exigências do ambiente (FARIAS, 2010).

Com base nesses fundamentos, a Terapia Analítico-Comportamental tem se mostrado uma abordagem potente para compreender e intervir sobre os mais diversos repertórios comportamentais no contexto clínico adulto. No entanto, os princípios que embasam essa prática não se restringem ao trabalho com adultos: eles também podem, e devem, ser aplicados na clínica infantil. Afinal, crianças também interagem com o ambiente, aprendem por meio de consequências e apresentam comportamentos mantidos por contingências específicas.

3.1 TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL

Infância é um período crítico para o desenvolvimento de repertórios comportamentais que irão influenciar diretamente a forma como o indivíduo se relaciona com o ambiente ao longo da vida. Do ponto de vista da Análise do Comportamento, o comportamento infantil pode, e deve, ser compreendido a partir das interações estabelecidas entre a criança e seu ambiente, considerando variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; SKINNER, 1953).

A Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI), é uma vertente da prática clínica baseada nos pressupostos do Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento. Sua atuação se dá por meio da observação, análise e intervenção sobre contingências que influenciam diretamente o repertório comportamental da criança. Isso inclui comportamentos observáveis (como birras, agressividade, evitação) e privados (como medo, ansiedade, pensamentos disfuncionais), desde que analisados dentro de uma lógica funcional (FARIAS, 2010).

Um dos aspectos centrais da TACI é a utilização da análise funcional como ferramenta para investigar os determinantes ambientais que mantêm ou fortalecem os comportamentos-problema. Ao compreender a função do comportamento, e não apenas sua topografia, o terapeuta pode construir intervenções eficazes e individualizadas, respeitando as particularidades do desenvolvimento infantil

(FARIAS, 2010; formulação e aplicação de estratégias que promovam novas contingências no ambiente natural (SANTOS; PITANGA, 2022). Por exemplo, um comportamento de choro pode ter a função de escapar de uma tarefa aversiva ou de obter atenção. A intervenção só será eficaz se for voltada à função específica daquele comportamento na vida daquela criança.

Além disso, a prática clínica com crianças requer sensibilidade para considerar o papel das figuras parentais e da escola como partes fundamentais do ambiente da criança. Assim, o terapeuta não atua apenas com a criança em sessão, mas também envolve os cuidadores na formulação e aplicação de estratégias que promovam novas contingências no ambiente natural (SANTOS; PITANGA, 2022; TODESCHINI, 2007). Isso implica treinar pais e professores para que sejam agentes reforçadores consistentes e contribuam para a construção de repertórios socialmente relevantes.

Outro ponto essencial da Terapia Analítico-Comportamental Infantil é a adaptação das técnicas de intervenção ao estágio de desenvolvimento da criança. Técnicas como reforçamento diferencial, economia de fichas, modelagem, treino em discriminação, contratos contingenciais e uso de histórias sociais são frequentemente utilizadas, sempre a partir de uma análise funcional prévia (MATOS; FALCONE, 2005). A ludicidade, nesse contexto (DEL PRETTE; 2006), não é um "acessório terapêutico", mas um recurso estratégico que permite evocar comportamentos, observar padrões e aplicar consequências dentro de um ambiente clínico estruturado.

Vale destacar que a TACI não visa apenas à redução de comportamentos-problema, mas também à ampliação de repertórios funcionais, como habilidades sociais, comunicação assertiva, autorregulação emocional e resolução de conflitos. Ou seja, trata-se de uma prática clínica baseada na substituição funcional: ao invés de punir ou eliminar um comportamento, promove-se a aprendizagem de alternativas mais adaptativas e reforçadoras (FERREIRA et. al., 2017).

Por meio da observação direta e da escuta ativa dos relatos verbais de cuidadores e professores, o terapeuta analítico-comportamental constrói hipóteses funcionais que orientam todo o planejamento da intervenção. A coleta sistemática de dados comportamentais, como frequência, duração e intensidade dos comportamentos, também auxilia na avaliação da efetividade do processo terapêutico e permite ajustes contínuos.

É importante ressaltar que a atuação na clínica infantil também exige preparo ético e técnico para lidar com questões como: resistência dos pais, práticas parentais disfuncionais, negligência, dificuldades escolares e questões sociais mais amplas, como pobreza, violência e exclusão. Por isso, a formação do terapeuta comportamental infantil deve incluir não apenas conhecimento técnico sobre contingências, mas também habilidades de escuta empática, manejo de demandas familiares e articulação com a rede de apoio (FARIAS, 2010).

Por fim, considerando que muitos dos comportamentos considerados problemáticos na infância

estão diretamente relacionados ao repertório de habilidades sociais da criança, ou à ausência deles, é fundamental que a terapia analítico-comportamental infantil caminhe em direção ao desenvolvimento dessas habilidades. Crianças que não sabem pedir ajuda, negociar, recusar de forma adequada ou lidar com frustrações tendem a apresentar comportamentos mais desadaptativos frente às exigências sociais do ambiente escolar e familiar.

4 HABILIDADES SOCIAIS

As habilidades sociais (HS) correspondem a um conjunto de comportamentos interpessoais que favorecem interações mais eficazes e reforçadoras com o ambiente social. Esses repertórios são adquiridos ao longo da vida por meio da aprendizagem em diferentes contextos de desenvolvimento e não devem ser tratados como traços inatos (CABALLO, 2003; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017; 2013).

Indivíduos com repertórios sociais bem desenvolvidos tendem a ter maior acesso a consequências sociais reforçadoras, como aprovação, apoio, cooperação e vínculos afetivos mais estáveis. É fundamental destacar que as habilidades sociais devem ser analisadas a partir de uma perspectiva contextual e funcional, considerando variáveis como faixa etária, classe social, contexto educacional e cultural, além das contingências específicas em que os comportamentos ocorrem (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001;).

Embora não existam dados que expliquem de forma precisa como e quando os indivíduos aprendem as habilidades sociais (HS), a infância é amplamente reconhecida como um período do desenvolvimento caracterizado por situações novas e desafiadoras, que exigem a aquisição de repertórios sociais cada vez mais complexos (DEL PRETTE; DEL PRETTE (2005).

De acordo com Caballo (2003), crianças que se expressam de forma clara e eficiente demonstram maior habilidade para comunicar seus estados emocionais e, como resultado, tendem a receber respostas sociais mais adequadas de seus interlocutores. Em contrapartida, crianças tímidas ou com repertórios sociais limitados dispõem de menos oportunidades para praticar e desenvolver comportamentos socialmente habilidosos, o que compromete seu acesso a reforçadores sociais positivos, como atenção, elogios e manifestações de afeto.

Nesse sentido, “o indivíduo emocionalmente expressivo tende a criar para ele um ambiente social e emocionalmente mais rico” (CABALLO, 2003, p. 10). Segundo Caballo (1999) uma pessoa socialmente habilidosa é capaz de lidar com conflitos interpessoais e expressar adequadamente suas opiniões, sentimentos e ações, respeitando tanto seus próprios direitos quanto os de outros indivíduos.

Na infância, os pais ou responsáveis geralmente são os primeiros a fornecer os cuidados e modelos de como se comportar. Ao longo do desenvolvimento, a criança enfrenta inúmeros desafios que auxiliam no desenvolvimento de um repertório cada vez mais refinado de HS (CABALLO, 2003).

Por esse motivo, Del Prette e Del Prette (2005) destacam que um repertório bem desenvolvido de

habilidades sociais (HS) na infância contribui significativamente para a construção de relações interpessoais mais harmoniosas, tanto com adultos quanto com outras crianças. Nesse contexto, a competência social infantil está associada a importantes indicadores de funcionamento adaptativo, como responsabilidade, colaboração e autonomia. Dessa forma, os autores reafirmam a competência social como um dos principais indicadores de ajustamento psicossocial, sendo que sua ausência pode estar relacionada à manifestação de sintomas de transtornos psicológicos.

Um repertório comportamental empobrecido pode ressoar em dificuldades interpessoais, tal como cita Del Prette e Del Prette (2005):

As dificuldades interpessoais [...] decorrem basicamente de um repertório pobre de habilidades sociais, principalmente em termos de empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas, com correlatos cognitivos e emocionais como baixa auto-estima, crenças e atribuições disfuncionais, impulsividade e temperamento difícil, entre outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 19).

Somado a isto, os autores discorrem sobre as repercussões advindas de repertórios deficitários:

Esses déficits podem colocar a criança em situações embaraçosas. Com frequência, ela se sente desconfortável e insegura nos contatos sociais, particularmente em situações que precisa falar de si, expressar afeição ou desagrado, defender os próprios direitos, aceitar ou refutar críticas. A mera possibilidade de exposição social pode provocar reações fisiológicas imediatas que atrapalham ainda mais um desempenho social bem-sucedido. Além disso, verificam-se estilos desadaptativos de resolução de problemas interpessoais, dificuldade na regulação do afeto e negociação de conflito, baixo autoconceito e pouca ou nenhuma popularidade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 21).

Conforme mencionado anteriormente, a ausência de competência social pode estar associada ao surgimento de transtornos psicológicos, entre eles a ansiedade exacerbada. A ansiedade, por si só, é uma resposta natural do organismo humano, funcionando como um mecanismo de alerta diante de possíveis ameaças, sejam elas reais ou imaginárias. No entanto, quando ocorre em níveis elevados ou desproporcionais ao contexto, pode comprometer significativamente o funcionamento cotidiano do indivíduo, e com as crianças não é diferente. Nesse sentido, diversos autores apontam que a dificuldade em lidar com situações sociais, como falar em público, interagir com colegas ou enfrentar conflitos interpessoais, pode favorecer o desenvolvimento de quadros ansiosos, especialmente em crianças com repertórios sociais limitados ou com histórico de punições em interações sociais:

Crianças com distúrbios de ansiedade se mostram excessivamente preocupadas com seus afazeres, com seu estado de saúde e com o tempo disponível para realizar suas tarefas. Além disso, tais preocupações são acompanhadas de irritabilidade, tensão muscular, crítica excessiva e dificuldade de concentração. Uma outra característica ocorre nos relacionamentos, observando-se maior frequência de brigas e diminuição de encontros sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 20).

Diante disso, o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) configura-se como uma estratégia de

intervenção eficaz para o desenvolvimento de repertórios sociais deficitários, promovendo a aquisição de comportamentos pró-sociais mais funcionais. Caballo (2003, p. 181) ressalta que “o THS encontra-se entre as técnicas mais potentes e mais frequentemente utilizadas para o tratamento dos problemas psicológicos, para a melhoria da efetividade interpessoal e para a melhoria geral da qualidade de vida”.

Nesse sentido, o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) pode contribuir significativamente para a redução de sintomas ansiosos associados a situações sociais. Em muitos casos, essa diminuição ocorre de forma indireta, à medida que novos comportamentos mais adaptativos são adquiridos e gradualmente substituem respostas anteriormente mantidas pela ansiedade. Dessa forma, os comportamentos socialmente habilidosos passam a ser funcionalmente incompatíveis com padrões de esquiva ou inibição, frequentemente observados em quadros ansiosos (CABALLO, 2003).

Nesse sentido, a competência social atua como um fator protetivo fundamental para o desenvolvimento infantil saudável, uma vez que, ao ampliar o repertório comportamental, a criança passa a demonstrar maior aptidão para lidar com situações estressantes e imprevisíveis. Esse funcionamento adaptativo pode se manifestar, por exemplo, “em maior senso de humor, empatia, habilidades de comunicação, de resolução de problemas, autonomia e comportamentos direcionados a metas previamente estabelecidas” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 17).

Em síntese, as habilidades sociais representam um componente essencial para o ajustamento psicológico e social da criança. A partir de uma perspectiva analítico-comportamental, é possível identificar déficits funcionais nesse repertório e desenvolver intervenções baseadas em análise funcional e contingências de reforço, como o Treinamento de Habilidades Sociais. Investir no desenvolvimento dessas habilidades desde a infância é, portanto, uma estratégia clínica e preventiva com potencial de impacto positivo ao longo de todo o ciclo vital.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo relatar e analisar um caso clínico atendido no contexto do Estágio Obrigatório em Psicologia Clínica, utilizando os fundamentos da Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI) e estratégias do Treinamento de Habilidades Sociais (THS). A proposta consiste em compreender os fatores que mantêm os comportamentos ansiosos e os déficits de habilidades sociais em uma pré-adolescente, bem como descrever o processo terapêutico conduzido a partir da análise funcional do comportamento, com foco na ampliação do repertório interpessoal e na redução dos sintomas ansiosos. Ao fazer isso, busca-se não apenas ilustrar a aplicação clínica dos princípios da Análise do Comportamento na infância, mas também evidenciar os efeitos da intervenção sobre o desenvolvimento emocional e social da cliente.

5 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso clínico qualitativo, baseado na prática profissional

supervisionada no contexto do Estágio Obrigatório em Psicologia Clínica, realizado na clínica-escola da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Os atendimentos ocorreram em consultório reservado, com duas poltronas e ambiente adequado à escuta clínica, garantindo privacidade e confidencialidade.

O estudo apresenta o caso clínico de uma pré-adolescente de 12 anos, é do sexo feminino, estudante do ensino fundamental, e reside com os pais e uma irmã de três anos. Apresentava queixas de ansiedade e déficits no repertório de interação social. Foram realizadas 18 sessões de psicoterapia, com duração média de 50 minutos, ao longo de sete meses, ancoradas na Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI). As sessões envolveram acolhimento, avaliação, coleta de informações e intervenções terapêuticas.

Na primeira sessão foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o cumprimento dos princípios éticos, inclusive o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo à continuidade do atendimento psicológico. Por se tratar de uma menor de idade, o termo foi entregue e assinado por um de seus responsáveis legais. Também estava apresentado no TCLE a solicitação de uso dos dados para fins acadêmicos e científicos, resguardando o sigilo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CASO

As sessões iniciais tiveram como objetivo principal compreender a queixa com maior profundidade e reunir informações sobre a história de vida da cliente. A adolescente relatou que seus sintomas ansiosos, como taquicardia, movimentos repetitivos, preocupações excessivas e sensação de falta de ar, se intensificaram no período de retorno às aulas após período da Pandemia COVID19. A exposição ao contexto escolar evocava respostas respondentes e operantes relacionadas à ansiedade. Nas sessões, a cliente descrevia a escola como um ambiente novo, com interações sociais distintas daquelas às quais estava acostumada, o que gerava desconforto e evitação.

Ao contextualizar o caso no período do desenvolvimento humano, observa-se que a pré-adolescência representa uma fase de transição entre a infância e a adolescência, em que os papéis sociais se ampliam e exigem repertórios comportamentais mais sofisticados. No entanto, o amadurecimento físico e psíquico nem sempre acompanha o desenvolvimento das habilidades sociais, o que pode levar o indivíduo a manifestar sintomas ansiosos diante de situações novas para as quais ainda não possui repertório adequado.

5.2 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Diante disso, o presente estudo adotou o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) como estratégia terapêutica para o manejo da ansiedade. O objetivo principal do THS foi promover a ampliação do repertório interpessoal da cliente, de modo a reduzir seus sintomas ansiosos frente às interações sociais.

Para isso, foram realizadas avaliações clínicas com base em entrevistas e aplicação de questionário

elaborado para esse caso específico, a fim de identificar as competências sociais deficitárias que deveriam ser trabalhadas durante o processo terapêutico. Com base nessa análise, identificaram-se déficits em três principais classes de habilidades sociais: comunicação, civilidade e enfrentamento.

A partir dessas informações, foi possível estruturar um programa de treinamento específico e vivencial, voltado ao desenvolvimento dessas habilidades, com intervenções adaptadas ao contexto da cliente e à sua faixa etária.

6 CASO CLÍNICO: FORMULAÇÃO COMPORTAMENTAL

6.1 HISTÓRIA DE VIDA

Clara, nome fictício, 12 anos, 7º ano do ensino fundamental de uma escola pública localizada no município de Porto Velho-RO. Reside em imóvel próprio na zona leste da cidade, com seus pais e sua irmã de 3 anos. Sua família é de classe média, sendo que sua mãe é contadora e o seu pai é motorista de supermercado.

A mãe procurou o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal de Rondônia, no segundo semestre de 2022 relatando sobre a recorrência de crises ansiosas (movimentos repetitivos, choro, respiração ofegante) nos últimos meses. A responsável atribui esses comportamentos ao período de adolescência, citando o fato dos primeiros ciclos menstruais recentes, e mencionou histórico de ansiedade na família.

Foram realizadas 18 sessões de psicoterapia ancoradas na Terapia Analítico- Comportamental infantil (TACI), com duração de 50 minutos, no período de sete meses. Em relação aos atendimentos, 14 foram individuais com a cliente, 1 compartilhada com presença da mãe e 4 foram apenas com a mãe. Os atendimentos ocorreram em uma sala mobiliada com duas poltronas, uma estante, quadros e plantas decorativas, e, também, na sala de ludoterapia, mobiliada com uma mesa, quatro cadeiras, lavatório, decorada com brinquedos diversos, tapete colorido e almofadas

Familiar. Clara nasceu em Porto-Velho. Sua gravidez não foi planejada, e no momento em que a gravidez foi descoberta, os pais de Clara estavam envolvidos em um relacionamento desaprovado pelos avós maternos. A descoberta da gravidez resultou em várias mudanças, e a mãe relatou ter enfrentado dificuldades em se ver como "mãe" e ter passado boa parte da infância de Clara agindo como uma "irmã mais velha". Clara foi amamentada até o primeiro ano de idade, pois sua mãe a considerava muito grande para continuar mamando. Após oito anos do nascimento de Clara, seus pais decidiram ter mais um filho, uma menina. Os avós paternos residem em Porto Velho, a avó materna atualmente mora na mesma cidade, estando divorciada do avô.

Escolar. Clara sempre tirou boas notas e demonstrou conduta exemplar no ambiente escolar. Ela mudou de escola apenas uma vez, do ensino infantil para o ensino fundamental. Essa mudança ocorreu em

2021, durante o período da pandemia de COVID-19, o que impossibilitou a realização de aulas presenciais, substituindo-as pelo ensino remoto. O isolamento social durante a pandemia afetou as interações de Clara, principalmente no momento de adaptação à nova escola. A cliente mencionou que durante a pandemia teve poucas interações sociais com pessoas fora do círculo familiar. Ao retornar às aulas presenciais, Clara percebeu dificuldades em fazer amizades e em se comunicar com pessoas fora do seu círculo social. Por isso, boa parte da queixa da cliente advém do ambiente escolar, principalmente devido à sua dificuldade em se comunicar de forma eficaz e assertiva.

Rotina. A rotina de Clara começa às 06h da manhã, quando ela acorda, se arruma e seus pais a levam para a escola. A cliente relatou que não costuma tomar café da manhã. Na escola, ela possui cinco aulas de matérias diferentes e geralmente fica até meio-dia. Sua mãe sai do trabalho para buscá-la e levá-la para casa. O almoço costuma ser com a mãe, Clara e a sua irmã mais nova, visto que o pai trabalha em período integral. A família não costuma almoçar juntos à mesa, cada um se serve e se senta em lugares distintos. Na parte da tarde, Clara geralmente assiste filmes com a mãe, ajuda nos afazeres domésticos, joga videogame, realiza atividades ou brinca com os primos. No período da noite, a cliente assiste televisão, toma banho e janta sozinha. O jantar costuma ser “leve”, sendo a tapioca mencionada como uma opção de refeição que segue a dieta estabelecida pela mãe. A mãe relatou que não há programações em família.

7 ANÁLISES FUNCIONAIS

Caballo (2003) discute o enfoque analítico-comportamental na compreensão da relação entre os comportamentos e suas consequências. Nessa perspectiva, o comportamento é concebido como a manifestação observável das habilidades sociais (HS), sendo analisado a partir de elementos molares e moleculares durante o processo de avaliação dessas competências.

As consequências desempenham papel central na análise funcional das HS, uma vez que contribuem para a manutenção ou extinção dos comportamentos emitidos. Segundo o autor, “as consequências podem ter uma série de fontes, incluindo as reações sociais, as emoções, os acontecimentos ambientais, os fatores fisiológicos e as cognições” (CABALLO, 2003, p. 114).

O processo de avaliação e treinamento das habilidades sociais, fundamentado na abordagem analítico-comportamental, pode ser conduzido em cinco etapas: (1) análise das situações, (2) enumeração de respostas, (3) avaliação das respostas, (4) desenvolvimento do formato de avaliação e (5) avaliação instrumental (CABALLO, 2003).

A seguir, nos Quadros 1 e 2, são apresentadas as análises funcionais dos comportamentos-problema da cliente Clara. Essas análises foram elaboradas a partir dos relatos da própria cliente, das informações fornecidas por sua mãe e das observações realizadas pela terapeuta ao longo do processo terapêutico.

7.1 OPERACIONALIZAÇÃO DA QUEIXA RELACIONADA A INTERAÇÕES SOCIAIS

Quadro 1.1 Análise funcional molecular dos comportamentos de “Conversar, expressar sentimentos e opiniões”

Antecedente	Respostas	Consequências	Processos	Efeito
Conflitos Com o pai/ Situações precisa de ajuda	Conversar,	Pai invalida suas opiniões	P+	Tristeza
	Expressar Sentimento e opiniões	Mãe acolhe e dá atenção	R+	Alegria
		Pai demonstra pouco interesse	Extinção	Frustração
		Permanece com dificuldades em ser assertiva	P-	Frustração

R+, reforço positivo. P+, punição positiva. P-, punição negativa.

Quadro 1.2 Análise funcional molecular do comportamento de “Pedir presente da avó”

Antecedente	Respostas	Consequências	Processos	Efeito
Avó paterna compra presentes somente para a irmã mais nova	Pedir um presente da avó também	Avó comenta que ela já é “grande”	P+	Tristeza
	Não ganha o presente	Mãe briga dizendo que ela não deve ficar pedindo coisas da sua avó	P+	Raiva
		Não ganha o presente	Extinção	Frustração

P+, punição positiva.

Quadro 1.3 Análise funcional molecular do comportamento de “Falar sobre seus próprios sentimentos”

Antecedente	Respostas	Consequências	Processos	Efeito
Estar triste e as pessoas ao seu redor perguntar o que ela está sentindo	Falar sobre seus próprios sentimentos	Pais comentam que o que ela sente é frescura	P+	Tristeza
		Primo valida seus sentimentos	R+	Validação emocional
		Permanece confusa sobre seus sentimentos	Extinção	Dúvida e Confusão emocional

P+, punição positiva. R+, reforço positivo. P-, punição negativa

Quadro 1.4 Análise funcional molecular do comportamento de “Pedir para a amiga resolver a situação por ela”

Antecedente	Respostas	Consequências	Processos	Efeito
Situações de conflito com colegas de turma na Escola.	Pedir para a amiga a situação por Ela.	Evita se expor e falar algo	R-	Alívio
		Amiga resolve seus problemas	R+	Satisfação
		Permanece com dificuldade em enfrentar as situações do dia-a-dia	P-	Frustração

R-, reforço negativo. R+, reforço positivo. P-, punição negativa.

Quadro 1.5 Análise funcional molecular do comportamento de “Iniciar/manter/finalizar conversas”

Antecedente	Respostas	Consequências	Processos	Efeito
Ambiente com pré-adolescentes que sua mesma faixa etária.	Iniciar/manter finalizar	Travar e não conseguir falar	P+	Raiva
	Conversas.	Fugir e se esconder	R-	Alívio
		Permanece com dificuldade de iniciar/manter/finalizar	P-	Frustração

P+, punição positiva. R-, reforço negativo. P-, punição negativa

Quadro 1.6 Análise funcional molecular do comportamento relacionado a demandas e cobranças escolares

Antecedente	Respostas	Consequências	Processos	Efeito
Demandas/ cobranças na escola.	Sair mais cedo da aula e voltar para casa/ Chorar/	Atenção e carinho da mãe	R+	Sensação de acolhimento
	Desabafar sobre o que está sentindo.	Evita expor o baixo repertório resolutivo	R-	Alívio
		Pais a buscam na escola e levam para casa	R-	Alívio
	Respondente: crises de ansiedade - movimentos repetitivos, choro, falta de ar).	Permanece com o baixo repertório comportamental	P-	Frustração

R+, reforço positivo. R-, reforço negativo. P-, punição negativa

A análise funcional molecular dos dados coletados apresentados nos Quadros acima revela, de forma sistemática e precisa, o impacto das contingências ambientais sobre o repertório comportamental de uma pré-adolescente em processo terapêutico. A partir de uma abordagem analítico-comportamental, fica evidente que os comportamentos emitidos pela cliente, tanto os problemáticos quanto os desejáveis, são função direta de sua história de interações reforçadoras, punitivas e de extinção.

O Quadro 1.1, ao sistematizar os quatro tipos clássicos de processos operantes (reforçamento e punição, positivos e negativos), fornece a base conceitual essencial para a análise das contingências descritas nos demais quadros. A partir desse modelo, é possível compreender por que determinados comportamentos foram mantidos (por reforço) e porque outros foram enfraquecidos ou desapareceram (por extinção ou punição).

A análise do Quadro 1.2 aprofunda essa compreensão ao apresentar, com exemplos clínicos, como diferentes tipos de consequências ambientais influenciam não apenas a probabilidade futura de uma resposta, mas também a produção de eventos privados — sentimentos como vergonha, frustração e ansiedade. Essa abordagem é coerente com a concepção skinneriana de que eventos privados são comportamentos passíveis de análise funcional (SKINNER, 2003), e que sentimentos não são causas, mas produtos de interações contingenciais.

No Quadro 1.3, observamos uma tentativa da cliente de expressar seus sentimentos. A resposta encontra reforço positivo em um contexto e punição em outro — criando uma situação de ambivalência e confusão emocional. Essa oscilação entre reforço e punição dificulta a consolidação de repertórios de autoexpressão, e favorece padrões evitativos. É uma ilustração clara do fenômeno de generalização limitada, em que o reforço não é consistente o suficiente para manter o comportamento em contextos variados.

Os quadros subsequentes (1.4 a 1.6) exemplificam a aplicação desses princípios em situações relacionais mais complexas. No Quadro 1.4, a cliente tenta resolver um conflito amoroso, mas é recebida com esquiva ou rejeição. Essa contingência funciona como extinção e punição para a resposta de enfrentamento, levando ao fortalecimento de padrões de evitação, uma dinâmica típica de relações coercitivas (SIDMAN, 1989).

No Quadro 1.5, após reflexões terapêuticas, a cliente toma uma iniciativa relacional. Entretanto, a resposta do parceiro (recusa) funciona como contingência de extinção, uma vez que não há reforço natural para o comportamento desejado. Isso evidencia um dos maiores desafios da clínica analítico-comportamental: a generalização e manutenção de repertórios adquiridos em sessão para ambientes externos, que frequentemente são menos reforçadores ou até punitivos (BAUM, 2005).

Por fim, o Quadro 1.6 aprofunda a análise ao descrever uma situação de rejeição dupla, ausência de resposta (extinção) e rejeição explícita (punição), frente a uma iniciativa sexual. Essa combinação de consequências aversivas gera não apenas a supressão do comportamento, mas uma retração afetiva generalizada, com impacto direto na autoimagem e no desenvolvimento de repertórios de intimidade e sexualidade.

Ao longo de todos os quadros, observa-se uma consistência nos padrões ambientais a que a cliente está exposta: tentativas de aproximação, expressão emocional e resolução de conflitos são sistematicamente ignoradas, punidas ou não reforçadas. Essa história de contingências estabelece um ambiente relacional punitivo e pouco responsivo, que seleciona respostas de evitação, inibição e retraimento emocional.

Em suma, os dados apresentados nos Quadros evidenciam que a Análise do Comportamento não se limita a oferecer ferramentas de descrição e classificação, mas atua como uma lente explicativa poderosa para compreender a gênese e a manutenção de repertórios complexos, incluindo sentimentos, padrões relacionais e respostas evitativas.

Quadro 2: Análise molar do padrão de baixa competência sociais.

Comportamentos que caracterizam	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que fortalecem o padrão	Consequências que enfraquecem o padrão
- Dificuldade de Iniciar/manter/fin alizar conversas	- Interações pouco reforçadoras com a família	- Poucos momento de interação com a família	- Não precisa se expor em situações conflituosas	- Poucas amizades - Pouco contato social
- Dificuldade de agir diante de situações conflituosas	- Os pais geralmente não reforçavam comportamentos resolutivos	- Pouca interação com pessoas da sua idade -	- Evita críticas sobre seu desempenho social	- Não consegue socializar com pessoas da sua mesma faixa etária
- Fala somente o necessário em situações sociais	- Pai não é assertivo (modelo)	- Pais e amigos resolvem os problemas por ela	- Sensação temporária de segurança ao evitar desconforto social e emocional	- Falta de confiança em si mesma
- Dificuldade em compreender seus sentimentos	- Os pais costumam cobrar ações incompatíveis com a fase do desenvolvimento	- Familiares esperam um desempenho incompatível com a sua fase do desenvolvimento		- Autocobrança excessiva
- Dificuldade de pedir ajuda				
- Dificuldade em interagir com outras crianças	- Comparações constantes com outras pessoas	- Falta de motivação para atuar de forma apropriada nas situações		
- Preocupação excessiva com o que as pessoas pensam sobre ela	- Poucas interações sociais na pandemia			
- Preocupação excessiva sobre seu desempenho social				
- Evita se expor em situações sociais				

O Quadro 2 propõe uma análise funcional molar do repertório de habilidades sociais da cliente Clara, articulando seus comportamentos com a história de aquisição, os contextos mantenedores e as consequências associadas. Diferente da análise molecular, que foca em episódios específicos de interação (tríplices contingências pontuais), a análise molar observa padrões de comportamento ao longo do tempo, considerando os efeitos acumulados das contingências sobre grandes unidades de ação.

A análise molar de Clara revela que a baixa competência social dela é menos uma falha individual e

mais um produto legítimo de contingências prolongadas de esquiva, ausência de reforço e expectativas desproporcionais. A mudança exige uma reconfiguração dessas contingências, promovendo não apenas novos comportamentos, mas novos contextos de reforçamento. Só assim será possível romper o ciclo da evitação e construir, com Clara, um repertório mais flexível, funcional e socialmente significativo.

7.2 DEMANDA

Ao longo dos atendimentos, percebeu-se o repertório comportamental reduzido, principalmente no quesito de habilidades sociais. Além disso, foi possível identificar a dificuldade em descrever eventos privados.

7.3 OBJETIVO TERAPÊUTICO

Com base nas análises funcionais moleculares e molares de Clara, foram definidas as metas terapêuticas que nortearam o processo terapêutico. O objetivo estabelecido diz respeito a ampliação do repertório de habilidades sociais da cliente, através do programa de Treinamento de Habilidades Sociais individual. Para potencializar os efeitos e generalizar as mudanças para o contexto extraconsultório, também foram realizadas orientação de pais e psicoeducação.

7.4 INTERVENÇÕES E PROCEDIMENTOS

Conforme mencionado, foram utilizados o suporte teórico e metodológico da TACI para embasar as intervenções. Para atingir o objetivo terapêutico, propôs-se a criação de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais para trabalhar os déficits comportamentais.

Visando identificar quais classes de habilidades sociais deveriam ser aprimoradas, foram realizadas avaliações que consistiram na aplicação de questionário adaptado e entrevista semi-estruturada. Foram identificadas as seguintes classes: comunicação, assertividade, resolução de problemas e civilidade, que estão dispostas no quadro 3, a seguir:

Quadro 3: Classes de Habilidades Sociais trabalhadas no programa de THS.

Treinamento Individual de Habilidades Sociais	
<i>Categoria</i>	<i>Treino específico</i>
Comunicação	- Iniciar, manter e finalizar conversas - Verbal, não-verbal e paralinguístico - Passiva, agressiva e assertiva
Assertividade	- Emitir opiniões e defender seus próprios direitos - Fazer e recusar pedidos, solicitar ajuda
Resolução de problemas	- Tomar decisões - Lidar com estresse - Resolver conflitos cotidianos
Civildade	- Cumprimentar e se despedir em situações sociais

O programa individual foi construído através de seis encontros semanais somados à psicoterapia que consistiram no ensino de comportamentos específicos, perpassando por treinos, objetivando incluí-los no repertório comportamental da cliente. Para isto, foram utilizadas as técnicas para a aquisição de comportamentos (modelação e instrução), representação (ensaio comportamental), consolidação do comportamento específico (feedback e autoavaliação) e para a generalização em contexto extra-consultório (tarefas para casa) (CABALLO, 2003)

8 DISCUSSÃO

A análise do caso clínico de Clara, realizado sob os fundamentos da Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI), permitiu compreender, de forma funcional, a relação entre os comportamentos emitidos e as contingências que os mantinham. A partir da análise funcional, foi possível identificar que os sintomas ansiosos relatados pela cliente estavam intimamente associados a contextos sociais escolares, especialmente situações que exigiam exposição, iniciativa ou enfrentamento interpessoal. Tais demandas exigiam um repertório comportamental que Clara ainda não possuía de forma consolidada, evidenciando déficits importantes em classes de habilidades sociais como comunicação, civildade e enfrentamento.

Conforme apontam Del Prette e Del Prette (2001; 2005; 2017), a competência social na infância está diretamente associada a indicadores de ajustamento psicossocial, como autonomia, empatia, responsabilidade e habilidades de resolução de conflitos. No caso de Clara, os déficits em habilidades sociais limitavam sua capacidade de responder de forma funcional a exigências cotidianas, especialmente no ambiente escolar, onde frequentemente se sentia exposta e ansiosa. A ansiedade, nesse contexto, funcionava como uma resposta tanto respondente quanto operante, sendo mantida por contingências de esquiva e reforço negativo, a evitação de situações sociais desconfortáveis produzia alívio imediato, reforçando sua manutenção.

Além disso, os relatos da mãe revelaram um ambiente familiar com padrões de superproteção e pouca exposição da criança a situações que exigissem autonomia social. Isso possivelmente contribuiu para um repertório empobrecido, uma vez que a aprendizagem de habilidades sociais depende de oportunidades de modelação, reforço e prática em contextos naturais. O papel da família, nesse sentido, mostrou-se crucial não apenas para a gênese do repertório social de Clara, mas também como fator de sustentação das intervenções realizadas, especialmente por meio da adesão da mãe às orientações terapêuticas.

Caballo (2003) destaca que as habilidades sociais devem ser analisadas de maneira funcional e contextual, levando em conta as contingências sob as quais os comportamentos são emitidos. No caso analisado, Clara apresentava dificuldades em iniciar conversas, recusar pedidos, expressar sentimentos e manter contato ocular em interações interpessoais, repertórios frequentemente requeridos no cotidiano escolar. Esses déficits estavam associados a consequências aversivas experimentadas anteriormente, como críticas, punições verbais ou ausência de reforço positivo, levando à evitação de situações semelhantes.

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) adotado durante a intervenção teve como foco a modelagem e o reforço diferencial de novos comportamentos, promovendo a substituição de padrões desadaptativos por respostas mais funcionais. A escolha dessa estratégia baseou-se em evidências empíricas de sua eficácia na redução de sintomas ansiosos e na ampliação do repertório social de crianças com dificuldades semelhantes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; MATOS; FALCONE, 2005). O uso de estratégias lúdicas, role-playing e tarefas para casa mostrou-se eficiente para evocar, reforçar e generalizar os novos comportamentos em diferentes contextos.

Durante o processo terapêutico, observou-se que Clara passou a relatar maior segurança ao interagir com colegas e professores, maior iniciativa em atividades em grupo e redução na emissão de respostas fisiológicas associadas à ansiedade (como taquicardia e tremores). Além disso, desenvolveu maior habilidade de auto-observação, sendo capaz de descrever seus estados emocionais com mais clareza e de relacioná-los com eventos contextuais, o que ampliou o acesso a conteúdos relevantes para o trabalho clínico.

A análise do repertório comportamental de Clara permitiu compreender a ansiedade não como uma entidade interna ou patológica isolada, mas como um conjunto de respostas aprendidas em função da história de reforçamento da cliente. Dessa forma, a intervenção não teve como foco a "eliminação da ansiedade", mas a substituição funcional de respostas ineficazes por comportamentos mais adaptativos, promovendo, como consequência, a diminuição da sintomatologia ansiosa.

Além do impacto direto no desempenho social de Clara, destaca-se o efeito colateral positivo sobre sua autoestima e autoconfiança. O acesso a reforçadores sociais naturais, como elogios, aceitação e vínculos afetivos, retroalimentou a emissão dos novos repertórios, sustentando as mudanças alcançadas no processo terapêutico.

Por fim, é importante ressaltar que, embora os resultados obtidos no caso clínico de Clara tenham sido bastante positivos, trata-se de uma intervenção pontual e contextualizada. Assim, seus efeitos não devem ser generalizados sem cautela. A continuidade do acompanhamento psicológico e o fortalecimento da rede de apoio familiar e escolar são elementos fundamentais para a manutenção dos ganhos terapêuticos e para a prevenção de recaídas.

Esse estudo também evidencia a importância da atuação do terapeuta como agente de análise e intervenção funcional, capaz de identificar as variáveis que mantêm o comportamento e propor estratégias coerentes com os princípios da Análise do Comportamento. A atuação em parceria com a família, a escuta ativa da criança e a constante avaliação das contingências se mostraram elementos centrais para o sucesso da intervenção.

Assim, reafirma-se o potencial da TACI, associada ao THS, como abordagem efetiva para lidar com queixas relacionadas à ansiedade infantil e dificuldades interpessoais, oferecendo intervenções baseadas em evidências e ancoradas em princípios científicos sólidos, com impactos significativos na qualidade de vida da criança.

9 CONCLUSÃO

Com base na análise do caso clínico de Clara, observou-se que a Terapia Analítico- Comportamental Infantil (TACI), aliada ao Treinamento de Habilidades Sociais (THS), mostrou-se eficaz na ampliação do repertório interpessoal da cliente e na redução dos sintomas ansiosos inicialmente apresentados. Os objetivos terapêuticos foram alcançados por meio da identificação funcional das contingências envolvidas, o que possibilitou a substituição de comportamentos disfuncionais por respostas mais adaptativas, socialmente habilidosas e reforçadoras.

A atuação baseada nos princípios da Análise do Comportamento demonstrou que a ansiedade infantil pode ser compreendida não como um estado interno ou patológico isolado, mas como um conjunto de respostas aprendidas e mantidas por variáveis ambientais ao longo da história de vida da criança. Ao intervir sobre essas contingências, o processo terapêutico favoreceu mudanças duradouras, refletidas em maior autoconfiança, autoestima e engajamento social da cliente.

Destaca-se ainda a importância da participação ativa da mãe, cuja adesão às orientações clínicas contribuiu significativamente para a consolidação dos ganhos terapêuticos. Mesmo diante da ausência paterna, o envolvimento da figura materna atuou como um facilitador para a generalização dos comportamentos aprendidos em sessão para os contextos naturais da criança.

Contudo, este estudo apresenta limitações metodológicas importantes, como o fato de tratar-se de um único caso clínico e da ausência de instrumentos psicométricos validados para avaliação objetiva do repertório comportamental da cliente. Tais limitações restringem a possibilidade de generalização dos

resultados e indicam a necessidade de cautela na interpretação dos dados.

Além disso, dificuldades clínicas foram enfrentadas ao longo do processo, como a oscilação no engajamento da cliente, interferências ambientais imprevisíveis (como ausência escolar e conflitos familiares) e o manejo de expectativas dos cuidadores em relação ao ritmo das mudanças terapêuticas. Tais aspectos reforçam a importância do planejamento clínico flexível e da constante revisão das estratégias à luz da análise funcional.

Para estudos futuros, sugere-se a replicação da intervenção com diferentes perfis de clientes, bem como a aplicação do THS em formato grupal, o que pode favorecer a aprendizagem por modelação e ampliar as oportunidades de reforço social. Outra possibilidade relevante seria a realização de acompanhamentos longitudinais para verificar a manutenção dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo e identificar variáveis que favorecem ou dificultam a consolidação das mudanças.

Dessa forma, este trabalho não apenas reforça a eficácia clínica da TACI aliada ao THS, como também contribui para a formação de terapeutas comprometidos com uma prática embasada em evidências, sensível ao contexto e eticamente orientada, valorizando a escuta da criança e a análise precisa das contingências que moldam seu comportamento.

REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, A. B.; HAYDU, V. B. História da psicoterapia comportamental. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psi I, 1998.
- BAUM, W. M. *Compreender o Behaviorismo: Comportamento, Cultura e Evolução*. Artmed Editora, 2005.
- BICHARA, I. D. Brincadeiras de meninos e meninas: Segregação e estereotipia em episódios de faz-de-conta. *Temas da Psicologia da SBP*, 9 (1), 19-28, 2001.
- BORGES, N. B. B; CASSAS, F. A. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CABALLO, V. E. (1999). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Editora Santos, p. 361-398, 1999.
- CABALLO, V. E. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Editora Santos, 2003.
- CÂNDIDO, G. V; FERREIRA, T. A. S. Terapia Analítico-Comportamental: reflexões sobre a sistematização de uma prática. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 30(1), 139-157, 2022.
- DE QUEIROZ, L. B.; DE MEDEIROS, F. H. Possibilidades da Análise Funcional do Comportamento Verbal para a Prática Clínica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, v. 13, n. 2, p. 143-154, 2022.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DEL PRETTE, G. *Terapia analítico-comportamental infantil: relações entre o brincar e comportamentos da terapeuta e da criança*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática* (2ª ed.). Petrópolis: Vozes, 2005.
- FARIAS, A. K. C. R. *Análise comportamental clínica. Aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- FERREIRA, J. A. S.; SANTOS, A. B.; MATOS, M. A.; MOURA, D. M.; RODRIGUES, M. E. *Psicoterapia analítico-comportamental: fundamentos e aplicações clínicas*. Edufpi, 2017.
- FERREIRA, T. A. S.; SANTOS, F.; MATOS, J.; MOURA, M.; RODRIGUES, S. Qual o Objetivo da Análise do Comportamento Clínica? *Acta Comportamentalia*, Vol. 25, N. 3, pp. 395-410, 2017.
- GUILHARDI, H. J. *Conceitos e técnicas da terapia analítico-comportamental*. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR), 2012.



GUILHARDI, H. J. Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil. *Trabalho apresentado no XXI Encontro da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, Curitiba, 2012.*

LEONARDI, J. L. O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas* [online]. vol.6, n.2, pp. 119-131. ISSN 2177-3548, 2015.

LEONARDI, J. L. *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

LUCENA-SANTOS, P.; OLIVEIRA, M. S.; PINTO-GOUVEIA, J. *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

MATOS, D.; FALCONE, E. M. O. Treinamento de habilidades sociais para crianças. In: DEL PRETTE, Z. A. P., DEL PRETTE, A. (Orgs.). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Vozes, 2005.

MEDEIROS, C. A. Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 105- 118, 2002.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MOURA, C. B.; GROSSI, R.; HIRATA, P. Análise funcional como estratégia para a tomada de decisão em psicoterapia infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 26, p. 173-183, 2009.

NAVES, A. R. C. X.; ÁVILA, R. R. Formulação comportamental na terapia analítico-comportamental infantil. In DE-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; L. B. NERY (Orgs.), *Teoria e Formulação de casos em Análise Comportamental Clínica* (pp. 131-163). Porto Alegre: Artmed, 2018.

NENO, S. Análise Funcional: Definição e aplicação na Terapia Analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, V (2), 151-165, 2003.

SANTOS, V. A.; PITANGA, A. V. *Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Práticas Criativas do Terapeuta no Atendimento com Crianças*. Ed. Juruá, 2022.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Editorial Psy, 1989. SKINNER, B. F. *O Comportamento Verbal*. Cultrix, 1978.

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano*, 2003.

SKINNER, B.F. *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix, 1974.

TODESCHINI, M. E. C. *Clínica infantil analítico-comportamental: um olhar sobre a prática*. São Paulo: Roca, 2007.

TODOROV, J. C. O conceito de contingência tríplex na análise do comportamento humano. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 1, 140 -146, 1985, 1985.



VANDENBERGHE, L. A prática e as implicações da análise funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 4, n. 1, p. 35-45, 2002.

WATSON, J. A psicologia como o behaviorista a vê. *Temas em Psicologia*, v. 16, n. 2, 2008.

REFLEXÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DA DATURA STRAMONIUM E DA TETRODOTOXINA (TTX) EM CERIMÔNIAS VODOUS NO HAITI: UMA ABORDAGEM BASEADA NA NEUROFARMACOLOGIA, NA MEDICINA TRADICIONAL CARIBENHA E NA QUÍMICA MEDICINAL E ANALÍTICA

REFLECTIONS ON THE USE OF DATURA STRAMONIUM AND TETRODOTOXIN (TTX) IN VODOU CEREMONIES IN HAITI: AN APPROACH BASED ON NEUROPHARMACOLOGY, TRADITIONAL CARIBBEAN MEDICINE AND MEDICINAL AND ANALYTICAL CHEMISTRY

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-003>

Sebastião Lacerda de Lima Filho

Doutorando em Medicina Translacional pelo PPGMDT/NPDM-UFC. Bacharelado em Biomedicina pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci. Pós-Graduando em Medicina Legal pela Universidade Prominas. Bacharel, mestre e doutor em Arqueologia com estágio de Pós-doutorado em Antropologia/História. Coordenador da Reserva Técnica Arqueológica (RTA) e Pesquisador do LABBAT/NPDM-UFC.
E-mail: arqueologiasobradinho@gmail.com

Emmanuel Stéphane Laurent

Professeur à l'Université d'État d'Haïti. Académie National Diplomatique et Consulaire (ANDC), Haiti.
Doutorando em Antropologia – UnB.
E-mail: stephanelaurent95@gmail.com

Lovely Jeudy

Médica haitiana local, graduada pela Universidad Tecnológica de Santiago – UTESA, na República Dominicana. Diretora da Lovely Jeudy Foundation de Anse-à-Pitres, Haiti.
E-mail: jeudylove10@gmail.com

Ousco Penn

Médico haitiano local, graduado pela Universidad Tecnológica de Santiago – UTESA, na República Dominicana. Colaborador da Lovely Jeudy Foundation de Anse-à-Pitres, Haiti.
E-mail: penn_ousco@yahoo.com

Danielle S. Macedo

Professora do Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Faculdade de Medicina. Laboratório de Neuropsicofarmacologia e Psiquiatria Translacional, Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos – NPDM/UFC.
E-mail: danielle.macedoo@ufc.br

Islay Lima Magalhães

Licenciada e mestra em Química. Técnica de Laboratório/Fitoquímica no Laboratório de Química Medicinal do NPDM. Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Faculdade de Medicina/UFC.
E-mail: islaylm@ufc.br



Marcos Tadeu Ellery Frota

Médico Legista / Coordenador do Núcleo de Antropologia Forense (NUAF) da PEFUCE. Doutorando em Medicina Translacional pelo PPGMDT-NPDM/UFC. Pesquisador do Laboratório de Bioarqueologia Translacional (LABBAT) e Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

E-mail: werneckfrota@gmail.com

Allysson Allan de Farias

Biólogo formado pela UEPB. Mestre em Arqueologia pela UFPE. Doutor em Genética pela USP. Professor do PPGMDT em Medicina Translacional e Coordenador do Laboratório de Bioarqueologia Translacional (LABBAT), NPDM-UFC.

E-mail: allyssonallan@gmail.com

Manoel Odorico de Moraes Filho

Professor de Oncologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará – UFC. Coordenador do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos – NPDM/UFC. Pesquisador fundador do LABBAT/NPDM-UFC e Bolsista de Produtividade do CNPq Nível 1A.

E-mail: odorico@ufc.br

RESUMO

Este estudo visa compilar as possibilidades de pesquisa investigativa voltadas para a documentação e análise de plantas, elementos minerais e toxinas encontradas em animais, que podem ser integrados em práticas ritualísticas ou terapias alternativas do vodou haitiano e caribenho de forma mais abrangente. A pesquisa propõe algumas abordagens com base na neurofarmacologia, na medicina tradicional caribenha e nas potencialidades da química medicinal e analítica para a investigação da planta *Datura Stramonium* e da toxina Tetrodotoxina (TTX), que é encontrada no peixe baiacu da região. Este trabalho é parte de um projeto mais amplo em andamento na América Central, especialmente nas Antilhas, intitulado “*Projeto Vodou: investigações em Antropologia Cognitiva, Etnobotânica e Medicina Tradicional na Isla Hispaniola, mar do Caribe*”. Essa colaboração internacional reúne um variado grupo de pesquisadores de diversas disciplinas científicas que buscam gerar novos conhecimentos por meio de uma ciência colaborativa e holística.

Palavras-chave: Práticas Vodou; *Datura Stramonium*; Tetrodotoxina; Neurofarmacologia; Medicina Tradicional Caribenha; Química Medicinal e Analítica.

ABSTRACT

This study aims to compile investigative research opportunities focused on documenting and analyzing plants, mineral elements, and toxins found in animals that can be integrated into the ritualistic practices or alternative therapies of Haitian and Caribbean vodou more broadly. The research proposes various approaches based on neuropharmacology, traditional Caribbean medicine, and the potential of medicinal and analytical chemistry for investigating the plant *Datura Stramonium* and the toxin Tetrodotoxin (TTX), found in the region's puffer fish. This work is part of a larger project underway in Central America, particularly in the Antilles, entitled “*Project Vodou: Investigations in Cognitive Anthropology, Ethnobotany, and Traditional Medicine on Isla Hispaniola, Caribbean Sea.*” This international collaboration unites a diverse group of researchers from various scientific disciplines seeking to generate new knowledge through collaborative and holistic science.

Keywords: Vodou practices; *Datura Stramonium*; Tetrodotoxin; Neuropharmacology; Traditional Caribbean Medicine; Medicinal and Analytical Chemistry.

1 INTRODUÇÃO

Numerosos estudos sobre a religião, práticas e fenômenos associados ao vodou foram conduzidos desde o século XX no Caribe e em outras regiões do mundo (Hurbon, 1987, p. 16; Louis, 1999, p. 06; Lima Filho et al., 2023a; Lima Filho et al., 2024b). Essas pesquisas focaram na compreensão dos diversos processos que contribuíram para sua formação, desenvolvimento e disseminação, além de explorarem fenômenos culturais conectados, incluindo uma análise dos aspectos mágico-religiosos e o intrigante processo de *zumbificação*, amplamente documentado na cultura haitiana (Wade Davis, 1985a; 1988b; Horst, 1935). A propagação do vodou, em especial do vodou haitiano, nas Américas representa um fenômeno complexo, moldado por uma gama de fatores históricos, culturais e sociais (Mazama, 2023, p. 01; Mcalister, 2024, p. 01; Prospere & Gentini, 2013, p. 07-09; Louis, 1999, p. 09-10).

Em uma perspectiva global, o vodou tem suas origens na diáspora africana, que surgiu devido ao comércio de escravos transatlântico. Uma grande parte deles foi trasladada de diversos países da África Ocidental e Central para várias áreas das Américas, como as ilhas do Caribe, além de muitos que foram enviados para a América do Sul, especialmente para o Brasil (Mazama, 2023; Mcalister, 2024). Durante o período colonial, milhões de africanos foram trazidos para as Américas com a finalidade de serem escravizados e empregados em inúmeras atividades que visavam o fortalecimento das colônias que continuavam a expandir suas fronteiras no Novo Mundo (Klein & Vinson, 2015; Klein, 2006; Rodrigues, 2022).

Os grupos que migraram trouxeram suas tradições religiosas e práticas espirituais, que se fundiram com aspectos indígenas e europeus, resultando no que hoje conhecemos como Vodou Haitiano, presente na *Isla Hispaniola* (Hurbon, 1987, p. 20-25; Louis, 1999, p. 10; Laurent, 2020, p. 36; Mcalister, 2024). É fundamental ressaltar que o vodou não se restringe a uma religião exclusiva do Caribe ou do Haiti, pois suas raízes estão intimamente ligadas às práticas culturais de nações como Benim, Togo, Guiné, Nigéria, Gana, Burkina Faso e Costa do Marfim, por exemplo. Contudo, sua essência africana foi mantida nas Américas, enquanto diversos elementos locais foram sendo integrados, contribuindo para seu fortalecimento e disseminação pelo continente (Louis, 1999).

Observa-se que a disseminação do vodou em várias áreas do continente americano, a partir do final do século XVIII, coincidiu com os acontecimentos da Revolução Haitiana e suas consequências. Nesse período, ocorreu uma expressiva e ampla migração de haitianos para diferentes partes das Américas, abrangendo nações como República Dominicana, Cuba, Jamaica, Porto Rico, Guiana, Guadalupe, Estados Unidos e Brasil. Juntamente com eles, levaram suas práticas religiosas como um meio de preservar e reforçar sua identidade cultural, incluindo o vodou nesse cenário (Mazama, 2023, p. 01; Mcalister, 2024, p. 01; Hurbon, 1987, p. 20-32).

Em diversos países da América, o vodou haitiano – por ter uma estrutura mais abrangente, antiga e claramente definida – se misturou a outras tradições espirituais, como o catolicismo e as religiões africanas tradicionais. Essa fusão deu origem a novas expressões de religiosidade que modificaram aspectos de sua configuração original, especialmente quando comparada ao vodou praticado no Haiti, particularmente nas áreas rurais do país (Mcalister, 2024). Um exemplo é Cuba, onde o vodou haitiano impactou o surgimento da santería. No Brasil, essa influência contribuiu para o desenvolvimento da umbanda e do candomblé, que se consolidaram como religiões de base africana.

A ampliação do vodou como religião, prática ou fenômeno mágico-religioso pode ser compreendida pelo processo migratório e por diversos fatores que o impulsionam, como a instabilidade política, catástrofes naturais e a busca por melhores condições econômicas e sociais (Mazama, 2023, p. 01; Mcalister, 2024, p. 01; Prospere & Gentini, 2013, p. 09; Louis, 1999, p. 09-10; Hurbon, 1987, p. 16).

Este trabalho não tem a intenção de explorar essas questões em profundidade, pois não se concentra numa análise do contexto histórico, social e cultural do vodou nas Américas. O intuito aqui é apenas esclarecer alguns pontos que devem ser considerados para uma melhor compreensão dessa religião.

O objetivo principal deste estudo e das discussões apresentadas é propor caminhos para investigações futuras mais detalhadas, nas quais disciplinas como neurofarmacologia, medicina tradicional, assim como química medicinal e analítica, possam oferecer uma base sólida para reflexões mais fundamentadas e confiáveis.

O biólogo e geneticista Allysson A. Farias, PhD (2024), em uma conversa particular, nos recomendou que

“É fundamental considerar em investigações futuras a análise de como as práticas de cura vodou foram incorporadas ou examinadas em ambientes clínicos convencionais. Isso poderia destacar a capacidade das abordagens tradicionais em complementar tratamentos contemporâneos. Uma investigação nesse sentido poderia evidenciar a validação científica de remédios herbais e métodos de cura tradicionais. Também, é viável delinear possíveis ou já existentes parcerias entre antropólogos, curandeiros e pesquisadores da medicina translacional. Tais colaborações são importantes para aprofundar a compreensão e adaptar o conhecimento tradicional a métodos médicos que sejam seguros, eficazes e aceitáveis para ambos os sistemas de crenças” (Allysson Farias – Comunicação Pessoal, 2024).

Essas recomendações estão alinhadas com os objetivos de construção e pesquisa no contexto da religião vodou, especialmente no Haiti e em outras áreas do Caribe.

Na fase atual deste estudo, nossa hipótese é que o uso ritual da *Datura stramonium* e da Tetrodotoxina (TTX) no vodou haitiano pode estar ligado a mudanças neurofisiológicas e neuropsicológicas nos praticantes. Isso pode ocorrer tanto durante a ingestão de refeições específicas preparadas para os rituais, como as porções e banhos associados, quanto durante a incorporação dos loas (lwas) – entidades

sagradas ligadas ao mundo divino e à natureza. Esses efeitos psicoativos podem induzir estados alterados de consciência, experiências espirituais intensificadas e alterações na percepção sensorial e fisiológica.

Partindo dessa suposição como um método de desenvolvimento empírico do saber e da investigação, identifica-se como questão central a ideia de que o vodou haitiano é uma prática espiritual que incorpora o uso de elementos naturais, como plantas e venenos de animais, em seus rituais e cerimônias, devido à sua conexão essencial com a natureza e o meio ambiente. A ligação com o sagrado e com as forças divinas presentes na natureza é um dos pilares que sustentam o vodou em diferentes regiões do mundo.

No que diz respeito à *Datura Stramonium*, comumente referida como estramônio, trombeta-dos-anjos, figueira do diabo e figueira das alucinações (Castaneda, 2009), essa planta é reconhecida globalmente, incluindo no Haiti, por suas características alucinógenas e tóxicas. Ela está associada a rituais espirituais e religiosos em diversas culturas, abrangendo algumas tradições afro-caribenhas, como o vodou haitiano (Le Térmoïn, 2023). Por outro lado, a Tetrodotoxina (TTX) é uma neurotoxina presente em determinados peixes, como o baiacu, que é comumente encontrado nas águas do Caribe, e também se acredita que tenha aplicações tradicionais em certas práticas do vodou haitiano (Davis, 1983). Essa substância é famosa por sua capacidade de provocar paralisia muscular e, em quantidades elevadas, até mesmo a morte (Santana Neto et al., 2010; Nascimento et al., 2019). Contudo, o uso ritual da tetrodotoxina e seus efeitos neurofarmacológicos sobre os adeptos do vodou haitiano ainda permanecem pouco explorados (Baudouin et al., 2024; Antonio, 2022).

Dessa forma, a questão a ser explorada é se a exposição aos efeitos da *Datura Stramonium* e da Tetrodotoxina (TTX) durante rituais e eventos do vodou afeta o sistema nervoso central dos praticantes, e se isso está relacionado a estados de consciência alterados, experiências espirituais intensificadas ou outras manifestações neuropsicológicas, levando ao que é comumente descrito como indivíduos em estado de catalepsia (ou catatonia) (Davis, 1988; Baudouin et al., 2024; Antonio, 2022). Anualmente, centenas de casos são reportados às autoridades haitianas, enquanto algumas dezenas também são notificadas na República Dominicana, por exemplo (Guercio, 1986).

Dessa forma, este estudo se revela fundamental não somente para um entendimento mais profundo das práticas rituais do vodou haitiano, mas também para analisar os possíveis riscos à saúde enfrentados pelos praticantes e para descobrir abordagens que possam minimizar esses riscos, utilizando tanto a medicina tradicional quanto outras áreas do saber científico que possam colaborar.

2 O VODOU HAITIANO E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA TRADICIONAL CARIBENHA: UMA SÍNTESE

A medicina tradicional caribenha, conforme abordado por Calixte Clerismé (1985), é fundamentalmente voltada para a criação de tratamentos eficientes para enfermidades que afetam

indivíduos ou coletivos em uma comunidade ou sociedade. Nos contextos da medicina tradicional caribenha e em outras partes da América Central, os principais enfoques envolvem uma combinação de práticas e elementos indígenas, africanos e influências europeias. Essa fusão de saberes e tradições transmitidos ao longo das gerações proporciona contribuições significativas para a saúde e o bem-estar das comunidades locais (Clerismé, 1985, p. 03-08; Romain, 1975, p.06).

A medicina tradicional dos países caribenhos utiliza extensivamente plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças e condições de saúde. Muitas dessas plantas possuem propriedades terapêuticas reconhecidas e são empregadas na produção de remédios naturais e benefícios para a saúde (Herskovist, 1937). Além do uso dessas plantas, a medicina tradicional caribenha recorre a várias técnicas de cura natural, como imersões em ervas, compressas, massagens e inalações com vapor. Tais práticas costumam ser baseadas em saberes transmitidos de forma oral ao longo dos anos, adaptando-se às necessidades e recursos locais (Bibeau; Corin & Buganza, 1977). Muitas dessas abordagens reconhecem a relação estreita entre mente, corpo e espírito na preservação da saúde e no tratamento de enfermidades. Frequentemente, esses procedimentos incluem elementos espirituais, rituais e cerimônias com o intuito de cultivar o equilíbrio e o bem-estar integral (Romain, 1975; Bibeau; Corin & Buganza, 1977; Clerismé, 1985; Herskovist, 1937).

Observa-se que essa forma de tratamento médico, ao contrário da medicina convencional ocidental e científica, adota uma perspectiva holística em relação à saúde. Essa abordagem leva em conta não só os sinais físicos de uma enfermidade, mas também fatores emocionais, sociais e espirituais. Isso pode envolver a busca por equilíbrio com a natureza, a comunidade e os antepassados como parte do processo de cura (Clerismé, 1985).

Dentro desse contexto, o vodou haitiano tem criado diversos métodos fitoterápicos que contribuem para o bem-estar de seus seguidores e da sociedade. Os houngans, bokors, mambos e caplatas, que atuam como sacerdotes e sacerdotisas da religião vodou, desempenham uma função significativa nesse processo e na formulação de terapias. Enquanto muitos desses métodos já foram registrados por diferentes estudiosos, existem outros ainda não explorados ou documentados (Romain, 1975; Bibeau; Corin & Buganza, 1977; Clerismé, 1985; Herskovist, 1937).

Assim, observa-se que o saber sobre as práticas da medicina tradicional caribenha é frequentemente repassado de forma oral de uma geração para outra. Esse processo contribui para a preservação das tradições culturais e do conhecimento local acerca das propriedades das plantas medicinais, das técnicas de cura e dos rituais que lhes são associados. No vodou haitiano, por exemplo, existem diversos compostos e elementos utilizados para variados tipos de tratamento. Cada sacerdote, de acordo com suas crenças e loas (lwás), além da disponibilidade de recursos, tende a desenvolver um tratamento particular para cada

enfermidade ou condição de saúde que acomete o paciente (Clerismé, 1985, p. 03-08; Romain, 1975, p.06; Herskovist, 1937, p. 23).

Desse modo, a medicina tradicional do Caribe está profundamente conectada ao meio ambiente e frequentemente integra métodos que são particulares às condições e recursos de uma área específica. Isso abrange a utilização de vegetais locais e abordagens ajustadas às exigências da comunidade (Lima Filho et al., 2023). Em síntese, os fundamentos, o apoio e a configuração geral da medicina tradicional caribenha proporcionam um vasto e diversificado conjunto de saberes e práticas que complementam a medicina convencional, favorecendo a saúde e o bem-estar das populações locais.

2.1 APONTAMENTOS INVESTIGATIVOS A PARTIR DA NEUROFARMACOLOGIA E DA QUÍMICA MEDICINAL E ANALÍTICA

A neurofarmacologia possui diversas áreas de aplicação, especialmente devido à sua relevância na análise dos efeitos das substâncias nas células e no sistema nervoso humano (Rang et al., 2015; Brunton, 2017). Além disso, seu papel em identificar como os mecanismos de ação dos medicamentos influenciam o sistema nervoso é fundamental para o entendimento de várias patologias, pesquisas clínicas e temas médicos relacionados (Cooper & Roth, 2003, p. 04; Silva, 2010, p. 02).

Esta investigação propõe que a neurofarmacologia, juntamente com a química medicinal e analítica, pode contribuir para a análise de informações relacionadas ao vodou haitiano. Isso ocorre porque essas disciplinas podem oferecer sugestões sobre os componentes biológicos e químicos que fundamentam as práticas e rituais do vodou, por meio da coleta e análise de amostras durante os rituais, por exemplo. É importante destacar que diversas práticas vodous utilizam plantas e substâncias psicoativas para provocar estados alterados de consciência, especialmente em rituais de transe e possessão espiritual, como a incorporação dos loas (lwas) (Hurston, 1938; Davis, 1983; Lima Filho, 2023). A neurofarmacologia pode explorar os impactos dessas substâncias no cérebro humano, incluindo seus efeitos sobre neurotransmissores, receptores e circuitos neurais ativados (Cooper & Roth, 2003).

Por outro lado, a química medicinal e analítica pode ser aplicada na identificação e análise dos compostos ativos encontrados em plantas e substâncias empregadas no vodou haitiano, como a *Datura Stramonium* (conhecida como pepino zumbi ou concombres zumbi), a trepadeira das visões, e especialmente a Tetrodotoxina (TTX) (Antonio, 2022).

Certamente, isso oferecerá uma compreensão sobre os mecanismos pelos quais esses compostos atuam e sua possível eficácia no tratamento de condições médicas ou espirituais, a partir de pesquisas rigorosas e testes confiáveis. Além disso, por meio de uma série de ensaios tanto pré-clínicos quanto clínicos, a neurofarmacologia e a química medicinal podem analisar a eficácia e a segurança de várias práticas vodou que utilizam substâncias naturais (Baudouin et al., 2024). Isso pode ajudar a corroborar o

uso tradicional dessas substâncias e promover o desenvolvimento de novos tratamentos fundamentados em evidências sólidas, as quais são descritas e exploradas à luz do conhecimento científico contemporâneo, incluindo a aplicação de tecnologias avançadas para estudar esses compostos e as toxinas associadas (Silva, 2010, p. 10).

A pesquisa sobre os impactos neurofarmacológicos de práticas vodou ligadas à cura espiritual pode fornecer informações significativas sobre os processos que fundamentam a eficácia dessas abordagens. Isso pode englobar a análise de como os rituais de cura influenciam os sistemas neurais associados à resposta ao estresse, à dor e à saúde mental (Cooper & Roth, 2003; Nestler, 2017; Zarranz, 2011).

Dessa forma, considerando os saberes acumulados, a neurofarmacologia e a química medicinal podem auxiliar na criação de novas terapias ou medicamentos que se inspirem nas práticas dos sacerdotes do vodou, que atuam como curandeiros em suas comunidades e, na maioria das vezes, possuem um aprofundado entendimento da realidade ecológica e natural em que vivem (Clerismé, 1985). Isso pode envolver a descoberta de substâncias naturais com propriedades terapêuticas ou a formulação de métodos terapêuticos fundamentados em rituais tradicionais (Herskovist et al., 1957).

Entretanto, é fundamental conduzir essa investigação com uma abordagem que considere a diversidade cultural e aspectos éticos, respeitando as crenças e tradições das comunidades voduístas do Haiti, assim como assegurando o consentimento esclarecido dos envolvidos na pesquisa. Além disso, é importante estabelecer uma colaboração autêntica e respeitosa com os adeptos do vodou haitiano, valorizando seu conhecimento e sua sabedoria tradicional milenar (Lima Filho et al., 2023, p. 08-15; Louis, 1999).

No que diz respeito à expansão do conhecimento investigativo, a química analítica pode ter um papel relevante na análise de dados associados ao vodou haitiano. Isso se aplica especialmente ao exame das composições químicas de substâncias utilizadas em rituais, como ervas medicinais, plantas, resinas, óleos, minerais e outros materiais. Com a química analítica, é possível conduzir investigações e identificar compostos químicos específicos, recorrendo a técnicas como espectrometria de massa, cromatografia gasosa (GC) e cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC) (Ferreira et. al., 2022). Essas metodologias podem ser empregadas para identificar e quantificar compostos químicos presentes em alimentos, poções, preparados, venenos, antídotos, banhos e outros elementos relacionados ao vodou haitiano. Entre os compostos que podem ser analisados estão alcaloides, terpenos, flavonoides e outros compostos bioativos (Montanari, 2019; Ferreira et. al., 2022; Skoog, et. al., 2014).

As contribuições da química analítica também abrangem o fornecimento de dados e informações acerca da origem geográfica de plantas e materiais empregados em rituais vodous, facilitando o rastreamento de sua proveniência e autenticidade (Harborne, 1998). Com isso, é possível avaliar a eficácia

dos remédios tradicionais usados nesses rituais, identificando os compostos principais que promovem seus efeitos terapêuticos (Skoog et al., 2014; Montanari, 2019).

Por último, embora disponhamos de diversas abordagens para a coleta, organização, análise e supervisão dos dados obtidos, é fundamental salientar que áreas como neurofarmacologia, etnobotânica, etnografia, antropologia cognitiva, a medicina tradicional do Caribe (haitiana) e, naturalmente, a química medicinal e analítica, devem agir com bom senso e sensibilidade cultural. Isso inclui o respeito pelas tradições religiosas e práticas espirituais das comunidades envolvidas, o que é um princípio ético e moral na construção do conhecimento científico em qualquer disciplina e em qualquer lugar do mundo. A colaboração com praticantes da região, como sacerdotes e curandeiros, bem como com especialistas locais e regionais, é fundamental para assegurar uma abordagem que seja integrada, consistente e culturalmente adequada na análise das informações sobre o repertório do vodou haitiano e caribenho. Essa interação, por sua vez, representa tanto desafios quanto oportunidades para enriquecer o conhecimento científico em um contexto global.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mencionado teve como objetivo elaborar uma síntese das diversas maneiras de empregar a interdisciplinaridade científica na análise dos aspectos e componentes do patrimônio cultural da religião vodou. Além disso, buscou destacar algumas direções para pesquisas que explorem o vodou haitiano, considerando diferentes áreas do conhecimento de maneira integrada e interdisciplinar.

O estudo revelou as direções e recomendações oferecidas pela neurofarmacologia, pela medicina tradicional caribenha, com ênfase na prática haitiana, além das potencialidades colaborativas provenientes da química medicinal e analítica. Foi abordada a análise da planta *Datura Stramonium* (conhecida como pepino zumbi ou concombres zumbi) e da toxina Tetrodotoxina (TTX), que é encontrada no peixe baiacu da região. O trabalho ainda sugeriu a investigação de uma erva referida pelos nativos da área de fronteira entre Haiti e República Dominicana como *trepadeira* das visões.

É fundamental enfatizar que este trabalho, apresentado sob a forma de síntese, integra uma pesquisa e um projeto mais amplo que está sendo desenvolvido na América Central, especialmente nas Antilhas, conforme mencionado ao longo deste artigo. Dessa forma, essa investigação internacional reúne um variado grupo de pesquisadores de diversas disciplinas científicas, empenhados em gerar novos dados para o estudo da religião, prática ou fenômeno do vodou, tanto haitiano quanto caribenho. Além disso, tem operado com uma abordagem colaborativa e holística na América Latina, voltando-se para questões relacionadas à saúde.

É importante perceber que as diversas áreas do conhecimento podem trazer valiosas contribuições para o avanço da pesquisa na América Central. De maneira resumida, observa-se que a integração da neurofarmacologia, da medicina tradicional caribenha e das análises da química medicinal em relação aos

dados sobre o vodou haitiano pode proporcionar um conjunto de informações consistentes, além de refletir e sugerir abordagens sobre tratamentos, aprimoramentos, curas e outros aspectos que envolvem o uso de elementos naturais nas práticas do vodou.

A investigação da Tetrodotoxina (TTX) e da *Datura Stramonium*, por exemplo, requer uma abordagem que integra diferentes disciplinas, utilizando métodos de áreas como química medicinal (fitoquímica), farmacologia (neurofarmacologia), toxicologia, antropologia cognitiva, botânica, etnobotânica e medicina tradicional. Esse estudo abrange e sugere diversas possibilidades, incluindo o isolamento e a identificação dessas substâncias; a caracterização estrutural; análises do ponto de vista farmacológico; a avaliação de suas propriedades tóxicas; e a conexão com investigações etnobotânicas, além de considerar a dinâmica das interações. Isso envolve não apenas as interações entre a Tetrodotoxina, a *Datura Stramonium* e outros compostos em sistemas biológicos, mas também potenciais interações com fármacos ou substâncias administradas simultaneamente.

Finalmente, é importante levar em conta os achados de pesquisas anteriores para avaliar os riscos e benefícios potenciais associados ao uso da Tetrodotoxina e da *Datura Stramonium*, além da trepadeira das visões e de diversos elementos e compostos empregados nas práticas ritualísticas e mágico-religiosas do vodou haitiano. Dessa forma, busca-se estabelecer comparações com outras aplicações em contextos variados, como a medicina tradicional caribenha em um sentido mais amplo, práticas religiosas comuns a outras vertentes ou grupos de voduístas diferentes do Haiti, que estão presentes em outras áreas do Caribe, além de investigar seu uso em atividades recreativas.

Apesar de o potencial de atuação ser vasto, é fundamental direcioná-lo corretamente e expressá-lo de maneira coerente, visto que cada campo de estudo apresentado demanda uma mescla particular de abordagens e práticas para se entender plenamente suas características, impactos e usos ao longo de diferentes períodos. Dessa forma, estabelecemos uma direção e um percurso. Com isso, é imprescindível seguir investigando!

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam sua gratidão aos colegas pesquisadores do Haiti, República Dominicana, Jamaica, Cuba, Porto Rico, Guadalupe e Brasil, pelas valiosas sugestões e pela contínua troca de conhecimentos. Muitas das contribuições desses estudiosos serão incluídas no livro (e-book) sobre o “Projeto Vodou”. Agradecemos também ao etnobotânico canadense, Prof. Dr. Wade Davis, que pioneiramente abriu caminhos para esse tipo de pesquisa no Haiti, ainda na década de 1980. Por fim, nossos sinceros agradecimentos à embaixada do Haiti em Santo Domingo (República Dominicana) pelas informações e diretrizes fornecidas, à Fondation Dr. Lovely Jeudy e à Croix-Rouge Haitienne (Cruz Vermelha Haitiana), das localidades de Anse-à-Pitres e Thiotte, pelo suporte e orientações fundamentais em suas regiões.

REFERÊNCIAS

- ANTONIO, Cristiano. Tetrodotoxin: the poison of puffer fish. Emergency Live Magazine. Italy, Dec. 2022. Disponível em: <https://www.emergency-live.com/health-and-safety/tetrodotoxin-the-poison-of-puffer-fish/>
- BAUDOIN, Robin; HANS, Stéphane; MAILLY, Marie; CHARLIER, Philippe. Is tetrodotoxin intoxication the cause of "zombi voice" in Haiti? In. *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 281(12): 6253-6259, 2024 Dec.
- BIBEAU, G., CORIN, E. Y BUGANZA, M. 1977. Méde- en el Séminaire de Mopti, Direction Nationale cine traditionnelle au Zaire. Fonctionnement ac-de la Recherche sur la Pharmacopée et la Métuel et Contribution potentielle aux Services de decine traditionnelle. Bamako, Mali, diciembre Santé. Centre de Médecine des Guérisseurs.
- BRUNTON, L. L., HILAL-DANDAN, R., & KNOLLMANN, B. C. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics (13th ed.). McGraw-Hill Education, 2017.
- CASTANEDA, Carlos. A erva do diabo, os ensinamentos de dom Juan. RJ, Nova Era, 2009.
- CLERISMÉ, Calixte. Medicina tradicional y moderna en Haiti. Boletim of Sanit Panamá 98 (5), 1985.
- COOPER, J. R., BLOOM F. E, Roth R. H. The Biochemical Basis of Neuropharmacology., Oxford University Press, UK, 2003.
- DAVIS, E. WADE. The Serpent and the Rainbow. Simon & Schuster, New York, 1985.
- _____. *Passages of darkness: The ethnobiology of the Haitian zombie*. Chapel Hill, N.C., and London: University of North Carolina Press, 1988.
- _____. Preparation of the Haitian zombi poison. *Botanical Museum Leaflets* 29 (2): 139–49, 1983b.
- FERREIRA, Elizabeth I. et. al. 2022. Fundamentos de química farmacêutica medicinal. Rio de Janeiro. Editora Manole Saúde; 1ª edição, 2022.
- GUERCIO, Gino Del. From the Archives: The Secrets of Haiti's Living Dead – A Harvard botanist investigates mystic potions, voodoo rites, and the making of zombies. USA, January-February issue of Harvard Magazine, 1986. Disponível em: <https://www.harvardmagazine.com/2017/10/are-zombies-real>
- HERSKOVIST, M. J. Life in a Haitian Valley. New Imprimerie de l'Etat. New York, A. Knopf. 1957.
- HURSTON, Zora N. Tell My Horse: Voodoo and Life in Haiti and Jamaica. USA. Amistad; Illustrated edition, 336p, 1938.
- HURBON, L. O Deus da resistência negra: o vodu haitiano. São Paulo: Paulinas, 1987.
- HARBORNE, J. B. Phytochemical Methods: A Guide to Modern Techniques of Plant Analysis (3rd ed.). Springer, 1998.
- KLEIN, Herbet S & VINSON III, Bem. A Escravidão Africana na América Latina e Caribe. Brasília. Editora UnB, 1ª edição. 438p, 2015.

KLEIN, Hebert S. O Tráfico de Escravos no Atlântico: novas abordagens para as Américas. Funpec, 1ª edição. 234p, 2006.

LAURENT, E. S. Droits de L'homme et Zombification en Haiti. Université D'état D'HAïti (UEH), Port-au-Prince, 2020.

LE TÉRMOIN. Le Concombre-zombi en Haïti : entre folklore et réalité botanique. Haiti, 2023. Disponível em: <https://letemoinhaiti.com/home/article/le-concombre-zombi-en-haiti-entre-folklore-et-realite-botanique/>

LIMA FILHO et. al. Nota sobre a utilização de *preparados, porções* e outros elementos farmacológicos: reflexões a partir da medicina tradicional caribenha e sua relação com rituais vodous na região de Anse-à-Pitres e Thiotte, sudeste do Haiti. Alagoas. Revista de Ciências Humanas Caeté, UFAL. (no prelo, 2024).

LIMA FILHO et. al. Nota preliminar sobre estudos iniciais de Etnobotânica e Antropologia Cultural no Sudeste do Haiti e na porção Sul da República Dominicana: documentação da prática Vodou e sua contribuição para Medicina Tradicional na *Isla Hispaniola*, mar do Caribe. Campina Grande. Revista Tarairiú. Periódico Científico do LABAP/UEPB, 2023.

LOUIS, A J. Le Vodou en Haiti. Bibliothèque Nationale du Canada, 1999.

MAZAMA, Ana. Lwa in the Vodou. Vodou: Definition, History, West African Vodun, & Facts. 2024. Encyclopaedia Britannica Inc. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/lwa-Vodou>

MCALISTER, E. A. Vodou: Definition, History, West African Vodun, & Facts. Encyclopaedia Britannica Inc. 2024. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/Vodou>

MONTANARI, Carlos A. Química Medicinal: métodos e fundamentos em planejamento de fármacos. São Paulo, FAPESP. 1ª edição, 2019.

NASCIMENTO, K. M. S. do, ALMEIDA, R. M., TEIXEIRA, M. L. B., SILVA, A. Y. de M., & VASQUEZ, K. L. Intoxicação alimentar por consumo de baiacu: relatos de casos no Brasil. *Anais do XI Encontro de Iniciação Científica da Estácio Amazônia*, 2019.

NESTLER, Eric J. et. al. Neurofarmacología Molecular: fundamentos de neurociencia clínica. 1ª edición en español, por: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L. Edificio Valrealty, 1.ª planta, Basauri, 17, Aravaca (Madrid), 2017.

SILVA, Penildon. Farmacologia. Ed. Guanabara Koogan University, 2010.

PROSPERE, R. & GENTINI, A. M. Voodoo in the Haitian symbolic universe. *Universitas Relações Internacionais*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 73-81, 2013.

ROMAIN, J. B. Plantes médicinales.. In: *Moeurs et Coutumes du Paysan haitien*. Port-au-Prince, 2, 1975.

RANG, H. P., DALE, M. M., RITTER, J. M., & FLOWER, R. J. Rang & Dale's Pharmacology (8th ed.). Elsevier, 2015.



RODRIGUES, Jaime. De Costa a Costa: escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860). Companhia das Letras, 2ª edição, 448p, 2022.

SANTANA NETO, P. de L., AQUINO, E. C. M. de, SILVA, J. A. da, AMORIM, M. L. P., OLIVEIRA JÚNIOR, A. E. de, & HADDAD JÚNIOR, V. Envenenamento fatal por baiacu (Tetrodontidae): relato de um caso em criança. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 43(1), 92-94, 2010.

SKOOG, Douglas, WEST, Donald, & HOLLER, James. Fundamentos de Química Analítica. Editora Cengage. Tradução da 9ª, p. 1088 páginas, 2014.

ZARRANZ, J. Neurofarmacología Contemporânea. Elsevier España, S.L.U.; 1ª edição (1º julho 2011), 368 pág, 2011.

INOVAÇÃO E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CAMINHOS PARA UM CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO**INNOVATION AND CHALLENGES IN PRIMARY HEALTH CARE: PATHS TOWARDS COMPREHENSIVE AND HUMANIZED CARE** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-004>**Alessandro Carvalho de Sousa**Homeopata pela Universidade Federal de Viçosa
Graduação Práticas Integrativas ComplementaresE-mail: alessandrohomeopata@yahoo.com.br**RESUMO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Este artigo objetiva refletir sobre as inovações implementadas no âmbito da APS e os desafios enfrentados na busca por um cuidado mais integral, equitativo e humanizado. A partir de revisão bibliográfica e análise de diretrizes do Ministério da Saúde, discutem-se estratégias de ampliação do acesso, valorização da equipe multiprofissional, uso de tecnologias e políticas intersectoriais. Conclui-se que a consolidação da APS como eixo estruturante da rede de atenção depende de investimentos contínuos, valorização do trabalho em equipe e escuta qualificada da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Inovação em Saúde; Cuidado Humanizado; SUS; Desafios na Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the preferred entry point to Brazil's Unified Health System (SUS). This article aims to reflect on the innovations implemented within PHC and the challenges faced in the pursuit of more comprehensive, equitable, and humanized care. Based on literature review and analysis of guidelines from the Ministry of Health, strategies for expanding access, valuing multidisciplinary teams, implementing technologies, and intersectoral policies are discussed. It is concluded that consolidating PHC as the structural axis of the care network depends on continuous investments, team appreciation, and active listening to the population.

Keywords: Primary Health Care; Health Innovation; Humanized Care; SUS; Health Challenges.



1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde e exerce papel central na coordenação do cuidado, na longitudinalidade e na integralidade das ações em saúde. Desde sua consolidação como estratégia prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS passou por transformações importantes, incorporando novas práticas e tecnologias, ao mesmo tempo em que enfrenta desafios estruturais. Este artigo busca analisar as frentes de inovação e os principais entraves que permeiam a efetivação de uma atenção primária resolutiva, humanizada e centrada nas necessidades da população brasileira.

2 PANORAMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A consolidação da APS no Brasil ganhou força com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que ampliou o acesso aos serviços de saúde e promoveu uma reconfiguração do modelo assistencial. Dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2024, mais de 75% da população brasileira estava coberta por equipes da ESF, refletindo avanços importantes. Contudo, desigualdades regionais, dificuldades de financiamento e carência de infraestrutura ainda persistem, limitando o pleno alcance dos princípios do SUS.

3 INICIATIVAS INOVADORAS NA APS

Entre as principais inovações incorporadas à APS, destacam-se a informatização das unidades básicas de saúde, o uso de prontuários eletrônicos e a telemedicina, especialmente fortalecida durante a pandemia de COVID-19. Além disso, ações intersetoriais com foco na promoção da saúde, como hortas comunitárias, grupos de apoio e educação em saúde, têm sido cada vez mais frequentes. A implementação de modelos de gestão participativa e a escuta ativa da comunidade fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários, promovendo maior efetividade nas ações.

4 DESAFIOS PERSISTENTES NA APS

Apesar dos avanços, diversos desafios comprometem a resolutividade da APS. Entre eles, destacam-se a rotatividade de profissionais, a sobrecarga das equipes, a ausência de infraestrutura adequada em muitas localidades e a dificuldade de acesso em regiões remotas. A desvalorização dos profissionais da APS e a fragmentação das ações entre os diferentes níveis de atenção também dificultam a continuidade do cuidado. O financiamento ainda aquém das necessidades reais compromete a expansão de serviços e a qualificação dos atendimentos.



5 PROPOSTAS E PERSPECTIVAS FUTURAS

A superação dos desafios da APS requer um planejamento integrado, investimentos permanentes e políticas de valorização profissional. O estímulo à formação de equipes multiprofissionais, a descentralização da gestão e a escuta da população são fundamentais. A incorporação de tecnologias, associada à humanização do atendimento, deve caminhar em paralelo à consolidação de políticas públicas sustentáveis, que garantam o direito à saúde com equidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS / FINAL CONSIDERATIONS

A Atenção Primária à Saúde é essencial para a estruturação de um sistema de saúde público forte, equitativo e centrado nas necessidades reais da população. As inovações tecnológicas e organizacionais devem ser acompanhadas de ações concretas de enfrentamento aos desafios históricos, valorizando os profissionais e os usuários do SUS. A construção de uma APS resolutiva, acessível e humanizada continua sendo um compromisso necessário para o fortalecimento da saúde pública no Brasil.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2004.

GIOVANELLA, L. et al. Atenção primária à saúde no Brasil: panorama atual e desafios. Saúde em Debate, v. 42, n. especial, p. 208-223, 2018.

HOMEOPATIA NO SERVIÇO PÚBLICO: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRATIVO NO SUS**HOMEOPATHY IN THE PUBLIC SERVICE: AN INTEGRATIVE CARE STRATEGY IN SUS** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-005>**Alessandro Carvalho de Sousa**Homeopata pela Universidade Federal de Viçosa
Graduação Práticas Integrativas Complementares
E-mail: alessandrohomeopata@yahoo.com.br**RESUMO**

A homeopatia é uma das Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas oficialmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006. Seu uso crescente em unidades básicas de saúde tem promovido o cuidado integral, centrado na pessoa e de baixo custo. Este artigo discute a importância da homeopatia no serviço público de saúde, destacando seu papel na humanização do cuidado, na redução da medicalização e na ampliação das possibilidades terapêuticas dentro do SUS. A pesquisa baseia-se em revisão bibliográfica e análise de políticas públicas, com ênfase na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Conclui-se que a ampliação da oferta de homeopatia na atenção básica contribui para um SUS mais plural, acolhedor e eficiente.

Palavras-chave: Homeopatia; Práticas Integrativas; SUS; Saúde Pública; Humanização.

ABSTRACT

Homeopathy is one of the Integrative and Complementary Practices officially recognized by Brazil's Unified Health System (SUS) since 2006. Its growing use in primary health care units has promoted integral, person-centered, and low-cost care. This article discusses the relevance of homeopathy in public health services, emphasizing its role in humanized care, reducing medicalization, and expanding therapeutic options within SUS. The study is based on a literature review and analysis of public policies, especially the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC). It concludes that expanding the provision of homeopathy in primary care contributes to a more inclusive, welcoming, and efficient public health system.

Keywords: Homeopathy; Integrative Practices; SUS; Public Health; Humanization.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira enfrenta desafios crescentes diante da complexidade das doenças crônicas, do uso excessivo de medicamentos alopáticos e da necessidade de abordagens mais humanas e integrativas. A homeopatia, reconhecida como prática integrativa e complementar pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 971/2006, insere-se como alternativa viável, eficaz e segura no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua adoção nos serviços públicos de saúde visa promover um cuidado mais integral, baseado na escuta qualificada e no respeito à singularidade do paciente. Este artigo objetiva discutir a importância da homeopatia no serviço público, destacando seus benefícios clínicos, sociais e econômicos, além de sua contribuição para a humanização do SUS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC)

Instituída em 2006, a PNPIC estabelece diretrizes para a inserção de práticas como homeopatia, fitoterapia, acupuntura, entre outras, nos serviços públicos de saúde. A política busca ampliar as opções terapêuticas ofertadas pelo SUS, promovendo um modelo de atenção mais integral e humanizado.

2.2 PRINCÍPIOS DA HOMEOPATIA

A homeopatia baseia-se na Lei dos Semelhantes e utiliza medicamentos ultradiluídos para estimular a reação vital do organismo. Sua abordagem considera o indivíduo como um todo, atuando sobre os aspectos físicos, emocionais e mentais, e se alinha aos princípios do SUS, especialmente a integralidade e a equidade.

3 A HOMEOPATIA COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO NO SUS

3.1 REDUÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO

A inserção da homeopatia em serviços públicos contribui para a diminuição do uso indiscriminado de medicamentos alopáticos e antibióticos. Estudos apontam que sua adoção reduz a medicalização e promove uma abordagem preventiva e educativa em saúde.

3.2 PROMOÇÃO DA HUMANIZAÇÃO

A consulta homeopática é caracterizada por maior tempo de escuta e por uma abordagem centrada na pessoa. Isso fortalece o vínculo com o usuário e atende às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), proporcionando um cuidado mais ético e compassivo.



3.3 EFETIVIDADE CLÍNICA E ECONÔMICA

Diversas experiências municipais demonstram que a homeopatia apresenta resultados positivos no tratamento de doenças respiratórias, dermatológicas, distúrbios emocionais, dores crônicas, entre outras. Além disso, promove economia ao sistema por reduzir internações, exames e uso de medicamentos convencionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A homeopatia, ao integrar o SUS como prática terapêutica reconhecida, contribui significativamente para o fortalecimento da atenção básica e para a efetivação de um cuidado centrado na pessoa. Sua adoção nas unidades de saúde promove a humanização do atendimento, reduz custos e amplia as possibilidades terapêuticas no serviço público.

É fundamental que gestores públicos reconheçam o potencial da homeopatia como política de saúde, incentivando sua implementação e expansão, como estratégia de promoção do cuidado integral e qualificado à população brasileira.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004.

MACHADO, C.; LUZ, M. T. A medicina e suas terapias: um olhar sociológico sobre a pluralidade médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 925-935, 2008.

ROCHA, A. L. A homeopatia no SUS: desafios e potencialidades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, 2017.

A SÍNDROME DE BURNOUT E A GESTÃO DE RISCOS OCUPACIONAIS: UMA ANÁLISE DA NR 01**BURNOUT SYNDROME AND OCCUPATIONAL RISK MANAGEMENT: AN ANALYSIS OF NR 01** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-006>**Reinaldo da Silva Thomé**

Possui graduação em Gestão Pública pelo Centro Universitário Internacional(2012), graduação em Tecnólogo Engenharia em Segurança do Trabalho pela Universidade Anhanguera de São Paulo(2023), especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral pela Faculdade Iguazu(2024) e especialização em Pós-Graduação de Engenharia em Segurança do Trabalho pela Universidade Anhanguera de São Paulo(2025).

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8413778291707095>**RESUMO**

A Síndrome de Burnout, também conhecida como esgotamento profissional, é uma condição psíquica resultante da exposição prolongada a estressores no ambiente de trabalho, afetando especialmente profissionais que lidam diretamente com o público, como os da saúde e educação. Este trabalho tem como objetivo compreender as causas, consequências e estratégias de enfrentamento da síndrome, destacando sua prevalência e impacto na qualidade de vida dos trabalhadores. A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica, utilizando autores como Freudenberger, Maslach, Dejours e Benevides-Pereira, entre outros, além de documentos e dados oficiais que evidenciam o avanço do adoecimento psíquico no contexto laboral. Os resultados apontam que o Burnout está fortemente associado a jornadas exaustivas, excesso de demandas, precarização das relações de trabalho e ausência de apoio institucional. Observou-se também uma crescente medicalização dos sintomas, o que muitas vezes encobre as raízes organizacionais do problema. A análise revelou que políticas públicas voltadas à saúde mental do trabalhador ainda são incipientes, sendo urgente o investimento em medidas preventivas, como a promoção de ambientes laborais saudáveis, valorização profissional e programas de acolhimento psicológico. Conclui-se que o combate ao Burnout exige uma abordagem multidisciplinar, que envolva desde mudanças na organização do trabalho até a reformulação de políticas sociais e trabalhistas, com vistas à preservação da saúde psíquica e da dignidade do trabalhador.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Riscos psicossociais; NR 01; Esgotamento profissional.**ABSTRACT**

Burnout Syndrome, also known as professional burnout, is a psychological condition resulting from prolonged exposure to stressors in the workplace, especially affecting professionals who deal directly with the public, such as those in the health and education sectors. This study aims to understand the causes, consequences and coping strategies of the syndrome, highlighting its prevalence and impact on workers' quality of life. The research was carried out by means of a bibliographical review, using authors such as Freudenberger, Maslach, Dejours and Benevides-Pereira, among others, as well as official documents and data that show the advance of psychological illness in the workplace. The results show that burnout is strongly associated with exhausting working hours, excessive demands, precarious working relationships and a lack of institutional support. A growing medicalization of symptoms was also observed, which often masks the organizational roots of the problem. The analysis revealed that public policies aimed at workers' mental health are still incipient and that there is an urgent need to invest in preventive measures, such as



promoting healthy working environments, professional development and psychological support programs. The conclusion is that combating burnout requires a multidisciplinary approach, ranging from changes in work organization to the reformulation of social and labour policies, with a view to preserving workers' psychological health and dignity.

Keywords: Burnout syndrome; Psychosocial risks; NR 01; Professional burnout.

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema central a Síndrome de Burnout e sua relação com a gestão de riscos ocupacionais à luz da Norma Regulamentadora nº 01 (NR 01), recentemente reformulada. O fenômeno do esgotamento profissional é abordado como uma resposta crônica aos estressores psicossociais no ambiente laboral, sendo especialmente recorrente em profissionais submetidos a jornadas intensas, pressões constantes e escassa valorização. A escolha do tema justifica-se pela crescente incidência da síndrome entre trabalhadores brasileiros, conforme revelado por estudos da ISMA-BR e da literatura científica, o que indica a urgência de estratégias preventivas e intervenções eficazes nas organizações. A hipótese levantada é a de que o reconhecimento legal do Burnout como doença ocupacional e a obrigatoriedade da gestão de riscos psicossociais pela NR 01 configuram um avanço importante na proteção à saúde mental dos trabalhadores, embora ainda sejam insuficientes frente à complexidade das causas da síndrome.

A metodologia adotada baseou-se em pesquisa bibliográfica e documental, com levantamento de autores clássicos e contemporâneos como Freudenberg, Maslach, Trigo, além de normativas legais e jurisprudências do TST. O trabalho está dividido em quatro partes.

A primeira parte se trata da caracterização da Síndrome de Burnout, abordando sua origem, definições clínicas e sintomas, conforme estabelecido na literatura científica. A segunda parte analisa o reconhecimento da síndrome como doença ocupacional, a partir da legislação previdenciária e trabalhista brasileira, destacando sua equiparação ao acidente de trabalho. A terceira parte discute a Gestão de Riscos Ocupacionais a partir da NR 01, evidenciando como a norma incorporou os riscos psicossociais ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR). Já a quarta e última parte apresenta medidas preventivas e boas práticas organizacionais, enfatizando o papel das empresas na promoção da saúde mental por meio de ações de apoio, revisão de carga de trabalho e fortalecimento da cultura organizacional.

Ao final, conclui-se que o enfrentamento da Síndrome de Burnout exige um esforço conjunto entre Estado, empresas e trabalhadores, promovendo ambientes de trabalho mais saudáveis, éticos e humanos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A SÍNDROME DE BURNOUT

Em 1953, o termo *Burnout* começou a ser utilizado após a publicação de Schwartz e Will, que relataram o caso conhecido como "Miss Jones", descrevendo o esgotamento emocional vivido por uma enfermeira psiquiátrica insatisfeita com sua profissão. Na década de 1960, o escritor Graham Greene abordou a temática em sua obra *A Burn Out Case*, narrando a história de um arquiteto que abandona sua carreira devido ao desencanto profissional. Um dos primeiros trabalhos científicos a respeito da síndrome foi desenvolvido pelo psicólogo Herbert J. Freudenberg, que, em 1974, publicou o artigo *Staff Burn- Out*,

no qual caracteriza o fenômeno como um “fogo interno” causado por intenso desgaste emocional e físico, afetando de maneira negativa o vínculo entre o indivíduo e seu ambiente de trabalho. O termo *Burnout* deriva da junção dos verbos em inglês *burn* (queimar) e *out* (apagar, esgotar), representando simbolicamente o colapso de energia e motivação (Franco, 2019).

Já a pesquisadora Christina Maslach, uma das maiores autoridades no estudo do estresse ocupacional, define a síndrome da seguinte forma.

[...] um fenômeno psicossocial que ocorre como resposta crônica aos estressores interpessoais advindos da situação laboral, uma vez que o ambiente de trabalho e sua organização podem ser responsáveis pelo sofrimento e desgaste que acometem os trabalhadores.

A mesma pesquisadora ainda caracteriza a Síndrome de Burnout em três dimensões ou subescalas:

(i) Exaustão Emocional (EE) - quando o profissional experimenta sentimentos de esgotamento ou esgotamento de energia; (ii) Despersonalização (DE) - quando ocorre o aumento da distância mental do emprego, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho de alguém; (iii) reduzida Realização Profissional (rRP) - resultante da baixa redução da eficácia profissional.

Para Trigo *et al.* (2007, p. 230):

[...] os indivíduos que estão neste processo de desgaste estão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Eles investem menos tempo e energia no trabalho fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência. Além de trabalharem menos, não trabalham tão bem. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas o indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste.

Pode-se dizer que trabalhadores acometidos pela Síndrome de Burnout tendem a demonstrar menor disposição para a inovação e apresentam sinais de esgotamento físico e mental, especialmente quando enfrentam tarefas que exigem criatividade e alto grau de envolvimento profissional.

A psicóloga Ana Maria Rossi, presidente da International Stress Management Association (ISMA) – seção Brasil, ressalta outro fator importante: pessoas afetadas pela síndrome frequentemente sentem que precisam ir contra seus próprios princípios e valores para alcançar sucesso na carreira.

Uma pesquisa realizada pela ISMA-BR, em 2016, com mil profissionais de diferentes áreas nas cidades de Porto Alegre (RS) e São Paulo (SP), revelou que 72% dos entrevistados relatavam estar sob estresse constante, sendo que 32% já apresentavam sintomas de Burnout. Entre os diagnosticados com a síndrome, 92% relataram sentir-se incapacitados para exercer suas atividades; 90% praticavam o chamado "presenteísmo" (quando o trabalhador está presente fisicamente, mas improdutivo); 49% estavam em estado depressivo; 97% declararam sofrer com exaustão extrema, sem forças físicas e emocionais para realizar tarefas rotineiras; e 91% manifestaram sentimentos de desesperança, solidão, raiva e impaciência.

Ao analisar a incidência por profissão, a pesquisa apontou que os trabalhadores da segurança pública lideram os índices de Burnout, seguidos por motoristas de ônibus urbano e controladores de tráfego aéreo. Em terceiro lugar, figuram os profissionais da saúde — principalmente enfermeiros e médicos — além de bancários, operadores de telemarketing e gestores corporativos.

No campo da saúde, destaca-se também o relatório *Medscape Physician Lifestyle Report*, publicado em 2015 com base em 20 mil entrevistas, que indicou que 46% dos médicos norte-americanos apresentavam sintomas de Burnout. As mulheres foram as mais impactadas, devido à sobrecarga decorrente da dupla ou até tripla jornada de trabalho, além da pressão para provar sua competência em um ambiente profissional ainda marcado pela desigualdade de gênero.

Segundo Trigo *et al.* (2013, p. 225), os principais sintomas da Síndrome de Burnout são a exaustão emocional e o afastamento afetivo, que se manifestam em diversas dimensões do cotidiano profissional.

[...] sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaléia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença deste muitas vezes desagradável e não desejada.

Segundo Carlotto *et al.* (2013), a Síndrome de Burnout apresenta um desenvolvimento gradual e contínuo, com o surgimento de diversos sintomas que, na maioria das vezes, não se manifestam simultaneamente, o que dificulta a identificação precoce do quadro clínico.

2.2 BURNOUT COMO DOENÇA DO TRABALHO

De acordo com o artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, considera-se acidente de trabalho aquele que ocorre durante o exercício de atividade laboral a serviço de uma empresa ou empregador doméstico, ou ainda no desempenho de funções por segurados indicados no inciso VII do artigo 11 da mesma norma, desde que resulte em lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução — seja ela permanente ou temporária — da capacidade para o trabalho. A mesma legislação, em seu artigo 20, equipara aos acidentes de trabalho as doenças ocupacionais, que se subdividem em dois tipos: a doença profissional, caracterizada como aquela provocada ou desencadeada pelo exercício de determinada atividade específica e que esteja incluída na relação oficial elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; e a doença do trabalho, entendida como aquela adquirida em razão de condições especiais em que o trabalho é desenvolvido, desde que tenha relação direta com essas condições (Brasil, 1991).

A equiparação entre doenças profissionais e doenças do trabalho com os acidentes de trabalho tem como finalidade principal viabilizar a concessão de benefícios previdenciários pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Em decisão proferida em sede de Recurso de Revista, o Tribunal Superior do

Trabalho (TST) também reconheceu a Síndrome de Burnout como equivalente a acidente de trabalho, com base no artigo 20 da Lei nº 8.213/91, para fins de responsabilização e indenização por danos morais. (Brasil, 1991).

As doenças profissionais, também chamadas de doenças típicas do trabalho, são aquelas que surgem em decorrência direta da atividade exercida pelo trabalhador ou das condições às quais ele está exposto em seu ambiente ocupacional. Nesses casos, há uma presunção legal do vínculo entre a enfermidade e a função desempenhada, sendo suficiente comprovar o adoecimento e o exercício da atividade correspondente. Por outro lado, as doenças do trabalho — conhecidas como atípicas — também têm origem no exercício profissional, porém não estão ligadas a uma ocupação específica. Elas resultam das circunstâncias em que o trabalho é realizado ou de fatores particulares do ambiente laboral. Nesse contexto, não há presunção do nexo causal, sendo necessário demonstrar a relação direta entre a doença e o trabalho executado. Considerando a complexidade e diversidade dos casos, o artigo 20, §2º, da Lei nº 8.213/91 estabelece que, mesmo na ausência de um rol exaustivo, é possível reconhecer o enquadramento dessas enfermidades como acidentes de trabalho, desde que haja vínculo com as condições especiais em que a atividade é desempenhada ou com a sua natureza. (Brasil, 1991).

O artigo 21, inciso I da Lei n. 8.213/91, ainda equipara o acidente do trabalho ao:

[...] acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação. (Brasil, 1991).

Dessa forma, sempre que a atividade laboral tiver participação, ainda que parcial, no surgimento ou agravamento de uma enfermidade — conforme prevê a Teoria da Concausa —, a situação poderá ser caracterizada como doença profissional, doença do trabalho ou até mesmo acidente de trabalho, mesmo que a condição clínica do empregado tenha origem em fatores degenerativos alheios ao ambiente ocupacional.

Com a publicação da Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999, o Ministério da Saúde passou a reconhecer oficialmente a Síndrome de Burnout como um dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho, classificando-a sob os códigos CID-10 Z56.3 (relativo ao ritmo de trabalho excessivo) e Z56.6 (outras dificuldades associadas ao trabalho físico e mental). Da mesma forma, o Decreto Federal nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que regulamenta a Previdência Social, incluiu esses transtornos na lista "B" do Anexo II, que trata dos agentes patogênicos responsáveis por doenças profissionais ou ocupacionais. Entre esses transtornos, consta a sensação de esgotamento extremo — também chamada de "Síndrome de Burnout" ou "Síndrome do Esgotamento Profissional" —, identificada pelo código Z73.0. (Brasil, 1991).

Posteriormente, o Decreto-Lei nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, passou a tratar a Síndrome de

Burnout como uma enfermidade ocupacional, equiparada ao acidente de trabalho. Isso permite o afastamento do trabalhador por meio da concessão do benefício de auxílio-doença, e garante a ele a estabilidade no emprego após o término do benefício, conforme estabelece o artigo 118 da Lei nº 8.213/1991, que regula os Planos de Benefícios da Previdência Social. Além disso, abre-se a possibilidade de o trabalhador pleitear, na Justiça do Trabalho, indenização por danos materiais e morais. Tal entendimento já foi adotado pelo Tribunal Superior do Trabalho, que atribuiu ao empregador a responsabilidade pelos danos físicos, psíquicos e emocionais causados ao empregado, com base nos artigos 5º, incisos V e X, e 7º, inciso XXVIII, da Constituição Federal. (Brasil, 1991).

SÍNDROME DE BURNOUT - OU - SÍNDROME DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL. GESTÃO POR ESTRESSE. RESPONSABILIDADE CIVIL DO EMPREGADOR. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. 2. DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. DECISÃO

DENEGATÓRIA. MANUTENÇÃO. O pleito de indenização por dano moral, estético e material resultante de acidente do trabalho e/ou doença profissional ou ocupacional supõe a presença de três requisitos: a) ocorrência do fato deflagrador do dano ou do próprio dano, que se constata pelo fato da doença ou do acidente, os quais, por si sós, agridem o patrimônio moral e emocional da pessoa trabalhadora (nesse sentido, o dano moral, em tais casos, verifica-se pela própria circunstância da ocorrência do malefício físico ou psíquico); b) nexos causal ou concausal, que se evidencia pelo fato de o malefício ter ocorrido em face das condições laborativas; c) culpa empresarial, excetuadas as circunstâncias ensejadoras de responsabilidade objetiva. Embora não se possa presumir a culpa em diversos casos de dano moral em que a culpa tem de ser provada pelo autor da ação, tratando-se de doença ocupacional, profissional ou de acidente do trabalho, essa culpa é presumida, em virtude de o empregador ter o controle e a direção sobre a estrutura, a dinâmica, a gestão e a operação do estabelecimento em que ocorreu o malefício. Registre-se que tanto a higidez física como a mental, inclusive emocional, do ser humano são bens fundamentais de sua vida, privada e pública, de sua intimidade, de sua autoestima e afirmação social e, nesta medida, também de sua honra. São bens, portanto, inquestionavelmente tutelados, regra geral, pela Constituição (art. 5º, V e X). Agredidos em face de circunstâncias laborativas, passam a merecer tutela ainda mais forte e específica da Constituição da República, que se agrega à genérica anterior (art. 7º, XXVIII, CF/88). (TST - 3ª Turma, DEJT 3/10/2014, AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA-AIRR, Ac. 13161120125030037, Rel. Min.

Mauricio Godinho Delgado).

2.3 A NR 01 E A GESTÃO DE RISCOS OCUPACIONAIS

A Norma Regulamentadora nº 01 (NR 01), atualizada pela Portaria nº 6.730/2020, estabelece as disposições gerais e o marco legal da Gestão de Riscos Ocupacionais no Brasil. Ela determina que toda organização deve implementar medidas de prevenção voltadas à segurança e à saúde dos trabalhadores, por meio da elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), que contempla a identificação de perigos, a avaliação de riscos e o controle de exposições nocivas no ambiente de trabalho. (TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO, 2015)

Com a introdução do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), a NR 01 amplia o foco da saúde do trabalhador, incorporando não apenas riscos físicos, químicos e biológicos, mas também os riscos psicossociais. Neste contexto, a Síndrome de Burnout — reconhecida oficialmente como uma enfermidade ocupacional — passa a integrar a lista de agravos que devem ser monitorados e prevenidos dentro das

organizações. A Portaria nº 1.339/1999 do Ministério da Saúde já havia incluído o Burnout entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, classificados sob os códigos CID- 10 Z56.3 e Z56.6. O Decreto nº 3.048/1999 também relaciona a síndrome na Lista “B” do Anexo II do Regulamento da Previdência Social, com o código Z73.0, referindo-se à “sensação de estar acabado”, expressão típica da Síndrome do Esgotamento Profissional. (TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO,2015)

A gravidade dessa condição levou, inclusive, à sua equiparação legal com o acidente de trabalho, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei nº 6.042/2007, o que permite ao trabalhador acometido solicitar o benefício de auxílio-doença, bem como a estabilidade provisória no emprego após a cessação do benefício, nos termos do artigo 118 da Lei nº 8.213/1991. O Tribunal Superior do Trabalho (TST), em diversas decisões, tem reconhecido a responsabilidade do empregador por danos físicos e emocionais sofridos pelo trabalhador, fundamentando-se nos artigos 5º, incisos V e X, e 7º, inciso XXVIII, da Constituição Federal, especialmente quando a empresa negligencia sua obrigação de prevenir riscos ocupacionais. (TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO,2015)

Portanto, a NR 01, ao exigir que empresas adotem um modelo sistemático de identificação e controle de riscos por meio do GRO e do PGR, impõe a elas o dever legal de atuar preventivamente, inclusive quanto aos riscos emocionais e mentais, como é o caso da Síndrome de Burnout. Tal avanço representa uma importante ferramenta para a promoção de ambientes de trabalho mais seguros, saudáveis e comprometidos com o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores.

2.4 MEDIDAS PREVENTIVAS E BOAS PRÁTICAS

A Síndrome de Burnout representa um dos principais desafios enfrentados pelas organizações contemporâneas. Para mitigar seus impactos, diversas estratégias têm sido propostas com o intuito de prevenir ou amenizar seus efeitos no ambiente de trabalho. Segundo Matos, Menezes e Nunes (2023), é essencial adotar medidas integradas que contemplem aspectos individuais e organizacionais, a fim de lidar de forma eficaz com esse esgotamento ocupacional.

Dentre as ações destacadas pelos autores, estão:

1. Promoção do equilíbrio entre vida pessoal e profissional: Estabelecer limites claros entre o trabalho e a vida fora dele é fundamental para evitar o desgaste mental. Medidas como incentivo à desconexão após o expediente, flexibilização da jornada e estímulo ao uso de férias regulares contribuem para a redução do risco de Burnout.
2. Fortalecimento do apoio social: Um ambiente que favoreça relações interpessoais saudáveis, pautadas na colaboração e empatia, reduz o sentimento de isolamento e aumenta a resiliência emocional dos trabalhadores.

3. Capacitação em técnicas de enfrentamento do estresse: Oferecer treinamentos em práticas como *mindfulness* e técnicas de relaxamento auxilia os colaboradores a lidar melhor com as pressões do cotidiano corporativo, prevenindo a exaustão emocional.
4. Autonomia e participação nas decisões: Quando os profissionais são envolvidos nos processos decisórios e têm mais controle sobre suas tarefas, há um aumento na sensação de pertencimento e realização, o que contribui para reduzir a despersonalização — um dos sintomas do Burnout.
5. Revisão das cargas de trabalho: Avaliar periodicamente as demandas atribuídas aos trabalhadores e redistribuí-las de forma justa é uma estratégia essencial para prevenir a sobrecarga e garantir um ambiente de trabalho mais sustentável.
6. Promoção de uma cultura organizacional positiva: Reconhecer conquistas, valorizar a criatividade e oferecer oportunidades de crescimento profissional são ações que elevam a satisfação no trabalho e ajudam a combater os sintomas do Burnout (Matos; Menezes; Nunes, 2023).

Além dessas práticas, é importante reconhecer que vivemos em um contexto onde a aceleração se tornou regra. A frase “Tudo é urgente e os prazos estão muito apertados sempre” expressa bem a pressão constante imposta pela rotina atual. Como observa Camargo, mesmo diante do esgotamento, é como se desacelerar fosse proibido — e essa cultura contribui diretamente para o adoecimento psíquico no ambiente de trabalho.

No caso de afastamentos por Burnout, é fundamental que o retorno do colaborador seja acompanhado de perto pelo setor de Recursos Humanos e pela liderança da equipe. Isso inclui a identificação e mitigação dos fatores estressores que contribuíram para o desenvolvimento da síndrome. Podem ser necessários ajustes na jornada, redistribuição de tarefas e suporte psicológico contínuo. Conforme destaca a Biblioteca Sebrae (2023), trabalhadores saudáveis não apenas apresentam melhor desempenho, como também desenvolvem habilidades como inteligência emocional, o que favorece a qualidade de vida e o desenvolvimento profissional.

3 CONCLUSÃO

A Síndrome de Burnout configura-se como um grave problema de saúde pública e laboral, diretamente relacionado à intensificação do trabalho, à pressão por desempenho e à precarização das relações profissionais. Ao longo deste trabalho, foi possível compreender que o esgotamento profissional não deve ser interpretado como um fenômeno isolado ou exclusivamente individual, mas como reflexo das condições organizacionais e estruturais que permeiam o mundo do trabalho contemporâneo. A análise jurídica, normativa e científica permitiu confirmar a hipótese de que o reconhecimento do Burnout como doença ocupacional representa um avanço relevante no campo da proteção à saúde mental do trabalhador, embora

sua efetiva prevenção e enfrentamento ainda enfrentem muitos desafios.

Com base na NR 01 e na exigência do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), conclui-se que há uma base legal que responsabiliza as empresas pela identificação e mitigação de riscos psicossociais. Contudo, observou-se que muitas organizações ainda negligenciam esse aspecto, o que favorece o adoecimento psíquico e compromete o bem-estar coletivo. Assim, torna-se fundamental uma mudança de cultura nas relações de trabalho, pautada em valores como empatia, cooperação, valorização humana e equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

As estratégias de prevenção apresentadas evidenciam que a promoção de ambientes saudáveis exige ações integradas, tanto do ponto de vista institucional quanto individual. O enfrentamento da Síndrome de Burnout deve envolver políticas públicas mais eficazes, fiscalização rigorosa, formação de lideranças conscientes e o fortalecimento de espaços de escuta e acolhimento nos ambientes organizacionais. Conclui-se, portanto, que apenas com responsabilidade compartilhada entre empregadores, trabalhadores e Estado será possível reduzir os índices alarmantes de adoecimento psíquico no trabalho e garantir relações laborais mais justas, saudáveis e humanas.

REFERÊNCIAS

- BIBLIOTECA SEBRAE. Entenda como a Síndrome de Burnout afeta o dia a dia das empresas. Portal Sebrae, 31 de julho de 2023. Disponível em: <https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/pe/artigos/como-a-sindrome-de-burnout-afeta-o-dia-a-dia-dasempresas,14f4536044395710VgnVCM1000004c00210aRCRD>. Acesso em: 16 Mai. 2025.
- BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre acidentes de trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 1991.
- FRANCO, Márcia Villar; REIS, Karina Pregolato; FIALHO, Marcelito Lopes; OLIVEIRA, Ricardo Bezerra de; SANTOS, Haroldo Lima dos. Síndrome de Burnout e seu enquadramento como acidente do trabalho. Edição 17 – Março de 2019.
- FREUDENBERGER, Herbert J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.
- INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION (ISMA-BR). Pesquisa sobre estresse e Burnout. 2016.
- MASLACH, Christina. Definição da síndrome de Burnout. In: FRANCO, Márcia Villar et al. Síndrome de Burnout e seu enquadramento como acidente do trabalho. Edição 17 – Março de 2019.
- MATOS, Josiel José de; MENEZES, Tatiane Dias; NUNES, Ana Lúcia de Paula Ferreira. Uma abordagem sobre a Síndrome de Burnout e seus reflexos na rotina das empresas. *Id on Line Rev. Psic.*, Dezembro/2023, v. 17, n. 69, p. 338-358. ISSN 1981-1179. DOI: 10.14295/idonline.v17i69.3924.
- MEDSCAPE. Physician Lifestyle Report. 2015. Disponível em: <https://www.medscape.com>. Acesso em: 16 Mai. 2025.
- ROSSI, Ana Maria. Importância da percepção de valores na carreira. In: FRANCO, Márcia Villar et al. Síndrome de Burnout e seu enquadramento como acidente do trabalho. Edição 17 – Março de 2019.
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (TST). Agravo de Instrumento em Recurso de Revista-AIRR, Ac. 13161120125030037. Decisão sobre responsabilidade civil do empregador. DEJT, 3 out. 2014.
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (TST). Recurso de Revista RR 9593320115090026. Decisão sobre Síndrome de Burnout como acidente de trabalho. DEJT, 8 maio 2015.
- TRIGO, T. R. et al. Características da Síndrome de Burnout. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 5, p. 223-233, 2007.

REALIZAÇÃO:

Aurum
EDITORA

CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná
www.aurumeditora.com